

T.C  
FIRAT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİMDALI

**8.KOLORDU KOMUTANLIĞININ ELAZIĞ'DA  
BULUNAN BİRLİKLERİNDE ASKERLİK  
GÖREVLERİNİ YAPMAKTA OLAN ERBAŞ VE  
ERLERİN ÜREME SAĞLIĞI KONUSUNDAKİ  
BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞLARI VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**DOKTORA TEZİ**

**AHMET ENİS GÜLLÜDAĞ**

**ELAZIĞ - 2008**

## TEŐEKKÜR

Yıllardan beri benden emeğini hiçbir zaman esirgemeyen, beni her ortam ve koŐulda destekleyen değerli hocam Fırat Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr.Yasemin AÇIK Hanımefendiye, Halk Sağlığı Anabilim Dalının değerli hocaları Yrd.Doç.Dr. Ferdane OĞUZÖNCÜL, Yrd.Doç.Dr. Ahmet Tevfik OZAN ve Yrd.Doç.Dr. Erhan DEVECİ'ye en içten dileklerle saygılarımı ve Őükranlarımı sunarım.

Ayrıca bu çalıŐmamı sürdürmemde benden yakın ilgisini ve desteğini esirgemeyen ve bana nur topu gibi iki güzel hediye olan Merve ve Kutluk Kaan'ı veren değerli eŐim Yrd.Doç.Dr. Nesrin GÜLLÜDAĞ'a teŐekkür ederim.

Aylarca süren veri çalıŐmalarının derlenmesi sırasında yardımcı olan Yrd.Doç.Dr. Nazım Ercüment BEYHUN'a ve Fizyoterapist P.vŐ. Caner VATANSEVER'e teŐekkür ederim.

ÇalıŐmalarımın son döneminde bana destek olan ve yardımlarını esirgemeyen Dr.Süleyman Kaan İRGİT'e, Dr.Cengizhan KOLATA'ya ve Dr.Uygar ađdaŐ YÜKSEL'e de teŐekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

1.ÖZET.....	1
2.ABSTRACT.....	2
3.GİRİŞ.....	3
3.1.GENEL BİLGİLER.....	5
3.1.1.Dünyada Üreme Sağlığı Sorunları.....	8
3.1.2.Üreme Sağlığının Amaçları.....	9
3.1.3.Üreme Sağlığının Kapsamında Bulunan Hizmetler.....	9
3.1.4.Üreme Sağlığında Erkeklerin Yeri ve Katılımı.....	11
3.1.5.Üreme Sağlığı Sorunları.....	13
3.1.6.Anne Ölümü.....	13
3.1.6.1.Anne Ölümü Nedenleri.....	14
3.1.6.2.Dünyada Anne Ölümleri.....	14
3.1.6.3.Türkiye’de Anne Ölümleri.....	15
3.1.6.4.İstenmeyen Gebelikler, Düşükler ve Kadın Sağlığına Etkileri.....	16
3.1.7.Doğurganlığın Düzenlenmesi.....	17
3.1.7.1.Doğurganlığı Etkileyen Bazı Faktörler.....	18
3.1.7.2.Aile Planlaması.....	18
3.1.7.3.Kontraseptif Yöntemlerin Sınıflandırılması.....	19
3.1.7.4.Aile planlaması Hizmetlerinde Danışmanlık.....	41
3.1.7.4.1.Danışmanlık Uygulama Adımları.....	42
3.1.8.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Genital Yol Enfeksiyonları.....	42
3.1.8.1.Hepatit B.....	43
3.1.8.2.Hepatit C.....	44
3.1.8.3.HIV/AIDS (Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu).....	45
3.1.8.4.Genital Yol Enfeksiyonları (GYE).....	46
3.1.8.5.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Bulaşma Şekli.....	53
3.1.8.6.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan Korunma.....	53
3.1.9.Üreme Sağlığı Uygulamalarına Erkeklerin Katılımının Önemi.....	54
4.MATERYAL –METOT.....	57
5.BULGULAR.....	58
6.TARTIŞMA.....	81
7.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	90
8.KAYNAKLAR.....	100
9.EKLER.....	104
10.ÖZGEÇMİŞ.....	112

## TABLULAR DİZİNİ

### Tablo Listesi

### Sayfa No:

Tablo 1.Dünyada Üreme Sağlığı Sorunları.....	8
Tablo 2.Araştırma kapsamına Alınan Askerlerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri.....	58
Tablo 3.Araştırma kapsamına Alınan Askerlerin Medeni Durumlarına İlişkin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı.....	59
Tablo 4.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eşleri İle Birlikteliklerini Tanımlayıcı Bazı Özelliklere Göre Dağılımları.....	59
Tablo 5.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eşlerinin Meslek ve Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	60
Tablo 6.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Yaşadıkları yer, Aile Tipi ve Sosyal Güvencelerinin Varlığına Göre Dağılımı.....	61
Tablo 7.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerden Sosyal Güvencesi olanların Sahip Oldukları Sosyal Güvence Kuruluşlarına Göre Dağılımları.....	61
Tablo 8.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerden Herhangi Bir Sağlık Sorunu Olanların Var Olan Sağlık Sorunlarına Göre Dağılımları.....	62
Tablo 9.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Sigara İçme Durumlarının Dağılımı.....	62
Tablo 10.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Alkollü İçki Tüketme Sıklıkları.....	62
Tablo 11.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Üreme Sağlığının Tanımını Bilme Durumları.....	63
Tablo 12.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Aile Planlamasının Tanımını Bilme Durumlarının Dağılımı.....	63
Tablo 13.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Bildikleri Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı.....	64
Tablo 14.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerden Yöntem Kullananların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemine Göre Dağılımı.....	64
Tablo 15.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Aile Planlaması Yöntemi Konusunda Bilgi Aldığı Kaynaklara Göre Dağılımları.....	65

Tablo 16.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemini Temin Etme Yerlerine Göre Dağılım.....	65
Tablo 17.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eşlerinin Son Doğumunu Yaptığı Yerlere Göre Dağılım.....	66
Tablo 18.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eşlerinin Son Doğumuna Yardım Eden Kişilere Göre Dağılım.....	66
Tablo 19.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin bebek beslenmesi ve anne sütü ile ilgili bazı konulardaki Bilgi Düzeylerinin Dağılımı.....	67
Tablo 20.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin “Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Kadın ve Erkeklerde Hangi Sorunlara Yol Açır” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılım.....	68
Tablo 21.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Bazı Hastalıkların Cinsel Yolla Bulaşıp Bulaşmadığı Konusundaki Bilgi Düzeyleri.....	68
Tablo 22.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Belirtileri Konusundaki Bilgi Düzeyleri.....	69
Tablo 23.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Anneden Bebeğe Doğum Sırasında yada Gebelikte Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi Düzeyleri.....	69
Tablo 24.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Hepatit B'nin Bulaşma Yolları Konusunda Bilgi Düzeyleri.....	70
Tablo 25.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Sifilis Frenginin Bulaşma Yolları Konusunda Bilgi Düzeyleri.....	71
Tablo 26.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Gonore /Belsoğukluğunun Bulaşma Yolları Konusunda Bilgi Düzeyleri.....	71
Tablo 27.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Kondom Konusundaki Bilgi Düzeyi.....	72
Tablo 28.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eğitim Düzeylerine Göre Üreme Sağlığı Kavramı Duyup Duymama Hakkındaki Bilgi Düzeyleri.....	73
Tablo 29.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eğitim Düzeylerine Göre Üreme Sağlığının Tanımını Bilme Durumuna Göre Dağılım.....	73
Tablo 30.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eğitim Düzeylerine Göre Aile Planlamasının Tanımını Bilme Durumuna Göre Dağılım.....	74

Tablo 31.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eğitim Düzeylerine Göre Aile Planlaması Yöntemleri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri.....	75
Tablo 32.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eğitim Düzeylerine Göre Herhangi Bir Aile Planlaması Yöntemi Kullanmayı Uygun Bulup Bulmama Durumu.....	76
Tablo 33.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eğitim Düzeylerine Göre Aile Planlaması Yöntemini Kimin Uygulaması Gerektiği Konusundaki Bilgi Düzeyleri.....	76
Tablo 34.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eğitim Düzeylerine Göre Eşlerinin Son Doğumunu Nerede Yaptığı.....	77
Tablo 35.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eğitim Düzeylerine Göre Eşlerinin Son Doğumuna Kimin Yardım Ettiği.....	77
Tablo 36.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eğitim Düzeylerine Göre Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri.....	78
Tablo 37.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Sosyo-Ekonomik Düzeylerine Göre Aile Planlaması Yöntemleri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri.....	79
Tablo 38.Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Sosyo-Ekonomik Düzeylerine Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri.....	80

## 1.ÖZET

Üreme sağlığı sorunları, başta gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, tüm dünyada toplum ve birey sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. 8.Kolordu Komutanlığı'nın Elazığ'da bulunan birliklerinde askerlik görevlerini yapmakta olan erbaş ve erlerin üreme sağlığı konusundaki bilgi, tutum, davranışları ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılan kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini; 8.Kolordu Komutanlığı'nın Elazığ'da bulunan birliklerinde askerlik görevini yapmakta olan 1952 erbaş/er oluşturmuştur. Ayrıca bir örneklem seçilmemiş, evrenin tümü araştırmanın kapsamına alınmıştır. Tekrarlayan ziyaretlerle 1841'ine ulaşılmış, cevaplılık oranı %94.3 olmuştur.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin yaş ortalaması  $22.39 \pm 3.08$ 'dir. %17.9'u ilkokul mezunu, %18.9'si işsizdir. %15.8'i evlidir. Evli olanların %27.1'i akraba evliliği yapmıştır. Araştırmaya katılanların %99.9'u üreme sağlığının ve %99.8'i aile planlamasının tanımlarını tam bilmemekte, sadece %0,1'i üreme sağlığının ve %0.2' si aile planlamasının tanımını doğru ve tam olarak bilmektedir. Araştırma kapsamına alınan askerlerden evli olanların %63.2'si (184 kişi) Aile Planlaması Yöntemi kullanmaktadır. %66.8'i AIDS cinsel yolla bulaşır derken, Hepatit B'de bu oran %46.2'ye düşmüştür. Trikomoniyazis, yumuşak şankr, granüloma inguinale gibi az bilinen diğer CYBH'da oran %10'lar dolayındadır. CYBH'dan korunma konusunda %36.4 ile en fazla hap bilinmekte, bunu %20.7 ile kondom takip etmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça CYBH ve CYBH'dan korunma yöntemleri hakkındaki bilgi düzeyi de artmaktadır.

Sonuç olarak 8.Kolordu Komutanlığı'nın Elazığ'daki birliklerinde bulunan erlerin üreme sağlığı konularında bilgi düzeyleri yetersizdir ve tutumları istenilen düzeyde değildir. Bu nedenle; erkeklerin üreme sağlığı konularında bilgi düzeylerini artırıcı ve yaşamlarında istedik değişiklikler oluşturabilecek eğitim sunumuna öncelik verilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Üreme Sağlığı, Bilgi, Tutum, Davranış, Asker,

## 2.ABSTRACT

Reproductive health is an important issue influencing the personal health of the people especially in the developing world. This study was conducted to analyze the factors affecting the knowledge and the behaviour of the army recruits about the reproductive health; the universe of this cross sectional study was 1952 army recruits serving in the 8<sup>TH</sup> Army Corps located in Elazig. The whole universe was included in the analyses. The number of visits reached to 1841 with recurrent visits and the response rate was %94.3.

The mean age of the study population was  $22.39\pm 3.08$ . 17.9 % was graduated from the elementary school, 18.9% was unemployed and 15.8% was married. 27.1% was married with a relative. The definitions of the reproductive health and family planning was made correctly by only 0.1% and 0.2% of the study population respectively. IUD's, oral contraceptive pills, condoms and injectable contraceptives were known by the 35.4%, 49.6%, 46.7% and 28.8% of the study population respectively. 63.2% of the married man (184 people) was using any kind of family planning methods. 66.8%, 46.2% and 36.9% was aware of the sexual transmission of AIDS, Hepatitis B and gonorrhoea respectively. The education level was directly proportional with the awareness regarding family planning, STD's and prevention from the STD's.

As a result the awareness level of the army recruits serving in the 8<sup>TH</sup> Army Corps located in Elazig regarding the reproductive health and family planning was low. Therefore educational interventions aiming to raise the awareness level of the men should be regarded as a priority.

**Keywords:** Reproductive health, Awareness, Behaviour, Recruit



### 3.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Üreme Sağlığını “Üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır.” şeklinde tanımlamaktadır (1,5,45). Başka bir deyişle üreme sağlığı, insanların tatminkar, sağlıklı karar verme özgürlüğü olan güvenli bir cinsel yaşantıya sahip olmaları diye de tanımlanabilir.

Tüm dünyada her yıl 500 binden fazla kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle ölmekte, bunların sadece 4000 kadarı gelişmiş ülkelerde (%1), geri kalanı ise gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir(6).

2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, ülke genelinde üreme sağlığı konusunda olumlu gelişmeler olduğunu gösterirken, bölgeler arası eşitsizliğe dikkat çekmektedir. Bebek ölüm hızı bin canlı doğumda Batı’da 22 iken, Doğu’da 41’dir. Sağlık personeli yardımıyla doğum yüzdesi Batı’da 95 iken, Doğu’da 60’tır. Doğurgan çağ kadın başına toplam çocuk sayısını veren toplam doğurganlık hızı Batı’da 1,9 iken, Doğu’da 3,7’dir. Doğurgan çağ kadınların etkili modern yöntemle gebelikten korunma yüzdesi Batı’da 46 iken, Doğu’da 31’dir. Benzer eşitsizlikler kent ve kırsal nüfusu arasında da bulunmaktadır (3).

Birçok insanın çeşitli nedenlerle üreme sağlığına erişemedikleri ve üreme sağlığı haklarını kullanamadıkları dikkati çekmektedir. Nedenler arasında bilgi yetersizliği, uygun olmayan yada niteliksiz üreme sağlığı hizmetleri, yüksek riskli cinsel davranışlar, ayırıcı toplumsal uygulamalar, kız ve kadınlara karşı

ayırıcılık ve birçok kadın ve kızın kendi cinsel yaşam ve üreme yaşamları üzerindeki etkinliklerinin sınırlı olması sayılabilir (4).

Üreme sağlığının bir parçası olarak; kadın ve erkeğin üreme konusunda bilgilendirilmiş bir şekilde yetki sahibi olabilmeleri, kendilerinin seçebilecekleri etkili, güvenli, ödenebilir ve kabul edilebilir kontraseptif yöntemlerle sağlıklarını tehlikeye sokmadan doğurganlıklarını düzenlemelerinin yanı sıra kadınların güvenli bir gebelik sürdürebilmeleri ve doğum yapabilmeleri, üremenin başarılı bir sonuca ulaşması, yani çocuğun sağ kalması ve sağlıklı büyümesi için mümkün olan en iyi sağlık hizmetine sahip olabilmeleri haklarıdır (1,21,23,52,53,54).

Üreme sağlığı kavramı hem kadının hem de erkeğin gereksinimlerini içermektedir. Kadınların olduğu kadar erkeklerinde toplumdaki statü ve rolleri üreme sağlığında önemlidir. Erkeklerin ideal aile büyüklüğü, cinsiyet tercihleri, ideal doğum aralıkları, aile planlaması yöntemlerini kullanma gibi konulardaki bilgi ve tutumları eşlerin doğurganlık davranışlarında belirleyici olmaktadır (21).

Üreme sağlığı sorunları kapsamında günümüzde Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarda (CYBH), bakteri ve virüs enfeksiyonlarında ciddi bir artış söz konusudur. Özellikle AIDS; yaş, cinsiyet ve sosyo-ekonomik düzey gibi özellikleri gözetmeden çok sayıda insanı etkilemektedir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan gonore, sifiliz ve şankroid gibi venerial hastalıklar sanayileşmiş ülkelerde azalırken, tespit ve tedavisi daha zor olan klamidya, herpes virüs, papilloma virüs ve HIV gibi yeni hastalıklar artmaya devam etmektedir. Her yıl dünyada her 20 adölesandan biri HIV/AIDS dışında bir cinsel yolla bulaşan hastalığa (CYBH) yakalanmaktadır. Yeni HIV vakalarının yarıdan çoğu genç yaş grubunda (15-24 yaş grubu) görülmektedir (2).

İnfertilite her iki cinsiyet için de sorun olmasına rağmen, pek çok toplumda sosyal ve psikolojik sonuçlarını kadınlar yüklenmektedir. Kadınlarda kontraseptif kullanımı erkeklere göre üç kat daha fazladır ve kadınların kullandığı yöntemlerin sağlık riskleri daha fazladır. Genel olarak pek çok toplumda halen tabu sayılan cinsellik konusunda dünyanın çoğu yöresinde kadın ve erkek arasında büyük eşitsizlik mevcuttur.

Bilindiği gibi askerlik dönemi özellikle kırsal kesimden gelen gençler için önemli bir eğitim sürecidir. Bu dönem iyi değerlendirilerek askerlik görevini yapmakta olan gençleri üreme sağlığı ve aile planlaması konusunda bilgilendirmek, istenmeyen gebelikleri önlemek, erkeklerin aile planlamasına katılımını teşvik etmek, cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgilendirmek ve bu yolla toplumu üreme sağlığı konusunda bilinçlendirmek gerekmektedir(29).

Üreme sağlığı konusunda toplumun bilgilendirilmesi ve sunulacak olan hizmetin kalitesini artırmak, toplumu üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularında bilinçlendirmek için erkeklerin bilgi, tutum, davranışlarını saptamak ve katılımlarını sağlamak son derece önemlidir.

Ülkemizde erkeklerin yaşamında önemli bir yeri olan 15 aylık askerlik sürecinde üreme sağlığı konusundaki bilgi, tutum, davranışları ve etkileyen faktörleri saptamak ve bu sürecin üreme sağlığı konusunda bir eğitim süreci olmasını sağlamak önemlidir. Böylece toplumun üreme sağlığı konusundaki bilgi ve davranışları olumlu yönde etkilenecektir.

### **3.1.GENEL BİLGİLER**

Tüm dünyada her yıl 500 binden fazla kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle ölmekte, bunların sadece 4000 kadarı gelişmiş

ülkelerde (%1), geri kalanı ise gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Son yirmi yılda çocuk sağlığında belirgin gelişmeler kaydedilmesine karşın, halen her yıl 10.5 milyon bebek ölümü olmakta, bunlarında büyük çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Dünya Doğurganlık Araştırması; kısa doğum aralığının, bebeklerin yaşam şansını % 60-70, çocukların beş yaşına kadar yaşam şansını ise % 50 azalttığını ortaya koymuştur. 20 yaşından küçük annelerden doğan bebeklerin ilk ay içinde ölüm riski, 25-34 yaş grubundaki annelerden doğanlara göre, yüzde 24 daha fazladır (6).

Dünyada 40–60 milyon; başka bir deyişle, her 1000 canlı doğuma karşı, 300–500 yasal ve yasal olmayan düşük yapıldığı tahmin edilmektedir. Çok sayıda gelişmekte olan ülkede yasa dışı düşük komplikasyonu olarak septik abortus ve buna bağlı anne ölümleri ciddi boyutlardadır. Anne ölümlerinin üçte biri güvenli olmayan düşüklerin komplikasyonlarına bağlıdır (16,22,24).

Dünya nüfusunun %25' i oldukça katı düşük yasalarının bulunduğu yaklaşık 52 ülkede yaşamaktadır. Bu da yasadışı ve güvenli olmayan düşük işlemlerine başvuruyu artırmaktadır (16,22). Bugün dünyada yaklaşık 300 milyon çift; istenmeyen gebelikler ve buna bağlı olarak ta anne ve çocuk ölümlerinin de en az üçte birini önleyebilen aile planlaması hizmetlerine ulaşmamaktadır (6,24).

Ayrıca, günümüzde cinsel yolla bulaşan bakteriyel ve viral enfeksiyonlar epidemi düzeyine ulaşmıştır. AIDS pandemisi yaş, cinsiyet, sosyal durum ve cinsel davranış özelliği gözetmeden milyonlarca insanı etkilemektedir. 1990 yılında DSÖ tahminlerine göre 100 milyon kişi HIV ile enfektedir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan gonore, sifiliz ve sankroid gibi geleneksel venerial hastalıklar sanayileşmiş ülkelerde azalırken, tespit ve tedavisi daha zor olan

klamidya, herpes virus, papillomavirus ve HIV gibi yeni hastalıklar ortaya çıkmıştır (6).

Hızla artan adolesanların üreme sağlığı gereksinimleri de özel dikkat gerektirmektedir. Adolesan gebeliklerin insidansı çeşitli ülkelerde büyük farklılıklar göstermekle birlikte, genellikle gelişmekte olan ülkelerde adolesanlarda gebelik oranı daha yüksektir. Erken yaşta çocuk sahibi olmak kadınların eğitim, sosyal ve ekonomik durumlarındaki gelişmenin önünde bir engel olmaktadır. Ayrıca, erken yaşta annelik maternal ölüm riskini ve genç annelerin çocuklarında da morbidite ve mortalite riskini artırmaktadır (6).

Son yirmi yılda infertilite, bir üreme sağlığı sorunu olarak giderek daha fazla kabul görmeye başlamıştır. DSÖ dünyada 60-80 milyon infertil çift olduğunu tahmin etmektedir. Infertilite prevalansının büyük kısmını sonradan gelişen (sekonder) infertilite oluşturmaktadır. Bunun en yaygın ve önemli nedeni; cinsel yolla bulaşan hastalıklara, güvenli olmayan düşüklere ve puerperal enfeksiyonlara bağlı pelvik enfeksiyonlardır. Infertilite tedavisinde son yıllarda büyük gelişmeler olmasına rağmen, bunun etik, moral ve yasal yönü konusundaki tartışmalar halen devam etmektedir (6).

ICPD'94 te Aksiyon Programının VII. Bölümü, Üreme Sağlığı ve Üreme Hakları başta olmak üzere aile sağlığına yeni yaklaşımın çerçevesini çizmektedir. Bu bölüm Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) üreme sağlığı tanımı ile başlamaktadır. Bu tanıma göre üreme sağlığı, üreme sistemi ve süreci ile ilgili sadece hastalık olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali ve sağlığa ilişkin riskleri taşımaksızın kişinin cinselliğini kullanabilmesidir. Pratikte, üreme sağlığına ilişkin problemleri

engellemek ve çözmek için çeşitli metotların, tekniklerin ve hizmetlerin sunulmasıdır. Cinsel sağlığın ve üreme sağlığının esasını, bireyin ve çiftin, çocuk sayısı, çocuk yapma zamanı ve aralığı konusunda hiçbir baskı ve zorlamaya maruz kalmaksızın, özgürce ve sorumluluk taşıyarak bilinçli tercih yapması anlamına gelen temel insan hakları oluşturur. Aksiyon Programı belgesine göre, tüm ülkeler birinci basamak sağlık ile birlikte her yaştaki bireye, mümkün olan en kısa zamanda (2015 yılını geçmeden) üreme sağlığı hizmetini vermeyi başarmalıdır (11,15).

### 3.1.1.Dünyada üreme sağlığı sorunları; Tablo 1’de özetlenmiştir (28,47).

**Tablo 1-Dünyada Üreme Sağlığı Sorunları**

Dünyada Üreme Sağlığı Sorunları	
Aile planlamasında karşılanamayan gereksinimi olan çift	120 milyon
İnfertil çift	60-80 milyon
Anne ölümleri(yılda)	585 bin
Ciddi maternal hastalık(yılda)	20 milyon
Perinatal bebek ölümü(yılda)	7.2 milyon
HIV/AIDS’li yetişkin	20.1 milyon
Yeni HIV enfeksiyonu vakası(yılda)	2.75 milyon
Sağlıksız koşullarda düşük(yılda)	20 milyon
Tedavi edilebilir Cinsel Yolla Bulasan Hastalık vakası(yılda)	333 milyon
İnvaziv servikal kanserli kadın	2 milyon
Yeni servikal kanser vakası(yılda)	450 bin
Genital mutilasyonlu kadın	85-110 milyon

Kaynak: Güler Ç., Akın L.: Halk Sağlığı Temel Bilgiler Hacettepe Ün.Yayınları ANKARA 2006

### **3.1.2.Üreme Sağlığının Amaçları**

- Üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili ihtiyaçları karşılamada yardımcı olmak
- İstenmeyen gebelikleri önlemek, yüksek riskli gebelik, hastalık ve ölümleri azaltmak
- Erkeklerin katılımını artırmak
- Emzirmeyi teşvik etmek
- Kızları ve kadınları dikkate alarak, cinsel yolla bulaşan hastalıkları, komplikasyonlarını önlemek, tedavi yöntemlerini bulmak
- Cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin yeterince gelişmesini sağlamak
- Kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak
- Gençlere bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışı özendirmek, hizmet ve danışmanlık sağlamak
- Erken yaştaki gebelikleri azaltmak

### **3.1.3.Üreme Sağlığının Kapsamında Bulunan Hizmetler**

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

Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Kapsamı aşağıda özetlenmiştir (24,7);

- \* Sorumlu üreme ve cinsel davranış, sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme-eğitim-iletişim,
- \* Aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması, aile planlamasında bilgilendirme-eğitim-iletişim ve danışmanlık,
- \* Etkin ana sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik; doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım, emzirme,
- \* Genital Yol Enfeksiyonlarının (GYE) etkin kontrolü,
- \* Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların (CYBH) önlenmesi ve AIDS ile mücadele,
- \* İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi,
- \* Güvenli olmayan düşüklere son verilmesi ve düşüğe bağlı olumsuz sonuçlarda gerekenin yapılması,
- \* Üreme organları malignansilerinin önlenmesi ve tedavisi,
- \* Beslenme,
- \* Bebek ve Çocuk Sağlığı,
- \* Adölesan Sağlığı ve cinselliği,
- \* Yaşam biçimi,
- \* Çevresel faktörlerin düzenlenmesi,
- \* Sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesidir.



### 3.1.4. Üreme Sağlığında Erkeklerin Yeri Ve Katılımı

Üreme sağlığı kavramı, hem kadının hem de erkeğin gereksinimlerini içermektedir. Kadınların olduğu kadar erkeklerin de toplumdaki statü ve rolleri üreme sağlığında önemlidir. Erkeklerin ideal aile büyüklüğü, cinsiyet tercihleri, ideal doğum aralıkları, aile planlaması yöntemlerini kullanma gibi konulardaki bilgi ve tutumları eşlerin doğurganlık davranışlarında belirleyici olmaktadır. Bu nedenle, şimdiye kadar ihmal edilen erkeklerin üreme sağlığı gereksinimleri de dikkate alınmalıdır (6).

Bununla birlikte, üremeye ilişkin hastalıkların sonuçları iki cinsiyet arasında oldukça eşitsiz olarak dağılmaktadır. Gebelik ve doğuma bağlı sağlık sorunlarını sadece kadınlar yaşamaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların çoğu kadınlarda daha ciddi şekillere yol açmaktadır. Infertilite her iki cinsiyet için de sorun olmasına rağmen, pek çok toplumda sosyal ve psikolojik sonuçlarını kadınlar yüklenmektedir (6).

Kadınlarda kontraseptif kullanımı erkeklere göre üç kat daha fazladır ve kadınların kullandığı yöntemlerin sağlık riskleri daha fazladır. Genel olarak pek çok toplumda halen tabu sayılan cinsellik konusunda, dünyanın çoğu yöresinde kadın ve erkek arasında büyük eşitsizlik hüküm sürmektedir. Kadının cinsellikten zevk almasını önlemeyi amaçlayan kadın sünneti (genital mutilasyon) bunun en çarpıcı örneğidir. Oldukça invaziv bir işlem olmasının yanı sıra medikal sistemin dışında gerçekleşmesi tehlikelerini artırmaktadır (6).

Erkeklerin aile planlamasına (AP) katılımı, kendilerine yönelik yöntemleri (kondom, vazektomi) daha çok kullanmaları ve eşlerini aile planlaması yöntemi kullanımı konusunda desteklemeleridir (5,60). Erkeklerin sağlıkla ilgili tutumları

kadınların sağlığını ve üreme sağlığını etkiler. Erkekler kadının üreme sağlığı ile ilgili kararlarında, kullanılacak kontraseptif yöntemi belirlemede sıklıkla karar verici rol oynarlar. Yapılan çalışmalarda erkeklerin katılımı sağlandığı zaman kadına yönelik üreme sağlığı programlarının daha etkili olduğu saptanmıştır (31,55). Ülkemizde de genç erkeklerin üreme sağlığı ile ilgili bilgilerini artırmak amacıyla 2003 yılından itibaren Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) Üreme Sağlığı Programı başlamıştır. Bu programda eğitimcilerin eğitiminden sonra 2004 yılından itibaren er eğitime başlanmıştır (5,26,32).

Erkeklerin aile planlaması ile ilgili tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla, Türkiye'nin de içinde bulunduğu 46 ülkede 1990 yılından itibaren yapılan izlemde; evli olmayan cinsel aktif erkeklerin evli erkeklere göre daha çok kontraseptif yöntem kullandığı, bazı ülkelerde erkeklerin kadınlara göre kontraseptif yöntemleri daha çok bildiği saptanmıştır. Evli erkekler arasında herhangi bir yöntem kullanımı % 9-77 arasında iken, modern yöntem kullanımı % 3-69 arasında değişmektedir. Evli olmayan erkeklerle ilgili bilgi toplanan 36 ülkede kontraseptif yöntem kullanımı % 11-89 arasında, modern yöntem kullanımı % 4-85 arasında değişmektedir. Evli olmayan erkeklerde kondom kullanımının evli erkeklere göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (5,51).

Erkeklerde bu konuda davranış değişikliği oluşturmak için ilk aşama, doğurganlık ve kontraseptif yöntemlerle ilgili bilgi sahibi olmalarını sağlamaktır. Ülkemizde evli kadınların kocalarında herhangi bir AP yöntemi bilme oranı % 98 iken, herhangi bir AP yöntemi kullanma oranı % 63'dür. Yöntem bilgisi uygulamaya tam olarak yansımamaktadır. Erkeğin katılımını gerektiren AP

yöntemlerinin kullanımına bakıldığında geri çekme % 26.4, kondom % 10.8, takvim yöntemi % 1.1, vazektomi %0.1 sıklıkla kullanılmaktadır (5,65).

Sonuç olarak; erkeklerin üreme sağlığı konularında bilgi düzeyleri ve katılımları yeterli düzeyde değildir (5,10).

### **3.1.5.Üreme Sağlığı Sorunları**

Dünyada her bir dakikada 380 kadın gebe kalmakta, 190 kadın planlanmamış yada istenmeyen gebelikle karşılaşmakta, 110 kadında gebeliğe bağlı komplikasyon gelişmekte, 40 kadın sağlıksız düşük yapmaktadır. Sonuçta ise her 1 dakikada 1 kadın ölmektedir. Tüm bu belirtilenler, kadına doğurganlık döneminde özel bir üreme sağlığı hizmetinin verilmesi gereğine işaret etmektedir (37,68).

### **3.1.6.Anne Ölümü**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve diğer uluslar arası sağlık örgütlerinin kabul ettiği tanımlamaya göre, bir kadının gebeliğin birinci gününden başlayarak gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebelik süresi ve durumuna bakılmaksızın, doğrudan gebelikle ilgili veya gebeliğin şiddetlendirdiği dolaylı nedenler sonucu ölmesine Anne Ölümü denir (17,36,69).

Ana Ölüm Hızı (AÖH): Belli bir süre içerisinde meydana gelen anne ölümlerinin aynı sürede gerçekleşen toplam canlı doğumlara oranını gösterir. AÖH, bir toplumda gebe kalan kadının gebelikle ilgili nedenlerden dolayı ölme riskinin derecesi hakkında fikir veren bir ölçüttür. Aynı zamanda ana sağlığı hizmetlerinin yeterli olup olmadığı ve o toplumun genel sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi hakkında fikir verir (6,17)

### **3.1.6.1. Anne Ölümü Nedenleri**

Anne ölümü nedenlerini başlıca 3 ana başlıkta sınıflandırılmaktadır (36);

1. Doğrudan Obstetrik Nedenler: Gebelik esnasında gebeliğe bağlı olarak ortaya çıkan kanama, enfeksiyon, düşük, eklampsi (toksemi), zor ve uzamış doğum gibi durumlar ve komplikasyonlardır.
2. Dolaylı Obstetrik Nedenler: Annenin Sistemik hastalıkları (kalp hastalıkları, esansiyel hipertansiyon, diyabet vs.), kan transfüzyonu gerektiren durumlar (anemi, hemoglobinopatiler vs.), sıtma ve viral hepatit gibi annede gebelikten önce de mevcut olup gebelik döneminde şiddetlenmiş olan hastalıklardır.
3. Diğer Nedenler ise tıbbi olmayan (trafik kazası gibi) gebelik ile ilgisi olmayan tesadüfi nedenlerdir.

### **3.1.6.2. Dünyada Anne Ölümleri**

Halen gelişmekte olan ülkelerde sorun olan gebelik ve doğum komplikasyonlarının geçmişte de Avrupa'da tüm kadınların hayatını tehlikeye atan önemli bir sorun olduğu görülmektedir (36). Ancak son 25 yıla bakıldığında gelişmiş ülkelerin hemen hemen tamamında anne ölüm hızında hızlı bir düşüş olduğu gözlenmektedir (1). Bugün Kuzey Avrupa'da anne ölüm riski, yüzbin canlı doğumda 10'dan daha düşük bir düzeydedir (37).

Mevcut verilerden tahmin edildiğine göre tüm dünyada yılda 585 bin civarında kadın gebelik, doğum eyleminde veya lohusalık döneminde yaşamını yitirmektedir (59,68). Bu ölümlerin % 99'u gelişmekte olan ülkelerde ve % 1'i de gelişmiş ülkelerde gerçekleşmektedir (1,68)

Dünya genelinde anne ölümlerinin % 80'i benzer nedenlere bağlı meydana gelmektedir. Gebelik ve buna bağlı nedenlerle olan ölümlerin % 25'i kanama, %

15'i sepsis, % 12'si eklampsi, % 8'i zor ve uzamış doğum, % 13'ü düşüklere bağlı olarak meydana gelmektedir (1,38,59). Ayrıca bu tür gebelik komplikasyonlarının geliştiği kadınların bir çoğunda sekeller de oluşmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin esas nedeni obstetrik kanamalardır. Tüm anne ölümlerinin % 30'u kanamaya bağlı ölümlerdir. Bu ölümlerin yarısından fazlası Güney Asya ülkeleri ile Güney-Doğu Asya ülkelerinde gerçekleşmektedir (1,50)

### **3.1.6.3.Türkiye'de Anne Ölümleri**

Anne ölümlerinin çoğu önlenbilir nedenlerle meydana gelmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerin önemli bir sağlık sorunu olan anne ölümleri bütüncül bir kadın sağlığı yaklaşımı ile ele alınmalıdır.

Kadınların gebelikten önceki sağlıklarından başlanarak, riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelikleri süresince, doğum esnasında ve doğum sonu dönemde sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sağlanabilirse anne ölümleri önemli derecede azaltılabilir.

Türkiye nüfusunun %25'ini (13 milyonu), 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır (64). Yılda ortalama yaklaşık 1 milyon 350 bin doğum olduğu tahmin edilmektedir (57). Ülkemizde doğum öncesi bakım alan gebe oranı % 63 olup, gebelerin % 50'si 3 aylıkken tespit edilmekte, gebe başına yaklaşık 5 izlem düşmektedir. Gebelerin % 68'inde bir veya daha fazla risk faktörü vardır. Doğumların % 76'sı sağlık personeli yardımı ile, % 24'ü de kendi kendine; % 61'i herhangi bir sağlık kuruluşunda, % 39'u ise evde olmaktadır. Doğumların %30'unda gebelik aralığı 24 aydan kısadır (64).

Özellikle ülkemizdekine benzer olan sağlık sistemlerinde; doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetleri birinci basamak sağlık kuruluşlarında üreme sağlığı hizmetleri çerçevesinde toplum düzeyinde bütüncül bir yaklaşım içinde aile planlaması hizmetlerine de gereken ağırlık verilerek nitelikli olarak verilmelidir. İkinci basamak ise bu hizmetleri özellikle acil obstetrik müdahaleler ve riskli vakaların ele alınması yönünden birinci basamakta verilen hizmetleri desteklemelidir.

Anne ölümünün yüksek olduğu ülkelerde Güvenli Annelik yaklaşımı temel strateji olarak kabul edilmeli ve uygulanmalıdır.

Ayrıca, tüm dünyada cinsiyet ayrımı, yoksullukla mücadele ve kadının statüsünün iyileştirilmesine yönelik çalışmalara ağırlık ve hız verilmelidir (36).

#### **3.1.6.4.İstenmeyen Gebelikler, Düşükler ve Kadın Sağlığına Etkileri**

Her yıl 40-50 milyon gebeliğin düşük ile sonlandığı tahmin edilmektedir(48). Bunların 20 milyonu güvenli olmayan koşullarda gerçekleşmekte ve yüz binlerce ölüm ve sakatlıkla sonuçlanmaktadır.

Düşüğün yasal olması güvenli olmasını garanti etmesine karşın, yasal olmayan düşüklerin büyük bölümü güvenli olmayan koşullarda gerçekleşmektedir. Bürokrasinin engellemelerinden dolayı, düşük hizmeti sunumuna ulaşamadığında veya sunum yetersiz olduğunda, sağlık personelinin düşük yaptırmaı reddettiği durumlarda yasal düşükler de güvensiz olabilir (41).

Düşüklerin % 95'i de gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır ve bu ülkelerde yasal olmayan düşükler çok önemli bir ana ölüm nedenidir. Aile planlamasının amacı, istenmeyen gebeliklerin önlenmesidir. Bununla beraber yöntemlere

ulaşımın yada psiko-sosyal faktörlerle yöntem kullanımının yetersiz kalması veya yöntemlerin etkili olmaması nedeni ile, kadını isteyerek düşüğe yönelten gebelikler olmaktadır (67).

Sağlıksız koşullarda yapılan düşükler sonucu (41):

- \* Her yıl dünyada 8 bin maternal ölümlerle sonuçlanan 20 milyon sağlıksız düşük olmaktadır.
- \* Her gün 55 bin sağlıksız düşük olmaktadır.
- \* Her 7 canlı doğuma karşılık, bir sağlıksız düşük olmaktadır.
- \* Her gün 200 kadın sağlıksız koşullarda yaptırılan düşük nedeni ile ölmektedir.
- \* Her 8 anne ölümünden biri, sağlıksız düşük nedeni ile olmaktadır.
- \* Tüm maternal ölümlerin en az % 13'ü sağlıksız koşullarda yaptırılan düşük nedeni ile olmaktadır.
- \* Sağlıksız koşullarda yaptırılan düşüklerin % 95'i gelişmekte olan ülkelerdedir.

### **3.1.7.Doğurganlığın Düzenlenmesi**

Üreme sağlığının bir parçası olarak; kadın ve erkeğin üreme konusunda bilgilendirilmiş bir şekilde yetki sahibi olabilmeleri, kendilerinin seçebilecekleri etkili, güvenli, ödenebilir ve kabul edilebilir kontraseptif yöntemlerle sağlıklarını tehlikeye sokmadan doğurganlıklarını düzenlemeleridir (25,40)

Doğurganlığın düzenlenmesinde, doğurganlığı belirleyen biyolojik, psiko-sosyal ve kültürel belirleyiciler, kontraseptif kullanımı ve seçimini etkileyen faktörler ile kontraseptif teknoloji birlikte ele alınarak değerlendirilir (33,46).

### **3.1.7.1.Doğurganlığı Etkileyen Bazı Faktörler**

- \* Toplumun Yapısı
- \* Aile Yapısı
- \* Ailelerin Ekonomik Durumu
- \* Kadının Statüsü
- \* Evlilik ve İlk Evlenme Yaşı
- \* İstenen Çocuk Sayısı
- \* Çocuklarda Cinsiyet Tercihi
- \* Çocuğun Maliyeti ve Aileye Ekonomik Yararı
- \* Bebek ve Çocuk Ölümleri
- \* Laktasyon
- \* Kontraseptif Kullanımı ve Kullanımdaki Başarısızlık
- \* İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler (34,46).

### **3.1.7.2.Aile Planlaması**

Aile planlaması; ailelerin kendi arzuları ile istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleridir. Bu amaçla sunulan hizmetler ise aile planlaması hizmetleridir. Aile planlaması hizmetlerinde amaç; istenmeyen gebelikleri ve buna bağlı olarak anne ve bebek ölümlerini önlemek, her aileye istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleri için yardım ve danışmanlık hizmeti sunmaktır. İyi bir aile planlaması hizmeti çocuk sahibi olamayan (infertil) çiftlerin, çocuk sahibi olabilmeleri için onlara sunulacak yardım hizmetlerini de kapsar.



Günümüzde pek çok ülke aile planlaması uygulamasını giderek daha fazla desteklemektedir. Halen dünyada 44 ülke aile planlamasını tam olarak desteklemekte, 31 ülke ilke olarak desteklerken, sadece 18 ülke pronatalist nüfus politikası izlemektedir (5).

Yapılan hesaplamalara göre, gelişmekte olan ülkelerde, aile planlaması uygulamaları ile riskli gebelikler önlenirse, anne ve çocuk morbidite ve mortalitelerinde % 30-40 oranında azalma meydana gelir (5).

Halen dünyada çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere yaklaşık 900 milyon üreme döneminde aile mevcuttur. Bu ailelerin dünya genelinde % 43'ü gebelikten korunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bu oran % 42 iken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran (Çin hariç) % 27'dir. Tüm dünyada en yaygın kullanılan kontraseptif yöntem, kadın ve erkekteki cerrahi sterilizasyon olup bunu Rahim İçi Araçlar (RİA) ve Oral Kontraseptifler (Hap) izlemektedir (5).

Aile planlaması uygulamalarının, kadın, anne ve çocuk, morbidite ve mortalitesini azaltmasının yanı sıra yaşam niteliğini yükseltici, çocukların daha iyi eğitilmelerinin sağlanması, ailenin kişi başına düşen ekonomik imkanlarının artması, kadının statüsünü dolaylı olarak artırması gibi olumlu etkileri de vardır(5).

### **3.1.7.3.Kontraseptif Yöntemlerin Sınıflandırılması**

#### **A. Modern Etkili Yöntemler**

##### **1. Hormonal Yöntemler**

a. Kombine Oral Kontraseptifler (Kadınlık hormonlarından östrojen ve progesteronu birlikte içerenler)

- Düşük doz monofazikler

- Normal doz monofazikler
- Trifazikler (Üç fazlı olanlar)

b. Sadece Progesteron İçeren Haplar (Minihaplar)

c. Enjekte edilenler (iğneler)

- Kombine
- Sadece progesteron içerenler

d. İmplantlar: Norplant (Cilt altına yerleştirilen kapsüller)

2. Rahim İçi Araç (RİA)

a. Katkısız RİA

b. Katkılı RİA

3. Kondom

4. Cerrahi Sterilizasyon

a. Tüp Ligasyonu (Kadında Tüplerin Bağlanması)

b. Vazektomi (Erkekde Kordonların “Vas Deferens’in” Bağlanması)

5. Kadın Kondomu, Diyafram, Servikal Başlık

B. Geleneksel Yöntemler

1. Fertil Günleri Belirleme

2. Coitus Interruptus (Geri Çekme)

3. Vajinal Lavaj

4. Emzirme

### **Hormonal Kontraseptifler**

#### **Kombine Oral Kontraseptifler (KOK, Hap)**

Her yönü ile incelenmiş, etkili ve emniyetli kontraseptif yöntemlerdir.

Halen dünyada 100 milyondan fazla kadın oral kontraseptif kullanmaktadır.

Kombine oral kontraseptifler sentetik östrojen (Ethinyl estradiol veya mestranol) ve çeşitli progestinlerden (norethindrone, norethindrone acetate, ethynodiol diacetate, norgestrel, levonorgestrel, norethynodrel, desogestrel, norgestimate) birini içerir. KOK' ların içerdiği hormon miktarı giderek azaltılmış, aynı koruyuculukta ancak östrojen miktarı 30-35 mikrogram olan düşük doz haplar günümüzde daha yaygın olarak kullanılmaktadır (8).

**Etki Mekanizması:** İçerdikleri östrojen ve progestinin etkisi ile ovulasyonu inhibe ederek, endometrial tabakayı etkileyerek, servikal mukusu kalınlaştırarak spermin uterus içine geçmesini engelleyerek gebeliği önler. Düşük doz KOK'ların teorik etkililiği çok yüksek olup % 99.9 oranında etkilidir.

**Kullanım Şekli:** KOK'lar 28 günlük, 21 veya 22 günlük paketler halindedir. Adetin birinci veya beşinci günü başlanan 28 günlük paketlerde, her siklusun son haftasında alınan 7 hap demir içerir, hormon içermez. Bu 7 hapın temel amacı kadının her gün hap alma alışkanlığını kaybetmemesidir. 21 veya 22 haplık paketlerdeki her hap hormon içerir. Paketteki haplar bitene dek her gün bir hap alınır. Daha sonra 6-7 gün ara verilir.bu süre içinde menstrüel kanama olur. Kanama olmasa bile 21 günlük haplarda 7 gün, 22 günlük haplarda 6 gün sonra yeni pakete başlanmalıdır.

**Olumlu Yönleri:** Kullanımı kolaydır, son derece etkili ve cinsel ilişki zamanından bağımsızdır. Adet kanamaları miktarca daha az, daha kısa ve düzenli hale gelir, demir eksikliği anemisi riskini azaltır, aknelere iyi gelebilir, dismenoreyi tedavi eder, benign meme hastalıklarını azaltır, ektopik gebeliği önler, pelvik enfeksiyon riskini azaltır, over kanseri riskini azaltır, osteoporoz riskini azaltır, bırakıldığında fertiliteye geri döner.

**Olumsuz Yönleri:** Bazı kadınlar kilo alabilir, her gün alınması gerekir, bazen ara kanaması veya lekelenme olabilir. Kan basıncını yükseltebilir, sigara içen kadınlarda dolaşım bozukluğuna neden olabilir, bazı ilaçlarla (barbütüratlar, fenitoin, fenilbutazon, rifampisin ve diğer bazı antibiyotiklerle) etkileşimi vardır.

**Kontrendikasyonları:** Gebe veya gebelik şüphesi olanlar, meme kanseri veya öyküsü olanlar, genital kanseri olanlar, emzirenler, hipertansiyonu olanlar, migreni olanlar, depresyonu olanlar, 35 yaş ve daha ileri yaşta olup günde 15 veya daha fazla sigara içenler.

**Yan Etkileri:** Mide bulantısı, göğüslerde duyarlılık, adet miktarının azalması, baş ağrısı, baş dönmesi, kilo artışı (8).

### **Mini Haplar**

Yalnız progestin içerirler. Mini haplarda, kombine OKS'lara oranla daha düşük dozda progestin bulunur ve östrojen içermezler.

**Etki Mekanizması:** Servikal mukusu kalınlaştırarak spermlerin geçişini engelleyerek, tubal motiliteyi etkileyerek, % 40-60 oranında ovulasyonu engelleyerek, endometriumu incelterek implantasyonu engelleyerek etki gösterir.

**Kullanım Şekli:** Mini haplar, adet 1. günü başlanır ve her gün aynı saatte bir hap alınarak sürdürülür. Emzirenler doğum sonrası kullanabilirler.

**Olumlu Yönleri:** Östrojen içermedikleri progestin miktarı da çok düşük olduğu için endikasyonları geniştir, emzirenler için uygundur, adet miktarını azaltır, metabolik etkileri azdır, ileri yaş grupları için uygundur, KOK'lere göre yan etkisi azdır.

**Olumsuz Yönleri:** emzirme dışında koruyuculuğu azdır, ara kanaması, lekelenme, amenore ve adet düzensizliği daha sık görülür, dış gebelik (enderdir), unutulursa gebelik olasılığı artar.

**Kontrendikasyonları:** Fonksiyonel over kisti tanısı olanlar, ektopik gebelik öyküsü, aktif karaciğer hastalığı, gebelik, tanı konmamış vajinal kanama

**Yan Etkileri:** Amenore, kanama / lekelenme, başağrısı, memede duyarlılık, göğüs ağrısı, alt karın / pelvik ağrı, sarılık, bulantı, baş dönmesi (8).

### **Enjekte Edilen Kontraseptifler**

En yaygın kullanılan, enjekte edilen KS'ler progestin içerirler. 1960'lardan beri kullanılan depo progestinlerin özellikle son 15 yılda klinik incelemeleri ve saha uygulamaları uluslar arası sağlık kuruluşlarınca iyi değerlendirilmiş, emniyetli ve etkili olarak nitelendirilmişlerdir.

Halen en yaygın kullanılan, enjekte edilen depo progestinler:

\* Depo medroksiprogesteron asetat (DMPA) her dozu 150 mg DMPA içerir; 3 ayda bir İM uygulanır.

\* Noretisteron enantat (NET-EN) her dozu 200 mg NET-EN içerir; 2 ayda bir İM uygulanır.

Üç ve iki aylık aralarla, enjeksiyon yolu ile uygulanan, sadece progesteron içeren kontraseptiflerin, bir aylık aralıklarla uygulanan östrojen ve progesteron içeren kombine şekilleri de mevcuttur. Kullanım kolaylığı nedeniyle tercih edilebilecek bu yöntemlerin özellikleri, endikasyon ve kontrendikasyonları yönünden Kombine Oral Kontraseptiflere benzemektedir.

Yalnız progesteron içeren depo enjeksiyonların;

**Etki Mekanizması:** Ovulasyonu baskılar, servikal müküsü kalınlaştırarak spermlerin geçişini engeller, endometriyumu ince atrofik hale getirir. Bu üç etki nedeniyle gebeliği cerrahi sterilizasyon düzeyinde çok etkili olarak önler.

**Kullanım Şekli:** İlk enjeksiyon adet siklusunun ilk 5 günü içerisinde İM yapılmalıdır. Bundan sonraki enjeksiyonlar DMPA için 3 ay sonra, NET-EN için 2 ay sonra tekrarlanmalı ve kadın korunmak istediği sürece bu aralıklar izlenmelidir. Devam enjeksiyonları mutlaka ilk enjeksiyon tarihine göre +7 gün içerisinde yapılmalıdır.

**Yan Etkileri:** Adet düzensizlikleri, baş ağrısı, kilo alma, memede duyarlılık görülebilir.

**Olumlu Yönleri:** Geriye dönüşümlü kolay uygulanan, çok etkili bir yöntemdir. Emzirenler tarafından kullanılabilir. İleri yaştaki kadınlar kullanabilir. Pelvik enfeksiyon ve over kanserlerine karşı koruyucudur. Ektopik gebelik ve demir yetersizliği anemisini önler, orak hücreli anemisi olanlarda da kullanılabilir, cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır.

**Olumsuz Yönleri:** Adet düzensizliğine neden olabilir, yöntem bırakıldığında fertilitenin dönmesi bir süre gecikebilir, kilo artışına neden olabilir.

**Endikasyonları:** Gebelikler arasında uzun süre isteyenler veya artık çocuk istemeyen ancak cerrahi sterilizasyon da istemeyenler, cinsel ilişki zamanlamasından bağımsız yöntem isteyenler, emzirenler, ileri yaştaki kadınlar, östrojen kullanma kontrendikasyonu olanlar.

**Kontrendikasyonları:** Gebelik, aktif veya kronik karaciğer hastalığı, aktif tromboembolik olay, tanı konulmamış vajinal kanama, meme kanseri, genital kanal neoplazisi.

**Kullanıldığında Dikkatle İzlenmesi Gerekenler:** Diyabetikler, kan basıncı 140 mmHg ve / veya diyastolik KB' i 90 mmHg üzerinde olanlar, migren türü şiddetli baş ağrıları veya epileptik olanlar, depresyonu olanlar, fonksiyonel over kisti öyküsü olanlar (8).

### **Deri Altı İmplantları**

Norplant, altı adet esnek, her biri 3.4 cm uzunluk 2.4 mm çapında ve ortalama 36 mg Levonorgestrol içeren silastik kapsüllerden oluşur. Bunlara ait çalışmalar ülkemizde de halen sürdürülmektedir. Norplant; beş yıl süreyle koruma sağlayan etkili, uzun süreli ve geri dönüşümlü bir kontraseptiftir. Bu özellikleri nedeni ile cerrahi sterilizasyona alternatif bir yöntem olarak düşünülebilir. İçerdiği hormon, yalnız proesteron (Levonorgesrtol) olup uzun yıllardır oral kontraseptiflerin içeriğinde kullanılmaktadır. Sadece Progestin'in vücuda verilış yolu farklıdır (8).

**Etki Mekanizması:** Norplant' da diğer, sadece progestin içeren kontraseptifler gibi; ovulasyonu baskılayarak, servikal mukusu kalınlaştırarak, spermelerin geçişini engelleyerek, endometriyumu incelterek tüm bu etkilerin kombinasyonu ile gebeliği çok etkili olarak önler.

**Kullanımı:** Altı kapsülden oluşan norplant seti genellikle üst kolun iç kısmına, kapsüller yelpaze biçiminde olacak şekilde yerleştirilir. Uygulama ve çıkarma kolaydır, ancak uygulamayı yapacak personelin özel olarak konu ile ilgili eğitilmesi gerekir. Uygulama ve çıkarma lokal anestezi ile steril koşullar sağlanarak yapılır.

Norplant adet siklusunun ilk yedi günü içerisinde uygulanır, bu durumda gebelikte ekarte edilmiş olur.

Postpartum uygulama 6. haftada, postabortus uygulama ise hemen yapılabilir. Uygulamayı izleyen 24 saatte kontraseptif etkisi başlar ve 5 yıl devam eder. Kapsüller 5 yılın sonunda mutlaka, yine küçük bir cerrahi müdahale ile çıkarılmalıdır. Kapsüllerin çıkarılmasından sonraki siklusta fertilité hemen döner.

**Yan Etkileri:** İnplantların yalnız progestin içeren kontraseptif yöntemlere benzer yan etkileri vardır. Menstrüel siklus değışiklikleri, baş ağrısı, baş dönmesi, akne, iştah ve kilo değışikliği, memelerde duyarlılık, hirşutizm veya saç dökülmesi, fonksiyonel over kisti.

**Olumlu Yönleri:** Geriye dönüşümlü, uzun süreli ve çok etkili bir kontraseptiftir, kullanımını kolay ve rahattır, cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır.

**Olumsuz Yönleri:** Uygulama ve çıkarılması küçük bir cerrahi işlem ve eğitilmiş personel gerektirir. Cerrahi girişime bağlı enfeksiyon kanama, hematom gibi komplikasyonlara ender de olsa rastlanabilir. Kullanıcı kendi kendine yöntemi bırakamaz.

**Kullanım Endikasyonları:** Gebelikler arasında uzun süre isteyenler veya artık çocuk istemeyen ancak cerrahi sterilizasyonda istemeyenler, cinsel zamanlamasından bağımsız yöntem isteyenler, östrojen kullanma kontrendikasyonu olanlar, emzirenler, ileri yaştaki kadınlar.

**Kontrendikasyonları:** Gebelik, akut ve kronik karaciğer hastalığı, tanı konulmamış vajinal kanama, trombo-embolik olay, koroner arter veya serebrovasküler hastalık, orak hücreli anemi meme ve diğer hormon bağımlı kanserler.

**Kullanıldığında Dikkatle İzlenmesi Gerekenler:** Diyabetikler kan basıncı 140 mmHg ve / veya diyastolik KB' i 90 mmHg üzerinde olanlar, migren türü şiddetli



baş ağrıları veya epileptik olanlar, depresyonu olanlar, memede nodülleri veya memenin fibrokistik hastalığı olanlar (8).

### **Rahim İçi Araçlar ( RİA )**

Modern ve etkili kontraseptiflerden olan rahim içi araçların tarihçesi oldukça eskidir. Rahim içine yerleştirilecek bazı maddelerin gebeliği önleyeceği Hipokrat zamanından beri bilinmektedir. 1960'lerden bu yana dünyada en çok kullanılan RİA, Buffalo'dan Dr.Lippes'in geliştirdiği Lipes-Loop'tur (8).

Bakır içeren RİA'ların geliştirilmesi ve etki mekanizmaları ile ilgili çalışmalar daha da yenidir. İlk kez 1968'de Zipper ve arkadaşları bakır ve çinko içeren RİA'larla ilgili bildiri yaptılar 1970'lerden sonra özellikler bakır içeren RİA'larla ilgili çalışmalar hız kazanmıştır. Halen dünyada 100 milyondan fazla kadın RİA ile gebelikten korunmaktadır. Dünyada cerrahi sterilizasyondan sonra en yaygın olarak kullanılan KS yöntemdir (8).

### **Halen Kullanımda Olan RİA Türleri:**

\* **İnert (Katkısız) RİA'lar:** Polietilen (Lippes-Loop) veya paslanmaz çelikten (Çin'de Kullanılan Ring'ler) yapılmışlardır.

\* **Bakırlı RİA'lar:** Cu T-380 A, Cu T-200 C, Multiload (ML Cu 250 ve 375) ve Nova T gibi.

### \* **Hormon İçeren RİA'lar:**

Halen gövdesinde progesteron içeren (Progestasert) ve levonorgestrol içeren (L Ng-20) türleri vardır.

Hormon içeren RİA'ların etki düzeyi, RİA'ların ve içerdiği hormonun konbine etkisi nedeni ile yüksektir. İçerdikleri progesteron nedeni ile

menstruasyon düzensizlikleri özellikle de amenore sık rastlanan yan etkilerdendir. Kullananlarda adet miktarının azalması aneminin önlenmesi yönünden olumludur.

**Etki Mekanizması:** RİA'lar aşağıdaki üç etki mekanizmasının kombinasyonu sonucu gebeliği önlerler.

1. Üst genital kanala sperm migrasyonunu önleyerek.
2. Ovun transportunu inhibe ederek.
3. Fertilizasyonu inhibe ederek.

Geriye dönüşümlü, emniyetli ve kontaseptif etkisi çok yüksek olan yöntemlerdendir.

**Olumlu Yönleri:** Güvenli ve çok etkili, geriye dönüşümlü yöntemlerdir, kullanımı cinsel ilişki zamanlamasından bağımsızdır, kolaydır, uygulandıktan sonra uzun süre etkilidir, emzirenler için uygundur. Çıkarıldığında fertilitenin dönmesi gecikmez.

**Olumsuz Yönleri:** Uygulama ve çıkarılması konu ile ilgili eğitilmiş sağlık personeli gerektirir. Cinsel yolla bulaşan hastalık riskinde olanlar için uygun bir yöntem değildir, uygulamadan sonra birkaç ay adetlerde artma, ağrı ve ara kanamaları yapabilir.

**Kullanım Endikasyonları:** Gebeliklerin arasında uzun süre olmasını isteyenler hormonal KS'ler için uygun olmayanlar, emzirenler, koitustan bağımsız yöntem isteyenler bir veya daha çok çocuğu olanlar, acil post koital kontrasepsiyona gereksinimi olanlar.

**Kullanım Kontrendikasyonları:** Kesin olarak RİA uygulanmaması gerekenler uterus, serviks, over veya diğer pelvik organ kanseri olanlar, uterin kaviteyi

ilgilendiren şekil bozukluğu olanlar (konjenital anomali, fibroid vb.) gebelik, akut veya tekrarlayan pelvik enfeksiyonlar (PID), tanı konmamış vajinal kanama.

**Yan Etkileri:** RİA'lar uygun vaka seçildiğinde son derece emin ve emniyetle kullanılabilen KS yöntemlerdendir. Kullanımı izleyen ilk aylarda adet miktarında artma, dismenore, adetler arası lekelenme görülebilir. Bu belirtiler genellikle 3-4 ay sonra kendiliğinden geçer (8).

### **Bariyer Yöntemler**

Genellikle vajene uygulanan spermelerin üst genital kanala geçmesini engelleyen yöntemlerdir.

\* Kondomlar

\* Diyaframlar

\* Spermisidler

Bariyer yöntemler için kesin kontrendikasyon teşkil eden durum yoktur (8).

**Relatif kontrendikasyonlar:** Bariyer yöntemin içeriğinde bulunan maddeye karşı alerji, duyarlılık, kişinin yöntemi kullanmadaki becerisinin yetersizliği yöntem başarısızlığındaki gebeliğin medikal yönden yüksek risk grubunda olması.

### **Kondom**

Halen dünyada yaklaşık 50 milyondan fazla çift kontraseptif amaçla kondom kullanmaktadır. Doğru kullanıldığında çok etkili olduğu halde kullanım etkililiği çok daha düşüktür. İlk kullanım yılı için başarısızlık hızı %12 olarak bildirilmektedir.

Kondom cinsel ilişkiden önce ereksiyon halindeki penise geçirilen lateks kauçuktan yapılmış ince kılıftır. Kontrasepsiyon sorumluluğunu erkeklerinde

paylaşmasını sağlayan bir yöntemdir. Kondom sipermissitle birlikte düzenli kullanıldığında koruyuculuğu daha da artar (8).

**Kontrendikasyonları:** Erkeklerde ereksyonla ilgili bir sorun varsa, eşlerden birinde kauçuk alerjisi varsa, kondom kullanmalalıdır.

**Olumlu Yönleri:** Kondom kullanımının muhtemelen serviks kanseri oluşmasında koruyucu bir etkisi vardır, gebelik kontrolü sorumluluğunu eşlerin paylaşmasını sağlar, pahalı değildir, kolay bulunur, dağıtımı kolaydır, eşlerin sağlık personelinde bağımsız kontraseptif kullanmalarını sağlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmada (HIV/AIDS dahil) en etkili yöntemlerden biridir.

**Kondom Kullanacaklara Önerilmesi Gerekenler:** Her koitusta mutlaka yeni bir kondom kullanılmalıdır. Kondomun kullanılma zamanı doğru olmalı uygulamadan önce vajinal temas olmamalıdır. Kondom uygulandığında uç kısmında semenin içinde toplanması için kondomun ucunda 1 cm kadar bir boşluk bulunmalıdır. Ejakülasyondan hemen sonra vajen içerisine kaymadan çıkarılmalıdır. Vajen içerisine semen gittiği düşünülüyor ise vajene hemen spermissit konulmalıdır. Kondom ısıdan uzak saklanmalıdır koruyuculuğunu arttırmak için spermissitle beraber kullanılmalıdır. Vazelin türü kayganlaştırıcılar kondomu bozacağından kullanılmamalıdır (8).

### **Diyafram**

Serviksi mekanik olarak kapatan kubbe biçiminde ince kauçuktan yapılmış kontraseptif yöntemlerdir. Çeşitli türleri geliştirilmiştir. Çapları farklı ölçülerde diyaframlar mevcuttur. Koitusdan önce kubbe kısmına spermissit konularak uygulanır. Böylece mekanik ve kimyasal bariyer etkilerin kombinasyonu sonucu

spermlerin üst genital kanala geçmeleri engellenerek oldukça yüksek düzeyde kontrasepsiyon sağlanmış olur.

**Kontrendikasyonları:** Kauçuk ve spermisit allerjisi olması vajene diyaframı yerleştirmeyi öğrenememe, anatomik yapının diyaframın iyi yerleşmesini engellediği durumlar, tekrarlayan üriner enfeksiyonlar.

**Yan Etkileri:** Ender olarak allerjik reaksiyon, üriner enfeksiyonların tekrarlaması, vajinal akıntı (diyafram vajende gereğinden uzun süre tutulursa), vajen duvarın bası nedeniyle lezyon.

**Diyafram Kullananlara Öğretilmesi Gerekenler:** Doğru uygulamanın öğretilmesi, uygulanmadan önce iç kısmına ve kenarlarına spermisit jel veya krem konulmalı, iki kenarı birbirine yaklaştırılarak arka ucu serviksin arkasında fornikse, ön ucu simfiz pubisin arkasına gelecek şekilde ve serviks diyaframın kubbe kısmı ile kaplanacak şekilde vajene yerleştirilir. Diyafram vajene 6 saat önce yerleştirilebilir ve koitustan 6 saat sonraya kadar vajende kalmalıdır(8).

### **Vajinal Halkalar ( Ringler )**

Hormon içeren silastik halkalar vajene yerleştirildiğinde salınan hormonun özelliği ve düzeyine bağlı olarak sağlanır. Yöntemin olumlu yönü kullanıcı kontrolünde olmasıdır ancak yöntem bırakma yönünden bu olumsuzluk olarak ta görülebilir.

Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen, levonorgestol içeren ve üç ay süre ile kontrasepsiyon sağlayan ringlerle ilgili çalışmalar tamamlanmış olup üretimi için ruhsatlandırılmıştır(8).

## **Spermisitler**

Spermisitlerin, kondom veya diyafram gibi mekanik bariyer yöntemlerle birlikte kullanıldığında koruyuculuğu tek başına kullanılmalarına kıyasla çok daha fazladır.

**Spermisit Türleri:** Aerosol, krem, jel, macun, supozitival, vajinal köpük tablet ve vajinal sünger gibi türleri vardır. Spermisitlerdeki temel etkili madde, nonoxynol-9, octoxynol-9 ve menfelog'dür. Köpük spermisitler dışındakilerin tek başına KS amaçla kullanımı önerilmemektedir. Doğru, zamanında ve her koitusta kullanılmaları önemlidir.

**Kullanım Endikasyonları:** Bariyer yöntemlerin genel endikasyonlarına ek olarak spermisitlere özel; diyafram ve kondom kullananlar, fertilitesi yaş veya laktasyon nedeni ile azalanlar, gebeliğin mediko-sosyal yönden yüksek risk oluşturdukları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riskinde olanlar (kondomla birlikte önerilmeli).

**Yan Etkileri:** Yan etkileri ender ve önemsizdir. Kimyasal maddeye karşı duyarlılık ve allerji sonucu lokal irritasyon olabilir.

**Kullananlara Önerilmesi Gerekenler:** Spermisitler kontraseptif amaçla koitustan 10-15 dakika önce vajene uygulanmalıdır. Uygulamayı izleyen 1 saat içerisinde koitus olmaz ise uygulama tekrarlanmalıdır. Koitustan 6-8 saat sonraya kadar vajen yıkanmamalıdır(8).

## **Cerrahi Kontrasepsiyon (Cerrahi Sterilizasyon)**

Halen dünyada en yaygın olarak kullanılan en etkili kontraseptif yöntem cerrahi sterilizasyon olup toplam 200 milyondan fazla çift bu yöntemle gebelikten korunmaktadır. Cerrahi sterilizasyon (Kadında Tüp Ligasyonu, Erkeklerde Vazektomi) artık çocuk istemeyen aileler için uygun yöntemlerdir. Günümüz

teknolojisi ile yöntemin geriye dönüşümü sağlanabilirse de bu işlem pahalı ve güçtür. Aynı zamanda; hem operasyonun hem de fertilizasyonun geri dönmesinin başarı şansında %100 değildir. Bu nedenle cerrahi sterilizasyon yöntemleri topluma, kişilere bu yöntemle ilgili danışmanlık hizmeti verilirken “geriye dönüşümü olmayan, kalıcı yöntemler” olarak tanıtılmalıdır(8).

**Etki Mekanizması:** Gebeliği oluşturacak üreme hücrelerinin (ovum ve sperm), üreme kanalında cerrahi olarak yapılan engelleme sonucu birleşmemeleri ile kontraseptif etki meydana gelir. Vazektomi ve tüp ligasyonundan sonra her iki cinsiyette de, cinsel fonksiyonlarda hiçbir değişiklik, etkilenme meydana gelmez. Sadece artık çocukları olmaz. Danışmanlıkta bu husus özellikle vurgulanmalıdır. Kalıcı, çok etkili yöntemlerdir(8).

#### **Tüp Ligasyonu ( Kadında Tüplerin Bağlanması, TL )**

Kadında cerrahi sterilizasyon, histerektomi gibi daha büyük operasyonlar sonucu oluşabilirse de, kontraseptif amaçla, ovum ve sperm transportunu engelleyen tüp ligasyonu yapılmaktadır(8).

**Olumlu Yönleri:** Çok etkili ve güvenli bir yöntemdir. Maliyeti bir defaya mahsustur. Cinsel ilişkinin zamanlamasından bağımsızdır. Uygulamadan sonra kontraseptif etkisi hemen başlar.

**Olumsuz Yönleri:** Kalıcı bir yöntemdir, küçük de olsa cerrahi bir işlemle yapılır ve bu işlemin az da olsa bazı komplikasyonları olabilir, düşük bir oranda da olsa başarısızlık durumunda ektopik gebelik riski vardır.

**Endikasyonları:** Artık çocuk istemeyen aileler, gebeliğin medikal yönden yüksek risk taşıdığı durumlar, artık KS yöntem kullanmak istemeyenler için uygundur.

**Kontrendikasyonları:** Tüp ligasyonu için sürekli ve kesin medikal kontrendikasyon yoktur. Tüp ligasyonu işleminin hemen yapılmasını engelleyen durumlar vardır. Ancak Tüp ligasyonu için en önemli sosyal kontrendikasyon eşlerin ileride çocuk arzusu konusunda emin olmamalarıdır.

**Geçici Kontrendikasyonlar:** Tüp ligasyonu işleminden önce tedavi veya kontrol altına alınması gereken durumlardır. Bunlar; Pelvik enfeksiyon veya pelvik kitle, sistemik veya lokalize enfeksiyon, kardiyovasküler veya solunum sorunu, hipertansiyon, derin anemi, gebelik, diyabet, kanama pıhtılaşma sorunu, aşırı şişmanlık, pelvik adezyonlar, umbilikal herni (Laparoskopik veya postpartum tüpligasyonu için)

**Yan Etkileri:** Yöntemin yapılış işlemine bağlı abdominal ağrı, omuz ve göğüste ağrı, bulantı, kusma gibi semptomlar görülebilir. Sağlık yönünden sorun yaratmazlar.

**Komplikasyonları:** Cerrahi işleme bağlı enfeksiyon, kanama, organ yaralanması (Mesane, barsak, omentum gibi) anesteziye bağlı solunum depresyonu veya KB'da düşme gibi hemen müdahale gerektiren durumlar ortaya çıkabilir. Uzun dönemdeki komplikasyonlar arasında; yöntemden pişman olma, yöntemin başarısızlığı sonucu gebelik sayılabilir(8).

### **Vazektomi (Ekte Kanalların Bağlanması)**

Erkeklerde vas deferenslerin kapatılması ile sperm transportunun engellenmesi olan vazektomi basit, kolay bir işlemle gerçekleştirilir. Son derece etkili ve emniyetli bir yöntemdir. Artık çocuk istemeyen aileler için uygundur. Tüp ligasyonuna kıyasla hem işlem daha kolay ve basittir hem de işleme bağlı yan etki ve komplikasyonlar daha azdır(8).



**Olumlu Yönleri:** Kolay basit kısa sürede uygulanan çok etkili güvenli bir yöntemdir. Cinsel ilişkiyi etkilemez uzun dönemde olabilecek sağlık riski taşımaz.

**Olumsuz Yönleri:** Kalıcı bir yöntemdir. Küçük de olsa cerrahi bir işlemdir buna bağlı bazı sorunlar (Kanama, ağrı, enfeksiyon, granülom) olabilir, hemen etkili olmaz (işlemden sonra ilk 20 ejakülasyonda spermeler mevcuttur).

**Endikasyonları:** Artık çocuk istemeyenler, gebeliğin eşi için yüksek risk oluşturduğu durumlar, sonradan özen gerektirmeyen bir yöntem isteyenler için uygundur.

**Kontrendikasyonları:** Kesin medikal kontrendikasyon olmamakla birlikte aşağıdaki durumlarda, işlemde önce özel önlem alınması gerekir. Bu vakalar özenle değerlendirilmelidir; sistemik hastalık (Diyabet, anemi, Kalp hastalığı gibi), büyümüş ve ağrılı testisler (İnguinal herni, Hidrozel, İntra skrotal kitle, Büyük varikosel gibi), lokal deri enfeksiyonu (Skrotumda) veya genital yol enfeksiyonu, psikolojik sorunların olması.

**Yan Etkileri:** Postoperatif kısa dönemde görülebilecek ağrı, skrotumda hafif şişme, ekimoz önemli bir müdahaleyi gerektirmez, buz uygulaması skrotal destek ve basit analjeziklerle birkaç günde geçer.

**Komplikasyonları:** Enfeksiyon, Hematom, Granülom, uzun dönemde antisperm-antikorlar gelişebilir. Ancak buna vazektomi olmayanlarda da rastlanabilir. Yöntemden pişmanlık.

Vazektomi olanların hormon yapımında hiçbir değişiklik meydana gelmez. Yönteme bağlı pişmanlığı önlemede en önemli uygulama yöntemi isteyenlere yeterli ve kapsamlı danışmanlık verilmesidir. Bu asla ihmal edilememelidir(8).

## **Doğal Aile Planlaması (DAP)**

Doğal aile planlaması eşlerin menstruasyon siklusunun fertil ve infertil dönemlerini, doğal olarak görülen belirtilerle saptayarak fertil dönemde cinsel ilişkide bulunmamalarını tanımlayan bir deyimdir.

Fertil periyodun saptanması tekniği:

- \* Bazal vücut ısısı yöntemi
- \* Servikal mukus (Billings) yöntemi
- \* Sempto-termal yöntem
- \* Takvim veya ritm (Ogino-Kraus) yöntemini içerir.

Doğal aile planlaması bir kontraseptif yöntem olmayıp fertil periyodu saptayan bir tekniktir. Gebeliği önleyen, fertil dönemde ilişkide bulunulmamasıdır. Bu yöntem herhangi bir nedenle diğer mekanik, farmakolojik kontraseptifleri kullanamayanlarca tercih edilebilir(8).

**Olumlu Yönleri:** Yöntem gebe kalmak veya gebeliği önlemek için kullanılabilir, hiçbir fizik yan etkisi yoktur. Eşler arası iletişim ve işbirliğini arttırır. Yönteme devam sağlık personeline bağımlı değildir. üreme fonksiyonlarını daha iyi anlamalarına yardımcı olur. Maliyeti yoktur.

**Olumsuz Yönleri:** Yöntemle ilgili fizyolojik ayrıntıların belirlenmesi başlangıçta yaklaşık üç ay alır. Doğal AP tekniği kullanıcılara eğitilmiş sağlık personeli tarafından oretilmelidir. Eşlerin her ikisinin de iş birliği gerekir. Kullanıcının fertilitate belirtileri ile ilgili günlük kayıt tutması gerekir. Bu yöntem bazen eşler arasında emosyonel stres yaratabilir. Bazı kadınların yöntemi ogrenmesi güçtür. Vajinal enfeksiyonlarda semptomların yorumu güçleşir.

**Endikasyonları:** Diğer yöntemleri kullanmak istemeyenler veya kullanamayanlar için uygundur.

**Kontrendikasyonları:** Kesin Kontrendikasyonu yoktur ancak gebeliğin kesin olarak önlenmesi gerekenler ve yöntemi öğrenemeyenler doğal AP yöntemini kullanmamalıdır. Menarş ve adolesanlar pre-menopoz durumunda olanlar ve postpartum dönemler içindeki ovulasyon düzensizlikleri nedeniyle DAP uygun bir KS yöntem değildir(8).

Doğal aile planlamasında, fertil periyodun saptanması tekniğinde, servikal mukus yöntemi, bazal vücut ısısı yöntemi, sempto termal yöntem ve servikal palpasyon yöntemlerinden yararlanılarak fertil dönem sağlanır. Bu bölümde ovulasyon belirtisi olan (fertil dönem) özelliklerden kısaca söz edilecektir.

Fertil Dönemde (Ovulasyonda):

\* Servikal mukus miktarı artar, mukus bol berrak iki parmak arasına tutulduğunda uzayan elastik niteliktedir. Fertil dönem süresince bu mukus özelliği devam eder. Bu sürede koitus olmamalıdır.

\* Bazal vücut ısısı 0.2°C ile 0.5°C artar ve gelecek adete kadar yüksek devam eder. Isı yükselmesini izleyen ilk 3 gün koitustan kaçınılmalıdır.

\* Fertil dönemde servikal mukus miktarı artmış vücut ısısı yüksektir. Yani sempto-termal bulgular pozitifdir.

\* Serviks palpe edildiğinde yumuşak ve yüksektedir, servikal os açık ve genel olarak ıslaktır(8).

### **Takvim Yöntemi**

Ovulasyon gününün matematiksel hesaplanması esasına dayanır. Ovulasyondan sonra korpus luteumun 12-14 gün sonra dejenere olacağı varsayılır.

Böylece adetleri düzenli olan bir kadınla ovulasyon beklenen adetten 12-14 gün önce oluyor demektir. Bu hesaplamaya ovumun 12-24 saat, spermelerinde kadının genital kanalında 24-72 saat canlı kalabileceği de eklendiğinde, matematiksel olarak kadının fertil dönemi hesaplanabilir. Örneğin 30 günde bir adet gören bir kadında ovulasyon (30-12 ve 14=18-16) adetin 16 ve 18. günleri arasında olur bu süreye ovum ve spermelerin canlı kalabildikleri sürede eklendiğinde 16-3 gün=13, 18+2 gün =20 olur. Sonuç olarak adet siklusu 30 gün olan bir kadının adetin 13-20. günleri arası fertil dönemidir. Bu nedenle gebelikten korunmak için bu dönemde cinsel ilişkiden kaçınılmalıdır(8).

Takvim yöntemi ancak çok düzenli siklusları olan kadınlarda birkaç ay siklusların izlenmesi, diğer fertilité belirtileri ile de kombine edilerek fertil periyod doğru saptanabilirse başarılı kullanılabilir. Aksi takdirde başarısızlık hızı yüksek olur.

### **Geri Çekme (Coitus Interruptus)**

Etkisi sınırlı, geleneksel, çok yaygın kullanılan bir yöntemdir. Özellikle ülkemizde geleneksel KS yöntemler arasında en yaygın kullanılanıdır. Yöntemin esası, cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını ejakülasyondan önce vajenin dışına çekerek dışarıya boşalmasıdır(8).

Başarısızlık oranı ve buna bağlı olarak da yöntemi kullananlarda isteyerek düşük oranı yüksektir. Ailelerin geri çekme ile korunmaları, aile planlamasına motive oldukları halde etkili yöntemle ulaşamadıklarının göstergesidir. Bu gruba etkili yöntemlere ilişkin hizmetler özel ve öncelikli olarak sunulmalıdır(8).

## **Vajinal Yıkama**

Etkisi olmayan, geleneksel yöntemlerdendir. Koitustan hemen sonra kadının vajenini yıkaması esasına dayanır. Oysa koitus esnasında gebeliği oluşturabilecek spermler servikal mukusa geçmiş durumdadırlar. Sonuç olarak bu yöntem kontraseptif amaçla kullanılmamalıdır. Bu gruba da etkili yöntemlerle ilgili hizmet öncelikli olarak verilmelidir(8).

## **Emzirme ve Gebeliğin Önlenmesi (Laktasyonel Amenore Metodu-LAM)**

Emzirmede, anne sütü ile bebeğin beslenmesi çocuk sağlığında temel unsurdur. Emzirmenin infertilite etkisi uzun zamandan beri bilinmekte, hatta uygulamalarda bu geleneksel yönteme gereğinden fazla güvenilmektedir.

Emzirmenin gerçekten de kontraseptif etkisi vardır. Ancak, bu etkinin derecesi bazı ön koşullara bağlıdır; eğer doğumdan sonra, laktasyon amenoresi sürüyor, anne bebeğini su dahil hiçbir ek gıda vermeksizin sık sık (gece dahil) ve her defasında uzun süre olmak üzere sadece anne sütü ile besliyor ise emzirmenin kontraseptif etkisi ilk 6 ay için oldukça yüksektir. Tanımlanan koşulların tam olarak varlığında ilk 6 ay için emziren annenin gebe kalma riski sadece % 2'dir. Sözü edilen koşulların hepsi birlikte değilse emzirme asla güvenilir bir KS yöntem gibi düşünülmemelidir(8).

**Olumlu Yönleri:** Kullanılmasının KS etki dışında anne ve çocuk sağlığı yönünden de yararı vardır. Ücretsizdir, Cinsel ilişki süresinden de bağımsızdır.

**Olumsuz Yönleri:** Gebelikten koruyuculuğu ön koşullara bağlıdır, 6 aydan sonra güvenilir bir yöntem değildir. Bazı toplumlarda emzirmenin KS etkisine abartılı ölçüde inanılır.

Emzirmenin KS etkisi olmakla birlikte özellikle kişi bazında çevresel faktörlerinde etkisiyle laktasyon dönemindeki annenin etkili, güvenli bir Ks yöntem kullanması tercih edilmelidir(8).

### **Post koital Kontrasepsiyon**

Acil kontrasepsiyon gerektiren durumlarda kullanılır. Kontraseptif amaçlı, sürekli kullanılmamalıdır. Kondom yırtılması, diyaframın yer değiştirmesi, RİA'nın düşmesi, hap alınmanın unutulması veya cinsel tecavüz gibi durumlarda acil kontrasepsiyona ihtiyaç vardır. Günümüzde çeşitli post koital rejimler denenmişe de halen üzerinde durulan üç uygulama vardır.

1. Post koital Haplar; Korunmasız koitusu izleyen ilk 72 saat içerisinde, halen sık kullanılan kombine OKS'lerden (ethinyl estradiol 50 mcg ve norgestrol 1 mg içeren) 2 hap alınır. 12 saat sonra aynı doz tekrarlanır.

2. RU-486; Antiprogesteron ajan olan RU-486'da post koital amaçla kullanılabilir. Halen üzerinde çalışmalar sürmekle birlikte yapılan çalışmalar, korunmasız koitusu izleyen 72 saat içerisinde tek doz 600 mg RU-486 verildiğinde yan etkilerinin az, kontraseptif etkisinin ise yüksek olduğunu göstermektedir.

3. Post koital düşük doz mifepiristone içeren haplar; Korunmasız ilişkiyi takiben ilk 72 saat içerisinde tek doz 10 mg mifepiristone içeren haplar verildiğinde, yüksek kontraseptif etkisinin olduğunu gösteren çalışmalar halen sürmektedir.

4. Post koital RİA uygulaması; Korunmasız koitusun olduğu bir siklusta ovulasyonu izleyen 5-7 gün içerisinde, RİA uygulanması gebeliği önlemede çok etkilidir(8).

### **3.1.7.4.Aile planlaması Hizmetlerinde Danışmanlık**

Aile planlaması konusunda, insanlara, danışmanlık eğitimi görmüş personel tarafından, güvenilir bilgilerin verilerek, bilinçlendirilmesi, yönlendirmeden, kendi kararlarını verecek duruma gelmesine yardımcı olma işidir. Aile planlaması yöntemi seçecek kişilerin bilinçli ve gönüllü olarak seçim yapmalarına yardımcı olunur. Kişiler kendi kararlarını bilinçli ve özgür iradeleriyle verirler.

Danışmanlık hizmeti; bu konuda özel olarak hizmet içi eğitim görmüş hekim, ebe, hemşire, sağlık memuru ve diğer sağlık personeli tarafından verilmektedir.

#### **Danışmanlık Çeşitleri**

- 1-Ön danışmanlık
- 2-Yönteme özel danışmanlık
- 3-İzleme danışmanlığı

#### **Önemi:**

- Kabulün artması
- Uygun yöntemin gönüllü seçimi
- Yöntemin etkin kullanımı
- Daha uzun kullanım
- Personelin zamanını etkili ve verimli kullanma

#### **Başvuran Kişinin Hakları**

- Bilgilenme
- Elde edebilme
- Seçme

- Güven duyma
- Gizlilik
- Saygınlık
- Rahat hissetme
- Sürekli hizmet alma
- Görüşlerini bildirme

#### **3.1.7.4.1.Danışmanlık Uygulama Adımları**

- Karşılıyarak selamlayın
- Alaka göstererek sorular sorun
- Yöntemlere ilişkin bilgi verin
- Nasıl bir yöntem seçeceğine yardımcı olun
- Açıklayıcı bilgilerle yöntemin kullanılmasını öğretin
- Kontrol için gelmesini önerin

#### **3.1.8.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Genital Yol Enfeksiyonları**

Varlığı çok eski yıllardan beri bilinen Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların (CYBE) önemi, değişen yaşam koşulları, davranışsal özellikler, gelişen teknolojik imkanlar nedeni ile giderek artmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü' nün (DSÖ) hesaplarına göre dünyada %90'ından fazlası gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere 1 yılda 333 milyon tedavi edilebilir CYBE meydana gelmektedir. Son yapılan yayınlarda gerçek sayının daha fazla olduğu belirtilmekte ve 1995 yılı için; 12 milyon sifiliz (SY), 62 milyon gonore, 89 milyon chlamydia ve 170 milyon trichomoniasis vakası bildirilmektedir. 1997 sonu itibarı ile tüm dünyada 29 milyon erişkin HIV taşıyıcısıdır ve bunların 12.2 milyonu kadındır. Haziran 1998'e dek DSÖ'ne bildirilen AIDS vaka sayısı ise



(erişkin ve çocuk) 1.893.784'dür. epideminin başlangıcından beri 1997'nin sonuna dek toplam 11.7 milyon AIDS ölümü olduğu bilinmektedir. 2000 yılında ise tüm dünyada 40 milyon HIV/AIDS'li insanın yaşayacağı tahmin edilmektedir. Meydana gelen yıllık vakaların kadın ve erkekler arasındaki dağılımı yaklaşık yarı yarıya iken CYBE prevalansında kadınlar aleyhine fazlalık söz konusudur. Yine CYBE'nin (HIV hariç) gelişmekte olan ülkelerde 15-44 yaş grubunda oluşturduğu hastalık yükü kadınlarda daha fazladır. HIV'e bağlı hastalık yükü ise kadınlara kıyasla erkeklerde daha fazladır. CYBH'dan gonore, sifilis gibi hastalıklar azalırken tedavisi zor olan klamidyaya, herpes, papillomavirüs ve HIV gibi hastalıklar ortaya çıkmıştır(49).

### **3.1.8.1.Hepatit B**

Hepatit B virüsünün (HBV) neden olduğu küresel bir sorundur. Dünya nüfusunun %66'sı enfeksiyonun yüksek olduğu bölgelerde yaşamaktadır. Tüm dünyada, 2 milyon kişide HBV enfeksiyonunun kanıtları mevcuttur. 350 bin kişi ise karaciğerde yerleşen virüsün kronik taşıyıcısı durumundadır. Virüs, bütün primer karaciğer kanseri vakalarının %60-80'inden sorumludur. Bu tür kanserler Doğu ve Güneydoğu Asya, Pasifik ve Aşağı Sahara Afrika'da meydana gelen kanser ölüm nedenleri arasında ilk üçe girmektedir.

Aşılama HBV transmisyonunu önlemenin en etkili yoludur. Hepatit B aşısı, insanlarda görülen kanser türlerinden birine karşı geliştirilen ilk ve şimdilik tek aşıdır.

Günümüzde 90 ülke DSÖ'nün önerileri doğrultusunda Hepatit B aşısını Ulusal Bağışıklama Programlarına dahil etmiştir. Hepatit B aşısının yaygınlaştırılmasının öndeki en büyük engel maliyetidir.

### 3.1.8.2.Hepatit C:

İlk kez 1989 yılında tanımlanan hepatit C virüsünün (HCV) neden olduğu bir enfeksiyon hastalığıdır ve günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Tüm dünyada ki durumu yansıtan veriler olmamakla birlikte DSÖ tahminlerine göre, dünya nüfusunun %3'ünde HCV enfeksiyonu vardır, 170 milyon kişi ise siroz ve karaciğer kanserine yakalanma riskindeki kronik taşıyıcı durumundadır (7).

ABD'de yaklaşık 4 milyon kişide bu hastalık mevcuttur bu HIV enfeksiyonunun 4 katıdır. Her yıl yaklaşık 300 bin yeni akut enfeksiyon ve 8-10 bin arası ölümlü vakası görülmektedir. Bu sorun karaciğer transplantasyonunun başlıca gerekçelerinde biri haline gelmiştir. Fransa'da enfekte durumdaki 500-650 bin arasındaki insandan %3'ünün hastalığı kan nakli ile aldığı bildirilmektedir. Avustralya HCV prevalansının HIV'den daha fazla olduğunu bildirmektedir. Kanada'da HCV vakalarının yaklaşık %50'si enjeksiyonla alınan ilaçlarla ilgilidir.

HCV enfeksiyonu, HBV veya HIV kadar kolay bulaşmamaktadır. Ancak enfeksiyonun tüm vakaların %50-80'inde kronik karaciğer hastalığına yol açabilmesi bu hastalığı önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmektedir.

HCV'nin bir özelliği insanın bağışıklık sisteminden kaçabilen genetik çeşitliliğidir. Ayrıca hastalığın doğal seyri belirsizdir, etkili bir aşının geliştirilmesi güçtür, tedaviye yeterli yanıt alınmamaktadır. Hastalığın toplumsal ve tıbbi maliyeti ağırdır.

### **3.1.8.3.HIV/AIDS (Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu)**

1981 yılından önce bilinmeyen bir hastalık olan AIDS epideminin başlangıcından bu yana yaklaşık 11.7 milyon ölüme neden olmuştur. 1997 yılında bildirilen AIDS'e bağlı 2.3 milyon ölümün 1.8 milyonu 15 yaş ve üzeri erişkinlerde meydana gelmiştir.

HIV/AIDS'nın Asya ve Batı Pasifik'te sürekli olarak yayılması ciddi bir tehlikedir. Bazı ülkeler daha şimdiden belirli nüfus gruplarını yada nüfusun tümünü kapsayan salgınlara tanıklık etmektedir. Kamboçya, Hindistan, Myanmar ve Tayland dahil bu tür ülkelerde sağlık sisteminin bu sorunla da baş edecek şekilde düzenlenmesini zorunlu kılmaktadır. Doğu Avrupa'da HIV enfeksiyonunun yayılmasında uyuşturucu enjeksiyonları temel nedendir. 1997 yılında ortaya çıktığı tahmin edilen 100 bin yeni HIV enfeksiyonunun çoğuna enjeksiyonlar neden olmuştur. Son üç yılda görülen enfeksiyonların %70'inin enjeksiyonla ilaç-uyuşturucu alanlarda ortaya çıktığı Ukrayna'da bu güne dek 25 bin HIV vakası belirlenmiştir.

Tahminlere göre, tüm dünyada 30.6 milyon (1998) HIV/AIDS'li insan mevcuttur. 1997 yılında 5,8 milyon yeni enfeksiyon olayı ortaya çıkmıştır. Epideminin başlamasından bu yana 2,3 milyon 1997 yılında olmak üzere 11,7 milyon ölüm olayı gelmiştir. AIDS öksüzlerinin sayısı (15 yaşından küçük ve HIV (-) ler 8 milyonu bulmuştur (7).

AIDS virüsü, virüse açık insanları özellikle etkilemektedir. HIV'in yayılmasını kolaylaştıran faktörler ise; değişik insanlarla korunmasız cinsel ilişki, enjeksiyonla uyuşturucu kullananların ortak iğne ve enjektör kullanmaları, ayrıca HIV'li kadınlar virüsü yeni doğan çocuklarına da bulaştırabilirler. Diğer riskli

grupların yanı sıra cinsel aktiviteye yeni başlayan ve fiziksel gelişimini olumsuz etkileyebilecek davranışlarda bulunabilecek olan adölesanslar (30) ve gençler de önleyici girişimlerde özel hedef grubu oluşturulmalıdır. AIDS virüsü hastalığa neden olmadan önce zaman zaman on yılı bulan uzun bir kuluçka dönemi geçirir. Bu dönemde kişi taşıyıcıdır, semptomsuzdur, ancak bulaştırıcıdır.

HIV insan vücudunda mutasyon da geçirebilmektedir. Dolayısı ile virüs diğer bir kişiye bulaştığında bazı özellikleri aynı olmayabilir. Bu durum hastalığa karşı yeni ilaç ve aşı geliştirilmesini güçleştirmektedir. Virüsün yaygınlaşmasında önceleri yayılma yolunun sadece heteroseksüel ilişki ile olabileceği gibi yanlış yorumlanmasının etkisi olmuştur. Yine bu hastalığın gelişmekte olan ülkelerin hastalığı gibi algılanması da mücadelede gecikilmesine neden olmuştur.

Ulusal AIDS programlarının kilit noktasını erken müdahale programlarının kararlı bir şekilde uygulanması oluşturmaktadır. Bu müdahale programlarının öğeleri ise; cinsel eğitim, kondom kullanımının yaygınlaştırılması ve CYBE'lar konusunda dikkatli davranılması, davranış değişikliklerinin gerçekleştirilebilmesi için elverişli ortamların yaratılmasıdır. Tüm bunların gerçekleştirilebilmesi için ise mutlaka sektörler arası işbirliği yapılması gereklidir.

#### **3.1.8.4.Genital Yol Enfeksiyonları (GYE)**

Genital yol enfeksiyonları (GYE), genelde cinsel ilişki ile geçen (Bazıları cinsel yolla bulaşmaz) az sayıda mikroorganizmanın genital yolu tutarak neden olduğu enfeksiyonlardır. GYE'ları sık görülmesi nedeniyle hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Seks işçileri ve biri veya her ikisi tek eşli olmayan çiftler gibi yüksek risk grubunda olan kişilerde GYE'na sık olarak rastlanmaktadır. Cinsel yolla bulaşan genital enfeksiyonların

erken tanı ve tedavisi için yukarıda belirtildiği gibi birinci basamakta kullanılan “soruna dayalı yaklaşım” açısından bazı temel bilgiler aşağıda verilmiştir:

GYE kuşkusu olan kişilerde genellikle aşağıdaki sorunlardan bir veya birkaçı görülür.

- \* Vajinal yada üretral akıntı
- \* Genital ülserler, yaralar yada inguinal bölgede büyümüş lenf bezleri
- \* Alt karın bölgesinde ağrı
- \* Genital cilt lezyonları

GYE’ları, etkin bir tarama, pahalı laboratuvar tetkikleri gibi komplike protokollerin uygulanmasını gerektirmez. Hizmet verenler sadece aşağıda belirtilenleri bile yaparak geniş kitlelere yararlı olabilirler:

- \* Tüm GYE türlerinin bilincinde olarak
- \* Hizmet verilen toplunda sık görülen GYE’ları konusunda bilgili olarak,
- \* Tıbbi öykü yada fizik muayene bulgularına göre GYE kuşkusu olan kişileri dikkatle değerlendirerek,

GYE’larında klinik belirtiler, tanı ve tedavi seçeneklerinin iyi bilinmesinin yanı sıra, klinik ortamlarda hizmet verenleri yönlendirmek amacıyla sık görülen GYE’ları için hazırlanmış akış şemalarının izlenmesiyle baş bulanlara kolaylıkla ve etkin bir sağlık hizmeti verilebilir.

Toplumda Sık Görülen Bazı Genital Yol Enfeksiyonları

### **Bakteriyel Vajinozis (Gardenella Vajiniti)**

Birden fazla bakteri, özellikle anaeroblar neden olabilir. Her zaman cinsel yolla bulaşmaz. Balıksı kokulu, grimsi vajinal akıntı olur. Serum fizyolojik (SF) ile doğrudan incelemede %20’nin üzerinde “ipucu hücresi” (Bakteriyle

kaplanmış vajinal epitel hücresi) görülerek ve vajinal PH'nın yükselmesiyle tanı konur. Metranidazol ile tedavi edilir.

### **Kandidiyazis (Mantar)**

Etkeni çoğunlukla *Candida albicans*'dir. Genellikle cinsel geçişli değildir. Kadınlarda peynirimsi, beyaz vajinal akıntı, vulvada şiddetli kaşıntı, erkeklerde ise peniste kaşıntılı iritasyon (Balanit) belirtileri verir. Belirtilerle ön görülen tanı, SF yada KOH damlatılarak hazırlanan preparatların mikroskopik incelenmesinde mantar liflerinin görülmesiyle tanı doğrulanır. Jansiyen moru veya nistatin, ketakonazol, flukonazol, izokonazol veya tiokonazol grubu antimikotikler ile topikal tedavi sağlanır. Tekrarlayan vakalarda oral tek doz antimikotik tedavi önerilmektedir.

### **Trikomoniyazis:**

Etkeni *Trichomonas vaginalis*'tir. Kadınlarda sıklıkla köpüklü kötü kokulu yeşilimsi vajinal akıntı yapar. Erkeklerde ise üretral akıntıya neden olur. Her iki cinsiyette de tanı SF damlatılmış taze preparatta parazitin kamçılı hareketinin görülmesiyle tanı konur. Tedavide ilk seçenek metranidazoldur. Bakteriyel vajinoziste olduğu gibi tek doz veya 7 gün tedavi uygulanır.

### **Klamidya**

Etkeni *Chlamydia Trachomatis* bakterisidir. Kadınlarda üst genital yol enfeksiyonu oluştursa bile az semptom verir. Bu duruma "Sessiz PID" de denir. Muayenede pürülan vajinal akıntı, sık ve kolay kanayan et kırmızısı renkte serviks görüntüsü olur. Erkeklerde ise gonokok dışı üretritlerin en sık nedenidir. Ön tanı gram boyamada 10'un üzerinde PNL görülmesiyle konur, kesin tanıya serolojik

testler veya kültür ile ulaşılır. Klamidya enfeksiyonu ve gonokok dışı üretrit tedavisinde doksisisiklin, tetrasiklin, azitromisin veya eritromisin kullanılır.

### **Gonore (Bel soğukluğu)**

Etkeni Gram negatif hücre içi diplokok olan (GNID) Neisseria Gonorrhoea'dır. Kadınlarda pürülan vajinal akıntı, ağrılı veya yanma tarzında idrar yapma, kırmızı ve dokunmakla ağrılı üretra klinik belirtileridir. Bu aşamada kadınların %70'i asemptomatiktir. Tedavi edilmez ise PID, tubal tıkanıklık sonucu infertilite, tubal yapışıklığa bağlı ektopik gebelik riskinde artış görülür. Gonore enfeksiyonlu bir anneden, doğum sırasında vajinal sekresyonlar ile yeni doğanın gözlerine bulaşarak yeni doğan körlüğüne neden olabilir. Erkeklerde ise idrar yaparken ağrı, pürülan üretral akıntı ile belirti verir. Tedavi edilmez ise epididim, üretral apse yada darlık, epididimin tıkanmasına bağlı infertilite ile sonuçlanır. Kadınlarda servikal yaymada GNID'ların görülmesi ile erkeklerde ise gram boyama ile mikroskopik tanıda GNID görülmesi ile tanı konur. Tedavide seftriakson, sefiksim, siklofoksasin, verilir. Eğer iki kez tedaviye rağmen semptomlar devam ediyorsa dirençli bir suş olasılığı vardır, ona göre tedavi düzenlenmelidir.

### **Genital Herpes**

Etkeni herpes simplex ( Tip I ve II ) virüsüdür. İlk atakta 2-4 haftada kendiliğinden geçen, çok sayıda ağrılı yüzeysel genital ülserler, su gibi vajinal akıntıyla birlikte görülebilir. Yarıdan fazlası tekrarlar. Ön tanı bulgu ve belirtilere dayanarak konur. Tedavide, hastalığın ilk epizodunda oral asiklovir verilir. Ayrıca enfekte bölgenin su ve sabunla yıkanıp, iyice kurularak lezyonun temiz tutulması, lezyon varlığında cinsel ilişkiden kaçınılması ve lezyonlar iyileştikten

sonra bariyer bir kontraseptif yöntemin kullanılması yanı sıra, lezyonların üzerine topikal antibiyotik uygulanması, analjezik verilmesi önerilmektedir. Tekrarlayan epizotlarda asiklovir dozu tekrarlanır. Eğer lezyonda sekonder enfeksiyon gelişirse yapılacak antibiyograma göre etkene yönelik tedavi yapılmalıdır.

### **Şankroid**

Etkeni *Haemophilus Ducreyii* (Ducrey basili) dir. Gelişmekte olan bir çok ülkede genital ülserlerin en sık nedenidir. Ağrılı, kirli genital ülserler ile belirti verir. Kadın ve erkeğin dış genital organlarının herhangi bir yerinde bulunabilir. Olguların %25-60'ında inguinal bölgede büyümüş lenf bezleri vardır ön tanı sıklıkla klinik bulgular ve ülser veya lenf bezinden alınan örnekte basilin saptanmasıyla olur. Klinik ve laboratuvar açısından sifilisle karışabilir. Bu nedenle karanlık saha mikroskopisinin negatif olmasıyla ve serolojik testlerle ve lenf bezi veya ülserlerden alınan örnekte etken basilin saptanmasıyla ayırıcı tanı konur. Tedavide eritromisin, seftriakson, siprofloksasin ve trimetoprim önerilmektedir.

### **Sifilis (Sy)**

Etkeni spiroket bakteri olan *Trponema pallidum*'dur. Belirtileri erken ve geç dönem olarak iki dönemden oluşur; erken dönemde, başlangıçta kadında dış genitalde (labia), erkekte peniste ağrısız şankr (ülser) ve kauçuk kıvamında büyümüş lenf bezleri görülür. Birkaç ay sonra vücutta kaşıntısız deri döküntüleri görülür. Bu lezyolar bir süre sonra kendiliğinden kaybolur. Geç dönemde ise; tedavi edilmiş vakaların %25'inde genelde kalp, büyük damarlar ve nörosifilis gelişip beyne yayılması sonucu öldürür. Primer ve sekonder lezyon akıntılarının karanlık saha mikroskopisinde spiroketlerin görülmesiyle tanı konur. Belirsiz vakalarda ya latent döneminde RPR (rapid plasma reagin) veya VDRL serolojik



testler yapılır. Tedavide; benzatin penisilin, prokain penisilin, penisilin allerjisi olan erkekler ve gebe olmayan kadınlarda doksisisiklin, tetrasiklin veya seftriakson önerilmektedir. Penisilin allerjisi olan gebe kadınlarda ise eritromisin kullanılır.

### **Lenfograduloma Venerium (LGV)**

Etkeni *Chlamydia trachomatis*'in klamidyayı oluşturdandan farkı bir süşüdur. Penis ve vulvada küçük, genellikler ağrısız papüller, bunu takiben inguinal bölgede büyümüş lenf bezleri görülür. Bu bezeler daha sonra açılarak fistül oluşturur. Tedavi edilmez ise lenf yolları tıkanır ve elefantiyazis gelişir. Klinik bulgular tanıda yardımcı olmayabilir. Bezelerin aspirasyon sıvısında lökositlerin (PNL) içinde inklüzyon cisimciklerinin görülmesiyle mikroskopik tanı konur. Tedavide, doksisisiklin, tetrasiklin veya eritromisin uzun süreli (21 gün) kullanımı önerilmektedir.

### **Granüloma İnguinal (Donovanozis)**

Etkeni *Calymmatobacterium Granulomatis*'dir. Tipik olarak enfekte kişide deri altında şişlikler oluşur daha sonra bu şişlikler ağrısız et kırmızısı ülserlere dönüşürler. Tanı, inguinal ve penine bölgesindeki bezelerden hazırlanan yayma preparatların Giemsa ile boyanarak hücre içi "Donovan cisimcikleri" nin gösterilmesiyle konur. Tedavide, trimetoprim, tetrasiklin veya doksisisiklin önerilmektedir.

### **Genital Siğiller**

Etkeni *Condyloma Accuminata*'dır. Anüs çevresi, vulvu-vajinal bölge, penis, üretra ve perinede görülen tek yada birden fazla yumuşak, ağrısız, "karnıbahar" görümlü lezyonlarla belirti verir. Olası tanı, belirtiler ve semptomlarla konur. Sifilisten ayırmak için karanlık saha mikroskopisi yada

serolojik inceleme yapılmalıdır. Tedavide kriyoterapi veya %20 podofilin uygulanır.

### **Pelvik Enflamatuvar Hastalık (PID)**

Kadınlarda uterus tüpler ve overlerdeki pelvik enfeksiyonların genel adıdır. Akut PID'de etkenler gonore, klamidy ve anaerobik bakterilerdir. Akut dönemde, karnın alt bölgesinde hassasiyet pelvik muayenede serviksin hareketi ile hassasiyet olur. Tabloya pürülan vajinal/servikal akıntı, ateşin 38 dereceden fazla olması ve pelvik kitlenin varlığı eklenir. Tanıda servikal yaymada GNID'lar görülür. Akut PID, özellikle peritonit bulguları varlığında hastane ve paranteral tedavi gerektirir. Ayaktan tedavi uygulanan ancak 72 saat içinde tedaviye yanıt vermeyen hastalarda hastaneye yatırılmalıdır. Gonore ve klamidy için hastanın eşi de tedavi edilmelidir. PID yapan etkiler dikkate alınarak üçlü kombine bir tedavi uygulanır.

### **Epididimit/Orşit**

Akut dönemde testislerde şiddetli ağrı aniden gelişen şişlik görülür. Üretral akıntı öyküsü vardır veya yukarıdaki bulgulara eşlik edebilir. Tanı üretral akıntının mikroskopik incelemesiyle konur. Akut durumlarda gonore ve klamidy için kanamisin veya tetrasiklin verilir. E coli gibi gram negatif bir basilin neden olduğu idrar yolu enfeksiyonu var ise trimetoprim ile tedavi edilir.

### **Tedavi Edilmeyen CYBH Sonucunda;**

- 1-PID öyküsü olan kişilerde ektopik gebelik riski 7-10 kez artar
- 2-Gonore, klamidy, genital herpes, sifilis, lenfogradüloma venerum, granüloma inguinale gibi GYE olan kişilerde AIDS'e maruz kalma sonucunda bu hastalığa yakalanma riski artar

- 3-İnsan papilloma virüsü ile enfeksiyona maruz kaldıktan 5-30 yıl sonra servikal Ca oluşabilir
- 4-PID geçirmiş kadınların %18'inde kronik pelvik ağrı varken, hiç enf. Geçirmemiş kadınların %5'inde görülür
- 5-Ektopik gebelik ve PID zamanında tedavi edilmezse pelvik yapışıklıklar oluşur. Tüm matenal ölümlerin %1-5'inde neden ektopik gebeliktir
- 6-Klamidya, genital herpes, gonore ve sifilis gibi GYE, doğum sırasında anneden bebeğe bulaşarak; yenidoğan pnömonisi, göz enf., veya MSS enf. Ve yeni doğan ölümlerine neden olabilir
- 7-Dünyadaki toplam 60-80 milyon infertilite vakasının %30-60'şında neden CYBH'dır.
- Tedavi edilmemiş klamidya ve gonoresi olan erkeklerin %20-40'ı ve tedavi edilmemiş PID'si olan kadınların %55-85'i sağlık kuruluşlarına infertilite nedeniyle başvurmakta.
- İnfertilite bazı toplumlarda önemli bir boşanma nedeni ve sosyal sorun

#### **3.1.8.5.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Bulaşma Şekli**

- Kan nakli
- Ortak enjektör, uyuşturucu iğne
- İyi tanımadığı bir kişi ile cinsel ilişki
- Birden çok cinsel eş ile bulaşır.

#### **3.1.8.6.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan Korunma**

- 1-Riskli gruplara öncelik vererek kişilerin eğitimi
- 2-Aseptomatik enfekte kişilerin saptanması, semptomları olanların tanı ve tedavisi

- 3-Enfekte kişilerin etkili bir şekilde tedavisi
- 4-Cinsel eşin değerlendirilmesi, tedavisi ve danışmanlık verilmesi
- 5-Aşı ile önlenemeyen CYBH için risk altındaki kişilerin aşılması
- 6- Tek eşlilik
- 7-Kondom kullanma

### **3.1.9. Üreme Sağlığı Uygulamalarına Erkeklerin Katılımının Önemi**

1994 yılında Kahire’de toplanan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD’94) kalkınma ve nüfusla ilişkili gerçekçi politikaların gelişmesinin temelini attı (11,12,43). Bir yıl sonra Pekin’de yapılan 4. Dünya Kadın Konferansında bu konu daha detaylı olarak ele alınmış ve konuya ilişkin politikalar benimsenmiştir (9,13). Ancak çalışma yöntemleri, konuya yaklaşım stratejileri 1996 yılında Birleşmiş Milletler Nüfus Fonunun önderlik ettiği, resmi ve sivil çeşitli kuruluşların toplantılarında oluşturulmuştur.

Geleneksel olarak fertilité ve aile planlaması programları ve araştırmalar kadınlar üzerinde yoğunlaşmıştır. ICPD’94 te üreme sağlığının ayrı bir alan olarak kabul görmesinden sonra üreme sağlığı konusunda cinsel aktif çiftlere yönelmenin daha doğru olacağı kanaati oluşmuştur. Her iki çifti ele alarak infertilite problemine yaklaşımda, çiftlerden birini konu edinmeye göre daha çok başarılı olduğu bilinmektedir (14).

Sonuçta çiftleri hedef alan üreme sağlığı çalışmaları çok daha etkili olmaktadır. Üreme Sağlığı, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde hakim olan anlayıştan farklı olarak, hem kadınların hem de erkeklerin cinselliğine ve üremelerine ilişkin iyilik hallerine bir bütün olarak yaklaşmayı hedeflemektedir (15).

Gebelik dönemi ve doğum açısından bakıldığında üreme konusunda kadın sağlığının önemi tabii ki yadsınamaz. Ancak konuyu bu nokta ile sınırlamak cinsellik ve üreme alanında bir dizi olaylar zincirini göz ardı etmek olur. İnsan neslinin devam etmesinin, en azından günümüzde tek yolu olan üreme eyleminde hem erkek, hem de kadın görev almaktadır. Fekondasyona (döllenme) gelinceye kadar geçen evrede kadın ve erkek eşit olarak rol alır. Daha sonra klinik pratikte doktorun önüne anne ve çocuk sağlığı sorunu olarak yansıyan tablolar bu dönemin ürünüdür. Arzu edilen üremenin gerçekleşmemesi durumunda erkek ve kadının birlikte sağlık arayışı içine girmesi kaçınılmaz olur. Üreme arzusu taşıyan iki cinsin birlikte ele alınması yanında, çocukların üretken olabilecek döneme kadar sağlıklı gelişimini, evlenme ve sağlıklı cinsel yaşamı da konunun kapsamına almak gerekir. Üreme sağlığı, gittikçe daha çok sağlığın önemli yapı taşlarından biri ve insanın sosyal gelişimi için bir indikatör ve belirleyici olarak kabul görmektedir. Aslında genel sağlığın merkezinde yer alır ve çocuk sağlığı, adolesan sağlığı, hatta üretkenlik yıllarını da aşan sağlık ve yaşam beklentisini belirleyen geniş bir kapsama alanı vardır. Beslenme, çevre, düşük doğum ağırlığı, neonatal ve perinatal mortalite ve morbidite gibi bir çok sağlık faktöründen etkilenir. Dünya Sağlık Örgütüne göre, kadınlardaki toplam hastalıkların üçte birinden, erkeklerde ise onda birinden fazlasını üreme sağlığı problemleri oluşturmaktadır. Kadının uygun olmayan yere oturtulan statüsü, üreme sağlığı programlarından erkeğin dışlanması ve adolesan çağındakilerin cinsel bilgi ve davranışlarını şekillendirmedeki yanlışlıklar, cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanlarındaki yetersizliklerimizden sorumlu tutulmaktadır (35).

Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar üreme ve doğurganlığın kontrolü ile ilgili yöntem seçiminin ataerkil geleneklere dayandığını, bununda kadınların üreme ile ilgili davranışlarını etkilediğini göstermektedir (19). Bu Çalışmalar aile planlamasının başarısında erkeklerin bilinçli çabalarının gerekli olduğunu göstermektedir. Aşırı doğurganlığın azaltılmasında önemli payı üstlenen kadına, erkeğin büyük desteği olacaktır. Toplum dinamiğinin dengelenmesine, kadın erkek eşitliğine ve toplum için uzun vadeli yararların elde edilmesine katkıda bulunacaktır (56).

İstenilen sayıda çocuk yapılması konusunda sorumluluğu paylaşarak, eşlerinin yüklerini azaltarak çocukların ruhsal gelişimine katkıda bulunabilirler. Bu nedenle aile planlaması programları, erkeklerin üreme sağlığının her aşamasında oynadığı rol göz önünde bulundurularak düzenlenmeli ve kadınlara vereceği desteğin önü açılmalıdır ve erkeklerin aile planlamasının katılımlarının sağlanması, yöntemleri doğru biçimde kullanmaya yönlendirilmesi, aile planlaması programlarının önemli hedefleri arasında yer almalıdır (20,39)

Üreme sağlığı sorunlarının çözümünde erkeklerin katılımının teşvik edilmesi önemli yöntemlerden biridir. Bu nedenle toplumun tüm kesimleri için erkeklerin üreme sağlığına ilişkin bilgi tutum ve davranışların bilinmesi ve yorumlanmasına ihtiyaç vardır.

Bu çalışma; 8'inci Kolordu Komutanlığının Elazığ'da bulunan birliklerinde askerlik görevlerini yapmakta olan erbaş ve erlerin üreme sağlığı konusundaki bilgi, tutum, davranışları ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

#### 4.MATERYAL VE METOD

8 nci Kolordu Komutanlığının Elazığ'da bulunan birliklerinde askerlik görevini yapmakta olan erbaş/erlerin üreme sağlığı konusundaki bilgi, tutum, davranışları ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini 8 nci Kolordu Komutanlığının Elazığ'da bulunan birliklerinde askerlik görevini yapmakta olan 1952 erbaş/er oluşturmuştur. Ayrıca bir örneklem seçilmemiş, evrenin tümü araştırmanın kapsamına alınmıştır. Tekrarlayan ziyaretlerle 1841'ine ulaşılmış, cevapluluk oranı %94.3 olmuştur. Cevapsızlar; erken terhis olanlar, raporlu, izinli v.s. olanlardan oluşur.

Araştırma kapsamına alınan askerlere genelde çoktan seçmeli sorulardan oluşan bir anket formu direk gözlem altında araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmuştur. Birinci bölüm; erbaş/erlerin yaş, eğitim düzeyi, yaşadığı yer, medeni durumu, sosyo-ekonomik düzeyi, aile tipi, alışkanlıkları gibi genel özelliklerini belirleyecek sorulardan, İkinci bölüm; üreme sağlığı konusundaki bilgi düzeyleri, tutum ve davranışlarını ölçecek sorulardan oluşmuştur. Araştırmanın saha uygulaması Ekim 2005-Mart 2006 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayarda SPSS 10.0 programına kaydedilmiş, hata kontrolleri, tablolar ve istatistiksel analizler bu program aracılığıyla yapılmıştır. Ortalamalar standart sapmalar ile birlikte verilmiştir. Önemlilik testi olarak X<sup>2</sup> testi kullanılmıştır.

## 5.BULGULAR

Araştırmaya alınan askerlerin yaş ortalaması,  $23.39 \pm 3.08$ 'dir. Askerlerin %84.5'i  $\leq 24$  yaşta'dır (Tablo 2).

**Tablo 2-Araştırma kapsamına Alınan Askerlerin Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri**

Özellikler	N	%
<b>Yaş</b>		
$\leq 24$	1555	84.5
25–29	224	12.2
$\geq 30$	62	3.3
Toplam	1841	100
<b>Eğitim</b>		
Herhangi Bir Okul Bitirmemiş	215	11.7
İlkokul	330	17.9
Ortaokul	442	24.0
Lise	607	33.0
Üniversite	247	13.4
Toplam	1841	100
<b>Meslek</b>		
Normal serbest meslek	768	41,7
Ara işlerde çalışan geçici işçi	436	23,7
İşsiz	348	18,9
Çiftçi	113	6,1
Kadrolu işçi	108	5,9
Normal devlet memuru	38	2,1
Üst düzey serbest meslek	28	1,5
Üst düzey devlet memuru	2	0,1
Toplam	1841	100
<b>Medeni durum</b>		
Bekâr	1512	82,1
Evli	291	15,8
Eşi ölmüş	26	1,4
Boşanmış	12	0,7
Toplam	1841	100

Akraba evliliği oranı % 27.1 olup, akraba evlilikleri içinde 1. derece (dayı, amca, teyze, hala çocukları) akraba evliliği oranı % 50.6'dır (Tablo3).



**Tablo 3-Araştırma kapsamına Alınan Askerlerin Medeni Durumlarına İlişkin Bazı Özelliklere Göre Dağılımı**

Özellikler	N	%
<b>Eşle akrabalık durumu</b>		
Evet	79	27.1
Hayır	212	72.9
Toplam	291	100
<b>Eş yakınlık derecesi</b>		
Dayı, amca, teyze, hala çocuk	40	50.6
Diğer akrabalar	3	3.8
Cevapsız	36	45.6
Toplam	79	100

Evli askerlerin %73.5'i tanışıp anlaşarak, %26.5'i görücü usulü ile evlenmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eşleri İle Birlikteliklerini Tanımlayıcı Bazı Özelliklere Göre Dağılımları**

Özellikler	N	%
<b>Eş evlenme biçimi</b>		
Tanışıp anlaşarak	214	73.5
Görücü usulü	77	26.5
Toplam	291	100
<b>Eşle beraberlik bağı</b>		
Medeni nikâh	47	16.2
İmam nikâhı	58	19.9
Her ikisi	158	54.3
Nikahsız beraberlik	28	9.6
Toplam	291	100

Evli askerlerin eşlerinin eğitim durumlarına bakıldığında % 33.7'si ev hanımı, % 4.5'i normal devlet memuru olarak görev yapmaktadır. % 8.6'sı üniversite mezunu iken, % 10.3'ü okur yazar değildir (Tablo 5).

**Tablo 5-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eşlerinin Meslek ve Eğitim Durumuna Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	%
<b>Eş Mesleği</b>		
Ev hanımı	98	33.7
Normal serbest meslek	14	4.8
Normal devlet memuru	13	4.5
Ara işlerde çalışan geçici işçi	9	3.1
Üst düzey serbest meslek	3	1.0
Çiftçi	3	1.0
Öğrenci	2	0.7
Cevapsız	149	51.2
Toplam	291	100
<b>Eş eğitim durumu</b>		
Okuryazar değil	30	10.3
Okuryazar	30	10.3
İlkokul	38	13.1
Ortaokul	37	12.7
Lise	60	20.6
Üniversite	25	8.6
Cevapsız	71	24.4
Toplam	291	100

Araştırma kapsamına alınan askerlerden, halen evli olanlar, eşi ölmüş olanlar ve boşanmış olanların ilk evlenme yaşı incelendiğinde; 329 askerin % 5.8'inin ilk evlenme yaşı 0-17 arasındadır. Askerlerin % 33.7'si 18-23 yaş arası, % 6.7'si 24 yaşından sonra evlenmiştir. Askerlerin % 53.8'i soruyu cevapsız bırakmıştır.

Askerlerin % 13.0'nun ilk evlenme yaşı 0-17, % 29.2'sinin eşlerinin ilk evlenme yaşı 18-23 arasındadır, % 3.4'ünün eşleri 24 yaşın üzerinde evlenmiştir. Askerlerin % 54.4'ü soruyu cevapsız bırakmıştır.

Araştırmaya katılanların % 46.2'sinin ilçe, belde ve köylerde, % 52.6'sı ise il merkezi ve metropolde yaşamaktadır. Askerlerin % 91.1 çekirdek aileye sahiptir. Askerlerin % 59.4'ünün herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır (Tablo 6).

**Tablo 6-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Yaşadıkları yer, Aile Tipi ve Sosyal Güvencelerinin Varlığına Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	%
<b>Yaşanılan Yer</b>		
Köy	325	17.6
Belde	164	8.9
İlçe	362	19.7
İl	697	37.9
Metropol	271	14.7
Yurtdışı	22	1.2
Toplam	1841	100
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek Aile	1678	91.1
Geniş Aile	163	8.9
Toplam	1841	100
<b>Sosyal Güvence Varlığı</b>		
Evet	748	40.6
Hayır	1093	59.4
Toplam	1841	100

Sosyal güvencesi olanlar arasında SSK'lı olanlar % 59.1 ile ilk sırada yer almaktadır. Yeşil kart sahibi olanların oranı % 11.4'tür (Tablo 7).

**Tablo 7-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerden Sosyal Güvencesi olanların Sahip Oldukları Sosyal Güvence Kuruluşlarına Göre Dağılımları**

Sosyal güvence kuruluşunun adı	Sayı	%
Emekli sandığı	54	7.2
SSK	443	59.2
Bağ kur	130	17.4
Yeşil kart	85	11.4
Diğer	22	2.9
Cevapsız	14	1.9
Toplam	748	100

Askerlerin % 43.4'ü Orta Sosyo-Ekonomik Düzeye (SED), % 17.2'si Alt SED, % 2.4'ü Üst SED'e sahiptir. Askerlerin % 37.0'si bu soruya yanıt vermemiştir.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin % 91'inin herhangi bir kronik hastalığı yok iken, % 9'unun kronik bir hastalığı vardır. Herhangi bir rahatsızlığı olan askerlerden, % 28.5'inin kas iskelet sistemi rahatsızlığı mevcuttur (Tablo 8).

**Tablo 8-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerden Herhangi Bir Sağlık Sorunu Olanların Var Olan Sağlık Sorunlarına Göre Dağılımları**

Hastalıklar	Sayı	%
Gastrointestinal Sistem Rahatsızlığı Olanlar	15	9.1
Ürogenital Sistem Rahatsızlığı Olanlar	11	6.7
Solunum Sistemi Rahatsızlığı Olanlar	25	15.1
Kardiovasküler Sistem Rahatsızlığı Olanlar	11	6.7
Kas İskelet Sistemi Rahatsızlığı Olanlar	47	28.5
Dermatolojik Sistem Rahatsızlığı Olanlar	5	3.0
Sistemik Rahatsızlığı Olanlar	3	1.8
Sinir Sistemi Rahatsızlığı Olanlar	36	21.8
Duyu Organı Sistem Rahatsızlığı Olanlar	11	6.7
Cevapsız	1	0.6
Toplam	165	100

Askerlerin % 62.1'i sigara içmektedir (Tablo 9).

**Tablo 9-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Sigara İçme Durumlarının Dağılımı**

Sigara içme durumu	Sayı	%
Evet, her gün en az bir	862	46.8
Ara sıra	282	15.3
İçiyordum bıraktım	150	8.2
Hiç içmedim	547	29.7
Toplam	1841	100

Askerlerin %52.1'i alkollü içki içtiğini belirtmiştir. Alkollü içki tüketen askerlerin alkollü içki tüketme sıklıkları Tablo 10'da verilmiştir.

**Tablo 10-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Alkollü İçki Tüketme Sıklıkları**

Sivil yaşantıda, haftada tüketilen alkollü içki	Sayı	%
Haftada en az 7 birim	325	33.9
Haftada en az 1 birim	264	27.5
Haftada en az 0.25 birim	370	38.6
Toplam	959	100

Araştırma kapsamındaki askerler şimdiye kadar Üreme Sağlığı Kavramını duyduunuz mu sorusuna; % 54.5'i evet derken % 32.6'sı hayır demiştir. % 12.9'u bu soruyu cevapsız bırakmıştır.

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu üreme sağlığının ve aile planlamasının tanımlarını tam bilmemekte, sadece % 0,1'i üreme sağlığının (Tablo 11) ve % 0.2' si aile planlamasının tanımını doğru ve tam olarak bilmektedir (Tablo 12).

**Tablo 11-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Üreme Sağlığının Tanımını Bilme Durumları**

Üreme Sağlığı Konusunda Bilgi Durumu	Sayı	%
Doğru ve tam bilgi	2	0.1
Eksik bilgi	228	12.4
Yanlış bilgi	222	12.1
Fikri yok	1389	75.4
Toplam	1841	100

**Tablo 12-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Aile Planlamasının Tanımını Bilme Durumlarının Dağılımı**

Aile Planlaması Konusunda Bilgi Durumu	Sayı	%
Doğru ve tam bilgi	3	0.2
Eksik bilgi	339	18.4
Yanlış bilgi	279	15.2
Fikri yok	1220	66.3
Toplam	1841	100

Askerlerin % 49.6'sı haptı, % 46.7'si kondomu ve % 35.4'ü RİA'yı bilmektedir (Tablo 13).

**Tablo 13-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Bildikleri Aile Planlaması Yöntemlerinin Dağılımı**

<b>Bilinen Yöntemler Değişkenler (n=1841)</b>	<b>Biliyor Sayı (%)</b>	<b>Bilmiyor Sayı (%)</b>
RIA	651 (35.4)	1190 (64.6)
Hap	913 (49.6)	928 (50.4)
Kondom	860 (46.7)	981 (53.3)
İğne	531 (28.8)	1310 (71.2)
Norplant	211 (11.5)	1630 (88.5)
Sperm Öldürücü	246 (13.4)	1595 (86.6)
Sünger Diyafram	147 (8.0)	1694 (92.0)
Kadında Tüp Bağlanması	431 (23.4)	1410 (76.6)
Erkeklerde Kordon Bağlanması	406 (22.1)	1435 (77.9)
Takvim	269 (14.6)	1572 (85.4)
Geri Çekme	469 (25.5)	1372 (74.5)

Araştırma kapsamına alınan askerlerden evli olanların % 63.2'si (184 kişi) Aile Planlaması Yöntemi kullandığını belirtirken, % 18.5'i (55 kişi) kullanmadığını belirtmiştir. %17.9'u (52 kişi) ise bu soruya yanıt vermemiştir.

Araştırma kapsamına alınan askerlerden yöntem kullananların kullandıkları aile planlaması yöntemine göre dağılımı Tablo 14'de verilmiştir.

**Tablo 14-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerden Yöntem Kullananların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemine Göre Dağılımı**

<b>Kullanılan yöntemin adı</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
RIA ya da spiral	30	16.3
Hap	67	36.4
Kondom kılıf, kaput	38	20.7
İğne	16	8.7
Norplant	3	1.6
Sünger, diyafram, servikal baş.	2	1.1
Kadında tüplerin bağlanması	9	4.9
Erkeklerde kordon bağlanması	5	2.7
Takvim	2	1.1
Geri çekme	3	1.6
Cevapsız	9	4.9
Toplam	184	100

Araştırma kapsamına alınan askerlerin aile planlaması yöntemi konusunda bilgi aldıkları kaynaklara göre dağılım Tablo 15’de verilmiştir.

**Tablo 15- Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Aile Planlaması Yöntemi Konusunda Bilgi Aldığı Kaynaklara Göre Dağılımları**

<b>Aile planlaması konusunda yardım alınan kaynaklar</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Hekim	76	41.3
Hemşire	45	24.5
Arkadaş, komşu	25	13.6
Akrabalar (kayın valide, anne, teyze, dayı, amca gb.)	23	12.5
Radyo televizyon	13	7.0
Cevapsız	2	1.1
<b>Toplam</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

Her hangi bir aile planlaması yöntemini uygun buluyor musunuz, sorusunu askerlerin % 45.1’i cevapsız bırakırken, % 32.8’i uygun bulmakta, 408 kişi (% 22.2’si) uygun bulmamaktadır.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin eşlerinin aile planlaması yöntemi kullanmayı uygun bulmayanlara nedenleri sorulduğunda % 97.2’si soruyu yanıtlamamış, % 2.1’i bilmediğini belirtmiştir. % 0.7’si aile planlaması yöntemini günah saymaktadır.

Kürtajın bir aile planlaması yöntemi olup olmadığı sorusunu, askerlerin %46.4’ü cevapsız bırakırken % 41.4’ü hayır değildir demiştir.

Aile planlaması yöntemini temin edildiği yerlere bakıldığında; % 29.4’ü sağlık ocağından, % 22.7’si hastaneden ve % 16.8’ü eczaneden temin ettiğini belirtmiştir (Tablo 16).

**Tablo 16-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemini Temin Etme Yerlerine Göre Dağılım**

<b>Aile Planlaması Yönteminin Temin Edildiği Yer</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Sağlık Ocağı	72	39.1
Hastane	54	29.4
Özel Muayenehane	14	7.6
Eczane	40	21.7
Herhangi Bir Yerden Temin Etmesi Gerekmeyen Yöntem	4	2.2
<b>Toplam</b>	<b>184</b>	<b>100</b>

Aile planlaması yöntemini kim uygulamalı sorusuna askerlerin % 11.0'i erkek, % 7.2'si kadın ve % 49.9'u hem erkek hem kadın cevabını vermiştir. % 31.9'u soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

Askerlerin % 25.7'sinin eşleri son doğumunu devlet hastanesinde, % 12.7'si evde yapmıştır (Tablo 17).

**Tablo 17-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eşlerinin Son Doğumunu Yaptığı Yerlere Göre Dağılım**

<b>Eşlerinin Son Doğumunu Yaptığı Yerler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Evde	34	12.7
Devlet Hastanesinde	69	25.7
Üniversite Hastanesinde	17	6.4
Doğumevinde	22	8.2
Özel Hastanede	27	10.0
Sağlık Ocağında	18	6.7
Sağlık Evinde	12	4.5
Cevapsız	69	25.8
Toplam	268	100

Araştırma kapsamındaki askerlerin % 37.3'sinin eşinin son doğumuna doktor, % 31.4'ünün eşinin ebe-hemşireler etmiştir. % 0.7'si ise kendi kendine doğum yapmıştır (Tablo 18).

**Tablo 18-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eşlerinin Son Doğumuna Yardım Eden Kişilere Göre Dağılım**

<b>Eşlerinin Son Doğumunu Yardım Eden Kişi</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Doktor	100	37.3
Ebe-hemşire	84	31.4
Ara ebesi	11	4.1
Kendi kendine	2	0.7
Cevapsız	71	26.5
Toplam	268	100

Gebelikte hangi aşı yapılır sorusuna 1801 asker bilgin yok derken, verilen aşı cevaplarından en yüksek oran % 1.5 ile tetanos aşısı olmuştur. "Her gebe



mutlaka bir sağlık personeli tarafından dzenli izlenmeli midir.” Sorusuna %51.1 evet izlenmeli, % 9.5’i hayır izlenmemeli denmiştir. “Doğumun bir sağlık kuruluşunda yada personeli tarafından yaptırılması anne ve yeni doğan ölümünün önlenmesi açısından gerekli midir sorusuna”; askerlerin % 25.4’ü cevap vermezken, % 57.7’si evet denmiştir, % 16.9 kişi ise hayır gerekli değildir demiştir. Doğacak çocukta cinsiyeti belirleyen tohum hücrelerinin kimden geldiği sorusuna her ikisinden gelir diyen kişi oranı % 36.1, anneden gelir diyen kişi oranı % 8.5, babadan gelir diyenlerin oranı % 34.1’dir. Askerlerin % 21.3’ü bu soruya yanıt vermemiştir.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin “gebelikteki ağırlık artışı ne kadar olur” sorusuna; % 11.6’sı 0-15 kg, % 0.6’sı 16-20 kg, % 1.6’sı 21 kg ve üzerinde olur derken, % 71.3’ünün yanıtı bilgin yok şeklindedir. Askerlerin % 14.9’u ise bu soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin “akraba evliliğinin çocuğun sakat doğmasına etkisi var mıdır” sorusuna % 64.2’si evet, % 21.1’i hayır yanıtı vermiştir. % 14.7’si soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

Askerlerin bebek beslenmesi ve anne sütü ile ilgili bazı konulardaki bilgi düzeylerinin dağılımı Tablo 19’da verilmiştir.

**Tablo 19-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin bebek beslenmesi ve anne sütü ile İlgili bazı konulardaki Bilgi Düzeylerinin Dağılımı**

<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yeni doğanın Hemen Emzirilmesi Gereklidir</b>		
Evet gereklidir	1074	58.3
Hayır gerekli değildir	381	20.7
Cevapsız	386	21.0
Toplam	1841	100
<b>Bebek 4-6 Aya Kadar ne ile beslenmelidir</b>		
İnek sütü	83	4.5
Anne sütü	1250	67.9
Mama	89	4.8
Ek gıdalar	132	7.2
Cevapsız	287	15.6
Toplam	1841	100

Cinsel yolla bulaşan hastalık mikroorganizmaların neden olduğu bir hastalık mıdır sorusuna askerlerin % 55.3'ü hayır, % 17.5'i evet demişlerdir. Askerlin %27.2'i bu soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin “cinsel yolla bulaşan hastalık kadın ve erkekte hangi sorunlara yol açar” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılım Tablo 20’de verilmiştir.

**Tablo 20-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin “Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Kadın ve Erkekte Hangi Sorunlara Yol Açar” sorusuna verdikleri yanıtlara göre dağılım.**

Sorunlar	Sayı	%
Kadın ve erkekte kısırlık	179	9.7
Düşük, dış gebelik, genital organ kanserleri	185	10.0
Yeni doğan bebeklerde bazı enfeksiyonlar	196	10.6
Hepsi	782	42.5
Cevapsız	499	27.1
Toplam	1841	100

Araştırma kapsamına alınan askerlerin bazı hastalıkların cinsel yolla bulaşıp bulaşmadığı konusundaki bilgi düzeyleri Tablo 21’de verilmiştir.

**Tablo 21- Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Bazı Hastalıkların Cinsel Yolla Bulaşıp Bulaşmadığı Konusundaki Bilgi Düzeyleri**

CYBH (n=1841)	Evet Bulaşır Sayı (%)	Hayır Bulaşmaz Sayı (%)
AİDS	1229 (66.8)	612 (33.2)
Hepatit B	851 (46.2)	990 (53.8)
Gonore (Bel Soğukluğu)	680 (36.9)	1161 (63.1)
Sifilis (Frengi)	525 (28.5)	1316 (71.5)
Klamidya Enfeksiyonu	232 (12.6)	1609 (87.4)
Kandidiazis	204 (11.1)	1637 (88.9)
Trikomoniyazis	188 (10.2)	1653 (89.8)
Yumuşak Şankr	201 (10.9)	1640 (89.1)
Granuloma İnguinalle	192 (10.4)	1649 (89.6)
Genital Herpes	237 (12.9)	1604 (87.1)
Lenfögranuloma Venerium	165 (9.0)	1676 (91.0)

Araştırma kapsamına alınan askerlerin cinsel yolla bulaşan hastalık belirtileri konusundaki bilgi düzeyleri Tablo 22’de verilmiştir.

**Tablo 22-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Belirtileri Konusundaki Bilgi Düzeyleri**

<b>Hastalık Belirtileri (n=1841)</b>	<b>Evet Sayı (%)</b>	<b>Hayır Sayı (%)</b>
Cinsel organdan gelen cerahat ve akıntı	848 (46.0)	993 (54.0)
Cinsel ilişkide kanama	424 (23.0)	1417 (77.0)
İdrar yaparken yanma sık sık az miktarda idrara çıkma	619 (33.6)	1222 (66.4)
Cinsel organ ve çevresinde kaşıntı	574 (31.2)	1267 (68.8)
Erkek kadın organlarında kabarcık, yara, siğil, kızartı	582 (31.6)	1259 (68.4)
Kasık lenf bezlerinde şişlik	335 (18.2)	1506 (81.8)
Testislerden bir yada ikisinde birden ağrı	379 (20.6)	1462 (79.5)
Karın ağrısı	181 (9.8)	1660 (90.2)
İshal, mide bulantısı	184 (10.0)	1657 (90.0)
Baş ağrısı, baş dönmesi	193 (10.5)	1648 (89.5)

Araştırma kapsamına alınan askerlerin anneden bebeğe doğum sırasında yada gebelikte bulaşan hastalıklar konusunda bilgi düzeyleri Tablo 23’de verilmiştir.

**Tablo 23- Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Anneden Bebeğe Doğum Sırasında yada Gebelikte Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi Düzeyleri**

<b>Hastalıklar (n=1841)</b>	<b>Evet Bulaşır Sayı (%)</b>	<b>Hayır Bulaşmaz Sayı (%)</b>
AİDS	899 (48.8)	942 (51.2)
Hepatit B	767 (41.7)	1074 (58.4)
Gonore (Bel soğukluğu)	178 (9.7)	1663 (90.3)
Sifilis (Frengi)	238 (12.9)	1603 (87.1)
Klamidya Enfeksiyonu	109 (5.9)	1732 (94.1)
Herpes	123 (6.7)	1718 (93.3)

“Kondom kullanımı CYBH’den korur mu?” sorusuna Araştırma kapsamına alınan askerlerin %50.6’sı evet korur, % 28.5’i hayır korumaz şeklinde cevap vermiştir. Askerlerin %20.9’u soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

Tek eşli olmanın cinsel yolla bulaşan hastalıklardan koruması konusunda; askerlerin % 37.3'ü evet korur, % 41.8'i hayır korumaz derken, % 20.9'u soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

Askerlerin % 14.3'ü AIDS'in etkili bir aşısının olduğunu, % 42.7'si olmadığını belirtmişlerdir. % 23.6'sı bu konuda bilgisi olmadığını belirtirken % 19.4'ü soruyu yanıtızsız bırakmıştır. AIDS'in tedavisi konusunda ise askerlerin % 11.0'ı AIDS'in tedavisi var, % 33.6'sı hayır tedavisi yok, % 14.3'ü kısmen var, % 19.0'ı bilgim yok derken, % 22.1'i soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

Askerler, "AIDS'ten korunma yolları nelerdir" sorusuna % 27.3 oranında doğru ve tam cevap vermişlerdir. Konu hakkında bilgisi olmayan, eksik ve yanlış bilgisi olanların oranı % 4.3'tür. Bu soruya bilgim yok diyenlerin oranı 68.4'tür.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin Hepatit B'nin bulaşma yolları konusundaki bilgi düzeyleri Tablo 24'te dir.

**Tablo 24- Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Hepatit B'nin Bulaşma Yolları Konusunda Bilgi Düzeyleri**

<b>Hepatit B'nin Bulaşma Yolları (n=1841)</b>	<b>Evet Sayı (%)</b>	<b>Hayır Sayı (%)</b>	<b>Cevapsız Sayı (%)</b>
Solumun Yolu	273 (14.8)	1176 (63.9)	392 (21.3)
Öpüşme	553 (30.0)	897 (48.8)	391 (21.2)
Cinsel İlişki	1019 (55.4)	431 (23.4)	391 (21.2)
Su ve Besin	326 (17.7)	1124 (61.1)	391 (21.2)
Aynı Ortamı Paylaşma	125 (6.8)	1325 (72.0)	391 (21.2)
Kan Yolu	852 (46.3)	598 (32.5)	391 (21.2)
Tokalaşma	85 (4.6)	1365 (74.2)	391 (21.2)

Araştırma kapsamına alınan askerlerin "Hepatit B Karaciğer Sirozuna Yol Açar mı" sorusuna % 42.9'u evet, % 25.7'si hayır şeklinde cevap vermiştir. % 31.4' soruyu yanıtızsız bırakmıştır. Hepatit B'nin etkili bir aşısı var mı sorusuna ise % 33.4'ü evet, % 21.2'si hayır, % 25.0'ı bilgim yok derken % 20.4'ü soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin sifilis (frenginin) bulaşma yolları konusunda bilgi düzeyleri Tablo 25'de verilmiştir.

**Tablo 25- Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Sifilis Frenginin Bulaşma Yolları Konusunda Bilgi Düzeyleri**

<b>Sifilis Frenginin Bulaşma Yolları (n=1841)</b>	<b>Evet Sayı (%)</b>	<b>Hayır Sayı (%)</b>	<b>Cevapsız Sayı (%)</b>
Solunum Yoluyla	196 (10.6)	966 (52.5)	679 (36.9)
Öpüşmeyle	377 (20.5)	784 (42.6)	680 (36.9)
Cinsel İlişkiyle	707 (38.4)	454 (24.7)	680 (36.9)
Su ve Besin Yoluyla	161 (8.7)	1000(54.4)	680 (36.9)
Aynı Ortamı Paylaşmayla	68 (3.7)	1094(59.4)	679 (36.9)
Kan Yoluyla	457 (24.8)	706 (38.4)	678 (36.8)
Tokalaşmayla	70 (3.8)	1092(59.3)	679 (36.9)

Araştırma kapsamına alınan askerlerin gonore (belsoğukluğunun) bulaşma yolları konusunda bilgi düzeyleri Tablo 26’da verilmiştir.

**Tablo 26-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Gonore /Belsoğukluğunun Bulaşma Yolları Konusunda Bilgi Düzeyleri**

<b>Gonore/Belsoğukluğunun Bulaşma Yolları (n=1841)</b>	<b>Evet Sayı (%)</b>	<b>Hayır Sayı (%)</b>	<b>Cevapsız Sayı (%)</b>
Solunum Yoluyla	172 (9.4)	1140(61.9)	529 (28.7)
Öpüşmeyle	318 (17.3)	995 (54.0)	528 (28.7)
Cinsel İlişkiyle	896 (48.6)	417 (22.7)	528 (28.7)
Su ve Besin Yoluyla	104 (5.6)	1209(65.7)	528 (28.7)
Aynı Ortamı Paylaşmayla	78 (4.2)	1235(67.1)	528 (28.7)
Kan Yoluyla	449 (24.4)	864 (46.9)	528 (28.7)
Tokalaşmayla	68 (3.7)	1244(67.6)	529 (28.7)

Gonore (belsoğukluğunun) tedavisinin olup olmadığı konusunda askerlerin % 40.9’u evet var, % 16.0’ı hayır yok, % 19.7’si bilgim yok derken, % 23.4’ü soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin kadınların en ideal gebelik yaş grubu konusundaki bilgi düzeyine bakıldığında % 12.8’i 18-45 yaş, % 55.7’si 18-35 yaş, % 10.9’u 15-25 yaş, % 1.7’si 35-40 yaş, yanıtı vermiştir. Askerlerin % 18.9’u soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin kondom konusundaki bilgi düzeyleri Tablo 27’de verilmiştir.

**Tablo 27- Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Kondom Konusundaki Bilgi Düzeyi**

Bilgi Düzeyi	Sayı	%
<b>Bir Kondomla Kaç Kez İlişkide Bulunulur</b>		
1 kez	1140	61.9
3 kez	183	9.9
Bir ay boyunca	114	6.2
7 kez	95	5.2
Cevapsız	309	16.8
Toplam	1841	100
<b>Kondom kullanıldığında ucunda boşluk bırakılmamalıdır</b>		
Evet	1011	54.9
Hayır	461	25.0
Cevapsız	369	20.1
Toplam	1841	100

Erkek çocuğunun hangi yaşlar arasında sünnet olması gerektiği konusunda; araştırma kapsamına alınan askerlerin % 17.3'ü 0-2 yaş, % 19.8'i 1-2 yaş, % 22.4'ü 7-8 yaş, % 23.9'u 2-7 yaş, cevabını verirken % 16.6'sı soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin erkeklerin vazektomi sonucunda cinsel istek ve güçte azalma olup olmayacağı konusundaki bilgi düzeyine bakıldığında; % 34.1'i cinsel güçte azalma olur derken, % 45.9'u cinsel güçte azalma olmaz cevabı vermiştir. Askerlerin % 20.0'ı soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin % 59.8'i kadınların meme kanserinin erken tanısı için, düzenli aralıklarla meme muayenesi gereklidir, % 17.7 hayır gerekli değildir yanıtı vermiştir. Askerlerin % 22.5'i soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin % 28.2'si yaşamlarının herhangi bir döneminde üreme sağlığı konusunda eğitim aldığını, % 53.0'ü almadığını ifade ederken, % 18.8'i bu soruyu yanıtızsız bırakmıştır.

Askerlerden üreme sağlığı eğitimi alanların eğitim aldıkları yerler sorgulandığında, % 56.8'i okulda, % 13.5'i okul ve acemi birliğinde, % 2.5'i kitap ve doktorlardan, % 3.7'si Tv ve internetten, % 2.5'i doktorlardan, % 21.0'ı ise acemi birliğinde eğitim aldığı yanıtını vermiştir.

Askerler birliğinizde aile planlaması konusunda kurs veriliyor mu sorusunu % 82.2 oranında cevapsız bırakırken, % 11.7'si evet veriliyor %6.1'i hayır verilmiyor cevabı vermiştir.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin eğitim düzeylerine göre üreme sağlığı kavramı duyup duymama hakkındaki bilgi düzeyleri Tablo 28'dedir

**Tablo 28-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eğitim Düzeylerine Göre Üreme Sağlığı Kavramı Duyup Duymama Hakkındaki Bilgi Düzeyleri**

Üreme Sağlığı Kavramını Duyuma	Eğitim Durumu					
	HOMD* Sayı (%)	İlkokul Sayı (%)	Ortaokul Sayı (%)	Lise Sayı (%)	Üniver Sayı (%)	Toplam Sayı (%)
Evet	68 (6.8)	124 (12.4)	215 (21.4)	398 (39.6)	199 (19.8)	1004 (100)
Hayır	147 (17.6)	206 (24.6)	227 (27.1)	209 (25.0)	48 (5.7)	837 (100)
Toplam	215 (11.7)	330 (17.9)	442 (24.0)	607 (33.0)	247 (13.4)	1841 (100)

$X^2=204.651$

Sd=10

P=0.0001

\* Herhangi bir okul mezunu değil.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin eğitim düzeylerine göre üreme sağlığının tanımını bilme durumu Tablo 29'da verilmiştir.

**Tablo 29- Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eğitim Düzeylerine Göre Üreme Sağlığının Tanımını Bilme Durumuna Göre Dağılım**

Üreme Sağlığı Kavramının Bilme Durumu	Eğitim Durumu					
	HOM* Sayı (%)	İlkokul Sayı (%)	Ortaokul Sayı (%)	Lise Sayı (%)	Üniver Sayı (%)	Toplam Sayı(%)
Doğru ve tam bilgi	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100)
Eksik bilgi	7 (3.1)	7 (3.1)	34 (14.9)	101 (44.3)	79 (34.6)	228 (100)
Yanlış bilgi	6 (2.7)	18 (8.1)	32 (14.4)	113 (50.9)	53 (23.9)	222 (100)
Fikri yok	202 (14.5)	305 (22.0)	376 (27.1)	392 (28.2)	114 (8.2)	1389 (100)
Toplam	215 (11.7)	330 (17.9)	442 (24.0)	607 (33.0)	247 (13.4)	1841 (100)

\* Herhangi bir okul mezunu değil.

$X^2=280.172$

Sd=15

P=0.0001

Araştırma kapsamına alınan askerlerin eğitim düzeylerine göre aile planlamasının tanımını bilme durumu Tablo 30'da verilmiştir.

**Tablo 30- Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eğitim Düzeylerine Göre Aile Planlamasının Tanımını Bilme Durumuna Göre Dağılım**

Aile Planlaması Kavramının Çağrıştırdığı Konular	Eğitim Durumu					
	HOMD* Sayı (%)	İlkokul Sayı (%)	Ortaokul Sayı (%)	Lise Sayı (%)	Üniversite Sayı (%)	Toplam Sayı (%)
Doğru ve tam bilgi	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (100)
Eksik bilgi	7 (2.0)	21 (6.2)	49 (14.5)	165 (48.7)	97 (28.6)	339 (100)
Yanlış bilgi	13 (4.7)	38 (13.6)	57 (20.4)	123 (44.1)	48 (17.2)	279 (100)
Fikri yok	195 (16.0)	271 (22.2)	336 (27.5)	318 (26.1)	100 (8.2)	1220 (100)
Toplam	215 (11.7)	330 (17.9)	442 (24.0)	607 (33.0)	247 (13.4)	1841 (100)

\* Herhangi bir okul mezunu değil.

$$X^2=268.618$$

$$Sd=15$$

$$P=0.0001$$

Araştırma kapsamına alınan askerlerin eğitim düzeylerine göre aile planlaması yöntemleri hakkındaki bilgi düzeyleri Tablo 31'dedir.



**Tablo 31- Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eğitim Düzeylerine Göre Aile Planlaması Yöntemleri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri**

AP Yöntemleri Bilme Durumu	Eğitim Düzeyi						P (X <sup>2</sup> )
	HOMD* Sayı (%)	İlkokul Sayı (%)	Orta Sayı (%)	Lise Sayı (%)	Üniv. Sayı (%)		
RİA	Bilen	43(6.6)	65(10.0)	111(17.1)	268(41.2)	164(25.2)	X <sup>2</sup> =203.418 Sd=5 P=0.0001
	Bilmeyen	172(14.5)	265(22.3)	331(27.8)	339(28.5)	83(7.0)	
Hap	Bilen	83(9.1)	119(13.0)	171(18.7)	346(37.9)	194(21.3)	X <sup>2</sup> =151.731 Sd=5 P=0.0001
	Bilmeyen	132(14.2)	211(22.8)	271(29.2)	261(28.1)	53(5.7)	
Kondom	Bilen	50(5.8)	101(11.7)	161(18.7)	353(41.0)	195(22.7)	X <sup>2</sup> =238.469 Sd=5 P=0.0001
	Bilmeyen	165(16.9)	229(23.3)	281(28.6)	254(25.9)	52(5.3)	
İğne	Bilen	41(7.7)	61(11.5)	94(17.7)	217(40.9)	118(22.2)	X <sup>2</sup> =96.863 Sd=5 P=0.0001
	Bilmeyen	174(13.3)	269(20.5)	348(26.6)	390(29.8)	129(9.8)	
Norplant	Bilen	16(7.6)	16(7.6)	25(11.8)	90(42.7)	64(30.3)	X <sup>2</sup> =92.522 Sd=5 P=0.0001
	Bilmeyen	199(12.2)	314(19.3)	417(25.6)	517(31.7)	183(11.2)	
Spermisit	Bilen	12(4.8)	17(6.9)	41(16.7)	108(43.9)	68(27.6)	X <sup>2</sup> =90.985 Sd=5 P=0.0001
	Bilmeyen	203(12.7)	313(19.6)	401(25.1)	499(31.3)	179(11.2)	
Sünger Diyafam	Bilen	7(4.8)	12(8.2)	27(18.4)	58(39.5)	43(29.3)	X <sup>2</sup> =49.202 Sd=5 P=0.0001
	Bilmeyen	208(12.3)	318(18.8)	415(24.5)	549(32.4)	204(12.0)	
Tüp Ligasyonu	Bilen	23(5.4)	30(7.0)	77(17.9)	184(42.7)	117(27.1)	X <sup>2</sup> =161.190 Sd=5 P=0.0001
	Bilmeyen	186(13.7)	300(21.3)	365(25.9)	423(30.0)	130(9.2)	
Vazektom	Bilen	18(4.4)	33(8.1)	76(18.7)	170(41.9)	109(26.8)	X <sup>2</sup> =139.926 Sd=5 P=0.0001
	Bilmeyen	197(13.8)	297(20.7)	366(25.5)	437(30.5)	138(9.6)	
Takvim	Bilen	16(6.0)	22(8.2)	49(18.2)	106(39.4)	76(28.3)	X <sup>2</sup> =85.605 Sd=5 P=0.0001
	Bilmeyen	199(12.7)	308(19.6)	393(25.0)	501(31.9)	171(10.9)	
Geri Çekme	Bilen	21(4.5)	41(8.7)	80(17.1)	199(42.4)	128(27.3)	X <sup>2</sup> =177.601 Sd=5 P=0.0001
	Bilmeyen	194(14.2)	289(21.1)	362(26.4)	408(29.7)	119(8.7)	

\* Herhangi bir okul mezunu değil.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin eğitim düzeylerine göre herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayı uygun bulup bulmama durumu Tablo 32'dedir.

**Tablo 32- Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eğitim Düzeylerine Göre Herhangi Bir Aile Planlaması Yöntemi Kullanmayı Uygun Bulup Bulmama Durumu**

Yöntem Kullanmayı Uygun Bulma Durumu	Eğitim Durumu					Toplam Sayı (%)
	HOMD* Sayı (%)	İlk Sayı (%)	Orta ayı (%)	Lise Sayı (%)	Üniver. Sayı (%)	
Evet Buluyorum	72(12.0)	79(13.1)	132(21.9)	214(35.5)	106(17.6)	603
Hayır Bulmuyorum	73(17.9)	99(24.3)	109(26.7)	98(24.0)	29(7.1)	408
Cevapsız	70(8.4)	152(18.3)	201(24.2)	295(35.5)	112(13.5)	830
Toplam	215(11.7)	330(17.9)	442(24.0)	607(33.0)	247(13.4)	1841

\* Herhangi bir okul mezunu değil.

$$X^2=79.233$$

$$Sd=10$$

$$P=0.0001$$

**Tablo 33- Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eğitim Düzeylerine Göre Aile Planlaması Yöntemini Kimin Uygulaması Gerektiği Konusundaki Bilgi Düzeyleri**

Aile Planlaması Yöntemini Kim Uygulamalı	Eğitim Durumu					Toplam Sayı (%)
	HOMD* Sayı (%)	İlk Sayı (%)	Orta Sayı (%)	Lise Sayı (%)	Üniver Sayı (%)	
Erkek	37(18.3)	48(23.8)	47(23.3)	52(25.7)	18(8.9)	202(100)
Kadın	35(26.3)	25(18.8)	27(20.3)	26(19.5)	20(15.1)	133(100)
Erkek-Kadın	44(4.8)	119(12.9)	214(23.3)	369(40.2)	173(18.8)	919(100)
Cevapsız	99(16.9)	138(23.5)	154(26.2)	160(27.3)	36(6.1)	587(100)
Toplam	215(11.7)	330(17.9)	442(24.0)	607(33.0)	247(13.4)	1841(100)

\* Herhangi bir okul mezunu değil.

$$X^2=193.011$$

$$Sd=15$$

$$P=0.0001$$

Araştırma kapsamına alınan askerlerin eğitim düzeylerine göre aile planlaması yöntemini kimin uygulaması gerektiği konusundaki bilgi düzeyleri Tablo 33'tedir.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin eğitim düzeylerine göre eşlerinin son doğumunu yaptığı yerler Tablo 34'da gösterilmiştir.

**Tablo 34- Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eğitim Düzeylerine Göre Eşlerinin Son Doğumunu Nerede Yaptığı**

Eşlerinin Son Doğumunu Nerede Yaptığı	Eğitim Durumu					Toplam
	HOMD*	İlk	Orta	Lise	Üniver	
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Evde	9(26.5)	9(26.5)	6(17.6)	6(17.6)	4(11.8)	34(100)
Devlet Hastanesinde	16(23.2)	12(17.4)	13(18.8)	16(23.2)	12(17.4)	69(100)
Üniversite Hastanesinde Doğumevinde	4(23.5)	2(11.8)	2(11.8)	8(47.0)	1(5.9)	17(100)
Özel Hastanede	4(18.2)	2(9.1)	4(18.2)	8(36.3)	4(18.2)	22(100)
Sağlık Ocağında	4(14.8)	3(11.1)	6(22.2)	6(22.2)	8(29.7)	27(100)
Sağlık Evinde	5(27.7)	6(33.3)	3(16.7)	3(16.7)	1(5.6)	18(100)
Cevapsız	4(33.3)	2(16.7)	2(16.7)	3(25.0)	1(8.3)	12(100)
Toplam	20(29.0)	8(11.6)	9(13.1)	25(36.2)	7(10.1)	69(100)
Toplam	66(25.0)	44(16.4)	45(16.8)	75(27.6)	38(14.2)	268(100)

\* Herhangi bir okul mezunu değil.

$$X^2=105.190 \quad Sd=45 \quad P=0.0001$$

Araştırma kapsamına alınan askerlerin eğitim düzeylerine göre eşlerinin son doğumuna kimlerin yardım ettikleri Tablo 35'dedir.

**Tablo 35- Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eğitim Düzeylerine Göre Eşlerinin Son Doğumuna Kimin Yardım Ettiği**

Eşlerinin Son Doğumuna Kimin Yardım Ettiği	Eğitim Durumu					Toplam
	HOMD*	İlk	Orta	Lise	Üniv.	
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Doktor	21(21.0)	12(12.0)	15(15.0)	28(28.0)	24(24.0)	100
Ebe-Hemşire	21(25.0)	19(22.6)	16(19.0)	25(29.8)	3 (3.6)	84
Ara Ebesi	3(27.3)	4(36.3)	2(18.2)	0(0.0)	2(18.2)	11
Kendi Kendine	1(50.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(50.0)	0(0.0)	2
Cevapsız	20(28.1)	9(12.7)	12(16.9)	21(29.6)	9(12.7)	71
Toplam	66(25.0)	44(16.4)	45(16.8)	75(27.6)	38(14.2)	268

\*Herhangi bir okul mezunu değil.

$$X^2=98.556 \quad Sd=30 \quad P=0.0001$$

Araştırma kapsamına alınan askerlerin eğitim düzeylerine göre cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeyleri Tablo 36'dadır.

**Tablo 36- Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Eğitim Düzeylerine Göre Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri**

CYBH Hakkında Bilgi Düzeyi	Eğitim Durumu						P (X <sup>2</sup> )
	HOMD* Sayı (%)	İlk Sayı (%)	Orta Sayı (%)	Lise Sayı (%)	Üniver Sayı (%)		
AİDS	Bilen	88(7.2)	172(14.0)	315(25.6)	463(37.7)	191(15.5)	X <sup>2</sup> =146.953 Sd=10 P=0.0001
	Bilmeyen	127(20.8)	158(25.8)	127(20.8)	144(23.5)	56(9.1)	
Hepatit B	Bilen	62(7.2)	123(14.5)	192(22.6)	324(38.1)	150(17.6)	X <sup>2</sup> =88.242 Sd=10 P=0.0001
	Bilmeyen	153(15.5)	207(20.9)	250(25.3)	283(28.5)	97(9.8)	
Gonore	Bilen	45(6.6)	79(11.6)	131(19.3)	280(41.2)	145(21.3)	X <sup>2</sup> =145.861 Sd=10 P=0.0001
	Bilmeyen	170(14.7)	251(21.6)	311(26.8)	327(28.1)	102(8.8)	
Sifilis	Bilen	40(7.7)	61(11.6)	90(17.1)	215(41.0)	119(22.7)	X <sup>2</sup> =127.534 Sd=10 P=0.0001
	Bilmeyen	175(13.3)	269(20.5)	352(26.7)	392(29.8)	128(9.7)	
Klamid ya	Bilen	23(10.0)	41(17.7)	44(19.0)	82(35.2)	42(18.1)	X <sup>2</sup> =50.657 Sd=10 P=0.0001
	Bilmeyen	192(11.9)	289(18.0)	398(24.8)	525(32.6)	205(12.7)	
Kandidia zis	Bilen	24(11.8)	35(17.2)	44(21.6)	69(33.8)	32(15.7)	X <sup>2</sup> =44.854 Sd=10 P=0.0001
	Bilmeyen	191(11.6)	295(18.0)	398(24.3)	538(32.9)	215(13.2)	
Trikomoniazis	Bilen	22(11.7)	36(19.1)	41(21.8)	63(33.5)	26(13.8)	X <sup>2</sup> =46.257 Sd=10 P=0.0001
	Bilmeyen	193(11.6)	294(17.9)	401(24.2)	544(32.9)	221(13.4)	
Yumuşak şankr	Bilen	23(11.5)	35(17.4)	41(20.4)	69(34.3)	33(16.4)	X <sup>2</sup> =45.646 Sd=10 P=0.0001
	Bilmeyen	192(11.7)	295(18.0)	401(24.5)	538(32.8)	214(13.0)	
Granüloma inguinal	Bilen	22(11.5)	34(17.7)	38(19.8)	67(34.9)	31(16.1)	X <sup>2</sup> =44.798 Sd=10 P=0.0001
	Bilmeyen	193(11.7)	296(18.0)	404(24.5)	540(32.7)	216(13.1)	
Genital herpes	Bilen	17(7.1)	39(16.5)	48(20.3)	86(36.3)	47(19.8)	X <sup>2</sup> =53.723 Sd=10 P=0.0001
	Bilmeyen	198(12.3)	291(18.1)	394(24.6)	521(32.4)	200(12.6)	
Lenfogra nüloma veneriu	Bilen	18(10.9)	29(17.6)	40(24.2)	53(32.1)	25(15.2)	X <sup>2</sup> =43.151 Sd=10 P=0.0001
	Bilmeyen	197(11.8)	301(18.0)	402(24.0)	554(33.0)	222(13.2)	

\* Herhangi bir okul mezunu değil.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin sosyo-ekonomik düzeylerine göre aile planlaması yöntemleri hakkındaki bilgi düzeyleri Tablo 37'dedir.

**Tablo 37-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Sosyo-Ekonomik Düzeylerine Göre Aile Planlaması Yöntemleri Hakkındaki Bilgi Düzeyleri**

Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilgi Düzeyi (n=1160)		Sosyo-Ekonomik Düzey				P (X <sup>2</sup> )
		ÜSD	OSD	ASD	Toplam	
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	
RİA	Bilen	30(5.8)	386(75.1)	98(19.1)	514(100)	X <sup>2</sup> =151.326 Sd=3 P=0.0001
	Bilmeyen	14(2.2)	413(63.9)	219(33.9)	646(100)	
Hap	Bilen	33(4.9)	489(73.2)	146(21.9)	668(100)	X <sup>2</sup> =106.528 Sd=3 P=0.0001
	Bilmeyen	11(2.2)	310(63.0)	171(34.8)	492(100)	
Kondom	Bilen	32(4.6)	514(74.6)	143(20.8)	689(100)	X <sup>2</sup> =239.591 Sd=3 P=0.0001
	Bilmeyen	12(2.5)	285(60.5)	174(37.0)	471(100)	
İğne	Bilen	20(4.9)	307(74.7)	84(20.4)	411(100)	X <sup>2</sup> =84.279 Sd=3 P=0.0001
	Bilmeyen	24(3.2)	492(65.7)	233(31.1)	749(100)	
Norplant	Bilen	13(7.4)	135(77.2)	27(15.4)	175(100)	X <sup>2</sup> =65.734 Sd=3 P=0.0001
	Bilmeyen	31(3.1)	664(67.4)	290(29.5)	985(100)	
Spermit	Bilen	8(4.1)	151(77.4)	36(18.5)	195(100)	X <sup>2</sup> =43.431 Sd=3 P=0.0001
	Bilmeyen	36(3.7)	648(67.2)	281(29.1)	965(100)	
Sünger Diyafram	Bilen	7(6.1)	92(80.0)	16(13.9)	115(100)	X <sup>2</sup> =31.039 Sd=3 P=0.0001
	Bilmeyen	37(3.5)	707(67.7)	301(28.8)	1045(100)	
Tüp Ligasyon	Bilen	19(5.4)	264(75.0)	69(19.6)	352(100)	X <sup>2</sup> =104.375 Sd=3 P=0.0001
	Bilmeyen	25(3.1)	535(66.2)	248(30.7)	808(100)	
Vazekto mi	Bilen	17(5.0)	254(74.9)	68(20.1)	339(100)	X <sup>2</sup> =110.278 Sd=3 P=0.0001
	Bilmeyen	27(3.3)	545(66.4)	249(30.3)	821(100)	
Takvim	Bilen	15(7.1)	159(75)	38(17.9)	212(100)	X <sup>2</sup> =54.304 Sd=3 P=0.0001
	Bilmeyen	29(3.1)	640(67.5)	279(29.4)	948(100)	
Geri Çekme	Bilen	23(5.8)	295(74.7)	77(19.5)	395(100)	X <sup>2</sup> =148.565 Sd=3 P=0.0001
	Bilmeyen	21(2.7)	504(65.9)	240(31.4)	765(100)	

Araştırma kapsamına alınan askerlerin sosyo-ekonomik düzeylerine göre Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyleri Tablo 38'dedir.

**Tablo 38-Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin Sosyo-Ekonomik Düzeylerine Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri**

Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilgi Düzeyi (n=1160)		Sosyo-Ekonomik Düzey			Toplam	
		ÜSD	OSD	ASD		
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
AİDS	Bilen	33(3.6)	642(70.3)	239(26.1)	914(100)	X <sup>2</sup> =207.571 Sd=6 P=0.0001
	Bilmeyen	11(4.5)	157(63.8)	78(31.7)	246(100)	
Hepatit B	Bilen	22(3.5)	471(73.8)	145(22.7)	638(100)	X <sup>2</sup> =139.197 Sd=6 P=0.0001
	Bilmeyen	22(4.2)	328(62.8)	172(33.0)	522(100)	
Gonore	Bilen	26(5.0)	379(72.3)	119(22.7)	524(100)	X <sup>2</sup> =138.150 Sd=6 P=0.0001
	Bilmeyen	18(2.8)	420(66.0)	198(31.2)	636(100)	
Sifilis	Bilen	24(6.1)	282(72.1)	85(21.8)	391(100)	X <sup>2</sup> =110.182 Sd=6 P=0.0001
	Bilmeyen	20(2.6)	517(67.2)	232(30.2)	769(100)	
Klamidya	Bilen	8(5.2)	99(64.3)	47(30.5)	154(100)	X <sup>2</sup> =73.879 Sd=6 P=0.0001
	Bilmeyen	36(3.6)	700(69.6)	270(26.8)	1006(100)	
Kandidiazis	Bilen	7(5.2)	86(64.2)	41(30.6)	134(100)	X <sup>2</sup> =73.654 Sd=6 P=0.0001
	Bilmeyen	37(3.6)	713(69.5)	276(26.9)	1026(100)	
Trikomonia zis	Bilen	7(5.5)	79(61.7)	42(32.8)	128(100)	X <sup>2</sup> =75.878 Sd=6 P=0.0001
	Bilmeyen	37(3.6)	720(69.8)	275(26.6)	1032(100)	
Yumuşak şankr	Bilen	6(4.3)	96(68.6)	38(27.1)	140(100)	X <sup>2</sup> =72.047 Sd=6 P=0.0001
	Bilmeyen	38(3.7)	703(68.9)	279(27.4)	1020(100)	
Granüloma inguinale	Bilen	6(4.6)	82(62.6)	43(32.8)	131(100)	X <sup>2</sup> =74.754 Sd=6 P=0.0001
	Bilmeyen	38(3.7)	717(69.7)	274(26.6)	1029(100)	
Genital herpes	Bilen	11(6.4)	114(66.7)	46(26.9)	171(100)	X <sup>2</sup> =79.240 Sd=6 P=0.0001
	Bilmeyen	33(3.3)	685(69.3)	271(27.4)	989(100)	
Lenfogramü loma venerium	Bilen	6(5.3)	70(61.9)	37(32.8)	113(100)	X <sup>2</sup> =73.843 Sd=6 P=0.0001
	Bilmeyen	38(3.6)	729(69.6)	280(26.8)	1047(100)	

## 6.TARTIŞMA

Araştırma kapsamında olan askerlerin büyük çoğunluğu (% 84.5'i) 0-24 yaş, % 12.2'si ise 25-29 yaş grubundadır (Tablo 2). DSÖ tanımına göre askerlerin % 84.5'i genç (15-24 yaş) yaş grubuna girmektedir. Özdener'in 2006 yılında Adana Solaklı Sağlık Ocağı bölgesinde yapmış olduğu bir çalışmaya göre erkeklerin yaş ortalaması  $39.8 \pm 12.4$ 'tür. Ayrıca erkeklerin çoğu (%73.4) "20-49" yaş grubundadır (44). Şankazan'ın Ankara Deliller köyünde yaptığı araştırmada, erkeklerin yaş ortalaması  $51.05 \pm 1.93$ , %43.1'i 56 yaş üzerindedir (56). Gençlik dönemi; üreme sağlığına ilişkin problemlerin sık yaşandığı, özellikle AIDS ve diğer CYBH'ların daha çok görüldüğü, istenmeyen gebelik ve isteyerek düşüklerin olduğu riskli davranışların görüldüğü önemli bir dönemdir. Bu nedenlerden ötürü askerlerden oluşan araştırma grubumuz, üreme sağlığı konusunda toplumun önemli bir hedef kitlesini oluşturmaktadır.

Araştırmaya alınan askerlerin % 82.1'sinin bekâr, %15.8'inin evli olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Resmi ve dini nikahlı olanların oranı % 54.3, sadece resmi nikahı olanların oranı % 16.2, sadece dini nikahı olanların oranı % 19.9'dur. Nikahsız beraberlik oranı % 9.6'dır. Resmi nikah oranı toplamda % 70.5 olarak tespit edilmiştir (Tablo 4). Özdener'in araştırmasına katılan erkeklerin nikah durumları incelendiğinde % 90.1'inde resmi ve dini nikah, %9.9'unda yalnız dini nikah bulunmuş, sadece dini nikahı olan 21 kişinin %90.0'mın kırk yaşın altında olduğu ve sadece resmi nikahı olan erkeğin olmadığı tespit edilmiştir (44). Elazığ il merkezinde kadının statüsü konusunda Açık'ın yaptığı araştırmada kadınların %7.4'ünün resmi nikahı yoktur (2). Resmi nikah oranı benzer çalışmalara göre düşüktür. Dini nikah oranı ise benzer çalışmalardan yüksek bulunmuştur. Sadece

dini nikah ve nikahsız beraberlik oranlarının toplamı % 29.5 olarak bulunmuştur. Bu oran (resmi nikahı olmayanların oranı) Açıık'ın yaptığı araştırmadan çok yüksek bulunmuştur. Bu da çalışılan grupların özelliklerinin birbirinden farklı olmasından kaynaklanmış olabilir.

Askerlerden % 11.7'si herhangi bir okul bitirmemiş, buna karşılık %46.4'ünün lise ve üzeri eğitim gördüğü saptanmıştır (Tablo 2). Özdener'in araştırmasına katılan erkeklerin öğrenim durumları incelendiğinde, % 13.2'si okuma yazma bilmemektedir. % 20.3'ü okur yazardır. Erkeklerin büyük çoğunluğu, % 42.9'u ilkokul mezunu olup, % 23.7'si ortaokul ve üzerinde öğrenim almışlardır (44). Şankazan'ın araştırmasında erkeklerin %36.9'u hiç okula gitmemiştir (56). Gülal ve arkadaşlarının araştırmasında erkeklerin %48.1'i ilkokul ve altı eğitime sahiptir (27). Erbil'in Ordu'da yaptığı bir çalışmada erkeklerin % 33.3'ü ortaokulun üzerinde eğitim almıştır. TNSA 98 araştırmasında erkeklerin % 53.5'i ilkokul mezunudur. İlkokul okumayanlar % 18.2'dir (42). Araştırmamızda okuma yazma bilmeyenlerin oranının diğer araştırmalara göre düşük olmasının nedeni; gençlerde okuma oranının yaşlılara oranla daha yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin, % 18.9'unun işsiz, % 41.7'sinin serbest meslek sahibi, % 23.7'sinin de ara işlerde çalışan geçici işçi olduğu görülmüştür (Tablo 2). Bu dağılımdan da anlaşılacağı gibi askerlerin büyük çoğunluğunun sabit bir geliri yoktur ve sosyo-ekonomik durumları orta ve alt düzeydedir. Özdener'in araştırmasında; erkeklerin % 5.7'sinin işsiz olduğu, günübirlik, mevsimlik ve devamlı işçi olmak üzere % 51'nin işçilik yaptığı, %30.7'si serbest çalıştığı, yaptıkları işler arasında en az meslek grubunun % 8.5



ile memurluk olduğu bulunmuştur. Özdener'in araştırmasına katılan erkekler kendi toprakları olsun yada olmasın tarım ile uğraşmaktadırlar(44). Şankazan'ın araştırmasında erkeklerin % 40'ı çiftçidir (56). Özaydın tarım ve hayvancılıkla uğraşanları % 19.8, yapı işçiliği yapanları % 11.0 bulmuştur (42). Araştırmamızdaki işsiz oranının bu denli yüksek olması daha askerliğini yapmadan herhangi bir iş sahibi olmanın güçlüğünden ve genç yaş grubunda işsiz oranının yüksekliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma yapılan askerlerin 1093'ünün (% 59.4) herhangi bir sosyal güvencesi yoktur (Tablo 6). Sosyal güvencesi olan 748 askerden (% 40.6), 443'ü (sosyal güvencesi olanların % 59.2'si) SSK'lıdır (Tablo 7). Özdener'in araştırmasına katılan erkeklerin % 19.8'nin bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır (144). Şankazan'ın araştırmasında erkeklerin % 49.2 sinin herhangi bir sosyal güvencesi yoktur (61). TNSA 98 verilerine göre erkeklerin %35'nin sosyal güvencesi yoktur. Bu durum gençlerdeki işsizliğin boyutlarını gözler önüne sermektedir. Kamu Reformu veya Kamunun Tasfiyesi Tebliğine göre Türkiye genelinde halkın % 15.0'ı yeşil kart sağlık güvencesinden yararlanmaktadır (58). Araştırmamızdaki askerlerin yeşil kartlı olanlarının oranı % 11.4'tür bu oran ülkemizdeki mevcut verilere yakındır. Ayrıca herhangi bir sosyal güvencesi olmayanların oranı % 59.4 olup bahsedilen araştırmalardan yüksek bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin eşlerinin sadece % 13.1'i ilkokul mezunudur, ancak % 12.7 ortaokul, %2 0.6 lise ve % 8.6 üniversite mezunları da ilave edildiğinde ilkokulu okumuş kadınların toplam oranı % 41.9'u bulmaktadır (Tablo 5). TNSA 2003'e göre kadınların % 53.7'si ilkokulu okumuştur. Özdener'in araştırmasına katılan erkeklerin eşlerinin okuma yazma durumu

incelendiğinde % 56.1 gibi büyük çoğunluğu okur-yazar değildir. Eşlerinin %21.7'si ilkokul, %9'u ortaokul ve üzeri eğitim görmüştür. Türkiye'de kadınlarda okur yazarlık oranı 25 yaş üzerinde % 72.6, tamamında ise % 86'dır (4). İstanbul'da yoğun göç alan ilçelerde kadınlar üzerinde yapılmış bir çalışmada okur yazar olmayan kadın oranı % 12.5 bulunmuştur (62). Askerlerin eşlerinden ilkokulu bitirenlerin oranı, TNSA 2003 verileri ile yakın bulunmuştur.

Araştırma kapsamındaki askerlerin % 62.1'i sigara içmektedir (Tablo 9). Askerlerin %52.1'i ise alkollü içki içmektedir (Tablo 10). Özdener'in araştırmasında; erkeklerin sigara içme oranı %59.9'dur. Tüm Dünyada sigara içimi eskiden beri erkek davranışı olarak kabul görmüştür. Bunun sonucu olarak dünya genelinde tüm erkeklerin % 42'si sigara içmektedir (18). Türkiye'de bu oran % 48.8'dir (66). Bu gün için dünyada her yıl 5 milyon insan sigara nedeniyle yaşamını yitirmektedir(18). Askerlerin sigara içme oranı Özdener'in araştırmasıyla yakın olsa da Türkiye ortalamasının üzerindedir. Askerlik görevini yapmak üzere aileden ayrı yaşamının, hasretlik duygusu, askerlik görevinin gerektirdiği zorluklar ve daha birçok nedenin sigara içme oranını artırdığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu üreme sağlığının ve aile planlamasının tanımlarını tam bilmemektedir. Askerlerin sadece % 0,1'i üreme sağlığının (Tablo 11) ve % 0.2' si aile planlamasının tanımını doğru ve tam olarak yapabilmektedir (Tablo 12). Askerlerin % 49.6'sı hapı, % 46.7'si kondomu ve %35.4'ü RİA'yı bilmektedir (Tablo 13). Araştırma kapsamına alınan askerlerden evli olanların % 63.2'si (184 kişi) Aile Planlaması Yöntemi kullandığını belirtmiştir. Askerlerin % 32.8'i herhangi bir aile planlaması yöntemini

kullanmayı uygun bulmaktadır. Aile planlaması yöntemi genelde kamu sağlık kuruluşlarından (% 29.4'ü sağlık ocağından, % 22.7'si hastaneden) temin edilmektedir (Tablo 16). Özdener'in araştırmasındaki erkeklerin % 95.3'ü en az bir AP yöntemini duymuştur. Bu erkeklerin % 36.5 Hap yöntemini, % 31.0 kondom yöntemini, % 28.4'ü ise rahim içi araç yöntemini bilmektedir. Erkeklerin tamamı derialtı implant yöntemi ve diyafram yöntemini kendiliklerinden yöntem olarak saymamışlardır, ayrıca bu araştırmada erkeklerin gelecekte kullanmayı tercih edebilecekleri yöntemler arasında RİA % 39.1 ile ilk tercihtir. Geri ekme yöntemini gelecekte kullanmak isteyen erkeklerin oranı dūřmuřtur (%18.2). Erkeklerin %20 si tūp ligasyonunu gelecekte bir yöntem olarak tercih edebileceklerini ifade etmişlerdir (144). Özaydın'ın araştırmasında araştırma sırasında bir yöntem kullanmayanlar gelecekte en fazla RİA (% 29.7), enjekte edilen hormonal kontraseptifler (%10.7), geri çekme yöntemi (%6.9) kullanmayı planlamaktadırlar (42). Askerlerin Aile planlaması aile planlaması yöntemlerini bilme oranının; Özdener'in araştırmasından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun konu ile ilgili olarak alınan eğitimlerle ilgisinin olduğu dūřünölmektedir.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin eşlerinin aile planlaması yöntemi kullanmayı uygun bulmayanlara nedenleri sorulduğunda % 97.2'si soruyu yanıtlamamış, % 2.1'i bilmediğini belirtmiştir. % 0.7'si aile planlaması yöntemini günah saymaktadır. Özdener'in araştırmasına katılan erkeklere aile planlaması günah mı sorusu sorulmuş ve erkeklerin % 25.0'ı aile planlaması günahtır, % 68.4'i günah değil derken, % 6.6'sı bilmiyorum–fikrim yok yanıtını vermiştir. Ayrıca Yöntem kullanmayanların % 16.2'i AP kullanımına karşıdır. Araştırmada AP günah diyen yine bu araştırmaya göre 53 erkeğin %9.5'i bütöün yöntemlerin,

%5.6'sı geleneksel yöntemlerin günah olduğunu ifade etmiştir (44). TNSA 98 araştırmasında evli erkeklerin %12.7'si AP yöntemi kullanmanın günah olduğuna inandığını belirtmiştir. Geleneksel yöntem günah diyenler % 12.8'dir. Bilmiyorum diyenler % 9.5'tir. Dini nedenlerle AP yöntemi kullanmayan erkeklerin, oranı % 3.1'dir (63). Gülal ve arkadaşlarının araştırmasında AP % 3.8 oranında erkekler tarafından dine aykırı bulunmuştur (27). AP yöntemlerinin günah olduğunu düşünen askerlerin oranının (% 0.7) bu kadar düşük olması, soruyu yanıtlamayanların oranının da çok yüksek olması (% 97.2), askerlerin bu soruda gerçek düşüncelerini yansıtmadıklarını belki de çekindiklerini düşündürmektedir.

Araştırma kapsamına alınan askerlerden, halen evli ya da dul olanlardan %5.8'inin ilk evlenme yaşı 0-17 arasındadır. Askerlerin % 33.7'si 18-23 yaş arası, % 6.7'si 24 yaşından sonra evlenmiştir. Askerlerin % 13.0'ının eşlerinin ilk evlenme yaşı 0-17, % 29.2'sinin 18-23 arasındadır, % 3.4'ünün eşleri 24 yaşın üzerinde evlenmiştir. Özdener'in araştırmasına katılan erkekler ortalama olarak  $21.0 \pm 3.9$  yaşında ilk evliliklerini yapmışlardır; Yirmi beş yaşından sonra evlenenlerin hızı % 19.3 tür. Erkeklerin eşleri ortalama 20.0 yaşında evlenmişler, evlenme yaşı ortancası 18.0'dir. Yarısından fazlası 19 yaşından önce evlenmiştir (% 51.4). On sekiz yaşında evlenenlerin oranı % 9.4'tür. Eşlerinin % 6.0'sı on beş yaşından önce ilk evliliklerini yapmışlardır. 15 yaşında evlenenler % 11.8'dir. Yirmi beş yaşın üstünde evlenen kadınların hızı % 13.6'dır (144). İlk evlenme yaşı devlet istatistik kurumu verilerine göre erkeklerde il merkezlerinde 26.0, kadınlarda 23.0'dır. Bucak ve köylerde erkeklerde 25.4, kadınlarda 22.3'tür. Askerlerin yarısından fazlasının hem kendilerinin hem de eşlerinin ilk evlenme

yaşları ile ilgili soruları yanıtızsız bırakmaları aileleri tarafından çok küçük yaşta evlendirilmiş olabileceklerini düşündürmektedir. Ancak gerek araştırma kapsamındaki askerlerin ve eşlerinin gerekse Özdener'in araştırmasındaki erkeklerin ve bunların eşlerinin ilk evlenme yaşlarının büyük oranının 18-23 yaş grubunda olması evlilik yaşının çok küçük yaşta olmadığına göstergesidir.

Araştırma Kapsamına Alınan Askerlerin % 28.2'si yaşamlarının herhangi bir döneminde üreme sağlığı konusunda eğitim aldığını belirtmiştir. % 56.8'i okulda, % 13.5'i okul ve acemi birliğinde, % 2.5'i kitap ve doktorlardan, % 3.7'si Tv ve internetten, % 2.5'i doktorlardan, % 21.0'ı ise acemi birliğinde eğitim aldığı yanıtını vermiştir. Özdener'in Araştırmadaki erkeklerin beşte biri (%19.5) sağlık ocağından üreme sağlığı ile ilgili bilgi almıştır. Araştırmaya katılan erkeklerin, son birkaç ay içinde %9.4'ü radyodan, %47.2'si televizyondan, %37.3'ü gazete ve dergilerden üreme sağlığı ile ilgili bir duyuları olmuştur. TNSA 98'de televizyonda bu konularda yayın yapılmasını % 82.1 kabul edilebilir bulunmuştur. Elde edilen verilere göre okullarda konu ile ilgili eğitimler yetersizde olsa verilmekte, ancak medyada yeterince ele alınmamaktadır. Hem okullarda hemde medya aracılığıyla verilecek eğitimin

Askerlerin yaklaşık yarısı kondomun, üçte biri de tek eşliliğin CYBH'dan koruyacağını ifade etmiştir. Yarısından fazlası AİDS'in Cinsel yolla bulaşabileceğini belirtmiştir (Tablo 21). Askerlerin en fazla bildikleri CYBH AİDS'tir. Bunu Hepatit B ve Gonore takip etmektedir. Askerlerin % 11.0'ı AİDS'in tedavisi var, % 33.6'sı tedavisi yok, % 14.3'ü kısmen var demiştir. Askerler, "AİDS'ten korunma yolları nelerdir" sorusuna % 27.3 oranında doğru ve tam cevap vermişlerdir. Konu hakkında bilgisi olmayan, eksik ve yanlış bilgisi

olanların oranı % 4.3'tür. Özdener'in araştırmasında da erkeklerin en fazla duydukları CYBH, AIDS'tir. Erkekler hastalıklar arasında: % 40.6'sı bel soğukluğu, % 20.4'ü frengiyi saymıştır. Erkeklerden AIDS'i duyanlar arasında AIDS'in tedavisi konusunda %8.6'sının fikri yok yada bilmemektedir. % 51.8'i AIDS in tedavisi olmadığını belirtmiştir (44). TNSA 98'de erkeklerin % 66.3'ü AIDS'in tedavisi olmadığını belirtmiştir. TNSA 98'de en fazla duyulan hastalık AIDS'tir. Bunu bel soğukluğu (%35.8) ve frengi (%27.0) takip etmektedir. Sadece % 4.2'si hepatit B enfeksiyonunu duymuşlardır. Askerlerin en fazla duydukları CYBH olan AIDS'in bu kadar yüksek oranda bilinmesinin en önemli nedeni; başta medya olmak üzere, Sağlık Bakanlığının afiş ve broşürleri ve halkın bilinçlendirilme çabasıdır

Araştırma kapsamına alınan askerlerin eğitim düzeylerine göre cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki (CYBH) bilgi düzeylerine bakıldığında; üniversite mezunlarından % 15.5'i AIDS'i bilirken, % 9.1'i bilmemektedir. Herhangi bir okula gitmemişlerde AIDS'i bilen % 7.2, bilmeyen % 20.8'dir (Tablo 36). Özdener'in araştırmasına katılan erkeklerin eğitim durumları ile CYBH'ı duymaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır, erkeklerin öğrenim düzeyi yükseldikçe CYBH'ı duyma oranları artmaktadır (44). Askerlerin de eğitim seviyesi arttıkça bilgi düzeyinin de arttığı görülmektedir.

Üst sosyo-ekonomik düzeydeki (ÜSD) askerlerden gonoreyi bilenler %5.0, bilmeyenler %2.8'dir, alt sosyo-ekonomik düzeyde (ASD) bilen %22.7 iken, bilmeyenler %31.2'dir (Tablo 38). Bu da bize sosyo-ekonomik düzeyin arttıkça CYBH konusundaki bilgi düzeyinin arttığını göstermektedir.

## 7.SONUÇ VE ÖNERİLER

Askerlerin yaş ortalaması,  $22.39 \pm 3.08$ 'dir. %84.5'i  $\leq 24$  yaştaadır.

Akraba evliliği oranı % 27.1 olup, akraba evlilikleri içinde 1. derece (dayı, amca, teyze, hala çocukları) akraba evliliği oranı % 50.6'dır.

Evli askerlerin %73.5'i tanışıp anlaşarak, %26.5'i görücü usulü ile evlenmiştir. Evli askerlerin eşlerinin eğitim durumlarına bakıldığında % 33.7'si ev hanımı, % 4.5'i normal devlet memuru olarak görev yapmaktadır. % 8.6'sı üniversite mezunu iken, % 10.3'ü okur yazar değildir.

Araştırma kapsamına alınan askerlerden, halen evli olanlar ve dul olanların ilk evlenme yaşı incelendiğinde; % 5.8'inin ilk evlenme yaşı 0-17 arasındadır. %33.7'si 18-23 yaş arası, % 6.7'si 24 yaşından sonra evlenmiştir. Evli askerlerin % 13.0'ının eşlerinin ilk evlenme yaşı 0-17, % 29.2'sinin eşlerinin ilk evlenme yaşı 18-23 arasındadır, % 3.4'ünün eşleri 24 yaşın üzerinde evlenmiştir.

Araştırmaya katılanların % 46.2'sinin ilçe, belde ve köylerde, % 52.6'sı ise il merkezi ve metropolde yaşamaktadır.

Askerlerin % 91.1 çekirdek aileye sahiptir. Askerlerin % 59.4'ünün herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Sosyal güvencesi olanlar arasında SSK'lı olanlar % 59.1 ile ilk sırada yer almaktadır. Yeşil kart sahibi olanların oranı % 11.4'tür.

Askerlerin % 43.4'ü Orta Sosyo-Ekonomik Düzeye (SED), % 17.2'si Alt SED, % 2.4'ü Üst SED'e sahiptir.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin % 91'inin herhangi bir kronik hastalığı yok iken, % 9'unun kronik bir hastalığı vardır. Herhangi bir rahatsızlığı olan askerlerden, % 28.5'inin kas iskelet sistemi rahatsızlığı mevcuttur.

Askerlerin % 62.1'i sigara, %52.1'i alkollü içki içtiğini belirtmiştir.

Araştırma kapsamındaki askerlerin yaklaşık yarısı (%54.5'i) Üreme Sağlığı kavramını duyduklarını belirtmektedir.

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu üreme sağlığının ve aile planlamasının tanımlarını tam bilmemektedir, sadece % 0,1'i üreme sağlığının ve % 0.2' si aile planlamasının tanımını doğru ve tam olarak bilmektedir.

Askerlerin % 49.6'sı hapı, % 46.7'si kondomu ve % 35.4'ü RİA'yı bilmektedir.

Evli askerlerin % 63.2'si (184 kişi) Aile Planlaması Yöntemi kullandığını belirtirken, % 18.5'i (55 kişi) kullanmadığını belirtmiştir.

Askerlerin % 32.8'i her hangi bir aile planlaması yöntemini kullanmayı uygun bulmaktadır.

Askerlerin % 41.4'ü kürtajın bir aile planlaması yöntemi olmadığını belirtmektedir.

Aile planlaması yöntemi kullananların, % 29.4'ü sağlık ocağından, %22.7'si hastaneden ve % 16.8'ü eczaneden temin ettiğini belirtmiştir.

Aile planlaması yöntemini kim uygulamalı sorusuna askerlerin % 11.0'i erkek, % 7.2'si kadın ve % 49.9'u hem erkek hem kadın cevabını vermiştir.

Askerlerin % 25.7'sinin eşleri son doğumunu devlet hastanesinde, % 12.7'si evde yapmıştır.

Araştırma kapsamındaki evli ve dul askerlerin % 37.3'sinin eşinin son doğumuna doktor, % 31.4'ünün ebe-hemşireler yardım etmiştir. % 0.7'si ise kendi kendine doğum yapmıştır.



Askerlerin %51.1'i her gebe mutlaka bir sađlık personeli tarafından dñzenli izlenmeli derken, % 57.7'si dođumun bir sađlık kuruluřunda ya da personeli tarafından yaptırılması anne ve yeni dođan ۆlűműnűn ۆnlenmesi ađısından gereklidir demiřtir.

Araştırma kapsamına alınan askerlerin “akraba evliliğinin çocuğun sakat doğmasına etkisi var mıdır” sorusuna % 64.2'si evet demiştir.

Askerlerin %50.6'sı kondom kullanımının CYBH'dan koruduğunu belirtmektedir.

Askerlerin % 37.3'ű tek eřliliđin CYBH'dan koruyacađını belirtmektedir.

Askerlerin % 11.0'ı AIDS'in tedavisi var, % 33.6'sı hayır tedavisi yok demiştir.

Askerler, “AIDS'ten korunma yolları nelerdir” sorusuna % 27.3 oranında doğru ve tam cevap vermişlerdir.

Askerlerin % 42.9'u hepatit B karaciđer sirozuna yol açar demiřtir. %33.4'ű hepatit B' nin etkili bir ařısının olduđunu belirtmektedir.

Askerlerin % 40.9'u gonorenin tedavisinin olduğunu bildirmiştir.

Arařtırma kapsamına alınan askerlerin % 34.1'i vazektomi sonucunda erkeklerin cinsel istek ve gűte azalma olur derken, % 45.9'u cinsel gűte azalma olmaz cevabı vermiřtir.

Askerlerin % 59.8'i kadınların meme kanserinin erken tanısı için, dñzenli aralıklarla muayenesi gereklidir, % 17.7 hayır gerekli değildir yanıtı vermiştir.

Askerlerin % 28.2'si yaşamlarının herhangi bir dñneminde ۆreme sağlığı konusunda eğitim aldığını, % 53.0'ű almadığını ifade etmiştir.

Askerlerden üreme sağlığı eğitimi alanların eğitim aldıkları yerler sorgulandığında, % 56.8'i okulda, % 13.5'i okul ve acemi birliğinde, % 2.5'i kitap ve doktorlardan, % 3.7'si TV ve internetten, % 2.5'i doktorlardan, % 21.0'ı ise acemi birliğinde eğitim aldığı yanıtını vermiştir.

Askerlerin % 11.7'si birliğinizde aile planlaması konusunda kurs verildiğini bildirmiştir.

**Tüm bu sonuçlara bağlı olarak;**

- Üniversiteler bünyesinde; gerek şehirlerde ve gerekse kırsal kesimde yaşayan Adölesan çağındaki gençlere yönelik merkezler kurularak eğitim ve danışmanlık hizmeti verilebilir.
- İlköğretim okulundan itibaren tüm okul çağındaki çocuklara ve gençlere yönelik eğitimler artırılabilir.
- Kadınlara verilen danışmanlık hizmetlerinin sunumu sırasında erkeklerinde eşleriyle birlikte danışmanlık hizmeti almasını sağlayıcı tedbirler alınabilir.
- T.C.Sağlık Bakanlığı ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) katkılarıyla TSK bünyesinde tüm askeri birliklerde halen bir gün olarak verilen üreme sağlığı eğitimlerinin, erbaş ve erlerin askerlik hizmetleri sırasında birkaç kez tekrarlanacak şekilde tedbir alınabilir.
- Günümüzden 35-40 yıl önce Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demiryolları (TCDD) teşkilatının yaptığı gibi tüm kamu teşekküllerinde çalışan memur, işçi ve diğer tüm kamu personelinin tekrarlanan eğitimlerle zaman zaman üreme sağlığı konusunda hizmet içi eğitime tabii tutulmaları sağlanabilir.

- İmamlar ve köy öğretmenlerine üreme sağlığı, cinsel sağlık, Aile planlaması gibi konularda eğitim verilmeli ve Bu kişilerin kırsal alanlarda erkeklerin söz konusu alanlarda eğitilmelerine katkı sağlamaları gerçekleştirilebilir.
- Birinci basamak sağlık hizmeti sunumu içerisinde, gezici sağlık personeli aracılığıyla evlerde üreme sağlığı konularında eğitim verilebilir.
- Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde kadınların düzenli takip edilmesi, doğumların sağlık kuruluşunda ve sağlık personeli aracılığıyla yapılması konusunda her iki cinsiyete yönelik eğitimler planlanabilir.
- Basın yayın kuruluşları aracılığıyla periyodik olarak üreme sağlığı konularında bilgiler sunularak, üreme sağlığı konuları kamuoyunda diri tutulabilir.

## 8.KAYNAKLAR

1. Abuzahr C., Royston E., Maternal Mortality A Global Factbook, Division of Family Health, WHO, Geneva, 1991.
2. Açık Y, Gülbayrak C. Elazığ il merkezinde kadının statüsü. 8.Halk Sağlığı Günleri. Sivas-Türkiye, 23-25 Haziran 2003:147.
3. Aile Planlamasının Yarını Yeni Yaklaşımlar-Yeni Hedefler, Konferans Raporu, Ankara, TC Sağlık Bakanlığı, AÇSAP Genel Müdürlüğü, 1992, Sayfa No: 29-44.
4. Akın A ve Ark. Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunlarını Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayını.25.
5. Akın A. Üremeye İlişkin Haklar ve Üreme Sağlığı, Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (özet). Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 1994: 15-19.
6. Akın A., Özvarış Bahar Ş., “Ana Sağlığı ve Aile Planlaması”, Bertan B., ve Güler Ç., Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde Güneş Kitabevi Ltd.Şti., Ankara, 1995.
7. Akın A., Özvarış Bahar Ş., Aile Planlaması, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Sayfa: 248-265, Ankara, 2006.
8. Akın A., Özvarış Bahar Ş., Kontrasepsiyon, Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Sayfa: 266-299, Ankara, 2006.
9. Akın A., Uluslararası Kararlar Paralelinde Üreme Sağlığı Konusunda Türkiye’deki Uygulamalar. 6. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. 22-26 1998.
10. Akın L, Özaydın N. Aslan D. Türkiye’de evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörler. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48:63.
11. Anita. Reproductive Health Care Strategy: A Gender Sensitive Approach to Family Welfare.Healthv For Millions. Location: SNTD Churchgate. Vol 22 (3). May-June pp5-7 1996.
12. Aydın S. Erkek Üreme Sağlığı, Van Tıp Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 3, Temmuz / 2000.
13. Bayık A. Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Sorunları ve 4. Dünya Kadın Konferansı (1995) Doğrultusunda Stratejiler. Toplum ve Hekim. 13 (1): 46-52, 1998.
14. Becker S., Couples and Reproductive Health: a review of couple studies. Stud Fam Plann Nov-Dec; 27 (6): 291-306, 1996.
15. Becker S., Robinson JC., Reproductive Health Care: services oriented to couples. Int J Gynaecol Obstet Jun; 61 (3): 275-81, 1998.
16. Berer M.Making Abortion saye and legal: The ethics and dynamics of change Reproductive Health Matters 1993: 2 : 5-10.
17. Bertan M., Enünlü T., Bölge Sağlık Yönetiminde Epidemiyoloji El Kitabı, HÜ., Tıp Fak., HS., ABD., Yayın No: 90/51, Ankara 1990.
18. Bilir N. Sigara ve üreme sağlığı. 3.Uluslararası Aile Planlaması Kongresi. Ankara-Türkiye, 20-23 Nisan 2003:117-118.

19. Ceylan, S., Tekbaş, Ö.: Aile Planlamasına Bütüncül Bir Yaklaşım. Erkeklerin Katılımı. Sağlık ve Toplum Dergisi. 3:16-21. 2000.
20. Communicating Family Planning in Reproductive Health Key Messages for Communicators Family Planning and Population. WHO, 1997.
21. Coyaji BJ, Women's Perspectives on Fertility Regulating Technologies, Puri CP, Van Look PFA, (Eds), In: Current Concepts in Fertility Regulation and Reproduction, New Delhi, India, Wiley Eastern Limited New Age International Publishers Limited, 1994, pp. 1-9.
22. Dervişoğlu A., Üreme Sağlığı ile İlgili Politika ve Yasalar (çev ed.) Kontraseptif Yöntemler: Uluslar arası Basım. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını, Yayın No:1. ANKARA; Demircioğlu Matbaacılık,1990: 57-85.
23. Fathalla MF. Launching a second contraceptive technology revolution Khanna J. Van Look PFA, Griffin PD (Eds), In: Challenges in Reproductive Health Research,Biennial Report 1992-1993 Geneva; World Health Organization, 1994: pp. 75-82.
24. Fathalla MF. Reproductive health in world: two decades of progress and challenge ahead. Khanna J, Van Look PFA, Griffin PD (eds) Reproductive Health: A Key to a Brighter Future, Biennial Report 1990-1991 Special 20 th Anniversary Issue. Geneva; World Health Organization,1992; pp.3-32.
25. Füsunoğlu, M.: Tarımsal Üretim, Nüfus ve Çevre Konferansı. Türkiye Çevre Vakfı Yayını. Yayın No: 124. Önder Matbaası. Ankara, 1998.
26. GATA projesi <http://www.tsk.mil.tr/bashalk/basduy/2004/bd53.htm>
27. Gülal D ve Ark. Üreme sağlığında erkekler nerede? DEU Tıp Fakültesi Dergisi. Temmuz 2001:231-237 Erişim Tarihi:15.08.2008.
28. Güler Ç., Akın L.: Halk Sağlığı Temel Bilgiler Hacettepe Ün.Yayımları ANKARA 2006.
29. Günay, T., Kılıç, B., Kartal, M., Şahin, A.; Aile Planlamasına Katılımı Artırmak İçin Bir Adım: Erklere Yönelik Aile Planlaması Eğitimi, Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Cilt:17 Sayı:4 S:283-291 2007.
30. "Halk Sağlığı Temel Bilgiler" Adölesan ve Okul Sağlığı Bölümü, M.Bertan, Ç.Güler, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını, Ankara 1995.
31. Kamal N. The influence of husbands on contraceptive use by Bangladeshi women. Health policy Plan 2000; 15;43-51.
32. Kaya T, Akyüz A, Göçgeldi E, et al. Reproductive health program of Turkish Armed Forces: Evaluation of training of field trainers. 9th Congres of European Society of Contraception, 2006, İstanbul. <http://www.contraception-esc.com/istanbul/abstracts/P190.htm> Erişim Tarihi: 23.11.2006.
33. Khanna Y. Van Look PFA, Benegiana G. Fertility regulation research: The challenges now and ahead.Khanna Y.,Van Look PFA,Griffin PD (eds). Challenges in Reproductive Health Research, Bienial Report 1992-93 Geneva; World Health Organization 1994:34-52.
34. Kissling F., Abortion: The Link Between Legality and Safety, Reproductive Health Matters, November 1993; Number: 2, pp.65-67.

35. Mbizvo MT., Reproductive and Sexual Health: a research and developmental challenge. Cent Afr J Med Mar; 42 (3): 80-5, 1996.
36. Mihçioğur S., Akın A., Dünyada ve Türkiye’de Anne Ölümleri, Sağlık ve Toplum Dergisi, Yıl:8, Sayı: 3-4, S: 37-44, Temmuz-Aralık / 1998.
37. Mother-Baby Package, “Safe Motherhood Programme” Division of Family Health, WHO, Geneva, 1993.
38. Mother-Baby Package, Implementing safe motherhood in countries, Division of Family Health, WHO, Geneva, 1996.
39. Naçar, M. ve ark.: Kırsal Alanda Evli Erkeklerin Aile Planlamasına Bakış Açılıarı. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı I. Ulusal Aile Planlaması Kongresi. Ankara, 1999.
40. Nüfus ve Aile Planlaması; Doğurganlığın Belirleyicileri, Dervişoğlu AA, (Çev.Ed): Kontraseptif Yöntemler: Uluslararası Basım, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını, Yayın No:1 Ankara Demircioğlu Matbaacılık, 1990; Sayfa No: 36-42.
41. Özaydın N., Akın A., İstenmeyen Gebelikler ve Düşüklerin Kadın Sağlığına Etkileri, Sağlık ve Toplum Dergisi, Yıl:8, Sayı: 3-4, S: 55-60, Temmuz-Aralık / 1998.
42. Özaydın N.1998 TNSA verilerine göre Türkiye’deki erkeklerin üreme sağlığı konusundaki bilgi ve tutumları. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2003.
43. Özbaşaran F., Üreme Sağlığı, Üreme Hakları, Üreme Sağlığı Sorunları. Sendrom 11(12):131-135, 1999.
44. Özdener N., Solaklı Sağlık Ocağı Bölgesinde Evli Erkeklerin Üreme Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeyleri, Roller ve Gereksinimlerinin Araştırılması, Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adana-2006.
45. Özvarış Bahar Ş., Akın A. Üreme Sağlığı, Sağlık ve Toplum Dergisi Yıl:8, Sayı: 3-4, S: 23-26, Temmuz-Aralık / 1998.
46. Özvarış Bahar Ş., Doğurganlığın Düzenlenmesi, Sağlık ve Toplum Dergisi Yıl:8, Sayı: 3-4, S: 45-48, Temmuz-Aralık / 1998.
47. Özvarış, Bahar Ş., “Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması” Aile Planlamasında Temel Bilgiler İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. İstanbul 1997.
48. Reproductive Health Research: The new Directions, Biennial Report 1996-1997, WHO, 1998.
49. Rowe PJ Sexually transmitted diseases: A challenge to reproductive health, Khanna J, Van Look PFA, Griffin PD (Eds). Challenges in Reproductive Health Research, Biennial Report 1992-1993, Geneva; World Health organization, 1994; pp. 83-97.
50. Royston Erika, Armstrong S., Preventing Maternal Deaths, WHO, Geneva, 1989.
51. Salem R. Men’s Surveys: New Findings. Population Reports, Series M, No.18. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project Spring 2004.
52. Shah IH, Fertilité Regulasyonunu Etkileyen Psiko-sosyal Faktörler, Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetlerinde Ulusal Aktivite Planı Hazırlık Toplantısı Raporu, Ankara, TC Sağlık Bakanlığı, AÇSAP Genel Müdürlüğü, 1994, Sayfa No:19-23.

53. Shah IH, Social Science Research on Reproductive Health, In: The Status of Reproductive Health, Seminar on the Occasion of the 20 th Anniversary of WHO / HRP, Ankara, Hacettepe Public Health Foundation Publication, No:94/3, 1994, pp. 4-14.
54. Shelton JD, Huber DH, Kontraseptif Teknolojisinde Yeni Gelişmeler, Türkiye’de Kontraseptif Seçimi: Kontraseptif Olmayan Yararlar, Etkinlik, Güvenilirlik ve Kişisel Yaklaşımlar, Dervişoğlu AA (Çev.Ed): Kontraseptif Yöntemler: Uluslararası Basım, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını, Yayın No:1Ankara Demircioğlu Matbaacılık, 1990; Sayfa No: 213-233.
55. Sternberg P, Hubley J. Evaluating men’s involvement as a strategy in sexual and reproductive health promotion. Health promot Int 2004; 19:389-96.
56. Şankazan, Ş., Yıldız, A.: Ankara İli Deliler Köyündeki Evli Erkeklerin Aile Planlaması ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt:55. Sayı:1. Ankara 2002.
57. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı Nüfus Tahminleri, Sosyal Planlama Genel Müdürlüğü Yayını, Şubat-1994.
58. Tebliğ:Kamu Reformu Veya Kamunun Tasfiyesi. <http://www.ses.org.tr/bilgi/kamureformu/15.htm> Erişim Tarihi 10 Nisan 2006.
59. The World Health Report 1998, Life in the 21 st Century A vision for all, WHO, Geneva, 1998.
60. Touré L. Male Involvement in Family Planning. A Review of the Literature and Selected Program Initiatives in Africa. November 1996. [http://sara.aed.org/publications/reproductive\\_health/family\\_planning/html/male.htm](http://sara.aed.org/publications/reproductive_health/family_planning/html/male.htm) Erişim tarihi: 25.8.2006.
61. Turan H. 1.Basamak sağlık kurumlarında üreme sağlığı danışmanlığı. 4.Uluslararası Aile Planlaması Kongresi. Ankara-Türkiye, 20-23 Nisan 2005:51-52.
62. Tümerden Y ve Ark. İstanbul’da yoğun göç alan ilçelerde kadınlarda üreme sağlığı bilgi davranış araştırması. 8.Halk Sağlığı Günleri. Sivas-Türkiye, 23-25 Haziran 2003:123.
63. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 98. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara 1999.
64. Türkiye’de Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, SB.AÇS/AP Genel Müdürlüğü, HÜNEE, Macro International, Ekim-1994.
65. Türkiye’de Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü, HÜNEE, Macro International, Yay; 1999.
66. Uçar M ve Ark. Türkiye’de sigara içme sıklığının araştırılması: Ön sonuçlar. 9. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Ankara-Türkiye 3-6 Kasım 2004:433.
67. UNFPA, The Right to Chosse, The State of World Population, 1997, pg:22-24,34.
68. World Health Day, Safe Motherhood, 7 April 1998, WHO, Geneva, 1998.
69. Zahidul Huque, A.A., MBBS, MPH., Koblinsky, A.M., Ph.D.Maternal Mortality: Levels, Trends and Determinants Working Paper:10, Washington D.C., USA, November-1991.

## 9.EKLER

### 8. KOLORDU KOMUTANLIĞININ ELAZIĞ'DA BULUNAN BİRLİKLERİNDE ASKERLİK GÖREVİNİ YAPMAKTA OLAN ERBAŞ VE ERLERİN ÜREME SAĞLIĞI KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM, DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ

1. Yaşınız : .....
2. Eğitim Durumunuz :  
1) Okur-yazar değil      2) Okur-yazar      3) İlkokul mezunu      4)  
Ortaokul mezunu      5) Lise mezunu      6) Üniversite Mezunu      7) Diğer  
(Belirtiniz:.....)
3. Mesleğiniz : .....
4. Medeni Durumunuz :  
1) Evli      2) Bekar      3) Eşi Ölmüş      4) Boşanmış      5)      Diğer  
(Açıklayınız:.....)

#### (EĞER BEKARSANIZ 21. SORUYA GEÇİNİZ.)

5. Kaç Yıllık Evlisiniz? .....
6. Eşinizle Akrabalık Bağınız var mı?  
1) Evet      2) Hayır  
(Evet ise) Yakınlık Derecesi:.....
7. Eşinizle Evlenme Biçiminiz  
1) Tanışıp Anlaşarak      2) Görücü Usulü İle      3)  
Diğer.....
8. Eşinizle Beraberlik Bağınız  
1) Medeni Nikah      3) Her İkisi (Medeni Nikah ve İmam Nikahı)  
2) İmam Nikahı      4) Nikahsız Beraberlik
9. Eşinizin Yaşı : .....
10. Eşinizin Mesleği : .....
11. Eşinizin Eğitim Durumu  
1) Okur-yazar değil      4) Ortaokul mezunu  
2) Okur-yazar      5) Lise mezunu  
3) İlkokul mezunu      6) Üniversite Mezunu
12. Çocuğunuz Var mı ? Varsa Cinsiyetlerini Yazınız : ..... Tane Kız,  
.....Tane Erkek
13. (Eğer evli iseniz) İlk evlenme yaşıınız:.....
14. Eşinizin ilk evlenme yaşı:.....
15. Eşinizin canlı doğum sayısı:.....
16. Yaşayan çocuk sayısı:.....
17. Ölen çocuk sayısı:.....
18. Ölü doğum sayısı:.....
19. Eşinizin yaptığı toplam düşük sayısı:.....
20. Eşinizin yaptığı isteyerek düşük (aldırdığı çocuk) sayısı:.....



21. Yaşadığınız Yer :
- 1) Köy
  - 2) Belde
  - 3) İlçe Merkezi
  - 4) İl Merkezi
  - 5) Metropol
  - 6) Yurt Dışı
  - 7) Diğer (Belirtiniz:.....)
22. Aile Tipiniz Aşağıdakilerden Hangisidir?
- 1) Karı-Koca ve Evlenmemiş Çocuklarımızla birlikte kalıyoruz
  - 2) Karı-Koca, Evlenmemiş Çocuklar, Büyükanne, Büyükbaba, Hala, Dayı, Teyze, Amca gibi akrabalarla birlikte aynı evde kalıyoruz
  - 3) Annem, babam ve kardeşlerim ile birlikte kalıyorum.
  - 4) Diğer
- (Açıklayınız:.....)
23. Sosyal Güvenceniz var mı? : 1) Evet 2) Hayır
24. Sosyal Güvenceniz varsa Adını Yazınız.
- 1) Yok
  - 2) Emekli Sandığı
  - 3) SSK
  - 4) Bağkur
  - 5) Yeşil Kart
  - 6) Diğer : .....
25. Evinizin Aylık Net Geliri Ne Kadardır ? : (Kira Düşülecek)  
.....
26. Bu Gelirden Faydalanan Kişi Sayısı Yazınız : .....
27. Herhangi Önemli Bir Hastalığınız Var mı ? : 1) Evet 2) Hayır
28. Hastalığınız varsa Adını Yazınız : .....
29. Halen sigara içiyor musunuz?
- 1) Evet her gün günde en az 1 tane içiyorum
  - 2) Her gün olmamakla birlikte ara sıra içiyorum
  - 3) İçiyordum bıraktım
  - 4) Hiç içmedim
30. Günde ne kadar sigara içiyorsunuz?
- Günde ..... tane içiyorum veya Haftada ..... tane içiyorum.
31. Günde en az 1 tane sigara içmeye başladığınızda kaç yaşındaydınız?  
.....Yaşındaydım.
32. Şimdiye kadar hiç alkollü içki kullandınız mı? 1) Evet 2) Hayır
33. Sivil Yaşantınızda halen Alkollü içki Kullanıyorsanız, kaç birim içtiğinizi yazınız (1 sek rakı, 1 küçük bira, 1 kadeh şarap 1 birim alkollü içecektir.)
- 1) Günde .....
  - 2) Haftada .....
  - 3) Ayda .....
34. Alkollü içki içmeye başladığınızda kaç yaşındaydınız?.....Yaş
35. Şimdiye kadar üreme sağlığı kavramını duydunuz mu?
- 1) Evet
  - 2) Hayır
36. Üreme Sağlığı kavramının sizde çağrıştırdığı konular nelerdir?
- 1) (Yazınız)  
.....
  - 2) Fikrim yok
37. Sizce aile planlaması nedir? Tanımını yapar mısınız?  
.....  
.....  
.....

38. Aşağıdaki aile planlaması yöntemlerinden bildiklerinizi yuvarlak içine alınız (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).
- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 1) Rahim içi araç ya da spiral başlık         | 7) Sünger, diyafram, Servikal başlık |
| 2) Hap bağlanması                             | 8) Kadında tüplerin bağlanması       |
| 3) Kondom, kılıf, kaput bağlanması            | 9) Erkeklerde kordonların bağlanması |
| 4) İğne                                       | 10) Takvim                           |
| 5) Norplant (deri altına uygulanan kapsüller) | 11) Geri çekme                       |
| 6) Sperm öldürücü köpük, tablet v.s.          | 12) Diğer                            |
- (Belirtiniz:.....)
39. Bildiğiniz halk arasında kullanılan geleneksel aile planlaması yöntemi var mı?
- |         |          |
|---------|----------|
| 1) Evet | 2) Hayır |
|---------|----------|
- (Cevabınız evet ise Açıklayınız:.....)
40. Halen (ya da askere gelmeden önce) siz ya da eşiniz herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?
- |         |          |
|---------|----------|
| 1) Evet | 2) Hayır |
|---------|----------|
41. (Halen aile planlaması yöntemi kullanıyorsanız) Kullandığınız yöntem aşağıdakilerden hangisidir?
- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 1) Rahim içi araç ya da spiral başlık         | 7) Sünger, diyafram, Servikal başlık |
| 2) Hap bağlanması                             | 8) Kadında tüplerin bağlanması       |
| 3) Kondom, kılıf, kaput bağlanması            | 9) Erkeklerde kordonların bağlanması |
| 4) İğne                                       | 10) Takvim                           |
| 5) Norplant (deri altına uygulanan kapsüller) | 11) Geri çekme                       |
| 6) Sperm öldürücü köpük, tablet v.s.          | 12) Diğer                            |
- (Belirtiniz:.....)
42. Ne kadar süredir bu yöntemi kullanıyorsunuz?
- .....
43. Kullandığınız aile planlaması yöntemini nereden temin ediyorsunuz?
- |  |
|--|
| 1) Sağlık ocağı  |
| 2) Hastane   |
| 3) Özel muayenehane  |
| 4) Eczane  |
| 5) Kullandığım yöntemi herhangi bir yerden temin etmem gerekiyor |
| 6) Yöntem kullanmıyorum  |
44. Aile planlaması konusunda kimden yada kimlerden yardım alıyorsunuz?
- |   |
|---|
| 1) Hekim  |
| 2) Hemşire  |
| 3) Arkadaş, komşu                                       |
| 4) Kayın valide, anne, teyze, dayı, amca gibi akrabalar |
| 5) Radyo, televizyon                                    |
| 6) Diğer (Açıklayınız:.....)                            |

45. Eşiniz son çocuğunuza hamile kaldığında herhangi bir yöntem kullanıyor muydunuz?  
1) Evet 2) Hayır 3) Bekarım
46. (Yöntem kullanmayanlar cevaplayacak) Herhangi bir aile planlaması yöntemini kullanmayı uygun buluyor musunuz?  
1) Evet Buluyorum 2) Hayır Bulmuyorum  
Bulmuyorsanız  
neden?.....
47. (Yöntem kullanmayanlar cevaplayacak) Niçin yöntem kullanmıyorsunuz?  
.....
48. Eşiniz herhangi bir aile planlaması yöntemini kullanmayı uygun buluyor mu?  
1) Evet Buluyor 2) Hayır Bulmuyor 3) Bekarım  
Bulmuyorsa  
neden?.....
49. Kürtaj bir aile planlaması yöntemi olarak kabul edilebilir mi?  
1) Evet 2) Hayır 3) Bilgim yok
50. Aile planlaması yöntemlerini kim uygulamalıdır?  
1) Erkek 2) Kadın 3) Erkek-Kadın 4) Bilgim yok
51. Eşiniz son doğumunu nerede yaptı?  
1) Evde 5) Özel hastane 9) Bekarım  
2) Devlet hastanesi 6) Sağlık ocağı  
3) Üniversite hastanesi 7) Sağlık evi  
4) Doğumevi 8) Diğer
- (Belirtiniz:.....)
52. Eşinizin son doğumuna kim yardım etti?  
1) Doktor  
2) Ebe-hemşire  
3) Ara ebesi (Köy ebesi, mahalle ebesi)  
4) Kendi kendine  
5) Diğer (Belirtiniz:.....)  
6) Bekarım
53. Bir gebelik süresince annede ortalama ağırlık artışı ne kadar olmalıdır?  
1) (Yazınız) .....kg  
2) Bilgim yok
54. Gebelik esnasında anneye hangi aşı yapılır?  
1) (Yazınız) .....  
2) Bilgim yok
55. Her gebe mutlaka bir sağlık personeli tarafından düzenli olarak izlenmeli midir?  
1) Evet 2) Hayır 3) Bilgim Yok
56. Doğumun bir sağlık kuruluşunda yada sağlık personeline yaptırılması anne ve yeni doğan ölümlerinin önlenmesi açısından gerekli midir?  
1) Evet gereklidir 2) Hayır gerekli değildir.
57. Doğacak çocukta cinsiyeti belirleyen tohum hücresi kimden gelir?  
1) Anneden  
2) Babadan  
3) Her İkisinden

58. Akraba evliliği çocukların sakat doğmasında etkili midir?  
1) Evet Etkilidir 2) Hayır Etkili Değildir.
59. Yeni doğanın hemen emzirilmesi gerekli midir?  
1) Evet gereklidir 2) Hayır gerekli değildir.
60. Bebeğin ilk 4-6 aya kadarki döneminde en ideal beslenme şekli nedir?  
1) İnek sütü 3) Mama  
2) Anne sütü 4) Ek gıdalar
61. Kadında ilk ilişki sırasında mutlaka kanama olması beklenmeli midir?  
1) Evet Mutlaka Kanama Olmalıdır.  
2) Hayır Kanama Olmayabilir.
62. Kadında cinsel ilişki aşağıdakilerden hangisi vasıtasıyla olur?  
1) Rahim  
2) Küçük Dudaklar  
3) Büyük Dudaklar  
4) Vajina (Hazne)
63. Cinsel yolla bulaşan hastalık nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)  
1) Mikroorganizmaların neden olduğu bir hastalıktır  
2) Mikroorganizmaların rolü yoktur  
3) Sadece cinsel ilişki yoluyla bulaşır  
4) Cinsel ilişki ve diğer bazı yollarla da bulaşır  
5) Diğer (Açıklayınız: .....)
64. Kamıştan veya hazneden renkli ve kötü kokulu akıntı gelmesi cinsel yolla bulaşan hastalıkların belirtilerinden midir?  
1) Evet 2) Hayır
65. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar aşağıda belirtilen sağlık sorunlarından hangilerine neden olabilir?  
1) Kadın ve erkekte kısırlık  
2) Düşük, dış gebelik, genital organ kanseri  
3) Yeni doğan bebeklerde bazı enfeksiyonlar  
4) Hepsi  
5) Diğer (Açıklayınız:.....)  
6)
66. Aşağıdaki hastalıklardan hangileri cinsel yolla bulaşır?  
1) AİDS  
2) Hepatit-B  
3) Gonore (bel soğukluğu)  
4) Sifiliz (frengi)  
5) Klamidya enfeksiyonu  
6) Kandidiazis  
7) Trikomoniyazis  
8) Yumuşak şankr  
9) Granuloma İnguinalle  
10) Genital herpes  
11) Lenfogranuloma venerium  
12) Hepsi  
13) Diğer (Açıklayınız:.....)

67. Aşağıdakilerden hangileri cinsel yolla bulaşan hastalıkların belirtileridir?

- 1) Cinsel organlardan akıntı yada cerahat gelmesi
- 2) Cinsel ilişki sonrası kanama
- 3) İdrar yaparken yanma, sık sık az miktarda idrara çıkma
- 4) Cinsel organ ve çevresinde kaşıntı
- 5) Erkek ve kadın cinsel organlarında kabarcık, yara, siğil ve kızartı
- 6) Kasık lenf bezlerinde şişlik
- 7) Testislerden bir yada ikisinde birden ağrı
- 8) Karın ağrısı
- 9) İshal, mide bulantısı
- 10)Baş ağrısı, baş dönmesi
- 11)Diğer (Açıklayınız:.....)

68. Aşağıda belirtilen hastalıklardan hangileri doğum sırasında yada gebelikte anneden bebeğe bulaşır?

- 1) AİDS
- 2) Hepatit-B
- 3) Gonore (bel soğukluğu)
- 4) Sifiliz (frengi)
- 5) Klamidya enfeksiyonu
- 6) Herpes
- 7) Tifo
- 8) Menenjit
- 9) Diğer (Açıklayınız:.....)

69. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için aşağıdakilerden hangileri yapılmalıdır?

- 1) Cinsel ilişki sırasında kondom kullanma
- 2) Tek eşli olma
- 3) Kan nakli öncesi gerekli testlerin yapılması
- 4) Başkalarının kullandığı şırınga ve iğneyi kullanmama
- 5) Hamile kadınların doğum öncesi dönemde düzenli sağlık kontrollerinin yapılması
- 6) Cinsel yolla bulaşan hastalığı olan kişilerin kullandıkları; kap, bardak gibi eşyalarının ayrılması ve onlarla tokalaşmama
- 7) Diğer (Açıklayınız: .....) )

70. Daha önce cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirmiş ve tedavi ile iyileşmiş olan bir kişi tekrar aynı hastalığa yakalanabilir mi?

- 1) Evet
- 2) Hayır

71. AİDS'in etkili bir aşısı;

- 1) Vardır
- 2) Yoktur
- 3) Bilgim yok

72. AİDS/HIV enfeksiyonunun günümüzde kesin tedavisi var mıdır?

- 1) Evet Vardır
- 2) Hayır Yoktur
- 3) Kısmen Vardır
- 4) Bilgim yok

73. AİDS'ten korunma yolları nelerdir?

- 1) (Yazınız) .....
- 2) Bilgim yok

74. Hepatit B'nin bulaşma yollarını yazınız.(Birden çok seçenek işaretlenebilir.)
- 1) Solunum yoluyla 5) Aynı ortamı paylaşmayla  
2) Öpüşmeyle 6) Kan yoluyla  
3) Cinsel ilişkiyle 7) Tokalaşmayla  
4) Su ve besin yoluyla 8) Diğer
- (Yazınız):.....
75. Hepatit B karaciğer sirozuna ve kanserine yol açar mı?
- 1) Evet açar 2) Hayır açmaz
76. Hepatit B'nin etkili bir aşısı;
- 1) Vardır 2) Yoktur 3)Bilgim yok
77. Frenginin (sifilis) etkeni aşağıdakilerden hangisidir?
- 1) Bakteri 2) Virüs 3) Mantar 4) Parazit 5) Diğer
- (Yazınız):.....
78. Frenginin (sifilis) bulaşma yollarını yazınız.
- 1) Solunum yoluyla 5) Aynı ortamı paylaşmayla  
2) Öpüşmeyle 6) Kan yoluyla  
3) Cinsel ilişkiyle 7) Tokalaşmayla  
4) Su ve besin yoluyla 8) Diğer
- (Yazınız):.....
79. Frenginin (sifilis) tedavisi;
- 1) Vardır 2) Yoktur 3)Bilgim yok
80. Gonorenin (bel soğukluğu) bulaşma yollarını yazınız.(Birden çok seçenek işaretlenebilir.)
- 1) Solunum yoluyla 5) Aynı ortamı paylaşmayla  
2) Öpüşmeyle 6) Kan yoluyla  
3) Cinsel ilişkiyle 7) Tokalaşmayla  
4) Su ve besin yoluyla 8) Diğer
- (Yazınız):.....
81. Gonorenin (bel soğukluğu) etkeni nedir?
- 1) Bakteri 2) Virüs 3) Mantar 4) Parazit 5) Diğer
- (Yazınız):.....
82. Gonorenin (bel soğukluğu) tedavisi;
- 1) Vardır 2) Yoktur 3) Bilgim yok
83. Kadınlarda en ideal gebelik yaş grubu aşağıdakilerden hangisidir?
- 1) 18-45 Yaş 2) 18-35 Yaş 3) 15-25 Yaş 4) 35-50 Yaş
84. Bir kondomla kaç kez cinsel ilişkide bulunulmalıdır?
- 1) 1 kez  
2) 3 kez  
3) Bir ay boyunca  
4) 7 kez
85. Kondom takıldığında ucunda boşluk bırakılmalı mıdır?
- 1) Evet 2) Hayır
86. Erkek çocuğun sünneti hangi yaşlar arasında yapılmamalıdır?
- 1) 0-2 Yaş 2) 1-2 Yaş 3) 7-8 Yaş 4)2-7 Yaş

87. “Hap, iğne ve rahim içi araç etkili korunma yöntemlerindedir.” İfadesi doğru bir ifade midir?

- 1) Evet 2) Hayır

88. Meni sıvısının büyük kısmı aşağıdakilerden hangisinde üretilir?

- 1) Tohum keseleri  
2) Erbezi  
3) Sidik yolu  
4) Penis

89. Erkeklerde tohum kanalları ameliyatla kapatıldığı zaman cinsel isteklilik ve cinsel güç azalır mı?

- 1) Evet Azalır 2) Hayır Azalmaz

90. Kadınlarda meme hastalıklarının erken tanısında düzenli aralıklarla kendisini muayene etmesi gerekli midir?

- 1) Evet gereklidir. 2) Hayır gerekli değildir.

91. Yaşamınız boyunca üreme sağlığı konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı? (cevabınız evet ise nerede, ne kadar süre ile eğitim aldınız)

- 1) Evet 2) Hayır

92. Birliğinizde aile planlaması konusunda kurs veriliyorsa toplam kaç saat veriliyor: .....saat

93. Üreme sağlığı ya da cinsel sağlık ile ilgili olarak iletmek istediğiniz herhangi bir konu varsa yazınız.....

.....  
.....  
.....

## 10.ÖZGEÇMİŞ

1961 yılında Erzurum'da doğdum. İlkokul, ortaokul, lise 1 ve 2 yi Erzurum'da okudum. Lise son sınıfı Bursa Işıklar Askeri Lisesi'nde okudum. 1978 yılında mezun oldum. Aynı yıl İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesine girdim. 1983 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'ne geçtim. 1987 yılında tabip teğmen olarak mezun oldum. Sırasıyla Adapazarı, Sarıkamış, Kars, Malatya, Elazığ ve Erzurum'da çeşitli birliklerde görev yaptım. 2008 yılı atamalarıyla Sarıkamış Asker Hastanesi'ne atandım ve halen tabip albay rütbesiyle bu hastanede baştabip olarak görev yapmaktayım. Orta derecede Fransızca bilmekteyim. Kafkas Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Türk Dili ve Edebiyatı Bölüm Başkanı Yrdc.Doç.Dr. Nesrin GÜLLÜDAĞ ile evliyim. Merve ve Kutluk Kaan isimlerinde iki çocuğum var.