

**T.C  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KAYSERİ İL MERKEZİNDEKİ LİSE SON SINIF  
ÖĞRENCİLERİNİN AİLE PLANLAMASINA İLİŞKİN  
BİLGİ VE DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan  
Fatma ÖZLECE**

**Tezi Yöneten  
Prof.Dr.Yusuf ÖZTÜRK**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Temmuz 2006  
KAYSERİ**

**T.C  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KAYSERİ İL MERKEZİNDEKİ LİSE SON SINIF  
ÖĞRENCİLERİNİN AİLE PLANLAMASINA İLİŞKİN  
BİLGİ VE DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan  
Fatma ÖZLECE**

**Tezi Yöneten  
Prof.Dr.Yusuf ÖZTÜRK**

**Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Temmuz 2006  
KAYSERİ**

Prof. Dr. Yusuf ÖZTÜRK danışmanlığında Fatma ÖZLECE tarafından hazırlanan “Kayseri İl Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlamasına Yönelik Bilgi ve Düşüncelerinin Belirlenmesi” bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

26.1.7/2006

JÜRİ :

Üye : Prof.Dr. Yusuf ÖZTÜRK

Üye : Prof. Dr. Mualla AYKUT

Üye : Yrd. Doç. Dr. Ahmet Cem BATUKAN

İmza  


ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun .....tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

.....

Enstitü Müdürü  
Prof. Dr. Meral AŞÇIOĞLU

**TEŞEKKÜR**

Bu çalıőmanın planlaması ve yűrűtűlmesinde bűyűk sabır gűsteren, her aőamasında sonsuz emeęi geçen danıőmanım Prof.Dr.Yusuf ŐZTŪRK'e, çalıőma sűresince destek veren Prof. Dr.Osman GŪNAY'a, bilgi ve deneyimlerinden yararlandıęım Doç.Dr.Ahmet ŐZTŪRK ve Yrd.Doç.Dr.İskender GŪN'e, desteklerini esirgemeyen aileme ve arkadaőlarıma teőekkűrlerimi sunuyorum.

**KAYSERİ İL MERKEZİNDEKİ LİSE SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN  
AİLE PLANLAMASINA İLİŞKİN BİLGİ VE DÜŞÜNCELERİNİN  
BELİRLENMESİ**

**ÖZET**

Kayseri il merkezinde Ekim 2004-Mart 2005 tarihleri arasında gerçekleştirilen bu çalışmada; lise son sınıf öğrencilerinin aile planlamasına yönelik bilgi düzeyinin saptanması amaçlanmıştır.

Kayseri İl merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinin sayısı dikkate alınarak örneklem büyüklüğü göz olarak hesaplanmıştır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilere, aile planlaması ve doğurganlık ile ilgili 50 soru içeren bir anket formu, bir plan dahilinde okullara gidilerek araştırmacı tarafından öğrencilere uygulanmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formunun ders saatleri içinde öğrencilere dağıtılıp cevaplandırmaları bittikten sonra toplanması yoluyla elde edilmiştir.

Öğrencilerin aile planlaması tanımını %75.4'ünün bildiği tesbit edilmiştir. Araştırma grubundaki öğrencilerin %84.6'sı evlenmeden önce aile planlaması (AP) yöntemleri hakkında bilgi almak istedikleri %90,2'sinin AP yöntemlerini bilmenin gerekli olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda (CYBH) en çok bilineni %97 ile AIDS olarak bulunmuştur. Aile planlaması ile ilgili ilk kaynaklar arkadaşlarından %77.7 ve anne-babadan %72.4 ancak bilgilerin %79.1'inin sağlık personelinde bilgi almak istedikleri saptanmıştır. Korunmadan cinsel ilişkiye girmenin getireceği sorunları öğrencilerin tamamına yakınının bildiği belirlenmiştir. Öğrencilerin %13'ünün okulda AP ile ilgili herhangi bir ders aldığı, %50.1'inin 12-13 yaşları arasında cinsel eğitimin belirlenmesini istedikleri saptanmıştır.

Öğrencilere aile planlaması, üreme sağlığı ve cinsellik konusunda sürekli ve düzenli eğitim ve danışmanlık verilmesi gerektiği önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler :** Adölesan, Aile Planlaması, Üreme Sağlığı, Cinsellik

**ABSTRACT****The determination of the knowledge and thoughts of the last year high-school students in the city center of Kayseri on family planning.**

In this study, carried out in the city center of Kayseri between October 2004 and March 2005, it has been aimed to determine the level of knowledge on family planning.

Taking the number of the last-year high school students in the city center of Kayseri into consideration, the number of participants has been determined to be 962. The participants have been given a 50-item inquiry about birth control and fertility. The data have been gathered by the researcher delivering the inquiries to the students in the class hours and collecting the inquiries back after the students have filled in.

It has been found out that 75.4 % of the students have already known what birth control is. %84,6 of the students in the study group have wanted to have some knowledge about birth control before marriage and 90,2 % have said that they think it is necessary to know the methods of birth control. The best known sexually transmitted disease (STD) is AIDS, 97 percent.friends (%77,7) and presents (%72,4) the first line source of information about family planning ; however, students say that they prefer to get this information knowledge from a health staff. The fact that having a sexual intercourse without using a condom will be risky is known by almost all the students. It has been determined that 13 % of the students have taken an education on birth control, and 50 % have said that they would have gathered some information about birth control at the age of 12 or 13.

It is suggested that students should be given a regular and continuous education and advice on birth control and üreme health.

**Key words:** Adolescent, family planning reproduction health, sexuality,

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK .....	I
KABUL VE ONAY SAYFASI .....	II
TEŞEKKÜR .....	III
ÖZET .....	IV
ABSTRACT .....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLO LİSTESİ .....	VII
KISALTMALAR .....	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. DÜNYADA DOĞURGANLIK DURUMU .....	4
2.2. TÜRKİYE'DE DOĞURGANLIK DURUMU .....	7
2.3. DÜNYADA ADÖLESANLARDA DOĞURGANLIK DURUMU .....	8
2.4. TÜRKİYE'DE ADÖLESANLARDA DOĞURGANLIK DURUMU .....	11
2.5. DÜNYADA AİLE PLANLAMASI DURUMU .....	13
2.6. TÜRKİYEDE AİLE PLANLAMASI DURUMU .....	17
2.7. DÜNYADA ADÖLESANLARDA AİLE PLANLAMASI DURUMU .....	19
2.8. TÜRKİYE'DE ADÖLESANLARDA AİLE PLANLAMASI DURUMU .....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	27
4. BULGULAR .....	29
5. TARTIŞMA VE SONUÇ .....	64
6. KAYNAKLAR .....	77
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

## TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa no</u>
<b>Tablo 4.1.</b> Öğrencilerin eğitim gördüğü liselere göre cinsiyet dağılımı .....	30
<b>Tablo 4.2.</b> Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı .....	31
<b>Tablo 4.3</b> Öğrencilerin okul gruplarına göre “ <b>erkeğin ilk evlenme yaşı</b> ”na yönelik verdikleri yanıtların yüzde dağılımı .....	33
<b>Tablo 4.4.</b> Öğrencilerin okul gruplarına göre “ <b>kızların ilk evlenme yaşı</b> ”na yönelik verdikleri yanıtların yüzde dağılımı .....	34
<b>Tablo 4.5.</b> Öğrencilerin okul gruplarına ve cinsiyetlerine göre “ <b>İlk gebelik yaşı kaç olmalıdır?</b> ” sorusuna verdikleri yanıtların yüzde dağılımı .....	35
<b>Tablo 4.6.</b> Öğrencilerin okul gruplarına ve cinsiyetlerine göre aile planlaması tanımını bilme durumu.....	36
<b>Tablo 4.7.</b> Öğrencilerin okul gruplarına ve cinsiyetlerine göre ailedeki “ <b>çocuk sayısının fazla olma</b> ”nın çocuk sağlığına etkisini bilme durumu .....	37
<b>Tablo 4.8.</b> Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetlerine göre annenin “ <b>çok doğum yapma</b> ”sının kadın sağlığına etkisini bilme durumu .....	38
<b>Tablo 4.9.</b> Öğrencilerin anne eğitim düzeyi ve cinsiyetlerine göre “ <b>çok doğum yapma</b> ”nın kadın sağlığına etkisini bilme durumu .....	39
<b>Tablo 4.10.</b> Öğrencilerin baba eğitim düzeyi ve cinsiyetlerine göre “ <b>çok doğum yapma</b> ”nın kadın sağlığına etkisini bilme durumu .....	40
<b>Tablo 4.11.</b> Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetlerine göre “ <b>doğum aralığı</b> ”nı bilme durumu .....	41
<b>Tablo 4.12.</b> Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetlerine göre “ <b>Çocuk sayısını belirlemek eşlerin elinde mi?</b> ” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı .....	42
<b>Tablo 4.13.</b> Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetlerine göre aile planlaması yöntemlerini bilme durumu .....	43
<b>Tablo 4.14.</b> Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetlerine göre “ <b>Aile planlaması yöntemini eşlerden hangisi uygulamalı?</b> ” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı .....	44
<b>Tablo 4.15.</b> Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetlerine göre “ <b>Aile planlaması yöntemlerinden birini kullanmak ister misiniz?</b> ” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı.....	45
<b>Tablo 4.16.</b> Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetlerine göre “ <b>Gebeliği önleyecek yöntemleri kullanmak yasal mıdır ?</b> ” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı.....	46
<b>Tablo 4.17.</b> Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetlerine göre “ <b>Evlenmeden önce aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi edinmek ister misiniz?</b> ” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı .....	47
<b>Tablo 4.18.</b> Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetlerine göre “ <b>Aile planlaması yöntemlerini bilmek gerekli midir ?</b> ” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı .....	48
<b>Tablo 4.19.</b> Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetlerine göre çocuk sayısındaki fazla artışın, “ <b>ailenin sosyo-ekonomik düzeyi ve sağlığı</b> ” açısından olumsuz etkisini bilme durumu..	49
<b>Tablo 4.20.</b> Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetlerine göre prezervatif yönteminin cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğunu bilme durumu.....	50
<b>Tablo 4.21.</b> Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetlerine göre “ <b>cinsel yolla bulaşan hastalıklar</b> ”ı bilme durumu.....	51
<b>Tablo 4.22.</b> Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetlerine göre “ <b>Aile planlaması ile ilgili bilgileri nereden edindiniz?</b> ” sorusuna verdikleri yanıtların yüzde dağılımı .....	52



<b>Tablo 4.23.</b>	Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetlerine göre “ <b>Aile planlaması ile ilgili bilgileri nereden edinmek istersiniz ?</b> ” sorusuna verdikleri yanıtların yüzde dağılımı .....	53
<b>Tablo 4.24.</b>	Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetlerine göre “ <b>Aile planlaması hizmetleri hangi sağlık personeli vermektedir ?</b> ” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı.....	54
<b>Tablo 4.25.</b>	Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetlerine göre korunma olmaksızın cinsel ilişkiye girmenin getireceği sorunları bilme durumu .....	55
<b>Tablo 4.26.</b>	Öğrencilerin okul gruplarına ve cinsiyetlerine göre “ <b>Evlilik öncesi dönemde cinsel ilişki sırasında herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanılmalı mıdır ?</b> ” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı .....	57
<b>Tablo 4.27.</b>	Öğrencilerin okul gruplarına ve cinsiyetlerine göre eğitim-öğretimleri süresince aile planlaması ile ilgili ders görme durumu .....	58
<b>Tablo 4.28.</b>	Öğrencilerin okul gruplarına ve cinsiyetlerine göre “ <b>Aile planlaması ile ilgili bilgilerin okulda ders olarak anlatılması önemli mi?</b> ” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı .....	59
<b>Tablo 4.29.</b>	Öğrencilerin okul gruplarına ve cinsiyetlerine göre “ <b>Aile planlaması hizmetlerini veren kişinin cinsiyeti önemli midir?</b> ” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı.....	60
<b>Tablo 4.30.</b>	Öğrencilerin okul gruplarına ve cinsiyetlerine göre “ <b>Aile planlaması ile ilgili bilgiler kimlere verilmelidir</b> ” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı .....	61
<b>Tablo 4.31.</b>	Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetlerine göre “ <b>Sizce cinsel eğitime başlama yaşı kaç olmalıdır</b> ” sorusuna verdikleri yanıtların yüzde dağılımı .....	62

**KISALTMALAR**

<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>AP</b>	: Aile Planlaması
<b>ICPD</b>	: Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
<b>CYBH</b>	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık
<b>AIDS</b>	: Kazanılmış Bağışlık Yetmezliği Sendromu
<b>AÇS</b>	: Ana Çocuk Sağlığı
<b>UNPFA</b>	: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bir ülkenin ve toplumun geleceği toplumu oluşturan insanların sağlıklı yaşamlarına bağlıdır. Dilimizde ergenlik, delikanlılık ve yeniyetmelik gibi terimlerde karşılığını bulmuş olan gençlik; beyinsel ve biyolojik üretkenliğin üst düzeyde olduğu yaşam evresidir. Adölesanların bedensel, ruhsal ve sosyal sağlık düzeyleri, toplumun sağlık düzeyini ve üretkenliğini doğrudan etkilemektedir.

Adölesan, genel olarak çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanabilir. Dünya nüfusunun altıda birini, Türkiye'nin ise, 2000 nüfus sayımı sonuçlarına göre % 20,8'ini adölesanlar oluşturmaktadır.

Adölesanlar toplumun büyük bir kesimini oluşturmasına rağmen en çok ihmal edilen, ve yine sosyal değişkenlerden en çok etkilenen gruptur. Üreme fonksiyonlarının geliştiği adölesan dönemi, aile planlaması (AP) ve cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) kavramlarının önemli olduğu bir dönemdir.

Birleşmiş Milletler Nüfus Aktiviteleri (Aile Planlaması) Fonu (United Nations fund for Population Activities) tarafından yapılan bir seminerde aile planlaması hizmetinin evli veya değil, genç veya yaşlı, erkek veya kadın, herkesin hakkı olduğu kabul edilmiştir. Ancak toplum tarafından evlenmeden cinsel ilişkinin benimsenmediği ülkelerde (Endonezya, Çin, Malezya, Türkiye gibi) evli olmayan adölesan grubuna yönelik aile planlaması hizmetlerine rastlanmamaktadır.

Aile planlaması çalışmalarının etkin olabilmesi için aile planlaması eğitimi üzerinde önemle durulması gerekmektedir. CYBH hakkında bilgiler, daha çok evli aile bireyleri ve erişkin yaş grupları üzerinde yoğunlaşmıştır. Adölesan grupları ile ilgili bilgiler sınırlıdır.

Tüm Dünyada yapılan araştırmalar gençlerin istenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda risk altında bulunan grup olduğunu göstermektedir. Genç anneler yetersiz bilgilendirme sonucu kontraseptif yöntemleri bilmediğinden istenmeyen gebelikleri sonuçlandırmak için hastalanmayı göze almakta yada planladıkları doğumları yapmaktadır. Ayrıca, bebek bakımını yeterince başaramadıklarından bebek morbidite ve mortalitesi de yükselmektedir.

Gelişmiş ülkelerde adölesanlarda, evlilik öncesi cinsel ilişki ve evlilik dışı doğumlar ülkemize oranla daha fazla görülmektedir. Geleneksel kültürümüz toplumumuz gençlerini evlilik öncesi cinsellik ve cinselliğin olumsuz sonuçlarından koruyor olsa da, toplumumuzdaki sosyokültürel değişimler ve ülkemiz genç nüfusunun oranının fazla olması, bu ülkelerde yaşanan olumsuz sürecin ülkemizde de yaşanabileceği riskini düşündürmektedir.

Ülkemiz tıp fakülteleri ve sağlıkla ilgili okulların dışında örgün eğitim içinde, Aile Planlaması ile ilgili herhangi bir eğitim verilmemektedir. Bu nedenle, gençler bu konu ile ilgili bilgileri örgün eğitim dışında kalan arkadaş, aile sözlü ve yazılı yayın vb. organlardan almak durumundadırlar. Yarının anne babalarını oluşturacak gençlerimizin aile planlaması ve doğurganlık hakkında bilgi düzeylerine yönelik araştırmalar çok önemlidir ve henüz yetersiz.

Böylesine önemli bir konuda evlenme çağına gelmiş gençlerimizin doğurganlık ve aile planlaması konusundaki bilgi düzeyinin belirlenmesi oldukça önem taşımaktadır.

Dünyada her gün 100 milyonun üzerinde olduğu tahmin edilen cinsel ilişkilerin 910.000'i gebelik ve 356.000'i de cinsel yolla bulaşan hastalıkla sonuçlanmaktadır. Bu gebeliklerin yarısı planlanmış olmasına rağmen % 25'i kesinlikle istenmemektedir. Her gün istenmeyen bu gebeliklerden 150.000'i isteyerek düşükle sonlandırılmaktadır. Bu düşüklerin üçte biri sağlıklı olmayan koşullarda yapılmakta ve her gün 500'ü ölümlerle sonuçlanmaktadır. Hergün 25.000 bebek, 14,000 de 1-4 yaş arasında çocuk yaşamını yitirmektedir.

Doğurganlığın fazla olduğu ülkelerde anne ve bebek ölümleri de yüksektir. 1980 yılında yapılan Dünya Doğuranlık Araştırması kısa doğum aralığının, bebeklerin yaşam şansını ise yüzde 50 azalttığını ortaya koymuştur.

Yapılan çalışmalarda iki gebelik arasında geçen sürenin en az 2 yıl olan çocukların hayat sürelerinin ve sağlıklarının daha iyi olduğunu göstermiştir.

Bu araştırmanın amacı; lise son sınıftaki adölesanların aile planlamasına yönelik bilgi düzeylerini belirlemek, eğitim ve danışmanlık gereksinimlerini saptırmak, bu konuda daha sonra yapılacak araştırmalara ışık tutmak ve sonuç olarak topluma sunulan sağlık hizmetlerine katkıda bulunmaktır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. DÜNYADA DOĞURGANLIK DURUMU**

Dünya nüfusu 17.yy a kadar binlerce yıl boyunca yavaş olarak artış göstermiş ve 17.yy da ancak yarım milyara ulaşmıştır. Nüfus artışı bu tarihten itibaren sanayileşme ile beraber kıtlıkların kontrolü, beslenmenin düzenlenmesi, salgın hastalıkların önlenmesi tıp ve teknolojideki gelişmelerin sonucunda pek çok hastalığın ve bunların yol açtığı ölümlerin önlenmesi ve makineleşmenin insan gücünün yerini alması nedeni ile hızlandırmıştır.

Sanayileşme ile beraber sosyoekonomik gelişme ye bağlı olarak ortaya çıkan kentleşme, eğitim düzeyinin yükselmesi, üretimde kullanılan insan gücünün azalması, sosyal güvence ve dayanışmanın güçlenmesi bebek, çocuk ve genç erişkin ölümlerinin azalması, kadının ev dışında çalışmaya başlaması, meslek edinmesi ve statüsünün yükselmesi gelişmiş ülkelerde doğurganlığın azalmasına neden olmuştur ( 1).

Nüfus hem sosyoekonomik kalkınmanın temel varlık nedeni, hem de gelişmeyi olumsuz yönde etkileyen bir faktör olmuştur. Günümüzde dünya nüfusu yaklaşık olarak 6.5 milyar civarındadır.

Gelişmiş ülkelerde 20.yy'ın ikinci yarısından itibaren görülmemiş şekilde hem nüfus artış hızında hem de doğurganlık hızında bir azalma söz konusudur. Günümüzde çiftler pek çok Avrupa ülkesinde olduğu gibi ortalama çocuk sayısını ikiden daha az istiyor ve çocuk yapma yaşını daha ileri yaşlara erteliyor.

Göreceli olarak daha düşük gelir seviyesi elde edilen 1970'li yıllarda doğurganlık hızında azalmalar meydana gelmiştir. Amerika Birleşik Devletlerinde 1960 sonları ve 1970'lerin başlarındaki satın alma gücündeki hızlı düşüş ile doğurganlık hızında belirgin azalma gözlemlenmiştir. Çocuklara duyulan ihtiyacın nedenleri ve buna bağlı doğurganlık hızındaki artış nedenleri tam olarak belirgin değildir. Biyolojik, psikoanalitik ve sosyokültürel faktörler etkilidir (2).

Günümüzde gelişmiş ülkelerin dünya nüfus artış hızında payı azdır. İngiltere, Fransa, Japonya ve İtalya gibi gelişmiş ülkeler de kaba doğum hızı ve kaba ölüm hızı gittikçe düşmektedir (3,4).

Gerçekte pek çok Avrupa ülkesindeki çiftlere düşen ortalama çocuk sayısı 2'nin altındadır. Düşük doğurganlık hızının ana nedeni çiftlerin daha az sayıda çocuk istemeleridir. Bazı çiftler hiçbir şekilde çocuk istememektedir, bu noktadan itibaren mevcut üretkenlik azalmakta veya hiç olmamaktadır. Eğer kadınlar çocuk sahibi olmayı daha ileri yaşlara ertelediklerinde ileri yaşın üretkenlik üzerine olumsuz etkileri ile karşılaşacaklar. Bu olumsuz etki kolaylıkla düzelecek türden olmayıp, pek çok sterilite vakasının da nedenidir. Ayrıca ileri anne yaşı tek başına spontan düşük nedenleri arasındadır. Benzer şekilde menopoz öncesi aralıklı sterilitate periyotları mevcuttur. Bu sayıyı sadece çiftler sınırlamaz; şimdiki eğilim doğumu ileri yaşlara ertelemektir. Fransa da kadınlar için ortalama ilk doğum yaşı günümüzde 27 nin üzerindedir. Bu sayı 20 yıl önceye göre 3 yıl daha fazladır. Bu eğilimin çok sayıda nedeni vardır; uzamış eğitim süresi, kadınların çalışma hayatında daha aktif rol almaları, etkili ve kolay uygulanabilir doğum kontrol yöntemleri bunlardan bazılarıdır (5).

İngiltere de son yirmi yıldır doğurganlık hızı nüfusun doğal olarak kendini yenileme hızı olan 2.1'in altındadır. Bu hız 1980 yılından beri yaklaşık 1.8 olarak sabitlenmiştir. İngiltere ve Galler de 1984 ile 1994 yılları arasında geçen 10 yılda ilk annelik yaşı ortalama 1.4 yıl artarak 28.4 yıla ulaşmıştır. Bu ülkelerdeki 1994 yılında 45 yaşında olan kadınların %13'ü hiç çocuk sahibi olmamışlardır. Tüm doğumların yaklaşık 1/3'ü evli olmayan anneler tarafından gerçekleştirilmiştir. Aynı yıl içinde ilk doğum yaşı ortalaması 26.5 tir (6).

Gelişmiş sekiz Avrupa ülkesini kapsayan bir çalışmada aile yapısı ve özellikleri incelenmiş ve aşağıdaki sonuçlar saptanmıştır;

- Son 20-30 yıllık sürede doğurganlık hızı düşmüştür,
- Yıllık doğurganlık hızı nüfusun kendini yenilemesini sağlayacak düzeyin altında kalmıştır,
- Kadınlar daha geç yaşta çocuk sahibi olma eğilimindedir,
- Adölesan doğurganlığında azalma meydana gelmiş,
- Geniş aile yapısı kaybolmaya başlamış,
- Özellikle İngiltere ve İrlanda Cumhuriyetinde Çocuksuz aile sayısında belirgin artışlar olduğu tespit edilmiştir (7).

Gelişmiş ülkelerde beklenen yaşam süresi artmış, buna karşın anne ve bebek ölümlerinde azalma kaydedilmiş ancak gelişmekte olan ülkelerde hala anne ve bebek ölümleri sorun olarak kalmıştır (8,9). Gelişmekte olan ülkelerde anne ölümleri gelişmiş ülkelerdekini 15-20 katıdır. Gelişmiş ülkelerde her 100.000 canlı doğuma karşın 30 anne ölürken gelişmekte olan ülkelere 420 anne ölmektedir. Başka bir deyişle, her yıl gebelik, doğum ve lohusalık nedeni ile ölen yarım milyon kadının %99'u doğurganlığın yüksek olduğu gelişmekte olan ülkelere aittir. Anne ölümleri konusundaki en çarpıcı nokta bu gebeliklerin büyük ölçüde istenmeyen gebelikler olmasıdır (8,9,10,11).

Gelişmekte olan ülkelere genç insanlar anne babalarından daha geç yaşta evleniyorlar, kendilerinden önceki nesil'e göre daha az bir oranda da olsa halen 20 yaşın altına evlenen genç kadınlar mevcuttur. Ortalama evlenme yaşı tüm bölgelerde benzer şekilde artmaktadır. Yakın Doğu, Doğu Asya ve birkaç Latin Amerika ülkesinde kadınların evlenme yaşı 20'li yaşlardadır. Bu bölgelerdeki genç kadınların 2/3'ü yirmi yaşından önce evlenmemektedirler. Buna karşın sub-Sahra ülkelerindeki genç kadınların 2/3'ü ise yirmi yaşından önce evlenmektedirler (12) .

Birçok gelişmekte olan ülkede özellikle kırsal kesimde kız çocukları puberteden hemen sonra evlenmekte ve toplum tarafından bu kadınların hemen çocuk sahibi olmaları beklenmektedir. Bu tür davranışların kabul edildiği toplumlarda genç anneler yüksek doğurganlık hızına sahiptir (4).



Tüm dünyada yılda yaklaşık 30-50 milyon isteyerek düşük olduğu, bunu da yaklaşık yarısının yasa dışı düşükler olduğu tahmin edilmektedir. Düşüklerin çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır ve bu ülkelerde yasal olmayan düşükler çok önemli bir anne ölüm nedenidir (9).

Doğurganlığın fazla olduğu ülkelerde anne ve bebek ölümleri yüksektir. 1980 yılında yapılan Dünya Doğurganlık Araştırması kısa doğum aralığının, bebeklerin yaşam şansını %60-70, çocukların 5 yaşına kadar yaşam şansını ise %50 azalttığını ortaya koymuştur (9). Yapılan çalışmalarda iki gebelik arasında geçen sürenin en az 2 yıl olduğu gebelik sonucunda doğan bebeklerin hayat sürelerinin ve sağlıklarının daha iyi olduğu gösterilmiştir (13).

## **2.2. TÜRKİYE'DE DOĞURGANLIK DURUMU**

Ülkemiz nüfusunun % 60,9'u kentsel, %39,1'i kırsal alanda yaşamaktadır. Kırsal alanda kaba doğum hızı binde 21 iken kentsel alanda binde 19'dur. Kırdan kente olan hızlı göç, sosyal açıdan genelde doğurganlık davranışını değiştirmekle birlikte, halen kentlerde özellikle gecekondualarda yaşayanların doğurganlık davranışları, ağırlıklı olarak kırsal yapının etkisi altındadır (9,14).

Kentleşmeyle birlikte giderek aile yapısı çekirdek aile yapısının artmasına neden olmakla birlikte kırsal alanda geleneksel geniş aile yapısı varlığını sürdürmektedir. TNSA 2003 verilerine göre Toplam doğurganlık hızı, (-OH) 2.23 olarak bulunmuştur. Kırsal alanlarda, 2,65 olan toplam doğurganlık hızı (TDH), kentsel alanlarda iki çocuk seviyesine 2,06'ya inmiştir.

Türkiye'de kadınlar ilk doğurganlık deneyimlerini, yirmili yaşlarda yaşamaktadır. Günümüzde doğurganlığın yaş dağılımına bakıldığında, ortalama bir kadın 25 yaşında bir çocuğa, 30 yaşında ise 2 çocuğa sahip olmaktadır. Kırsal alandaki kadınlar her yaş grubunda kentsel alanlardaki aynı yaş grubundaki kadınlara göre daha fazla çocuk doğurmaktadır. Kırsal alandaki yaşa özel doğurganlık hızları, 15-19 yaş grubundan itibaren hızlı bir şekilde artmakta (%46), 20-24 yaş grubunda en üst düzeye (% 136) ulaşmaktadır (14).

Genç yaştaki kadınlar ileri yaşlardaki kadınlardan daha kısa doğum aralıklarına sahip olmaktadır. Ortanca doğum aralığı 15-19 yaş grubundaki kadınların doğumları için ise 45 aydır. Doğum aralıkları çocuğun doğum sırasına göre önemli ölçüde farklılık

göstermektedir. Doğum sırası 2-3 olan çocuklar arasında en kısa doğum aralığı vardır (14).

İlk evlenme yaşının erken olması, fertil dönemin uzun olmasına neden olmakta ve doğurganlığı etkilemektedir. Türkiye’de kadın ve erkeğin eğitim durumu istenen çocuk sayısını etkilemektedir. Eğitim düzeyi arttıkça istenen çocuk sayısı azalmaktadır. Eğitimin yanında kentleşme ve kadının iş gücüne katılması gibi faktörlerinde etkisiyle toplumumuzda istenen çocuk sayısı ve dolayısı ile istenen aile büyüklüğü olumlu yönde değişmektedir. Türkiye’de istenen çocuk sayısı 2003 yılı devlet İstatistik enstitüsü verilerine göre 2,5’dir (3,14).

### **2.3. DÜNYADA ADÖLESANLARDA DOĞURGANLIK DURUMU**

Adölesan doğurganlıkları dünyada medikal ve sosyal sorunlar içeren özel bir risk grubudur (15).

Adölesan dönemini 13-21 yaş arası uzayan bir dönem olarak düşünürsek, bu çizginin alt ucunda bireyin erişkin sosyal rol ve sorumlulukları kazanmasına ilişkin sosyo-kültürel değişimler önem kazanır (16).

Adölesan yaşlarda çocuk doğurmak tüm dünyada çok değişkenlik gösterir. Nijerya’da 15-19 yaşlar arasındaki her 1000 genç kadından 2/3’ü, Bangladeş’te her 1000 genç kadından 237’si doğurmaktadır. Genç, yaştaki gebelik hızının yüksek olması, toplam doğurganlık hızının da yüksek olmasına neden olmaktadır (17).

Adölesanlarda doğurganlık hızı bölgelere göre değişkenlik göstermesine rağmen Afrika, Asya ve Latin Amerika da gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir. Genelde Afrikalı adölesanlarda doğurganlık hızı en yüksektir (18).

Adölesan gebelikler tüm ülkelerde mevcut olması ile birlikte gelişmiş ülkelerde daha düşük sayıdadır. Gelişmiş ülkeler içindeki en düşük adölesan gebelik hızı % 0,12 ile yılda %0,40’a kadar çıkmaktadır. Avustralya, Kanada, Yeni Zelanda ve bazı Avrupa ülkelerinde 40-69/1000 gebelik ile orta hızda, Belarus, Belçika ve Amerika Birleşik Devletlerinde 70/1000 gebelik veya daha üzerindedir (19).

Amerika Birleşik Devletlerinde hergün yaklaşık 300 adölesan hamile kalmaktadır. Bu diğer gelişmiş ülkeler içindeki en yüksek hız olup halen artmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde 2003 yılında yapılan araştırmada 15-19 yaş grubunun, 20 yaş altı kadınlara oranla gebelik oranı %24’tür. Adölesan hamilelerin yaklaşık yarısı canlı

doğum ile sonuçlanmaktadır. Evli olmayan adölesan anneler okullarını bitirememektedir (20).

Batılı ülkelerde adölesan gebelikler genellikle erken yaşta cinsel aktiviteye başlamış, büyük çoğunluğu evinden yada ailesinden bağımsız olan, sigara, alkol veya uyuşturucu kullananlarda görülmektedir (21).

Sayıları hızla artan ergenlerin üreme sağlığı gereksinimleri özellikle dikkat gerektirmektedir. Ergen gebeliklerin sıklığı çeşitli ülkelerde büyük farklılıklar göstermekle birlikte, genellikle gelişmekte olan ülkelere daha yüksektir.

Gelişmekte olan ülkelere adölesanlar, gelişmiş ülkelerdeki adölesanlardan daha fazla gebe kalmakta ve çocuk doğurmaktadır. Gelişmiş ülkelerde genç yaşta kadınlar eğitimi ve kontraseptif fırsatları gebe kalma riskini azalttığı bildirilmektedir. Bu ülkelere cinsel açıdan aktif olanlar kontraseptif kullanmaya ya da kürtaj olmaya özendirilmektedir (4,9,17).

Gelişmekte olan ülkelere kadınlar için eş ve anne olma gibi temel rolün dışındaki fırsatların az olmasının yanı sıra erken evlenme ve evlenince hemen çocuk sahibi olma konusunda güçlü kültürel ve sosyal beklentiler vardır. Az gelişmiş ülkelere yapılan doğurganlık araştırmaları dil, din, ırk ve ulus ayrımı gözetmeksizin kadın ve erkeklerin çoğunluğunun dört çocuktan fazlasını istemediklerini ve aile planlaması kavramından habersiz olup bilgi edinmeyi istediklerini göstermektedir (4).

Batı Afrika'da okullar, gebe kızların okula devamına izin vermemektedir. Bu bölgede yapılan çalışmalar adölesanların okuldan atılma ve sosyo-ekonomik sınıf atlama şansının yitirilmesi gibi korkularla yasal olmayan kürtajı tercih ettiklerini göstermektedir (4).

Her yıl dünya çapındaki tüm doğumların 1/5'ini oluşturan 20 yaş altındaki 15 milyon kadın doğum yapmaktadır. Bu gebeliklerin ve doğumların büyük bir kısmı istenmemektedir. Gemografic and Healt Survey seçilmiş Afrika ve Latin Amerika ülkelerinde 20 yaş altındaki kadınların mevcut gebeliklerin % 20-60 yanlış zamanlı veya istenmeyen gebeliklerdir. Aynı kadınların son gebelikleri de benzer oranlarla yanlış zamanlı veya istenmeyen gebeliklerdir (22).

Evli genç kadınların pek çok doğumu da istenmeyendir.Örneğin Şili’de 15-20 yaş arası evli kadınların ilk doğumlarının % 35’i istenmeyen gebelik sonucunda oluşurken, evlilik öncesi gebeliklerde bu oran % 42’dir (23).

Genç kadınların evli olmamaları gebeliklerinin de istenmeyen gebelik olmasına neden olmaktadır. Örneğin Kenya’da Demografic and Healt Surves verilerine göre 15-19 yaş arasındaki gebe kadınların evli olanlarında yanlış zamanlı veya istenmeyen gebelik oranı % 47 iken evli olmayan kadınlarda bu oran % 74’tür. Peru’da genç evli kadınlarda istenmeyen gebeliklerin oranı % 51 iken evli olmayan kadınlarda % 69’dur. Diğer Latin Amerika ülkelerinde bu oranlar ilk gebelikler için % 44 ve % 76’dır (24).

Çocuktan adölesan döneme başarılı bir geçiş; biyolojik,psikolojik ve sosyal gelişmenin bir arada olmasıyla gerçekleşecektir. Biolojik gelişim genellikle diğerlerinden daha önce meydana gelmektedir. Menarş yaşı zamanla daha öne gelmekte, kızları bir önceki nesilde daha ince cinsel olgunluğa erişmektedir. Genel olarak kızlar erkeklerden 2 yıl önce ergenlik çağına ulaşırlar (25,26).

Özellikle gelişmiş ülkelerde; eğitim, çalışma hayatına katılma ve kentleşme gibi nedenlerle kızlarda ilk evlenme yaşı yükselmekte, sosyal olgunluğa ulaşma daha geç gerçekleşmektedir. Cinsel olgunluk ile sosyal olgunluk arasındaki sürenin giderek artması, evliliklerin de daha geç yaşlarda yapılması olgusu ile birleşince adölesan grubun bilimsel olarak ilk defa Airlie, Virginia’da 1976’da yapılan konferansta (Fist inter hemispheric conference on Adolesencent Fertility) gündeme gelmiş ve adölesan doğurganlığının sadece evlilik dışı doğurganlık sorunu olmadığı, aynı zamanda bir “Adölesan sorunu” olduğu kabul edilmiştir (15,26).

Gelişmekte olan ülkelerde adölesan doğumları genelde anneler evli oldukları için sorun problem yaratmaz. Erken yaşlarda evlilik hızı gelişmekte olan ülkelerde yüksek olmasına karşın giderek azalmaktadır. Adölesanlardaki tecrübeler pek çok sosyal ve biyolojik nedenlerden dolayı adölesan anne mortalitesi ve morbiditesinin yetişkin yaşta doğum yapan annelere oranları 20 kat daha fazla olduğunu göstermiştir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde gebeliği sonlandırma yasal olmadığı için yasa dışı gebeliği sonlandırma çabaları tüm kadınlardaki maternal morbiditenin en önemli nedenidir (27).

Gelişmekte olan 43 ülkede yapılan çalışmada (20 sub-sahra Afrikası, 10 Latin Amerika, 5 Kuzey Afrika ve yakın doğu, 8 Asya) adölesanlarda gebelik ilk doğum yaşı, evli olmayan kadınlarda doğumla ilgili veriler toplanmış. Çalışma sonucunda gelişmekte

olan ülkelerde adölesan gebeliklerinin yüksek olma nedenleri arasında aşağıdaki sonuçlar saptanmıştır:

- Kent ve kırsal kesim arasındaki sosyo-ekonomik farklılıklar,
- Adölesanlarda planlanmamış doğum
- Güvenli gebeliği sonlandırma yöntemlerine ulaşamamalarının etkili olduğu tespit edilmiştir (28).
- Fiziksel ve duygusal olarak cinsel ilişki, gebelik ve çocuk istemeye hazırlıksız olan gencin yaşam boyu sürece zararlar görebilmelerine neden olur. Gençlerin karşılaştığı en önemli üreme ve cinsellikle ilgili tehlikeler şunlardır.
- Cinsel yolla geçen hastalıklar
- İstenmeyen gebelik, yasal olmayan kürtaj ve kürtaj sonucu komplikasyonlar
- Sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaya bağlı anne ve çocuk ölüm riski
- Düşük doğum ağırlıklı ve prematüre doğumlardır (4).

#### **2.4. TÜRKİYE'DE ADÖLESANLARDA DOĞURGANLIK DURUMU**

İnsan yaşamının önemli bir bölümünü oluşturan gençlik dönemi 12-14 yaş gruplarını kapsamaktadır. Gençlik, insan hayatının en güzel, en değerli, en hassas ve aynı zamanda en karmaşık ve en sorumlu bir dönemdir. Bu sorunların başında, hiç şüphesiz, beden ve ruh sağlığı sorunları gelir. Bir ülkenin gençlerinin beden ve ruh sağlığı, o ülkenin geleceğinin, bekasının refah ve mutluluğunun en temel taşıdır. Gerek 1982 Anayasamızda ve gerekse diğer bir çok yasalarda gençliğin korunması, daha sağlıklı ve daha kültürlü gençlik yetiştirilmesi, çeşitli açılardan gençliğin sorunlarına eğilme ilke olarak kabul edilmiştir (29).

Türkiye orta yaşlı bir nüfusa sahiptir. DİE 2000 verilerine göre 15-19 yaş grubu nüfusun % 10,63'ünü, 20-24 yaş grubu ise nüfusun % 9,86'sını oluşturmaktadır. [81] Kentsel alanda 15-19 yaş grubu % 9,8 iken kırsal alanda % 9,6 dır (14).

Erken yaşta evlenmenin yaygın olduğu ülkemizde TNSA 2003 verilerine göre 15-19 yaş grubunun % 12'si, 20-24 yaş grubunun ise % 48,5'i evlidir. İlk evlenme yaşının erken

olması fertil dönemin daha uzun olmasına neden olmakta ve doğurganlığı etkilemektedir.

2003 TNSA verilerine göre yaşa özel doğurganlık hızı 15-19 yaş grubunda %0 46, 20-24 yaş grubunda %0 136dır. Ortalama canlı doğum sayısı 15-19 yaş grubunda 0,6 iken 20-24 yaş grubunda 1,2'dir. Bu yaş gruplarında ideal çocuk sayısı ise 15-19 yaşlarda 2,5 iken 20-24 yaşları arasında 2,7'ye çıkmaktadır (14).

Adölesan yaştaki evlilikler ve adölesan gebelikler Türkiye'de bazı bölgelerde önemli bir sorundur. Bölgelere göre en erken ilk evlenme yaşı doğu bölgesinde gerçekleşmektedir (14).

Adölesan evlilik ve doğurganlıkları, dünyada ve Türkiye'de medikal ve sosyal sorunlar içeren özel bir risk grubudur. Araştırmalar genç annelerin bebekleri arasında mortalitenin çok yüksek olduğunu, aynı şekilde anne ölümlerinin de 15-19 yaş grubu kadınlarda 20-34 yaş grubuna göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Erken yaşta gebelik, sıklıkla istenmeme olasılığı yüksek ve isteyerek düşükle sonuçlanan gebeliklere yol açmaktadır (9).

TNSA 2003 verilerine göre 15-19 yaş grubundaki kadınların % 3,4'ü 20-24 yaş grubundaki kadınların % 5,6'sı isteyerek düşük yapmışlardır. 20 yaşın altındaki doğumlarda bebek ölüm hızı (BÖH) %0 29, beş yaş altı ölüm hızı %0 37dir. Genç yaştaki annelerin çocuklarının diğer yaş gruplarındaki annelere oranla daha yüksek risklere sahiptirler (9,14).

TNSA 2003 verilerine göre 15-19 yaş grubundaki kadınların % 8'i doğurganlık davranışına başlamaktadır. Anne olma adölesan dönemde yaşla birlikte hızla artmakta 16 yaşında % 1, 17 yaşında % 3, 18 yaşında % 8 ve 19 yaşında % 17'ye kadar yükselmektedir. 20 yaş altı kadınların % 85'i ebe-hemşire yada doktordan doğum öncesi bakım almış % 14'ü doğum öncesi hiçbir bakım almamıştır. İlköğretim birinci basamağından daha az eğitim almış 15-19 yaş grubundaki kadınların % 15'i anne olmuş yada ilk çocuklarına hamileyken, en az lise eğitimi almış kadınlarda bu oran % 3'e düşmektedir (14).

## 2.5. DÜNYADA AİLE PLANLAMASI DURUMU

Bütün toplumlarda ve kültüründe geleneksel olarak kadının doğurganlığı ile aylık adet dönemleri arasında bağ kurulmuştur (4)

Sosyal ve ekonomik faktörler, gelenek, görenek ve dinin etkisi ile nüfus planlaması ve doğum kontrolü konuları asırlardan beri tartışma konusu olmuştur. İnsanlık zaman zaman nüfusu sınırlama gereği duyarken diğer yandan toplum yapısı ve ekonomik koşullar daha fazla nüfusu gerektirmekte idi (4). Rönesans döneminde Fransızlar ve İngilizler Prezervatifi kullanmışlardır. On yedinci yüzyılda Hintliler gebeliği önlemek için rahim içine geçici olarak elastik ince ipler koyarlar ve böylece döllenmeye engel olurlardı. Milattan Önce 1500 yıllarına ait Ebeis Papirüsünde de doğum kontrolü ile ilgili bilgilere rastlanmaktadır (4,20).

Gebeliği önlemeye ilişkin ilk yazılı belgelerde, M.Ö. 2700 yıllarında Çin'de çocuk düşürme yoluyla doğumların önlenmesinden bahsedilmektedir. Mısır'da M.Ö. 1850'de yazılmış Petre Papiris'ü ve M.Ö. 1550'de yazılmış Ebers Papirüslerinde ise gebeliği önlemek amacı ile vajene yerleştirilen, çeşitli maddelerden yapılmış tamponlardan ve coitus interrupts'tan söz edilmektedir (4,10,20).

Milattan önceki devirlerde Arapların çöldeki uzun yolculuklar sırasında, gebe kalmalarını önlemek amacı ile develerin uteruslarına küçük çakıl taşları yerleştirdikleri bilinmektedir. Bu yöntemin insanlarda kullanılmasına ilişkin ilk bilgilere Hipokrat'ın kadın hastalıkları konusundaki yazılarda rastlanır (10).

Bütün toplumlarda ve kültürlerde geleneksel olarak kadının doğurganlığı ile aylık adet dönemleri arasında bağ kurulmuştur (11).

Eski Yunanlılar gebeliği önlemek için kadın ve erkeğin birleşmeleri sırasında, rahim ağzını bal ve sedir yağıyla kapatarak tohumun rahme girmesini önlemeye çalışmışlardır.

MS II. yüzyılda yaşamış olan Roma'nın ünlü hekimi Soranus, gebe kalmayı önlemenin daha kolay ve daha doğru olduğunu savunan ilk düşünürlerdendir. Efesli Soranus birleşmeden belirli sürelerle uzak durması savunan ilk düşünürlerdendir (10,11).

Batıda endüstri çağına giren ülkelerde, aşırı doğurganlığın kontrolü, bir halk hareketi olarak 19. yüzyılda başlamıştır. Halka aile planlaması yöntemlerinin öğretilmesini ilk savunan kişi bir İngiliz papazı olan Jerems Benthandır.

Thomas Malthus 1824'te yazdığı "Nüfus üzerine bir görüş" adlı yayınında; gıda üretiminin aritmetik diziyle, buna karşın nüfusun geometrik diziyle çoğaldığını söyleyerek bu gidişe son verilmediği takdirde, dünyayı açlık ve felaketlerin beklediğini savunmuştur (10,11).

Rönesans devrinde Fransızlar ve İngilizler prezervatifi kullanmışlardır. Kondom ile ilgili ilk yazılı tanım, 1564 yılında İtalyan hekim Gabriel Follapio tarafından yapılmış, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için ketenden yapılmış kılıfın losyonla kullanılmasını önermiştir. Daha sonra ise hayvan bağırsağından yapılan doğal kondomlar kullanılmaya başlanmıştır, 1840'ta kauçuğun yapılması ile kondom, gebeliği önlemek amacı ile kullanmıştır (10,11).

Dünyada Rahim içi araç (RİA) kullanan ilk ülke olan Çin'de "Mahuç Halkası" denilen ipliksiz, çelik yapıya halka biçiminde bir RİA kullanılmıştır. İlk RİA'ların ipek böceği bağırsağından yapıldığı ve halka şeklinde olduğu bilinmektedir. Modern RİA'lar 1960'larda kullanılmaya başlanmış 1970'lerde "Bakır T" gibi daha ufak RİA'lar kullanılmaya başlanmıştır. Takvim yöntemi, 1920'lerde Japonya'da bulunmuş, haplar ise, 1934'te saf progesteronun elde edilmesinden sonra kullanıma sunulmuştur (10).

Ekonomik, politik ve sosyokültürel değişiklikler, içinde bulunan, değişik sistemlerle yönetilen dünya ülkelerinde, aile planlamasına yönelik değişik yaklaşımlar vardır. Aile planlaması tarihsel süreç içerisinde ilk gerekçesi nüfus artışını sınırlamak idi. Ancak daha sonraları Aile Planlamasının gerekliliği tüm dünya tarafından kabul edilmiştir ve bugün aile planlaması bir insan hakkı olarak görülmektedir. 1984 yılında, uluslararası nüfus konferansında, bütün çiftlerin ve bireylerin "istedikleri sayıda çocuğa sahip ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları." Uluslararası oybirliği ile güvence altına alınmıştır.

Aile planlaması ve üreme sağlığı, hizmetlerinin istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin sayısını azaltmakta ve aile planlamasının önemli bir sağlık ölçütü olarak değerlendirilmesine yol açmaktadır (30).

Devlet düzeyinde ilk nüfus planlaması hareketini başlatan ülke olan Japonya'da 1948 yılında kürtaj serbest bırakılmış ve ailelerin 2-3 çocuktan fazla sayıda çocuğa sahip olmamaları istenmiştir (30).



Aile planlaması önemli sağlık problemlerine katkıda bulunur. Gelişmekte olan ülkelerde anne ve çocuk ölümleri yüksektir. Örneğin anne ölümleri İngiltere’de yüzbinde 13, Japonyada yüzbinde 10, İtalya’da yüzbinde 5 iken, Pakistan’da yüzbinde 500, İran’da yüzbinde 76’dır (3).

Gelişmekte olan ülkelerde aile planlaması yöntemleri kullanma hızı düşüktür. Bu düşüklüğün nedenleri arasında aile planlaması yöntemleri hakkında yeterince bilgi sahibi olamama, bilginin nereden elde edileceğini bilememe ve cinsel ilişkiyi olumsuz etkilediği yolunda bilgi eksikliği ve yanlış bilgi sahibi olma gelmektedir (4).

Dünyadaki doğurgan kadınların yarısından biraz fazlası bir kantroseptif kullanmaktadır (30).

1991 yılı sonunda dünyadaki hükümetlerin % 96’sı aile planlaması hizmetlerini destekleyen politikalar uygulamışlardır. Gebeliği önlemek için yöntem kullanma oranı 1995 yılında, tüm dünyada % 61, İngiltere’de % 82, Fransa’da % 75, İtalya’da % 78, Japonya’da % 59, İran’da % 73, Pakistan’da % 24, az gelişmiş ülkelerde % 24 gelişmekte olan ülkelerde % 59, gelişmiş ülkelerde ise % 72’dir.

Halen dünyada 154 milyon çift Tüpligasyonu, 60 milyon çift vazektomi, 110 milyon çift RİA, 95 milyon çift oral kontraseptif, 59 milyon çift kondom, 11 milyon çift ise enjectabl, spermisid, diyafram, 120 milyon çiftin takvim, geri çekme veya diğer geleneksel yöntemlerle korundukları tahmin edilmektedir (10).

Sağlık, eğitim ve sosyoekonomik sorunların büyük bir kısmının temel kaynağı, hızla artan nüfusun ihtiyaçlarının karşılanmaması oluşturmaktadır. Bir ailenin mutluluğu anne babanın sahip oldukları çocuklara sağlıklı yaşam ve gelecek sağlanmasına bağlıdır. Bunun sağlanması içinde eşlerin bakabilecekleri ve yetiştirebilecekleri kadar çocuk sahibi olmaları gerekir. İstemedi ve iyi bir gelecek güvencesi olmadan dünyaya gelen her çocuk hem aileye hem de topluma yüküdür.

Türkiye aile planlaması konusunda belki de dünyanın en modern ve liberal görüş çerçevesinde hazırlanmış ve yürürlükte bulunan yasaya sahip bir ülkedir. 27 Mayıs 1983 tarihinde kabul edilen 18059 sayılı resmi gazetede yayınlanmış olan 2827 sayılı nüfus planlaması hakkındaki yasanın 2. maddesindeki tanım aynen şöyledir. “Aile planlaması, fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları demektir”. Daha

açık bir değişle, evli çiftlerin ekonomik olanaklarına ve kişisel isteklerine göre çocuk sayılarını ayarlamak şeklinde tanımlanır (3).

Aile planlaması; ailelerin tesadüfen değil, istedikleri zaman bakabilecekleri, yetiştirebilecekleri, her bakımdan sorumluluklarını taşıyabilecekleri zaman kendi iradeleri dahilinde çocuk sahibi olmaları anlamına gelmektedir.

Aile planlaması hiçbir zaman ailedeki kişi sayısının sınırlandırılması anlamını taşımaz. Çocuk yapmada aileler tamamen kendi iradeleri içinde serbest olup, istedikleri zaman ve sayıda çocuk sahibi olabilirler. Bu karar kişinin temel insan haklarından biridir. Aile planlaması gönüllü katılım esasına dayanan bir hizmettir (9).

Dünya sağlık örgütü tarafından, “ailelerin sağlığını ve refahını daha iyiye götürerek. Ülkenin sosyoekonomik gelişmesine etkin olarak katkıda bulunmak için birey ve aileler tarafından benimsenen düşünce ve yaşam biçimidir.” Olarak tanımlanan aile planlaması. Alma-Ata Konferansında Temel Sağlık Hizmetlerinin ana unsurlarından biri olarak yer almıştır. Aile planlaması; istenmeyen gebelik, düşük ve doğumların engellenmesi, gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonların azaltılması, doğan bebeklerin dengeli beslenmesi, çocuksuz ailelerin çocuk sahibi olması, bireylerin yaşam kalitelerinin geliştirilmesi, dolayısı ile toplum sağlığına olumlu katkılarda bulunmasını amaçlar (8)

Aile planlamasının amaçları;

- Sık aralıkla, çok sayıda, çok erken ve geç yaşta gebelik ve doğumun ana ve çocuk sağlığına yaptığı olumsuz etkileri önlemek.
- İstenmeyen gebelikleri önlemek.
- Toplum, aileleri ve doğurganlık çağındaki bireyleri üreme fizyolojisi ve doğum kontrolü konusunda eğitmek ve bilinçli, sağlıklı yaşamalarını sağlamak.
- Çocuk sahibi olmak isteyen ve olamayanlara tıbbi imkanlarla yardımcı olmak,
- Topluma ruhen, bedenen sağlıklı çocukların yetişmesini sağlamak.
- Kişilerin sağlık ihtiyaçları doğrultusunda kuruluşlardan yararlanmasını sağlamak.
- Hızlı nüfus artışının getirdiği sorunları bertaraf ederek, toplumun sağlıklı olmasına katkıda bulunmaktır (8).

## 2.6. TÜRKİYE'DE AİLE PLANLAMASI DURUMU

Cumhuriyet döneminden önce Osmanlı İmparatorluğu döneminde, nüfus sorunu bu günkü anlamda üzerinde durulan bir konu olmamıştır. İmparatorluk sınırlarının genişletilmesi ve korunması için askeri güce ihtiyaç vardı ve fazla nüfus istenmekte idi. Ancak bu istek yönünde teşvik edici önlemler de alınmamıştı.

İlk kez 1920'de Atatürk tarafından ele alınan ve günün koşullarının gerektirdiği üzere bir politika olarak ortaya konmuş, Cumhuriyetin kurulması ile birlikte ele alınmış ve resmi bir nüfus politikası izlenmesi Cumhuriyetten itibaren başlamıştır (10).

Cumhuriyet dönemindeki politikalar iki farklı başlıkla incelenmektedir; Pronatalist (nüfus arttırıcı) dönem (1920-1965), Antinatalis (nüfus artışını önleyici) dönem (1965 ve sonrası).

Ülkemizde Cumhuriyet döneminin ilk yıllarında doğurganlığı destekleyici (Pronatalist) bir politika izlenirken, nüfus artış hızının artması ile 1960'lı yıllardan sonra doğurganlık hızını azaltmaya yönelik (Antinatalist) bir politika benimsenmiş, 1965 yılında 557 sayılı nüfus planlaması ile ilgi yasa yürürlüğe girmiştir. Bu yasaya göre gönüllü sterilizasyon yöntemleri hariç, bilinen kontraseptif yöntemlerin kullanımını onaylamıştır (4,8,11,14,30,31,32).

Anne ölümlerini azaltmak için 1983 yılında 2827 sayılı nüfus planlaması hakkındaki kanun ile de; kişinin kendi isteği ile ve tıbbi bir sakıncası olmaması halinde sterilizasyon serbest bırakılmıştır. Gebeliğin 10. haftasına kadar, anne açısından tıbbi bir sakınca yoksa, anne ve babanın isteği üzerine kürtaj yapılması serbest bırakılmıştır. Aynı yasa ile getirilen bir yenilikte kurs görmüş ebe ve hemşirelere Rahim İçi Araç (RİA) uygulama yetkisi verilmiştir. Ayrıca sektörler arası işbirliğinin öngörülmesi ve uygulamalarda eğitilmiş hekim dışı sağlık personelinin yararlanılması gibi önemli iki yenilik daha yer almıştır. Bu kanun aile planlaması ile ilgili eğitimin halka yapılması için başta Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olmak üzere birçok kurum ve kuruluşa sorumluluk yüklemiştir (4,10,14,30,33).

Ülkemizde aile planlaması hizmetleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde, sağlık ocakları ve sağlık evlerinde, hastane ve doğum evlerinde kurulan aile planlaması polikliniklerinde verilmektedir. Sağlık ocaklarında halkın aile planlaması konusunda bilgilendirme ve eğitiminden sorumlu personel, 154 sayılı

yönergede ocak hekimi, ebe, hemşire ve sağlık memuru olarak belirtilmesine rağmen pratikte bu hizmeti ağırlıklı olarak ebeler vermektedir (10).

Türkiye de aile planlaması uygulamalarının yasallaştığı 1965 yılından bu güne kadar, ailelerin gebelikten korunma yöntemlerini kullanma oranları giderek artmıştır. Aradan geçen zaman içinde halen istenilen düzeye ulaşamamıştır. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2003) sonuçlarına göre ailelerin %63.4'ü başka çocuk istememekte ve %14'ü bir sonraki gebeliklerini en az iki yıl geciktirmek istemektedir. Buna rağmen ailelerin %42.5'i etkili aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Toplam aile planlaması talebinin %76 olduğu ve bu talebin %92sinin karşılandığı bildirilmiştir. Doğurganlığı sonlandırma talebi doğumların aralarını açma talebinden 3 kat daha fazladır. Türkiye de etkin kontraseptif kullananlarda RİA ve kondom dışında diğer yöntemlerin kullanımı çok sınırlıdır (14,33).

TNSA-2003 verilerine göre ülkemizde evli kadınların neredeyse tamamı en az bir aile planlaması yöntemini ve yine kadınların neredeyse tamamına yakını en az bir modern yöntem bildiklerini ifade etmişlerdir. Diğer yandan evli kadınların yüzde 43'ü modern ve yüzde 29'u da geleneksel bir yöntem olmak üzere toplam yüzde 71'i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Modern yöntemler arasında en fazla kullanılan yöntemler RİA %20, kondom %11 dir. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı kadının yaşına göre değişiklik göstermektedir. Herhangi bir yöntem kullanımı 15-19 adolesan yaş grubundaki evli kadınlar arasında en düşük düzeyde iken (%44), 30-34 yaş grubunda %81'e kadar yükselirken, 45-49 yaş grubunda %50'ye düşmektedir (14).

TNSA-2003 verilerine göre kentte her hangi bir yöntem kullanma oranı %73.6, her hangi bir modern yöntem kullanma oranı %45.8 iken, kırsal kesimde her hangi bir yöntem kullanma oranı %65, herhangi bir modern yöntem kullanma oranı %34.4 dür.

1988-2003 TNSA verileri karşılaştırıldığında herhangi bir yöntem kullanma oranı %63.4 ten %71'e, hangi bir modern yöntem kullanma oranı %31 den %42.5'e yükselmiştir. Bu oran zaman içinde yükselmesine rağmen gelişmiş ülkeler düzeyin ulaşamamıştır (14).

## 2.7. DÜNYADA ADÖLESLERİN AİLE PLANLAMASI DURUMU

Dünya nüfusunun 1/5'i olan 10-19 yaş arası erkek ve kadınlar 1 milyardır ve bu sayı artmaktadır. Bu artış gösteren nüfus gelişmekte olan ülkelerde, özellikle sub-sahra 6 ülkelerinde daha fazladır. Önümüzdeki 15 yıl içinde (1995-2010) bu artış %20 daha artarak 1.2 milyara ulaşacaktır. UNESCO, gençlik çağını 15-25 yaş dilimleri arasında göstermekte, Birleşmiş Milletler Örgütü'nün tanımına göre ise "Genç; 15-25 yaşları arasında, öğrenim gören, hayatını kazanmak için çalışmayan ve ayrı bir konutu bulunmayan kişidir". Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre;

- İkincil seks karakterlerinin gelişmesi ve görünür hale gelmesi (puberte) ve seksüel ve üreme olgunluğuna ulaşma,
- Erişkin mental yapısına ve görünümüne ulaşmak,
- Sosyoekonomik bağımlılıktan göreceli olarak bağımsızlığa kavuşmaktır (12).

Günümüzde puberteye ulaşma yaşı önceki jenerasyonlara göre daha erken olmaktadır. Genelde kızlar puberteye menarş ile 8-13 yaş arasında girmektedir, erkeklerde ise bu yaş aralığı 9-14 arasındadır (34).

Kuzey Amerika da menarş yaşı 1850 yılından itibaren her 10 yıl için 3/4 ay azalarak 1988 yılında 12.5 yaş olmuştur (35).

İlk cinsel ilişki yaşı ülkeler ve bölgelere göre değişkenlik göstermekle beraber günümüzdeki cinsel aktivitelerin başlangıç yaşı kendilerinden önceki jenerasyon ile karşılaştırıldıklarında daha erken yaşlarda olmaktadır.

Gerçekte, ilk cinsel ilişki yaşı özellikle Asya ve Latin Amerika ülkelerinde daha belirgin olmak üzere artmaktadır. Benzer şekilde eğitimlerine devam etmeleri nedeni ile evliliği geciktirmelerinden dolayı evlilik yaşı da yükselmektedir (36). Şu anda ilk cinsel ilişki yaşı daha ileri yaşlarda olurken, ilk evlilik yaşı da yükselmektedir, ancak ilk evlenme yaşının gecikmesi ilk cinsel ilişki yaşından daha hızlı gecikmektedir (35).

Gençlere yönelik geniş çaplı üreme sağlığı programları Avrupada pilot programlar halinde başlamıştır. 1960'lı yıllarda Avrupa ülkeleri kendi ulusal programlarını hazırlamış, yine aynı yıllarda gelişmekte olan ülkelerde seçilen pilot nüfus üzerine eğitim programları düzenlenmiştir. Gelişmekte olan ülkelerdeki çalışmalar 1980'li yıllarda eğitim programlarının içine aile hayatı ile ilgili bilgiler ilave edilmiş, 1984

yılında Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu tarafından (UNPFA) 52 ülkede desteklenen projeler başlatılmıştır. 1994 yılında Amerika Birleşik Devletlerindeki 50 eyaletin 47'sinde cinsel eğitim ile ilgili tavsiye kararı alınmasına rağmen ancak 17 eyalette hayata geçirilmiştir. 1995 yılında UNPFA projesi 79 ülkeye çıkarılmıştır. Bu programların amacı;

- Nüfus artışının önemini vurgulamak,
- İlk cinsel ilişki yaşının arttırılmasının özendirilmesi,
- Üreme sağlığı ve fizyolojisi ile ilgili bilgilendirme,
- Bölgeler arası eşitliğin sağlanması,
- Doğum kontrol yöntemlerinin öğretilmesi,
- Aile planlamasına ait planlama ve karar verme yeteneğinin geliştirilmesidir (37).

Kahire de 1994 yılında gerçekleştirilen konferansın eylem planında “ üreme sağlığı programlarının kadınların ve adölesanların ihtiyaçlarını da kapsayacak biçimde yeniden düzenlenerek, üreme sağlığı bilgisi, danışmanlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin adölesanlar ve erişkin erkekler için ulaşılabilir kılacak yenilikçi programlara ihtiyaç olduğu” belirtilmiş ve adölesanların üreme sağlığının önemi vurgulanmıştır (38).

Dünyada adölesan nüfusun hızla artması ile birlikte adölesanların üreme sağlığı gereksinimleri de artmıştır. Cinsel etkinlik dönemi daha erken yaşta başlarken, adölesanlar, cinsellik, kontraseptif yöntemler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları için, yüksek oranda gebelik ve CYBH riskine maruz kalmaktadır. Adölesanlar, istenmeyen gebelik ve CYBH nedeni ile çok ciddi fiziksel, ekonomik ve psikososyal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır.

Her yıl dünya çapında milyonlarca genç erişkine cinsel yolla geçen hastalıklar bulaşmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde gonore 15-19 yaş arasındaki genç kızlarda en yüksek oranda, 15-19 yaş arasındaki erkeklerde ise ikinci yüksek oranda görülmektedir (39). Ne yazık ki HIV ile enfekte 6 milyonun üzerindeki insanın yaklaşık yarısı 25 yaşın altındadır gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler içinde en yüksek risk taşıyan grup heteroseksüel ilişki içinde olan genç kadınlardır.

Genç erişkinler aşağıdaki nedenlerden dolayı cinsel yolla geçen hastalıklara kolayca yakalanır.

- Cinsel olarak aktif olmalarına rağmen cinsel yolla geçen hastalıklar konusunda bilgileri azdır (40)
- Cinsel yolla geçen hastalıklar konusunda bilgi sahibi olmalarına rağmen kondom kullanımı konusunda tutarsızdırlar (41). Cinsel yolla geçen hastalık patojenleri genç kadınların servikal mukusuna erişkin kadınlarınkinden daha kolay tutunur, genç kadınların serviksleri klamidya veya gonoreye daha hassastır (42). Genç insanlar seks'e zorlanabilir veya partnerleri kendilerinden daha yaşlı ise kondom kullanma isteklerine direnç ile karşılaşabilirler
- Gelişmekte olan ülkeler de milyonlarca genç sokaklarda yaşayıp, sokaklarda çalışmakta ve seks de sokaklardan satın almaktadır (43,44).

Cinsel olarak aktif genç insanlar erişkinlerden daha az oranda doğum kontrol yöntemi kullanıyorlar. Bunun nedeni yeni evli genç çiftlerin çocuk sahibi olmak istemelerinden veya evlilik dışı gebelik sonucunda evlenmeleridir. Latin Amerika da bazı genç kadınlar dışında pek çok kadın evlendikleri dönem ile ilk gebelikleri arasında doğum kontrol yöntemi kullanmıyorlar (45). Pek çok genç yaşta evlenen kadın 20 yaşından önce çocuk sahibi oluyor. İlk doğumdan sonra bazı kadınlar bir sonraki gebeliğe kadar doğum kontrol yöntemi kullanıyorlar.

Az sayıda ki evlenmemiş çiftler ilk cinsel ilişki sırasında doğum kontrol yöntemi kullanmaktadır. Onbeş yirmidört yaş arasındaki kadınlarda yapılan bir çalışmada Latin Amerika ve Karayipler de ilk ilişki sırasına doğum kontrol yöntemi kullanım oranı %4 ile %43 arasındadır, 15-24 yaş arasındaki erkeklerde bu oran %14 ile %35 arasında ve artan yaş ile birlikte oranda artmaktadır (12).

Neden pek çok genç cinsel ilişki sırasında doğum kontrol yöntemi kullanmıyor? Bunun en sık nedeni genç erkek ve kadının beklenmedik anda cinsel ilişki ile karşı karşıya kalmalarıdır. İkinci önemli nedeni doğum kontrol yöntemi ile ilgili bilgilerinin olmayışıdır. Diğer nedenler arasında doğum kontrol yöntemini kullanmayı akıl edememeleri gelir.

Genç insanlar sıklıkla az doğum kontrol yöntemleri ve doğurganlık hakkında az miktarda veya yanlış bilgiye sahiptirler. Yöntemleri nereden temin edeceklerini veya nasıl kullanacaklarını bilmezler. Pek çok erişkin gibi genç insanlar da doğum kontrol yöntemleri ile ilgili olumsuz tutum, önyargı ve yanlış bilgilendirme içindedirler (46).

Genç erişkinlerde cinsel aktivite önemli bir odak noktası olmasına rağmen dünya çapında genç erişkinlerin büyük bir kısmı bu aktiviteden uzaktırlar, özellikle genç bayanlarda evlilik öncesi cinsel ilişkiden kaçınma söz konusudur (47). Dünyanın bazı bölgelerinde evlilik öncesi cinsel ilişki oldukça yaygındır. Bunun yoğunluğu gelişmişlik ve sosyoekonomik durum ile ilişkilidir. Toplumların büyük kesiminde erkeklerin büyük bir kısmı kızlara göre daha yüksek orandadır. Latin Amerikada erkekler için 13-16 yaş, kızlar için 16-18 yaş arasındadır. Kenya da 1980'lerin sonunda yapılan çalışmada erkeklerin %48'i ilköğretim düzeyinde , %69'u orta eğitim düzeyinde ilk cinsel ilişkiyi yaşarken bu oran kızlarda ardışık olarak %17 ve %27'dir (48). Asya da Tayland da erkeklerin yarısından fazlası ilk cinsel ilişkiyi 18 yaşından önce fahişelerle yaşamaktadır(49). Pek çok bölgede evli olmayan gençlerde cinsel ilişki oranında artış olmaktadır. Onbeş yaş üzerinde yapılan çalışmalarda Afrika da ve Latin Amerikada evlenmemiş genç erişkinlerde cinsel ilişkide artış oranı artmaktadır (50,51).

Gelişmekte olan ülkelerde eğitimin daha kolay ulaşılabilir hale gelmesi nedeni ile evlenme yaşı gecikmektedir. İlköğretimi tamamlayan kadınlar daha geç yaşta evlenmektedirler. Örneğin pek çok sub-Sahra ülkesinde 20-24 yaş arası kadınlarda yapılan bir çalışmada 20 yaşından önce evlenen kadınlarda ilköğrenimi bitirme oranı 20 yaşından sonra evlenen kadınlara göre daha düşüktür. Latin Amerika ülkelerinden; Brezilya, El Salvador, Guatemala, Meksika ve Paraguay da evlilik yaşını 20 yaş üzerine geciktirmiş olan kadınların 6 yıllık ilköğrenimi bitirme oranı 20 yaşından önce evlenen kadınlara göre 2-3 kat daha fazladır. Aynı güçlü ilişki Asya ve Yakındoğu ülkeleri içinde geçerlidir (52).

Eğitim genç kadınlar için her zaman ulaşılabilir değildir, gelişmekte olan ülkeler de özellikle kırsal bölgelerde ilköğrenimden sonra devam edilebilecek bir eğitim kurumu olmaması nedeni ile pek çok genç kadının eğitimi eksik kalmaktadır. Genç kadınların genç erkeklere göre ikinci basamak eğitime devam etme oranları 1960 ile 1980 yılları arasında Afrikada 3 kat, Asyada 2 kat daha azdır. Kırsal kesimde yaşayan adölesanların her iki cinsiyeti de kentlerde yaşayan adölesanlara göre 6 yıllık eğitimi tamamlama oranları daha düşüktür. Okullarından erken ayrılan kadınların ayrılış nedeni, aynı yıl içinde evlenmeleri ve çocuk sahibi olmalarıdır.



Adölesan gebeliklerinin sıklığı ülkeden ülkeye fark göstermekle birlikte, bu duruma daha çok gelişmekte olan ülkelerde karşılaşılmaktadır. Adölesan gebeliklerinin adölesanların hayatında çok önemli sorunlara yol açmaktadır. Adölesan gebelikler, anne ve bebek morbidite ve mortalitelerini arttırmaktadır. Erken yaşta anne olmak adölesan annenin eğitime ve sosyal gelişimine engel olmaktadır. Dünyada bir yılda doğan yaklaşık 14 milyon çocuğun annesi adölesan yaştadır (38). Çok genç yaşta meydana gelen istenen veya istenmeyen gebelikler hem anne hem de bebek açısından ciddi tehlike taşır. Yirmi yaş altındaki kadınlarda en sık görülen ölüm nedeni doğum komplikasyonları ve güvenli olmayan düşükler sonucudur. Yirmi yaş altındaki kadınlarda gebeliğe bağlı hayatı tehdit eden komplikasyonlar arasında; Kanama, sepsis, gebeliğe bağlı hipertansiyonlardan preeklamsi ve eklampsi, kafa-pelvis uyumsuzluğu, sağlıksız düşük komplikasyonları, demir eksikliği anemisi (53,54,55,56).

Sayılan bu riskler tüm gebe kadınlarda olmakla birlikte genç kadınlarda sıklıkla ilk doğum olması, sosyoekonomik faktörler, malnütrisyon, eğitim eksikliği, doğum öncesi bakımsızlık ve acil doğum müdahalesi eksikliği daha da önemlidir (57,58).

Adölesan gebeliklerinin önemli sorunlarından biri, bu gebeliklerin genellikle istenmeyen gebelik olması nedeni ile sağlıksız koşullarda isteyerek düşükle sonuçlandırılmasıdır (38).

Her yıl yaklaşık 2.0 ile 4.4 milyon adölesan gebeliği sonlandırmak amacı ile düşük yapmak için müracaat ediyor. Erişkinlerle karşılaştırıldığında, adölesanlar düşüğü daha geciktiriyor, eğitimsiz personel ile, daha tehlikeli yöntemlerle ve daha çok komplikasyon ile karşı karşıya kalarak yapıyorlar (59).

Latin Amerika ülkelerinde adölesan gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada 15 yaş ve altındaki gebeler 20-24 yaş arasındaki gebelere göre birçok faktör nedeni ile maternal mortalite, erken yeni doğan ölümleri ve anemi açısından daha yüksek risk altındadır. Tüm adölesan grupları; Doğum sırasındaki kanamalar, puerperal sepsis, puerperal endometrit, cerrahi vajinal doğum, epizyotomi, düşük doğum ağırlıklı bebek, erken doğum, düşük gelişim yaşlı bebek açısından yüksek risk taşıırken, sezeryen, üçüncü trimester kanaması ve gebeliğe bağlı diyabet açısından daha düşük risk içermektedir (60).

## 2.8. TÜRKİYE'DE ADÖLESANLARDA AİLE PLANLAMASI DURUMU

Adölesanların temel özelliklerinden biri gençlik döneminin içinde olmalarıdır. Artık çocuk olmamalarına rağmen henüz yetişkin hale de gelmemeleridir. Adölesanlar cinselliklerinin farkındadır ve cinsel olarak aktif hale gelebilirler. Dünya'da adölesan grubun özellikle de gelişmekte olan ülkelerde, cinsel aktif hale gelmesi bu gruba ilgili kontrasepsiyon gereğini ön plana çıkarmaktadır (61).

Cinsel bilgiler matematik, tarih ve din bilgisi kadar yaşamla ilgilidir. Ancak cinsel bilgilerin önemli bir özelliği vardır. Duygular, inançlar, tabular, yasaklar ve değer yargılarıyla sıkı sıkıya ilişkilidir (11).

Adölesan çağındaki her genç evlilik öncesi cinsel aktiviteler konusunda güvenli, doğru bilgiler alma hakkında sahiptir (11).

Cinsel yaşama başlama yaşı, cinsellik ve üreme sağlığını etkileyen önemli etmenlerden biridir. Cinsel olarak etkin bir çok kişi ilk cinsel ilişki deneyimlerini erken yaşlarda ve sıklıkla yetersiz cinsel bilgi ile yaşamaktadır (62).

Adölesanlarda cinsel ilişkiler kendilerini korumak deneyimi ve becerilerini kazanmadan, CYBH'lara karşı gerekli bilgi sahibi olmadan ve sağlık hizmetleri ve olanaklarına nasıl ulaşılacağını öğrenmeden önce olur (63). CYBH karşı risk grubunda olan 15-19 yaş grubundaki kadınların % 69 u AIDS önlemenin yöntemlerini bilmediklerini % 5,5'i ise kondomun AIDS'e karşı koruyucu olduğunu belirtmişlerdir.(14)

Türkiye'de bu konuda yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Kocaeli'deki bir lisede okuyan kız öğrencilerin %2.3'ünün cinsel ilişkiye girdiği, ilk cinsel ilişki yaşının Marmara Üniversitesi kız öğrencilerinde 17.9 yaş, İzmir'de bekar kızlarda 20.3 yaş olduğu görülmüştür. Mersin Üniversitesi'nde ise okuyan ve cinsel ilişkisi olan kızların %75'i, ilk cinsel ilişkiye 19-21 yaşları arasında girmişlerdir (62).

Ülkemizde doğurganlıkla, ilgili yapılan çalışmalarda çok genç ve ileri yaştaki gebeliklerin oranı yüksek bulunmaktadır. Bu kadınların mutlaka etkili bir yöntem kullanması ve gebe kalmaması gerekmektedir. Gebelik ve doğuma bağlı nedenlerle hayatını kaybetme olasılığı 15-19 grubu kadınlarda 20-24 yaş grubu kadınlara oranla üç kat daha fazladır. TNSA 2003 verilerine göre 15-19 yaş grubu kadın,arda etkin yöntem kullanma oranı %16.9, 20-24 yaş grubunda ise etkin yöntem kullanma oranı %31.4'dir,

15-19 yaş grubunda kadınların %55.7'si ise hiçbir yöntem kullanmamaktadır. Oysaki aynı yaş grubunun %68.8'i aile planlamasına ihtiyaç duymaktadır (10,14).

TNSA 2003'e göre adölesanların %98.4'ü herhangi bir metot/%98'inin ise modern kontrasepsiyon metodunu bilmektedir. Bu kadınlar yüksek bilgi düzeyine rağmen, bu grupta sadece %16.9 modern metot kullanmakta, %55.7'si hiç metot kullanmamaktadır. Düşük oranda etkin kontraseptif kullanımı istenmeyen gebeliklerin oluşması ile sonlanabilmektedir. Evli adölesanlara doğurganlık tercihleri sorulduğunda, iki yıldan sonra çocuk sahibi olmak isteyenlerin oranı %46, başka çocuk istemeyenlerin oranı %19.2'dir. adölesan evli kadınların %46.5'i bir çocuğa sahip olduktan sonra ilk kez yöntem kullanmaya başlamışlardır (61).

Erken yaşta çocuk sahibi olmak hem anne, hem de bebek için yüksek risk taşımaktadır. Ergen gebelikler; preeklemsi, anemi, enfeksiyon, yetersiz kilo alımı, erken membran yırtılması gibi sorunların yanı sıra, kadınların eğitimi, sosyal ve ekonomik gelişmelerinin önünde bir engel oluşturmaktadır. Bebekler açısından da doğumsal malformasyon, erken doğum düşük doğum ağırlığı gibi birçok komplikasyonlara neden olmaktadır (62).

DSÖ verilerine göre kombine oral kontraseptifler (KOK), kombine enjekte edilen kontraseptifler (KİK), sadece progesteron içeren haplar (SPH), depomedroksi progesteron asetat (DMPA), norethisteron önantlar (NEÖ), Norplant implantları (NOR), bakirli Rahim için araç (Cu RİA) ve levenergestreli rahim için araç (LNG-RİA) olmak üzere tüm modern yöntemler adölesanlar tarafından kullanılabilir. Ancak bu yaş grubunun özelliklerini bilmek hizmet sunumunda önemlidir (61).

Adölesanlarda istenmeyen gebelik oranları yüksektir. Bunun nedenleri arasında yöntem kullanmama, etkin yöntem kullanmama, etkin yöntemi uygun olarak kullanmama ile ilgili olmakla beraber, adölesanlar için kontrasepsiyon gerek evli olanlarda gerek bekarlarda bir gereksinimdir. Kontraseptif yöntemlerin var olması adölesanların kontraseptiflere ulaşabilmesi anlamını taşımamaktadır. Adölesanların hizmetlerden yararlanabilmesinde çok önemli iki faktör söz konusudur. Birincisi adölesanların çekinmeden ulaşabilecekleri ve hizmetten ücretsiz yararlanabilecekleri birimlerin olmamasıdır. İkinci önemli faktör ise danışmanlıktır. Danışmanların adölesanlara yönelik danışmanlık konusunda etkin beceriye sahip olmaları gerekmektedir (61).

Türkiye'de gençler arasında üreme/cinsel sağlıkla ilgili bilgi düzeyinin düşük olmasının asıl nedeni, özellikle aile ve gençler arasında cinselliği tabu niteliğinin sürmesi olduğu düşünülmektedir. Cinsellik ve üreme sağlığına ilişkin bilgilerin verilmesi durumunda cinsel ilişkiye girme yaşının düşeceği sık sık tartışma konusu olmaktadır. Ancak, DSÖ'nün AIDS ile ilgili programı kapsamında yapılan çalışmalarda, okullarda cinsel eğitim verilmesinin erken cinsel ilişkiye neden olduğuna ilişkin sonuçlara rastlanmamıştır. Tersine bu eğitimin ergenleri cinsel ilişkinin risklerine karşı koruduğu düşünülmektedir (62).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Kayseri il merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinin doğurganlık ve aile planlaması konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesine yönelik yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır.

Çalışma, Eylül 2004 tarihinde planlanmış olup, İl Milli Eğitim Müdürlüğü ile yapılan görüşmelerde 2004-2005 eğitim ve öğretim yılı lise son sınıf öğrencilerine ait sayıların tespit edilmemiş olması nedeni ile 2003-2004 eğitim ve öğretim yılı lise ikinci sınıftaki 9506 öğrencinin 2004-2005 eğitim ve öğretim yılında lise son sınıfta olacağı kabul edilmiştir.

Kayseri il merkezinde İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı toplam 52 lise bulunmaktadır. Bu okulların ; 20'si Orta Öğretim Genel Müdürlüğüne, 17'si Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğüne 4'ü Ticaret turizm Öğretim Genel Müdürlüğüne, 3'ü Dini Öğretim Genel Müdürlüğüne ve 8'i Özel Türk Orta Öğretim Kurumuna bağlıdır.

Kayseri il merkezinde lise son sınıfta öğrenim gören öğrenci sayısı 9506 kişidir. Daha önce yapılmış çalışmaya göre (11), lise öğrencilerinin %65,5'inin aile planlaması bilgisi olduğu varsayılarak, %95 güven aralığında ve %5 hata hesabı ile en az alınması gereken öğrenci sayısı 320 olarak hesaplandı. Öğrencilerin öğrenim gördükleri okul

gruplarındaki ağırlıklarına göre sınıflama yapılarak her bir gurubun %10'u örnekleme alınmış ve dolayısıyla 962 öğrenci üzerinde çalışma yapılmıştır

Araştırmada bilgi toplama yöntemi olarak anket yöntemi uygulanmıştır. Anket 52 sorudan oluşmuştur. Anket formlarının ön uygulaması lise son sınıfta okuyan 30 öğrenci üzerinde yapılmış olup gerekli düzeltmelere gidilmiştir. Anket formu, bir plan dahilinde okullara gidilerek araştırmacı tarafından öğrencilere uygulanmıştır. Uygulamadan önce öğrenciler sınıflarda toplanmış, konu ile ilgili gerekli açıklamalar yapılmış ve daha sonra uygulamaya geçilmiştir. Bir anketin cevaplandırılması ortalama 20-30 dakika arasında sürmüştür.

Araştırma 01/10/2004 tarihinde planlanmış. Ekim-Kasım 2004'te anket formları uygulanmış ve Aralık 2004 – Ocak 2005'te veriler Excel programına girilmiş SPSS 10.0 programına aktarılarak, kıkare testleri yapılmıştır.

## **4. BULGULAR**

Kayseri il merkezinde bulunan lise ve dengi okullardaki 962 öğrenci, okulların Milli Eğitim Bakanlığınca yapılan gruplandırmaları dikkate alınarak; 1.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü, 2.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü, 3.Grup Ticaret Turizm Öğretim Genel Müdürlüğü, 4.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü ve 5.Özel Türk Öğrenim Kurumu olmak üzere 5 kategoride toplanmıştır.

Öğrencilerin grup özellikleri gözetmeksizin dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir.

**Tablo 4.1.** Öğrencilerin eğitim gördüğü liselere göre cinsiyet dağılımı

Liseler	Cinsiyet				Toplam
	Erkek		Kız		
	Sayı	%	Sayı	%	
Seyyid Burhanettin Teknik Lisesi	27	90.0	3	10.0	30
Melikgazi Mustafa Eminoglu Lisesi	47	46.5	54	53.5	101
Kocasinan Atatürk Lisesi	64	64.0	36	36.0	110
Nuh Mehmet Küçükçalık Anadolu Lisesi	33	49.3	34	50.7	67
Mimarsinan Endüstri Meslek Lisesi	21	84.0	4	16.0	25
Atatürk Kız Meslek Lisesi	0	0,0	41	100.0	41
Melikgazi Merkez Teknik Lisesi	29	96.7	1	3.3	30
Şeker Lisesi	56	54.4	47	45.6	103
Sami Yangın Anadolu Ticaret Lisesi	72	69.9	31	30.1	103
Ali Rıza Özderci İmam Hatip Lisesi	4	10.0	36	90.0	40
Arif Molu Anadolu Teknik Lisesi	30	76.9	9	23.1	39
Sümer Lisesi	36	34.3	69	65.7	105
Kayseri Ticaret Lisesi	18	66.7	9	33.3	27
TEO Koleji	14	56.0	11	44.0	25
Özel Hisarcıkoğlu Fen Lisesi	3	60.0	2	40.0	5
Özel Safa Lisesi	4	57.1	3	42.9	7
İstikbal Lisesi	55	58.5	39	41.5	94
Halil İlik Teknik Lisesi	19	95.0	1	5.0	20
<b>Toplam</b>	532	55.3	430	44.7	962

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.



**Tablo 4.2** Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

<b>Özellik</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet (n:962)</b>		
Erkek	532	53.3
Kız	430	46.7
<b>Yaş (n:961)</b>		
16 yaş ve altı	169	17.6
17 yaş	554	57.6
18 yaş ve üzeri	238	24.8
<b>Annenin yaşı (n:962)</b>		
40 yaş ve altı	527	54.8
40 yaş ve üzeri	435	45.2
<b>Babanın yaşı (n:962)</b>		
40 yaş ve altı	240	24.9
40 yaş ve üzeri	722	75.1
<b>Annenin eğitim düzeyi (n:962)</b>		
İlkokul ve altı	632	65.7
Ortaokul ve lise	266	27.7
Üniversite	64	6.7
<b>Babanın eğitim düzeyi (n:962)</b>		
İlkokul ve altı	382	39.7
Ortaokul ve lise	387	40.2
Üniversite	193	20.1
<b>Annenin mesleği (n:961)</b>		
Ev hanımı	866	90.0
Diğer	95	10.0
<b>Babam mesleği (n:939)</b>		
İşçi	223	23.7
Memur	145	15.4
Emekli	157	16.7
Serbest meslek	248	26.4
Diğer	166	17.8
<b>Anneni ilk evlenme yaşı (n:959)</b>		
19 yaş ve altı	103	10.8
20 – 24 yaş	594	61.9
25 yaş ve üzeri	262	27.3

**Tablo 4.2** 'nin devamı

<b>Özellik</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Ailenin ekonomik durumu (n:962)</b>		
Kötü	51	5.3
Orta	493	51.3
İyi	381	39.6
Çok iyi	37	3.8
<b>Ailedeki birey sayısı (n:940)</b>		
3 ve altı	36	3.8
4-6 arası	763	81.2
7 ve üzeri	141	15.0
<b>Okul Grubu Öğrenci Sayıları</b>		
Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	671	69.8
Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müd.	177	18.4
Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	47	4.9
Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	30	3.1
Özel Türk Öğretim Kurumu	37	3.8
<b>Toplam</b>	<b>962</b>	<b>100.0</b>

\* Kolon yüzdeleri alınmıştır.

Tablo 4.2'de öğrenci anne ve babalarının eğitim düzeyi gösterilmiştir. Bu tabloya göre öğrenci annelerinin % 65.7'si ilkokul ve altı; öğrenci babalarının % 40.2'si ortaokul ve lise düzeyinde eğitim seviyesindedir.

**Tablo 4.3.** Öğrencilerin okul gruplarına göre “erkeğin ilk evlenme yaşı”na yönelik verdikleri yanıtların yüzde dağılımı

Okul Grupları	Cinsiyet	Tercih Edilen Yaş Grupları						Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		19 yaş ve altı		20 – 24 yaş		25 yaş ve ↑			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	3	2.6	53	45.3	61	52.1	117	12.63 p<0.01
	Kız	1	1.7	11	18.6	47	79.7	59	
	Toplam	4	2.8	64	36.4	108	61.4	176	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	13	3.6	125	34.5	224	61.9	362	0.77 p > 0.05
	Kız	8	2.6	113	36.7	187	60.7	308	
	Toplam	21	3.1	238	35.5	411	61.3	670	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	1	3.8	13	50.0	12	46.2	26	0.45 p > 0.05
	Kız	1	5.0	8	40.0	11	55.0	20	
	Toplam	2	4.3	21	45.7	23	50.0	46	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	0	0.0	0	0.0	4	100.0	4	0.00 p > 0.05
	Kız	0	0.0	4	15.4	22	84.6	26	
	Toplam	0	0.0	4	13.3	26	86.7	30	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	0	0.0	8	38.1	13	61.9	21	0.00 p > 0.05
	Kız	0	0.0	7	44.0	9	56.0	26	
	Toplam	0	0.0	15	40.5	22	59.5	16	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	17	3.3	199	37.5	314	59.2	37	2.82 p > 0.05
	Kız	10	2.3	143	33.3	276	64.4	530	
	Toplam	27	2.8	342	35.7	590	61.5	429	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

\*\* Bu soruya 3 öğrenci yanıt vermemiştir.

Tablo 4.3'te öğrencilerin “ilk evlenme yaşı kaç olmalı?” sorusuna verdikleri cevaplar görülmektedir. Öğrencilerin % 61.5'i 25 yaş ve üzerinde, % 35,7'si 20-24 yaşları arasında, % 2.8'i ise 19 yaş ve altı olması gerektiğini belirtmiştir. Kız ve erkek öğrenciler arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

**Tablo 4.4.** Öğrencilerin okul gruplarına göre “kızların ilk evlenme yaşı”na yönelik verdikleri yanıtların yüzde dağılımı

Okul Grupları	Cinsiyet	Tercih Edilen Yaş Grupları						Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		19 yaş ve altı		20 – 24 yaş		25 yaş ve ↑			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	15	12.8	74	63.3	28	23.9	117	4.31 p > 0.05
	Kız	2	3.4	39	66.1	18	30.5	59	
	Toplam	17	9.7	113	64.2	46	26.1	176	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	36	9.9	223	61.6	103	28.5	362	0.67 p > 0.05
	Kız	36	11.7	190	61.7	82	26.6	308	
	Toplam	72	10.8	413	61.6	185	27.6	670	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	5	19.2	16	61.6	5	19.2	26	0.61 p > 0.05
	Kız	5	25.0	10	50.0	5	25.0	20	
	Toplam	10	21.7	26	56.6	10	21.7	46	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	0	0.0	2	50.0	2	50.0	4	0.35 p > 0.05
	Kız	2	7.7	13	50.0	11	42.3	26	
	Toplam	2	6.7	15	50.0	13	43.3	30	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	0	0.0	17	81.0	4	19.0	21	3.19 p > 0.05
	Kız	2	12.5	10	62.5	4	25.0	16	
	Toplam	2	5.4	27	73.0	8	21.6	37	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	56	10.6	332	62.6	142	26.8	530	0.24 p > 0.05
	Kız	47	11.0	262	61.0	120	28.0	429	
	Toplam	103	10.8	594	61.9	262	27.3	959	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

X<sup>2</sup>=12.55 P > 0.05

\*\* Bu soruya 3 öğrenci yanıt vermemiştir.

Tablo 4.4’te görüldüğü gibi, öğrencilere, “kızların ilk evlenme yaşı kaç olmalıdır?” sorusu yöneltilmiş, öğrencilerin % 61,9’u 20-24 yaşlar arasında, % 27.3’ü 25 yaş ve üzerinde, % 10.8’i ise 19 yaş ve altında kız öğrencilerin evlenmesi gerektiğini belirtmiştir. Kız ve erkek öğrenciler arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir.Okul grupları arasında da anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

**Tablo 4.5.** Öğrencilerin okul gruplarına ve cinsiyetlerine göre “İlk gebelik yaşı kaç olmalıdır?” sorusuna verdikleri yanıtların yüzde dağılımı

Okul Grupları	Cinsiyet	Tercih Edilen Gebelik Yaşı						Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		19 yaş ve altı		20 – 24 yaş		25 yaş ve ↑			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	4	3.4	51	43.6	62	53.0	117	1.98 p>0.05
	Kız	1	1.7	20	34.5	37	63.8	58	
	Toplam	5	2.8	71	40.6	99	56.6	175	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	12	3.4	141	39.7	202	56.9	355	0.97 p>0.05
	Kız	12	4.0	108	36.1	179	59.9	299	
	Toplam	24	3.7	249	38.1	381	58.2	654	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	0	0.0	14	58.3	10	41.7	24	4.17 p>0.05
	Kız	1	4.8	10	47.6	10	47.6	21	
	Toplam	1	2.2	24	53.3	20	44.5	45	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	0	0.0	2	50.0	2	50.0	4	0.27 p>0.05
	Kız	0	0.0	6	23.1	20	76.9	26	
	Toplam	0	0.0	8	26.7	22	73.3	30	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	0	0.0	8	38.1	13	61.9	21	0.38 p>0.05
	Kız	0	0.0	9	56.2	7	43.8	16	
	Toplam	0	0.0	17	46.0	20	54.0	37	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	16	3.1	216	41.4	289	55.5	521	2.46 p>0.05
	Kız	14	3.4	153	36.4	253	60.2	420	
	Toplam	30	3.2	369	39.2	542	57.6	941	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

X<sup>2</sup>=9.82 P > 0.05

\*\* Bu soruya 21 öğrenci yanıt vermemiştir.

Tablo 4.5'te verildiği gibi öğrencilere “İlk gebelik yaşı kaç olmalıdır?” sorusu yöneltilmiş, öğrencilerin % 57.6’sı 25 yaş ve üzeri, % 39.2’si 20-24 yaşları arasında, % 3.2’si ise ilk gebeliğin 19 yaş ve altı olması gerektiğini belirtmiştir. Kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark yoktur.

**Tablo 4.6** Öğrencilerin okul gruplarına ve cinsiyetlerine göre aile planlaması tanımını bilme durumu

Okul Grupları	Cinsiyet	Aile Planlaması Tanımı				Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Biliyor		Bilmiyor			
		Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik *** Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	65	55.6	52	44.4	117	1.39 p>0.05
	Kız	39	66.1	20	33.9	59	
	Toplam	104	59.1	72	40.9	176	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	253	70.3	107	29.7	360	3.13 p>0.05
	Kız	266	86.4	42	13.6	308	
	Toplam	519	77.6	149	22.4	668	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	18	69.2	8	30.8	26	1.28 p>0.05
	Kız	17	81.0	4	19.0	21	
	Toplam	35	74.5	12	25.5	47	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	2	50.0	2	50.0	4	3.13 p>0.05
	Kız	20	80.0	5	20.0	25	
	Toplam	22	75.9	7	24.1	29	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	17	85.0	3	15.0	20	1.60 p>0.05
	Kız	14	87.5	2	12.5	16	
	Toplam	31	86.1	5	13.9	36	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	355	67.4	172	32.6	527	29.6 p<0.001
	Kız	356	83.0	73	17.0	429	
	Toplam	711	75.4	245	25.6	956	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

X<sup>2</sup>=27.06 P < 0.001

\*\* Bu soruya 6 öğrenci yanıt vermemiştir.

\*\*\* Farklılık bu gruptan kaynaklanmaktadır

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi aile planlaması (A.P) tanımını öğrencilerin % 75.4'ü duymuş, % 25.6'sı ise duymadığını belirtmiştir. Kız öğrenciler (% 83.0) erkek öğrencilerden daha yüksek oranda (% 67.4) AP tanımını bildikleri belirlenmiştir. Kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmaktadır. Okul gruplarına bakıldığında kız ve erkek öğrenciler arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir.

**Tablo 4.7** Öğrencilerin okul gruplarına ve cinsiyetine göre ailedeki “çocuk sayısının fazla olma” sının çocuk sağlığına etkisini bilme durumu

Okul Grupları	Cinsiyet	Biliyor		Bilmiyor		Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	62	52.5	56	47.5	118	11.10 p<0.001
	Kız	47	79.7	12	20.3	59	
	Toplam	109	46.2	68	28.8	236	
II.Orta *** Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	189	52.4	72	47.6	261	5.65 p<0.05
	Kız	193	62.7	115	37.3	308	
	Toplam	382	67.1	187	32.9	569	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	17	47.3	19	52.7	36	2.15 p>0.05
	Kız	5	23.8	16	76.2	21	
	Toplam	22	38.6	35	61.4	57	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	3	75.0	1	25.0	4	0.81 p>0.05
	Kız	9	34.6	17	65.4	26	
	Toplam	12	40.0	18	60.0	30	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	10	47.6	11	52.4	21	0.01 p>0.05
	Kız	7	43.7	9	56.3	16	
	Toplam	17	45.9	20	54.1	37	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	281	53.0	149	47.0	530	5.38 p<0.05
	Kız	261	60.7	169	39.3	430	
	Toplam	542	56.5	418	43.5	960	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

X<sup>2</sup>=29.90 P < 0.001

\*\* Bu soruya 2 öğrenci yanıt vermemiştir.

\*\*\* Farklılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

Tablo 4.7’de öğrencilerin, ailedeki çocuk sayısının fazla olmasının çocuk sağlığına etkisini bilme durumu görülmektedir. Kız öğrencilerin % 60.7’si, erkek öğrencilerin % 53.0’ı bildiklerini belirtmiştir. Kız öğrenciler erkek öğrencilerden daha fazla oranda bilmekte ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır.

I. ve II. gruptaki okullarda,her bir grubun kendi içerisinde kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır.

**Tablo 4.8.** Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetine göre annenin “çok doğum yapma”sının kadın sağlığına etkisini bilme durumu

Okul Grupları	Cinsiyet	Kadının Çok Doğum Yapması Sağlığını Olumsuz Etkiler				Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Biliyor		Bilmiyor			
		Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	76	64.4	42	35.6	118	1.42 p>0.05
	Kız	44	74.6	15	25.4	59	
	Toplam	120	67.8	57	32.2	177	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	254	70.0	109	30.0	363	20.52 p<0.001
	Kız	262	85.1	46	14.9	308	
	Toplam	516	76.9	155	23.1	671	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	18	69.2	8	30.8	26	2.31 p>0.05
	Kız	9	42.9	12	57.1	21	
	Toplam	27	57.4	20	42.6	47	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	4	100.0	0	0.00	4	0.47 p>0.05
	Kız	18	69.2	8	30.8	26	
	Toplam	22	73.3	8	26.7	30	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	18	85.7	3	14.3	21	0.16 p>0.05
	Kız	12	75.0	4	25.0	16	
	Toplam	30	81.1	7	18.9	37	
<b>Genel Toplam</b>	Erkek	370	69.5	162	30.5	532	1.8 p>0.05
	Kız	345	80.2	85	19.8	430	
	Toplam	715	74.3	247	25.7	962	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

$$X^2 = 14.20 \quad P < 0.05$$

Tablo 4.8’de verildiği gibi öğrencilerin % 74.3’ü kadının çok doğum yapmasının sağlığını olumsuz etkileyeceğini bilmekte, % 25.7’si bilmemektedir. Kız öğrenciler (% 80.2) erkek öğrencilerden (% 69.2) daha fazla oranda bu konuyu bilmekte olup aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmektedir. Okul gruplarına bakıldığında II. Grup okullardaki kız ve erkek öğrenciler arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır.



**Tablo 4.9.** Öğrencilerin anne eğitim düzeyi ve cinsiyetine göre “çok doğum yapma”nın kadın sağlığına etkisini bilme durumu

Annenin eğitim durumu	Cinsiyet	Kadının Çok Doğum Yapması Sağlığını Olumsuz Etkiler				Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Biliyor		Bilmiyor			
		Sayı	%	Sayı	%		
İlkokul ve ↓	Erkek	248	69.5	109	30.5	357	13.53 p<0.001
	Kız	227	82.5	48	17.5	275	
	Toplam	475	75.2	157	24.8	632	
Ortaokul-Lise	Erkek	96	67.6	46	32.4	142	3.23 p>0.05
	Kız	97	78.2	27	21.8	124	
	Toplam	193	72.3	73	27.4	266	
Üniversite	Erkek	26	78.8	7	21.2	33	0.51 p>0.05
	Kız	21	67.7	10	32.3	31	
	Toplam	47	73.4	17	26.6	64	
Genel Toplam	Erkek	370	69.5	162	30.5	532	13.6 p<0.001
	Kız	345	80.2	85	19.8	430	
	Toplam	715	74.3	247	25.7	962	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

X<sup>2</sup>=0.69 P > 0.05

Tablo 4.9’da annenin eğitim düzeyi arttıkça, kadının çok doğum yapmasının kadın sağlığına olan olumsuz etkisini bilme düzeyleri gösterilmiştir. Öğrencilerin annelerinin eğitim düzeylerine göre anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kız ve erkek öğrenciler arasında anlamlı bir tespit edilmemiştir.

**Tablo 4.10.** Öğrencilerin baba eğitim düzeyi ve cinsiyetine göre “çok doğum yapma”nın kadın sağlığına etkisini bilme durumu

Babanın eğitim durumu	Cinsiyet	Kadının Çok Doğum Yapması Sağlığını Olumsuz Etkiler				Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Biliyor		Bilmiyor			
		Sayı	%	Sayı	%		
İlkokul ve ↓	Erkek	162	71.4	65	28.6	227	6.14 p<0.05
	Kız	123	83.1	25	16.9	148	
	Toplam	285	76.0	90	24.0	375	
Ortaokul-Lise	Erkek	138	65.7	72	34.3	210	12.93 p<0.001
	Kız	156	81.5	34	18.5	190	
	Toplam	294	73.5	106	26.5	400	
Üniversite	Erkek	70	73.7	25	26.3	95	0.01 p>0.05
	Kız	72	73.5	26	26.5	98	
	Toplam	142	73.6	51	26.4	193	
Genel Toplam	Erkek	370	69.5	162	30.5	532	13.6 p<0.001
	Kız	345	80.2	85	19.8	460	
	Toplam	715	74.3	247	25.7	962	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

X<sup>2</sup>=0.74 P > 0.05

Tablo 4.10’da babanın eğitim düzeyi arttıkça, kadının çok doğum yapmasının kadın sağlığına olan olumsuz etkisini bilme düzeyleri gösterilmiştir. Öğrencilerin babalarının eğitim düzeylerine göre arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kız ve Erkek öğrenciler anlamlı bir fark tespit edilmiştir.

**Tablo 4.11.** Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetlerine göre “doğum aralığı”nı bilme durumu

Okul Grupları	Cinsiyet	Doğum Aralığı				Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Biliyor		Bilmiyor			
		Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	53	44.9	65	55.1	118	19.83 p<0.001
	Kız	6	10.2	53	89.8	59	
	Toplam	59	33.3	118	66.7	177	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	144	39.7	219	60.3	363	0.94 p>0.05
	Kız	110	35.7	198	64.3	308	
	Toplam	254	37.9	417	62.1	371	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	11	42.3	15	57.7	26	0.10 p>0.05
	Kız	7	33.6	14	66.4	21	
	Toplam	18	38.3	29	61.7	47	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	2	50.0	2	50.0	4	0.51 p>0.05
	Kız	5	19.2	21	80.8	26	
	Toplam	7	23.3	23	76.7	30	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	11	52.4	10	47.6	21	0.07 p>0.05
	Kız	10	62.5	16	37.5	16	
	Toplam	21	56.8	26	43.2	37	
<b>Genel Toplam</b>	Erkek	221	41.5	311	58.5	535	0.67 p<0.01
	Kız	138	32.1	292	67.9	430	
	Toplam	359	37.3	603	62.7	962	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

X<sup>2</sup>=4.84 P > 0.05

Tablo 4.11’de verildiği gibi araştırma kapsamına alınan öğrencilerin anne ve çocuk sağlığı açısından,iki doğum arasındaki süreyi bilme durumuna bakıldığında öğrencilerin % 62.7’si bilmekte iken, % 37.3’ünün bilmediği belirlenmiştir. Kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark tespit edilmiştir.

**Tablo 4.12.** Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetine göre “Çocuk sayısını belirlemek eşlerin elinde mi?” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı

Okul Grupları	Cinsiyet	Evet		Hayır		Bilmiyor		Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	60	51.3	16	13.7	41	35.0	117	14.73 p<0.001
	Kız	47	81.1	2	3.4	9	15.5	58	
	Toplam	107	61.1	18	10.3	50	28.6	175	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	243	68.1	18	5.0	96	26.9	357	8.04 p<0.05
	Kız	239	77.9	12	3.9	56	18.4	307	
	Toplam	482	72.6	30	4.5	152	22.9	664	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	13	50.0	3	11.5	10	38.5	26	2.59 p>0.05
	Kız	12	57.1	0	0.0	9	42.9	21	
	Toplam	25	53.2	3	6.4	19	40.4	47	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	3	75.0	0	0.0	1	25.0	4	0.97 p>0.05
	Kız	13	50.0	2	7.7	11	42.3	26	
	Toplam	16	53.3	2	6.7	12	40	30	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	16	80.0	1	5.0	3	15.0	20	0.06 p>0.05
	Kız	13	81.0	1	6.3	2	12.6	16	
	Toplam	29	80.6	2	5.5	5	13.9	36	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	335	63.9	38	7.3	151	28.8	524	15.89 p<0.001
	Kız	324	75.7	17	4.0	87	20.3	428	
	Toplam	659	69.1	55	5.9	238	25.0	952	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

X<sup>2</sup>=25.32 P < 0.001

\*\*Bu soruya 10 öğrenci yanıt vermemiştir.

Tablo 4.12’de öğrencilerin çocuk sayısını belirlemek eşlerin elinde midir sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin % 69.1’i eşlerin elinde olduğunu belirtirken, % 30.9’ünün bilmediği görülmektedir. Kız öğrenciler (% 75.7) erkek öğrencilerden (% 63.9) daha yüksek oranda çocuk sayısını belirlemenin eşlerin elinde olduğunu bilmekte ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır. I. ve II.grup okullardaki kız öğrenciler erkek öğrencilerden daha fazla oranda bilirken aralarında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmaktadır.

**Tablo 4.13.** Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetine göre aile planlaması yöntemlerini bilme durumu

Cinsiyet	Aile Planlaması Yöntemleri Bilme Durumu (%)											
	Prezervatif		KOK		RİA		Takvim Yöntemi		Geri Çekme		Sterilizasyon	
	Biliyor	Bilmiyor	Biliyor	Bilmiyor	Biliyor	Bilmiyor	Biliyor	Bilmiyor	Biliyor	Bilmiyor	Biliyor	Bilmiyor
<b>Erkek</b>	81.9	18.1	73.6	26.4	31.7	68.3	34.7	65.3	38.6	61.4	20.5	79.5
<b>Kız</b>	72.8	27.2	87.9	12.1	58.1	41.9	36.9	63.1	20.7	79.3	12.0	88.0
<b>X<sup>2</sup> p</b>	11.34	P<0.001	29.90	p<0.001	65.90	p<0.001	0.40	p>0.05	35.0	p<0.001	p<0.001	11.80
<b>Genel Toplam*</b>	77,9	22,1	80,0	20,0	58,1	41,9	35,6	64,4	30,5	69,5	16,7	80,3

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

Tablo 4.13’de öğrencilerin AP yöntemlerini bilme durumu dağılımı yer almaktadır. Erkek öğrenciler istatistiksel olarak, anlamlı şekilde prezervatif, geri çekme ve sterilizasyon yöntemini bilirken, kız öğrencilerde anlamlı şekilde oral kontraseptif ve RİA’yı daha fazla bildikleri görülmektedir.

**Tablo 4.14.** Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetine göre “Aile planlaması yöntemini eşlerden hangisi uygulamalı?” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı

Okul Grupları	Cinsiyet	Öğrenci Yanıtları						Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Kendim		Eşim		Her ikimiz			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	5	4.2	52	44.1	61	51.7	118	30.90 p<0.001
	Kız	12	20.3	4	6.8	43	72.9	59	
	Toplam	17	9.6	56	31.6	104	58.8	177	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	21	5.9	169	47.9	163	46.2	353	76.66 p<0.001
	Kız	38	12.5	48	15.8	217	71.7	303	
	Toplam	59	9.0	217	33.1	380	57.9	656	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	1	3.8	14	53.8	11	42.3	26	6.47 p<0.05
	Kız	5	23.8	5	23.8	11	52.4	21	
	Toplam	6	12.8	19	40.4	22	46.8	47	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	0	0.0	2	66.7	1	33.3	3	2.97 p>0.05
	Kız	2	8.3	5	20.8	17	70.9	24	
	Toplam	2	7.4	7	25.9	18	66.7	27	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	2	10.5	6	31.6	11	57.9	19	3.86 p>0.05
	Kız	4	26.7	1	6.6	10	66.7	15	
	Toplam	6	17.6	7	20.6	21	61.8	34	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	29	5.6	243	46.8	247	47.6	519	113 p<0.001
	Kız	61	14.5	63	14.9	298	70.6	422	
	Toplam	90	9.6	306	32.5	545	57.9	941	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

X<sup>2</sup>=7.50 P > 0.05

\*\* Bu soruya 21 öğrenci yanıt vermemiştir.

Tablo 4.14’de araştırmaya alınan öğrencilerin aile planlaması yöntemini eşlerden hangisi uygulamalıdır sorusuna alınan yanıtların dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin % 9.6’sı “kendim” , % 32.5’i “eşim”, % 57.9’u “her ikimiz” uygulamalı yanıtını vermiştir. Kız öğrenciler erkek öğrencilerden daha yüksek oranda “her ikimiz” uygulamalı cevabını vermiştir (p < 0.001).

**Tablo 4.15.** Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetine göre “Aile planlaması yöntemlerinden birini kullanmak ister misiniz?” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı

Okul Grupları	Cinsiyet	Öğrenci Yanıtları						Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Evet		Hayır		Fikrim yok			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	63	53.4	13	11.0	42	35.6	118	7.28 p<0.05
	Kız	42	71.2*	1	1.7	16	27.1	59	
	Toplam	105	59.3	14	7.9	58	32.8	177	
II.Orta Öğretim *** Genel Müdürlüğü	Erkek	253	69.7	41	11.3	69	19.0	363	12.00 p<0.05
	Kız	240	78.2*	13	4.2	54	17.6	307	
	Toplam	493	73.6	54	8.0	123	18.4	670	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	13	50.0	5	19.2	8	30.8	26	2.48 p>0.05
	Kız	14	66.7	1	4.8	6	28.6	21	
	Toplam	27	57.4	6	12.8	14	29.8	47	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	4	100.0	0	0.0	0	0.0	4	4.61 p>0.05
	Kız	11	42.3	5	19.2	10	38.5	26	
	Toplam	15	50.0	5	16.7	10	33.3	30	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	12	57.1	5	23.8	4	19.0	21	4.59 p>0.05
	Kız	13	81.3	0	0.0	3	18.8	16	
	Toplam	25	67.6	5	13.5	7	18.9	37	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	345	64.8	64	12.0	123	23.1	532	18.6 p<0.001
	Kız	320	74.6	20	4.7	89	20.7	429	
	Toplam	665	69.2	84	8.7	212	22.1	961	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

X<sup>2</sup>=27.92 P < 0.001

\*\* Bu soruya 1 öğrenci yanıt vermemiştir.

\*\*\* Farklılık bu gruptan kaynaklanmaktadır.

Tablo 4.15’te görüldüğü gibi öğrencilerin aile planlaması yöntemlerinden birini kullanmak ister misiniz sorusuna alınan yanıtların dağılımı gösterilmektedir. Öğrencilerin % 69.2’si evet yanıtını vermiş olup, kız öğrenciler (% 74.6) erkek öğrencilerden (% 64.8) istatistiksel olarak anlamlı oranda daha yüksek “evet” yanıtını vermiştir ( $p < 0.001$ ). Okul gruplarına bakıldığında I. ve II.grup içindeki okullarda öğrenim gören kız öğrenciler erkek öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha fazla “evet” yanıtını vermişlerdir.

**Tablo 4.16.** Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetine göre “Gebeliği önleyecek yöntemleri kullanmak yasal mıdır ?” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı

Okul Grupları	Cinsiyet	Öğrenci Yanıtları						Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Evet		Hayır		Fikrim yok			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	32	27.1	35	29.7	51	43.2	118	114.20 p<0.001
	Kız	28	47.5*	4	6.8	27	45.8	59	
	Toplam	60	32.9	39	22.0	78	44.1	177	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	182	50.1	70	19.3	111	30.6	669	5.65 p>0.05
	Kız	181	39.2	45	14.7	80	26.1	363	
	Toplam	363	54.3	115	17.2	191	28.5	306	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	7	26.9	14	53.8	5	19.2	26	6.76 p<0.05
	Kız	7	33.3	4	19.0	10	47.6	21	
	Toplam	14	29.8	18	38.3	15	31.9	47	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	1	25.0	2	50.0	1	25.0	4	2.71 p>0.05
	Kız	12	46.2	7	16.9	7	26.9	26	
	Toplam	13	43.3	9	30.0	8	26.7	30	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	13	65.0	2	10.0	5	25.0	20	1.71 p>0.05
	Kız	7	43.8	2	12.5	7	43.8	16	
	Toplam	20	55.6	4	11.1	12	33.3	36	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	235	44.3	123	23.7	173	32.6	531	15.02 p<0.001
	Kız	235	54.9	62	14.5	131	30.6	428	
	Toplam	470	49.0	185	19.3	304	31.7	959	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

\*\* Bu soruya 3 öğrenci yanıt vermemiştir.



Tablo 4.16’da araştırmaya alınan öğrencilerin “Gebeliği önleyecek yöntemleri kullanmak yasal mıdır?” sorusuna alınan yanıtların dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin % 49.0’u “Evet”, % 19.3’ü “Hayır”, % 31.7’si “fikrim yok” yanıtını vermiştir. Erkek öğrencilerden daha fazla oranda bilmekte ve aralarında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p < 0.001$ ).

**Tablo 4.17.** Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetine göre “Evlenmeden önce aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi edinmek ister misiniz?” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı

Okul Grupları	Cinsiyet	Öğrenci Yanıtları						Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Evet		Hayır		Fikrim yok			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	88	74.5	16	13.6	14	11.9	118	12.62 p<0.01
	Kız	56	96.6	1	1.7	1	1.7	58	
	Toplam	144	81.8	17	9.7	15	8.5	176	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	294	81.0	42	11.6	27	7.4	363	20.61 p<0.001
	Kız	286	92.8	11	3.6	11	3.6	308	
	Toplam	580	86.4	53	7.9	38	5.7	671	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	19	73.1	4	15.4	3	11.5	26	0.45 p>0.05
	Kız	17	81.0	2	9.5	2	9.5	21	
	Toplam	36	76.6	6	12.8	5	10.6	47	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	4	100.0	0	0.0	0	0.0	4	1.15 p>0.05
	Kız	20	76.9	5	19.3	1	3.8	26	
	Toplam	24	80.0	5	16.7	1	3.3	30	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	15	75.0	3	15.0	2	10.0	20	2.93 p>0.05
	Kız	13	81.2	0	0.0	3	18.8	16	
	Toplam	28	77.8	3	8.3	5	13.9	36	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	420	79.1	65	12.2	46	8.7	531	27.8 p<0.001
	Kız	392	91.4	19	4.4	18	4.2	429	
	Toplam	812	84.6	84	8.7	64	6.7	960	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

X<sup>2</sup>=11.54 P > 0.05

\*\* Bu soruya 2 öğrenci yanıt vermemiştir.

Tablo 4.17’de görüldüğü gibi öğrencilerin % 84.6’sı evlenmeden önce aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi almak istemektedir. Kız öğrenciler (% 91.4) erkek öğrencilerden (% 79.1) daha yüksek oranda bilgi almak isterken aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Okul gruplarına bakıldığında I. ve II.grup içindeki okullarda kız öğrenciler erkek öğrencilerden daha yüksek düzeyde bilgi almak istemektedir ve aralarında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

**Tablo 4.18.** Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetine göre “Aile planlaması yöntemlerini bilmek gerekli midir ?” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı

Okul Grupları	Cinsiyet	Öğrenci Yanıtları						Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Evet		Hayır		Fikrim yok			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	99	89.3	8	6.8	11	9.3	118	6.60 p<0.05
	Kız	57	96.6	0	0.0	2	3.4	59	
	Toplam	156	88.1	8	4.5	13	7.4	177	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	323	89.2	23	6.4	16	4.4	362	7.28 p<0.05
	Kız	291	94.5	7	2.3	10	3.2	308	
	Toplam	614	91.6	30	4.5	26	3.9	670	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	20	77.0	3	11.5	3	11.5	26	1.51 p>0.05
	Kız	19	90.4	1	4.8	1	4.8	21	
	Toplam	39	83.0	4	8.5	4	8.5	47	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	4	100.0	0	0.0	0	0.0	4	0.71 p>0.05
	Kız	22	84.6	3	11.5	1	3.8	26	
	Toplam	26	86.7	3	10.0	1	3.4	30	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	15	75.0	4	20.0	1	5.0	20	4.64 p>0.05
	Kız	16	100.0	0	0.0	0	0.0	16	
	Toplam	31	86.1	4	11.1	1	2.8	36	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	461	87.0	38	7.2	31	5.8	530	14.6 p<0.05
	Kız	405	94.2	11	2.6	14	3.2	430	
	Toplam	866	90.2	49	5.1	45	4.7	960	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

X<sup>2</sup>=11.73 P > 0.05

\*\* Bu soruya 2 öğrenci yanıt vermemiştir.

Tablo 4.18’de verildiği gibi öğrencilerin % 90.2’si aile planlaması yöntemlerini bilmenin gerekli olduğunu belirtmektedir. Kız öğrenciler (% 94.2) erkek öğrencilerden (% 87.0) daha yüksek oranda AP yöntemlerini bilmenin gerekli olduğunu belirtmekte ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Okul gruplarına bakıldığında I. ve II.grup içindeki okullarda kız öğrenciler, erkek öğrencilerden daha fazla oranda AP yöntemlerini bilmenin gerekli olduğunu belirtmekte ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmaktadır.

**Tablo 4.19.** Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetine göre çocuk sayısındaki fazla artışın, “**ailenin sosyo-ekonomik düzeyi ve sağlığı**” açısından olumsuz etkisini bilme durumu

Okul Grupları	Cinsiyet	Öğrenci Yanıtları						Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Biliyor		Bilmiyor		Fikrim yok			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	68	58.1	24	20.5	25	21.4	117	8.70 p<0.05
	Kız	47	79.6	4	6.8	8	13.6	59	
	Toplam	115	65.3	28	15.9	33	18.8	176	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	286	78.8	33	9.1	44	12.1	363	19.32 p<0.001
	Kız	272	88.6	17	5.5	18	5.9	307	
	Toplam	558	83.3	50	7.5	62	9.2	670	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	17	65.4	6	23.1	3	11.5	26	0.70 p>0.05
	Kız	16	76.2	3	14.3	2	9.5	21	
	Toplam	33	70.2	9	19.2	5	10.6	47	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	4	100.0	0	0.0	0	0.0	4	1.15 p>0.05
	Kız	20	80.0	3	11.5	3	11.5	26	
	Toplam	24	80.0	3	10.0	3	10.0	30	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	81	85.7	1	4.8	2	9.5	21	1.16 p>0.05
	Kız	14	87.4	1	6.3	1	6.3	16	
	Toplam	32	86.5	2	5.4	3	8.1	37	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	393	74.0	64	12.1	74	13.9	531	20.8 p<0.001
	Kız	369	86.0	28	6.5	32	3.5	429	
	Toplam	762	79.4	92	9.6	106	11.0	960	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

\*\* Bu soruya 2 öğrenci yanıt vermemiştir.

Tablo 4.19’da araştırmaya alınan öğrencilerin, çocuk sayısındaki fazla artışın ailenin sosyo-ekonomik düzeyi ve sağlığı açısından etkisini bilme durumu yer almakta olup, öğrencilerin % 79.4’ünün bu konu hakkında bilgi sahibi olduğu, % 20.6’sının bu konu hakkında bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Araştırmaya alınan kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmaktadır.

**Tablo 4.20.** Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetine göre prezervatif yönteminin cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğunu bilme durumu

Okul Grupları	Cinsiyet	Prezervatif CYBH Karşı Koruyucudur						Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Evet		Hayır		Bilmiyor			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	80	67.8	9	7.6	29	24.6	118	9.28 p<0.01
	Kız	26	44.1	7	11.8	26	44.1	59	
	Toplam	106	59.9	16	9.0	55	31.1	177	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	255	81.5	23	6.3	44	12.2	362	121 p<0.001
	Kız	135	44.0	15	4.9	157	51.1	307	
	Toplam	430	64.3	38	5.7	201	30.0	669	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	23	88.5	0	0.0	3	11.5	26	15.4 p<0.001
	Kız	7	33.3	1	4.8	13	61.9	21	
	Toplam	30	63.8	1	2.1	16	34.1	47	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	2	50.0	0	0.0	2	50.0	4	0.56 p>0.05
	Kız	9	34.6	2	7.7	15	57.7	26	
	Toplam	11	36.7	2	6.6	17	56.7	30	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	16	76.2	3	14.3	2	9.5	21	12.43 p<0.01
	Kız	6	37.5	0	0.0	10	62.5	16	
	Toplam	22	59.5	3	8.1	12	32.4	37	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	416	78.3	35	6.6	80	15.1	53	149.1 p<0.001
	Kız	183	42.7	25	5.8	221	51.5	429	
	Toplam	599	62.4	70	7.2	301	31.3	960	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır. \*\* Bu soruya 2 öğrenci yanıt vermemiştir.

Tablo 4.20’de verildiği gibi prezervatif yönteminin CYBH karşı koruyucu özelliğini öğrencilerin % 62.4’ü bilirken, % 38.6’sı bilmemektedir. Erkek öğrenciler (% 78.3) kız öğrencilerden (% 42.7) daha yüksek düzeyde bilmekte ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır.

**Tablo 4.21.** Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetine göre “cinsel yolla bulaşan hastalıklar”ı bilme durumu

Okul Grupları	Cinsiyet	n*	AIDS		Frengi		Hepatit B		Mantar Hastalığı		Bilmiyor		X <sup>2</sup> p
			Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	118	112	94.9	16	13.6	43	36.4	6	5.0	5	4.2	5.91 p>0.05
	Kız	59	57	9.6	12	20.3	24	40.7	10	16.9	2	3.4	
	Toplam	177	169	95.5	28	15.8	67	37.9	16	9.0	7	4.0	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	363	350	96.4	111	30.6	180	49.6	32	8.8	11	3.0	3.59 p>0.05
	Kız	308	302	98.0	89	28.9	133	43.2	28	9.0	4	1.3	
	Toplam	671	652	97.2	200	29.8	313	46.6	60	8.9	15	2.2	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	26	25	96.1	3	11.5	10	38.4	1	3.8	0	0.0	3.63 p>0.05
	Kız	21	21	100.0	4	19.0	5	23.8	4	19.0	0	0.0	
	Toplam	46	46	100.0	7	15.2	15	32.6	5	10.9	0	0.0	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	4	4	100.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	0	0.0	8.73 p>0.05
	Kız	26	25	96.1	7	26.9	10	38.5	2	7.7	1	3.8	
	Toplam	30	29	96.7	7	23.3	11	36.7	2	6.7	1	3.3	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	21	21	100.0	13	61.9	14	66.6	2	9.5	16	76.1	11.14 p<0.05
	Kız	16	16	100.0	4	25.0	8	32.0	2	12.5	0	0.0	
	Toplam	37	37	100.0	17	45.9	22	59.5	4	10.8	16	43.2	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	532	512	96.2	143	26.8	248	46.6	41	7.7	32	6.0	9.71 p>0.05
	Kız	430	421	97.9	116	26.9	180	41.8	46	10.6	7	1.6	
	Toplam	962	933	97.0	259	26.9	428	44.5	87	9.0	39	4.1	

\* Yüzdeler “n” değerine göre alınmıştır. \*\* Öğrenciler birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

**Tablo 4.22.** Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetine göre “Aile planlaması ile ilgili bilgileri nereden edindiniz?” sorusuna verdikleri yanıtların yüzde dağılımı

Okul Grupları	Cinsiyet	n*	BİLGİ ALINAN																X <sup>2</sup> p
			Anne-Baba		Sağlık Personeli		Arkadaş		Okul		TV-Radyo		İnternet		Öğretmen		Basın-Yayın		
			Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	118	95	80.5	73	61.9	87	73.7	79	66.9	82	69.5	68	57.6	74	57.6	67	56.8	8.19 p>0.05
	Kız	59	43	72.9	33	55.9	48	81.4	54	91.5	43	72.9	28	47.5	55	93.2	35	59.3	
	Toplam	177	138	77.9	109	59.8	135	76.2	133	75.1	125	70.6	96	54.2	129	72.8	102	57.6	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	363	250	68.9	202	55.6	275	75.8	262	72.2	276	76.0	234	64.5	234	64.5	266	73.3	9.48 p>0.05
	Kız	308	224	72.7	169	54.9	247	80.2	226	73.4	238	77.3	148	48.1	178	57.8	212	68.8	
	Toplam	671	474	70.6	371	55.2	522	77.7	488	72.7	514	76.7	382	56.9	412	61.4	478	71.2	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	26	21	80.8	14	53.8	23	88.5	20	76.9	17	65.4	17	65.4	18	69.2	19	73.1	0.55 p>0.05
	Kız	21	15	71.4	11	52.4	16	76.2	13	61.9	15	71.4	12	57.1	12	57.1	14	66.7	
	Toplam	46	36	76.5	25	53.1	39	82.9	33	70.2	32	68.0	29	61.7	30	63.8	33	70.2	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	4	2	50.0	3	75.0	3	75.0	3	75.0	4	100.0	2	50.0	2	50.0	2	50.0	2.21 p>0.05
	Kız	26	17	65.4	9	34.6	22	84.6	22	84.6	19	73.1	9	34.6	13	50.0	18	69.2	
	Toplam	30	19	63.3	12	40.0	25	83.3	25	83.3	23	76.6	11	36.6	15	50.0	20	66.6	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	21	16	76.2	8	38.1	13	61.9	13	61.9	18	85.7	12	57.1	8	38.1	11	52.4	0.97 p>0.05
	Kız	16	14	87.5	7	43.7	13	81.2	10	62.5	13	81.2	18	50.0	8	50.0	11	68.8	
	Toplam	37	30	81.1	15	70.2	26	62.1	23	62.1	31	83.7	30	34.0	16	43.2	22	59.4	
Genel Toplam**	Erkek	532	384	71.2	300	56.4	401	75.4	377	70.9	397	74.6	333	62.6	336	63.2	365	68.6	11.36 p>0.05
	Kız	430	313	72.8	229	53.3	346	80.5	325	75.6	329	76.5	205	47.7	266	61.8	290	61.9	
	Toplam	962	697	72.4	529	55.0	747	77.7	702	73.0	726	75.4	538	55.9	602	62.6	655	68.1	

\* Yüzdeler “n” değerine göre alınmıştır.      \*\* Öğrenciler birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

**Tablo 4..23.** Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetine göre “Aile planlaması ile ilgili bilgileri nereden edinmek istersiniz?” sorusuna verdikleri yanıtların yüzde dağılımı

Okul Grupları	Cinsiyet	N*	BİLGİ ALMAK İSTENİLEN YER																X <sup>2</sup> p
			Anne-Baba		Sağlık Personeli		Arkadaş		Okul		TV-Radyo		İnternet		Öğretmen		Basın-Yayın		
			Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	118	90	76.2	81	68.6	68	57.6	67	56.7	69	58.4	73	61.8	78	66.1	61	51.6	3.13 p>0.05
	Kız	59	44	74.5	53	89.8	41	69.4	43	72.8	36	61.0	33	55.9	43	72.8	35	59.3	
	Toplam	177	143	80.8	134	75.7	109	61.6	109	61.6	105	59.3	106	59.9	121	68.4	96	54.2	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	363	242	66.6	281	77.4	233	64.1	227	62.5	230	63.3	240	66.1	234	64.4	230	63.3	11.10 p>0.05
	Kız	308	224	73.0	266	86.3	191	62.0	163	52.9	173	56.1	166	53.8	171	56.1	177	57.4	
	Toplam	671	467	69.6	547	81.5	424	63.2	389	58.0	393	58.6	406	60.5	405	60.4	407	60.7	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	26	17	66.6	18	69.2	17	65.3	17	65.3	18	69.2	21	80.7	20	76.9	17	65.3	1.06 p>0.05
	Kız	21	15	71.4	15	71.4	14	66.6	13	61.9	13	61.9	13	61.9	12	57.1	12	57.1	
	Toplam	46	32	69.6	33	71.7	31	67.4	30	65.2	31	67.4	34	73.9	32	69.6	29	63.0	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	4	3	75.0	3	75.0	1	25.0	0	0.0	2	50.0	2	50.0	0	0.0	2	50.0	4.66 p>0.05
	Kız	26	18	69.2	21	80.7	13	50.0	11	42.3	9	36.4	13	50.0	11	42.3	8	30.7	
	Toplam	30	21	70.0	24	80.0	14	46.7	11	36.7	11	36.7	15	50.0	11	36.7	10	33.0	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	21	1	25.0	13	61.9	10	47.6	11	52.3	11	52.3	13	61.9	9	42.8	12	57.1	9.89 p>0.05
	Kız	16	12	75.0	10	62.5	9	56.2	10	62.5	10	62.5	12	75.0	10	62.5	11	68.7	
	Toplam	37	13	35.1	23	62.2	19	51.3	21	51.4	21	56.8	25	67.6	19	51.4	23	62.2	
Genel Toplam**	Erkek	532	369	69.3	390	74.4	329	61.8	322	60.5	322	62.0	349	65.6	341	64.2	322	60.5	11.31 p>0.05
	Kız	430	314	73.0	365	84.8	268	62.3	240	55.8	240	56.0	237	55.1	249	57.9	243	56.5	
	Toplam	962	683	70.1	761	79.1	597	62.1	562	58.4	562	59.3	586	60.9	590	61.3	565	58.7	

\* Yüzdeler “n” değerine göre alınmıştır.

\*\* Öğrenciler birden fazla seçenek işaretlerdir.

**Tablo 4.24.** Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetine göre “Aile planlaması hizmetleri hangi sağlık personeli vermektedir ?” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı

Okul Grupları	Cinsiyet	n*	Doktor		Hemşire		Ebe		Fikrim Yok		X <sup>2</sup> P
			Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	118	67	56.8	20	16.9	18	15.2	34	28.8	5.39 0 p>0.05
	Kız	59	32	54.2	19	32.2	17	28.8	17	28.8	
	Toplam	177	99	55.9	39	22.0	35	19.8	51	28.8	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	363	192	52.9	56	15.4	48	13.2	111	30.5	28.46 p<0.001
	Kız	308	157	51.0	68	22.0	102	33.1	82	26.6	
	Toplam	671	349	52.0	124	18.5	150	22.4	193	28.8	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	26	17	65.4	4	15.4	0	0.0	5	19.2	5.07 p>0.05
	Kız	21	12	57.1	3	14.3	4	19.0	6	23.0	
	Toplam	47	29	61.7	7	14.9	4	8.5	11	23.4	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	4	0	0.0	1	25.0	2	50.0	1	25.0	2.69 p>0.05
	Kız	26	12	46.2	6	23.0	7	26.9	6	31.2	
	Toplam	30	12	40.0	7	23.3	9	30	7	23.3	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	21	13	61.9	4	19.0	6	28.6	5	23.9	1.56 p>0.05
	Kız	16	6	37.5	3	18.8	2	12.5	5	30.0	
	Toplam	37	19	51.4	7	18.9	8	21.6	10	27.0	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	532	289	54.3	85	15.9	74	13.9	156	29.3	37.72 p<0.001
	Kız	430	219	51.0	99	23.0	132	30.7	116	20.4	
	Toplam	962	508	52.8	184	19.1	206	21.4	272	28.3	

\* Yüzdeler “n” değerine göre alınmıştır.    \*\* Öğrenciler birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.



**Tablo 4.25.** Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetine göre korunma olmaksızın cinsel ilişkiye girmenin getireceği sorunları bilme durumu

Okul Grupları	Cinsiyet	n*	İstenmeyen Gebelikler		Gebeliği Sonlandırma		Eğitimi ve Öğretimi Bırakma		Bulaşıcı Hastalıklar		X <sup>2</sup> p
			Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	118	96	83.3	75	63.6	51	43.2	91	77.1	2.25 p>0.05
	Kız	59	55	93.2	50	85.0	42	71.1	53	89.8	
	Toplam	177	151	85.3	125	70.6	93	52.5	144	81.4	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	363	325	89.5	313	86.2	255	70.2	318	87.6	0.88 p>0.05
	Kız	308	300	97.4	290	94.1	255	82.8	285	92.5	
	Toplam	671	625	93.1	603	89.9	510	76.0	603	89.9	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	26	20	76.9	18	69.2	11	42.3	14	53.8	0.87 p>0.05
	Kız	21	19	90.5	16	76.1	12	57.1	19	90.5	
	Toplam	47	39	83.0	34	72.3	23	48.9	33	70.2	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	4	4	100.0	4	100.0	4	100.0	4	100.0	0.35 p>0.05
	Kız	26	26	100.0	24	92.3	17	65.3	24	92.3	
	Toplam	30	30	100.0	28	93.3	21	70.0	28	93.3	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	21	19	90.4	20	95.2	17	81.0	20	95.2	0.28 p>0.05
	Kız	16	14	87.5	13	82.2	10	62.5	15	93.8	
	Toplam	37	33	89.2	33	89.2	27	73.0	35	94.6	
Genel Toplam**	Erkek	532	464	87.2	430	80.8	338	63.5	447	84.0	1.51 p>0.05
	Kız	430	414	96.2	393	91.3	336	78.1	396	92.0	
	Toplam	962	878	91.3	823	85.6	674	70.1	843	87.6	

\* Yüzdeler n değerlerine göre alınmıştır.

\*\* Öğrenciler birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Tablo 4.21’den de takip edilebileceği gibi öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıkları (CYBH) bilme durumuna bakıldığında en yüksek oran her iki cinsiyette AIDS olarak belirlenmiştir. Erkek öğrencilerin % 96.2’si, kız öğrencilerin % 97.2’sinin AIDS’i bildiği görülmektedir. Öğrencilerin diğer CYBH daha düşük düzeyde bildiği görülürken okul grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 4.22’de öğrencilerin aile planlaması ile ilgili bilgileri edindikleri yerlerin dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin aile planlaması yöntemlerini öğrendikleri kaynaklara bakılacak olursa bu kaynakların % 77.7’si arkadaş, % 72.4’ü anne babanın, % 55.0’i sağlık personelinde oluşturduklarını belirtmişlerdir. Kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak bir fark yoktur.

Tablo 4.23’de öğrencilerin “Aile planlaması ile ilgili bilgileri nerden öğrenilmeli mi?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı bulunmaktadır. Öğrencilerin aile planlaması yöntemlerini öğrenmek istedikleri kaynaklara bakılacak olursa % 79.1 sağlık personeli, % 70.1 anne-baba, % 62.1 arkadaş, % 61.3’ü bu konuyu öğretmenden öğrenmek istedikleri belirlenmiştir. Kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark yoktur.

Tablo 4.24’de öğrencilerin “AP hizmetlerini hangi sağlık personeli vermektedir?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin % 52.8’i doktor, % 19.1’i hemşire, % 21.4’ü ebeinin AP hizmetlerini verdiğini belirtmiştir. Ancak kız öğrenciler erkek öğrencilerden daha fazla oranda hangi sağlık personelinin AP hizmetini verdiğini bilmektedir.

Tablo 4.25’de araştırma kapsamına alınan öğrencilerin, korunmadan cinsel ilişkiye girme sonucunda çıkabilecek sorunları bilme durumu dağılımı yer almaktadır. Bu sorunları öğrenciler % 91.3 istenmeyen gebelikler, % 85.6’sı gebeliği sonlandırma, % 70.1’i eğitimi ve öğretimi bırakma, % 87.6’sı bulaşıcı hastalıklara maruz kalabilme olarak belirtmektedir. Kız ve erkek öğrencilerin yanıtları arasında istatistiksel olarak fark tespit edilememiştir. Fakat öğrencilerin korunmadan cinsel ilişkiye girmenin getirebileceği sorunları yüksek oranda bildiği görülmektedir.

**Tablo 4.26.** Öğrencilerin okul gruplarına ve cinsiyetine göre “Evlilik öncesi dönemde cinsel ilişki sırasında herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanılmalı mıdır ?” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı

Okul Grupları	Cinsiyet	Evet		Hayır		Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	63	54.8	52	45.2	115	6.39 p<0.05
	Kız	44	75.9	14	24.1	58	
	Toplam	107	61.8	66	38.2	173	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	208	57.6	153	42.4	361	25.06 p<0.001
	Kız	230	76.4	71	23.6	301	
	Toplam	438	66.2	224	33.8	662	
I.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	12	48.0	13	52.0	25	1.70 p>0.05
	Kız	15	71.4	6	28.6	21	
	Toplam	27	58.7	19	41.3	46	
V.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	3	75.0	1	25.0	4	0.30 p>0.05
	Kız	20	76.9	6	23.1	26	
	Toplam	23	76.7	7	23.3	30	
.Özel Türk Öğretim Kurum	Erkek	15	71.4	6	28.6	21	0.03 p>0.05
	Kız	12	80.0	3	20.0	15	
	Toplam	27	75.0	9	25.0	36	
Genel Toplam**	Erkek	301	57.2	225	42.8	526	36.7 p<0.001
	Kız	321	76.2	100	23.8	421	
	Toplam	622	65.7	325	34.3	947	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

\*\* Bu soruya 15 öğrenci yanıt vermemiştir.

Tablo 4.26’de araştırma kapsamına alınan öğrencilerin “Evlilik öncesi dönemde cinsel ilişki sırasında AP yöntemini kullanılmalı mı?” sorusuna alınan yanıtların dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin % 65.7’si AP yönteminin kullanılması gerektiğini ifade ederken kız öğrenciler (% 76.2) erkek öğrencilerden daha fazla (% 57.2) oranda kullanılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. I ve II. okul gruplarının kendi içindeki kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır.

**Tablo 4.27.** Öğrencilerin okul gruplarına ve cinsiyetine göre eğitim-öğretimleri süresince aile planlaması ile ilgili ders görme durumu

Okul Grupları	Cinsiyet	Öğrenci Yanıtları				Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Evet		Hayır			
		Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	3	2.5	115	97.5	118	36.33 p<0.001
	Kız	22	37.3	37	62.3	59	
	Toplam	25	14.1	152	85.9	177	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	45	12.5	314	87.5	359	0.00 p<0.01
	Kız	37	12.2	267	87.8	304	
	Toplam	82	12.4	581	87.6	663	
III.Ticaret Turizm Öğretimi Müdürlüğü	Erkek	5	19.2	21	80.8	26	0.00 p>0.05
	Kız	3	14.3	18	85.4	21	
	Toplam	8	17.0	39	83.0	47	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	1	25.0	3	75.0	4	0.05 p>0.05
	Kız	4	15.4	22	84.6	26	
	Toplam	5	16.7	25	83.3	30	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	4	20.0	16	80.0	20	0.86 p>0.05
	Kız	0	0.0	16	100.0	16	
	Toplam	4	11.1	32	88.9	36	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	58	11.0	469	89.0	527	3.80 p>0.05
	Kız	66	15.5	360	84.5	426	
	Toplam	124	13.0	829	87.0	953	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

\*\* Bu soruya 9 öğrenci yanıt vermemiştir.

Tablo 4.27’de verildiği gibi araştırma kapsamına alınan öğrencilerin, eğitim ve öğretimleri süresince AP ile ilgili olarak % 13.0’ı ders gördüğünü belirtirken, % 87.0’si bu konuyla ilgili ders almadıklarını belirtmektedir. Kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel açıdan anlam bulunmamaktadır.

**Tablo 4.28.** Öğrencilerin okul gruplarına ve cinsiyetine göre “Aile planlaması ile ilgili bilgilerin okulda ders olarak anlatılması önemli mi?” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı

Okul Grupları	Cinsiyet	Önemli		Önemli Değil		Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	75	64.1	42	35.9	117	3.52 p>0.005
	Kız	46	79.3	12	20.7	58	
	Toplam	121	69.1	54	30.9	175	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	314	77.3	92	22.7	406	5.41 p<0.05
	Kız	221	49.3	39	50.7	260	
	Toplam	535	60.9	131	39.1	666	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	20	76.9	6	23.1	26	2.21 p>0.05
	Kız	11	52.4	10	47.6	21	
	Toplam	31	65.9	16	34.1	47	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	1	25.0	3	75.0	4	0.01 p>0.05
	Kız	11	42.3	15	57.7	26	
	Toplam	12	40.0	18	60.0	30	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	11	52.4	10	47.6	21	0.03 p>0.05
	Kız	7	43.8	9	56.2	16	
	Toplam	18	48.7	19	51.3	37	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	362	68.6	166	31.4	528	23.72 p<0.001
	Kız	226	52.9	201	47.1	427	
	Toplam	588	61.6	367	38.4	955	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

\*\* Bu soruya 7 öğrenci yanıt vermemiştir

Tablo 4.28’de öğrencilerin “AP ile ilgili bilgilerin okulda ders olarak anlatılması önemli mi?” sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin % 61.6’sı önemli olduğunu belirtirken, % 38.4’ü önemli olmadığını belirtmektedir. Kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmaktadır.

**Tablo 4.29.** Öğrencilerin okul gruplarına ve cinsiyetine göre “Aile planlaması hizmetlerini veren kişinin cinsiyeti önemli midir?” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı

Okul Grupları	Cinsiyet	Öğrenci Yanıtları				Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Evet		Hayır			
		Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	33	28.0	85	72.0	118	0.44 p>0.05
	Kız	13	22.0	46	78.0	59	
	Toplam	46	26.0	131	74.0	177	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	133	36.6	230	63.4	363	0.00 p>0.05
	Kız	111	36.2	196	63.8	307	
	Toplam	244	36.4	426	63.6	670	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	14	53.8	12	46.2	26	0.00 p>0.05
	Kız	12	57.1	9	42.9	21	
	Toplam	26	55.3	21	44.7	47	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	3	75.0	1	25.0	4	0.30 p>0.05
	Kız	20	76.9	6	23.1	26	
	Toplam	23	76.7	7	23.3	30	
V.Özel Türk Öğretim Kurumları	Erkek	6	28.6	15	71.4	21	0.01 p>0.05
	Kız	4	25.0	12	75.0	16	
	Toplam	10	27.0	27	73.0	37	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	189	35.5	343	64.5	532	0.84 p>0.05
	Kız	160	37.3	269	62.7	429	
	Toplam	349	36.3	612	63.7	961	

\* Satır yüzdeleri alınmıştır.

\*\* Bu soruya 1 öğrenci yanıt vermemiştir.

Tablo 4.29’da görüldüğü gibi öğrencilerin % 36.3’ü AP hizmeti veren kişinin cinsiyeti önemli olduğunu belirtirken, % 63.7’si önemli olmadığını belirtmektedir. Kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

**Tablo 4.30.** Öğrencilerin okul gruplarına ve cinsiyetine göre “Aile planlaması ile ilgili bilgiler kimlere verilmelidir” sorusuna verilen yanıtların yüzde dağılımı

Okul Grupları	Cinsiyet	Yalnız kızlara		Yalnız erkeklere		Hem kızlara hem erkeklere		Toplam (Sayı)	X <sup>2</sup> p
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	24	20.3	3	2.5	91	77.2	118	2.70 p>0.005
	Kız	8	13.8	0	0.0	50	86.2	58	
	Toplam	32	18.1	3	1.7	141	80.2	176	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	55	15.4	14	3.9	287	80.7	356	23.30 p>0.005
	Kız	17	5.6	3	1.0	285	93.4	315	
	Toplam	72	10.8	17	2.6	572	86.6	661	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	6	23.0	2	7.7	18	69.2	26	2.59 p>0.005
	Kız	8	38.0	0	0.0	13	62.8	21	
	Toplam	13	27.6	2	4.2	31	68.2	47	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	0	0.0	0	0.0	4	100.0	4	1.51 p>0.005
	Kız	0	0.0	0	0.0	26	100.0	26	
	Toplam	0	0.0	0	0.0	30	100.0	30	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	1	4.7	1	4.7	19	90.6	21	
	Kız	0	0.0	0	0.0	15	100.0	15	
	Toplam	1	2.7	1	2.7	34	94.6	36	
<b>Genel Toplam**</b>	Erkek	86	16.3	20	3.8	419	79.9	525	26.19 p<0.001
	Kız	34	8.0	3	0.7	389	91.3	426	
	Toplam	120	12.6	23	2.4	808	85.0	951	

\*\* Bu soruya 11 öğrenci cevap vermemiştir

Tablo 4.30’da araştırma kapsamına alınan öğrencilerin aile planlaması ile ilgili bilgiler kimlere verilmelidir sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı yer almaktadır. Öğrencilerin % 85.0’i kız ve erkeklere birlikte, % 12.6’sı yalnız kızlara, % 2.4’ü yalnız erkeklere verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Kız öğrenciler (% 91.3) erkek öğrencilerden (% 79.9) daha fazla oranda kız ve erkeklere birlikte verilmesi gerektiğini belirtmiş olup Aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmaktadır.

**Tablo 4.31.** Öğrencilerin okul grupları ve cinsiyetine göre “Sizce cinsel eğitime başlama yaşı kaç olmalıdır” sorusuna verdikleri yanıtların yüzde dağılımı

Okul Grupları	Cinsiyet	n*	Öğrenci Yanıtları								X <sup>2</sup> p
			7-11 yaş		12-15 yaş		16-18 yaş		19 yaş ve üzeri		
			Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
I.Kız-Erkek Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	118	19	16.1	47	39.8	28	23.7	18	15.6	8.52 p<0.05
	Kız	59	8	13.6	35	59.3	7	11.9	4	6.8	
	Toplam	177	27	15.3	82	46.3	35	19.8	22	12.4	
II.Orta Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	363	52	14.3	177	48.8	76	20.9	40	11.0	5.93 p>0.05
	Kız	308	49	15.9	175	56.8	52	16.9	23	7.5	
	Toplam	671	101	15.1	352	52.4	128	19.1	63	9.4	
III.Ticaret Turizm Öğretim Müdürlüğü	Erkek	26	4	15.4	12	46.2	5	19.2	3	11.6	1.10 p>0.05
	Kız	21	4	19.0	7	33.3	5	23.8	4	19.0	
	Toplam	46	8	17.4	19	41.3	10	21.7	7	15.2	
IV.Dini Öğretim Genel Müdürlüğü	Erkek	4	0	0.0	2	50.0	0	0.0	2	50.0	1.92 p>0.05
	Kız	26	3	11.5	11	42.3	4	15.3	6	23.1	
	Toplam	30	3	10.0	13	43.3	4	13.3	8	26.7	
V.Özel Türk Öğretim Kurumu	Erkek	21	1	4.8	12	57.1	2	9.5	4	19.0	7.29 p>0.05
	Kız	16	3	18.8	4	25.0	6	37.5	2	12.5	
	Toplam	37	4	10.8	16	43.2	8	21.6	6	16.2	
<b>Genel Toplam</b>	Erkek	532	76	14.3	250	47.0	111	20.9	67	12.6	6.86 p>0.05
	Kız	430	67	15.6	232	54.0	74	17.2	39	9.1	
	Toplam	962	143	14.9	482	50.1	185	19.2	106	11.0	

\* Yüzdeler "n" değerlerine göre alınmıştır. \*\* Diğer gruplardan farklı



Tablo 4.31’de öğrencilerin “Cinsel eğitimi başlama yaşı kaç olmalıdır ?” sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde öğrencilerin % 14.9’u 7-11 yaş, % 50.1’i 12-15 yaş, % 19.2’si 16-18 yaşları arasında olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Kız ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Okul grupları arasında I.gruptaki okullarda kız öğrenciler (% 59.3) erkek öğrencilerden (% 39.8) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla 12-15 yaşları arasında cinsel eğitime başlanması gerektiğini ifade etmişlerdir.

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Adölesanların temel özelliklerinden biri, artık çocuk olmamalarına rağmen henüz yetişkin hale de gelmemeleridir. Gençlik dönemi bedensel ve ruhsal değişikliklerin yaşandığı, kendine has davranış özellikleri, sorunları ve ihtiyaçları olan bir dönemdir. Bu dönem kişinin yetişkinliğe hazırlanma dönemi olduğu için, bu dönemde ortaya çıkan sorunlar hayat boyu etkilerini sürdürebilir.

Araştırmamızdaki öğrencilerin %75.2'si 16-17 yaşları arasında olup, Dünya Sağlık Örgütü'nün adölesan tanımındaki yaş sınırlarına girmektedir (Tablo 4.2).

Türkiye'de evlenme yaşı önemli oranlarda adölesan ve gençlik dönemindedir (14). Tablo 4.3'de ve Tablo 4.4'de görüldüğü gibi öğrencilerin %61.5'i erkeğin ilk evlenme yaşına 25 yaş ve üzeri derken, %27.3'ü kızların evlenme yaşının 25 yaş ve üzeri olması gerektiğini belirtmiştir. Öğrencilerin, erkeğin ilk evlenme yaşını adölesan dönem dışında tutmaları olumlu bir sonuç olarak bulunurken, öğrencilerin kızların ilk evlilik yaşını daha düşük tutmalarının nedeni toplumumuzda kızların erkeklerden daha küçük yaşta evlendirilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Özkan'ın (31), üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışma bulgularında da; öğrencilerin %57.9'unun erkeğin ilk evlenme yaşının 25 yaş ve üzeri olması gerektiği belirtilirken, kızların ideal evlenme yaşına öğrencilerin %33'ü 25 yaş ve üzeri olarak belirtmişlerdir. Karacaoğlu'nun (8) çalışmasında erkekler için ideal evlilik yaşını 25 yaş ve üzeri

olarak belirtenler %75.9 iken kız öğrenciler için ideal evlilik yaşını 25 yaş ve üzeri olması gerektiğini belirtenler %34.8'dir. Bu sonuçlar bizim çalışma bulgularımızla benzerlik göstermekle birlikte kızların ilk evlilik yaşının erkeklerden daha düşük tutulduğu görülmektedir. Hindistan'da lise öğrencileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada öğrencilerin, %28.3'ü erkeğin ilk evlenme yaşının 25 yaş ve üzeri olması gerektiği belirtmiştir. Bizim çalışmamızda bu oran daha yüksek bulunmakla beraber benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeni ülkemizin Hindistan'na göre daha gelişmiş bir ülke olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Adölesanlarda gebelik ve doğum komplikasyonları daha fazla görülmektedir ve genç annelere ait bebek ve çocuk ölümlerinin daha yaşlı annelere ait bebek ve çocuk ölümlerinden daha yüksek olduğu belirtilmektedir (64). Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %96.8'i ilk gebelik yaşının 20 yaş ve üzeri olması gerektiğini belirtmektedir (Tablo 4.5). Hacettepe Üniversitesinde yapılan benzer çalışmada da bu oran %91.6, Aydın'ın (32) çalışmasında %91.9, Sasaoğlu'nun çalışmasında ise %87.7 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Adölesan gebelik, gebeliklerin sonuçları, zorunlu olarak sosyal çevreye göre farklılaşır. Amerika'da yapılan araştırmalar, ilk doğumlarını erken yaşta yapan kadınların daha sonraki çocuklarına da hemen gebe kaldıklarını, daha çok istenmeyen ve evlilik dışı doğumlar yaptıklarını, evlilik düzenlerinin büyük ölçüde bozulduğunu, eğitim düzeylerinin düşük ve daha sonraki hayatlarında daha varlıksız ve düşük gelir sahibi olduklarını göstermektedir. Bu olumsuz sonuçlar dikkate alındığında çalışma grubumuzdaki öğrencilerin tamamına yakın bir kısmının ilk doğum yaşını 20 yaş ve üzeri tutmaları olumlu bir sonuç olarak bulunmaktadır (57).

Araştırma kapsamına alınan öğrencilere Aile planlaması tanımı sorulmuş, alınan yanıtlar biliyor-bilmiyor şeklinde değerlendirilmiştir. Öğrencilerin %75.4'ünün aile planlaması (AP) tanımını bildiği saptanmıştır (Tablo 4.6). Sasaoğlu'nun (4) İstanbul'da lise öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada AP tanımını öğrencilerin %75.3'ünün bildiği saptanmıştır. Bu sonuç bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Aydın'ın (32) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada öğrencilerin %84.7'sinin AP tanımını bildiği belirlenmiş olup sonuçları, bu çalışma ile benzerlik göstermemektedir. Aydın'ın çalışma grubunun üniversite öğrencileri olması, çalışma grubu içerisinde Tıp

Fakültesi ve Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin bulunması çalışma sonucunu etkileyerek öğrencilerin AP tanımını bilme oranını artırdığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin yaklaşık yarısı ailede çocuk sayısındaki fazla artışın çocuk sağlığına olan olumsuz etkisini bilmektedir (Tablo 4.7). Ailedeki çocuk sayısının yüksek oranda olması; çocuk sağlığını olumsuz etkilemekte çocuklarda beslenme bozuklukları, büyüme gelişme geriliği gibi sorunlara yol açabilmektedir. Ayrıca ailenin sosyal ve ekonomik şartlarında düşüşe neden olmakta ve tüm aileyi olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Araştırmamızdaki öğrencilerin bu konuyla ilgili bilgilendirme ve bilinçlendirme çalışmalarına ihtiyaç duydukları saptanmıştır.

İki doğum arasındaki sürenin iki yıldan daha az olması anne ve çocuk sağlığını olumsuz etkileyebilmekte anne ve bebek mortalite riskini artırabilmektedir. Çalışma grubumuzdaki öğrencilerin yaklaşık dörtte birinin iki doğum arasındaki olması gereken süreyi bildikleri belirlenmiştir (Tablo 4.2). Öğrencilerin yüksek düzeyde iki doğum arasındaki süreyi bilmediği saptanmıştır. Aydın'ın (32) çalışmasında, öğrencilerin %99.3'ü, Özkan'ın (31) çalışmasında %96.6'sının iki doğum arasındaki süreyi bildiği saptanmıştır. Bu oranlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermemektedir. Bunun nedenleri ise çalışmaların üniversite öğrencileri üzerinde yapılması, öğrencilerin yaşlarının ve eğitim seviyelerinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 4.12'de görüldüğü gibi, öğrencilere “çocuk sayısını belirlemek eşlerin elinde mi?” sorusu yöneltilmiş, öğrencilerin %69.1'i eşlerin elinde olduğunu belirtmiştir. Alacaoğlu'nun (11), benzer bir çalışmasında da öğrencilerin %72'si çocuk sayısını belirlemenin eşlerin elinde olduğunu belirtmiştir. Bu sonuç bizim çalışmamızla paralellik göstermekte olup ortaya çıkan sonucun beklenilenin altında bulunduğu belirlenmiştir. Geleceğin aday anne ve babalarının tamamına yakınının bilgili olması gerektiği düşünülmektedir.

Tablo 4.13'te verildiği gibi öğrencilerin %77.9'u prezervatifi, %80'i doğum kontrol hapını ve %58.1'i rahim içi araç (RİA) en fazla oranda bildikleri saptanmıştır. Topbaş ve arkadaşlarının (65) lise öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada da öğrencilerin %77.4'ü Kombine Oral Kontraseptifi (KOK), %68.7'si prezervatif ve %56.4'ü RİA'yı en çok bildikleri AP yöntemi olarak belirtmişlerdir. Bu oranlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Yapılan başka bir çalışmada da öğrencilerin %63.7'si KOK, %68'i RİA ve %53.3'ü prezervatif yöntemini bildikleri belirlenmiştir. Ceylan'ın

(66) yaptığı benzer bir çalışmada da öğrencilerin en fazla bildiği yöntemler KOK ve prezervatif olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bu çalışmalardan daha iyi sonuçlar vermektedir. Literatürde adölesanların adını bildikleri AP yöntemleri olarak en çok prezervatif ve doğum kontrol hapı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da aynı sonuçlar saptanmıştır.

Gelişmiş ülkelerde, genç yaştaki kadınlara sağlanan eğitim ve kontraseptif fırsatlar gebe kalma riskini azaltmaktadır. Bu ülkelerde ayrıca, cinsel açıdan aktif olanlar kontaseptif kullanmaya yada kürtaj olmaya özendirilmektedir (64).

Moğolistan'da adölesanlar üzerinde yapılan bir çalışmada, adölesanların %87'sinin AP ve CYBH hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu ve bu durumun onlardaki erken yaştaki gebelikleri, anne ölümleri, düşüklükler, CYBH'ın sayısını artırdığı belirtilmiştir. Adölesanların bilgi düzeylerinin düşük olması, mutlaka bu konularda etkin ve sürekli eğitim programlarının yapılmasını gerektirmektedir. Bu programların okullarda eğitilmiş kişiler tarafından, özellikle sağlık personeli destekli yürütülmesi daha doğru bir yaklaşım olabilir (65).

Dorrell'in (68) Amerika'da yaptığı bir çalışmada da her gün Amerika'da 3000'in üzerinde genç hamile kalmaktadır. Adölesan gebeliklerin yaklaşık yarısı doğum ile sonuçlanmaktadır ve bu annelerin pek çoğu liseyi bitirmemektedir. Bu ergenlerin bazılarının kendilerini değersiz hissetmeleri, geleceğine umutla bakmamaları nedeni ile bebeklerini terk etmektedirler.

Alexandrescu ve Tuchendria'nın (67), Romanya'da 5 lise ve lise sonrası 279 adölesan üzerinde yaptığı araştırmada, cinsel yönden aktif olan adölesanlarla, diğer adölesanlar karşılaştırılmış, cinsel olarak aktif gençlerin diğer adölesanlardan daha bilgili olmadığı, cinsel bakımdan aktif olan gençlerin hap ve geri çekme yöntemini diğerlerine göre daha yüksek oranda kullandığı saptanmıştır. Bu bulgulara dayanarak AP ve cinsel eğitimin, cinsel olarak aktif hale gelmeden başlanması gerektiğini bildirmişlerdir.

Kolombiya'da yapılan bir çalışmada çocukları olmuş veya hamile olan adölesanların AP hizmetlerine ihtiyaç duyduğu ve genç gebeliklerin %95'inin istemediği belirlenmiştir. Aile planlamasının ergenlere ulaştırılmasının nedenleri; doğum kontrol metodlarını yetersiz kullanmaları, üreme ve doğum kontrolü hakkında bilgi eksikliği, doğum kontrolüyle ilgili korkuları ve çevrelerine karşı suçluluk duymaları olarak tespit edilmiştir.

Aile sorumluluğu, cinsellik ve doğum kontrolüne karar vermede eğitilmiş olan ergenlerin cinsel faaliyetlerini ertelemeler olasıdır. Doğum kontrolü ve AP hizmetleri verilirken ergenler motive edilmeli, bütün metodların olumlu ve olumsuz yönleri, kullanım şekli ergenlere ulaştırılmalıdır. Kendileri için en iyi yöntemi seçmekte yardım edilmeli ve onların anlayacağı dilde okullarda, yada gençlerin erişebileceği yerlerde eğitim verilmelidir.

Tablo 4.14’de görülebileceği gibi öğrencilerin %57.9’u aile planlaması yöntemlerini uygulama konusunda sorumluluğun paylaşılması gerektiğini belirtirken, Alacaoğlu’nun (11), Ankara’da yaptığı çalışmada öğrencilerin %77.5’i, Tapan’ın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı araştırma da ise %96.5’i eşlerin sorumluluğu paylaşması gerektiği belirtilmektedir. Bizim çalışmamız diğer çalışmalara göre daha düşük sonuç vermektedir.

Çalışmamızdaki öğrencilerin yarısı gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımının yasal olduğunu bilmektedirler (Tablo 4.16). Bu sonuç, çok düşük bir sonuç olarak bulunmakla birlikte oldukça düşündürücüdür.

Adölesanlar üreme sağlığı ve cinsellik hakkında çok az bilgiye sahiptir ve aile planlaması, üreme sağlığı hizmetlerine çok az ulaşmaktadırlar. Çalışmamızdaki öğrencilerin tamamına yakını AP yöntemleri hakkında bilgi almak istemektedir (Tablo 4.17). Sasaoğlu’nun (4) yaptığı benzer çalışmada da öğrencilerin benzer şekilde tamamına yakını AP ile ilgili bilgi almak istedikleri saptanmıştır. Bu araştırma, bizim çalışmamızla paralellik göstermekle birlikte gençlerin bilgilenme isteğini de ortaya çıkarmaktadır.

Gençlerin cinsel yaşam, doğurganlık ve kontrolü konusunda bilgi ve tutumlarının belirlenmesi hangi hizmetlerin hangi yöntemlerle verilmesi gerektiğini belirlemek açısından oldukça önemlidir. Ülkemizde bu konuda yapılan araştırmaların çoğunluğu evli çiftlerde yapılanlar oluşturmaktadır.

Aile planlaması; intertiliteye çözüm arayan, gebelik zamanını düzenleyen ve eşlerin çocuk sahibi olmalarını etkileyen sosyal, psikolojik, ekonomik, fiziksel ve dini durumları değerlendiren kapsamlı bir kavramdır. Her yıl binlerce çocuk ve anne, AP uygulamalarından yeterince yararlanamadıkları için ölmektedir (69). Tablo 4.18’de öğrencilerin %90.2’sinin kontrasepsiyonun gerekli olduğunu düşündükleri saptanmıştır. Özkan’ın (69) ve Alacaoğlu’nun (11) çalışmalarında da bu oran benzer

şekilde yüksek bulunmuştur. Adölesanlar sağlık sistemi içinde yüksek risk grubunu oluşturmakla birlikte toplumun önemli bir kesimini oluşturmaktadır. Araştırmamızda adölesanların büyük çoğunluğunun AP yöntemlerini bilmenin gerekli olduğunu düşünmeleri geleceğin anne ve baba topluluğunu oluşturacak gençler için olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmektedir.

DSÖ Raporu'na göre en etkin sağlık ve AP programları bile, ergenlerin gereksinimlerine yeterince duyarlılık göstermedikleri bildirilmektedir. Ergenler sağlık kurumlarına acil sağlık sorunları dışında başvurmamakta ve özellikle toplum tarafından onaylanmayan durumların sonucunda ortaya çıkan sağlık sorunlarını eczane, özel hekim ve uygun olmayan kaynaklara başvurarak çözmeye çalışmaktadır. Evli ya da evli olmayan ergenlerin AP hizmetlerine ulaşmadaki zorluklar nedeniyle, daha az doğum kontrol yöntemi kullanmaktadırlar (62).

Gelişmiş ülkelerde cinsel faaliyet oldukça yaygındır. Gelişmiş beş ülkenin verisine göre, her 10 kadından 8'i ergen yaşlarda cinsel ilişkiye girerken, yaşanan her 10 cinsel ilişkiden 7'si evlilik öncesidir. Az gelişmiş ülkelerde de bu konuda yeterli bilgi, olmamasına karşın gelişmiş ülkelere daha az olmadığı tahmin edilmektedir. Türkiye'de bu konuda yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Kocaeli'de lisede okuyan kız öğrencilerin %2.3'ünün cinsel ilişkiye girdiği, ilk cinsel ilişki yaşının Marmara Üniversitesi kız öğrencilerinde 20.3 olduğu görülmüştür. Bu araştırmalarda göstermektedir ki AP ile ilgili eğitimler gençlere verilmesi gereken bir durumdur. Çalışmamızdaki öğrencilerin tamamına yakınıda AP yöntemlerini bilmenin gerekli olduğunu düşünmektedir (Tablo 4.18).

Araştırmalar sonucu adölesanların bu hizmetlere kolay ulaşmaları sağladığı takdirde bilgi düzeylerinin ve bilinçli davranış özelliklerinin arttığı gösterilmiştir (22).

Adölesanlarda cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki çalışmalar, bu hastalıkların görülme sıklığının artmakta olduğunu göstermektedir. DSÖ verilerine göre her yıl, her 20 gençten biri cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanmaktadır. Yeni AIDS vakalarının yaklaşık yarısı 15-24 yaşları arasında görülmektedir. Bilgi yetersizliği, eş değiştirme ya da çok eşlilik gibi etkenlerle birleştiğinde, adölesanların bu hastalıklara yakalanma riskinin arttığı belirtilmektedir (70). Çalışmamızda öğrencilerin CYBH'ları bilme durumu incelendiğinde; öğrencilerin %97'si AIDS'i, %44.5'inin Hepatit B'yi bildiği görülürken %6.9'u frengi, %9'u mantar hastalığını bildiği saptanmıştır (Tablo

4.20). Tobbaş ve arkadaşlarının (65) lise öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada da öğrencilerin %95'inin AIDS'i bildiği saptanmıştır. Araştırmamızda diğer hastalıkları öğrencilerin bilme oranları oldukça düşük bulunmuş olup adölesanların bu konularda oldukça bilgi eksiklerinin olduğu saptanmıştır.

Türkiye'de ve dünyada yapılan çalışmalarda da gençlerin en çok bildikleri CYBH olarak AIDS rapor edilmiştir. Ankara'da yapılan bir çalışmada, yüksek sosyo-ekonomik düzey gruptaki adölesanlarda %97,7 orta-düşük sosyo-ekonomik düzeydeki adölesanlarda ise %64, Romanya'da yapılan iki farklı çalışmada %96,5 ve %100; Papua Yeni Gine'de %97, Amerika'da %91 en fazla bilinen CYBH olarak AIDS'in bulunduğu belirtilmektedir. Bizim çalışmamızda bu çalışmalarla paralellik göstermektedir. Bu sonuçlar, AIDS'in daha güncel olması ve özellikle medyada sık olarak yer bulmasından kaynaklanabileceği düşünölmektedir (65).

Dicens ve arkadaşlarının, gençler üzerinde yaptığı çalışmada yapılan eğitim müdahaleleri ile, AIDS'e yakalanma riskinin azaldığı, prezervatif kullanımının arttığı ve cinsel ilişkide çok eşliliğin azaldığı saptanmıştır (71).

DSÖ'ne göre CYBH açısından risk grubu içerisinde bulunan gençler, bilgi eksikliği ve yanlış bilgilendirmeler neticesinde CYBH'a yakalanmaktadır. CYBH'lar hem bireysel hem de toplumsal yönden önemli sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Gençlerin hatta erişkinlerin CYBH karşısında umursamaz tavırları cinsel eğitimsizliğin bir sonucudur (69).

Çalışmamızdaki öğrencilerin CYBH'a karşı prezervatifin koruyuculuğunu bilme durumuna bakıldığında %62,4'ünün bildiği saptanmıştır (Tablo 4.21). Karacaoğlu'nun (8) üniversite öğrencileri arasında yaptığı araştırma sonucuna göre ise CYBH'ın bulaşmasını önleyen prezervatifin bilinme düzeyi %91.5, benzer başka bir çalışmada %83.3'tür. Ceylan'ın (66) yaptığı çalışmada da %71.7 bulunmuştur. Bizim çalışmamız yapılan bu çalışmalardan daha düşük sonuç vermektedir. Trabzon'da yapılan başka bir çalışmada CYBH'a karşı prezervatifin koruyuculuğunu öğrencilerin %25.8'i bilirken, Hindistan'da %17.4'ünün bildiği belirlenmiştir (65, 72).

Kolombiya'da adölesanlar üzerinde yapılan araştırmalarda kolay ulaşılabilir olması, ucuz olması ve CYBH'lardan koruması nedeniyle gençler için en ideal metot olarak prezervatif belirtilmektedir.



Tablo 4.22’de görülebileceği gibi öğrencilerin AP ile ilgili bilgilerini ilk nereden aldığı incelenmiş, ilk sıralarda arkadaş, TV-Radyo ve anne-baba yer aldığı tespit edilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da en sık karşılaşılan bilgi kaynaklarının arkadaş, basın yayın ve anne-baba olduğu belirtilmektedir. Özkan’ın (31) yaptığı benzer bir çalışmada AP ile ilgili ilk bilgileri öğrencilerin TV-Radyo ve anne-babadan aldığı, Zihni’nin (73) yaptığı araştırmada ise TV-Radyo, arkadaş ve anne-baba’nın ilk sıralarda yer aldığı tespit edilmiştir. Bizim çalışmamız bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çocukların ve gençlerin cinsel eğitiminden birinci dereceden sorumlu olan aileleri ve eğitim kurumlarıdır. Ancak kültürel yapımız nedeniyle hem ailelerle AP gibi konularda konuşulmamakta hem de ebeveynlerin önemli bir kısmının bu konulardaki eğitimleri yetersiz kalmaktadır. Dolayısıyla gençlerin cinsel konulardaki bilgilerin kaynağı medya, pornografik materyaller ve arkadaşlarından öğrenilen kulaktan dolma bilgiler olmaktadır (69).

Araştırmamızda öğrencilere “AP ile ilgili bilgileri nereden almak istersiniz” sorusuna alınan yanıtlar incelendiğinde; birinci sırada sağlık personeli yer alırken anne-baba, arkadaş ve okul bu sırayı takip etmektedir (Tablo 4.23).

Sasaoğlu’nun (4) lise öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada öğrencilerin büyük çoğunluğu AP ile ilgili bilgileri, sağlık personelinde almak istedikleri saptanırken, Özkan (31) ve Tapan’ın (22) benzer çalışmalarında da sağlık personeli bilgi almak istenilen ilk yer olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin AP hizmetlerinde öncelikli sağlık personelinde yararlanmak istemeleri olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Yapılan çeşitli araştırmalar göstermektedir ki gençlere üreme sağlığı ile ilgili bilgiler verilirken sağlık personelinin de bu eğitime katılması olumlu sonuçlar vermektedir. Okullarda danışmanlık ve okul hekimliğinin yaygınlaştırılması gençlerin üreme sağlığı konusunda bilgilere güvenli ve kısa yoldan ulaşmasını sağlayabilir.

Philliber ve arkadaşlarının (78) yaptığı araştırmada, öğretmenlerin okulda verdiği eğitim ve eğitimin etkinliği incelenmiş; öğretmenler doğum kontrol yöntemleri, CYBH’lar, istenmeyen gebelikler ile ilgili öğrencilere bilgiler vermiş, öğrencilerin eğitim sonrası cinsel sağlık davranışlarında olumlu tutumlar sergiledikleri tespit edilmiştir.

CYBH’lar ve erken dönemde gebelik riski taşıyan adölesanlar nüfusun önemli bir bölümünü temsil ettiğinden cinsel davranışları üzerinde durulmaya başlanmıştır.

Gelişmekte olan ülkelerde ergenlerin cinsel bilgisi hakkında çok az şey bilinmektedir. Alexandra ve arkadaşlarının (67) yaptığı araştırmada ergenlerin cinsel sağlıklarına yönelik olumlu kararlar verebilmeleri için bilgiye erişmelerinin zorunlu olduğunu ve eğitim programlarının geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Tablo 4.24'de öğrencilerin AP hizmetlerini veren sağlık personelini bilme durumları incelendiğinde; öğrencilerin %52,8'i doktor, %19,1'i hemşirenin %21,4'ü ebenin AP hizmetlerini verdiğini bildiği tespit edilmiştir. Bu oranlar oldukça düşük bulunmuştur. Öğrencilerin yararlanabilecekleri bilgi kaynaklarından haberdar olmaması, gençlerin ihtiyaç duyduğunda hizmeti talep edememelerine neden olacağı gibi doğru kaynaklara ulaşmamayı da yanında getireceği düşünülmektedir.

Erken yaşta cinsel ilişkinin birçok sakıncasının başında, güvenli olmayan ilişki, gebelik, sağlıksız koşullarda düşük ve CYBH'lar gelmektedir. Cinsel yaşamın özgür bırakıldığı toplumlarda evlilik öncesi adölesan gebelikler ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların artması gibi sorunlar yaşanırken; cinsel yaşamın sınırlandığı geleneksel toplumlarda cinsel uyum fonksiyon bozuklukları ve erken yaşta evlilik sonucu adölesan gebelikler, sağlık sorunlarını oluşturmaktadır. Ayrıca cinsellik gizli yaşanan bir olgu olduğu için, CYBH'lar ve evlilik dışı gebelikler gizli kalabilmektedir (8, 3).

Adölesan dönem güvenli olmayan risklerin alındığı, sınırların zorlandığı bir dönemdir. Çalışmamızdaki öğrencilerin tamamına yakın bir kısmı korunmadan cinsel ilişkiye girme sonucunda istenmeyen gebeliklerin oluşabileceğini bilmektir (Tablo 4.25). Adölesan gebelikler, genç annelerin mortalite ve morbidite riskini artırmaktadır. Erken yaşta annelik hem bebek hem de anne için tehlikeli olabilmektedir. Her yıl 1000 adölesan genç kızdan 63'ü doğum yapmakta ve 17 milyon bebek dünyaya gelmektedir (70). Çalışmamızdaki öğrencilerin çoğunluğunun korunmadan cinsel ilişki sonucunda gebeliği sonlandırma ve CYBH'lara maruz kalılabileceğini bilmeleri olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmektedir.

Brindis ve arkadaşlarının (74), lise öğrencileri üzerinde AP yönelik kurulan okul temeli sağlık kliniklerinde aile planlaması hizmetlerinin adölesan gebelik oranını düşürdüğünü, adölesan annelerin doğum kontrol yöntemi kullanma oranı 2 kat arttırdığını ve doğrudan ve bebeğini başkasına veren anne oranının düştüğü saptanmıştır.

Bons'un (75) gençler üzerinde yaptığı araştırmada, doğum kontrol hizmeti veren hemşirelerin, gençleri istenmeyen gebelikler ve CYBH'lardan korumada önemli rol oynadığı belirtilmektedir.

Tablo 4.25'de görülebileceği gibi öğrencilerin dörtte üçü korunmadan cinsel ilişkiye girmesiyle eğitim ve öğretimin bırakılacağını düşünmektedirler. Amerika'da ergen gebeler üzerinde yapılan bir araştırmada; ergenlerin çoğunun liseyi bitiremedikleri, kendilerini yetersiz hissettikleri ve geleceklerine umutla bakmadıkları nedeni ile bebeklerini terk ettikleri saptanmıştır.

Geleceğin sağlıklı aileleri için bilinçli çocuk sahibi olabilecek eğitilmiş gençler yetiştirmek gerekmektedir. Özellikle hedef grubun orta ve lise tahsil gören gençler olması gerektiği düşünülmektedir (29).

Öğrencilerin okulda AP ile ilgili okulda ders görme durumu incelendiğinde öğrencilerin %13'ünün bu konuda ders gördüğü bulunmuştur (Tablo 4.27). Alacalıoğlu'nun (11), lise öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada ise %89,7'sinin bu konu ile ilgili ders gördüğü belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda çıkan sonuç oldukça düşük olmakla beraber, araştırma kapsamındaki okullarda sağlık meslek lisesinin yer almaması ortaya çıkan sonucun daha düşük olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde cinsellik ve AP ile ilgili bilgilerin okul eğitim programlarına alınmasında çekingen davranılmış, toplumun özellikle anne-babaların tepkisinden kaygı duyulmuştur. Oysa Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün beş kentin gece konu bölgelerinde yaptığı araştırmada, ilköğretim kapsamında cinsel eğitim verilmesi yönünde olumlu yanıtlar alınmıştır. Görüşülen kadın ve erkeklerin üçte ikisi, kızların adet görmesi, erkeklerin ıslak rüyaları, nasıl gebe kalındığı, aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi konuların ilköğretim kapsamında öğretilmesini doğru bulduklarını söylemişlerdir. Ancak henüz üreme sağlığı konusu ilköğretimde ilk yedi yıl içindeki eğitimin programlarında yer almamaktadır (69). Bu çalışmada öğrencilere AP ile ilgili bilgilerin okulda ders olarak anlatılmasının önemli olup olmadığı sorulmuş öğrencilerin %61.6'sı önemli bulduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 4.28). Sasaoğlu'nun (4) yaptığı çalışmada öğrencilerin %83.5'i ihtiyaç olmadan AP ile ilgili bilgilerin öğrencilere verilmesi gerektiğini belirtirken, Tapan'ın (22) benzer çalışmasında öğrencilerin %54'ü okulda ders olarak anlatılmasının önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Karacaoğlu'nun (8) yaptığı başka bir çalışmada da üniversite öğrencilerinin %91.2'si okulda cinsel eğitimin gerekli olduğunu ifade etmişlerdir. Öğrencilerin çoğunluğunun aile planlaması ile ilgili bilgilerin okulda ders olarak verilmesinin önemli bulmalarının nedenleri üreme sağlığı ve aile planlaması ile ilgili konularda bilgi almak istediklerini gösterdiği gibi eğitim kurumlarını bu konuyu konuşabilecekler yer olarak gördüklerini göstermektedir.

Öğrencilerin %85'i AP ile ilgili bilgilerin hem kızlara hem de erkeklere verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 4.30). Alacaoğlu'nun (11) yaptığı benzer bir çalışmada %46,1 olarak bulunurken, Ankara'da lise 2. sınıf öğrenciler üzerinde yapılan bir araştırmada da bu oranı %69 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamız yapılan diğer araştırmalardan daha iyi sonuçlar vermektedir.

Kişilik ve duygusal gelişim, yaşamın ilk yıllarından itibaren oluşmaya başlamakta, yıllar geçtikçe pekişmektedir. Bu nedenle küçük yaşlardan itibaren her yaşta, yapılması ve yapılmaması gereken koruyucu tedbirler söz konusudur. Cinsel eğitimde zamanlamanın önemi yanında neyin ne ölçüde öğretilmesi gerektiği de önemlidir (69). Bu çalışmada öğrencilerin yarısı cinsel eğitime başlama yaşının 12-15 yaşları arasında olmasını istemektedir (Tablo 4.31). Bu dönem ergenliğe girme dönemine denk düştüğü görülmektedir. Diğer benzer bir çalışmada öğrencilerin %45.5'i, Topan'ın (22) çalışmasında %74.4'ü ve Alacalıoğlu'nun (11) araştırmasında ise gençlerin %96.4'ü bu yaşlarda cinsel eğitimin verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Öğrencilerin çoğunluğu cinsel eğitim gerekliliği ve eğitimin ortaokulda başlaması gerektiği konusunda da birleşmektedir. Gelişmiş ülkelerde sistemli bir şekilde ele alınan ve uygulanan cinsellik eğitimin ülkemizde systemsiz ve yetersiz olduğu, gençlerde yapılan araştırmalara yansımaktadır. Araştırmamızda, cinsellik eğitiminin ortaokuldan itibaren başlamasının gerekli görülmesi, gençlerin özellikle ergenlik döneminde cinsellik eğitimine gereksinimleri olduğu ve bunun bilincinde olduklarını göstermektedir (8).

Alexandrescu ve Arkadaşları (67) lise öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmada, gençlere cinsel eğitimin cinsel olarak aktif hale gelmeden önce verilmesi gerektiğini tespit etmişlerdir.

Casezon ve Arkadaşları (77) gençlere verilen cinsel eğitimin adölesan gebelikleri önlediğini tespit etmişlerdir. İsveç'te yapılan bir araştırmada da okullarda eğitimin aksatılması sonucunda gebelik ve mantar enfeksiyonlarının arttığı belirlenmiştir.

Philliber ve Arkadaşlarının yaptığı araştırmada AP ile ilgili bilgilerin gençlik yıllarından önce verilmesi ile adölesan gebeliklerin azalacağı belirtilmiştir (78).

Toplumun sosyo-kültürel yapısı göz önünde bulundurularak adölesan grubun özelliklerine ve ihtiyaçlarına göre hizmetler verilmelidir. Genç insanların cinsellik, karşı cinsle ilişkiler, üreme sağlığı bilgilerine ulaşabilmeleri için yeterli ve etkin programlarına gereksinimleri vardır. Eğitim programının başarılı olabilmesi için aile, okul ve sağlık personelinin koordineli çalışması gerekmektedir. Araştırmalar sonucu adölesanların bu hizmetlere kolay ulaşmaları sağlandığı takdirde bilgi düzeylerinin ve bilinçli davranış özelliklerinin arttığı gösterilmiştir (8, 22, 78).

### **Sonuç olarak;**

- Kayseri, il merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinin %75.4'ünün AP tanımını bildiği belirlenmiştir.
- Öğrencilerin %77.9'u prezervatif ve %80.'i doğum kontrol hapını bilmekte ve bu yöntemler en çok bilinen AP yöntemleri olarak saptanmıştır. Araştırma grubundaki öğrencilerin %69,2'si, AP yöntemlerinden birini kullanmak isteyebileceklerini belirtmişlerdir.
- Öğrencilerin büyük bir çoğunluğu %84,6'sı evlenmeden önce AP yöntemleri hakkında bilgi almak istemektedir. Yine öğrencilerin %90,2'si AP yöntemlerini bilmenin gerekli olduğunu ifade etmiştir.
- Öğrenciler tarafından en çok bilinen CYBH'nin AIDS (%97) olduğu belirlenmiştir.
- Aile planlaması ile ilgili bilgi edindikleri ilk kaynakların arkadaş (%77,7) ve anne-baba (%72,4) olduğu saptanmıştır.
- Öğrencilerin aile planlaması ile ilgili bilgi almak istediklerinde en fazla sağlık personelinden (%79,1) daha sonrada anne babalarından (%70,1) bilgi almak istedikleri tespit edilmiştir.

- Öğrenciler, korunmadan cinsel ilişkiye girmenin getireceği sorunları; %91,3'ü istenmeyen gebelikler, %85,6'sı gebeliği sonlandırma, %70,1'i eğitim ve öğretimi bırakma ve %87,6'sı bulaşıcı hastalıklar olarak bildiği belirlenmiştir.
- Öğrencilerin %13'ünün okulda AP ile ilgili herhangi bir ders aldığı belirlenmiştir.
- Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %61,6'sı AP ile ilgili ders almanın önemli olduğunu ifade etmiştir.
- Öğrencilerin tamamına yakını, %85'i hem kızlara hem de erkeklere AP eğitiminin verilmesi gerektiği düşünmektedir.
- Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin %50,1'i 12-13 yaşlarında cinsel eğitimin verilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Bu sonuçlara dayanılarak;

- Adölesanların aile planlaması, cinsel/üreme sağlığı ile ilgili konularda bilinçlendirilmelerine yönelik eğitimlerin planlanması,
- Adölesanlara verilen eğitimlerle sağlık seviyelerinin yükseldiği, üreme sağlıklarının korunduğu tespit edildiğinden, eğitime gerekli önem ve desteğin verilmesi,
- Gençlere yönelik eğitim programlarının etkin olabilmesi için aile, okul ve sağlık personelinin koordineli çalışması gerektiği önerilebilir.

## 6. KAYNAKLAR

1. Baysal US. Okul Sağlığı ve Adölesan Sağlığı, II. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, ss. 131-132, 4-6 Haziran 2003,İstanbul.
2. Edgarh K. Adolescent Sexual Health in Sweden. Accepted for publicatiaon 2002; 78: 352-356.
3. Kayatürk F. Aile Planlaması ve Danışmanlık Hizmeti, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1989.
4. Sasaoğlu F. Lise Öğrencilerinin Doğurganlık ve Doğurganlığın Kontrolü Konusundaki Bilgi ve Tutumları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1994.
5. Howard M., Dawıs J, Ray DE, Mitchell M, Apomah M et al. American Journal of Public Health 2004; 94(8): 1332-1335.
6. Armitage B, Babb P. Population review: (u). Trends in fertility. Papul Trdends: 1996; 84: 7-13.
7. Pearce D. Cantisani G. Laihonen A., Changes in fertility and family sizes in Europe, Popul Trends. 1999; 85: 33-40.
8. Karacaoğlu EN, Çukurova Üniversitesi Bağlı Değişik Fakültelerde Okuyan Öğrencilerin Aile Planlaması Konusundaki Bilgi ve Tutumları, Bilim Uzmanlığı Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana 1996.

9. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, JHPIEGO Corporation, Aile Planlamasında Temel Bilgiler. İstanbul, 1997: 1-3.
10. Naçar M., Doğum Sonrası Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Yöntem Kullanmaya Etkisi, Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri, 2002.
11. Alacalıoğlu F., Elmadağ İlçesindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması Konusundaki Bilgi ve Tutum Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2002.
12. Sucato G, Gold MA. New options in contraception for adolescent 2001;1(2):116-123.
13. Polly F, Cromwell MSN, Alison MD et al. Contraception for adolescent 2004;18(5):250-253.
14. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara: 59-158.
15. Bulut I. Adölesan Evlilikleri. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi 1985; 3(1-2): 53-57.
16. Birsöz S. Gençlik Dönemine İlişkin Bio-Psikososyal Sorunlar ve Sağlık. Aile ve Toplum 1991; (1): 53-55.
17. Piyal B., Aile Planlaması Çalışmaları ve Topluma Dayal Dağıtım, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara 1994.
18. Eifenbein DS, Felice ME. Adolescent pregnanc. *Pediatr Clin North Am.* 2003; 50 (4): 781-800.
19. Sing S, Darroch JE. Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. *Fam Plann Perspect.* 2000; 32(1): 14-23.
20. Araptarlı N. Avcılar Sağlık Ocağı Bölgesindeki Genç Kızların Adet Görme, Gebelik ve Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi Tutum ve Görüşleri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul 1988.
21. Gençlik, Cinsel Eğitim ve Üreme Sağlığı. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul 1995: 19-31.
22. Tapan M. İzmir İlinde Adölesanlarda Aile Hayatı, Üreme Sağlığı Konusunda Bilgi ve Tutum Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 1995.



23. Herold JM, Premartial sexual activity and contracepiv use in santiago, Chile. *Studies Family Planning* 1992; 23(2): 128-136.
24. Morris L, Young adults in Latin America and Carrabien: Their sexual experiece and contracepive use. *International Family Planning Perspectives* 1998; 14(4): 153-158.
25. Günay O. Gençlik Döneminin Özellikleri ve Sağlık Sorunları. Öztürk Y (ed), Günay O (ed), *Aile Sağlığı El Kitabı, Erciyes Üniversitesi Yayınları*, 1995: 115-119.
26. Dervişoğlu AA. (ed), Şenlet P. (ed), *Kontaseptif Yöntemler, Uluslar arası Basım*, 1990: 43-51.
27. İreson CJ. Adolescent pregnancy and sex roles. 1984; 11(3-4): 189-201.
28. Singh S, Adolescent childbearing in devoloping countries: a global review. *Stud Fam Plan.* 1998; 29(2): 117-136.
29. Mandıracıoğlu A., Doğan F. Gençlerin Kontrosepsiyona Yaklaşımı. Öztürk Y (ed),III. *Halk Sağlığı Günleri Gençlik Sağlık Sorunları, Erciyes Üniversitesi Yayınları*, 1999: 178-182.
30. Durak H. Sosyo Ekonomik Düzeyi Farklı İki Lisede Lise 2. Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması Bilgi Düzeyleri ve Etkili faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1998.
31. Özkan H. Üniversite Gençliğinin Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan Korunmaya İlişkin Yaklaşımları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1994.
32. Aydın T. Erciyes Üniversitesinde Okuyan Son Sınıf Kız Öğrencilerin Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Kayseri 1993.
33. Soğukpınar BF. İç Anadolu Bölgesi Sağlık Meslek Liseleri (Ebelik Bölümü) Son Sınıf Öğrencilerinin Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Konusunda Bilgi Düzeylerinin Araştırılması, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1988.
34. Winter JSD. Nutrition and Neuroendocrinology of puberte. 1982; 3-12.
35. Farrest JD. Timing of reproductive life stage. *Obstetrics end Gynecology.* 1993; 82(1): 105-111.
36. Sınglı S. Today's adolescent, tomorrow's parents: Managing international Development 1990; 1(5): 84-106.

37. Marginglio W, Shehan CL. Adolescent males abartion attitudes: data from anational su 1993; 25(4): 162-169.
38. Adelonların Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen faktörler Projesi (Özel Rapor), Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2004: 22-76.
39. Lydie N, Robinson NJ, Ferry B, Akam E, De Loenzien M et al. Adolescent sexuality and The HIV Epidemic in Yaunde, Cameroon J Biosoc Sci, 2004; 36(5): 597-616.
40. Quarra AK. The Evolving HIV epidemic in South Africa. International Journal of Epidemiology 2002; 31: 37-40.
41. Goicoche P. Peru: reaching bays who sell sex AIDS Watch. 1990; (11): 2-3.
42. Brabin L. Pelvic Inflammatory diseas. Africa Health 1993; 15(3): 15-17.
43. Barker G. Research on AIDS: Knowlerlge, attitudes and pratices among street youth. Children Worldwide 1993; 20(2-3): 41-42.
44. Ruz J. Street youth in Colombia: Lifestyle, attitudes and knowledge AIDS Health Promotion Exchange 1994; 1: 4-12.
45. Singh S. and Walf D. Today's aclolescent, Tomorrow's parents: A portrait of the Americass. New York,Alan Guttmacher Institute, 1990; 96-98.
46. Berganze CE. Sexual attitudes and behavior of Guatemalan teenagers: considerations for prevention of addescent pregnancy. Adolescence, 1998; 24(94): 327-337.
47. Sing S. Today's adolescents, tomorrow's parents: Managing International Development 1990; 1(5) 84-106.
48. Kiragu K. and Zabin LS. Contraseptif use among hign school students in Kenya. International Family Planning Perspectives 1990; 211(3): 108-113.
49. Xenos P. Portner pattterns in sexuel behavior of unmarriel rural Thai men. Asian and Pasifia Population Forum, 1993; 6(4): 104-117.
50. Ajaji AA. Adolescent sexuality and pertility in Kenya Sutudies in Family Planning 1991; 22(4): 205-206.
51. Morris L. Sexuel behavior of young adults in Latin America. Advances in Population 1994; 2: 231-252.
52. Barker GK. Influence on adolescent sexuality in Nigeria and Kenya: Findings From recent focus group discussions. Studies Family Planning 1992; 23(3): 199-210.
53. Koenig MA., Fauveau V, Chowdhury AI, Chakraborty J. and Khan MA. Maternal mortality in Matlab, Bangladesh: 1976-85.Studies in Family Planning 1988;19(2):69-80.

54. Moerman ML. Growth of the birth canal in adolescent girls. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1982; 143(5): 528-532.
55. Scholl TO, Hediger ML and Belsky DH. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: A review and meta-analysi., *Journal of Adolescent Health* 1994; 15(6): 444-456.
56. Siqueira WI, Helzner JF. Women, Population and international develgoment int Latin America: A 1984 assesmen., *Monaging International Development* 1984; 1(5): 84-106.
57. Horon IL, Strobina DM and Macdonald HM, Birth Weights among infonts born to adolescent and young adult women. *American Journal of Obstetries and Gynecology* 1983; 164: 444-449.
58. Satn AJ, Leveno KJ, Sherman ML, Reedy NJ, Lowe TW et al, Maternal youth and pregnancy outcames: Middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1994; 171(1): 184-187.
59. Olukaya AA, Kaya A., Ferguson BJ, Abouzahr C. Unsafe abortion in adolescents. *Int J Gynaecol Obste.*, 2001; 75(2): 137-147.
60. Cande-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study, *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 192(2): 342-349.
61. Özalp S. Adölesanlarda Kontrosepsiyon. 4. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, ss. 99-100, 20-23, Nisan 2003, Ankara.
62. Giray H, Kılıç B. Bekar Kadınlar ve Üreme Sağlığı. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 2004; 13(8): 289-288.
63. Tuncay F, Topallı R, Topsever P, Görpelioğlu S. Karamürsel Denizcilik Yüksekokulu Son Sınıfı Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkında Bilgileri, Tutumları ve Cinsel Davranışları. *Türkiye Klinikleri* 2004; 24: 345.
64. Kontraseptif Yöntemler, Uluslar arası Basım. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Ankara, 1990: 43-47.
65. Topbaş M., Çan G, Kapucu M, Trabzon'da Bazı Liselerdeki Adölesanların Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2003; 45(4): 331-336.

66. Ceylan S. 1996-1997 Eğitim Öğretim Dönemi Gata Sağlık Atsubay Hazırlama Sınıfı Okulu Öğrencilerinin Aile Planlaması Konusunda Eğiticilik Eğitimi, Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim dalı, Ankara 1997.
67. Alexandrescu R, Tuchendria E. Teenagers, Young people and family planning: a survey in five Romanian high schools. 1999; 113(5): 26-219.
68. Dorrell LD. A future at risk: children having children., 1994; 67(4): 224-227.
69. Özkan Tülay., Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsellik Konusundaki Bilgi ve Tutumların Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri 2005.
70. Özvarış., Ertan A. Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşım, Akın (ed), Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara, 2003: 120-121.
71. Dicens O., Guyatt G, Willan A. Interventions to reduce unintended pregnancies among ad of randomised controlled trials 2002; 15: 324: 1426.
72. Gupta N, Mathur AK, Singh MP, Saxena NC. Reproductive health awareness of school-going, unmorried, rural adolescent. 2004; 71(9): 797-801.
73. Zihni A, 15-19 Yaş Grubu Kız ve Erkek Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Aile Planlaması ve Doğum Kontrol Yöntemleri ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Eğilimleri, Bilim Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara 1995.
74. Brindis C, Starbuck-Morales S, Wolfe AL., McCarter V. Characteristics associated with contraceptive use among adolescents females in school-based family planning programs. 1994; 26(4): 160-164.
75. Bonsu. IK. How contraception nurses can improve teenage sexual health 2004; 63(2): 274-279.
76. Wight D, Raab MG., Henderson M., Abraham C, Buston K et al. Limits of teacher delivered sex education: interim behavioural outcomes from a randomised trial 2002; 324(7351): 1430.
77. Cabezon C, Vigil P, Rojan I, Leiva ME, Riquelme R et al. Adolescent pregnancy prevention: An abstinence-centred randomised controlled intervention in a Chilean public high school 2005; 36(1): 64-69.
78. Philliber K, Kaye JW, Herrling S, West E. Preventing pregnancy and improving health care access among teenagers: an evaluation of the children's aid society-carrera program 2005; 192(2): 342-349.
79. Sezgin B, Akın A. Adolesan Dönemi Üreme Sağlığı. 1998; 8(3-4): 27-32.

## EK-1

### LİSE SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN AİLE PLANLAMASINA YÖNELİK BİLGİ VE DÜŞÜNCELERİNİN BELİRLENMESİ

ANKET NO: 1

1. Yaşı:

2. Cinsiyeti: Erkek 1. Erkek 2. Bayan

3. Okuduğunuz Okul:

4. Annenizin Yaşı: Babanızın Yaşı:

5. Annenizin Eğitim Durumu

1. Okur Yazar Değil 2. Okur Yazar 3. İlkokul  
4. Ortaokul 5. Lise 6. Yüksekokul

6. Babanızın Eğitim Durumu

1. Okur Yazar Değil 2. Okur Yazar 3. İlkokul  
4. Ortaokul 5. Lise 6. Yüksekokul

7. Babanızın Mesleği

1. İşçi 2. Memur 3. Serbest Meslek  
4. Emekli 5. Ev Hanımı 6. Diğer .....

8. Annenizin Mesleği

1. İşçi 2. Memur 3. Serbest Meslek  
4. Emekli 5. Ev Hanımı 6. Diğer .....

9. Sizce ailenizin ekonomik durumu aşağıdakilerden hangisine girmektedir?

1. Kötü 2. Orta 3. İyi 4. Çok İyi

10. Ailenizdeki toplam birey sayısı kaç kişidir? .....

11. Siz dahil kaç kardeşiniz? .....

12. Siz ailenizin kaçınıcı çocuğusunuz?

a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) ....

13. Sizce bir ailede ideal çocuk sayısı kaç olmalıdır?

a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) ....

14. Anne babanızın sahip olduğu çocuk sayısı size göre nasıl?

a) Normal b) Az c) Çok d) Diğer

15. Sizce bir erkeğin ilk evlenme yaşı kaç olmalıdır? ....

16. Sizce bir kadının ilk evlenme yaşı kaç olmalıdır? ....

17. Sizce bir kadının ilk gebelik yaşı kaç olmalıdır?....

18. Aile planlaması eşleri çocuk yapmak istediklerinde ya da istemediklerinde yol gösterir, onlara çocuk sayısı ve doğumlar arasındaki süreyi belirlemede yardımcı olur. Siz bunu biliyor musunuz?

a) Evet, biliyorum b) Hayır, bilmiyorum.

19. Size göre bir ailedeki çocuk sayısı, kaç tane olduğunda çocuk sayısı fazladır? ..... (yazınız).

**20. Çocuk sayısının fazla olması çocukların sağlığını nasıl etkiler?**

- a) Çocuklar sağlıklıdır.
- b) Çocuklar sağlıklıdır.
- c) Çocukların sağlığını etkilemez.
- d) Bilmiyorum.

**21. Kadının çok çocuk doğurması sağlığını nasıl etkiler?**

- a) Sağlığını bozar.
- b) Sağlığını etkilemez
- c) Bilmiyorum.
- d) Diğer.....

**22. Annenin iki doğum arasındaki zaman farkı anne ve çocuk sağlığı yönünden en az kaç yıl olmalıdır.**

- a) 1 yıl ara verilmelidir.
- b) 2 yıl ara verilmelidir.
- c) 3 yıl ara verilmelidir.
- d) Diğer.....
- e) Bilmiyorum.

**23. Tercih yapma imkanınız olsaydı erkek çocuğunuz mu yoksa kız çocuğunuz mu olsun isterdiniz?**

- a) Kız
- b) Erkek
- c) Fark Etmez
- d) Çocuk istemezdim.

**24. Sahip olunacak çocuk sayısını belirlemek eşlerin elindedir?**

- a) Evet
- b) Erkek
- c) Allah bilir
- d) Bilmiyorum.

**25. Aile planlaması yöntemlerinden duyduklarınızı işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).**

- |  |                              |                                |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| ➤ Prezervatif (Kondom)                       | <input type="radio"/> Duydum | <input type="radio"/> Duymadım |
| ➤ Doğum kontrol hapı                         | <input type="radio"/> Duydum | <input type="radio"/> Duymadım |
| ➤ Ria (sprial)                               | <input type="radio"/> Duydum | <input type="radio"/> Duymadım |
| ➤ Takvim Yöntemi                             | <input type="radio"/> Duydum | <input type="radio"/> Duymadım |
| ➤ Geri Çekme                                 | <input type="radio"/> Duydum | <input type="radio"/> Duymadım |
| ➤ Sterilizasyon (Tüpligasyon ya da vazokomi) | <input type="radio"/> Duydum | <input type="radio"/> Duymadım |
| ➤ Spermisid                                  | <input type="radio"/> Duydum | <input type="radio"/> Duymadım |

**26. Aile planlaması yöntemlerinden bildiklerinizi işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).**

- |  |                              |                                |
|--|------------------------------|--------------------------------|
| ➤ Prezervatif (Kondom)                       | <input type="radio"/> Duydum | <input type="radio"/> Duymadım |
| ➤ Doğum kontrol hapı                         | <input type="radio"/> Duydum | <input type="radio"/> Duymadım |
| ➤ Ria (sprial)                               | <input type="radio"/> Duydum | <input type="radio"/> Duymadım |
| ➤ Takvim Yöntemi                             | <input type="radio"/> Duydum | <input type="radio"/> Duymadım |
| ➤ Geri Çekme                                 | <input type="radio"/> Duydum | <input type="radio"/> Duymadım |
| ➤ Sterilizasyon (Tüpligasyon ya da vazokomi) | <input type="radio"/> Duydum | <input type="radio"/> Duymadım |

**27. Aile planlaması yöntemini eşlerden hangisinin uygulamasını tercih edersiniz?**

- a) Kendim
- b) Eşim
- c) Her ikimiz

**28. Siz evlendikten sonra aile planlaması yöntemlerinden birini kullanmak ister misiniz?**

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Fikri Yok

**29. Sizce gebeliği önleyici yöntemleri kullanmak yasal mıdır?**

- 1) Evet
- 2) Hayır
- 3) Fikri Yok

**30. Şimdiye kadar aile planlaması ile ilgili bilgilerinizi nereden edindiniz. (Öncelik sırasına göre numara veriniz).**

...) Anne-Baba ...) Arkadaş ...) TV-Radyo ...) Öğretmen

...) Sağlık Personeli ...) Okul ...) İnternet ...) Basın yayından

**31. Aile planlaması ile ilgili ayrıntılı bilgi almak isterseniz nerden almak istersiniz?**

...) Anne-Baba ...) Arkadaş ...) TV-Radyo ...) Öğretmen

...) Sağlık Personeli ...) Okul ...) İnternet ...) Basın yayından

**32. Evlenmeden önce aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi almak ister misiniz?**

a) Evet b) Hayır c) Fikri Yok

**33. Sizce aile planlaması yöntemlerini bilmek gerekli midir?**

a) Evet b) Hayır c) Fikri Yok

**34. Çocuk sayısındaki fazla artış aşağıdakilerden hangisine yada hangilerine yol açar?**

➤ Çocuk doğum yapmak annenin sağlığına zarar verir.

Biliyor  Bilmiyorum  Fikri Yok

➤ Çocukların sağlığını olumsuz etkiler.

Biliyor  Bilmiyorum  Fikri Yok

➤ Ailenin tüm bireyleri ekonomik, sosyal ve sağlık açısından olumsuz etkilenir.

Biliyor  Bilmiyorum  Fikri Yok

➤ Ailedeki çocukların beslenme ve eğitimlerini olumsuz etkiler.

Biliyor  Bilmiyorum  Fikri Yok

**35. Aşağıdakilerden hangisi cinsel ilişki yoluyla bulaşan hastalıklardandır. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

a) AIDS b) Sfiliz (Frengi) c) Hepatit B

d) Mantar Hastalıkları e) Bilmiyorum

**36. Aile planlaması yöntemlerinden prezervatif (kılıf) cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucudur.**

a) Evet doğru b) Hayır yanlış c) Bilmiyorum

**37. Aile planlaması yöntemlerinden hangisi cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı en fazla koruyucudur?**

a) RİA (spiral) b) Prezervatif (kılıf) c) Doğum Kontrol Hapı

d) Takvim Yöntemi e) Bilmiyorum

**38. Sizce aile planlaması hizmetlerin hangi tür sağlık personeli vermektedir. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

a) Doktor b) Hemşire c) Ebe d) Fikrim Yok

**39. Sizce aile planlaması hizmetleri ülkemizde hangi sağlık kuruluşlarında sunulmaktadır?**

➤ Sağlık Evi  Biliyor  Bilmiyorum  Fikri Yok

➤ Sağlık Ocağı  Biliyor  Bilmiyorum  Fikri Yok

➤ Sağlık Merkezi  Biliyor  Bilmiyorum  Fikri Yok

➤ Ana-Çocuk Sağlığı Merkezi  Biliyor  Bilmiyorum  Fikri Yok

➤ Devlet Hastanesi  Biliyor  Bilmiyorum  Fikri Yok

➤ SSK  Biliyor  Bilmiyorum  Fikri Yok

➤ Fakülte Hastaneleri  Biliyor  Bilmiyorum  Fikri Yok

➤ Özel Muayenehaneler  Biliyor  Bilmiyorum  Fikri Yok

**40. Sizce aile planlaması hizmetleri ülkemizde hangi tarihte başlamıştır?**

a) 1965    b) 1948    c) 1962 d) 1961 e) Bilmiyorum

**41. Aile planlamasına yönelik bildiğiniz kanunlar varsa işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).**

a) 557 Sayılı Kanun 1965

b) 2827 Sayılı Kanun 1983

c) 532 Sayılı Kanun 1957

d) Bilgim Yok

**42. Seçeneklerden sizce uygun olanı işaretleyiniz.**

➤ Aile planlamasının ekonomik açıdan olumlu etkileri vardır.

Biliyor     Bilmiyor     Fikri Yok

➤ Aile planlamasının sosyal açıdan olumlu etkileri vardır.

Biliyor     Bilmiyor     Fikri Yok

➤ Aile planlaması dinen uygundur

Biliyor     Bilmiyor     Fikri Yok

**43. Sizce evlilik dışı cinsel ilişkiye girenler hangi sorunlarla karşı karşıya kalabilirler. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).**

a) İstenmeyen gebelikler

b) İstenmeyen gebeliği sonlandırma (kürtaj, düşük, ...)

c) İstenmeyen gebelik sonucu eğitime-öğrenime son verme

d) Cinsel ilişki yoluyla geçen bulaşıcı hastalıklara maruz kalma.

**44. Evlilik öncesi dönemde cinsel ilişkiye girenler var, sizce bu durumda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanılmalı mıdır?**

a) Evet    b) Hayır

**45. Sizce cinsel eğitime başlama yaşı kaç olmalıdır?.....**

**46. Okuduğunuz dersler içinde doğum kontrolü ya da aile planlaması ile ilgili ders var mı?**

a) Evet    b) Hayır

**47. Aile planlaması ya da doğum kontrolü ile ilgili bilgilerin okulda ders olarak anlatılması önemli midir?**

a) Çok önemli

b) Önemli

c) Kısmen önemli

d) Önemli değil

**48. Uygun buluyorsanız Aile planlaması ya da doğum kontrolü ile ilgili bilgiler kimlere verilmelidir.**

a) Yalnız Kızlara    b) Hem kızlara hem erkeklere

c) Yalnız Erkeklere    d) Kız ve erkeklere ayrı ayrı.

**49. Aile planlamasına hizmetlerinin sağlık bakanlığına bağlı kuruluşlarda ücretsiz olduğunu biliyor musunuz?**

a) Biliyor    b) Bilmiyor

**50. Sizce aile planlaması eğitimini veren kişinin cinsiyeti önemlidir?**

a) Evet önemli    b) Hayır önemli değil.

**Anketi Doldurduğunuz İçin Teşekkürler...**



## ÖZGEÇMİŞ

1979 yılında Kayseri’de dünyaya geldi. İlk, orta ve lise tahsilini Kayseri’de tamamladı. Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü’ne 1998 yılında girmeye hak kazandı. Üniversiteden 2002 yılında mezun oldu. 2003-2004 eğitim-öğretim yılında Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimine başladı. Halen aynı bölümde öğrenciliğine devam etmektedir.