

T.C  
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI

**ADOLESANLARIN ÜREME SAĞLIĞI  
HAKKINDAKİ BİLGİLERİ VE TUTUMLARI**

**ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH KNOWLEDGE AND  
ATTITUDES**

Uzmanlık Tezi

Dr. Mehmet KAPUCU

KTÜ Rektörlüğü Araştırma Fonu tarafından 2001. 114. 1.15 nolu proje olarak desteklenmiştir.

Tez Danışmanı  
Doç. Dr. Gamze ÇAN



TRABZON, 2003

## ÖNSÖZ

Bu çalışmayı destekleyen KTÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Fonuna, tezimin hazırlanmasında gösterdikleri yakın ilgi ve yardımlarından dolayı sayın hocalarım Doç. Dr. Gamze ÇAN, Öğrt. Gör. Dr. Murat TOPBAŞ 'a teşekkür ederim

## **KISALTMALAR**

**ICPD:** Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı

**WHO:** Dünya Sağlık Örgütü

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**USA :** Amerika Birleşik Devletleri

**AIDS:** Kazanılmış İmmün Yetmezlik Sendromu

**CYBH:** Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

**AP:** Aile Planlaması

**AÇSAP:** Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

## İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1: Üreme Sağlığı.....	3
2.2: Dünyada Üreme Sağlığının Boyutları.....	7
2.3: Adolesan Dönemi.....	8
2.4: Adolesanlarda Morbidite Ve Mortalite.....	12
2.5: Adolesan Üreme Sağlığı Neden Sorundur ?.....	13
2.6: Adolesanların En Sık Karşılaşabileceği Üreme Sağlığı Riskleri.....	16
2.7: Adolesanda Gebelik.....	17
2.8: Dünya Nüfus Ve Kalkınma Konferansı Raporunda Adolesanlara Dair Önerilenler .....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	49
6. SONUÇLAR.....	57
7. ÖNERİLER.....	59
8. TÜRKÇE ÖZET.....	61
9. İNGİLİZCE ÖZET.....	62
10. KAYNAKLAR.....	63

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Adolesan, genel olarak çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanır. Bu dönemde fizyolojik olarak adolesanın başlaması sekonder seks karakterlerinin ilk belirtilerinin ortaya çıkması olarak kabul edilir. Adolesan dönemi biyolojik değişikliklerle başlayıp, bireyin ekonomik bağımsızlığını kazanması gibi sosyal faktörlerle bittiği de ifade edilmektedir (1).

Dünyada 1 milyar üzerinde adolesan bulunmaktadır. Dünya nüfusunun altıda birini, Türkiye’de ise 1998 nüfusunun %30.6’sını (DİE) adolesanlar oluşturmaktadır. Adolasanların büyük kısmı (yaklaşık %85), sosyal, kültürel, ekonomik ve değişik dini formların olumsuz yönde etkilediği gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadırlar (2). Adolesanlar toplumun büyük bir kesimini oluşturmasına rağmen en çok ihmal edilen, sosyal durumlardaki değişikliklerden en çok etkilenen gruptur (2,3). Ayrıca genç kızların toplumdaki düşük statüsü gelişmekte olan ülkelerde hala önemli bir sorundur.

Adolesan bu dönemde hem fiziksel, hem ruhsal değişikliklerle karşı karşıya olup, bu değişiklikler bir çok sorunu da beraberinde getirmektedir. Bu dönemde karşılaştığı en büyük sorunlardan biri de üreme sağlığı sorunlarıdır (4). Üreme sağlığı üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyişine ilişkin bütün alanlarda sadece bir hastalık ya da sakatlık olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur (5).

“Üreme Sağlığı” kavramı ilk kez 1994’de Kahire’de yapılan “Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı”nda (International Conference on Population and Development-ICPD) kullanılmış ve adolesanlara “Eylem Programı Konularındaki Kararlar ve Öneriler” içerisinde yer verilmiştir (3).

5-13 Eylül 1994 tarihinde Kahire’de toplanan Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda; tüm ülkeler, adolesanlar ve diğer uygun yaştaki bireylerin en kısa sürede, 2015 yılından önce temel sağlık hizmetleri kapsamında üreme sağlığı hizmetlerine ulaşılabilirliğini sağlaması gerektiği, vurgulanmıştır. Üreme sağlığı ile ilgili yenilikçi programlar geliştirilmeli, bu programlarda adolesanlar ve erişkin erkekler hedeflenmeli ve böylelikle erkeklerin aile planlaması, çocuk yetiştirme ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların

önlenmesine yönelik sorumluluklarını kabul etmeleri sağlanması bu konferansta dile getirilmiştir (3).

Bu çalışmada, Trabzon ilinde araştırma kapsamına alınan adolesanların üreme sağlığı , aile planlaması, ergenlik dönemi, kadın ve erkek üreme anatomisi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, gebelik konularındaki bilgi seviyelerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada aynı zamanda adolesanların üreme sağlığı ve aile planlaması konularındaki tutumlarının saptanması amaçlanmıştır. Araştırma kapsamına alınan okullardaki adolesanların üreme sağlığı konusundaki bilgi eksikliklerinin neler olduğunu öğrenip gelecekte neler yapılabileceği konusunda daha verimli kararlar alabilmek; adolesanlara üreme sağlığı konusunda bu bilgileri kazandıracak öneriler geliştirebilmek ve yapılacak planlamalara basamak oluşturabilmek hedeflenmiştir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Üreme Sağlığı

1994 yılında Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda kalkınmanın temel ve vazgeçilmez bir insan hakkı olduğu, nüfus politikalarının temelinde, bireylerin yaşam kalitesini yükseltme hedefinin yer alması gerektiği, insanların sadece bugün için değil, gelecekteki refahının güvence altına alınması için de nüfus, kaynaklar, çevre ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkilerin bilincinde olunması ilkeleri kabul edilmiştir. Yoksulluğun yok edilmesi için bütün ülkelerin işbirliği yapması zorunluluğu, kadınlarla kız çocuklarına özel bir önem verecek şekilde eğitimin, herkesin hakkı olduğu gibi ilkeler kabul edilmiştir(6).

Bu konferansta ilk kez ifade edilen ve tüm dünyada kabul gören bir kavram da "üreme sağlığı " olmuştur. Devletlerin, kadın erkek eşitliğini temel alarak, aile planlaması ve cinsel sağlığı da içeren üreme sağlığı hizmetleri dahil, tüm sağlık hizmetlerine evrensel ulaşılabilirliğin sağlanması için gereken bütün önlemleri alması gerektiği ilkesi kabul edilmiştir(6).

Üreme sağlığı, her yaşı ve herkesi ilgilendirmektedir. Kadın ve erkek herkesin tüm yaşamlarında normal büyüme ve gelişme sürecinden kaynaklanan üreme ve cinsel sağlık ihtiyaçları vardır. Bu yaklaşımda doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği; yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu, bireyin sağlık gelişiminin bir çok faktörün kümülatif etkisiyle oluştuğu vurgulanmaktadır(6).

Cinsellik ve üreme her toplumda farklı değerlendirilen oldukça duyarlı bir konu olup, gelenekler dini inançlar, ahlaki değerler, toplumların sosyalizasyonuna göre , kültürel özelliklerden etkilenmektedir (7-11).

Cinsellik ve üreme hakları gelişimin köşe taşlarıdır. Çünkü şiddet, cinsel istismar, ırza geçme, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, HIV, AIDS, genital yol enfeksiyonları, anne ölümleri, anne hastalıkları, adolesan cinselliği, istenmeyen gebelikler, çocuk yaşta

gebelikler, sağlıksız düşükler, üreme organları maligniteleri, prolapsuslar, kızların sünnet edilmesi gibi zararlı uygulamalar, nüfusun hızla artması, temel insan haklarının ihlali , insanların güvenlik ve özgürlüğünün yokedilmesi gibi uluslararası pekçok toplum probleminin kökünde, aslında cinsellik ve cinsel sağlık / üreme haklarının ihlal edilmesi yatmaktadır (7,11).

Gerek Kahire, gerekse Pekin Konferansının eylem planında dünya ülkelerinin karşısına yeni bir kavram ve yeni yaklaşım olarak çıkan üreme sağlığının tanımı ve kapsamı şu şekilde ifade edilmektedir (7,10),

Üreme Sağlığı , insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamları , üreme yetenekleri ve bu yeteneği kullanıp kullanmayacakları ve ne zaman ne sıklıkla kullanacakları konusunda karar verme özgürlüklerinin olması demektir (7,10).

Üreme sağlığı, beraberinde üreme haklarını da getirmektedir. Bu haklar aşağıdaki gibidir; (8)

1. Yaşam hakkı açısından , hiçbir kadının yaşamı gebelik nedeniyle tehlikeye sokulamaz
2. Özgürlük ve güvenlik hakkı açısından herkes, kendi cinsel ve üreme yaşamını kontrol edebilmeli ve bundan haz alabilmelidir. Hiçbir kadın, gebelik, sterilizasyon ya da düşük yapmaya zorlanamaz.
3. Cinsellik ve üreme yaşamı açısından bireyler eşit olmalıdır. Bu açıdan, ayrımcılık söz konusu olamaz.
4. Mahremiyet hakkı açısından, cinsellik ve üreme sağlığı ile ilgili hizmetlerde, gizlilik esas alınmalı, tüm kadınlar ve erkekler , üreme sağlığı ile ilgili seçimlerinde kendi kararlarını verebilmelidirler.
5. Düşünce özgürlüğü açısından, cinsellik ve üreme sağlık bakımı ile ilgili konularda bireyler dini öğeler, inançlar, felsefe ve adaletin yorumlanmasında özgür olmalıdırlar.
6. Bireyler sağlıkları açısından, cinsellik ve üreme sağlığı ilgili olarak bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir.
7. Herkesin evlenip evlenmeme, aile kurma ya da kurmama özgürlüğü ve hakkı vardır.
8. Herkesin, çocuk sahibi olup olmama konusunda karar verme hakkı vardır.
9. Sağlığın korunması ve sağlık bakımı alma hakkı açısından, cinsellik ve üreme sağlığı ile ilgili hizmetler, ulaşılabilir olmalı, hizmetler gizlilik, güvenlik, rahatlık, süreklilik içermelidir.



10. Bilimsel gelişmelerden yararlanma hakkı açısından, bireylerin cinsellik ve üreme sağlığı kapsamında, sağlık hizmetlerinde de yetki sahibi olabilmeleri, sağlıklı, güvenli, etkili, ödenebilir ve kabul edilebilir üreme teknolojilerinden yararlanma hakkı olmalıdır.

11. Bireylerin politikaya katılma ve toplantı yapma özgürlüğüne ilişkin hakları açısından, cinsellik ve üreme sağlığı ve hakları konusuna öncelik verilmesi için hükümetleri etkileme hakkı olmalıdır.

12. Çocuklar da dahil tüm görevlilerin cinsel açıdan ırza geçme, cinsel saldırı ve tacizden korunma hakkı olmalıdır.

Bu haklar doğrultusunda temel sağlık hizmetlerinin gözden geçirilmesi, üreme sağlığının bu hizmetlere ve topluma yönelik tüm hizmetlere katılması, eylem programının önerileri arasındadır (10).

Dünyada son 20 yıla kadar üremeye ilişkin sağlık sorunları, geleneksel olarak uygulanan, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) kapsamında ele alınırken, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin tümünde yaşanan ve yukarıda açıklanan faktörler ve gelişmeler sonucu, artık mevcut AÇSAP yaklaşımı, üreme sağlığı ile ilgili tüm sağlık sorunlarını ve bunlara bağlı hizmet ihtiyaçlarını karşılamaya yetmemektedir. Bu nedenle de, yeni bir kavram olarak "Üreme Sağlığı" ve bunun tüm yaşam döngüsünde ele alınması yaklaşımı, dünya ülkelerinin gündemine girmiş ve kabul görmüştür(3). 1994 yılından bu yana benimsenen "Üreme Sağlığı Hizmetleri" nin amaçlarını şu şekilde özetlenebilir.

### **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 sağlamak
- \* Emzirmeyi teşvik etmek
- \* Kızları ve kadınları dikkate alarak, cinsel yolla bulaşan hastalıkları, komplikasyonları önlemek, tedavi etmek,
- \* 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 azaltmaktır(3,12).

Üreme sağlığı sorunları ve hizmetleri süreklilik ve bütünlük içerisinde ele alınmalıdır.

Temel Sağlık Hizmetleri kapsamında üreme sağlığı hizmetleri şu konuları içermelidir

- \* 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 etkin kontrolü
- \* Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların önlenmesi ve AIDS ile mücadele
- \* İnfertilitenin önlenmesi ve tedavisi
- \* Güvenli olmayan düşüklere son verilmesi ve düşüğe bağlı olumsuz sonuçlarda gerekenin yapılması
- \* Üreme organları malignensilerinin önlenmesi ve tedavisi
- \* Beslenme
- \* Bebek ve çocuk sağlığı
- \* Adolesan sağlığı ve cinselliği
- \* Yaşam biçimi
- \* Çevresel faktörlerin düzenlenmesi
- \* Sosyal, kültürel ve davranışsal faktörlerin düzenlenmesidir(12) .

Tüm bu hizmetler birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında mutlaka ele alınması gereken ve mutlaka ikinci basamak, gerektiğinde de üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile desteklenmelidir.

## 2.2. Dünyada Üreme Sağlığının Boyutları

Tüm dünyada her yıl 500.000'den fazla kadın, gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle ölmekte, bunların sadece %1'i gelişmiş ülkelerde, geri kalan %99'u ise gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir(13). Son yirmi yılda çocuk sağlığında

belirgin gelişmeler kaydedilmesine karşın, aynı iyileşme anne sağlığında ne yazık ki gözlenememiştir. Anne sağlığı bebek ve çocuk sağlığını da çok yakından etkilemektedir. Şöyle ki, Dünya Doğurganlık Araştırması bulguları, 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, %24 daha fazladır(12).

Dünyada 40-60 milyon; diğer bir deyişle, her yıl 1000 canlı doğuma karşı, 300-500 yasal ve yasal olmayan düşük yapıldığı tahmin edilmektedir. Pek çok gelişmekte olan ülkede yasa dışı düşük komplikasyonu olarak septik abortus ve buna bağlı anne ölümleri ciddi boyutlardadır. Anne ölümlerinin 1/4-1/3'ü güvenli olmayan düşük komplikasyonlarına bağlıdır (12-15).

Bununla birlikte, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinin yanı sıra, anne ve çocuk ölümlerinin en az üçte birini önleyebilen aile planlaması hizmetlerine dünyada 300 milyon çift ulaşmamaktadır(12).

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(12,13). Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan gonore, sifiliz ve şankroid gibi venerial hastalıklar sanayileşmiş ülkelerde azalırken tespit ve tedavisi daha zor olan klamidya, herpes virus, papillomavirus ve HIV gibi yeni hastalıklar ortaya çıkmıştır (16).

Adolesanların üreme sağlığı gereksinimleri özel dikkat gerektirmektedir. Adolesan gebeliklerin insidansı çeşitli ülkelerde büyük farklılıklar göstermekle birlikte, genellikle gelişmekte olan ülkelerdeki adolesanlarda gebelik oranı daha yüksektir. Erken yaşta çocuk sahibi olmak kadınların eğitim, sosyal, ve ekonomik yönden gelişmelerinin önünde bir engel olmaktadır. Ayrıca, erken yaşta annelik, maternal ölüm riskini ve genç annelerin çocuklarında da morbidite ve mortalite riskini arttırmaktadır(12,13).

Son yirmi yılda infertilite bir üreme sağlığı olarak giderek daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır. DSÖ dünyada 60-80 milyon infertilite prevalansının büyük kısmını sonradan gelişen yani sekonder infertilite oluşturmaktadır. Bunun en yaygın ve önemli nedeni; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, güvenli olmayan düşüklere ve puerperal enfeksiyonlara bağlı pelvik enfeksiyonlardır. İnfertilite tedavisinde son yıllarda büyük

gelişmeler olmasına rağmen, etik, moral, ve yasal yönü konusundaki tartışmalar halen devam etmektedir(12).

Üreme sağlığı kavramı, hem kadın hem de erkeğin gereksinimlerini içermektedir. Erkeklerin ideal aile büyüklüğü, cinsiyet tercihleri, ideal doğum aralıkları, aile planlaması yöntemlerini kullanma gibi konulardaki bilgi ve tutumları eşlerin doğurganlık davranışlarında belirleyici olmaktadır. Gebelik ve doğuma bağlı sağlık sorunlarını sadece kadınlar yaşamaktadır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların çoğu kadınlarda daha ciddi şekillere yol açmaktadır. Kadınlarda kontraseptif kullanımı erkeklere göre üç kat daha fazladır ve kadınların kullandığı yöntemlerin sağlık riskleri daha fazladır. Genel olarak pek çok toplumda hala tabu sayılan cinsellik konusunda, dünyanın çoğu yöresinde kadın ve erkek arasında büyük eşitsizlik mevcuttur. Kadının cinsellikten zevk almasını önlemeyi amaçlayan kadın sünneti bunun en çarpıcı örneğidir. Oldukça invaziv bir işlem olmasının yanı sıra medikal sistemin dışında gerçekleşmesi tehlikelerini daha da artırmaktadır (11,12).

### 2.3. Adolesan Dönemi

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-19 yaş arası adolesan dönem, 15-24 yaş arası gençlik dönemi olarak tanımlanmaktadır. Değişik ülkelerde ve değişik yayınlarda gençlik çağını 10-11 yaşlarında başlatıp 26-27 yaşlarına kadar sürdürenlerin yanında 15-23 yaş arasını kabul edenlerde vardır. Her ne kadar adolesan yaş grubu için çeşitli kaynaklarda yaş sınırlaması getirilse de, bu dönemi kesin yaş sınırı ile tanımlamak zordur. Bu dönem fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişme ile başlar ve bu gelişmenin tamamlanması ile erişkin döneme geçiş olur. Ergenliğin fizyolojik değişiklikleri kızlarda ilk mens kanaması, erkeklerde ise sperm yapımıyla en üst noktaya çıkar(17-20).

Beynin hipotalamus bölgesinden gelen uyarılarla hipofiz bezi hormon salgılamaya başlar. Bu hormonların salgılanması ile her iki cinste cinsel organların salgıları artar. Aynı zamanda troid ve böbreküstü bezleri hipofizden gelen uyarı ile salgıları arttırır. Büyüme tüm bedende değişik hızda olur. Bedende eller ve ayaklar yüzde ise burun ve çene önce büyür. Kızlarda kalçalar, erkeklerde omuzlar gelişir. Büyüme ve cinsel olgunlaşmayı belirleyen etkenler çeşitlidir. Beslenme, iklim koşulları ve değişik hastalıklar - kalp,

böbrek, karaciğer ve kemik hastalıkları - büyüme ve cinsel uyanışı geciktirebilirler. İyi beslenmenin büyüme ve cinsel olgunlaşmayı hızlandırdığı kesindir(21).

Büyüme ve kilo artışı ile her iki cinste de cinsel organlarda değişimler görülür. Erkeklerde testisler, skrotum ve penis büyür, kıllanma ve gece boşalmaları başlar. Varolan kılların renkleri koyulaşır ve kıvrımlaşır. Önce bıyıklar sonra sakallar çıkar. Ses önce çatallaşır daha sonra kalınlaşır.

Kızlarda kalçalar enine genişler, bedende kadınlara özgü yağlanmalar ve yağ dağılımı olur. Memeler büyürken kıllanmada başlar. Memelerin çıkmasından yaklaşık bir yıl sonra mens kanamaları başlar. Kızlarda pubertenin en dramatik olayı menarştır. Ortalama menarş yaşı 12,5 tur. Meme tomurcuklanmasından takriben 2 yıl sonra oluşur. Bu süre 6 yıl kadar uzayabilir. Bundan 1,5 yıl sonrada yumurtalıklar çalışmaya başlar. Vajen asiditeye döner, aksiler kıllanma ve pubik kıllanma gibi sekonder seks belirtileri görülür. Boy uzamasını vücut derinliğinin ve kas dokusunun artması takip eder. Bu belirtilerden yaklaşık bir yıl kadar sonra da erkeklerde noktürnal emisyonlar, kızlarda da menarş görülür(21).

Menarş:

- 1) Kültürler arası farklılık gösterir.
- 2) Genetik ve çevre faktörleri menarşı etkiler. Anne ile kızının menarş yaşları arasında yakın korelasyon vardır.
- 3) Nütrisyonel durum önemli bir faktördür.
  - a) Şişman kızların menarşı, zayıflarinkinden daha erken başlar.
  - b) Çok zayıf ve atletik kızların menarşı gecikir.
- 4) Herhangi bir kronik hastalık dolaylı olarak nutrisyonel durumu veya doku oksijenizasyonunu bozar. Bu da pubertal matürasyonu ve buna bağlı olarak menarşı geciktirir.
- 5) Menarş, diğer pubertal olaylarla yakından ilişkilidir.
- 6) Boyun en hızlı büyüme zamanı menarşdan hemen öncedir. Ağırlığın en hızlı artış zamanı menarşla korelasyon gösterir. Boy eğrisi iniş fazındadır.
- 7) Menarş zamanı, ikinci molarların çıkış zamanıyla korelasyon gösterir.

Adolesanda fizik değişikliklerle beraber ruhsal sorunlarda ortaya çıkar. Fizik değişikliklerin psikolojik yönden kabulü yani, aileden bağımsız bir yetişkin kişi rolünü benimseme, yetişkin toplum için uygun olan doğru ve yanlışları kabul etme, meslek

belirleme ve bunun getirdiği sorumluluğu yüklenme gibi sorunların çözümüyle adolesan, psikolojik ve sosyal olgunlaşmasını da tamamlar. Dolayısı ile adolesan dönemi sınırları; kişiden kişiye, kültürden kültüre, nesilden nesile farklıdır.

Yaşanan değişimler sonucunda adolesanın tümüyle yeni düzenlemeye gittiği bu dönemde karşılaştığı sorunlar şunlardır:

- Yaşam biçimi ve riskli davranışlar,
- Büyüme ve gelişmeye ait biyolojik ve tıbbi sorunlar (akne, epifizitis, spondilolistezis, incilmeler, direnç düşüklüğüne bağlı enfeksiyonel hastalıklar gibi)
- Duygusal sorunlar (iletişim kurma güçlüğü, beden eğitimi uğraşları ve seçimi, boş zamanlarını değerlendirememeye, mastürbasyon, intihar)
- Cinsel yaşam ve üreme sağlığı sorunları
- Beslenme ve yeme alışkanlıklarındaki değişikliklerle yetersiz beslenme sorunu
- Kronik hastalıklar, kazalar ve sakatlıklar
- Sigara, alkol ve ilaç alışkanlıkları sorunu
- İş sağlığı ve güvenliğine ait sorunlar
- Eğitim eksikliği ve işsizlik sorunları

Ergenlik ( Adolesan ) çağı bir stres çağıdır. Büyüme ve gelişme ön plana çıkmış, bazı hastalıklara dayanıklılık artmıştır. Üst solunum yolu hastalıkları, tüberküloz gibi enfeksiyonlara dayanıklı olmak için uygun beslenme, düzenli uyku gereklidir. Bu devrede kifoz, skolyoz gibi iskelet sistemi bozuklukları daha sık görüleceğinden, oturma ve duruş bozuklukları olup olmadığına daha fazla dikkat edilmelidir. Tiroid bezinde büyüme, anemi, obesite ve zayıflık gibi beslenme ile ilgili bozukluklarda dikkatli olmak lazımdır.

Bu dönemde psijik streslere de çok duyarlı olmaları nedeniyle anlayışlı olmak ve yol göstermek suretiyle yardımcı olmak yakın çevresindeki yetişkinlere düşen görevlerdendir(23). Adolesanlardaki bu değişiklikler normal bir gelişim dönemidir. Ancak bu değişime çevrenin tepkisi diğer gelişim dönemlerindeki gibi destekleyici olmadığı için çatışmalar ortaya çıkabilmektedir.

Adolesan döneminde ; ailenin temel tutumu, anne-babanın ayrı ayrı tutumları, çocuğun cinsiyeti, ailenin cinsel konulardaki tutumu ve bilgisi, gelenek ve görenekler, din, dil, kamu düzeni gibi temel toplumsal yapılar, kurumlar ve değerler bireyin kişilik gelişiminin biçimlenmesinde büyük rol oynar.

Temel toplumsal yapıların içinde ailenin ekonomik düzeyinin belirlediği beslenme, konut, üretim ve sağlık koşulları gencin davranışlarına değişiklik getirir.

Gençlik çağının yaş dilimleri arasındaki yerine gelince; insan doğumundan ölümüne dek belirli çağlar içinde gelişir, duraklar ve çöker. Çocukluk, gençlik, olgunluk, yaşlılık olarak bilinen bu çağlar birbirinden keskin sınırlarla ayrılmaz. Bir önceki çağın etkisi altında oluşur, bir sonraki çağı etkiler. Çocukluk gençliği, gençlik olgunluğu yaratır. Bu çağların birinden diğerine geçiş, sadece bireyin bedensel durumu ile ilgili olmayıp, ruhsal, toplumsal, ekonomik, kültürel etkenlerin rol oynadığı bir gelişim ve oluşumdur. Diğer taraftan, her çağ kendine özgü ve belirli bedensel, ruhsal, toplumsal özellikler taşır.

Adolesanla ilgili çalışma, araştırma adolesanı kapsayan programların oluşturulması aşamasında ve adolesanlara verilecek danışmanlık hizmetlerindeki önceliklerin saptanmasında, adolesan dönemin evrelerini ve özelliklerini bilmek gerekir. Bu evreler ve özellikleri kısaca şu şekilde özetlenebilir.

**Erken Adolesan Dönem (Puberte):** Cinsel gelişme ve fiziksel büyümenin en hızlı olduğu dönemdir ve 11/13 -14/15 yaşları arasını kapsar. Kızda adet “ Period” kanamalarının başlaması, erkekte spermatozaların yapımının başlamasına puberte denir. Kızlarda bu devrenin başlangıcını katıyetle tespit etmek kabil olduğu halde erkeklerde güçtür. Genellikle erkeklerde pubisteki kılların pigmentli bir durum alması ve kıvrımlaşması spermatozoa yapımı ile aynı zamana rastladığı kabul edilmektedir. Adolesanda, vücudunda olan hızlı fiziksel değişikliklere karşı şaşkınlık ve endişe duyguları vardır. Ayrıca bu değişikliklere ayak uyduramama nedeniyle de etrafındaki kişilere karşı davranış ve tepkilerinde ani çıkışlar görülmektedir. Kendi vücuduna yabancılaşır, kendine saygısı azalır. Bunun yanısıra ilerideki vücut yapısının, hayalindeki vücut yapısına uygun olup olmayacağına dair endişeler de taşır. Bu dönemde bireyin özgür olma arzusu çok belirgindir(18-22).

**Orta Adolesan Dönem:** 14-15 yaşlarında başlayıp, 16-17 yaşlarında biter. Bu dönemde büyüme yavaşlar, erişkin boyun %90'ına ulaşır. Vücudundaki fiziksel değişiklikleri kabul etmeye başlar ve arkadaş grupları onun için çok önemli olmaya başlar. Bunun yanı sıra karşı cinsiyete ilgisi de başlar. Bağımsız olma isteği devam eder, ancak bu isteğini etrafına

kabul ettirmek için daha önceki dönemde gösterdiği saldırganlık davranışı kaybolmaya başlar. Erişkinleri taklit etmeye başlar, bu taklit davranışları arasında sigara içme, alkol alma gibi gencin fiziksel gelişimini olumsuz etkileyebilecek davranışlar da yer alabilir(18-22).

**Geç Adolesan Dönem:** Bu dönemde büyüme ve gelişme tamamlandığı için fiziksel değişikliklere ilişkin şüpheler kaybolur. Cinsel kimliği gelişmiştir. Orta adolesan dönemde gelişmeye başlayan soyut düşünce yapısı artık tamamen yerleşir. Geleceğe ilişkin kararlar verebilecek sosyal olgunluğa erişmiştir ve etrafı ile rahatça ilişki kurabilir(18-22).

#### **2.4. Adolesanlarda Morbidite Ve Mortalite**

Genellikle adolesan çağı en sağlıklı yaşam dönemidir. Çocukluk hastalıkları geride kalmıştır; yetişkin çağa özgü hastalıklar ise çok uzaktır. Hastalıklardan ileri gelen ölüm oranı 10 yaşından sonra birden düşmektedir. Adolesanların başlıca sağlık sorunları; sigara ve alkol alışkanlığı, uyuşturucu madde kullanımı, yanlış beslenme alışkanlıkları, cinsel davranış ve üreme sağlığı sorunları, kazalar, intiharlar ve psikolojik sorunlardır. Bu sorunlar hızlı fiziksel büyümenin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır(21).

Bu dönemde görülen ölümlerin nedeni genellikle intihar ve araba kazalarıdır.

Ergenliğe özgü denebilecek tek hastalık belki de kadınlık ve erkeklik hormonlarının yani estrogen ve androgenin düzensizliğinden ileri gelen ergenlik sivilceleri(21).

Hızlı büyüme ergenlerin kalori gereksinimlerini artırır. Oysa beslenmenin en dengesiz ve düzensiz olduğu dönem bu çağdır. Ergenler daha çok abur cubur yerler ama dengeli beslenmezler.

Adolesan döneminde psikolojik sorunlar önemli yer tutar. Gençler hızlı beden gelişmelerine karşı değişik tepkiler gösterirler. Bu değişikliklerin bir bölümü sevinç kaynağı olurken bir bölümü üzüntü kaynağı olabilir. Göğüslerinin ortaya çıkıp büyümesinden utanç duyan ve saklamak için sıkıntıya giren pekçok genç kız vardır. Özellikle mens kanamaları erken başlayan ve buna hazırlıksız yakalanan genç kızlarda bu tepkiye çok sık rastlanır. Hatta genç kızların bazıları okula bile gitmezler. Öte yandan pek çok genç kız için gelişmemiş memeler sorun olur. Kimi çok toplu oluşuna kimisi sıska oluşuna üzülür. Genç erkekler sıklıkla yeni çıkan sakal ve bıyıklarını traş etmekten büyük



zevk alırlar. Erkeklerde görülen ilk boşalmalarda değişik psikolojik tepkiler verirler. Kız ve erkekler yüzlerindeki sivilceleri beğenilmelerinin baş engeli olarak görürler.

## 2.5. Adolesan Üreme Sağlığı Neden Sorundur ?

Adolesan üreme sağlığı aşağıdaki sorunlar nedeniyle önemli olmaktadır:

### Erken Seksüel Aktivite

Evlilik ve annelik, beraberinde sosyal statü değişiklikleri ve sorumluluklar getiren, kadının cinsel yaşamındaki en önemli dönüm noktalarıdır. Beslenme koşullarındaki iyileşmeler, genç kızların cinsel olgunlaşma yaşını düşürmüştür. Bunun sonucu olarak da sosyo-ekonomik açıdan ferah toplumların çoğunda genç kızlar, fazladan 2 yıl daha hamilelik riskiyle karşı karşıyadır(17,20,21,24). Asya'nın büyük bir bölümünde evlilik ve çocuk doğurma erken yaşta gerçekleşir. Evlilik öncesi cinsel ilişki, evlilik dışı hamilelik ve doğum gibi olaylar yüksek değildir ancak buna rağmen adolesan hamilelik oranları oldukça yüksektir. Adolesan gebeliklerin insidansı genellikle gelişmekte olan ülkelerde daha yüksektir. Erken yaşta çocuk sahibi olmak kadınların eğitim, sosyal, ve ekonomik yönden gelişmelerinin önünde bir engel olmaktadır. Ayrıca, erken yaşta annelik, maternal ölüm riskini ve genç annelerin çocuklarında da morbidite ve mortalite riskini arttırmaktadır. Afrika'nın bazı bölgelerinde ise evlilik öncesi cinsellik, Asya'ya oranla daha yaygındır(24,25).

Sanayileşmiş ülkelerde, 16 yaş öncesi cinselliği yaşayan adolesanların oranı artmaktadır. Örneğin İngiltere ve Kuzey İrlanda'da 50 yaşın üzerindeki kadınların %2'si ve erkeklerin %10'u ilk cinsel deneyimlerini 16 yaşında yaşadıklarını belirtmişlerdir. 20 yaşın altındaki kadınların %18,7'si ve erkeklerin %27,6'sı ilk cinsel deneyimlerini 16 yaşından önce yaşadıklarını belirtmişlerdir. Benzer bulgular, A.B.D., Hollanda ve İsveç'te de geçerlidir. Bazı çalışmalar, genç kızların ilk adetlerini görmeden ilk cinsel ilişkiye girdiklerini göstermiştir(25,26).

Erken yaşta yaşanan cinsel faaliyetler nedeniyle adolesanlar, hamilelik ve cinsel yolla bulaşan hastalık riskine maruz kalırlar. Gebeliği önleyici yöntemleri çok az kullanırlar. Çünkü cinsel ilişkiye girmeyi önceden planlamazlar(24-26).

## **Cinsellik ve Gebeliği Önleyici Yöntemler Hakkında Bilgi Eksikliği**

Genel olarak adolesanlar, üreme, cinsellik, aile planlaması ve sağlığı hakkında çok az bilgiye sahiptirler . Aileleri ve kendileri bu konuda eğitim almamış gençlerde, erken yaşta hamilelik riski daha fazladır. Ailelerin, cinsellik konularında rahatça konuşamaması, yeterli bilgi verememesi – ki verilen bilgilerin çoğu da yanlıştır- genç kız ve erkekleri de aynı şekilde etkilemektedir. Genel bilgi düzeyinin düşük olması da, gençlerin, sağlık uygulamaları ve cinsel davranışlarının getireceği risklerden haberdar olmasını önleyecektir(25-27).

Cinsellik eğitimi, cinselliğe geç adım atış, gebeliği önleyici yöntemlerin sıklıkla kullanımı ve az sayıda cinsel partnerle birlikte olma gibi sorumluluk içeren cinsel faaliyetleri teşvik eder. Çocuklarıyla cinselliği ve üremeyi konuşan aileler arasında daha yakın ilişki varsa, bu tür etkiler daha da artar. Yine de bu tür konuşmalar oldukça zordur ve ayrıca da araştırmalar çok az kişinin bunları anlayabildiğini göstermiştir. Araştırmalar, düzenli olarak aile planlamasına dikkat eden ailelerin bile ne zaman daha üretken olduklarını bilmediklerini ortaya koymuştur(25-27).

## **Evlilik Yaşının Değişmesi**

Genel olarak ilk evlenme yaşı dünyanın pek çok yerinde, hem erkek hem de kadınlarda yükselmektedir. Evlenme yaşının en hızlı yükseldiği bölgeler; Asya ve Kuzey Afrika'dır(25-27).

Türkiyede genelinde ilk evlenme yaşında yükselme olduğu gözlenmektedir. 45-49 yaş grubunda 18.4 olan ortanca ilk evlenme yaşı 25-29 yaş grubundaki kadınlarda 20.4'e çıkmaktadır(1998 TNSA).

Bütün bölgelerde eğitim seviyesi düşük kadınların erken evliliğe eğilimli olduğu görülmektedir. Evlilik yaşı için lise ve lise üzeri eğitim seviyesi arasında 4 yıl fark vardır. Ayrıca eşler arasındaki eğitim eşitsizliği, kadının olanaklarını ve evde karar verme

durumunu sınırlar. Kadının eğitim durumunun yükselmesi evlilik yaşının yükselmesini, ekonomik ve sosyal hayata daha aktif biçimde katılımını sağlar ( 25-27)

### **Çocuk Yaşta Evlilik**

Erken yaşta çocuk sahibi olmak kadınların eğitim, sosyal, ve ekonomik yönden gelişmelerinin önünde bir engel olmaktadır. Ayrıca, erken yaşta annelik, maternal ölüm riskini ve genç annelerin çocuklarında da morbidite ve mortalite riskini arttırmaktadır. Aileler, çocuklarının evlilik planları ve düşünceleriyle en yüksek derecede ilgilenirler. Evliliklerin büyük çoğunluğu, eşlerin ailelerinin onayı ve hatta katılımıyla gerçekleşir. Asya, Latin Amerika, Afrika toplumlarının büyük çoğunluğunda çocukluk ya da genç ergenlik çağında evliliklere karar verilir (25-27).

Evlilik yaşı hakkındaki hukuki durum komplekstir. 30 yıldır, insan hakları kuruluşları minimum evlilik yaşı konusunda, kural ve yaptırım belirleme yoluna gitmişlerdir. Çoğu ülkede evlilik yaşı hakkında kanunlar sadece aile rızası olmadığı durumlarda uygulanır. Çoğu ülkede evlilik kanunları geleneksel yapıya ya da sistemlere dayanır. Geleneksel kurallar eşlerin de erken evliliğe sıcak bakmasını sağlamaktadır. Kızları ailelerine yük ya da karsız yatırım olarak gören ailelerin erken evliliğe daha sıcak baktığı görülmektedir. Çeyiz ya da başlık parası gibi gelenekler kızların erken evlendirilmesine sebep olur (24-27).

### **Erken Çocuk Sahibi Olma**

Eşler evlendikten sonra genelde çocuk sahibi olmaları konusunda bir baskıya maruz kalırlar. Evlenenlerin hemen çocuğu olacak beklentisi olan kültürlerde, çocuğun evliliğin geleceğini garantilediği görüşü hakimdir. Gebe kalamama ve erkeğin kısırlığı yüzünden evlilik bozulabilir. Sağlık açısından, bir kadın ne kadar erken evlenirse, o kadar geç çocuk sahibi olmalıdır (24-27).

Ne yazık ki evlilik yaşı düşük olan ülkelerde çocuk sahibi olma konusunda aile ve koca baskısı daha fazladır. Bu durumda genç kadının düşündüğü tek şey, kendini sadece bir erkek evlatla kanıtlayabilmektir(24,25).

## Çok Eşlilik

Çok eşlilik Afrika, Müslüman dünyasının bazı ülkelerinde ve Asya'nın bazı bölgelerinde yaygındır. Sosyal değişimler sonucunda, azalmaya başlamıştır. Bu azalma köy hayatından şehir hayatına geçilmesiyle birlikte başlamıştır(26-27).

Çalışmalar, kadınların çok eşliliğe taraftar olmadığını göstermektedir. Bu tip evliliklerde, çoğunlukla kadınlar arasında para konusunda, ya da eşler ve çocuklar arasında yapılan ayırım yüzünden sorunlar çıkmaktadır(25-27).

## 2.6. Adölesanların En Sık Karşılaşabileceği Üreme Sağlığı Riskleri

**Cinsel yolla bulaşan hastalıklar(STD)** : Adölesanlardan cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi almak çok zor olsa da çalışmalar bu hastalıkların görülme sıklığının yükselmekte olduğunu göstermektedir. Tayland ve Singapur'da devlet kliniklerinde cinsel yolla bulaşan hastalıklardan tedavi görenlerin % 40 ı gençlerdir. Her yıl bütün dünyada her 20 adölesandan biri cinsel yolla bulaşan hastalıklardan birisine yakalanmaktadır. Bugüne kadar HIV ile enfekte olan hastaların yarısı bu hastalığa 15-24 yaş arasında yakalanmıştır (24,25,26,28).

**İstenmeyen gebelikler ve sonuçları** : Bu kavrama yasal olmayan küretajlar ve bunlarla ilgili komplikasyonlar da dahildir. Gebeliğin genç kadınların sağlığı ve gelecekle ilgili planları için çok ciddi olumsuz anlamları vardır. Her yıl evli ya da bekar 15 milyon adölesan kadın gebe kalmaktadır. A.B.D'de 1994 yılında 19 yaşın altında 781.000 gebe kalan adölesan vardı. Bu gebeliklerin yüksek bir yüzdesinin %78 istenmeyen gebelikler olması, genç kadınları yasal olsun ya da olmasın küretaja yöneltmiştir. Tüm Dünyada her yıl 40 milyon küretaj yapılmaktadır. WHO'nün tahminlerine göre bu küretajların yarısı sağlıksız koşullarda yapılmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde sağlıksız koşullarda yaklaşık 18 milyon kürtaj yapılmaktadır ve 78.000 anne ölümü olmaktadır. Küretaj yaptıran kadınların büyük bir bölümü enfeksiyon, ağrı, kısırlık gibi uzun süreli küretaj komplikasyonları ile karşı karşıya kalmaktadır. Genç kadınların yaşlı hemcinsleriyle mukayese edildiğinde küretaj için daha uzun süre bekledikleri, bunun da küretaj riskini arttırdığı görülmüştür. Birçok ülkede yapılan istatistikler küretaj komplikasyonu ile hastaneye yatırılanlardan %60'ının adölesanlar olduğunu ortaya koymuştur (24,25,26,28).

**Anne morbidite ve mortalitesinde artış** : A.B.D'de her yıl 20 yaş altında kadınlarda 1milyon gebelik olmakta bunun 500 bini canlı doğum yapmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde kadınların %40'ı 20 yaş altında doğum yapmaktadır. 15-19 yaş arası annelerin doğum sırasında ölme olasılıkları 20-24 yaş arasındaki annelerle karşılaştırıldığında 2-3 kez, 15 yaş altındaki annelerin olasılıkları ise 5 kat daha fazladır. Adölesanlar doğum sırasında rektovajinal veya vezikovajinal fistül oluşumu gibi hayat boyu devam edebilecek komplikasyonlarla da daha sık karşılaşır(24,25,26,28).

**Düşük doğum ağırlığı ve prematürite** : Adölesan annelerin bebeklerinde morbidite ve mortalite daha sıktır. Bebeklerde önemli bir ölüm nedeni olan düşük doğum ağırlığı da adölesan annelerin bebeklerinde daha sık görülür. Prematür bebekler erken çocukluk süresince de devamlı problemlerle karşı karşıya kalırlar(24,25,26,28).

Gebeliğini 20 yaşından sonraya ertelemiş kadınlarla erken gebe kalanları sosyal olarak karşılaştırdığımızda, adölesan annelerin daha az öğretim gördüklerini ve hiç iş bulamadıklarını ya da düşük ücretli iş bulduklarını, eşlerinden ayrılma veya boşanma oranlarının daha fazla olduğunu görürüz (20,24,25,26,28)

## 2.7. Adölesanda Gebelik

16-19 yaş grubundaki gebelerde obstetrik riskler anne yaşından daha çok, yetersiz beslenme, yoksulluk, kötü sağlık koşulları, sigara, alkol, ilaç gibi kötü alışkanlıklar ve genital enfeksiyon nedeniyle ortaya çıkmaktadır. onbeş yaş ve altında ise oluşan sorunlar daha çok fizyolojik immaturite ile ilgilidir. Uterin ve servikal kan akımı yeterli olmadığı için adölesan gebe subklinik genital enfeksiyonlara yatkındır. Bu enfeksiyonlar sonucunda artan prostaglandin salınımı preterm doğumu artırır. Adölesan gebe hala kendisi büyümesini sürdürdüğü için besin maddelerini geliştirmekte olan fetüs ile paylaşmak zorundadır. Bu nedenle fetüste düşük doğum ağırlığı ve gelişme geriliği olur. Bir görüşe göre ise menarjdan iki yıl geçtikten sonra olan gebelikler ve sonuçlarına yaşın etkisi sınırlıdır. Özellikle ikinci gebelik adölesan yaşta olursa prematurite ve düşük doğum ağırlığı riski yüksektir. Adölesan gebelerde gebelik komplikasyonları ve prenatal sorunlara daha sık rastlanır. Ayrıca adölesan gebelerde emosyonel stres ve sosyal sorunlar daha sıktır. Ülkemizde erken evlenme yaşına bağlı olarak ve adölesan gebelikler ve erken ilk doğum yaşı kadın ve bebek sağlığı açısından önem taşır.

Adölesanlarda diğer yaştaki gebeliklerden daha farklı bir tanı yöntemi yoktur. En önemli bulgu adet gecikmesidir. Adölesanlar adet günlerini, düzenli cinsel yaşamı olan

kadınlar kadar iyi izleyemediklerinden gecikmiş adet öyküsünü almak zor olabilir. Ayrıca menarjdan sonraki ilk birkaç yıl anovulatuvar sikluslar daha fazla olduğu için adet düzeni bozuktur. Gebeliğin olduğu ayda, beklenen adet zamanına uyan dönemde, trofoblastların desidüaya implantasyonu nedeniyle adet benzeri bir kanama olabilir. Bu belirti de adetini iyi izleyemeyen bir adolesanda yanılığa yol açabilir. Bu nedenle seksüel olarak aktif olan adolesanlarda adet gecikmesi olmasa bile anormal bir adet durumunda gebelik testi yapılmalıdır. Ayrıca gebeliğin varlığı ultrasonografik olarak gösterilmelidir. Ultrasonografi ile gebeliğin varlığı yanında normal bir intrauterin gebelik ile dış gebelik de birbirinden ayrılmış olur.

Gebelik yaşı 8 hafta iken pelvik incelemede rahatlıkla saptabilir. 11-12 haftalık gebelik symfisis pubis hizasında palpe edilebilir. Yine aynı haftalarda dopler ile kalp atışları duyulabilir. 18-20 haftalarda anne adayınca hareketler hissedilir. 17-19 haftalar arasında fetoskop ile kalp atımları duyulabilir.

Yapılan gebelik testleri kanda ve idrarda hCG (human coryonik gonadotropin) saptanmasına bağlıdır. Adolesanlarda evde yapılan gebelik testleri yeteri kadar güvenli değildir. Çünkü adolesanlarda bu testleri yanlış yapma ve yanlış değerlendirme olasılığı fazladır.

## **2.8. Dünya Nüfus Ve Kalkınma Konferansı Raporunda Adolesanlara Dair Önerilenler**

Yakın geçmişe dek adolesanların üreme sağlığına ilişkin sorunları ve hizmet ihtiyaçları çok fazla dile getirilmeyen konulardı. Bu gecikmişlik 1994- Uluslar arası Nüfus ve Kalkınma Konferansında kapsamlı olarak ele alınarak aşağıda belirtilen başlıklarda vurgulanmıştır(20,24,25,26,29):

Tüm ülkeler, uygun yaştaki bireylerin en kısa sürede, 2015 yılından önce temel sağlık hizmetleri kapsamında üreme sağlığı hizmetlerine ulaşılabilirliğini sağlamalıdır. Bu hizmetler; Aile planlamasında bilgilendirme - eğitim - iletişim ve danışmanlık, doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım, emzirme, cinsel yolla bulaşan hastalıkların, infertilitenin ve üreme sistemi enfeksiyonlarının önlenmesi ve tedavisi, üreme sistemi kanserlerin önlenmesi ve tedavisi, düşük ve buna bağlı sonuçlarda gerekenin yapılması, cinsellik, üreme sağlığı ve sorumlu ebeveynlik için bilgilendirme - eğitim - iletişimdir(3).

5-13 Eylül 1994 tarihinde Kahire'de toplanan Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda adölesanlara dair önemli kararlar alınmıştır(3). Bunlar;

Üreme sağlığı programları adölesanlar da dahil, kadınların gereksinimlerini karşılamaya yönelik olmalı ve hizmetlere her aşamada kadınların da katılımını sağlanmalıdır. Üreme sağlığı ile ilgili yenilikçi programlar geliştirilmeli, bu programlarda adölesanlar ve erişkin erkekler hedeflenmelidir. Böylece erkeklerin aile planlaması, çocuk yetiştirme ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesine yönelik sorumluluklarını kabul etmeleri sağlanmalıdır. Programlar erkeklere en geniş anlamda ulaşabilmelidir (Çalışma yerlerinde, okullarda vs.).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve üreme sistemi enfeksiyonlarını temel sağlık hizmetleri içerisinde ele alınacak şekilde, üreme sağlığı hizmetleri güçlendirilmelidir. Hükümetler ve uluslararası kuruluşlar HIV/AIDS' in yayılmasını önlemek için her önlemi almalıdırlar.

Entegre bir cinsel eğitim; uygun yaşlarda, aile içerisinde, toplumda ve okulda başlamalıdır. Ancak formal olmayan ve topluma dayalı girişimlerle erişkinlere de (özellikle de erkeklere) bu eğitim verilmelidir.

Ebeveynlerin ve diğer yasal sorumluların adölesanları cinsellik ve üreme konularında yönlendirme hak, görev ve sorumlulukları vardır.

Ülkeler, adölesanların ihtiyaç duyduğu cinsellik ve üreme, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve cinsel taciz konularında bilgi ve hizmete ulaşmalarının programlar ve sağlık personeli tarafından engellenmemesini sağlamalıdır. Bunu yaparken adölesanların gizlilik ve bilinçli rıza haklarını koruma altına aldığı gibi kültürel ve dini değerlere de saygı göstermelidir. Bu nedenle üreme sağlığı ve adölesanlara verilen hizmetlere ulaşmadaki yasal yaş, kurallar ve sosyal engeller gibi bariyerler kaldırılmalıdır.

Sağlanan hizmetler, cinsel şiddet kurbanlarına özel dikkat gösterilerek, özellikle güçsüz durumdaki kadınların ve gençlerin ihtiyacını karşılayabilmelidir.

Cinsel yönden aktif adölesanların bilgilendirme - eğitim - iletişim ve uygulama gibi özel aile planlaması hizmetlerine de gereksinimleri vardır.

Gebe kalan adölesanların ise aileleri ve toplum tarafından gebelik ve doğum sonu desteklenmeye ihtiyaçları vardır.

Programlar, cinsellik ve üreme davranışı konusunda adölesanlarla ilgili olabilecek herkesi eğitmelidir (özellikle; aileler, ebeveynler, toplum, dini kuruluşlar, okullar, basın -

yayın organları ve arkadaş grupları). Hükümetler ve hükümet dışı örgütler bu doğrultudaki uygun programları desteklemelidirler.

Sonuç olarak adolesanlara verilecek üreme sağlığı hizmetleri ve cinsel eğitimde şu hususlara dikkat edilmelidir:

#### **a) Bilgilendirme ve Eğitim**

Genç insanlar için, üreme sağlığı konularında yeterli ve doğru bilgilere sahip olmamaları ve kitle iletişim araçları aracılığı ile çelişkili mesajlar almaları ciddi bir problem haline gelmektedir. Geleneksel anlamda aileden ve arkadaşlardan bilgi alma artık önemini yitirmiş, ancak okul içi ve dışındaki sistematik eğitim bunun yerini alamamıştır(22,24,25,26,27,28).

Genç insanları üreme sağlığı ve cinsellik hakkında bilgilendirmek çok hassas bir iştir. Bu bilgilerin verilmesi halinde cinsel aktiviteye başlama yaşının düşeceği ve ana-babalık haklarının ihlal edileceği konuları sık sık tartışma konusu olmaktadır. WHO'nun AIDS ile ilgili Global Programı dahilinde yapılan araştırmalarda okullarda cinsel eğitim verilmesinin erken yaşta cinsel aktivite başlamasına neden olduğuna dair bir delil yoktur. Tersine, cinsel eğitimin küçük yaştakilerin cinsel aktivitenin risklerine karşı korunmalarında yardımcı olduğu görülmüştür (22,24,25,26,27,28).

Çalışmalardan anlaşıldığına göre cinsel eğitim, genç insan cinsel aktiviteye başlamadan verildiği takdirde en etkili olmaktadır. Cinsel aktiviteyi erteleme ve korunmalı cinsel ilişki programları, sadece cinsel ilişkiden uzak kalmayı işleyen programlara oranla çok daha etkindir (22,24,25,26,27,28).

Anne ve babalar çocuklarına cinsel eğitim vermesi gerekenlerin kendileri olduğunu hissetmekte olmalarına rağmen sıklıkla bunu yapmaktan hoşlanmamaktadırlar. Ana babalar için, çocukları ile cinsellik ve üreme sağlığı sorunlarını tartışmaya başlamalarına yardımcı olacak özel programlar geliştirilmiştir (22,24,25,26,27,28).

Eğitimde muhtelif ülke ve kültürlerde farklı ağırlıklarda olmakla birlikte aşağı yukarı aynı konu başlıklarına yer verilmektedir. Şüphesiz ki her ülke vurgulamak istediği konunun kendi kültürü için önemini tartarak o konuyu daha ön plana çıkarmalıdır (22,24,25,26,27,28).



### **b) Basamaklı İşlem Olarak Cinsel Eğitim**

İdeal olarak cinsel eğitim süregelen bir şekilde her yaş grubuna yönelik bir şekilde basamak basamak verilmelidir. Her yaşın sorunu ve yönlendirme tarzları farklı olacağından eğitim kapsamı da buna göre ayarlanmalıdır. Gençlerin katılacağı tartışma ve benzeri aktiviteler sınıflarda verilen derslerden daha etkili olmaktadır (22,24,25,26,27,28).

Okullu gençlerde durum böyle iken, dünyada milyonlarca gencin okula gitme şansı bulamadığını akla getirmek gerekir. Öncelikle bunların yaşamak için gerekli temel ihtiyaçlarını gidermek, özellikle sefalet nedeniyle istenmeyen şeyler yapmaları olasılığını azaltacaktır. Buna ek olarak okul dışındaki gençlerin eğitimi amacıyla televizyon dizileri, çizgi romanlar ve benzeri eğitici programlar hazırlanabilir (22,24,25,26,27,28).

### **c) Adolesanlara Verilebilecek Üreme Sağlığı Hizmetleri**

Adolesanlar için üreme sağlığı hizmetleri vermek onlara cinsel bilgi ve eğitim vermekten de daha çelişkilidir. Bu programda en önemli husus, hizmet verenlerin kişisel düşünceleri ve eğilimleri nedeniyle, gençlerin programdan yararlanmalarına engel olmalarını önlemektir. Bazı ülkelerde yasalar, evli olmayan adolesanların bu sayılan hizmetlerden yararlanmalarını önlemektedir. Adolesan sağlığını iyileştirmede öncelikle bu tür yasaları değiştirmek yararlı olacaktır( (22,24,25,26,27,28).

Sonuç olarak; adolesanlara ve gençlere yönelik bilgilendirici, eğitici programların yürütülmesi , bu grupların gerektiğinde klinik hizmet almalarının sağlanması gelecekte daha sağlıklı olmalarını sağlayacaktır.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Trabzon ilinde gençlerin üreme sağlığı konusundaki bilgi seviyelerini ve tutumlarını tespit etmek için yapılan bu tanımlayıcı çalışma Haziran 2001– Aralık 2002 tarihleri arasında yapılmış, anket uygulaması Mayıs – Haziran 2002 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.

İl merkezinde bulunan iki lise ve il merkezi dışında bulunan üç lisede amaca yönelik bulguların saptanması için araştırma lise birinci, ikinci ve üçüncü sınıflarında yapılmıştır. Bu sınıflar yaklaşık 14-17 yaş grubunu kapsamıştır. Bu yaş grubu, Adolesan grubunun fizyolojik, psikolojik, ilgi alanı ve bilgi düzeyi değişimlerini tam anlamı ile yaşadığı bir dönem olması nedeniyle seçilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan okullar, Milli Eğitim Müdürlüğü'nün izni ile kentsel ve kırsal bölge olarak iki bölgeden seçilmiştir. Bu okullar; Trabzon il merkezinde Atatürk Lisesi, Kız Meslek Lisesi ve Trabzon il merkezi dışında bulunan Beşikdüzü Anadolu Öğretmen Lisesi, Of Hacı Mehmet Bahattin (Of HMB) Ulusoy Endüstri Meslek Lisesi ve Hayrat Lisesi'dir. Araştırma evreni; belirtilen okullardaki tüm öğrencilerden oluşmaktadır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilerden % 83.5'ine ulaşılmıştır. Okullara göre kız ve erkek öğrencilerin toplam öğrenci sayıları, araştırmaya katılan öğrenci sayısı ve katılım yüzdeleri tablo'1 de belirtilmiştir.

Adolesanların bilgi ve tutumlarını değerlendirmek için gözlem altında anket uygulanmıştır. Anket uygulanması her bir okulda ayrı bir günde yapılmıştır. Öğrencilere anket kağıdına isim yazmamaları ve verdikleri cevapların gizli kalacağı anket başlamadan önce belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan adolesanların sosyodemografik özellikleri, üreme sağlığı /aile planlaması, kadınların üreme sistemi anatomi ve fizyolojisi, erkeklerin üreme sistemi anatomi ve fizyolojisi, gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi, tutumları ve bu konulardaki bilgiye ulaştıkları kaynaklar, sorulmuştur. Sorulara birden fazla cevap verebilecekleri belirtilmiştir.

Anketten elde edilen verilerden yararlanılarak ailenin sosyoekonomik durumu, aile planlaması, gebelik, kadın anatomisi, erkek anatomisi ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar skorlanmıştır.

Katılımcıların sosyoekonomik durum skorlamasında verdikleri yanıtlara göre; sosyal güvence sorusuna, aile tipine, anne-babanın medeni durumuna, aylık gelir sorularına verdikleri cevaplar ve puanları tablo2'de gösterilmiştir. Toplam 15 puandan oluşan puanlama sisteminde 0-5 puan zayıf, 6-10 puan orta ve 11-15 puan iyi olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 1: Araştırma Kapsamına Alınan Öğrencilerin Okullara Göre Dağılımı

	KIZ			ERKEK			TOPLAM		
	Araştırmaya			Araştırmaya			Araştırmaya		
	Öğrenci Sayısı	Katılan Öğrenci	Katılım %	Öğrenci Sayısı	Katılan Öğrenci	Katılım %	Öğrenci Sayısı	Katılan Öğrenci	Katılım %
Of	214	184	86.0	216	181	83.8	430	365	84.9
Beşikdüzü	131	105	80.2	189	144	76.2	320	249	77.8
Hayrat	18	16	88.9	78	66	84.6	96	82	85.4
Kız Meslek	514	433	84.2	-	-	-	514	433	84.2
Atatürk	290	250	86.2	330	274	83.0	620	524	84.5
<b>TOPLAM</b>	<b>1167</b>	<b>988</b>	<b>84.7</b>	<b>813</b>	<b>665</b>	<b>81.8</b>	<b>1980</b>	<b>1653</b>	<b>83.5</b>

**Tablo 2: Araştırma Kapsamına Alınan Öğrencilerin Sosyoekonomik Durum Puanlaması**

<b><u>SOSYOEKONOMİK DURUMU</u></b>	<b><u>Yanıtlar</u></b>	<b><u>Puan</u></b>
Sosyal Güvence	Var	1
	Yok	0
Aile Tipi	Çekirdek aile	1
	Geniş aile	0
Anne ve Babanın Medeni Durumu	Annem ve babam birlikte yaşıyor	2
	Annem yeniden evlendi	1
	Babam yeniden evlendi	1
	Annem öldü	0
	Babam öldü	0
	Annem babam ayrı yaşıyor	0
Ailenin aylık geliri (TL)	<180 milyon	0
	180-359 milyon	1
	360-719 milyon	2
	≥720 milyon üzeri	3
Annenin eğitim seviyesi	Okul yazar değil	0
	Okul yazar	0
	İlkokul mezunu	1
	Ortaokul mezunu	2
	Lise mezunu	3
	Üniversite mezunu	4
Babanın eğitim seviyesi	Okul yazar değil	0
	Okul yazar	0
	İlkokul mezunu	1
	Ortaokul mezunu	2
	Lise mezunu	3
	Üniversite mezunu	4
<b>Toplam</b>		<b>15 Puan</b>

Aile planlaması skorlamasında toplam 6 bilgi sorusu (alt maddeleriyle birlikte 47soru) 22 puanla değerlendirilmiştir (Tablo3). Bilgi soruları; aile planlamasının tanımı, aile planlamasının yararı, rahim içi araç , doğum kontrol hapi, kadında tüplerin bağlanması, erkekte kordonların bağlanması sorularından oluşmuştur. Puanlama sisteminde 0-8 zayıf, 9-16 orta ve 17-22 iyi olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 3: Araştırma Kapsamına Alman Öğrencilerin Aile Planlaması Bilgi Puanlaması**

<b>E PLANLAMASI</b>	<b>Yanıtlar</b>	<b>Puan</b>
<b>Planlaması Tanımı</b>	Eşlerin istedikleri zaman, bakabilecekleri ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmasıdır	1
	Çocuk sahibi olmayan eşlerin çocuk sahibi olmasına yardımcı olmaktır	1
	Çok sayıda çocuk yapılmasıdır	0
	Kadının ve erkeğin bazı araçları veya ilaçları kullanmasıdır	0
<b>Planlamasının Yararı</b>	Bebek ölümlerini azaltır	1
	Baba ölümlerini azaltır	0
	Küretajları önler	1
	Anne ölümlerini azaltır	1
	Eşlerin cinsel yaşantısını olumlu yönde etkiler	1
	Kondom gibi bazı Aile Planlaması yöntemleri, cinsel yolla geçen hastalıklardan korur	1
	Annenin uygun yaşta, uygun sayıda ve uygun aralıklarda doğum yapmasını sağlar	1
<b>Rahim İçi Araç (Spiral)</b>	İstenmeyen gebelikleri önler	1
	Kadın tarafından kullanılır	1
	Rahimin içine yerleştirilen bir alettir	1
	Kadının adet kanamaları sırasında kanamaları artırabilir	1
<b>Doğum Kontrol Hapı</b>	Cinsel ilişki sırasında erkeği rahatsız edebilir	1
	Kadın haptan hergün bir tane içer	1
	Hap yumurtanın oluşumunu engeller	1
	Kadın her ilişkiden önce bir hap içmelidir	0
<b>Kadında Tüplerin Bağlanması</b>	Sigara içen kadınlar hap ile korunamazlar	0
	Kadının bir daha çocuğu olmaz	1
	Bu yöntem için küçük bir ameliyat gerekir	1
	Kadın bir daha adet görmez	0
<b>Erkekte Kordonların Bağlanması</b>	Bu yöntem ileri yaşta ve başka çocuk istemiyorsa da uygun bir yöntem olabilir	1
	Erkeğin bir daha çocuğu olmaz	1
	Erkeğin kordonlarının küçük bir müdahale ile bağlanmasıdır	1
	Erkekte iktidarsızlığa ( cinsel organın sertleşmemesine ) neden olmaz	1
<b>LAM</b>	Bu yöntem ileri yaşta ve başka çocuk istemiyorsa uygun bir yöntem olabilir	1
		<b>22 Puan</b>

Gebelik skorlamasında toplam 7 bilgi sorusu ( alt maddeleriyle birlikte 15 soru ) toplam 8 puan üzerinden değerlendirilmiştir(Tablo4). Bilgi soruları gebe kalma zamanı , iki gebelik arasındaki süre, kaç yaşından sonra gebe kalınacağı, kadının kaçınıcı gebeliğinden sonra sağlığı bozulacağı, gebelik belirtileri, gebelik süresi, lohusalık dönemi sorularından oluşmuştur. Puanlama sisteminde 0-3 zayıf, 4-6 orta, 7-8 iyi olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 4: Araştırma Kapsamına Alınan Öğrencilerin Gebelik Bilgi Puanlaması**

<b><u>GEBELİK BİLGİ Sİ</u></b>	<b><u>Yanıtlar</u></b>	<b><u>Puan</u></b>
Gebe kalma zamanı	Adet kanaması biter bitmez	0
	Adet kanaması başladıktan sonraki 12.-16. günler arası	1
	Belirli bir günü yoktur, iki adet kanaması arasında	0
	Her zaman	0
18 yaşından sonra gebe kalınmasının uygun olduğu	Doğru	1
	Yanlış	0
İki gebelik arasındaki sürenin en az 2 yıl olduğu	Doğru	1
	Yanlış	0
Kadının 4'ci gebelikten sonra sağlığının bozulacağı	Doğru	1
	Yanlış	0
Gebelik belirtileri	Adet görmesi kesilir	1
	Karnı büyür	1
	Mide bulantısı olur	0
	Göğüsleri büyür	0
Gebelik süresi	Doğru (40 hafta)	1
	Yanlış	0
Lohusalık döneminin tanımı	Doğru (doğumdan sonraki 40 gün)	1
	Yanlış	0
<b>TOPLAM</b>		<b>8 Puan</b>

Erkek anatomisi skorlamasında toplam 6 bilgi sorusundan ( alt maddeleriyle 29 soru, 1 açık uçlu soru) oluşmaktadır (Tablo5). Bilgi soruları, penis, erkek yumurtaları, prostat, erkek döl hücresinin adı, döl suyunun içinde bulunanlar, döl suyunun yapılma yeri sorularından ibaret olup toplam 13 puan üzerinden değerlendirilmiştir. 0-4 puan zayıf, 5-9 puan orta, 10-13 puan iyi olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 5: Araştırma Kapsamına Alınan Öğrencilerin Erkek Anatomisi Bilgi Puanlaması**

<u>Erkek Anatomisi Bilgisi</u>	<u>Yanıtlar</u>	<u>Puan</u>
<b>Penis</b>	Erkeğin cinsel ilişkiye girdiği organdır	1
	Erkek döl hücresinin olduğu organdır	0
	İdrarın vücuttan atıldığı organdır	1
	Sünnet yapılan organdır	1
<b>Testis</b>	Erkek döl hücresinin yapıldığı organdır	1
	Erkeklik hormonunun yapıldığı organdır	1
	Erkeklerde yumurtalar hayaların içinde bulunur	1
<b>Prostat</b>	Meniyi (er suyu, döl suyu) oluşturan sıvının yapıldığı organdır	1
	İdrarın biriktiği organdır	0
	İdrarın yapıldığı organdır	0
	Erkek döl hücresinin olgunlaştığı organdır	0
<b>Erkek Döl Hücresinin adı</b>	Doğru (sperm)	1
	Yalınış	0
<b>Meni (döl suyu) İçinde Bulunanlar</b>	Prostat sıvısı	1
	Erkeğe ait cinsel salgılar	1
	Erkek döl hücresi	1
	Erkeklik hormonu	0
<b>Meni (döl suyu) Yapılma Yeri</b>	Yumurtalık	1
	İdrar kesesi	0
	Penis	0
	Prostat sıvısı	1
<b>TOPLAM</b>		<b>13 Puan</b>



Gebelik skorlamasında toplam 7 bilgi sorusu ( alt maddeleriyle birlikte 15 soru ) toplam 8 puan üzerinden değerlendirilmiştir(Tablo4). Bilgi soruları gebe kalma zamanı , iki gebelik arasındaki süre, kaç yaşından sonra gebe kalınacağı, kadının kaçınıcı gebeliğinden sonra sağlığı bozulacağı, gebelik belirtileri, gebelik süresi, lohusalık dönemi sorularından oluşmuştur. Puanlama sisteminde 0-3 zayıf, 4-6 orta, 7-8 iyi olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 4: Araştırma Kapsamına Alınan Öğrencilerin Gebelik Bilgi Puanlaması**

<b><u>GEBELİK BİLGİ Sİ</u></b>	<b><u>Yanıtlar</u></b>	<b><u>Puan</u></b>
Gebe kalma zamanı	Adet kanaması biter bitmez	0
	Adet kanaması başladıktan sonraki 12.-16. günler arası	1
	Belirli bir günü yoktur, iki adet kanaması arasında	0
	Her zaman	0
18 yaşından sonra gebe kalınmasının uygun olduğu	Doğru	1
	Yanlış	0
İki gebelik arasındaki sürenin en az 2 yıl olduğu	Doğru	1
	Yanlış	0
Kadının 4'ci gebelikten sonra sağlığının bozulacağı	Doğru	1
	Yanlış	0
Gebelik belirtileri	Adet görmesi kesilir	1
	Karnı büyür	1
	Mide bulantısı olur	0
	Göğüsleri büyür	0
Gebelik süresi	Doğru (40 hafta)	1
	Yanlış	0
Lohusalık döneminin tamamı	Doğru (doğumdan sonraki 40 gün)	1
	Yanlış	0
<b><u>TOPLAM</u></b>		<b>8 Puan</b>

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar skorlamasında toplam 3 bilgi sorusundan (alt maddeleriyle 20) oluşmaktadır (Tablo7). Bilgi soruları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgisi var mı, cinsel yolla bulaşan hastalık olarak bildikleri, kadında cinsel yolla bulaşan hastalıkların belirtileri, erkekte cinsel yolla bulaşan hastalıkların belirtileri gibi toplam 10 puandan oluşmuştur. 0-4 puan kötü, 5-8 puan orta, 9-10 puan iyi olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 7: Cinsel Yolla Bulaşan hastalıklar Bilgi Puanlaması**

<u>Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Bilgisi</u>	<u>Yanıtlar</u>	<u>Puan</u>
Cinsel Yolla Bulaşan hastalıklar	AIDS	1
	Frengi	1
	Bel Soğukluğu	1
	Kanser	0
	Hepatit B	1
Kadınlarda Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Belirtileri	Kasıklarda ağrı	1
	İdrar yaparken yanma	1
	Cinsel ilişkide tatmin olmama	0
	Vajinada akıntı	1
	Peniste akıntı	0
Erkekte Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Belirtileri	Kasıklarda ağrı	1
	İdrar yaparken yanma	1
	Cinsel ilişkide tatmin olmama	0
	Vajinada akıntı	0
	Peniste akıntı	1
<b>TOPLAM</b>		<b>10 Puan</b>

İstatistiksel değerlendirmede ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Bu sonuçlara göre istatistiksel değerlendirmeler Mann-Whitney U , kıkare testleri ile yapılmıştır.

Veriler aritmetik ortalama  $\pm$  standart sapma (min-max.) ile sunulmuştur. Anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak alınmıştır.

#### 4. BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşları 14-19 arasında değişmekte idi ve yaş ortalaması  $16.0 \pm 1.6$  yıldır. Yaş ortalaması açısından kız ve erkek öğrenciler arasında fark yoktu ( $p=0.890$ ).

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin ailelerinin sosyoekonomik durumlarına göre %9.3'i ( $n=154$ ) iyi, %68.7'si ( $n=1135$ ) orta düzeyde %22'si ( $n=364$ ) kötü düzeyde olduğu görülmüştür. Öğrencilerin en sık sosyal güvence kaynakları Emekli Sandığı %27.3 ( $n=452$ ), Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) % 26.4 ( $n=437$ ) ve Bağkur'dur % 15.4 ( $n=255$ ). Öğrencilerin %7.4'ü sosyal güvencelerinin olmadıklarını belirtmişlerdir. Sosyal güvenceleri olmayan öğrencilerinin tamamına yakını (%99) sosyoekonomik durumları kötü olanlar oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kardeş sayısının %32.2 ( $n=533$ ) ile en çok 2 kardeş olduğu bulunmuştur. Üç kardeş %20.7, bir kardeş %19.2, dört kardeş %14.2, dörtten fazla kardeş %11.5 ve hiç kardeşi olmayan %2.2 bulunmuştur. Öğrencilerin %37'si ( $n=611$ ) ailelerinin ikinci çocuğu idiler. Ailede çocuk sayısı ile sosyoekonomik durum karşılaştırıldığında sosyoekonomik durumu iyi olan ailelerin daha az çocuk sahibi oldukları, sosyoekonomik durumu kötü olan ailelerin daha fazla çocuk sahibi oldukları bulunmuştur ( $p=0.000$ ).

Öğrencilerin büyük bir kısmı Trabzon'da doğmuş (%74.2) ve Trabzon'da yaşamakta idiler (%72.9). Öğrencilerin Trabzon'da daha çok aileleriyle kaldıkları %55.7 ( $n=921$ ), %32.6'sının yurta kalanların, %1.5 ini tek başına evde kalanların, %0.9'unu akrabalarıyla kalanların, %0.4'ünün arkadaşlarıyla birlikte evde kalanların, %8.9'unu "kaldığım yer değişiyor" diyenlerin oluşturduğu görülmüştür.

Anket uygulanan öğrencilerin % 23.8'i ( $n=393$ ) sigara, % 7.8'i ( $n=129$ ) alkol kullandığını ifade etti. Sigara içen öğrencilerin sigaraya başlama yaşı ortalama  $12.2 \pm 1.8$  yıldır. Ankete katılanların % 23.8'inin sigara içmeyi denedikleri ancak %9'unun her gün sigara içtiği tespit edilmiştir. Hergün alkol kullananların %1.9 oranında olduğu

görülmüştür. Erkeklerin %32.9'unun (n=219) sigara içmeyi denedikleri ancak %20.9'unun (n=139) her gün sigara içtiği, kızların ise %17.6'sının(n=174) sigara içmeyi denedikleri ancak %10.6'sının(n=105) her gün sigara içtiği bulunmuştur. Erkeklerin %14.6'sının (n=97), kızların ise %3.2'sinin(n=32) alkol kullandıkları bulunmuştur. Erkeklerin sigara ve alkol alışkanlıklarının kızlara göre daha fazla olduğu görülmüştür (p=0.000, p=0.000).

Sosyoekonomik durumu kötü olan ailelerin çocuklarının %23.1'i sigara, % 3'i alkol kullanırken, sosyoekonomik durumu iyi olan ailelerin çocuklarının %36.4'i sigara, % 16.8'i alkol ile anlamlı olarak daha fazla sigara ve alkol kullanmaktadır (p=0.000, p=0.000).

Gazete önemli iletişim araçlarından olup, toplumun bilgilendirilmesi yönündeki etkilerinden dolayı araştırmaya katılan öğrencilerin gazete ile yakınlığını belirlemek üzere gazete okuma alışkanlıkları sorulmuştur. Araştırmaya katılan erkek öğrencilerin % 23.9'u her gün düzenli gazete okurken, kız öğrencilerinden her gün düzenli gazete okuyanlar %28.8'i oluşturmuştur. Kız öğrencilerin daha çok gazete okudukları görülmüştür (p=0.034). Sosyoekonomik durumu iyi olan öğrencilerin (%37.7), sosyoekonomik durumu kötü olanlara göre (%25.3) daha çok gazete okudukları saptanmıştır (p=0.004). Okullara göre gazete okuma alışkanlığında bir fark tespit edilmemiştir (p=0.059).

Öğrencilerin okudukları sürekli yayınlar yönünden erkekler %16.5(n=110) ve kızlar %25.2 (n=249) arasında anlamlı farklılık bulunmuştur(p=0.000). Sosyoekonomik düzeyi iyi olan öğrenciler daha çok yayın türlerini okumaktadırlar(p=0.000). Kızlar daha çok magazin, edebiyat, mizah, kültür türlerinde yayınları tercih ederken; erkekler magazin, kültür, bilimsel ve porno türlerinde yayınları tercih etmektedirler.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %60.1'i düzenli olarak televizyon izlediklerini belirttiler. Kız ve erkek öğrenciler arasında televizyon izleme yönünden bir farklılığa rastlanmamıştır (p=0.890). Öğrenciler arasında sinema en çok tercih edilen televizyon programı idi( %44.3,n=732). Sosyoekonomik durumu göre televizyon izleme arasında bir farklılığa rastlanmamıştır (p=0.463). Düzenli olarak televizyon izleyen kızların erkeklere göre pembe dizi, eğlence programları, talk-show, yerli ve yabancı diziler ile yarışma programlarını istatistiksel olarak daha sık izledikleri saptandı (p=0.000).

Erkeklerin ise haber programlarını kızlara göre daha fazla seyrettikleri görülmüştür ( $p=0.001$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerden % 48.4'ü( $n=800$ ) düzenli olarak radyo dinlediklerini belirttiler. Kız öğrencilerin %54.8'i ( $n=541$ ), erkek öğrencilerin ise %38.9'u ( $n=259$ ) düzenli olarak radyo dinlemekteydiler. Kız öğrenciler erkek öğrencilere göre anlamlı şekilde daha fazla düzenli olarak radyo dinlemekteydiler( $p=0.000$ ). Sosyoekonomik durumu iyi olanların %53.9'u ( $n=83$ ), orta olanların %48.6'sı( $n=552$ ) ve kötü olanların %45.3'inin ( $n=165$ ) düzenli olarak radyo dinledikleri bulunmuştur. Sosyoekonomik durumu göre radyo dinleme arasında bir farklılığa rastlanmamıştır ( $p=0.243$ ).

Araştırmaya katılan öğrencilerin aile tipleri %79.5'i ( $n=1314$ ) çekirdek aile, %20.4( $n=323$ ) geniş aile, %0.1( $n=16$ ) parçalanmış aile yapısındaydı. Bu cinsiyet ve kent/kır arasında anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0.000$ ,  $p=0.000$ ). Kız öğrencilerin ve kentte yaşayan ailelerin daha çok çekirdek aile yapısına sahip oldukları görülmüştür.

Araştırmaya katılan öğrencilerin ebeveynlerin eğitim durumu Tablo 8'de gösterilmiştir. Öğrencilerin anne ve babalarının arasında eğitim düzeyi yönünden fark olduğu istatistiksel analizle tespit edilmiştir. Babaların, annelere göre daha yüksek öğrenim durumuna sahip oldukları görülmüştür ( $p=0.000$ ).

**Tablo 8:** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Ebeveynlerinin Eğitim Durumu

Eğitim Düzeyi	Anne		Baba	
	Sayı ( $n=1653$ )	%*	Sayı ( $n=1653$ )	%*
Okuryazardegil	253	15.3	16	1.0
Okuryazar	236	14.3	77	4.7
İlkokul	785	47.5	440	26.6
Ortaokul	161	9.7	384	23.2
Lise	169	10.2	533	32.2
Yüksekokul	49	3.0	203	12.3

$X^2=768.57$   $SD=5$   $p=0.000$  \*Yüzdeler "n" sayısına göre alınmıştır

Araştırmaya katılan öğrencilerin“Üreme Sağlığı Tanımı”na verdikleri cevaplar tablo 9’da gösterilmiştir. Üreme sağlığını öğrenciler daha çok “sağlıklı cinsel yaşam olarak” bilmektedirler(%58.8). Araştırmaya katılan kız öğrenciler üreme sağlığını; sağlıklı cinsel yaşam, cinsellik ve üreme sağlığına ilişkin problemler, üreme organlarının sağlığı, üreme organlarının temizliği, doğurganlığın düzeltilmesi ve gebelikten korunma yöntemleri şıklarına erkek öğrencilere göre daha çok cevap vermişlerdir.

**Tablo 9:** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin “Üreme Sağlığı Tanımı”na Verdikleri Doğru Cevaplara Göre Dağılımları

	Erkek		Kız		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
<b>Üreme Sağlığı</b>	<b>(n=665)</b>		<b>(n=988)</b>		<b>(n=1653)</b>	
Sağlıklı cinsel yaşam	327	49.2	645	65.3	972	58.8
CYBH’lardan korur	225	33.8	333	33.7	558	33.8
Cinsellik ve üreme sağlığına ilişkin problemler	172	25.9	318	32.2	490	29.6
Üreme organlarının sağlığı	155	23.3	298	30.2	453	27.4
Üreme organlarının temizliği	150	22.6	247	25.0	397	24.0
Doğurganlığın düzenlenmesi	76	11.4	166	16.8	242	14.6
Gebelikten korunma yöntemleri	56	8.4	160	16.2	216	13.1
İdrar yolu enfeksiyonlarının önlenmesi	28	4.2	2	0.2	30	1.8

\*Yüzdeler “n” sayılarına göre alınmıştır

Öğrencilerin üreme sağlığı konusunda bilgi aldıkları kaynaklar tablo10’da gösterilmiştir. Erkek öğrencilerin üreme sağlığı konusundaki bilgi kaynakları %70.2’si arkadaş, %32’si TV, %31.3’ü kitap, %29.2’si dergi, %16’sı okul dersleri, %13.4’ü anne , %10.5’i erkek kardeş, %8.9’sı baba ve %6.3’i doktor yada uzman kişi olarak belirtilmiştir. Kız öğrencilerde ise %57.9 arkadaş, %30.4 anne,%29.8 kitap, 27.2si öğretmen,%26.9 kız kardeş, %19.6 dergi, %9.8 uzman, %2.3 baba olarak belirtilmiştir. Kız öğrencilerin annelerinden, okuldan, öğretmenden, kız kardeşlerinden ve uzmanlardan, erkek öğrenciler ise arkadaşlarından, dergilerden, babalarından ve erkek kardeşlerinden daha çok bilgi aldıkları görülmüştür.

**Tablo 11:Öğrencilerin Üreme Sağlığı İle İlgili Olarak Tercih Ettikleri Bilgi Kaynakları**

Bilgi Kaynağı Tercihleri	Erkek		Kız		TOPLAM	
	Sayı (n=665)	%*	Sayı (n=988)	%*	Sayı (n=1653)	%*
Sağlık personeli,uzman	376	56.5	536	54.3	912	55.2
Anne	83	12.5	324	32.8	407	24.6
Arkadaş	140	21.1	224	22.7	364	22.0
Okul	166	25.0	168	17.0	334	20.2
Dergi	86	12.9	155	15.7	241	14.6
Kız kardeş	38	5.7	192	19.4	230	13.9
Kitap	45	6.8	97	9.8	142	8.6
TV	36	5.4	48	4.9	84	5.1
Erkek Kardeş	54	8.1	15	1.5	69	4.2
Baba	45	6.8	5	0.5	50	3.0
Aile Bireyleri	7	1.1	39	3.9	46	2.8

\*Yüzdeler "n" sayılarına göre alınmıştır.

Tablo12'de öğrencilerin ebeveynleri ile üreme sağlığı konusunda neler konuştukları belirtilmiştir. Kız öğrenciler erkek öğrencilere göre anlamlı şekilde adet dönemi, ergenlik dönemi, kızkılık zarı ve evliliğin ilk gecesi, üreme sağlığı ve CYBH'ı aileleriyle konuşurken erkek öğrenciler kız öğrencilere göre daha çok AIDS konularını ailelerine danıştıklarını ifade ettiler.

**Tablo 10: Öğrencilerin Üreme Sağlığı Konusunda Aldıkları Bilgi Kaynakları**

Bilgi Kaynağı	Erkek		Kız		TOPLAM		P
	Sayı(n=665)	%*	Sayı(n=988)	%*	Sayı(n=1653)	%*	
Arkadas	467	70.2	572	57.9	1039	62.9	0.000
TV	213	32.0	334	33.8	547	33.1	0.484
Kitap	208	31.3	294	29.8	502	30.4	0.545
Anne	89	13.4	300	30.4	389	23.5	0.000
Dergi	194	29.2	194	19.6	388	23.5	0.000
Okul dersleri	106	15.9	269	27.2	375	22.7	0.000
Öğretmen	106	15.9	205	20.7	311	18.8	0.014
Kız kardeş	37	5.6	266	26.9	303	18.3	0.000
Sağlık personeli ve uzman	42	6.3	95	9.6	137	8.3	0.022
Diğer aile bireyleri	36	5.4	51	5.2	87	5.3	0.912
Baba	59	8.9	23	2.3	82	5.0	0.000
Erkek Kardeş	70	10.5	6	0.6	76	4.6	0.000

\*Yüzdeler "n" sayılarına göre alınmıştır.

Öğrencilerin üreme sağlığı ile ilgili olarak tercih edecekleri bilgi kaynakları tablo11'de belirtilmiştir. İlk kaynak olarak arkadaş ve medyadan bilgi aldıkları halde, öğrencilerin çoğu (%55.2) bu kaynağın sağlık personeli veya uzman kişilerce olmasını tercih etmişlerdir.



**Tablo12:** Öğrencilerin Üreme sağlığı İle İlgili Olarak Anne ve Babalarıyla Konuştukları Konu

Konu	Erkek		Kız		Toplam		
	Sayı(n=665)	%*	Sayı(n=988)	%*	Sayı(n=1653)	%*	
Ergenlik Dönemi	181	27.2	473	47.9	654	39.6	0.
Adet Dönemi	62	9.3	467	47.3	529	32.0	0.
Kendi Bedeni	105	15.8	167	16.9	272	16.5	0.
AIDS	159	23.9	109	11.0	268	16.2	0.
Kızlık Zarı ve Evliliğin İlk Gecesi	53	8.0	211	21.4	264	16.0	0.
Üreme Sağlığı	63	9.5	136	13.8	199	12.0	0.
CYBH	62	9.3	127	12.9	189	11.4	0.

\*Yüzdeler "n" sayılarına göre alınmıştır

Araştırmaya katılan erkek öğrencilerin % 7.8'i(n=52), kız öğrencilerin ise % 13.1'i (n=129) üreme sağlığı ile ilgili hizmet almak için bir kurum veya kişiye başvurduklarını belirtmişlerdir( p=0.000). Bu amaç için öğrenciler daha çok sağlık ocaklarına gittiklerini belirtmişlerdir(%50.3; n=91). Öğrencilerin bilgi almak için başvurdukları diğer sağlık kuruluşları sırasıyla; özel muayene(%26.0, n=47), hastane (%17.7, n=32), SSK hastanesi (%7.7,n=14), üniversite medikososyal birimleri (%5.5;n=10) olarak bulunmuştur.

Öğrenciler üreme sağlığı hizmeti yapan kuruluşlardan daha çok bilgilendirme ve danışma (%90.6,n=164) hizmeti almışlardır. Diğer aldıkları hizmetler tedaviye yönelik (%9.4;n=17) hizmetlerdir. Erkek ve kız öğrencilerde aldıkları hizmet yönünden farklılığa rastlanmamıştır(p=0.445).

Öğrencilerin üreme sağlığı ile ilgili kurumlara niçin başvurmadıkları tablo13'de belirtilmiştir. Erkek öğrencilerin %66.2'sinin, kız öğrencilerin ise %37.9'unun bu hizmetlere gerek duymadıkları için almadıklarını ifade ettiler. Öğrencilerin % 6.5'i bu kuruluşlara güvenmediklerini, %4.1'i ise evli olmayanlara bu hizmetin verilmediğini söylediler.

**Tablo 13:**Öğrencilerin Üreme Sağlığı ile İlgili Kurumlara Başvurmamalarının Nedenleri

Başvurmama Nedenleri	Erkek(n=613)		Kız(n=859)		Toplam(n=1472)	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Gerek Duymadım	405	66.2	326	37.9	731	49.6
Utandığım İçin	142	23.2	100	11.6	242	16.4
Gidebileceğim bir yer olmadığı için	77	12.6	77	9.0	166	11.3
Güvenmediğimden	72	11.7	24	2.8	96	6.5
Evli olmayanlara bu hizmet verilmez düşüncesi	16	2.6	44	5.1	60	4.1

\*Yüzdeler "n" sayılarına göre alınmıştır.

Tablo 14'te öğrencilerin adını bildikleri gebeliği önleyici yöntemler gösterilmiştir. Kız öğrencilerin %4.5'i(n=45) erkek öğrencilerin % 5.6'sı (n=37) hiçbir gebeliği önleyici yöntemi bilmediklerini belirttiler. Kız öğrenciler doğum kontrol hapı, rahim içi araç, tüp ligasyonu, takvim yöntemi, enjeksiyon, vajinal köpük, vazektomi, diyafram ve norplantı erkeklere, erkek öğrencilerin ise kondomu kız öğrencilere göre daha fazla bildiklerini ifade ettiler(p=0.000). Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan öğrenciler düşük olan öğrencilere göre doğum kontrol hapı, rahim içi araç, tüp ligasyonu, takvim yöntemi, enjeksiyon, vajinal köpük, kondom, geri çekme yöntemlerini daha çok bildiklerini söylediler(p=0.000).

**Tablo14:** Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Gebeliği Önleyici Yöntemlerin Adını bilme Durumları

Gebeliği Önleyici Yöntem	Erkek(n=665)		Kız(n=988)		Toplam(n=1653)		P
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Doğum Kontrol Hapı	388	58,3	892	90,3	1280	77,4	0.000
Kondom	493	74,1	642	65,0	1135	68,7	0.000
RIA	250	37,6	683	69,1	933	56,4	0.000
Tüp Ligasyonu	160	24,1	565	57,2	725	43,9	0.000
Enjeksiyon	88	13,2	314	31,8	402	24,3	0.000
Takvim Yöntemi	65	9,8	327	33,1	392	23,7	0.000
Vajinal Köpük	114	17,1	276	27,9	390	23,6	0.000
Vazektomi	107	16,1	247	25,0	354	21,4	0.000
Geri çekme	117	17,6	193	19,5	310	18,8	0.354
Diyafram	63	9,5	167	16,9	230	13,9	0.000
Norplant	24	3,6	100	10,1	124	7,5	0.000

\*Yüzdeler "n" sayılarına göre alınmıştır.

Öğrencilerin gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili olarak ulaşabilecekleri yerleri Tablo 15'de gösterilmiştir. Öğrenciler bu hizmetleri en çok eczaneden %63.6 alabileceklerini ifade etmişlerdir. Hizmetlerden yararlanım tercihinde sağlık ocağı %41.5 ile üçüncü sırada yer almaktadır. Kızlar gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili olarak ulaşabilecekleri yerleri daha çok eczane, hastane ve sağlık ocağını tercih ederken , erkekler marketi tercih etmişlerdir.

**Tablo 15:** Öğrencilerin Gebeliği Önleyici Yöntemlere Ulaşabileceklerini İfade Ettikleri Yerlerin Dağılımları

Ulaşabilecekleri Yer	Erkek(n=665)		Kız(n=988)		Toplam(n=1653)		P
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Eczane	387	58.2	665	66.6	1052	63.6	0.000
Hastane	275	41.3	588	59.5	863	52.2	0.000
Sağlık Ocağı	236	35.5	450	45.5	686	41.5	0.000
Arkadaş	43	6.5	61	6.2	104	6.3	0.898
Market	24	3.6	18	1.8	42	2.5	0.0353

\*Yüzdeler "n" sayılarına göre alınmıştır.

Öğrencilerin %59.8'i (n=988) ilerde 2 çocuk sahibi olmak istemektedirler. Sosyoekonomik durumu iyi olan ailelerin çocukları anlamlı olarak daha az çocuk sahibi (ortalama  $2.3 \pm 0.7$ ) olmak isterken, sosyoekonomik durumu orta olan ailelerin çocukları (ortalama  $2.4 \pm 0.8$ ) ve sosyoekonomik durumları kötü olan ailelerin çocukları (ortalama  $2.7 \pm 1.0$ ) daha fazla çocuk sahibi olmak istemektedirler (p=0.000). Hiç kardeşi olmayan öğrenciler(n=36) 3'den fazla çocuk sahibi olmak istemezken, dörtten fazla kardeşi olan öğrencilerin(n=189) %42.3'ü 3'den fazla çocuk sahibi olmak istemektedirler.

Araştırma kapsamındaki okullardaki öğrenciler "çiftlerin gebelikten korunmalarında sorumluluk kime aittir?" sorusuna öğrencilerin %88.6'sı gebelikten korunmada sorumluluğun hem erkeğin hemde kadının olduğunu belirttiler. Öğrencilerin %8.3'i gebelikten korunmanın sadece erkek ve %2.9'u sadece kadının sorumluluğunda olduğunu belirttiler.

Ergenlik döneminin tanımına "çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi, sekonder seks karakterlerinin ilk belirtilerinin ortaya çıkması, biyolojik değişikliklerle başlayıp bireyin ekonomik bağımsızlığını kazanması" kız öğrencilerin % 54.5'i (n=538) doğru cevap verirken erkek öğrencilerin %27.8'i (n=185) doğru cevap verdiler. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0.000). Öğrenciler; ergenlik döneminde kızlarda daha çok sivilcelerin görüldüğü, kızların memelerinin büyüdüğünü ve boylarının uzadığını ifade ederken; erkeklerde daha çok seslerinin kalınlaştığı, boylarının uzadığı, kıllanmanın olduğunu ifade etmişlerdir(Tablo16).

**Tablo 16:** Öğrencilerin Ergenlik Döneminde Görülen Değişikliklere Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımı

Kızlarda Görülen Değişiklikler	Erkek		Kız		Toplam	
	Sayı (n=665)	%*	Sayı (n=988)	%*	Sayı (n=1653)	%*
Sivilcede artış	568	85.4	981	99.3	1549	93.7
Memelerin büyümesi	591	88.9	958	97.0	1549	93.7
Boy uzaması	554	83.3	944	95.5	1498	90.6
Vücutunda kıllanma	476	71.6	950	96.2	1426	86.3
Ağırlık artışı	379	57.0	770	77.9	1149	69.5
Cinsel organlarda büyüme	386	58.0	667	67.5	1053	63.7
Kas oranında artış	304	45.7	576	58.3	880	53.2
Vücutunda yağlanma	262	39.4	554	56.1	816	49.4
Ses kalınlaşması	345	51.9	469	47.5	814	49.2
Saç renginin değişmesi	160	24.1	236	23.9	396	24.0
Terlemede artış	158	23.8	139	14.1	297	18.0
Erkeklerde Görülen Değişiklikler	Sayı (n=665)	%*	Sayı (n=988)	%*	Sayı (n=1653)	%*
Ses kalınlaşması	642	96.5	962	97.4	1604	97.0
Boy uzaması	639	96.1	926	93.7	1565	94.7
Vücutunda kıllanma	628	94.4	918	92.9	1546	93.5
Cinsel organlarda büyüme	550	82.7	855	86.5	1405	85.0
Sivilcede artış	519	78.0	868	87.9	1387	83.9
Kas oranında artış	488	73.4	803	81.3	1291	78.1
Ağırlık artışı	451	67.8	723	73.2	1174	71.0
Vücutunda yağlanma	283	42.6	509	51.5	792	47.9
Saç renginin değişmesi	180	27.1	158	16.0	338	20.4
Terlemede artış	166	25.0	132	13.4	298	18.0
Memelerin büyümesi	109	16.4	73	7.4	182	11.0

\* Yüzdeler "n" sayılarına göre alınmıştır.

Araştırmamızda kız öğrencilerin çoğunluğunun, normal sınırlar olarak kabul edilen 11-15 yaşları (%96.9, n=957) arasında menarş yaşadıkları, ortalama menarş yaşı  $13.3 \pm 1.1$  olduğu, menstruasyonlarının 3-6 gün (%55.9, n=552) sürdüğü belirlenmiştir. Adölesanların adet düzenleri incelendiğinde yaklaşık olarak, % 65.0 (n=642) adetlerinin düzenli olduğu (22-35 gün arasında), buna karşılık % 32.8'lik (n=324) bir grubun adetinin düzensiz olduğu ve 21(%2.1) kız öğrencinin adet görmediği saptanmıştır. Adet görmeyenlerin %38'i (n=8) 16 yaşın üzerinde idi. 16 yaş üstü kız öğrencilerin %75'i (n=6) herhangi bir sağlık kurumuna müracaat etmemişlerdir.

Sosyoekonomik düzeyleri farklı öğrencilerin menarş yaşları değerlendirilmiş yüksek ekonomik düzeydeki öğrencilerde menarş yaşının en düşük olduğu ( $13.1 \pm 0.9$ ) orta düzeydeki öğrencilerde ( $13.2 \pm 1.1$ ) ve düşük düzeydeki öğrencilerde ( $14.0 \pm 0.6$ ) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sosyoekonomik düzeyi ile menarş yaşları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur( $p=0.000$ ).

Adölesanlarda dismenore sıklığı, araştırıldığında %81.5'in (n=805) değişik şiddetlerde dismenoresi olduğu tespit edilmiştir. Dismenoresi olanlardan ağrı kesici kullananlar %32.4'ünü (n=261) oluşturmuştur.

Adet kanaması hakkında önceden bilgisi olan 204 adölesan herhangi bir tepki vermezken, daha önceden bilgisi olmayan 763 adölesanın %64'ü (n=488) değişik tepkiler vermişlerdir( $p=0.000$ ). Öğrencilerin ilk adet kanamasına karşı gösterdikleri tepki araştırıldığında korku, panik, şaşırma, ağlama, heyecanlanma, suçluluk duyma, kaygılanma, üzülme, utanma gibi değişik tepkileri yaşadıklarını ifade ettiler.

Erkek öğrencilerin ilk boşalmalarının yaş ortalaması  $12.8 \pm 0.9$  idi. 31 öğrenci boşalmalarının olmadığını belirttiler. Erkek öğrencilerin ilk boşalmalarının karşı gösterdikleri tepki araştırıldığında şaşırma, heyecanlanma, suçluluk duyma, kaygılanma, üzülme, utanma, ağlama gibi değişik tepkileri yaşadıklarını ifade ettiler. İlk boşalması hakkında önceden bilgisi olan 421 adölesan erkeğin %32.3'ü (n=136) herhangi bir tepkide bulunmazken, daha önceden bilgisi olmayan 213 adölesan erkeğin %10'u(n=21) tepkide bulunmamışlardır. Bu sonuç anlamlı bulunmuştur( $p=0.000$ ).

Erkek öğrencilerin %36.3'ü (n=238) haftada birden az masturbasyon yaparken, %34.5'i (n=226) haftada 1-3 arasında, %8.6'sı (n=57) haftada 4-6 arasında ve %12.9'u

(n=86) yedinin üzerinde masturbasyon yaptıklarını ve % 8'i(n=54) masturbasyon yapmadıklarını ifade ettiler.

Adolesanların cinsel ilişki deneyimleri incelendiğinde erkeklerin %21.9'unun (n=146), kızların ise %0.5'inin (n=5) cinsel ilişki deneyimi yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Erkeklerin daha fazla cinsel ilişkiye girdikleri bulunmuştur(p=0.000). Sosyoekonomik durumu kötü olan öğrencilerin %12.9'u (n=47), orta olanların %7.1'i (n=81) ve iyi olanların % 14.9'unun (n=23) cinsel ilişkiye girdiklerini söylediler. Sosyoekonomik durumu iyi olan öğrencilerin daha çok cinsel deneyimleri olduğu saptanmıştır(p=0.000).

Öğrencilerin %70.4'ü cinsel yolla geçen hastalıklar hakkında yeterince bilgilerinin olmadıklarını ifade ettiler. Erkeklerin %67.2'si(n=447), kızların %72.6'sı (n=717) yetersiz bilgisinin olduğunu ifade ettiler. Öğrencilerin büyük kısmı (%97.2) cinsel yolla bulaşan hastalık olarak AIDS'i bildiklerini belirttiler(Tablo 17). Öğrencilerin %7.8'i cinsel yolla bulaşan hastalık olarak kanseri bildiklerini söylemişlerdir. Gonoreyi (bel soğukluğu) kızlar daha çok, sifilisi (frengi) ise erkek öğrenciler daha çok bilmektedirler.

**Tablo 17: Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Bilme Durumları**

CYBH	Erkek(n=665)		Kız(n=988)		TOPLAM(n=1653)		P
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
AIDS	640	96.2	966	97.7	1606	97.2	0.091
Sifilis (frengi)	109	16.3	331	33.5	440	26.6	0.000
Gonore (bel soğukluğu)	65	9.7	172	17.4	237	14.3	0.000
Kanser	43	6.5	86	8.7	129	7.8	0.116
Hepatit B	8	1.2	9	0.9	17	1.0	0.742

\*Yüzdeler "n" sayılarına göre alınmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilere sorulan bilgi sorularından elde edilen bilgi puanları aşağıdaki tablolarda cinsiyet, sosyoekonomik durumu yerleşim yeriyle karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Tablo18’de cinsiyet, sosyoekonomik durum ve yerleşim yerinin öğrencilerin aile planlaması bilgi seviyelerine etkileri gösterilmiştir. Öğrencilerin % 67.5’inin aile planlaması bilgi düzeyleri zayıf tespit edilmiştir. Kız öğrencilerin, kentte yaşayanların ve sosyoekonomik durumları iyi olan öğrencilerin diğerlerine göre daha iyi bilgi seviyeleri tespit edilmiştir.

**Tablo 18: Öğrencilerin Cinsiyet, Yerleşim Yerine ve Sosyoekonomik Duruma Göre Aile Planlaması Bilgi Seviyeleri Dağılımları**

	<b>Öğrencilerin Aile Planlaması Bilgi Seviyeleri</b>						<b>P</b>
	<b>Zayıf</b>		<b>Orta</b>		<b>İyi</b>		
	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>	
<b><u>Cinsiyet</u></b>							
Erkek (n=665)	620	93.2	44	6.6	1	0.2	0.000
Kız (n=988)	496	50.2	411	41.6	81	8.2	
<b><u>Yerleşim Yeri</u></b>							
Kent (n=957)	521	54.4	358	37.4	78	8.2	0.000
Kır (n=696)	595	85.5	97	13.9	4	0.6	
<b><u>SED</u></b>							
Kötü (n=364)	275	75.5	73	20.0	16	4.4	0.000
Orta (n=1135)	767	67.6	310	27.3	58	5.1	
İyi (n=154)	74	48.1	72	46.7	8	5.2	
<b><u>TOPLAM</u></b> (n=1653)	1116	67.5	455	27.5	82	5.0	

\*Yüzdeler “n” sayılarına göre alınmıştır.

Tablo19’da cinsiyet, sosyoekonomik durum ve yerleşim yerinin öğrencilerin kadın anatomisi bilgi seviyelerine etkileri gösterilmiştir. Öğrencilerin %61.1’inin kadın anatomisi bilgi seviyeleri orta tespit edilmiştir. Kız öğrencilerin, kentte yaşayanların diğerlerine göre daha iyi bilgi seviyeleri tespit edilmiştir. Sosyoekonomik durumları kötü olan öğrencilerin iyi olan öğrencilere göre bilgi seviyeleri daha düşük bulunmuştur.



**Tablo 19: Öğrencilerin Cinsiyet, Yerleşim Yerine ve Sosyoekonomik Duruma Göre Kadın Anatomisi Bilgi Seviyeleri Dağılımları**

	Öğrencilerin Kadın Anatomisi Bilgi Seviyeleri						P
	<u>Zayıf</u>		<u>Orta</u>		<u>İyi</u>		
	<u>Sayı</u>	<u>%*</u>	<u>Sayı</u>	<u>%*</u>	<u>Sayı</u>	<u>%*</u>	
<b><u>Cinsiyet</u></b>							
Erkek (n=665)	312	46.9	329	49.5	24	3.6	0.000
Kız (n=988)	51	5.2	681	68.9	256	25.9	
<b><u>Yerleşim Yeri</u></b>							
Kent (n=957)	134	14.0	636	66.5	187	19.5	0.000
Kır (n=696)	229	32.9	374	53.7	93	13.4	
<b><u>SED</u></b>							
Kötü (n=364)	113	31.0	177	48.6	74	20.3	0.000
Orta (n=1135)	232	20.4	726	64.0	177	15.6	
İyi (n=154)	18	11.7	107	69.5	29	18.8	
TOPLAM (n=1653)	363	21.9	1010	61.1	280	16.9	

\*Yüzdeler "n" sayılarına göre alınmıştır.

Tablo20'de cinsiyet, sosyoekonomik durum ve yerleşim yerinin öğrencilerin erkek anatomisi bilgi seviyelerine etkileri gösterilmiştir. Öğrencilerin %80.5'inin bilgi puanları düşük olduğu tespit edilmiştir. Öğrencinin yerleşim yerinin erkek anatomisi bilgi puanlarını etkilemediği tespit edilmiştir. Kız öğrencilerin, sosyoekonomik düzeyi iyi olan ailelerin çocuklarının diğerlerine göre daha iyi bilgi seviyeleri tespit edilmiştir

**Tablo 20: Öğrencilerin Cinsiyet, Yerleşim Yerine ve Sosyoekonomik Duruma Göre Erkek Anatomisi Bilgi Seviyeleri Dağılımları**

<b>Öğrencilerin Erkek Anatomisi Bilgi Seviyeleri</b>							
	<u>Zayıf</u>		<u>Orta</u>		<u>İyi</u>		<u>P</u>
	<u>Sayı</u>	<u>%*</u>	<u>Sayı</u>	<u>%*</u>	<u>Sayı</u>	<u>%*</u>	
<b><u>Cinsiyet</u></b>							
Erkek (n=665)	556	83.6	108	16.2	1	0.2	0.019
Kız (n=988)	775	78.4	207	20.9	6	0.6	
<b><u>Yerleşim Yeri</u></b>							
Kent (n=957)	771	80.6	182	19.0	4	0.4	0.998
Kır (n=696)	560	80.5	133	19.1	3	0.4	
<b><u>SED</u></b>							
Kötü (n=364)	276	75.8	87	23.9	1	0.3	0.000
Orta (n=1135)	958	84.4	171	15.1	6	0.5	
İyi (n=154)	97	63.0	57	37.0	-	0.0	
TOPLAM (n=1653)	1331	80.5	315	19.0	7	0.5	

\*Yüzdeler "n" sayılarına göre alınmıştır.

Tablo21'de cinsiyet, sosyoekonomik durum ve yerleşim yerinin öğrencilerin gebelik bilgi seviyelerine etkileri gösterilmiştir. Öğrencilerin %61'inin gebelik bilgi seviyeleri orta tespit edilmiştir. Kız öğrencilerin, kentte yaşayanların ve sosyoekonomik durumları iyi olan öğrencilerin diğerlerine göre daha iyi bilgi seviyeleri olduğu bulunmuştur.

**Tablo 21: Öğrencilerin Cinsiyet, Yerleşim Yerine ve Sosyoekonomik Duruma Göre Gebelik Bilgi Seviyeleri Dağılımı**

<b>Öğrencilerin Gebelik Bilgi Seviyeleri</b>							
	<b>Zayıf</b>		<b>Orta</b>		<b>İyi</b>		<b>P</b>
	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>	
<b><u>Cinsiyet</u></b>							
Erkek (n=665)	187	28.1	368	55.3	110	16.5	0.000
Kız (n=988)	62	6.3	640	64.8	286	28.9	
<b><u>Yerleşim Yeri</u></b>							
Kent (n=957)	94	9.8	599	62.6	264	27.6	0.000
Kır (n=696)	155	22.3	409	58.8	132	19.0	
<b><u>SED</u></b>							
Kötü (n=364)	76	20.9	218	59.9	70	19.2	0.002
Orta (n=1135)	158	13.9	693	61.1	284	25.0	
İyi (n=154)	15	9.7	97	63.0	42	27.3	
TOPLAM(n=1653)	249	15.0	1008	61.0	396	24.0	

\*Yüzdeler "n" sayılarına göre alınmıştır.

Tablo 22'de cinsiyet, sosyoekonomik durum ve yerleşim yerinin öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar bilgi seviyelerine etkileri gösterilmiştir. Öğrencilerin %82.8'i cinsel yolla bulaşan hastalıklar bilgi puanları düşük tespit edilmiştir. Öğrencinin yerleşim yerinin CYBH bilgi puanlarını etkilemediği tespit edilmiştir. Kız öğrencilerin, sosyoekonomik düzeyi iyi olan ailelerin çocuklarının diğerlerine göre daha iyi bilgi seviyeleri saptanmıştır.

**Tablo 22:** Öğrencilerin Cinsiyet, Yerleşim Yerine ve Sosyoekonomik Duruma Göre Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Bilgi Seviyeleri Dağılımı

	Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Bilgi Seviyeleri						P
	<u>Zayıf</u>		<u>Orta</u>		<u>İyi</u>		
	<u>Sayı</u>	<u>%*</u>	<u>Sayı</u>	<u>%*</u>	<u>Sayı</u>	<u>%*</u>	
<b><u>Cinsiyet</u></b>							
Erkek (n=665)	571	85.9	94	14.1	-	0.0	0.007
Kız (n=988)	798	80.8	190	19.2	-	0.0	
<b><u>Yerleşim Yeri</u></b>							
Kent (n=957)	782	81.7	175	18.3	-	0.0	0.162
Kır (n=696)	587	84.3	109	15.7	-	0.0	
<b><u>SED</u></b>							
Kötü (n=364)	311	85.4	53	14.6	-	0.0	0.000
Orta (n=1135)	949	83.6	184	16.4	-	0.0	
İyi (n=154)	109	70.8	45	29.2	-	0.0	
TOPLAM (n=1653)	1369	82.8	284	17.2	-	-	

\*Yüzdeler "n" sayılarına göre alınmıştır.

## 5. TARTIŞMA

Çocukluğun bağımlılığından erişkin bağımsızlığına geçiş dönemi olan adolesan, insan yaşamının en dinamik evrelerinden biridir. Ergenlikte geçmiş sorgulanır, gelecekle ilgili kararlar verilir. Adolesanların yaşam şekilleri, davranış özellikleri, bilgi düzeyleri ve tutumları ve diğer insanlarla etkileşimleri hem bu günkü, hem de gelecekteki yaşamlarını etkilemektedir (30).

Tüm toplumlarda cinsellik ve üreme sağlığı ile ilgili durum, toplumun inanç ve uygulamaları yanısıra yoksulluk, eğitim, iş, aile yapısı, sosyal güvencesi gibi sosyodemografik faktörlerden, biomedikal faktörlerden (beslenme, bağışıklama, hastalıklar), sağlık hizmetlerinden (hizmetlerin yararlanılabilir, ulaşılabilir, elde edilebilir olması gibi) etkilenmektedir (11).

Çalışmamızda adolesanların %79.5'i çekirdek aile yapısına sahipti. Türkiye'de ailelerin ortalama %67.7'si çekirdek ailedir. Ana baba ve evlenmemiş çocuklardan oluşan çekirdek aile dinamik ve eğitime, bilginin davranış değişikliğine dönüştürülmesine açık bir yapıdır. Çalışmamızdaki oran eğitim için olumlu bir aile yapısının varlığını göstermektedir.

Ailedeki birey sayısına bakıldığında ortalama hane halkı büyüklüğünün yaklaşık 4 kişi olduğu saptanmıştır. 1998-TNSA verilerine kıyasla araştırma sonuçlarımız Türkiye ortalamasına (4.3 kişi, kentte ortalama 4 kişi, kırdaki ortalama 4.9 kişi) yakın, daha çok şehirde yaşayan hanehalkı kompozisyonu ile uyumludur (31). Şehirdeki hane halkı kompozisyonu kırsal bölgelere göre; daha iyi eğitim ve mesleki öğretim olanaklarına, iş imkanlarına, sosyal ve kültürel etkinliklere ve boş zamanları değerlendirme ortamlarının daha iyi olmasına ve daha iyi sağlık hizmetlerinden yararlanmalarına, okul ve aile içi etkinliklerin daha verimli olmasına yardımcı olmaktadır. Bu da üreme sağlığı hizmetlerinin Türkiye'deki ve çalışmamızdaki adolesanlara daha rahat götürülebileceği unutulmamalıdır.

Gençler arasında en dikkat çekici farklılıklardan biri sigara ve alkol kullanma durumunda ortaya çıkmaktadır(32). Türkiye'de adolesanlarda sigara, alkol kullanımı ile

İlgili bir çok çalışma yapılmıştır. Sigara, özellikle gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur(33). Adolesan yaş dönemi yeni şeylerin denendiği, merak duygusunun çok fazla olduğu dönem olması nedeniyle sigarayla tanışmak açısından oldukça risklidir. Araştırmamızda sigara içme sıklığı %23.8 olduğu erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha çok sigara içtikleri tespit edilmiştir. Sonuç ABD'nin yaklaşık 10 yıl önceki tablosu ile ve ülkemizde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde 1995 yılında adolesanların % 24.7'si (n=47 milyon) sigara içtiği, bu oranın erkeklerde %27 kız öğrencilerde % 22.6 olduğu bulunmuştur(34). Ülkemizde adolesan yaş grubunda yapılan araştırmalarda erkek ve kız adolesanlarda farklı olmak üzere %9.5-%52.4 arasında bulunmuştur(33). Ankara'da Mart-Nisan 2002 tarihleri arasında bir lisede ikinci sınıfta sigara içme sıklığı %16.3 olup; erkeklerde %21.6 ve kızlarda %10.5 olarak bulunmuştur (33). Türkiye'de yapılan bir çalışmada sosyoekonomik düzey arttıkça sigara içme prevalansının da arttığı tespit edilmiştir (35). Yapılan bir çalışmada sigara içme davranışı ve en yakın arkadaşın sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (33).

Çalışmamızda ergenlerde alkol kullanım sıklığı %7.8 bulunmuştur. Alkol kullanım sıklığı Türkiye'deki diğer araştırma sonuçlarına yakın değerdedir. Ergenlerin alkol kullanım sıklığı Özbay'ın araştırmasında %6.7 bulunmuştur(36). Herken ve arkadaşlarının Konya'da yaşayan gençler arasında yaptığı bir araştırmada gençlerin %11.3'ünün alkol kullandığı saptanmıştır(37). Bu sonuçlar alkol ve sigara içmenin sosyoekonomik boyutu ve arkadaş ile ilgili olabileceğini düşündürmüştür. Burada adolesan gruba verilecek eğitim çok faydalı olacaktır. Örnek olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda alkol, sigara, ilaç kullanımı ve adolesan gebelik konularında yapılan eğitimlerin adolesan davranışlarında olumlu değişikliklere neden olduğu belirlenmiştir(38).

Adolesan sağlığını etkileyen en önemli faktörlerden biri de üreme sağlığı konularındaki bilgi ve tutumlarıdır(39-41). Pek çok ülkede özellikle ergenlik çağındakiler bilgi eksikliği ve bu konuyla ilgili hizmetlerden yararlanamama nedeniyle korunmasız durumdadırlar. Üreme sağlığı konusunda adolesanların bilgi ve deneyimlerinin az olması, aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetlerine rahat ulaşamamaları sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır(42). Bu sağlık

sorunlarının başında istenmeyen gebelikler, erken gebelikler, güvensiz düşükler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve HIV gelmektedir .

Dünyada her yıl 15 milyon adolesan gebe kalmaktadır. Bu dünya genelindeki doğumların beşte birini içermektedir. Gelişmekte olan dünyada kadınların yaklaşık %40'ı 20 yaşına gelmeden çocuk sahibi olmaktadır. Bu oran Batı Afrika'da %56'nın üzerindeyken Doğu Asya'da %8'in altında değişmektedir (43). Bu nedenlerden dolayı, dünyada adolesanların bilgi düzeyleri ve tutumları ile ilgili birçok çalışmalar yapılmış ve bu çalışmalar konunun ne kadar ciddiye alınması gerektiğini bir defa daha ortaya koymuştur. Çalışmamızda araştırmaya katılan öğrencilerin üreme sağlığı konularından aile planlaması, gebelik, erkek anatomisi, kadın anatomisi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar bilgi düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda da adolesanların üreme sağlığı konularında oldukça yetersiz oldukları tespit edilmiştir(44-47).

Mart 1997 tarihinde Ankara'da 3309 adolesan erkek üzerinde yapılan çalışmada AP ve üreme sağlığı konusunda düşük bilgi puanlarına sahip oldukları tespit edilmiştir (48). Mongoliada 1995-1999 yıllarında 562753 adolesanla yapılan çalışmada üreme sağlığı ve cinsellik konularında %87'sinin yetersiz oldukları ve bu durumun onların üreme sağlıklarında olumsuz olarak erken yaşta gebelikleri, anne ölümlerini, düşükleri, cinsel yolla bulaşan hastalıkları arttırdığı belirtilmiştir(49). Adolesanların üreme sağlığı bilgilerinin yetersiz olduğu bunun dramatik sonuçlar doğurduğu ve cinsel özgürlüğün önümüzdeki dönemde daha da artacağını düşünürsek ülkemizde de gençleri, öncelikle üreme sağlığı konularında bilgilendirmek gerekmektedir.

Araştırmamızda öğrencilerin bilgi kaynağı olarak arkadaşlar ve medya ön sıralarda yer almaktadır(Tablo 10). Türkiye dışındaki bazı ülkelerde de benzer durumlar bildirilmektedir. Bukovic ve arkadaşlarının Zagreb'te yaptıkları bir araştırmada da gençlerin cinsel konuları genellikle arkadaşları ile konuştukları saptanmıştır(46). Lübnan'da yapılan çalışmada arkadaş ve medyanın adolesanların en sık bilgi kaynağı olduğu fakat doğru bilgileri veremediklerini ve bu yüzden üreme sağlığı ile ilgili olarak en uygun bilgi yerlerinin okullar olduğunu belirtmişlerdir (50). Yapılan diğer çalışmalarda da görüldüğü gibi, gençler için üreme sağlığı bilgi kaynağını rastgele arkadaşlar ya da medyadan almaktadırlar(51-60 ). Kuşkusuz gençlerin aynı ortamı, fiziksel ve ruhsal değişimi beraber yaşadıkları için arkadaşlarına kolay açılabilirler

düşünülebilir. Arkadaş ve medya gibi kaynakların üreme sağlığı için bilgi sağlamak konusundaki yetersizliği de gözönünde bulundurulduğunda ergenlerin aslında üreme sağlığı konusunda ne kadar yetersiz ve belki de yanlış bilgilere sahip olabileceği düşünülebilir. Oysa günümüzde cinsel eğitimin ailede başlaması ve okulda devam etmesi gerektiği bilinmektedir. Gelecek nesillerin yetiştirilmesinde gelenek, görenek, kültür ve davranışların aktarılmasında, değerlerin kazandırılmasında annelerin büyük rolleri vardır. Yapılan çalışmalarda annelerin cinsel konularla ilgili özellikle kız çocukları ile daha rahat iletişim kurdukları saptanmıştır(61). Çalışmamızda gençlerin %23.5'i annelere, %5'i ise babalarına açılabilir. Babalar ile kız öğrencilerin ilişkisi yok denecek seviyededir(%2.3) (tablo 10).

Gençler yapılan çalışmalarda üreme sağlığı konularını sağlık personeli ve uzman kişilerce verilmesini tercih ettiklerini vurgulamışlardır(47,55). Çalışmamızda da görüldüğü gibi, genelde bilgi kaynağı olarak sağlık personelinin tercih edileceğini (Tablo 11) ifade etmelerine rağmen sorunlarını paylaştıkları kişiler arasında sağlık personeli ancak %8.3 oranında yer almaktadır (Tablo10). Bu sorununun nedeninin sağlık personeline ve uzman kişilere nerede, nasıl ulaşacaklarını bilmemelerinin ya da kolay ulaşamamalarının olabileceği düşünülmüştür. Okul hekimliği, işyeri hekimliği uygulamasının ve öğrenci danışmanlığı sisteminin yaygın olmaması da gençlerin sağlık personeline ulaşmasını zorlaştırmaktadır .

Öğrencilerin üreme sağlığı ile kurumlara başvuramamalarının nedeni olarak “bu kurumlara güvenmiyorum”,“utandığım için” , “gidebileceğim bir yer olmadığı için”, “evli olmayanlara bu hizmet verilmez” (Tablo 13) cevapları dikkat çekicidir. Okul çağındaki eğitimin bu düşüncelerdeki grubu en aza indirmek ve bilgi ihtiyaçlarını karşılamak amacı ile gerekli olduğu, bu gençlerde iletişim kurmak için istek yaratmanın çözüm için bir adım olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda görüldüğü gibi, kız öğrenciler adet dönemi, ergenlik dönemi, kızlık zarı ve evliliğin ilk gecesi, üreme sağlığı ve CYBH'ı aileleriyle konuşurken, erkekler ise; ergenlik dönemi, AIDS, kendi bedenleri hakkında aileleri ile konuşmaktadır(Tablo 12). Gençlerin anne ve babalarıyla üreme sağlığı hakkında daha çok evlilik ve cinselliğin fonksiyonel yönü ile ilgili ve özellikle de kendi anatomi ve fizyolojilerini ilgilendiren konularda öncelik istediği saptanmıştır. Adolesanın gelecek hayatı ile ilgili ailesinden alacağı bilgiler onun için önemli bir yer işgal eder. Edinilecek



yanlış ve eksik bilgilerin adolesanın hayatını etkileyeceği unutulmamalıdır. Araştırmaya katılan adolesanların %95'i en az bir aile planlaması yöntemi bilmektedirler(Tablo14). Bu sonuç yapılan diğer çalışmalarla da benzerlik göstermektedir(53,55,62).

Öğrencilerin aile planlaması bilgi seviyelerinin düşük olduğu gözönüne alındığında öğrencilerin aile planlaması yöntemlerini yetersiz bildikleri ya da yanlış bildikleri sonucunu göstermektedir.

Kız öğrenciler aile planlaması yöntemi olarak daha çok doğum kontrol hapı, RİA ve tüp ligasyonu bilirken, erkek öğrenciler ise kondom bildiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 14). Öğrencilerin kendi cinsiyetlerine uygun gebeliği önleyici yöntemleri ve arkadaşlarından duydukları yöntemleri bildikleri düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan gençlerin %59.8'i , genelde Türk toplumunun davranışlarına uygun olarak ilerde en fazla iki çocuk sahibi olmayı düşünmektedirler. Hiç kardeşi olmayan öğrencilerin 3'den fazla çocuk sahibi olmak istemedikleri ve 4'den fazla kardeşi olan öğrencilerin ise %42.3'ünün 3'den fazla çocuk sahibi olmak istediklerini belirttiler. Toplumdaki gelenekler aile yapısına, ebeveynlerin tutumu da gençlerin davranışlarına yansımaktadır. Bir nesilde çocuk sayısının 1-2 seviyelerinde tutulmasının, sonraki nesillerde aile planlaması hizmetlerinden yararlanma istek ve uyumunu arttıracığı düşünülmektedir. Ailelere eğitim vermek , gelecek nesilleri de eğitmek anlamına gelmektedir.

Araştırmada adolesanların menarş yaş ortalamasının(13.3±1.1)olarak bulunmuştur. Delhi'de yapılan bir çalışmada kızların ortalama menarş yaşı 13.6± 0.8 yıl idi (63). Bu sonuç batılı ülkelere göre biraz daha yüksek, gelişmekte olan ülkelerin sonuçlarına daha yakındır. Bu sonuç kadınlarımızın sosyoekonomik durumlarının düşük olmasıyla açıklanabilir. Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan öğrencilerde menarş yaşı en düşük, düşük olan öğrencilerde menarş yaşı daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu Ankara ilindeki 13-18 yaşındaki 13.665 öğrenciyi kapsayan çalışmayla benzerlik göstermektedir(22)

Literatürde adolesan dönemdeki kızların yaşadıkları problemler incelendiğinde, en fazla oranda menstruasyona ilişkin sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Örneğin, ABD'de adolesan dönemdeki kızların yaşadıkları sorunlara ilişkin yapılan çalışmada, %51.5'inin menstrual sorun, %48.5'inin adolesan gebelik, %46.6'sının aile planlaması, %43.6'sının da cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilgili sorunlar yaşadıkları saptanmıştır

(64). Menstruasyon ve menstrual problemler içinde en yaygın görülen jinekolojik problem olduğu belirtilmektedir (65-70). Trabzonda'ki bu çalışmada da kız öğrencilerin %84.4'inin değişik şiddetlerde dismenoreisi olduğu görülmüştür. Adolesan dönemdeki her genç kızın, menarşla birlikte bilinmezlikler ile dolu menstrual siklusları yaşadığı gözönüne alınırsa, bu konu hakkında kız öğrencilerin yeterince bilgilendirilmesi önem kazanmaktadır. Araştırmamızda elde ettiğimiz ancak tabloda görülmeyen bir bulgu, kız öğrencilerin %20.6'sının (n=204) menarş hakkında önceden bilgi aldıklarıdır. Karadağ ve arkadaşlarının, üniversitede öğrenim gören kız öğrenciler ile yaptıkları çalışmada da, kız öğrencilerin %67.2'sinin, menarştan önce menstruasyona ilişkin bilgi aldıkları belirlenmiştir(71). Menarştan önce, menstruasyon hakkında verilecek bilgi, bireylerin menstruasyona ilişkin yanlış bilgi edinip buna bağlı korku ve endişe yaşamalarına engel olarak, menstruasyon sürecine uyum sağlamalarına yardımcı olabilir.

Menstruasyon hakkında doğru ve yeterli bilgilendirme; menarşa gösterilecek tepkiyi belirlemede önemli bir faktör olarak görülmektedir. Çalışmamızda daha önceden menarş hakkında bilgisi olmayanların %64'ü tepki verirken, bilgisi olanların hiçbiri tepki vermemiştir. Karadağ ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (71) bizim çalışmamıza benzer şekilde üniversitede öğrenim gören kız öğrencilerin menarşa ilişkin ilk tepkilerinin, %77 gibi önemli oranda, olumsuz olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda erkek öğrencilerin ilk boşalmalarının yaş ortalaması  $12.8 \pm 0.9$  idi. Yaşa göre erkeklerin fizik büyüme ve gelişme sürecinde ilk boşalma yaşı ortalama 13.7 olduğu (21) gözönüne alındığında çalışmamıza katılan öğrencilerde ilk boşalma yaşının benzer olduğu görülmüştür.

Araştırma sonuçları erkeklerin cinsel deneyimlerinin kızlardan fazla olduğunu göstermiştir. Bunun Türk toplumunun kültürel ve dini değerleri ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Erişkinler, cinsel konularda gençlere eğitim verilmesi ile onların cinsel aktivitelerinde artış olacağına inanmaktadır. Buna karşılık UNAIDS verilerine göre, eğitim verilmesi bunun tam tersi sonuç doğurmaktadır. Verilen nitelikli cinsel eğitim erken dönemde cinsel ilişkiye girmeyi geciktirmekte, hamile kalma, cinsel yolla bulaşan hastalıkların görülme oranını azaltmakta, yoğun eğitim programlarıyla kondom kullanımı artmaktadır (61).

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında az bilgilerinin olduğu cinsel yolla bulaşan hastalıklardan en çok AIDS'i duyduklarını ifade ettiler(Tablo 17). Türkiye'de ve dünya'da yapılan çalışmalarda cinsel yolla bulaşan hastalık olarak AIDS'i bildiklerini ifade ettiler(53, 72-88). Genç bir nüfusa sahip Türkiye'de bir grup üniversite'de yapılan çalışmada gençlerin HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgilerinin az olduğu ve bilgi gereksinimini ortaya koymaktadır (89). Dünyada yapılan çeşitli araştırmalar, genç yaştaki insanların yeni başlayan cinsel yaşamlarında, cinsel yolla bulaşan hastalıkları ve özellikle de HIV/AIDS'i düşünmeden davrandıklarını ve bu hastalığı kendilerinden uzakta gördüklerini göstermiştir. Bu duruma sebep olan en önemli faktör ise , bilgi düzeylerindeki yetersizliklerdir(90--92). Bu durumda halk sağlığı yönünden çeşitli sakıncalar oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan kız öğrencilerin ve erkek öğrencilerin üreme sağlığı bilgilerinin ( aile planlaması, kadın anatomisi, erkek anatomisi, gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar) düşük olduğu ve çalışmamızdaki kız öğrencilerin üreme sağlığı bilgilerinin ( aile planlaması, kadın anatomisi, erkek anatomisi, gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar) erkek öğrencilerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir(Tablo 18-22). Bu sonuç, kız öğrencilerin üreme konularına daha ilgili oldukları ve üreme sağlığı bilgisini daha verimli kaynaklardan alabildiklerini düşündürmüştür(Tablo 10). Çalışmamızda kent'te yaşayan öğrencilerin kır'daki öğrencilere göre üreme sağlığı bilgilerinden; aile planlaması, kadın anatomisi, gebelik bilgi seviyelerinin yüksek olduğu görülmüştür(Tablo 18, Tablo 19, Tablo 21). Kentte yaşayanların üreme sağlığı hizmetlerine daha rahat ulaştıkları düşünülmüştür.

Sosyoekonomik özelliklerin ve bunlarla yakın ilişkisi olan kültürel farklılıkların adolesanın hem fiziksel hem de psikososyal özellikleri üzerine önemli etkileri olabilir. Bu araştırmada aralarında belirgin sosyoekonomik farklılıklar bulunan adolesanlar arasında hem sağlıkla ilişkili alışkanlıkları ve kültürel faaliyetleri, hem de sağlık bilgileri açısından anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki sosyoekonomik durumu iyi olan öğrencilerin kötü olanlara göre üreme sağlığı bilgilerinin ( aile planlaması, kadın anatomisi, erkek anatomisi, gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar) daha iyi olduğu görülmüştür(Tablo 18- 22). Bu sonuç ekonomik boyutun üreme sağlığı ile ilgili bilgi kaynaklarına ulaşımı kolaylaştırdığı ve üreme

sağlığı hizmetlerinin bu grup tarafından daha rahat alınabildiğini dűşündürműştür. Burada sosyoekonomik durumun üreme sağlığı bilgi seviyesi üzerine olumlu etkilerinin olduğu söylenebilir. Yine de sosyoekonomik durumu iyi olan öğrencilerin de üreme sağlığı bilgi seviyelerinin düşük olduğu göz önüne alındığında çalışmamızdaki tüm adolesanların üreme sağlığı konularında bilgilendirilmesi şarttır.

## 6. SONUÇLAR

1. Araştırmaya katılan öğrencilerin %79.5'i sağlık eğitimi açısından olumlu yapıda olan çekirdek aile yapısındaydı.
2. Ailede çocuk sayısı ile sosyoekonomik durum karşılaştırıldığında sosyoekonomik durumu iyi olan ailelerin daha az çocuk sahibi oldukları, sosyoekonomik durumu kötü olan ailelerin daha fazla çocuk sahibi oldukları bulunmuştur
3. Kız öğrencilerin gazete okuma, radyo dinleme, sürekli yayın okuma alışkanlıklarının erkek öğrencilerden daha fazla olduğu görülmüştür.
4. Öğrencilerin % 23.8'i sigara , % 7.8'i alkol kullandığını ifade ettiler. Erkeklerin kız öğrencilerinden daha çok sigara ve alkol kullandıkları ve sosyoekonomik düzeyi iyi olan öğrencilerinde anlamlı olarak sigara ve alkol içtikleri tespit edilmiştir.
5. Babaların, annelere göre daha yüksek öğrenim durumuna sahip oldukları görülmüştür.
6. Araştırmamızda öğrencilerin bilgi kaynağı olarak arkadaşlar ve medya ön sıralarda yer aldığı, babalarından ise az bilgi aldıkları bulunmuştur. Öğrencilerin sağlık personeli ya da uzman kişilerden az bilgi aldıklarını fakat büyük çoğunluğunun tercih ettiği bilgi kaynağı sağlık personeli olmuştur.
7. Kız öğrenciler erkek öğrencilere göre anlamlı şekilde adet dönemi, ergenlik dönemi, kızlık zarı ve evliliğin ilk gecesi, üreme sağlığı ve CYBH'ı aileleriyle konuşurken erkek öğrenciler kız öğrencilere göre daha çok AIDS konularını ailelerine danıştıklarını ifade ettiler.
8. Erkek öğrencilerin %66.2'sinin, kız öğrencilerin ise %37.9'unun üreme sağlığı hizmetlerine gerek duymadıkları için almadıklarını ifade ettiler Öğrencilerin üreme sağlığı ile kurumlara başvurmamalarının diğer nedenleri olarak "bu kurumlara güvenmiyorum", "utandığım için" , "gidebileceğim bir yer olmadığı için", "evli olmayanlara bu hizmet verilmez" cevapları dikkat çekicidir.

9. Erkek öğrencilerin % 7.8'i, kız öğrencilerin ise % 13.1'i üreme sağlığı ile ilgili hizmet almak için bir kurum veya kişiye başvurduklarını belirtmişlerdir. Bu amaç için öğrencilerin %50.3'i sağlık ocaklarına gittiklerini belirtmişlerdir.
10. Öğrencilerin %95'i en az bir aile planlaması yöntemini bildiklerini belirtirken, kız öğrencilerin en çok doğum kontrol hapını, erkek öğrencilerin ise kondomu bildiklerini belirtmişlerdir
11. Öğrencilerin %59.8'i ilerde 2 çocuk sahibi olmak istemektedirler
12. Adölesanların bilgi sorularından elde edilen; aile planlaması, kadın anatomisi, erkek anatomisi, gebelik , cinsel yolla bulaşan hastalıklar bilgi puanları zayıf bulunmuştur. Genelde kız öğrencilerin erkek öğrencilerden, sosyoekonomik düzeyi yüksek olanların düşük olanlardan daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir.
13. Araştırmada adölesanların menarş yaş ortalaması (13.3±1.1) yıl olarak bulunmuştur.
14. Çalışmamızda erkek öğrencilerin ilk boşalmalarının yaş ortalaması 12.8±0.9 idi.
15. Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kız öğrencilerin menarş yaşının daha düşük olduğu buna karşılık sosyoekonomik düzeyi kötü olan kız öğrencilerin menarş yaşının daha büyük olduğu bulunmuştur.
16. Daha önceden menarş hakkında bilgisi olan kız öğrencilerin menarşa olumlu tepki gösterirken daha önceden menarş hakkında bilgisi olmayan kız öğrenciler korku, panik, ağlama şaşırma gibi değişik olumsuz tepkiler gösterdiler.
17. Adölesanlarda dismenore sıklığı, araştırıldığında %81.5'in değişik şiddetlerde dismenoresi olduğu tespit edilmiştir.
18. Araştırma sonuçları erkeklerin cinsel deneyimlerinin kızlardan fazla olduğu bulunmuştur.
19. Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında az bilgilerinin olduğu cinsel yolla bulaşan hastalıklardan en çok AIDS'i duyduklarını ifade ettiler.

## 7. ÖNERİLER

Adolesanlara yönelik adolesan dostu ve kaliteli üreme sağlığı hizmetinin sunumunda destekleyici politikaların oluşturulması ve toplum katılımının sağlanması üreme sağlığı hizmetinin olumlu yönde gelişmesini sağlayacaktır.

Verilecek üreme sağlığı hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri felsefesi içine yerleştirilmeli ve adolesanın güvenli ve olumlu bir yaşam tarzı benimsemesi için desteklenmelidir.

Adolesanların eğitilebilmesi için bilgi kaynağı olarak kullandıkları olguların ;medya, ebeveyn, arkadaş, öğretmen gibi grupların bilgilerinin kapsamlı doğru ve eksiksiz hale getirilmesine çalışılmalı ve eğitimleri sağlanmalıdır. Toplumda yanlış bilgi ve alışkanlıkların düzeltilmesinin çok zor ve uzun sürede olduğu unutulmamalıdır. Bilginin kaynağı değil; doğru bilgilendirmenin devamlılığı ve doğru davranışın gösterilmesi önemlidir.

Yapılan çeşitli araştırmalar göstermiştir ki gençler üreme sağlığı bilgilerinin sağlık personelinden alınması gerektiğini düşünmektedirler. Okullarda danışmanlık sistemi ve okul hekimliğinin yaygınlaştırılması, gençlerin üreme sağlığı konusunda doğru bilgiye kısa sürede ve güvenli yoldan ulaşmasını sağlayabilir. Bu iki kurumun ortak çalışması sonucu okullarda lider öğrencilerin seçilip eğitilmesi; üreme sağlığı ve CYBH konularında önemli bilgi kaynağı olan arkadaş olgusunun doğru kullanılıp yönlendirilmesini sağlayabilir .

Sağlık örgütlenmesinde gençlere yönelik bir hizmet grubunun oluşturulması düşünülmelidir. Bu grubun sağlık ocağı , AÇS-AP merkezlerinde çalışması ve okullarla ve okul hekimleri ile yakın ilişki içinde olması ve düzenli aralıklarla üreme sağlığı konusunda tekrar eğitimler yapması uygun olacaktır. Bu grubun verimli olabilmesi için öncelikle durum saptama araştırmaları yapılmalıdır. Araştırmalarla eğitim şema ve

programları oluşturulmalıdır. Bu programlara uygun özellikle görsel eğitim materyallerinin hazırlanması öğrenmeyi arttıracaktır.

Ortaokul-lise döneminde zorunlu üreme sağlığı dersinin müfredata konulması gençlerin doğru ve eksiksiz bilgilenmesine yardımcı olacaktır. Gençler zihinsel olarak uzun vadeli çıktıları tahmin etmeye hazır değildirler.

Gençlere verecekleri kararların ne tür sorumluluklar getireceğini ve kişisel özgürlüklerin sınırlarını göz önüne alması gerektiği öğretilmelidir.



## 8. TÜRKÇE ÖZET

Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanan adolesan dönemi, birçok biyolojik, fiziksel ve ruhsal değişikliğin yaşandığı bir dönemdir. Bu değişiklikler, üreme sağlığı sorunları gibi bir çok sorunu da beraberinde getirmektedir. Bu çalışmada, Trabzon'daki adolesanların üreme sağlığı konusundaki bilgi seviyeleri ve tutumlarını saptamak amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma, Trabzon'da il merkezinde iki lise ve il merkezi dışında üç lisede, Haziran 2001– Aralık 2002 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya katılan adolesanların sosyodemografik özellikleri, aile planlaması, kadınların üreme sistemi anatomi ve fizyolojisi, erkeklerin üreme sistemi anatomi ve fizyolojisi, gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi, tutumları ve bu konulardaki bilgiye ulaştıkları kaynaklar, sorulmuştur. Anketteki. Ailenin sosyoekonomik durumu, aile planlaması, gebelik, kadın anatomisi, erkek anatomisi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında puanlama yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde Mann Whitney U testi ve kıkare testi kullanılmıştır.

Çalışmaya 988'i (%59.9) kız, 665'i (%40.1) erkek, toplam 1653 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin ailelerinin sosyoekonomik durumlarının %9.3'inin (n=154) iyi, %68.7'sinin (n=1135) orta, %22'sinin (n=364) kötü düzeyde olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin % 23.8'i (n=393) sigara, % 7.8'i (n=129) alkol kullandığını belirtmişlerdir. Öğrenciler üreme sağlığını "*sağlıklı cinsel yaşam olarak* (%58.8)" olarak tanımlamışlar ve bu konudaki bilgi kaynaklarını en fazla "*arkadaş* (%70.2)" olarak belirtmişlerdir. Kız öğrencilerin %4.5'i (n=45) erkek öğrencilerin % 5.6'sı (n=37) hiçbir gebeliği önleyici yöntemi bilmediklerini belirttiler. Öğrencilerin en fazla bildikleri aile planlaması yöntemi ise doğum kontrol hapı (%77.4) ve kondomdur (%68.7). Öğrencilerin %70.4'ü cinsel yolla geçen hastalıklar hakkında yeterince bilgilerinin olmadıklarını ifade etmişlerdir.

Öğrencilerin puanlamaya göre en fazla oldukları bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde ise aile planlamasının düşük (% 67.5), kadın anatomisinin orta (%61.1), erkek anatomisinin düşük (%80.5), gebelik bilgi düzeyinin orta (%61.0) ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların ise düşük (%82.8) düzeyde olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak, Trabzon'daki adolesanların üreme sağlığı konusundaki bilgilerinin yeterli olmadığı ve bu nedenle ileride karşılaşılabilecekleri üreme sağlığı sorunları açısından risk altında oldukları görülmüştür. Bu nedenle adolesanlara sürekli ve düzenli üreme sağlığı eğitim programlarının hem eğitimciler, hem de sağlık personeli tarafından yapılmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

## 9. SUMMARY

### **Adolescent's Reproductive Health Knowledge And Attitudes**

Adolescence period, which is defined as the transitive period from the childhood to adult, has a lot of biological, physical and psychological changes in their life. These changes bring some problems with it, such as reproductive health problems. In this study it is aimed to find out the knowledge level and attitudes of adolescents living in the area of Trabzon city on the reproductive health aspect.

This is a descriptive study and performed during June 2001-December 2002 at two high schools at the city centre and three high schools in the rural area in Trabzon. Adolescents who took part in the tests were evaluated in terms of their sociodemographic features, their knowledge on family planning, anatomy and physiology of reproductive system of women and men, knowledge on pregnancy and sexually transmitted diseases and sources that adolescents use to reach the solutions for all of these problems. In the Questionnaire, a skor point system was used for sections, such as socioeconomical level of family, family planning, pregnancy, women's anatomy, men's anatomy and sexually transmitted diseases. In statistical analysis, Mann Whitney U test and chi-square test were used.

1653 students, 988 girls (59.9%) and 665 boys (40.1%), have taken part in this study. Socioeconomical status of students' parents have the following distribution: good, 9.3% (n=154); medium, 68.7% (n=135); low, 22% (n=364). 23.8 percent of the students claimed that they use cigarettes (n=393) and 7.8 percent of adolescent claimed that they drink alcohol. Students have defined reproductive health as 'healy sexual life' (58.8%). The source of knowledge on this aspect was mainly their friends (70.2%). 4.5% of female (n=45) and 5.6% of male students seemed not to know anything about the birth control metod. The most common method that the students hear about were being on the oral contraseptive pill (77.4%) and condoms (68.7%). 70.4 Percent of the students have stated that they do not know enough about the sexual transmitted diseases.

The knowledge level of students were folows: family planning, low ( 67.5%); women's anotomy, medium (61.1%); men's anatomy, low (80.5%); pregnancy, medium (61.0%) and sexually infectioning diseases, low (82.8%).

As a result, the adolescents living in Trabzon have no enough knowledge about the reproductive health and therefore they appear to have some risks in their future life from this point of view. Thus, The educators and health personale must organise educational programmes on reproductive health for the adolescents.

## 10. KAYNAKLAR

1. Mahmoud F.F: Adolescent Sexual and Reproductive Health From Obstetrics and Gynecology to Womens Health.The Road Ahead,1998, USA; pp 215-220.
2. Sunaratman Arulkumaran: Reproductive Health Care for Adolescent. University of Nottingham. UK, International Journal of Gynecology & Obstetrics, 75(2001). 109-110.
3. Sezgin B, Akın A: Adolesan Dönemi Üreme Sağlığı. Sağlık ve Toplum, Sayı3-4 . Temmuz-Aralık 1998, Ankara.
4. Defining Reproductive Health & Reproductive Rights, In: Action for the 21 st Century: Reproductive Health &Rights for All Summary report of recommended actions on reproductive health, International Conference on Population and Development (ICPD), Cairo, Egypt, ICPD, September 1994; pp.10
5. Action for the 21 st Century: Reproductive Health &Rights for All. International Conference on Population and Development (ICPD), Cairo, Egypt, ICPD, September 1994; The Sexual and Reproductive Health of Adolescent. pp. 19-20.
6. Gökmen O., Özcan S: Dünyada ve Türkiye’de Üreme Sağlığı. Sağlık Bakanlığı Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi , World Health Organization Turkey Liaison Office, Yeni Türkiye Dergisi, Temmuz 2001, Sayı: 34,40
7. Alcalá M.J: Commitments to Sexual and Reproductive Health and Rights for All. FCI Framework for Action, Newyork 1995.
8. Brueggemann I: Secretary- General’s Report. IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights, Annual Report,1996.
9. Ezeh A: Reproductive Preferences and Behaviour: How Men and Women Compare. Planned Parenthood Challenges, 1996, No: 2, 15-20.

10. Gençlik, Cinsel Eğitim ve Üreme Sağlığı: İnsan Haklarını Geliştirme Vakfı. Türkiye Aile Planlaması Derneği, İst.Şubesi,1995.s.45-47.

11. Shah I.H: Social Science Research on Reproductive Health. National Congress of Public Health, 1992, Ankara.

12. Fathalla MF Khanna J, Van Look PFA, Griffin P: Reproductive Health in The World: Two Decades of Progress and the Challenge Ahead. In: Reproductive health: a key to a brighter future Biennial Report, 1992-1993, Geneva, World Health Organisation, 1994; pp.3-32.

13. Dervişoğlu A: Üreme Sağlığı ilgili Politika ve Yasalar(Çev.Ed). Kontraseptif Yöntemler: Uluslar arası Basım, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını, Yayın No:1, Ankara, 1990; s.57-85.

14. Dervişoğlu A: Kendiliğinden veya İsteyerek Düşük Komplikasyonlarının Önlenmesi Ve Bunlara İlgili Yaklaşımlar (Çev. Ed). Kontraseptif Yöntemler: Uluslararası Basım, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayını, Yayın No:1,Ankara, 1990; Sayfa No:433-440

15. Berer M: Making Abortion Safe and Legal. The Ethics and Dynamics of Change, Reproductive Health Matters, November 1993; Number:2, pp.5-10.

16. Rowe PJ, Van Look P, Griffin P, Khanna J: Sexually transmitted diseases: a challenge to reproductive health. Challenges in reproductive health research Biennial Report 1992-1993, Geneva, World Health Organisation, 1994; pp.83-47.

17. Kaynak Dergisi. Yıl:3 Sayı:14, Nisan 1994, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, s.25-27

18. Progress in Human Reproduction Research. No: 41, 1997.

19. Kreipe RE, Mc Anarney ER: Psycosocial Aspects of Adolescent Medicine, 1985.

20. Gençlik, Cinsel Eğitim ve Üreme Sağlığı Semineri: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul 1996.

21. Pekcan H: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Adolesan ve Okul Sağlığı Bölümü, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını, Ankara, 1995.
22. Vicdan K: Ülkemizde Adolesanların Demografik ve Epidemiyolojik Özellikleri, Mevcut Problemler ve Çözüm Önerileri. Dr uzmanlık tezi, Ankara 1993.
23. Apikoęlu M: Adolesan Çaęda Gebelik ve Getirdiği Sorunlar. Yayınlanmamış bilim uzmanlığı tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A:B:D, Ankara, 1978.
24. Population Reports Series J. Number 41, October 1995.
25. Safe motherhood newsletter issue 22, 1996(3), WHO.
26. The Right to Choose: Reproductive Rights and Reproductive Health. The State of World Population. 1997 (UNFPA) Chapter 3.
27. The European Family Planning Magazine. Entre Nous, No.30-31, December 1995, WHO-UNFPA.
28. Counselling Skills Training In Adolescent Sexuality And Reproductive Health, A Facilitators Guide. WHO , Geneva, Switzerland, August 1993.
29. Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet). Kahire, 5-13 Eylül 1994 Özetleyen; Prof Dr. Ayşe AKIN, Ankara 1994, AÇSAP Genel Müdürlüğü Yayını.
30. Visser JH, Ende JVD, Koot HM, Verhulst FC: Predictors of Psychopathology in Young Adults Referred to Mental Health Services in Childhood or Adolescence. BRJ Psychiatry, 2000, 177: 59-65.
31. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1998. SB.AÇSAP Genel Müdürlüğü ve H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü Yayını. Ankara. 1999 .
32. Betül U: İki Farklı Lise'de Okuyan Ergenlerin Davranış Özellikleri. Sağlık ve Toplum, Nisan – Haziran 2002, Ankara, Yıl:11, Sayı:2.

33. Özcebeci H, Çamur D, Akansoy S ve ark: Bir Lisede İkinci Sınıf Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı. VIII Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2002, Ankara.
34. Smoking Among U.S. Adolescents. December 24, 1997. US, <http://www.cdc.gov>.
35. Baykan Z, Özkan S, Bumin M A: Ankara İlinde Bir İlçe merkezinde Yaşayan 15 Yaş ve Üzeri kadınların Sigara İçme Durumları. VIII Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2002, Diyarbakır.
36. Özbay H, Göka E, Aktaş AM ve ark: Ergenlerde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımının Benlik İmajı, Depresyon ve Anksiyete Ölçümleri İle İlişkisi. Düşünen Adam, Ankara, 1999; 4:53-58.
37. Herken H : Öğrencilerde Alkol Kullanım Sıklığı ve Sosyal Öğrenmeyle İlişkisi. Düşünen Adam, Konya, 2000;13: 87-91.
38. Akalın Z: Türk Erkeklerinde Cinsel Yaşam. Yayınlanmamış araştırma raporu, Nümune Hastanesi Üroloji kliniği; Ankara, 1998.
39. The Reproductive Health of Adolescents. A Strategy for Action. A Joint WHO/UNFPA/UNICEF Statement. World Health Organization, Geneva, 1989.
40. Macfarlane A, Mc Pherson A: Primary Health Care and Adolescence. BMJ 1995; 311: 825-26.
41. Bennett DL, Bauman A: Adolescent Mental Health and Risky Sexual Behaviour. BMJ 2000; 321:251-252.
42. Improving interactions with clients: a key to high-quality services. PATH (Program for Appropriate Technology in Health). July 1999, Outlook 17(2) [www.path.org](http://www.path.org).
43. Noble, J. et al: The World's Youth 1996. Washington, D.C. Population Reference Bureau, Inc. 1996, Population Reference Bureau, [www.prb.org/catalog](http://www.prb.org/catalog).
44. Ip WY, Chau JP, Chang AM, Lui MH: Knowledge Of And Attitudes Toward Sex Among Chinese Adolescents, Department Of Nursing, Chinese University Of Hong Kong. Shatin, Hong Kong. West J Nurs Res, 2001, Mar;23(2):211-22.

45. Hu Li Za Zhi. An Exploration Of Sexual Knowledge, Attitudes and Behavior In Aboriginal Elementary School Students In The Ping-Tung Area.1997 Apr;44(2):38-50.
46. Bukovic D, Lakusic N, Kopjar M et al: Attitudes, Behaviour And Knowledge on Sexuality Among Female Adolescents In Zagreb. Croatia. University Hospital For Gynaecologyand Obstetrics, Zagreb,Croatia. Coll Antropol 2000 Jun;24(1):53-60.
47. Berman H, Harris D, Enright R: Sexuality And Reproductive Health The Adolescent With A Physical Disability: Understandings and Misunderstandings. University Of Western Ontario. London, Canada. Issues Compr Pediatr Nurs 1999 Oct-Dec;22(4):183-96.
48. Faruk T, Süleyman C, Onur H: Genç Erkeklerin Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Düzeyleri. 6. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Adana 1998, s.379.
49. Adolescent Reproductive Health and Sexuality in Mongolia, 1998.  
<http://www.unesco.org>.
50. Faysal H, El-Kak, Rema Afifi Soweid, Carole Taljeh et al: High School Students in Postwar Lebanon: Attitudes, Information Sources, and Perceived Needs Related to Sexual and Reproductive Health; Journal of Adolescent Health 2001 ; 29 ; 153-155.
51. Kamtchouing P, Takougang I, Ngoh N, Yakam I: Sexuality of adolescent students in Yaounde (Cameroon). Contracept Fertil Sex 1997 Oct;25(10):798-801.
52. Tuchinda S, Chotpitayasunondh T, Teeraratkul A: Knowledge, Attitudes, and Practices Of Senior High School Students Regarding Human Immunodeficiency Virus Infection. Children's Hospital, Bangkok, Thailand. J Med Assoc Thai 1998 Feb;81(2):130-5.

55. Kapamadzija A, Bjelica A, Segedi D: Sex Knowledge and Behavior In Male High School Students. *Novi Sad, Med Pregl* 2000 Nov-Dec;53(11-12):595-9.

56. Boelskifte J, Saval PM, Rasmussen KL: Knowledge Of Contraception And Sexual Matters Over The Last 14 Years. An Investigation Among 9<sup>th</sup> Grade Pupils In The Municipality of Viborg, *Ugeskr Laeger* 2002 Jun 10;164(24):3203-6.

57. KabirM, Islam MA: The Impact of Mass Media Family Planning Programmes on Current Use of Contraception In Urban Bangladesh. Department of Statistics, Jahangirnagar University, Savar, Dhaka, Bangladesh, *J Biosoc Sci* 2000 Jul;32(3):411-9.

58. Bhattacharya G, Cleland C, Holland S: Knowledge about HIV/AIDS, The Perceived Risks of Infection and Sources of Information of Asian-Indian Adolescents Born In The USA. National Development and Research Institutes (NDRI), New York, USA, *AIDS Care* 2000 Apr;12(2):203-9.

59. Adolescent Reproductive Health Knowledge, Attitude and Practice. Ulaanbaatar 1995, MCH Family Planning Programme, Ministry of Health and Social Welfare.

60. Adolescent Sexuality and Reproductive Health Knowledge, Attitudes and Practice, Ulaanbaatar, 1999. Adolescent Reproductive Health Project/MSCI, (MHSW, UNFPA).

61. Sarp U, Sevgi T: Ankara'da Lise Son Sınıf Öğrencilerinin HIV/AIDS Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *HIV/AIDS*.1:23-29. 1998.

62. Versnel M, Berhane Y, Wendte JF: Sexuality And Contraception Among Never Married High School Students In Butajira. Ethiopia, Department of Social Medicine, Academic Medical Centre/University of Amsterdam, The Netherlands, *Ethiop Med J* 2002 Jan;40(1):41-51.

63. Singh M M, Devi R, Gupta S S: Awareness and Health Seeking Behaviour of Rural Adolescent School Girls on Menstrual and Reproductive Health Problems. *Indian Journal of Medical Sciences*, Volume 53, Issue 10, October 1999, pp 439-443.

64. Hodgson C ve ark: Adolescent Heaalth Needs. *Can J of Pub Health*, 76, 167-170, 1985.



65. Braverman P K, Sondheimer S J: Menstrual Disorders,.Pediatr in Rev, 18, 17-25, 1997.
66. O'Cannel B.J: The Pediatrician and Sexually Active Adolescent, Treatment of Common Menstrual Disorders. Pediatr. Clin. North America, pp.44, 1997.
67. Reeder S S, Martin L L, Koniak G: Common Problems in Women's Health. Maternity Nursing Family, Newborn and Womens Health Care. 8<sup>th</sup> Baskı, J.B, Lippincott Company, Philadelphia, pp.235-238, 1997.
68. Harlow S D, Park M: A Longitudinal Study of Risk Factors for The Occurence, Duration and Severity of Menstrual Cramps in a Cohort of Collage Women. British Journal of Obstetrics and Gynecology, pp.103, 1134-1142, 1996.
69. Jamieson D and Steege JF: The Prevalence of Dysmenorrhea, Dyspareunia, Pelvic Pain and Irritable Bowel Syndrome in Primary Care Practices. Obstetrics and Gynecology, 97; 588-594,1990.
70. Sundel G, Milsom I, Andersch B: Factors Influencing The Prevalence and Severity of Dysmenorrhea in Young Women. British Journal of Obstetrics and Gynecology, 1990, pp.588-594.
71. Karadağ N, Dinç G, Özcan C: Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Menstruasyon Hijyeni Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeylerinin Saptanması. Hemşire, 1999,49; 37-40.
72. Marlowe AL; Boehm KE; Schondel CK; Hitts JS: HIV/AIDS Knowledge, Attitudes, And Comfort In Adolescent Peer Listeners. Medical College of Ohio, Department of Pediatrics, Toledo, USA, Pediatr AIDS HIV Infect, 1994 Oct;5(5):316.
73. Major UN Study Finds Alarming Lack of Knowledge About HIV/AIDS Among Young People. New York / Geneva, 2 July 2002, Press Centre (UNICEF.ORG)
74. Liberty Eaton ,Alan J. Flisher: HIV/AIDS Knowledge Among South African Youth. Departments of Psychiatry and Mental Health, and Psychology University of Cape Town Groote Schuur Hospital, African Journals Online Southern African Journal of Child and Adolescent Mental Health, Vol 12 No 2, 2000.

75. Obiechina NJ, Diwe K, Ikpeze OC: Knowledge, Awareness and Perception of Sexually Transmitted Diseases (Stds) Among Nigerian Adolescent Girls. Department of Obstetrics and Gynaecology, Nnamdi Azikiwe University Teaching Hospital, Nnewi, Nigeria, *J Obstet Gynaecol* 2002 May;22(3):302-5.

76. Arowojolu AO, Ilesanmi AO, Roberts OA, Okunola MA: Sexuality, Contraceptive Choice and AIDS Awareness Among Nigerian Undergraduates. Obstetrics and Gynaecology Department, University College Hospital, Ibadan, Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2002 Aug;6(2):60-70.

77. Quek JT, Li SC: a Study Of The Effectiveness of AIDS Health Education Interventions Among The Adolescent Population of Singapore. Department of Pharmacy, National University of Singapore, Singapore, *Singapore Med J* 2002 Jul;43(7):359-64.

78. Khan MA: Knowledge On AIDS Among Female Adolescents In Bangladesh: Evidence From The Bangladesh Demographic and Health Survey Data. School of Health, University of New England, Armidale, NSW, Australia, *J Health Popul Nutr* 2002 Jun;20(2):130-7.

79. Clark LR, Jackson M, Allen-Taylor L: Adolescent Knowledge About Sexually Transmitted Diseases. Children's Hospital of Philadelphia, University of Pennsylvania School of Medicine, Center for Excellence for Minority Health, Philadelphia, Pennsylvania 19104, *Sex Transm Dis* 2002 Aug;29(8):436-43.

80. La Torre G, De Vito E, Martellucci L et al: Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Sexually Transmitted Diseases Among Students In 3 High Schools In Cassino. Cattedra di Igiene, Universita degli Studi di Cassino, Via Bari 8, 03043 Cassino FR, *Ann Ig* 2002 May-Jun;14(3):233-42.

81. Merakou K, Costopoulos C, Marcopoulou J, Kourea-Kremastinou J: Knowledge, Attitudes And Behaviour after 15 Years of HIV/AIDS Prevention In Schools. National School of Public Health, Department of Public and Administrative Health, 196 Alexandras Ave., Athens 115 21, Greece, *Eur J Public Health* 2002 Jun;12(2):90-3

82. DiIorio C, Van Marter DF, Dudley WN: An Assessment Of The HIV/AIDS Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Adolescents Living In a Large Metropolitan

Area. Department of Behavioral Sciences and Health Education, Rollins School of Public Health, Emory University, Atlanta, Georgia 30322, USA. *Ethn Dis* 2002 Spring;12(2):178-85

83. Facente AC: Adolescents And HIV: Knowledge, Behaviors, Influences, And Risk Perceptions. Ledyard Public Health Nursing Service, Ledyard, CT, USA, *J Sch Nurs* 2001 Aug;17(4):198-203.

84. Shaikh MA, Assad S: Adolescent's Knowledge About AIDS--Perspective From Islamabad. *J Pak Med Assoc* 2001 May;51(5):194-5.

85. Lal SS, Vasan RS, Sarma PS, Thankappan KR: Knowledge and Attitude Of College Students In Kerala Towards HIV/AIDS, Sexually Transmitted Diseases and Sexuality. Sree Chitra Tirunal Institute for Medical Sciences and Technology, Thiruvananthapuram 695011, Kerala, India, *Natl Med J India* 2000 Sep-Oct;13(5):231-6.

86. Davis C, Noel MB, Chan SF, Wing LS: Knowledge, Attitudes and Behaviours Related to HIV and AIDS Among Chinese Adolescents In Hong Kong. University of New South Wales, Sydney, Australia, *J Adolesc* 1998 Dec;21(6):657-65.

87. Friesen H, Danaya R, Doonar P et al: Assessment Of HIV/AIDS Knowledge, Attitudes And Behaviour Of High School Students In Papua New Guinea. Department of Clinical Sciences, Faculty of Medicine, University of Papua New Guinea, Boroko, Papua New Guinea, *P N G Med J* 1996 Sep;39(3):208-13.

88. Langille DB, Andreou P, Beazley RP, Delaney ME: Sexual Health Knowledge Of Students at a High School In Nova Scotia. Department of Community Health and Epidemiology, Faculty of Medicine, Dalhousie University, Halifax, NS. *Can J Public Health* 1998 Mar-Apr;89(2):85-9.

89. Çok F, Ersever H, Gray L A: Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Cinsel Davranış. Ankara, 1998, *HIV/AIDS* 1: 23-29.

90. Plant MF: AIDS Related Experience Knowledge, Attitudes and Beliefs among Nurses in an Area with a High Rate of Infection. *J Adv.Nurs*, 1993; Volume 18.

91. MC Caig LF, Hardy A.M, Winn D M: Knowledge about AIDS and HIV in the US Adult Population; Influence of the Local Incidence of AIDS. Am. J. Pub Health, 1991; 81(12): 1591-1595.

92. Kaya D, Köşgeroğlu N, Fıçıcı E: Hemşirelerin AIDS'e İlişkin Bilgi Düzeylerinin Araştırılması. AIDS(Turkish J. AIDS), 2000;8(13) :48-53.

# ERGENLERİN ÜREME SAĞLIĞI KONUSUNDAKİ BİLGİLERİNİN SAPTANMASI İÇİN HAZIRLANMIŞ ANKET FORMU

Son yıllarda ergenlerin ve gençlerin üreme sağlığı ile sorunlarında artma olması nedeniyle bu araştırmanın yapılması planlanmıştır. Bu araştırma lise öğrencileri ile yapılmaktadır. Bu ankette yer alan sorular sizin üreme sağlığı konusundaki bilgilerinizin ve bazı davranışlarınızın saptanmasına yönelik olarak hazırlanmıştır. Bu bir test ya da sınav değildir. Anket üzerine **lütfen isimlerinizi yazmayınız.**

Araştırma sonuçları **gizli** tutulacaktır.

**Elinizdeki dosyalarda yer alan soruların cevaplarını size dağıtılan anket formunda işaretleyiniz.**

Araştırma sonuçlarına göre ihtiyacınız olan konularda bilgilerinizin artırılmasına yönelik eğitim programları yapılacaktır. Bu nedenle soruları **dikkatli** okumanız ve **doğru** yanıtlamanız bu konuda sizlere ve arkadaşlarınıza verilecek bilgilerin kalitesini artıracaktır.

Yardımlarınız için şimdiden çok teşekkür ederim.

Doç. Dr. ~~Gamze~~ ÇAN

KTU Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

# ADOLESANLARDA ÜREME SAĞLIĞI

## I. KİŞİSEL BİLGİLER

Bu bölümdeki soru ve yanıtlar YANIT BÖLÜMÜNDEDİR.

## II. KİŞİSEL ALIŞKANLIKLAR VE İLGİ ALANINA YÖNELİK SORULAR

Birden fazla doğru yanıt olabilir, doğru bulduğunuz tüm yanıtları işaretleyiniz

- Hiç sigara içtiniz mi veya halen sigara içiyor musunuz?
  - Hiç içmedim
  - Her gün düzenli içiyorum
  - Ara sıra
  - Eskiden içerdim, bıraktım
- Sigara içmeye kaç yaşında başladınız?.....
- Halen alkol kullanıp kullanmadığınızı belirtiniz.
  - Hiç içmedim
  - Ara sıra içerim
  - Sürekli içerim
  - Eskiden içerdim, bıraktım
- Aşağıda belirtilen etkinliklerden hangilerini gerçekleştirdiğinizi YANIT BÖLÜMÜNDEKİ kutucuklara (X) işareti koyarak belirtiniz
- Her gün düzenli olarak gazete okuyor musunuz?
  - Evet
  - Hayır
- Günlük gazete dışında okuduğunuz sürekli bir yayın var mı?
  - Evet
  - Hayır
- Okuduğunuz sürekli yayının türünü belirtiniz
  - Kültür – politika dergileri
  - Mizah dergileri
  - Edebiyat dergileri
  - Magazin dergileri
  - Bilimsel dergiler
  - Pornografik dergileri
  - Finans dergileri
- Düzenli olarak televizyon izler misiniz?
  - Evet
  - Hayır
- Televizyonda en çok hangi tür programları izlediğinizi belirtiniz.
  - Haber programları
  - Pembe dizi
  - Belgesel programlar
  - Sinema filmleri
  - Eğlence programları
  - Talk – Show programları
  - Yarışma programları
  - Yerli dizi – drama
  - Komedi dizileri
  - Yabancı dizi
- Düzenli olarak radyo dinleyip dinlemediğinizi belirtiniz.
  - Evet
  - Hayır
- Radyoda en çok hangi tür programları dinlediğinizi belirtiniz.
  - Müzik programları
  - Aktüalite programları
  - Eğlence programları
  - Tanınmış kişilerin show programları

### III. AİLE İLE İLGİLİ BİLGİLER

1. Ailenizin yaşadığı evde, çekirdek ailenizin (anne-baba ve çocuklar) dışında sürekli olarak yaşayan kişilerin olup olmadığını belirtiniz.  
a) Evet yaşıyor      b) Hayır yaşamıyor
2. Anne ve babanızın medeni durumunu nasıl tanımlarsınız?  
a) Annem- babam birlikte yaşıyor      b) Annem-babam ayrı yaşıyor  
b) Annem öldü      d) Babam öldü  
e) Babam yeniden evlendi      f) Annem yeniden evlendi
3. Anne, babanızın (halen yaşıyor iseler) ve kardeşlerinizin yaşlarını yazınız, öğrenimi ve işini yanıt bölümündeki tabloda (X) işareti koyarak belirtiniz.
4. Ailenizin aylık gelir düzeyi:.....TL

### IV. CİNSEL SAĞLIK / ÜREME SAĞLIĞI İLE İLGİLİ BİLGİ KAYNAKLARI VE TUTUMLARI

**Birden fazla doğru yanıt olabilir, doğru bulduğunuz tüm yanıtları işaretleyiniz**

1. Size göre cinsel sağlık / üreme sağlığı ne demektir?  
a) Sağlıklı cinsel yaşam  
b) Üreme organlarının sağlığı  
c) Üreme organlarının temizliği  
d) Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak  
e) Doğurganlığın düzenlenmesi  
f) Gebelikten korunma yöntemleri  
g) İdrar yolu enfeksiyonlarının önlenmesi  
h) Cinsellik ve üreme sağlığına ilişkin problemler
2. Cinsel sağlık / üreme sağlığıyla ilgili olarak herhangi bir yer ve/ veya kişiden bilgi alıp almadığınızı belirtiniz.  
a) Evet aldım      b) Hayır almadım
3. YANIT BÖLÜMÜNDE belirtilen cinsel / üreme sağlığı ile ilgili bilgi kaynakları konusunda her iki sütunda da size uyan bölümü (X) işareti koyarak belirtiniz
4. Cinsel / üreme sağlığıyla ilgili olarak anne ve/ veya baba ile neler konuştuğunuzu belirtiniz  
a) Konuşmadım, konuşamam  
b) Üreme organlarının sağlığı ile ilgili  
c) Cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili  
d) Ergenlik dönemi problemleri  
e) Kendi bedeni ve cinselliğe ilişkin konular  
f) Adet dönemi  
g) AIDS ile ilgili konular  
h) Kızlık zarı / evliliğin ilk gecesi  
i) Diğer (belirtiniz).....

5. Cinsel / üreme sağlığı ile ilgili olarak şimdiye kadar herhangi bir kişi veya kuruma başvurduunuz mu?

- a) Evet b) Hayır (Yanıtınız "hayır" ise 8. soruya geçiniz)

6. Aldığınız bu hizmet aşağıdaki başlıklardan hangisi ile en uyumludur?

- a) Bilgilendirme  
b) Tedaviye yönelik  
c) Danışma  
d) Diğer (belirtiniz).....

7. Hizmet aldıysanız bu hizmeti nereden aldınız?

- a) Sağlık Ocağından  
b) Devlet hastanesinden  
c) Özel muayenehaneden  
d) Sosyal Sigortalar Kurumu hastanesinden  
e) Üniversitenin medikososyal merkezinden  
f) Askeri hastanelerden  
g) Özel poliklinik ve hastanelerden  
h) Diğer (belirtiniz).....

8. Hizmet almama nedeninizle ilgili uygun seçeneği işaretleyiniz

- a) Gerek duymadım  
b) Utandığım için  
c) Gidebileceğim bir yer olmadığı için  
d) Bu tür hizmeti veren yerlere güvenmediğim için  
e) Evli olmayanlara bu tür hizmetlerin verilmeyeceğini düşündüğüm için  
f) Bu tür konularla ilgili olarak arkadaşlarımla konuşmayı tercih ettiğim için  
g) İhtiyacım olmadı  
h) Diğer (belirtiniz).....

## V. AİLE PLANLAMASI

**Birden fazla doğru yanıt olabilir, doğru bulduğunuz tüm yanıtları işaretleyiniz**

1. Sizce aile planlamasının tanımı aşağıdakilerden hangisine uyuyor?

- a) Eşlerin istedikleri zaman, bakabilecekleri ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmasıdır  
b) Çocuk sahibi olmayan eşlerin çocuk sahibi olmasına yardımcı olmaktır  
c) Çok sayıda çocuk yapılmasıdır  
d) Kadının ve erkeğin bazı araçlar veya ilaçları kullanmasıdır  
e) Bilmiyorum



2. Aile planlaması hizmetlerinin yararı hangisidir?

- a) Bilmiyorum
- b) Bebek ölümlerini azaltır
- c) Baba ölümlerini azaltır
- d) Küretajları önler
- e) Anne ölümlerini azaltır
- f) Eşlerin cinsel yaşantısını olumlu yönde etkiler
- g) Kondom gibi bazı Aile Planlaması yöntemleri, cinsel yolla geçen hastalıklardan korur
- h) Annenin uygun yaşta, uygun sayıda ve uygun aralıklarda doğum yapmasını sağlar
- i) İstenmeyen gebelikleri önler
- j) Diğer ( belirtiniz).....

3. Gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili soruları YANIT BÖLÜMÜNDEKİ kutucuklara (X) işareti koyarak yanıtlayınız.

4. Gebeliği önleyici yöntemlere nerelerden ulaşabileceğinizi belirtiniz

- a) Sağlık ocağından
- b) Marketten / dükkandan
- c) Eczaneden
- d) Hastaneden
- e) Arkadaş / akrandan
- f) Diğer (belirtiniz).....

5. Gebeliği önleyici yöntemlerin neden olabileceği yan etkileri YANIT BÖLÜMÜNDEKİ kutucuklara ( X ) işareti ile belirtiniz.

6. Rahim içi araç (spiral) için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Rahim içi araç kadın tarafından kullanılır
- b) Rahimin içine yerleştirilen bir alettir
- c) Kadının adet kanamaları sırasında kanamaları artırabilir
- d) Cinsel ilişki sırasında erkeği rahatsız edebilir
- e) Rahim içi aracı duydum, ancak özelliklerini bilmiyorum
- f) Rahim içi aracı hiç duymadım

7. Doğum kontrol hapı için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Kadın haptan her gün bir tane içer
- b) Hap yumurtanın oluşumunu engeller
- c) Kadın her ilişkiden önce bir hap içmelidir
- d) Sigara içen kadınlar hap ile korunamazlar
- e) Doğum kontrol hapı duydum, ancak özelliklerini bilmiyorum
- f) Doğum kontrol hapı hiç duymadım

8. Kadında tüplerin bağlanması için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a) Kadını bir daha çocuğu olmaz
- b) Bu yöntem için küçük bir ameliyat gerekir
- c) Kadın bir daha adet görmez
- d) Bu yöntem ileri yaşta ve başka çocuk istemiyorsa da uygun bir yöntem olabilir
- e) Kadında tüplerin bağlanması yöntemini duydum, ancak özelliklerini bilmiyorum
- f) Kadında tüplerin bağlanması yöntemini hiç duymadım

9. Erkeklerde kordonların bağlanması için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
- Erkeğin bir daha çocuğu olmaz
  - Erkeğin kordonlarının küçük bir müdahale ile bağlanmasıdır
  - Erkeklerde iktidarsızlığa (cinsel organın sertleşmemesine) neden olmaz
  - Bu yöntem ileri yaşta ve başka çocuk istemiyorsada uygun bir yöntem olabilir
  - Erkeklerde kordonların bağlanması yöntemini duydum, ancak özelliklerini bilmiyorum
  - Erkeklerde kordonların bağlanması yöntemini hiç duymadım
10. Kondom (kaput, prezervatif) için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucudur
  - Erkeğin cinsel ilişki öncesinde uygulaması gerekir
  - Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılması gerekmektedir
  - Kondomu duydum, ancak özelliklerini bilmiyorum
  - Kondomu hiç duymadım
11. Siz ilerde kaç çocuğunuz olmasını istersiniz?.....
12. Anne babanızın sahip olduğu çocuk sayısını uygun buluyor musunuz ?
- Evet
  - Hayır
13. Çiftlerin gebelikten korunmalarında sorumluluk kime aittir?
- Erkek
  - Kadın
  - Her ikisi
  - Hiçbiri

## VI. ERGENLİK DÖNEMİ

**Birden fazla doğru yanıt olabilir, doğru bulduğunuz tüm yanıtları işaretleyiniz**

- Ergenlik döneminin tanımını yapar mısınız ?.....
- Ergenlik dönemi kaç yaşlar arasındadır?  
Erkeklerde.....yaşlar arasındadır  
Kızlarda.....yaşlar arasındadır
- Ergenlik döneminde aşağıdakilerden hangileri olur? Tabloda işaretleyiniz

## VII. KADIN ÜREME ANATOMİSİ

**Aşağıdaki kadın üreme organlarına ait doğru bilgileri işaretleyiniz. Birden fazla doğru yanıt olabilir, doğru bulduğunuz tüm yanıtları işaretleyiniz**

- Rahim** ( döl yatağı ) için aşağıdakilerden hangisi veya hangileri **doğrudur**?
  - Bebeğin büyüdüğü organdır
  - Kadın döl hücresinin oluştuğu organdır
  - Adet kanamasının geldiği organdır
  - Böyle bir organ olduğunu bilmiyorum
  - Cinsel ilişkiye girilen organdır.
  - Böyle bir organ olduğunu duydum, ancak organ hakkında hiçbir şey bilmiyorum

**2. Yumurtalık için aşağıdakilerden hangisi veya hangileri doğrudur**

- a) Kadın döl hücresinin erkek döl hücresiyle döllendiği organdır.
- b) Kadın döl hücresinin oluştuğu organdır
- c) Kadının bir tane yumurtalığı vardır
- d) Kadınlık hormonunun yapıldığı organdır
- e) Böyle bir organ olduğunu bilmiyorum
- f) Böyle bir organ olduğunu duydum, ancak organ hakkında hiçbir şey bilmiyorum

**3. Hazne ( vajina ) için aşağıdakilerden hangisi veya hangileri doğrudur?**

- a) Erkekle cinsel ilişkiye girilen yerdir.
- b) Kadın döl hücresinin erkek döl hücresiyle döllendiği organdır.
- c) Bebeğin büyüdüğü organdır.
- d) Yediğimiz gıdaların sindirildiği bir organdır
- e) Böyle bir organ olduğunu bilmiyorum.
- f) Böyle bir organ olduğunu duydum, ancak organ hakkında hiçbir şey bilmiyorum

**4. Genç kızlarda adet kanaması genellikle kaç yaşında başlar?**

**5. Bir kadının veya bir genç kızın kaç günde bir adet kanaması olur?**

**6. Bir kadının veya genç kızın adet kanaması dönemi kaç gün sürer?**

**7. Bir kadının kaç yaşına kadar adet kanamaları olmaya devam eder?**

**8. Adet kanı aşağıdaki organlardan hangisinde oluşmaktadır?**

- a) Yumurtalık
- b) Rahim
- c) İdrar yolları
- d) Tüpler
- e) Bilmiyorum

**VIII. ERKEK ÜREME ANATOMİSİ**

**Birden fazla doğru yanıt olabilir, doğru bulduğunuz tüm yanıtları işaretleyiniz**

**1. Penis (kamuş) için aşağıdakilerden hangisi veya hangileri doğrudur?**

- a) Erkeğin cinsel ilişkiye girdiği organdır
- b) Erkek döl hücresinin oluştuğu organdır
- c) Böyle bir organ olduğunu bilmiyorum
- d) Böyle bir organ olduğunu duydum, ancak organ hakkında hiçbir şey bilmiyorum
- e) İdrarın vücuttan atıldığı organdır
- f) Sünnet yapılan organdır

**2. Erkek yumurtaları için aşağıdakilerden hangisi veya hangileri doğrudur?**

- a) Erkek döl hücresinin yapıldığı organdır
- b) Erkeklik hormonunun yapıldığı organdır
- c) Erkeklerde yumurtalar hayaların içinde yer almaktadır
- d) Böyle bir organ olduğunu bilmiyorum.
- e) Böyle bir organ olduğunu duydum, ancak organ hakkında hiçbir şey bilmiyorum
- f) Erkekte böyle bir organ yoktur

3. Prostat için aşağıdakilerden hangisi veya hangileri doğrudur?

- a) Meniyi ( er suyu, döl suyu ) oluşturan sıvının yapıldığı organdır
- b) İdrarın biriktiği organdır
- c) İdrarın yapıldığı organdır
- d) Erkek döl hücresinin olgunlaştığı organdır
- e) Böyle bir organ olduğunu bilmiyorum.
- f) Böyle bir organ olduğunu duydum, ancak organ hakkında hiçbir şey bilmiyorum

4. Erkek döl hücresinin adını yazınız.....

5. Erkekteki menide (er suyu, döl suyu ) aşağıdakilerden hangileri bulunur?

- a) Prostat sıvısı
- b) Erkeğe ait cinsel salgılar
- c) Erkek döl hücresi
- d) Erkeklik hormonu
- e) Bilmiyorum

6. Meni (er suyu, döl suyu) nerede yapılır?

- a) Yumurtalık
- b) İdrar kesesi
- c) Penis
- d) Prostat sıvısı
- e) Bilmiyorum

## IX. GEBELİK

**Birden fazla doğru yanıt olabilir, doğru bulduğunuz tüm yanıtları işaretleyiniz**

1. Aşağıdaki hangi durumda, erkek ve kadın cinsel ilişkiye girerlerse, kadının gebe kalma şansı vardır?
  - a) Bilmiyorum
  - b) Adet kanaması biter bitmez
  - c) Adet kanamasından sonraki 12. – 16. günler arası
  - d) Belirli bir günü yoktur, iki adet kanaması arasında herhangi bir günde olabilir
  - e) Başka bir zaman düşünüyorsanız, lütfen yazınız.....
  - f) Her zaman
2. Bir kadının ve doğacak bebeğin sağlığının bozulmaması için, kadının kaç yaşından sonra gebe kalması daha uygundur?
3. Bir kadının ve doğacak bebeğin sağlığının bozulmaması için, kadının iki gebeliğinin arasında en az kaç yıl ara olmalıdır?
4. Bir kadının ve doğacak bebeğin sağlığının bozulmaması için, kadının kaçmı gebeliğinden sonra sağlığı bozulabilir?
5. Bir kadın gebe kaldığını nasıl anlar?
  - a) Adet görmesi kesilir
  - b) Karnı büyür
  - c) Mide bulantısı olur
  - d) Göğüsleri büyür
  - e) Bilmiyorum
6. Normal gebelik süresi ne kadardır?.....
7. Lohusalık dönemi nedir?.....

