

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**GENÇLERİN CİNSEL YOLLA BULAŞAN
HASTALIKLAR VE GÜVENLİ CİNSEL YAŞAM
KONUSUNDA BİLGİ VE DAVRANIŞLARINA AKRAN
EĞİTİMİNİN ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Evin KIRMIZITOPRAK

DANIŞMAN

Doç.Dr. Zeynep ŞİMŞEK

**ŞANLIURFA
2007**

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**GENÇLERİN CİNSEL YOLLA BULAŞAN
HASTALIKLAR VE GÜVENLİ CİNSEL YAŞAM
KONUSUNDA BİLGİ VE DAVRANIŞLARINA AKRAN
EĞİTİMİNİN ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Evin KIRMIZITOPRAK

**DANIŞMAN
Doç.Dr. Zeynep ŞİMŞEK**

**ŞANLIURFA
2007**

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Evin KIRMIZITOPRAK'ın hazırladığı “Gençlerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Güvenli Cinsel Yaşam Konusunda Bilgi ve Davranışlarına Akran Eğitiminin Etkisi” konulu çalışma, **01/06/2007** tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Halk Sağlığı Anabilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Mehmet Ali KURÇER
Harran Üniversitesi
BAŞKAN

Doç. Dr. Zeynep ŞİMŞEK
Harran Üniversitesi
ÜYE

Yrd.Doç. Dr. Süda TEKİN KORUK
Harran Üniversitesi
ÜYE

ONAY

...../...../2007

.....
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tezimin hazırlanması süreleri boyunca, benden ilgisi ve desteğinin esirgemeyen, sürekli çalışmalarında örnek aldığım ve alacağım tez danışmanım Doç.Dr. Zeynep ŞİMŞEK'e, eğitimim boyunca halk sağlığı bilgimin artması için zamanını ve emeğini esirgemeyen değerli hocam Doç.Dr. Mehmet Ali KURÇER'e, tezimin saha çalışmalarında işbirliğiyle destek olan Willows Foundation'a, akran eğitimi modüllerini kullandığımız ve bu konuda eğitimini aldığım UNFPA'ye (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu), bana sürekli destek olan iş arkadaşlarım ve aileme teşekkür ederim.

Ayrıca çalışmamda benimle birlikte görev alan gönüllü genç akran eğitici arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunmak istiyorum.

Evin KIRMIZITOPRAK

2007

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii-iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ.....	1-3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Gençlik dönemi ve özellikleri.....	4
2.1.1. Dünyada ve Türkiye’de Gençlerin Sosyo-Demografik Özellikleri... 5	5
2.1.2. Gençlerde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişim.....	7
2.1.3. Gençlerde Psikososyal gelişim.....	9
2.2. Gençlik Döneminde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı.....	11
2.2.1. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Kavramı.....	11
2.2.2. Gençlik Döneminde Güvenli Cinsel Yaşam ve Önemi.....	11
2.2.2.1. Erken Cinsel Aktivite.....	12
2.2.2.2. Cinsellik ve Gebeliği Önleyici Yöntemler Hakkında Bilgi Eksikliği.....	14
2.2.2.3. Evlilik Yaşının Değişmesi.....	15
2.2.2.4. Çocuk Yaşta Evlilik.....	16
2.2.2.5. Erken Çocuk Sahibi Olma.....	16
2.2.2.6. Çok Eşlilik.....	17
2.2.2.7. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar.....	18
2.2.2.8. İstenmeyen Gebelikler ve Sonuçları.....	18
2.2.2.9. Adölesan Gebeliklerde Anne Morbidite ve Mortalitesinde Artış.....	19
2.2.2.10. Düşük Doğum Ağırlıklı ve Prematür Bebekler.....	20
2.3. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar.....	20
2.3.1. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Bulaşmasını Etkileyen Faktörler.....	21

2.3.1.1. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlarda Biyolojik Faktörler	21
2.3.1.2. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Geçişini Etkileyen Davranış Faktörler.....	22
2.3.1.3. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Toplum Üzerindeki Etkileri.....	23
2.3.1.4. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Epidemiyolojisi.....	23
2.3.1.5. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Komplikasyonları...	27
2.3.1.6. Güvenli İlişki ve Davranışlar.....	28
2.4. Gençlerde Güvensiz Cinsel Yaşam ve Risklere Yönelik Koruyucu Programlar.....	29
2.4.1. Koruyucu Programlar.....	29
2.4.1.1. Bilgilendirme ve Eğitim.....	30
2.4.1.2. Üreme Sağlığı Hizmetleri.....	31
2.4.1.3. Akran Eğitimi.....	34
2.4.1.3.1. Akran Eğitiminde Kullanılan Teoriler	35
3. MATERYAL VE METOD.....	39
3.1. Araştırmanın Tipi ve Örneği.....	39
3.1.1. Akran Eğiticilerinin Belirlenmesi.....	39
3.1.2. Akran Eğiticilerinin Eğitim Süreci.....	39
3.1.3. Eğitimin Değerlendirilmesi.....	40
3.1.4. Saha Çalışmalarının Planlanması ve Uygulanması.....	41
3.1.5. Saha Çalışmasında Karşılaşılan Güçlükler.....	41
3.2. Araştırmanın Değişkenleri.....	42
3.3. Araştırma Hipotezi.....	42
3.4. Veri Toplama Araçları.....	42
3.5. Araştırmada Kullanılan Tanımlar.....	43
3.7. Araştırma Verisinin Analizi.....	43
4. BULGULAR.....	44
4.1. Gençlerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	44
4.2. Gençlerin Cinsel Yaşantıları	51
4.3. Akran Eğitimi Öncesi ve Sonrasında Bilgi Değişimi.....	54
4.4. Akran Eğitimi Öncesi ve Sonrasında Davranış Değişimi.....	55
4.5. Ön ve Son Testte Bilgi ve Davranış Değişimini Etkileyen Faktörler	58

5. TARTIŞMA VE ÖNERİLER.....	63
5.1. Sosyo-Demografik Özellikler ve Cinsel Aktivite Durumu	63
5.2. Bilgi ve Davranış Değişimi.....	65
6. KAYNAKLAR	67
7. EKLER	75
EK-1 Gençlerin Bilgi Formu Ön Test.....	75-83
EK-2 Gençlerin Bilgi Formu Son Test.....	84-90
EK-3 Akran Eğitiminin Kalitesi Değerlendirme Formu.....	91-92
EK-4 Akran Eğitimi Programı.....	93
EK-5 Saha Kayıt Formu.....	94
EK-6 Akran Eğitimi Resimleri.....	95-99

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Türkiye’de HIV/AIDS olgularının kümülatif dağılımı

Şekil 2. Gelişmişlik Düzeyi ve Yıllara Göre 10-24 Yaşları Arasındaki Nüfus Projeksiyonu

Şekil 3. TNSA 2003’e Göre Adölesan Nüfus

Şekil 4. Genç İnsanların Evlilik Öncesi Cinsel Aktivite Yüzdesi-DSÖ araştırmalarından seçilmiştir

Şekil 5. Gençlerin cinsiyetine göre annelerinin öğrenim durumları

Şekil 6. Babaların cinsiyete göre öğrenim durumları dağılımı

Şekil 7. Annelerin gelir getiren bir işte çalışma durumlarına göre dağılımı

Şekil 8. Babaların gelir getiren bir işte çalışma durumlarına göre dağılımı

TABLULAR DİZİNİ

- Tablo 1.** Gençlerin cinsiyet ve yaş gruplarına dağılımı
- Tablo 2.** Gençlerin öğrenim durumlarının cinsiyetlere göre dağılımı
- Tablo 3.** Gençlerin cinsiyete göre medeni durumlarının dağılımı
- Tablo 4.** Yaşadıkları yerlerin cinsiyetlere göre dağılımı
- Tablo 5.** Cinsiyete göre ailelerin sosyo-ekonomik durumlarına göre
- Tablo 6.** Cinsiyete göre ailelerin sosyal güvence durumu
- Tablo 7.** Gençlerin ÜS/CS sorularını en çok kime anlattıklarına göre dağılımı
- Tablo 8.** Gençlerin cinsiyetlerine göre ilk cinsel ilişki deneyimleri
- Tablo 9.** Bekar gençlerin cinsiyetlerine göre ilk cinsel ilişki deneyimleri
- Tablo 10.** Gençlerin cinsiyete göre ilk cinsel ilişki deneyimini yaşadıkları kişilerin dağılımı
- Tablo 11.** Gençlerin ilk cinsel ilişki deneyimlerinde kullandıkları yöntemlerin dağılımı
- Tablo 12.** Bekar ve cinsel aktif yaşamı olan gençlerin kullandıkları yöntemlerin dağılımı
- Tablo 13.** Akan eğitimi öncesi ve sonrası bilgi değişimi
- Tablo 14.** Cinsel yönden aktif olan bekar gençlerin cinsel partner dağılımı
- Tablo 15.** Gençlerin eğitim öncesi ve sonrası kondomu bilme/kullanma düzeyi
- Tablo 16.** Gençlerin CYBE'den korunmada güvenli cinsel yaşam konusundaki görüşleri
- Tablo 17.** Eğitim öncesi ve sonrası gençlerin cinsiyetlerine göre bilgi puanı
- Tablo 18.** Eğitim öncesi ve sonrası gençlerin medeni durumlarına göre bilgi puanı
- Tablo 19.** Eğitim öncesi ve sonrası gençlerin en uzun yaşadıkları yere göre bilgi puanı
- Tablo 20.** Eğitim öncesi ve sonrası gençlerin sosyal güvencelerine göre bilgi puanı
- Tablo 21.** Eğitim öncesi ve sonrası gençlerin ekonomik durumlarına göre bilgi puanı
- Tablo 22.** Akran eğitimi öncesinde gencin yaşı, toplam kardeş sayısı, annenin ve babanın öğrenim durumu ile bilgi puanları arasındaki ilişki
- Tablo 22.** Akran eğitimi sonrasında gencin yaşı, toplam kardeş sayısı, annenin ve babanın öğrenim durumu ile bilgi puanları arasındaki ilişki

KISALTMALAR

- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
ICC: Uluslar arası Çocuk Merkezi
UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
SB: Sağlık Bakanlığı
CYBE: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
UNFPA: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
UNADIS: Birleşmiş Milletler Ortak HIV/AIDS Programı
CDC: Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi
ICPD: Uluslar Arası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
IPPF: Uluslar Arası Aile Planlaması Federasyonu
FLE: Aile Yaşamı Eğitimi
DİE: Devlet İstatistik Enstitüsü
HIV: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
AIDS: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
HPV: İnsan Papiloma Virüsü (Genital Siğiller)
PID: Pelvik İnflamatuar Hastalığı
AP: Aile Planlaması

ÖZET

Gençlerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Güvenli Cinsel Yaşam Konusunda Bilgi ve Davranışlarına Akran Eğitiminin Etkisi

Evin KIRMIZITOPRAK
Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi

Müdahale tipindeki bu epidemiyolojik araştırmada, gençlerin güvenli cinsel yaşam ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) konusunda bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Veri yoplamada araştırmacılar tarafından hazırlanan, içeriğinde sosyo-demografik bilgiler yanısıra güvensiz cinsel yaşam, aile planlaması ve CYBE'ya yönelik soruların olduğu 'Gençlerin Sağlığı Bilgi Formu' kullanılmıştır. Analizlerde bağımsız gruplarda iki ortalamayı karşılaştırmada t testi, bağımlı gruplarda eşleştirilmiş t testi, bağımsız gruplarda yüzdeleri karşılaştırmada ki-kare testi, bağımlı gruplarda McNemar ki-kare testi, sürekli değişkenler arasındaki ilişkileri saptamada ise pearson korelasyon testi kullanılmıştır.

Bu çalışmanın örneğini rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen %45.1'i kız ve %54.9'u erkek olmak üzere 15-24 yaşları arasında toplam 977 (yanıtlama oranı %88.8) genç oluşturmuştur. Çalışmaya katılan tüm gençlerin %19.8'i cinsel birleşme ile sonuçlanan ilişkilerinin olduğunu bildirirken, bu oran evli olmayanlarda %15.6'dır. Cinsel ilişki yaşayanların çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır ve ortalama cinsel ilişki yaşı 17.6'dır. Evli olmayan gençlerin %43.1'i hayat kadınıyla, %43.3'ü yakın arkadaş, sevgilisi ile ve %8.3'ü de maket ve hayvanlarla ilişkide bulduklarını bildirmişlerdir. Sağlık davranışı teorileri temel alınarak gerçekleştirilen akran eğitimi müdahalesi sonrasında toplam bilgi puanı 14.6'dan 32.6'ya yükselmiştir ($p<0.05$). Güvenli cinsel yaşam kapsamında; 'cinsel ilişkiden kaçınmak', 'tek eşli olmak' ve 'kondom kullanmak' adımlarının her birinin anlamlı değişim gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Aktif cinsel yaşamı olan evli olmayan gençlerin modern yöntemleri kullanma oranı %53.8'den %80.8'e yükselirken, hiçbir yöntem kullanmama ise %28'den %11.8'e düşmüştür.

Sonuç olarak, akran eğitimi olumlu yönde bilgi ve davranış değişimine neden olan bir müdahaledir. Çalışmanın bulgularına dayalı olarak, birinci basamak sağlık kuruluşlarında gençlerin üreme sağlığı ve güvenli cinsel yaşam konularında bilgilendirilmeleri, hastalıkların önlenmesi ve erken tanı-tedavi hizmetlerine ulaşmalarının artırılmasında akran eğitimi modelinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Genç, akran eğitimi, CYBE, güvenli cinsel yaşam

ABSTRACT**Mental Health and Affecting Factors of Married Women Ages 15 to 25 in the Area of Sanliurfa Training Health Care Center****Evin KIRMIZITOPRAK
Public Health Master's Degree Thesis**

In this intervention epidemiological research, it was aimed to determine of peer education effect on safer sex life, contraceptive method and sexually transmitted diseases (STI's) of young people. 'Health of Young People Information Form' prepared by researcher included of socio-demographic and safer sex life, contraceptive method and sexually transmitted diseases informations was used to data collection. In the analyses, we used the t test and chi-square tests according to the independent and dependent group characteristic, and pearson correlation method for the continuity variables.

The sample of the study was consisted of 977 young people aged 15-24 years - 45.1 % were female, 54.9% were male-selected by random selection method (Response rate %88.8). 19.8% of them reported that they had a sexual penetration, this ratio was 15.6 % for unmarried youngs. Males had higher sexual life than females, and mean age was 17.6. Of unmarried youngs, 43.1% of them had first sexual penetration with sex workers, 43.3 % was close friends, and 8.3 % was other things like animals and sex models.

Based on health behaviour theories, after approximately 2 months later of peer education intervention, the intervention had a significant effect on including contribute positively to the acquisition of knowledge, awareness of sexual risks, knowledge of birth control methods, and prevention of CYBE. It was found the mean of total knowledge score was 14.6 in preintervention period, this score was increased to 32.6 in postintervention. Each of safer sex life steps including 'abstinence from sex, being faithful, use condom' changed positively ($p<0.05$). Modern contraceptive methods usage was increased from 53.8% to 80.8%, any method use was decreased from 28% to 11.8 % on active sexual life of youngs. As a result of this study, we determined the positive knowledge and behaviour changes of peer education program. Based on the study findings, peer education model will give an advantage and useful results for the increasing awareness about safer sex life and STI's, access to services, prevention and early diagnosis and treatment of STI's in the primary health services.

Keywords: Youngs, peer education, STI, safer sex life

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hızlı biyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklerin yaşandığı 15-24 yaşlar arası gençlik dönemi olarak tanımlanmaktadır. “Umut kuşağı” olarak ifade edilen gençler herhangi bir ülkenin gelecekteki sağlık durumu için önemli rol oynamaktadırlar. Gençlerin davranışları, tutumları ve inançları aynı zamanda geleceğin toplumlarını da şekillendirmektedir (18,62,63,96,106). Gençlik dönemi, bütün yaş dönemleri içinde en sağlıklı olanı, aynı zamanda uzun ve sağlıklı bir yaşamın temellerinin atılabileceği bir dönem olarak da tanımlanmaktadır. Bu yaş grubunu yetişkinlerden ayıran önemli bir özellik ise riskli davranışa yönelme eğilimleridir. Çünkü bu dönem; bir merak, öğrenme ve deneyim dönemidir ve bu durum birçok tehlikeyi beraberinde getirmektedir.

Dünya nüfusunun yaklaşık %20'sini oluşturan gençlik dönemi, riskli sağlık davranışları açısından önem taşımaktadır. Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından bu dönemde rastlanan riskli sağlık davranışları, tütün ve diğer madde kullanımı, intihar, trafik kazası, cinsel davranışlar, istemli ve istemsiz yaralanma ve şiddete uğrama, beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite olarak sınıflandırılmıştır (51,110). Belirtilen bu riskli sağlık davranışları birey ve toplum sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

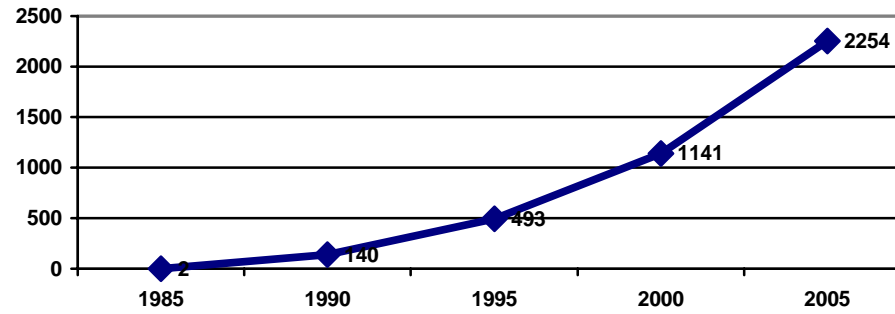
DSÖ tarafından hastalık yükünü arttıran 10 risk faktörü arasında; yüksek ölüm hızlarına sahip gelişmekte olan ülkelerde %14.9'unu beslenme bozukluğu, %10.2'sini güvensiz cinsel yaşam, %5.5'ini hijyen, %5.7'sini tütün diğerleri ise kolesterol, yüksek kan basıncı ve mineral eksiklikleri oluşturmaktadır (50). Dolayısıyla güvensiz cinsel yaşam sonucu ortaya çıkan cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) ikinci sırada yer almaktadır. DSÖ tarafından her yıl 2/3'sinden daha fazlası gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere 333 milyon tedavi edilebilir cinsel yolla bulaşan hastalık ortaya çıktığı tahmin edilmektedir. Enfeksiyonların çoğunluğu 25 yaş altı gençlerde görülmekte, en yüksek hız 20-24 yaşları arasında, bunu ise 15-19 yaşları takip etmektedir (111). Her yıl 20 gençten birinin tedavi edilebilir bir CYBE'ye yakalandığı düşünülüyor, HIV ve diğer viral hastalıklar hariç (54,109). Sadece ABD'de her yıl 3 milyon genç CYBE'ye yakalanıyor (20).

CYBE tüm dünyada bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte, görülme sıklıkları gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir. Epidemiyolojik özellikleri toplumdaki topluma, hatta aynı toplumda guruplar arasında farklılıklar göstermektedir. Bu hastalıkların çoğu belirti ve bulgu vermeksizin seyrettiği için hastalık sıklığının saptanması güçtür. CYBE'nin görülme sıklığına ilişkin çalışmalar sınırlı olmakla birlikte elde edilen

bulgular klamidy, gonore, trikomanas, sfiliz bakteriyel vajinozis, kandida, insan papilloma virüsü (HPV), genital herpes, hepatit B ve HIV/AIDS'in en sık rastlanan enfeksiyonlar olduğunu göstermektedir (80,87).

DSÖ Aralık 2005 verilerine göre dünyada ortalama 40.3 (36.7-45.3) milyon HIV enfekte kişi olduğunu ve hastalığın tanımlandığı 1981 yılından beri 30.9 milyon kişinin hayatını bu hastalıktan kaybettiğini belirtmektedir. Türkiye'de ilk defa 1985 yılında bir olgu saptanırken, Sağlık Bakanlığı Aralık 2005 verilerine göre 2254 HIV/AIDS hastası bulunmaktadır. Şekil 1'de izlendiği gibi 1992 yılına kadar her yıl 30'lu rakamda olan yeni hasta sayıları, 2000'li yılların başından itibaren 150-200'lü rakamlara ulaşmıştır. 2005 yılı içerisinde tanı konulmuş 332 yeni olgu olduğu görülmektedir (Şekil 1) (88).

Şekil 1. Türkiye'de HIV/AIDS olgularının kümülatif dağılımı



CYBE'nin tüm dünyada görülme sıklığının artış nedenleri; özellikle gelişmekte olan ülkelerde, cinsel eğitim programlarının yetersizliği, cinsel ilişki yaşının küçülmesi, evlilik öncesi cinsel ilişki ve dolayısıyla cinsel eş sayısında artış, kondom dışı kontraseptiflerin kullanımında artış, tanı ve tedavi olanaklarının gelişmesiyle hastalıkların daha doğru ve sık olarak saptanmasıdır (41,46).

CYBE'nin artmasıyla dünya nüfusunu ilgilendiren sorunların tartışıldığı Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Programında (1994) ve kadının toplumdaki konumunun tartışıldığı Pekin Kadın Konferansı sonuç bildirgelerinde (1995) "Gençlerin cinsellik ve üreme sağlığı konusunda bilgilendirme ve hizmetlere ulaşma hakkında korunması ve desteklenmesi" kararlaştırılmış ve Türkiye'nin de içinde olduğu 180'den fazla sayıda ülkenin temsilcisi üreme sağlığının kapsamlı bir tanımı üzerinde anlaşmaya varılmıştır (3,60). Yapılan çalışmalar sonunda, aile planlaması, gebelik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi konularının içinde yer aldığı bütüncül bir üreme sağlığı yaklaşımı temel alınmıştır. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan CYBE'nin kontrolüne yönelik programlar kapsamında, genç dostu

erken tanı ve tedavi merkezlerinin kurulması, toplumsal cinsiyet eğitimi çalışmaları, şiddet ve cinsel istismara yönelik danışmanlık, ruh sağlığı çalışmaları, sağlık davranışı teorilerini temel alan cinsellik ve sorumlu cinsel davranış konusunda sağlık personelini ve gençleri bilgilendirme ve davranış değişikliğine yönelik eğitim programları yer almaktadır.

Eğitim programları incelendiğinde, gençlerin çoğu bilgi ve davranışı arkadaşlarından öğrenmeleri ve arkadaşlarıyla paylaşımları nedeniyle, gençlere kendi yaşlarıyla ulaşmanın daha uygun bir yaklaşım olduğu kabul edilmektedir (5,26,37,45,49). Literatür incelendiğinde çoğunlukla “akran eğitimi” adı altında programların uygulandığı görülmektedir. Aynı sosyal grup içinde olan kişiler akran sayılmakta, akran eğitimi ise akrandan akrana yapılan eğitim anlamını taşımaktadır. Akran eğitiminin temeli, bireyin kendi yaş grubunun bilgi, düşünce ve davranışlarından daha çok etkilenmesine dayanmaktadır (42,45,113,115).

Bu çalışmada, gençlerin güvenli cinsel yaşam ve CYBE konusunda bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisinin saptanması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Gençlik Dönemi ve Özellikleri

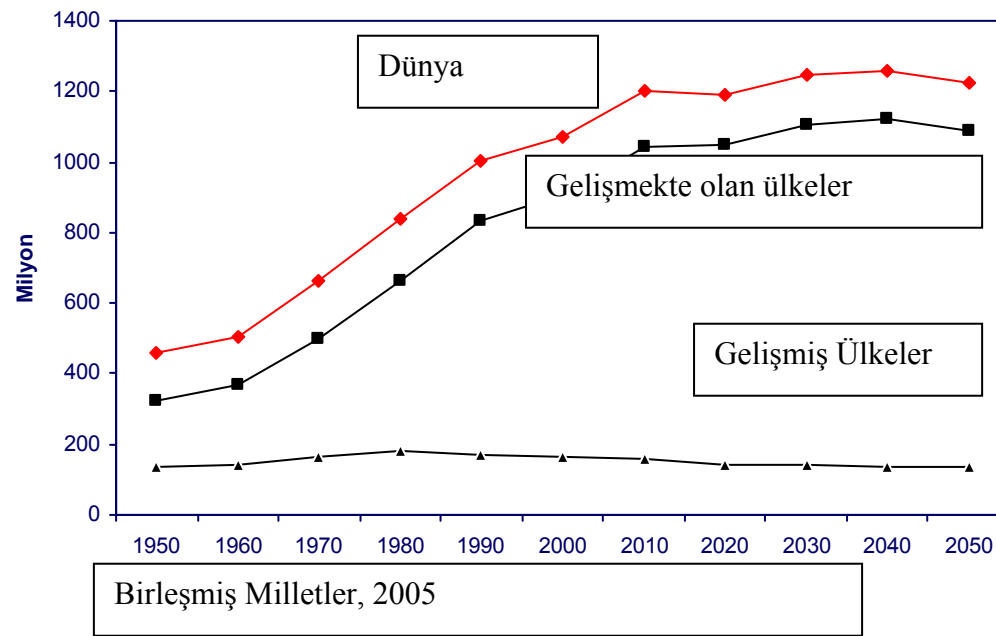
Antropolojist Margaret Mead, Kuzey Amerika'yla Güney Amerika'yı ergen cinselliği ile ilgili karşılaştırarak 1950'lerde gençlerin deneyimlerinin evrenselliğini sorgulayan ilk kişidir. O zamandan beri, ergenlik döneminin evrensel tanımlarının "artık bir çocuk olarak görülmemesine rağmen genç kişi yetişkin olarak da düşünülemez" ifadesiyle "geçiş dönemi" olarak ergenlik dönemi nitelendirmeyle sınırlandırılması gerektiği konusunda genel olarak hemfikir olunmaktadır (54,66).

Gençlik dönemi, gerçekte fiziksel, psikolojik ve sosyal olgunluğa erişmenin tamamlanmasıdır. Bu dönem, insan yaşamının en dinamik evrelerinden biridir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-19 yaş arası adölesan dönem, 15-24 yaş arası gençlik dönemi olarak tanımlanmaktadır. Her ne kadar adölesan yaş gurubu için çeşitli kaynaklarda yaş sınırlaması getirilse de, bu dönemi kesin yaş sınırı ile tanımlamak zordur. Bu dönem fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişme ile başlamakta ve bu gelişmenin tamamlanması ile erişkin döneme geçilmektedir (18,42,51,62,80). Adölesan dönem çocukluğun bağımlılığından, erişkinin bağımsızlığına geçiş dönemidir. Bu dönemde geçmiş sorgulanmakta, gelecekle ilgili kararlar verilmektedir. Yaşamlarla ilgili temel doğruları saptamaya yönelik olarak araştırmalar ve incelemeler yapılmaktadır (62,80,115).

2.1.1. Dünyada ve Türkiye’de Gençlerin Sosyo-Demografik Özellikleri

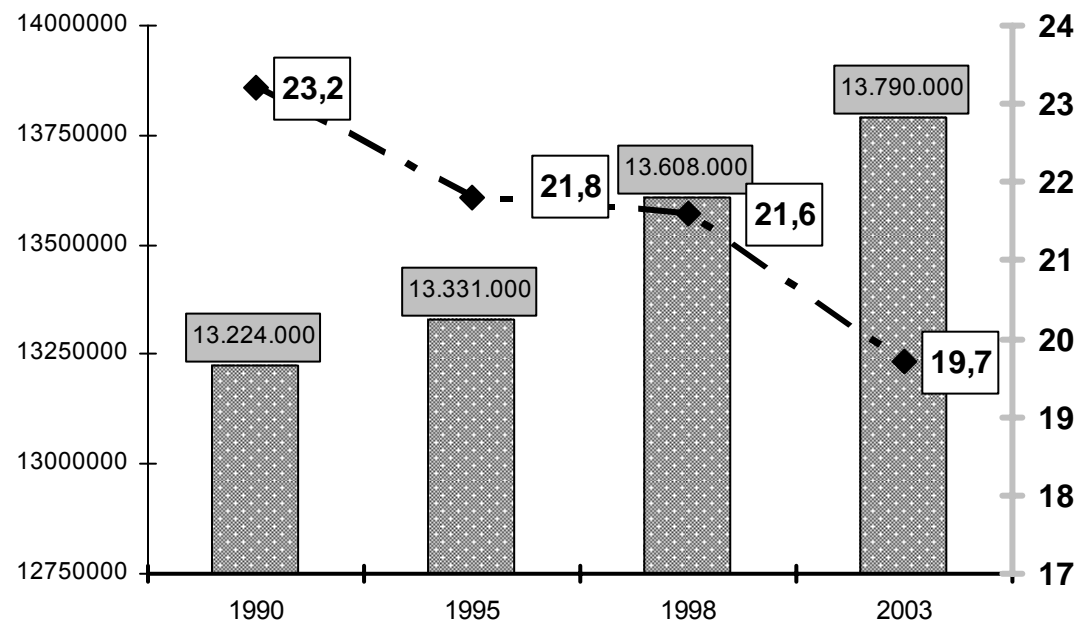
Dünya nüfusunun yaklaşık 1.5 milyarını 10-24 yaşlar arasındaki nüfusun oluşturduğu bilinmektedir. Şekil 2’de Birleşmiş Milletler tarafından ülkelerin gelişmiş düzeyine göre yapılan projeksiyonlar incelendiğinde, adölesan ve genç nüfusun toplam nüfus içindeki oranının yükselmeye devam edeceği görülmektedir. Türkiye Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından yapılan 2000 Yılı Nüfus Sayımı sonuçlarına göre toplam ülke nüfusu 67 803 927 olup, 10-19 yaş grubunun nüfusu 7 599 131 ve 20-24 yaş grubunun nüfusu 6 690 147 ve toplam 10-24 yaş gurubunun nüfusu 14 289 278’dir. 10-24 yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı % 21.1’dir (95,96).

Şekil 2. Gelişmişlik Düzeyi ve Yıllara Göre 10-24 Yaşları Arasındaki Nüfus Projeksiyonu



Şekil 3'te 2003 Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre, Türkiye'de genç nüfusun, toplam genel nüfusa oranlarının azalma eğiliminde olmasına rağmen sayı olarak artmaya devam ettiği görülmektedir (60,95).

Şekil 3: TNSA 2003'e Göre Genç Nüfus



Gençlerin öğrenim durumları incelendiğinde, 10-14 yaş grubu erkek nüfusun % 36.6'sı ilköğretimi bitirmemiş, % 53.4'ü ilköğretim birinci kademe mezunu ve % 21.0'ı ilköğretim ikinci kademededir. Aynı yaş grubundaki kızların % 38.5'i ilköğretimi bitirmemiş, % 51.5'i ilköğretim birinci kademeyi bitirmiş ve % 9.9'u ise ilköğretim ikinci kademededir. 15-19 yaş grubundaki erkeklerin % 5.0'nin ve 20-24 yaş grubunun %3.6'sının hiç eğitimi yoktur. 15-19 yaş grubundaki kadınların % 14.9'unun ve 20-24 yaş grubundaki kadınların %12.3'ü hiç okula gitmemiştir. Ayrıca kızların eğitim kurumlarına devam yüzdeleri erkeklerden daha düşük ve okur-yazar olmama yüzdeleri ise erkeklerden yüksektir (95).

Çalışma hayatına katılım açısından değerlendirildiğinde, 12-14 yaş grubunda % 11.3'ü, 15-19 yaş grubunun %38.3'ü ve 20-24 yaş grubunun % 57.1'i halen gelir getiren bir işte çalışmaktadır. 12-14 yaş grubunda % 0.9'u, 15-19 yaş grubunun %6.3'ü ve 20-24 yaş grubunun % 9.4'ü gelir getiren bir işte çalışmamaktadırlar. Evli olan 15-19 yaş grubu adölesanların % 14.5'inin öğrenimi yok/ ilköğretim bitirmemiş, %13.9'u ilköğretim birinci ve %2.3'ü ilköğretim ikinci kademeyi bitirmiş ve % 3'ünün lise ve üzeri öğrenimi vardır.

Evlenmenin yaygın olduğu ve doğumların neredeyse hepsinin evlilik içinde meydana geldiği Türkiye’de, gebelik riski altına girmenin başlangıcı anlamına gelen ilk evlenme yaşı önemli bir demografik göstergedir. Ortanca ilk evlenme yaşı 25-29 yaş grubundaki kadınlar arasında 21’dir. Bu bulgu bu yaş grubu kadınların yarısının 19 ve altı yaşlarda evlendiğini göstermektedir. 15-19 yaş gurubu kadınların %11.9’u evlidir ve %1.4’ünün 15 yaşında evlendiği saptanmıştır. 15-19 yaşları arasındaki kadınların %40.8’inin en az bir canlı doğum yaptığı saptanmıştır (61,63,95).

2.1.2 Gençlerde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişim

Adölesan dönem, fiziksel ve cinsel olarak hızlı büyüme, gelişme ve ayrıca psikososyal gelişme ile karakterizedir. Gelişimin başlama yaşı genetik ve çevre faktörlerinden etkilendiği gibi kişiler arası farklılık gösterir. Beslenme, genel sağlık ve yaşam koşullarının değişmesi gelişme sürecini daha erken yaşlara kaymasına neden olmuştur (88).

Adölesan dönemin en belirgin özelliklerinden biri hızlı fiziksel büyümedir. Adölesan birkaç yıl gibi kısa bir dönemde erişkin boyutlarına ulaşır. Kız ve erkek adölesanlarda vücut boyutları ve vücut şeklinde olan değişiklikler birbirinden farklı hızda ve zamanda olmaktadır. Kadın ve erkekte seks hormonlarının salgılanması ve buna bağlı olarak cinsel gelişme bulgularının belirlenmesi adölesan dönemin başlaması olarak kabul edilir. En hızlı büyüme üreme organlarında olmakta, beyin ise hiç büyümektedir. Bu dönemde adölesan boyu rişkin boyunun %96’sına ulaşmaktadır (3). Pubertal büyüme atağında, boy uzama hızı maksimuma ulaştığı döneme “Boy Uzama Atağı” adı verilir. Adölesan dönemde boy uzama atağı (Peak Height Velocity “PHV”) üç dönemde gözlenmektedir. İlk dönemde lineer büyüme hızı giderek artmakta, ikinci dönemde büyüme hızı doğruya ulaşmakta ve üçüncü dönemde büyüme hızı azalarak büyüme tamamlanmaktadır. Boy uzama atağı 11-16 yaşları arasında genellikle iki-üç yıl kadar devam etmekte, erkekler ve kızlarda boy uzama atağının en üst seviyeye ulaştığı yaşlar arasında fark bulunmaktadır. Erkeklerde boy uzama atağı 13-15.5 yaşları arasında olmakta ve yılda 10-16 cm lik boy uzunluğu artışı olmaktadır. Kızlarda boy uzama atağı 11 yaş civarında başlamakta ve yılda 9 cm lik boy uzaması ile 13.5 yaşında sonlanmaktadır. Boyca uzama hızı doruğuna kızlar ortalama 12, erkekler ise 14 yaşta ulaşmaktadır.(57,117)

Vücut bölümlerinin büyümesi incelendiğinde, adölesan büyümesi periferden bedene doğru olmaktadır. Başka bir deyişle, eller ve ayaklar önce büyümekte, daha sonra kol ve

bacaklar ve en son kalça ve göğüste büyüme olmaktadır. Büyüme hızı bütün yıl boyunca devam etmekle birlikte ilkbahar ve yaz aylarında artış göstermektedir. Bu nedenle büyüme hızı 6-12 aylık dönemler için hesaplanır (3).

Adölesanlarda büyüme atağı sürecinde vücutta gençler cinsiyete özel şekil ve oranlar kazanırlar. Erkeklerde omuzların kalçaya oranla fazla genişlemesine karşılık kızlarda kalçalar omuz ve bele oranla daha fazla genişler. Kızlarda kalça genişliğindeki artış omuzlardaki artıştan daha fazladır. Erkek ve kızlarda farklılık biakromial ve bikristal genişliklerin karşılaştırılması ile görülür. Dokuz ile on sekiz yaşlar arasında erkeklerde biakromial ve bikristal genişlik oranı yaklaşık olarak 1.37 değerinde ve sabit olduğu halde, kızlarda devamlı bir azalma sonucunda oran 1.27'e düşmektedir.

Büyüme atağı döneminde erişkin hayattaki vücut ağırlığının yaklaşık yarısı kazanılmaktadır. Ağırlık artışında da ağırlık artım hızında giderek artma, ağırlık artım hızının doruğa ulaşması ve üçüncü fazda ağırlık artımında yavaşlama olmaktadır. Erkeklerde vücut ağırlığındaki artış piki ve boy uzunluğunda artış piki aynı dönemlerde olur. Kızlarda boy uzunluğunda olan artıştan yaklaşık altı ay sonra vücut ağırlığında artış olur (50).

Adölesan dönemde erkek ve kızların vücut yapısında farklılaşmalar olmaktadır. Adölesan dönemde erkeklerde kas dokuda artış kızlara göre daha fazladır. Erkeklerde boy uzama atağı sırasında adale dokuda artış da en üst seviyeye ulaşır.

Kızlarda menarş sırasında kas dokuda artış en üst seviyeye ulaşır. Pubertenin ilk yılında cilt altı dokuda yağ dokuda azalma olur ve boyca uzama atağı sırasında yağ doku azalma hızı en üst düzeye erişir. Bundan sonra kızlarda daha fazla olmak üzere her iki cinsiyette de yağ kitlesinde artış olmaktadır. Diğer yandan bu dönem, fizyolojik olarak üreme kapasitesine ulaşma durumu olarak tanımlanmaktadır. Biyolojik değişiklikler nörosekretuar faktörler/hormonlar, fizik büyüme, seks hormonu salgılayan bezlerin gelişmesi, hipotalamus-hipofiz gonadal mekanizmanın çalışması, over ve testislerden hormon salınımının başlaması, seks hormonlarına yanıt olarak biyolojik ve psikolojik değişikliklerin olması ve cinsiyete özel dış görünümün oluşmasıdır. Fizyolojik olarak kızlarda ovulasyon ve erkeklerde spermatogenez meydana gelir ve üreme fonksiyonları kazanılmış olur. Bu süreç içinde cinsel gelişim sekonder seks karakterlerinin gelişimi olmaktadır (3,57).

Fiziksel büyüme ve gelişmenin yanı sıra, cinsel olgunlaşmanın da başladığını gösteren diğer değişimlerde ortaya çıkmaktadır. Birincil ve ikincil cinsiyet özellikleri denilen bu özelliklerin ortaya çıktığı yaşlar bireyler arasında önemli değişiklikler gösterir. Kılınma, memelerin büyümesi, ses değişiklikleri gibi değişiklikler ikincil cinsiyet özellikleri, erkeklerde

penis, testis, kızlarda yumurtalıklar, vajina ve rahim gibi organların büyümesi ve işlevlerini yerine getirmeye başlaması da birincil cinsiyet özellikleri olarak adlandırılır (63).

Pubertal değişiklikler kızlarda sekiz ve erkeklerde dokuz yaşından önce ise erken puberte; kızlarda 13 ve erkeklerde 14 yaşında halen değişimler başlamadıysa gecikmiş puberte tanısı konmaktadır.

2.1.3 Gençlerde Psikososyal Gelişim

Her adölesan için aynı psikososyal gelişimden bahsetmek doğru değildir. Adölesanlar biyolojik ve duygusal olarak çok farklılık gösterirler. Çocukluktan erişkin döneme geçiş sırasında devamlı ve tek bir yol izlenmemektedir; biyolojik, sosyal, duygusal ve entelektüel büyüme birbirinden farklı hızlarda oluşmaktadır.

Adölesan dönem zor geçen bir dönem olup, birçok çocuk bu güçlüklerle baş edebilmektedir. Ancak adölesanların bir kısmı bu dönemin zorlukları ile baş edememektedirler. Bu nedenle adölesanın psikososyal gelişiminin bilinmesi ve değerlendirilmesi, karşılaştığı sorunların tanımlanması ve çözüm önerisi oluşturulması açısından önemlidir. Adölesan dönem üçe ayrılmaktadır.

- | | |
|-------------------------|---------------|
| 1. Erken adölesan dönem | (10-13 yaş) |
| 2. Orta adölesan dönem | (14-16 yaş) |
| 3. Geç adölesan dönem | (17-19 yaş) |

Erken adölesan dönem, cinsel gelişme ve fiziksel büyümenin en hızlı olduğu dönemdir ve 11-13, 14-15 yaşları arasında kapsamaktadır. Adölesanlarda, vücudunda meydana gelen hızlı fiziksel değişikliklere karşı şaşkınlık ve endişe duyguları vardır. Ayrıca bu değişikliklere ayak uyduramama nedeniyle de etrafındaki kişilere karşı davranış ve tepkilerinde ani çıkışlar görülmektedir. Bunun yanı sıra ilerideki vücut yapısının, hayalindeki vücut yapısına uygun olup olmayacağına dair endişeler de taşır. Bu sırada sesinin tam erişkin ses yapısına uymaması, tüylenme, ergenlik sivilceleri, boyun henüz uzamaması gibi bu döneme ait fiziksel değişiklikler de gencin kendine saygısını azaltır. Otoriteyi sorgulayıcı bir tutum sergiler ve daha fazla özel bir yaşama sahip olma isteği vardır. Etrafındaki kişilerin onu anlamadığını ve sevilmediğini düşünür. Bu nedenle de etrafındaki kişilerle arasına bir mesafe koyarak kendini

soyutlamaya çalışır. Bu dönemde bireyin özgür olma arzusu çok belirgindir. Bu dönemde yalnızca aynı cinsiyetten arkadaş edinirler, arkadaşlarına karşı çok fazla duygusal ve hassa olurlar (3,42,62,76,80,88,106).

Orta adölesan dönem, 14-15 yaşlarında başlayıp, 16-17 yaşlarında bitmektedir. Bu dönemde büyüme yavaşlar, erişkin boyun %90'ına ulaşır. Vücudundaki fiziksel değişiklikleri kabul etmeye başlar ve arkadaş gurupları onun için çok önemli olmaya başlar. Soyut düşünce yapısı gelişmeye başlar. Her şeye gücünün yeteceğini düşünür. Bunun yanı sıra karşı cinsiyete ilgisi de başlar. Bağımsız olma isteği devam eder, ancak bu isteğini etrafına kabul ettirmek için daha önceki dönemde gösterdiği saldırganlık davranışı kaybolmaya başlar. Kendi kültür yapısına uygun arkadaşlar edinir ve arkadaşlarının değerleri, giysileri ile uyum içinde olma, arkadaşlarıyla ortak şifreler oluşturma, aileden uzaklaşma eğilimleri de gösterir. Erişkinleri taklit etmeye başlar, bu taklit davranışları arasında sigara içme, alkol alma gibi gencin fiziksel gelişimini olumsuz etkileyebilecek davranışlarda yer alabilir (3,42,62,76,80,106).

Geç adölesan dönemde ise, büyüme ve gelişme tamamlandığı için fiziksel değişikliklere ilişkin şüpheler kaybolmaktadır. Cinsel kimlik gelişmiştir. Orta adölesan dönemde gelişmeye başlayan soyut düşünce yapısı artık tamamen yerleşir. Geleceğe ilişkin kararlar verebilecek sosyal olgunluğa erişmiştir ve etrafı ile rahatça ilişki kurabilir. Akranlarla ilişkiler daha az önemlidir, kendi değer ve düşünceleri vardır. Arkadaş olduğu bir kişi ile daha uzun zaman geçirilir. Tek kişi ile yaşanan bu ilişkide daha fazla paylaşma, deneyim kazanma ve ifade edebilme yer alır. Genellikle duygusal bir beraberlik olan akranlarla iletişim tercih edilir (3,42,62,76,80,106).

2.2. Gençlik Döneminde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı

2.2.1. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Kavramları

Uluslar arası cinsellik tanımı incelendiğinde, cinselliğin toplumsal cinsiyet kimlikleri ve rolleri, cinsel oryantasyon, erotizm, tatmin, yakınlaşma ve üremeyi kapsadığı görülmektedir. Cinsellik düşünce, fantezi, arzu, inanç, tutum, değer, davranış, uygulama, rol ve ilişkiler aracılığıyla tecrübe ve ifade edilmektedir. Biyolojik, fizyolojik, sosyal, ekonomik, siyasi, kültürel, yasal, tarihi ve dini ve manevi faktörlerin etkileşimi cinselliğe yansımaktadır (41).

Cinsel sağlık, cinselliğin fiziksel, duygusal, sosyal ve entelektüel yönlerinin kişiliği, iletişimi ve sevgiyi geliştirecek yönde bütünleşmesidir (50). Üreme sağlığı, insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşama ve üreme yeteneklerine sahip olmaları ile bu yeteneği kullanıp kullanmayacakları, ne zaman ve ne sıklıkta kullanacakları konusunda karar verebilme özgürlüklerinin olmasıdır (26).

2.2.2. Gençlik Döneminde Güvenli Cinsel Yaşam ve Önemi

Güvenli cinsel yaşam gençlerin cinsel yaşamlarına başlarken cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında donatılmış olmaları, ilk ilişkilerinden başlayarak kendi bedenleri hakkında karar verme sürecinin daha sağlıklı yaşanması olarak tanımlanmaktadır.

Cinsel gelişme insan gelişiminin önemli bir parçasıdır. Genellikle, adölesan dönemden söz edilirken biyolojik terimlerle anlatılır. Genç insanlar biyolojik (cinsel) olgunlaşmalarını sembolize eden fiziksel değişiklikler geçirirler. Bu değişikliklerle birlikte dokunma, görme ve düşünme ile yeni duygular ortaya çıkmaktadır. Bir kimsenin cinselliğinin nasıl şekilleneceğini işte bu değişikliklere yüklenen anlamlarla belirlenmektedir. Adölesan dönemde gençlerin çoğu cinsellikle daha fazla ilgilenmeye başlamakta ve cinsel ilişki kurmaya çalışmaktadırlar. Gençler kendi kendilerine mastürbasyonlar ve başkalarıyla cinsel ilişkiye girerek cinselliği denemeye başlamaktadırlar. Adölesan dönemde cinsel deneyim yaşanabilir ve sosyal ve kültürel bağlamda nasıl anlaşıldığına göre hem heyecan verici hem de korkutucu olabilirler.

Gençlerin cinselliği tecrübe etme yolları da çeşitlilik göstermektedir. Cinsel tecrübeler isteyerek ve anlaşarak olduğu takdirde memnun edici olabilir. Zorlama olduğu takdirde acı verebilir ve kırıcı olabilir (84). Bireylerin cinsel deneyim yaşamalarının nedenini inceleyen araştırmacılar ilginç sonuçlar ortaya koymaktadır. Short'un bildirdiğine göre İngiltere'de yapılan bir çalışma, erkek adölesanların %55'inin merak duygusu, kızların ise %58'inin aşık olduğu için cinsel ilişkide bulduklarını göstermiştir. Belgrad'da yapılan diğer bir araştırmada ise kız adölesanların %45.7'sinin aşık olduğu için, %35.7'si ise merak ettikleri için cinsel deneyim yaşadıklarını ifade etmişlerdir (44).

Yapılan çalışmalar güvensiz cinsel yaşamın ortaya çıkardığı riskler arasında, cinsel yolla bulaşan hastalıkların, istenmeyen gebeliklerin ve gebeliğe bağlı komplikasyonlar ile bebeğe ait komplikasyonların sıklığının yüksek olduğunu göstermektedir. Gençlerin cinsel yaşamlarına başlarken cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve güvenli cinsel yaşam konularında bilgilerle donatılmış olmaları, ilk ilişkilerinden başlayarak kendi bedenleri hakkında karar verme sürecinin daha sağlıklı yaşanmasını sağlayacaktır. Bilgi ve bilinç düzeyi düşük bireylerde bedenine karşı sorumsuz ve duyarsız yaklaşım gözlenebilmektedir. Özellikle genç kızlar, erkek arkadaşlarını kaybetmemek için hazır olmadıkları halde cinsel ilişkiye girebilmekte veya bunun sonucunda da ruhsal sorunların yanında istenmeyen gebelikler, küretaj ve CYBE'lerle karşılaşabilmektedirler. Güvenli cinsel davranışları bilmek ve uygulamak bireyleri pek çok sorundan uzak tutacaktır.

Dünyada gençlerin cinsel sağlık/üreme sağlığı gereksinimleri kültürel ve coğrafik farklılıklara bağlı olarak büyük farklılıklar göstermektedir. Erken evlilik, erken yaşta cinsel ilişki, istenmeyen gebelikler, erken yaşta çocuk doğurma, HIV/AIDS yayılımı ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ile kadın sünneti bu konular arasında yer almaktadır (40,55). DSÖ tarafından her yıl 10-19 yaşları arasındaki kadın ve erkeklerin 1.7 milyonunun öldüğü tahmin edilmektedir. Ölüm nedenleri incelendikte çoğunlukla kazalar, intihar, şiddet, gebelikle ilişkili komplikasyonlar gibi önlenemez ve tedavi edilebilir hastalıklar ya da sağlık sorunlarıdır (51).

2.2.2.1. Erken Cinsel Aktivite

Evlilik ve annelik, beraberinde sosyal statü değişiklikleri ve sorumlulukları getiren, kadının cinsel yaşamındaki en önemli dönüm noktalarıdır. Beslenme koşullarındaki iyileşmeler, genç kızların cinsel olgunlaşma yaşını düşürmektedir. Bunun sonucu olarak da

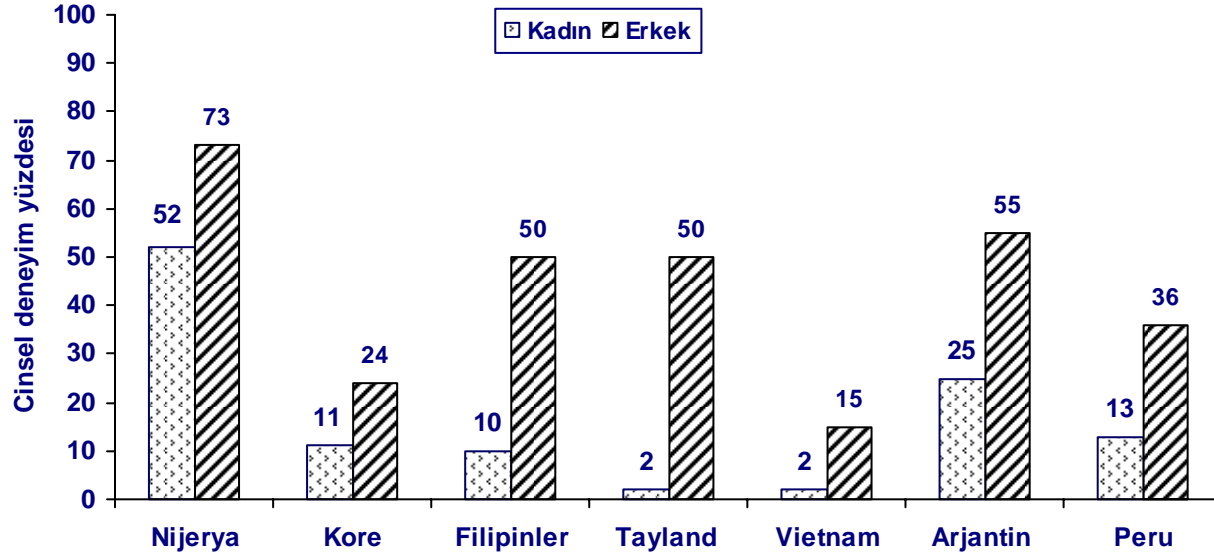
sosyo-ekonomik açıdan gelişmiş toplumların çoğunda genç kızlar, erken menarş nedeniyle fazladan 2 yıl daha hamilelik riskiyle karşı karşıyadır (17,18,42,55,78,88).

Asya'nın büyük bir bölümünde evlilik ve çocuk doğurma erken yaşta gerçekleşmektedir. Evlilik öncesi cinsel ilişki, evlilik dışı hamilelik ve doğum gibi olayların sıklığı yüksek olmamakla birlikte, adölesan hamilelik oranları oldukça yüksektir. Afrika'nın bazı bölgelerinde ise evlilik öncesi cinsellik, Asya'ya oranla daha yaygındır (78,116).

Sanayileşmiş ülkelerin çoğunda, cinsel faaliyetler, ergenlik döneminin ortalarında başlamakta ve sonuna kadar devam edebilmektedir. Buna bağlı olarak da evlilik yaşı yükselmektedir. Sanayileşmiş ülkelerin bazılarında, adölesan hamilelik oranları ve evlenmeden çocuk sahibi olan ve çocuğunu tek başına yetiştiren annelerin sayısı artmaktadır. Diğer bazı sanayileşmiş ülkelerde ise, adölesan hamilelik oranları düşüktür ve kürtaj veya daha yaygın olarak da modern gebeliği önleyici yöntemler görülür. Bu gruptaki adölesanlar, cinsellik konusunda daha fazla bilgiye sahiptirler (78,88,93,116). Sanayileşmiş ülkelerde, 16 yaş öncesi cinselliği yaşayan adölesanların oranı artmaktadır. Örneğin İngiltere ve Kuzey İrlanda'da 50 yaşın üzerindeki kadınların %2'si ve erkeklerin %10'u ilk cinsel deneyimlerini 16 yaşında yaşadıklarını belirtmişlerdir. 20 yaşın altındaki kadınların %18,7'si ve erkeklerin %27,6'sı ilk cinsel deneyimlerini 16 yaşından önce yaşadıklarını belirtmişlerdir. Benzer bulgular, ABD, Hollanda ve İsveç'te geçerlidir. Bazı çalışmalar, genç kızların ilk adetlerini görmeden ilk cinsel ilişkiye girdiklerini göstermektedir (44,51,88,93,116).

Şekil 4'de gençlerin evlilik öncesi cinsel aktivite yüzdeleri verilmiştir.

Şekil 4. Genç İnsanların Evlilik Öncesi Cinsel Aktivite Yüzdesi-DSÖ araştırmalarından seçilmiştir



Kaynak: Brown ve ark., 2001

2.2.2.2. Cinsellik ve Gebeliği Önleyici Yöntemler Hakkında Bilgi Eksikliği

Cinsel gelişme insan gelişiminin önemli bir parçasıdır. Genellikle, gençlik döneminden söz edilirken biyolojik terimlerle anlatılır. Genç insanlar biyolojik (cinsel) olgunlaşmalarını sembolize eden fiziksel değişiklikler geçirirler. Bu değişikliklerle birlikte dokunma, görme ve düşünme ile yeni duygular ortaya çıkmaktadır. Bir kimsenin cinselliğinin nasıl şekilleneceğini işte bu değişikliklere yüklenen anlamlarla belirlenmektedir. Gençlik döneminde cinselliğe ilgi yoğunlaşmaktadır. Gençlik döneminde yaşanan cinsel deneyimler sosyal ve kültürel değerlere bağlı olarak heyecan verici algılanmakla birlikte korkutucu olabilmektedir. Gençlerin cinselliği deneyimleme yolları da çeşitlilik göstermektedir. Cinsel tecrübeler isteyerek, anlaşarak ve güvenli olduğu takdirde memnun edici, zorlama olduğu takdirde ise acı verici ve kırııcıdır (48,84).

Genç bireylerin cinsel deneyim yaşamalarının nedenini inceleyen araştırmalar değerlendirildiğinde; Short tarafından İngiltere’de yapılan bir çalışmada, erkek adölesanların %55’inin merak duygusu, kızların ise %58’inin aşık olduğu için cinsel ilişkide bulduklarını

göstermiştir. Belgrad'da yapılan diğer bir araştırmada ise kız adölesanların %45.7'sinin aşık olduğu için, %35.7'si ise merak ettikleri için cinsel deneyim yaşadıklarını ifade etmişlerdir (44). Gençlerin cinsel aktiviteleri dine, sosyal sınıfa, okula gitmeye, etnik gruplara, aile durumuna ve bireysel şartlara göre büyük değişiklik göstermektedir (22).

Genel olarak gençler, üreme, cinsellik, aile planlaması ve sağlığı hakkında çok az bilgiye sahiptirler. Ailelerin, cinsellik konularında rahatça konuşamaması, yeterli bilgi verememesi -verilen bilgilerin çoğunun yanlış olması- genç kız ve erkekleri de aynı şekilde etkilemektedir. Genel bilgi düzeyinin düşük olması da, gençlerin, sağlık uygulamaları ve cinsel davranışlarının getireceği risklerden haberdar olmasını önleyecektir (51,93,96,114,116).

Cinsellik eğitimi, cinselliğe geç adım atış, gebeliği önleyici yöntemlerin sıklıkla kullanımı ve az sayıda cinsel partnerle birlikte olma gibi sorumluluk içeren cinsel faaliyetleri teşvik etmektedir. Çocuklarıyla cinselliği ve üremeyi konuşan aileler arasında daha yakın ilişki varsa, bu tür etkiler daha da artmaktadır. Yine de bu tür konuşmalar oldukça zordur ve ayrıca da araştırmalar çok az kişinin bunları anlayabildiğini göstermektedir. Araştırmalar, düzenli olarak aile planlamasına dikkat eden ailelerin bile ne zaman daha doğurgan olduklarını bilmediklerini ortaya koymuştur (4,61,63,88).

2.2.2.3. Evlilik Yaşının Değişmesi

Genel olarak ilk evlenme yaşı dünyanın pek çok yerinde, hem erkek hem de kadınlarda yükselmektedir. Evlenme yaşının en hızlı yükseldiği bölgeler; Asya ve Kuzey Afrika'dır (93,114,116).

Bütün bölgelerde eğitim seviyesi düşük kadınların erken evliliğe eğilimli oldukları görülmektedir. Evlilik yaşı için lise ve lise üzeri eğitim seviyesi arasında 4 yıl fark vardır. Ayrıca eşler arasındaki eğitim düzeyinin, kadının olanaklarını ve evde karar verme durumunu sınırlar. Kadının eğitim durumunun yükselmesi evlilik yaşının yükselmesini, ekonomik ve sosyal hayata daha aktif biçimde katılımını sağlamaktadır (88).

2.2.2.4. Çocuk Yaşta Evlilik

Aileler, çocuklarının evlilik planları ve düşünceleriyle son derece fazla ilgilenirler. Evliliklerin büyük çoğunluğu, eşlerin ailelerin onayı ve hatta kararıyla gerçekleşmektedir. Asya, Latin Amerika, Afrika toplumlarının büyük çoğunluğunda çocukluk ya da genç ergenlik çağında evliliklere karar verilir (88,93,114,116).

Evlilik yaşı hakkındaki hukuki durum karmaşıktır. 30 yıldır, insan hakları kuruluşları minimum evlilik yaşı konusunda, kural ve yaptırım belirleme yoluna gitmişlerdir. Çoğu ülkede evlilik yaşı hakkında yasalar sadece aile rızası olmadığı durumlarda uygulanmaktadır. Yinede evlilik yasalarının her zaman yaptırımını olmaz ya da uygulanamaz. Çoğu ülkede evlilik yasaları geleneksel yapıya ya da sistemlere dayanmaktadır. Geleneksel kurallar eşlerin de erken evliliğe sıcak bakmasını da sağlamaktadır. Kızları ailelerine yük ya da karsız yatırım olarak gören ailelerin erken evliliğe daha sıcak baktığı görülmektedir. Çeyiz ya da başlık parası gibi gelenekler kızların erken evlendirilmesine sebep olmaktadır (78,88,93,114,116).

2.2.2.5. Erken Çocuk Sahibi Olma

Gelişmemiş vücut yapısı, yoksulluk, eğitim eksikliği, sağlık hizmetlerine ulaşamama önemli risk faktörleridir. Erken yaşta gebeliklerde doğurganlığın erken yaşta başlamasına, daha fazla çocuk doğurmalarına neden olmaktadır (50).

Eşler evlendikten sonra genelde çocuk sahibi olmaları konusunda sosyal bir baskıya maruz kalmaktadırlar. Evlenenlerin hemen çocuğu olacak beklentisi olan kültürlerde, çocuğun evliliğin geleceğini garantileyeceği görüşü hakimdir. İnfertilite nedeni ile evlilik bozulabilmektedir. Bu tarzda düşünen toplumlarda, bir kadın ne kadar erken evlenirse, o kadar genç çocuk sahibi olmalıdır düşüncesi yer almaktadır (78,88,93,114,116). Evlilik yaşı düşük olan ülkelerde çocuk sahibi olma konusunda aile ve eş baskısının fazla olduğu bildirilmektedir. Bu durumda genç kadının düşündüğü tek şey, kendini sadece bir erkek evlatla kanıtlayabilmektir. Erkek evlat sahibi olan kadınların sosyal statülerinin yükselteceğini düşünmektedir (78,88,116).

18 yaşından önce olan gebeliklerde, adölesan anneler daha fazla tıbbi sorunlar yaşamaktadırlar. Gebelik, doğum ve sağlıksız düşük komplikasyonları 15-19 yaş gurubundaki

annelerin temel ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. 15-19 yaş gurubunda anne ölümleri 20'li yaşlara göre iki kat daha yüksektir (40).

2.2.2.6. Çok Eşlilik

Çok eşlilik Afrika, ve Asya'nın özellikle Müslümanların yaygın olduğu bazı bölgelerinde yaygındır. Sosyal değişimler sonucunda bu düşünceler de azalmaya başlamıştır. Köyden kente göç ve öğrenim düzeyinin yükselmesiyle çok eşlilikte azalma olduğu bildirilmiştir (99,101). Çalışmalar, kadınların çok eşliliğe taraftar olmadığını göstermektedir. Bu tip evliliklerde, çoğunlukla kadınlar arasında para konusunda, ya da eşler ve çocuklar arasında yapılan ayırım yüzünden sorunlar çıkmaktadır (76).

Cinsel ve üreme hakları, insan haklarının bir parçasıdır. Amacı her bireyin risksiz ve tatminkar bir cinsel yaşama sahip olmasıdır. Cinsel ve üreme hakları cinsel ve üremenin tam iyilik halinde olabilmesini ilişkin yapıyı sağlamaktadır. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD, Kahire, 1994) ve Dördüncü Dünya Kadın Konferansı (Pekin, 1995) cinsel ve üreme haklarını insan hakları gündemine koyarak, insan haklarını toplumsal boyuttan kişisel boyuta taşımıştır (7). Bu konferansta üreme hakları yaşama hakkı, özgürlük ve güvenlik hakkı, eşitlik hakkı, mahremiyet hakkı, düşünce özgürlüğü hakkı, bilgilenme ve eğitim hakkı, evlenme ve aile kurma konularında seçim hakkı, çocuk sahibi olup olmamaya karar hakkı, sağlık bakımı alma ve sağlığın korunması hakkı, bilimsel gelişmelerden yararlanılması hakkı, temelinde tartışılmıştır (19,36,53,81,99,101). Bu konferanstan sonra Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (International Planned Parenthood Federation) Uluslararası İnsan Hakları Yasalarına bağlı olarak gençler için özelleştirilmiş cinsel ve üreme haklarını aşağıdaki şekilde tanımlamıştır (19).

1. **Kendin olma hakkı:** Kendi kararlarını vermede kendini ifade etmede, cinsellikten zevk almada, güvenli olmada, evlenmeyi ya da evlenmemeyi seçmede ve aile planlamasında özgür olma.
2. **Bilme hakkı:** Seks, kontraseptifler, CYBE/HIV/AIDS ,üreme ve cinsel haklar
3. **Kendini koruma ve başkası tarafından korunma hakkı:** İstenmeyen gebelik, CYBE/HIV/AIDS ve cinsel istismar.

4. **Sağlık hizmetlerine sahip olma:** Sır saklayan, karşılanabilen, iyi kalitede ve saygıyla sunulan hizmetten yararlanma hakkı.
5. **Katılma hakkı:** Gençler için planlanan programların planlama, toplantı ve seminerlere katılma gibi her düzeyde çalışmalara katılma.

2.2.2.7. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Gençlik döneminde yaşanan bilinçsiz ve sorumsuz cinsel davranışın önemli bir sonucu da cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) dir. CYBE, tüm dünyada prevalansın yüksek olmasından dolayı önemli bir sorundur. Ayrıca, birçoğu sosyal ve bireysel olmak üzere çeşitli nedenlerden dolayı zamanında ve tam olarak tedavi edilememektedir. Bu durum, üremeyle ilgili ciddi mortalite ve morbidite nedeni olabilmektedir. Örneğin, bugün tüm dünyada AIDS ve diğer CYBE'nin görülme hızı, özellikle genç nüfus arasında yükselmektedir. Dünyada, yeni HIV enfeksiyonu vakalarının yarısından daha fazlası 15-24 yaş grubunda ortaya çıkmaktadır. Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi'ne göre Amerika Birleşik devletlerindeki her 5 AIDS vakasının biri 20-29 yaş grubunda tanımlanmaktadır ve 10 yaşından daha önce HIV ile enfekte olmuş bireylerdir. Romanya ve Rusya Federasyonu'nunda da yıllık bildirilen sifiliz vakalarının yarısından çoğunu gençler oluşturmaktadır (44,85).

Gençlerden CYBE konusunda bilgi almak çok zor olsa da çalışmalar bu hastalıkların görülme sıklığının yükselmekte olduğunu göstermektedir. Tayland ve Singapur'da kamu kliniklerinde CYBE'den tedavi görenlerin %40'ı gençlerdir. Her yıl bütün dünyada her 20 gençten biri CYBE'den birisine yakalanmaktadır. Bugüne kadar HIV ile enfekte olan hastaların yarısı bu hastalığa 15-24 yaş arasında yakalanmıştır (68,79100,101). Her yıl dünyada 6500 gencin HIV ile enfekte olduğu, her yıl % 50'si yeni olgu olmak üzere 2.4 milyon HIV (+) genç olduğu tahmin edilmektedir (51).

2.2.2.8. İstenmeyen Gebelikler ve Sonuçları

Bu kavrama yasal olmayan küretajlar ve bunlarla ilgili komplikasyonlar da dahildir. Gebeliğin genç kadınların sağlığı ve gelecekle ilgili planları için çok ciddi anlamları vardır.

Her yıl evli ya da bekar 15 milyon genç kadın gebe kalmaktadır. Bu gebeliklerin yüksek bir yüzdesinin istenmeyen gebelikler olması, genç kadınları yasal olsun ya da olmasın küretaja yöneltmektedir. Tüm dünyada her yıl en az 40 milyon küretaj yapılmaktadır. WHO'nun tahminlerine göre bu küretajların yarısı sağlıksız koşullarda yapılmaktadır. Küretaj yaptıran kadınların büyük bir bölümü enfeksiyon, ağrı, kısırlık gibi uzun süreli küretaj komplikasyonları ile karşı karşıya kalmaktadır. Genç kadınların yaşlı hemcinsleriyle mukayese edildiğinde küretaj için daha uzun süre bekledikleri, bunun da küretaj riskini arttırdığı görülmüştür. Birçok ülkede yapılan istatistikler küretaj komplikasyonu ile hastaneye yatırılanlardan %60'ının adölesan olduğu ortaya konulmuştur (78,88,93,108,115,116).

Sağlık hizmetlerine ulaşımında karşılaşılan güçlükler; çoğu adölesan kızlar ve erkekler, evlilik ve evlilik dışı seksüel aktivitelerinin 20 yaşından önce olduğu, fakat genellikle aile planlaması hizmetlerinden yararlanamazlar. bunun nedeni hizmete ulaşamama, pahalı olması yada hizmetten yararlanma bilmek için ebeveynlerin rızasının olması gerekmektedir (7,51,68,92).

Gebeliğin istenmemesi, gençleri yasal olsun ya da olmasın küretaja yöneltmektedir. DSÖ'nün verileri de, küretajın yasal olduğu ülkelerde gebelik yaşayan gençlerin %85'nin küretaja başvurduğunu göstermektedir. A.B.D'nde de her yıl bir milyon adölesan gebelik meydana gelmekte ve bunların %40'ı küretaja başvurmaktadır. Avrupa'da ise Danimarka, Macaristan ve İtalya gibi ülkelerde küretaj hızı yüksektir. İstenmeyen gebelik sonucu küretaja başvuran gençlerin çoğunlukla düzensiz ve geleneksel kontraseptif yöntem kullandıkları belirtilmiştir (44).

Genel olarak her 1000 adölesan kızdan 60 tanesi doğum yapmakta buda yılda 17 milyon bebeğe karşılık gelmektedir. Bu bebekler yaşamın ilk yıllarında adölesan olmayan annelerin bebeklerine göre 2 kat risk taşımakta ve ölme riski altındadırlar (51).

2.2.2.9. Adölesan Gebeliklerde Anne Morbidite ve Mortalitesinde Artış

Gelişmekte olan ülkelerde kadınların %40'ı 20 yaş altında doğum yapmaktadır. 15-19 yaş arası annelerin doğum sırasında ölme olasılıkları 20-24 yaş arasındaki annelerle karşılaştırıldığında 2-3 kez, 15 yaş altındaki annelerin olasılıkları ise 5 kat daha fazladır. Gebelik sırasında ise anemi, preeklamsi gibi gebelik komplikasyonları daha sık görülmektedir.

Adölesanlar doğum sırasında rektovajinal veya vezikovajinal fistül oluşumu gibi hayat boyu devam edebilecek komplikasyonlarla da daha sık karşılaşılır (44,78,93,108,115,116).

2.2.2.10. Düşük Doğum Ağırlıklı ve Prematür Bebekler

Adölesan annelerin bebeklerinde morbidite ve mortalite daha sıktır. Bebeklerde önemli ölüm nedeni olan düşük doğum ağırlığı da adölesan annelerin bebeklerinde daha sık görülür. Prematür bebekler erken çocukluk süresince de devamlı problemle karşı karşıya kalmaktadırlar (42,44,76,78,93,108,116).

2.3. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Eski çağlardan 1970'li yılların başına dek cinsel ilişki ile bulaşan enfeksiyon hastalıkları zührevi (veneriyal) hastalıklar olarak adlandırılmaktaydı. Bu terim ahlaki yargılamaları çağrıştırdığı için çağdaş halk sağlığı ile çelişmekteydi. Ayrıca cinsel yolla bulaşan bir çok yeni mikroorganizmanın belirlenmesi, vajinal akıntıda cinsel yolla bulaşan mikroorganizmaların sık olarak saptanması nedeniyle cinsel yolla bulaşan hastalık terimi kullanılmaya başlanmıştır. Yeni görüşlerin ışığında 1998 yılında Dünya Sağlık Örgütü Uzmanlar grubu "Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar" teriminin kullanılmasını önermiştir (27). CYBE başlıca bulaşma yolu yolunun koruyucu bariyer yöntemi olmadan penisin ağıza, vajinaya yada anüse penetrasyonu ile gerçekleşen cinsel ilişki ile olduğu bir grup bulaşıcı hastalık olarak tanımlanmıştır (25,27). CYBE'ye neden olan ajanların vücuda vajen, serviks, üretra, rektum ve farenks gibi mukoza ile kaplı bölgelerden girerler. Bu nedenle her türlü cinsel temas en önemli bulaşma yoludur. Bunun yanı sıra HBV, HIV gibi bazı viral ajanlar kanda daha yoğun bulunmaları nedeniyle kan tranfüzyonları ile de bulaşabilirler (11,25,32,112). Risk altındaki toplum genellikle genç erişkinlerdir. Hastaların yaklaşık 1/3 kadarı 25 yaşının altındadır.

Bazı CYBE örneğin klamidya, gonore, insan papiloma virüsü (HPV), Hepatit B ve Genital herpes sıklıkla belirtisiz, asemptomatik enfeksiyona yol açmaktadırlar. Bu nedenle bu enfeksiyonların toplumda belirlenmeleri ve hastalık sıklığının ölçümü kolay değildir. Belirtisi

olmayan grubun çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Klamidya enfeksiyonlu erkeklerin %30'u, kadınların %80-90'ı belirtisizdir. Gençlerde klamidya ve trikomanas en sık rastlanan enfeksiyonlardır. Gonore enfeksiyonlu erkeklerin %10'u kadınların %50-70'i belirtisizdir. HPV enfeksiyonu kadın ve erkeklerde klinik olarak tanınmayabilir. Bu enfeksiyonlar ancak laboratuvar testleri kullanılarak tanınabilir. Ayrıca belirtisiz enfeksiyonlar kolaylıkla diğerlerine bulaşabilir ve özellikle kadınlarda ciddi komplikasyonlara neden olur. Örneğin kadınlarda bazı CYBE tedavi edilmezlerse pelvik enfeksiyona (PID) ve infertiliteye yol açabilirler (27,49,83,112).

2.3.1. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Bulaşmasını Etkileyen Faktörler

2.3.1.1.Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlarda Biyolojik Faktörler

CYBE'nin bulaşmasında biyolojik faktörler büyük rol oynamaktadır. Kadınları duyarlı hale getiren faktörler arasında vajinada geniş mukozal yüzeyin varlığı, genç kadınlarda servikal ektopinin varlığı ve toplumsal cinsiyet rolü/ayrımcılığını ortaya çıkaran sosyal faktörlerdir. Vajinal mukoza ve servikal dokunun yapısı, genç kadınların enfeksiyona daha duyarlı olmalarına neden olmaktadır. Penetratif bir cinsel ilişkide daha geniş mukoza yüzeyi ile temas söz konusu olduğundan enfekte bir erkekte bir erkekte kadına CYBE geçme olasılığı, enfekte bir kadından erkeğe bulaşma olasılığına göre daha fazladır. Ayrıca kadınların erken yaşta evlendikleri ve doğal olarak erken yaşta cinsel ilişki kurdukları toplumlarda kadınların yangı alma riskini arttırmaktadır (27,112)

Yapılan çalışmalar sünnetsiz erkeklerin, sünnetli erkelere göre daha fazla CYBE riski altında olduğunu göstermektedir. Bailey ve arkadaşlarının (2007) Kenya'da yaptıkları randomize kontrollü deneysel çalışmada sünnetin HIV'den koruyuculuk oranı %60 olarak saptanmıştır. Bu çalışmanın yanı sıra kohort tipinde yürütülen epidemiyolojik çalışmalarda da koruyuculuk oranı %48-88 arasında belirlenmiştir (16). Biyolojik mantığı incelendiğinde; prepiyumun CYBE etkenleri için bir rezervuar oluşturduğu ve keratinize olmayan çok sıralı epitelyumdan yapıları prepiyum fizik travmalara karşı duyarlılığı ile açıklanmaktadır. Sünnetle bu yüzeyin azaltılması koruyucu olabilmektedir.

2.3.1.2. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Geçişini Etkileyen Davranış Faktörleri

CYBE'nin geçişinden birinci derecede sorumlu yol cinsel ilişkidir. Ancak geçiş riskini arttıran özellikle kondom kullanmadan penetratif vajinal, oral, anal cinsel ilişkiye girme gibi riskli davranışlarda CYBE'ye yakalanma olasılığı yüksektir (6,54). Riskli davranışlar arasında sık cinsel eş değiştirme, birden fazla cinsel eşe sahip olma, cinsel eşin birden fazla cinsel eşinin olması, son bir yıl içerisinde geçirilmiş CYBE öyküsü, seks işçileri ile onların müşterileri, CYBE belirtisi olanlarla cinsel ilişkiyi sürdürme, para, mal, yiyecek ya da ilaç karşılığı cinsel ilişkiye girme ve vajinayı kurutucu ajanlar kullanmak yer almaktadır. Bunların yanı sıra; vücuda piercing küpe takılması, dövme, cinsel ilişki öncesi ve sonrasında alkol kullanılması, cinsel ilişki öncesi ve sırasında uyuşturucu madde kullanımı, kan ve kan ürünleri tranfüzyonu da önemli risk faktörleridir. Bu nedenle;

- Gençler
- Cinsel aktif genç kızlar
- Birden fazla cinsel partneri olan erkek ve kadınlar
- Seks işçileri ve müşterileri
- İşleri nedeniyle eşlerinden uzun süre ayrı kalmak zorunda olanlar
- Sokak çocukları
- Madde bağımlıları
- Mahkumlar özel risk gruplarıdır.

Her yıl 20 gençten birinin tedavi edilebilir bir CYBE' na yakalandığı, HIV ve diğer viral hastalıklar hariç sadece ABD'de her yıl 3 milyon gencin enfekte olduğu bildirilmektedir (22). Gençlerin özellikle CYBE'larda risk grubu olmalarının nedeni cinsellik eğitiminin eksikliğidir. Erken seksin nasıl başladığı, genç yaş gruplarında istenmeyen gebelikler ve CYBE'nin oranının yaygın bulgularına rağmen bazı bölgelerde gençlerin cinsel aktifliğinin kabul edilmesi ve doğru biçimde yönlendirilmesinde isteksizlik bulunmaktadır. Okullardaki cinsellik eğitiminin yetersiz olması yanı sıra çok geç başladığı bilinmektedir. Gençlerin cinsel sağlık ihtiyaçları son 20 yılda yavaş yavaş fark edilmeye başlanmıştır. ABD gibi sanayileşmiş ülkelerde bile hizmetler ihtiyacı olanların sadece çok küçük bir kısmına ulaşabiliyor. Bu nedenle gençler kendilerini hastalıktan koruyacak bilgi ve becerilere sahip değildirlir (54).

2.3.1.3. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Toplum Üzerine Etkileri

CYBE'nin sosyal ve ekonomik yükü oldukça fazladır. CYBE aile, toplum ve sağlık kurumlarının olağan işleyişini bozabilir bu kurumları ağır bir ekonomik yük altında bırakabilirler. Örneğin bazı Afrika ülkelerinde, CYBE'yi tedavi etmek için kullanılan antibiyotik giderleri genel bütçenin %70'ini oluşturmaktadır. Ayrıca CYBE yaşamlarının en üretken, en verimli çağlarında kadınların ve erkeklerin üretkenliğini azaltmaktadır. Eğer CYBE epidemileri kontrol edilmezse, ulusal gelirden CYBE'yi tedavi etmeye yönelik harcamalar daha da artmaktadır (112).

CYBE/HIV/AIDS bulaşma yolunun genelde cinsel ilişki olduğu ve cinselliğin toplum için özel bir yeri ve önemi olduğu bilinmektedir. CYBE/HIV/AIDS bulaşması toplum normlarına uygun olmayan cinsel ilişki ve yaşam tarzı kalıplarını çağrıştırmaktadır. Bu da CYBE/HIV/AIDS'e yakalanan kişilerin toplumda damgalanmasına, dışlanmasına ve ayrımcılığa uğramasına neden olmaktadır.

2.3.1.4. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Epidemiyolojisi

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların sıklığı toplumdaki topluma hatta aynı toplumda, gruplar arasında farklılıklar göstermektedir. Ancak vakaları belirlemede ve iyileştirmede benzer sorunlarla karşılaşmaktadır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tümünün belirti vermemesi nedeniyle enfekte kişilerin toplumda belirlenmeleri ve hastalık sıklığının ölçümünde güçlükler yaşanmaktadır. CYBE'yi tedavi etmek için standart koşullara uygun, herkes tarafından kabul gören, yeterli sayıda sağlık kurumunun olmaması, CYBE'ye karşı oluşmuş ön yargılar nedeniyle hastaların bu tür hastalıklardan utanmaları, tanı ve tedaviye gerek duyduklarında ise doğru tanı ve tedavi alamamalarından dolayı hastalığın kontrolünde sorunlar yaşanmaktadır. CYBE ile ilgili en iyi göstergelere antenatal kliniklerde, aile planlaması ve jinekoloji kliniklerinde yapılan araştırma ve taramalardan elde edilmektedir.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, özellikle gençler arasında CYBE/HIV oluşum ve yaygınlığının arttığı bildirilmektedir (1,9,39). Tüm dünyada sorun olmalarına karşın

CYBE'nin görülme sıklıkları gelişmekte olan ülkelerde, gelişmiş ülkelere kıyasla daha yüksektir. Örneğin gelişmekte olan ülkelerdeki kadınlarda gelişmiş ülkelere yaşanlara oranla sifiliz sıklığı 10-100 kat, gonore sıklığı 10-15 kat, klamidya sıklığı 2-3 kat daha fazladır. Batı ülkelerindeki çalışmalar, 20 yaş altı grubun en çok kandida ve trikomanas hastalıklarından etkilendiğini göstermiştir (21). Klamidya, trikomanas ve gonore enfeksiyonları açısından, olguların 2/3'ünü gençlerin oluşturduğu, kızlarda görülme sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (54). Hem gençlerde hem de yetişkin kadınlarda klamidya ve gonore enfeksiyonları asemptomatik ya da sadece hafif semptomlara neden olabilmektedir. Klamidya ve gonore den sonra sıklıkla görülen bir diğer hastalık sifilizdir (52). Bununla birlikte, birçok araştırmada genç erişkinler ve ergenlerde % 5 – 8 oranında sifilis görüldüğü bildirilmektedir. Başlangıçta kendini genital verrüler olarak gösteren İnsan Papillomavirüs'ün (HPV) de çoğunlukla gençler arasında daha yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerdeki gençler arasında genital herpesin en yaygın nedeninin Herpes Simpleks Virüsü-2 olduğu saptanmıştır (54). Uganda ve Tanzanya'nın kırsal bölgelerinde 15-19 yaşlarındaki kızların sırasıyla %27' si ve %43' ünde, 15-19 yaşlarındaki erkeklerin sırasıyla sadece %7.5' i ve %20' si HSV-2 antikör testleri pozitif bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde sifiliz enfeksiyonları yüzbinde 5.2 insidans ile Batı Avrupa'daki insidansına benzerlik göstermektedir (43). Son 10 yılın ilk yıllarından itibaren sifiliz morbidite hızlarında önemli bir değişim yaşanmamış olup bildirilen toplam olgu sayısı 2003 yılında 3.756'dır (91). Genel olarak, cinsel faaliyete erken başlanılan ve evlilik dışı ilişkilere kapalı olan geleneksel toplumlarda erkekler yüksek CYBE riski altındadır. Sifiliz olgularının çoğu 3 büyük şehirden (%71.7) bildirilmiş olup, diğer olgular ülkenin farklı bölgelerindeki illerden gelmiştir. Sifilizin erkekler arasında oldukça sık olarak tespit edilmesine rağmen, sifilizi olan kadınların sayısı Trabzon'daki erkeklerden daha yüksektir. Sifiliz olgularının nüfusa oranı, illerin sıralamasında farklılık yaratmaktadır. Sifiliz morbiditesi en yüksek olan şehir Artvin'dir. Artvin'nin Türkiye ile Eski Sovyetler Birliği'nin şimdiki bağımsız ülkeleri olan Gürcistan, Rusya, Azerbaycan, Ukrayna gibi ülkeler arasında sınır yolu üzerinde bulunduğuna dikkat çekmek gerekmektedir. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2003 Yıllık Faaliyet raporuna göre; 2003 yılında herhangi bir bildirim yapmayan illerden Aksaray, Şırnak ve Iğdır'ın laboratuvarları bulunmamaktadır. En fazla tarama testi yapan Kızılay Kan Merkezlerinde 11 yıl içinde 4 milyon kan testi gerçekleştirilmiş ve seropozitivitesi 1985-89 yılları için 28.9 (her 100.000 muayenede) ve 1990-95 yılları için 73.0 olarak bulunmuştur. Diğer sağlık kuruluşları tarafından yapılan incelemelerin oranı donörlerin seçimine ve kullanılan tanısal testlerin geçerliliği açısından söz

konusu kritere bağılı olarak yüzbinde 13.3-129.7 arasında değişmektedir. Bu rakamlar Türkiye’de 18-65 yas arası nüfusta sifilizin artış gösterdiğini ortaya koymaktadır (82). Özellikle seks işçilerinde ve homoseksüel erkeklerde diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur. Kayıtlı seks işçilerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde, Elazığ’da %14.7, Sivas’ta %44, İstanbul’da %10.3 olarak saptanmıştır (70,79,6).

Gonore, Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre 1997’de 3477 gonore teşhisi yapılmış ve 1.000 kayıtlı hayat kadınından 5728’i CYBE’ler konusunda düzenli taramadan geçmiştir (90). 1997 ve 1999 yılıyla karşılaştırıldığında, gonorenin kayıtlı hayat kadınları arasında çok sık görüldüğü ve müşteri sayısının yüksek olduğu ve onlarla cinsel temas başına kondom kullanımı oranının düşük olduğu görülmüştür. Gonore enfeksiyonunun, özellikle üretriti olan erkek hastalarda yüksek sıklıkta olduğu görülmektedir. Ayrıca, Antalya’da gece kulübünde çalışan kadınlarda %31.7 prevalans bildirilmiştir (69).

Klamidya enfeksiyonu prevalansı seks işçilerinde %13.5-25.4 arasında saptanırken, infertil erkekler üzerinde yapılan çalışmalarda %61.7 oranında sıklık bildirilmektedir (30,71,73).

Hepatit B: Hepatit-B enfeksiyonu bildirimlerine 1990 yılında başlamıştır. 1996 yılında kurulan Bağışıklık Danışma Kurulu hepatit B asısının rutin çocuk aşılama programlarına dahil edilmesini tavsiye etmiştir. Kurul aynı zamanda sağlık personeline ve yüksek risk gruplarına devamlı olarak aşı uygulamasının yapılmasını önermiştir. Yapılan bildirimlerin sonuçlarına göre; hepatit B morbiditesinde yavaş bir artış 1990-2000 yılları arasındaki dönemde saptanmış olup olgular en fazla cinsel olarak aktif ve fertil olunan 25-44 yaş grubu arasında görülmektedir. Kızılay Kan Merkezlerinden kan bağısı yapanlar üzerindeki taramalarda HbsAg seropozitivitesi 1985-89 yıllarında 4.71 iken 1990-95 yılları arasında %5.11’e yükselmiştir. Bu durum enfeksiyonun kendine özgü durumunu muhafaza ettiğini göstermektedir. Bazı risk gruplarında hepatit B seroprevalansına dair bir çalışma sero pozitivitenin [HbsAg (+) ve Anti-HBs (+)] kayıtlı seks çalışanlarında %52.1, homoseksüellerde %41.2, hastane çalışanlarında %41.2 ve denetleme kümesinde %26.2 olduğunu göstermiştir (15).

HIV/AIDS: Sağlık Bakanlığı HIV ile enfekte olan kişileri ve enfeksiyon riski taşıyan kişileri ortaya koymak için HIV/AIDS için özel bir bildirim sistemi kullanmakta ve aktif koruma programına ihtiyacı olan alt grupları belirlemektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye HIV/AIDS olgularındaki artış tespit edilmektedir. Türkiye’de 1984 yılından itibaren bildirilen olguların yarısından fazlası 1998 yılından sonra bildirilmiştir. Adolesan grubun oranı 1985-1995 yıllarında %13.4’ten 1996-2000 yıllarında %20.4’e çıkmıştır.11 Yas gruplarına

göre erkek/kadın oranlarına bakıldığında erkeklerdeki HIV/AIDS olguları kadınlardan 2-4 kez daha fazladır. Ancak, Heteroseksüel temaslar yoluyla enfeksiyonun kadınlara (hayat kadınları, kendi eşleri ya da kız arkadaşları) geçmesine sebep olabilir. Yapılan bir çalışmada çiftler arasında kondom kullanma oran %8.2 olarak bulunmuş ve sosyokültürel uygulamalar ve baskılar genellikle kadınları enfeksiyonu önlemek için gerekli tedbirleri almaktan alıkoyduğu sonucuna varılmıştır (102). Yurt dışında çalışan ve zorunlu askerlik görevi için gelen genç erkekler, kamyon şoförleri ve turizm çalışanları Türkiye'deki riskli gruplara örnektir. Bunlar ülke çapında enfeksiyonun yayılmasında önemli bir rol oynayabilirler. Olguların bu şekilde cinsiyete göre dağılımı Afrika gibi az gelişmiş ülkelerden daha çok gelişmiş ülkelere benzemektedir (23). Türkiye'de HIV/AIDS olgularının %80.6'sı 3 büyük ilimizden bildirilmiştir. HIV/AIDS'li pozitif olgularının üçte birine yakını (%32) İstanbul'da yaşamaktadır. Türkiye'de HIV pozitif olan ve AIDS'li olarak yaşamakta olan yabancıların toplam sayısı 1985-2002 yılları arasında 255 olup, Türkiye'de rapor edilen HIV pozitiflerin ve AIDS'lilerin yedide birini (%16.6) oluşturmaktadır. HIV pozitif tanılı ya da AIDS olan yabancıların üçte birine yakını eski Sovyetler Birliği'ne bağlı çeşitli ülkelere, %22'si Doğu Avrupa ülkelerinden, %20'si de Afrika ülkelerinden, %10'dan fazlası da Batı Avrupa ülkelerinden, geri kalanı da Asya ülkeleriyle Kuzey Amerika ülkeleri'nden gelmektedir (91). HIV pozitiflerin ve AIDS'lilerin çoğunluğu Ukrayna (%32.7), Romanya (%22), Moldova (%12) ve Rusya Federasyonu uyrukludur (%5.3). HIV pozitiflerin ve AIDS'li olan yabancı erkeklerin çoğunluğu da (%66.3) Tanzanya (%11.6), Nijerya (%6.3), Liberya (%3.1), Gambiya (%2.1), Güney Afrika (%2.1) ve bunun gibi Afrika ülkelerinden gelmektedir. HIV enfeksiyonunun hem Türkiye'de hem de tüm dünyada büyük şehirlerde yoğunlaşma eğilimindedir. Bunun bir nedeni de cinsel olarak daha karışık ilişkilerin mevcut olması, uyuşturucu kullanımı ve büyük şehirlerdeki yabancılarla temastır (12). Sağlık Bakanlığı'ndan alınan verilere göre Heteroseksüellik Türkiye'de en temel bulaşma yolu olup heteroseksüellerin, özellikle diğer CYBE'ye sahip olan heteroseksüellerin, biseksüelleri de içermek üzere homoseksüellerden daha fazla riske sahip olduklarını göstermektedir.

Halen toplum üzerinde sıkı aile ve akrabalık ilişkileri nedeniyle oluşan güçlü sosyal baskı, güçlü sosyal kontrolün etkisi hem kırsal kesimde hem de şehirlerde düşük boşanma oranı, gelişigüzel seks ve evlilik dışı ilişkilere sert tepki; özellikle kadınla için ilk cinsel deneyimin nispeten yüksek bir yaşta olması ile kendini göstermektedir; Güçlü sosyal kontrol aynı zamanda uyuşturucu kullanımı, homoseksüellik gibi davranış ve yaşam biçimlerinin açığa vurulmasını da etkilemektedir (38).

2.3.1.5. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Komplikasyonları

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar her iki cinsiyette de fertilitiyi olumsuz etkilemektedir. Kadınlarda CYBE etken ve patojenlerin alt genital organlardan üst genitallere yayılması sonucu pelvik enfeksiyon (uterus, fallop tüpleri ve over enfeksiyonları, pelvis yapışıklıkları), kronik pelvik ağrı ve infertilite gelişebilir. Pelvik enfeksiyona (PID) neden olan başlıca enfeksiyon etkenin C.Trachomatis ve N.Gonorrhoeaa'dır. tedavi edilmemiş servikal gonore, kadınlarda %8-20 oranında pelvik enfeksiyona yol açmaktadır. Klamidya enfeksiyonu olan bir kadında çoğu zaman ilk belirti pelvik enfeksiyon hastalığına bağlı ağrılar ve bu aşamada fallop tüplerinde oluşabilecek herhangi bir hasar geri dönüşümsüzdür (32). Pelvik enfeksiyonların sonuçlarından biride infertilitedir. Tedavi edilmemiş PID olan kadınların yarısından çoğunun (%55-85) infertil olduğu gösterilmiştir (11,107).

CYBE ektopik gebelik riskini de artırmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmada genital klamidya enfeksiyonu olan kadınlarda ektopik gebelik riskinin iki kat arttığı gösterilmiştir (22,67).

CYBE gebelik ve doğum sürecinde annenin yanı sıra fetusu da etkilemektedir. Araştırmalarda sifilizli gebelerin üçte ikisinden fazlasında amniotik sıvıya etkenin geçişiyle fetusun enfekte olduğu ve enfekte gebeliklerin %40'ının düşük, ölü doğum ya da perinatal ölümle sonuçlandığı gösterilmiştir. Gonore ve klamidya servisitisi olan gebeler doğum sırasında fetuslarını enfekte etmekte ve yeni doğanda neonatal konjiktivit ve klamidya pnömonisi oluşturmaktadır.

CYBE erkeklerde de enfeksiyon ya da infertilite ile sonuçlanmaktadır. Gonore ve klamidya enfeksiyonları üretradan epididime yayılarak, üretrit ve epididimite neden olmaktadır. Uygun tedavi verilmezse üretral darlık ve infertilite ile karşılaşmaktadır.

CYBE'nin komplikasyonları aşağıda sıralanmıştır.

- Kadınlarda kronik pelvik ağrı
- Yeni doğanlarda körlüğe kadar gidebilen göz enfeksiyonları ve pnömoni
- Prematürite, düşük doğum ağırlığı, ölü doğumlar
- Kadınlarda sepsis, ektopik gebelik ve servikal kansere bağlı ölümler
- Erkeklerde üretral darlık ve infertilite
- Psiko-sosyal sonuçlar

2.3.1.6. Güvenli İlişki ve Davranışlar

Güvenli ilişki; sadece kondom kullanmakla sınırlı değildir. Ayrıca, karşılıklı güvenin, dostluğun, sevginin ve saygının olduğu, bireyler arası paylaşımın artarak yoğun duyguların yaşandığı bu ilişkide, doğru iletişimi kurarak kendini ortaya koyabilmek, “evet” ya da “hayır” diyebilmek, cinsel ilişkiye karşı tarafı zorlamamak ilişkinin sağlıklı yürüyebilmesi için çok önemlidir. Cinsel davranışlar üç grupta ele alınmaktadır. Bunlar;

1) Risksiz cinsel davranışlar: (Safe sex); masaj, kucaklaşma, okşama, mastürbasyon, eli ile genital bölgeye dokunmak veya karşılıklı mastürbasyon, fantezi.

2) Az riskli cinsel davranışlar: (Safer Sex); Öpüşme (derin), lateks kondom kullanarak vajinal/anal cinsel ilişki, lateks kondom kullanan erkekle oral cinsel ilişki ve oral seks kondomlarını kullanma.

3) Riskli cinsel davranışlar: (Unsafe Sex) Lateks kondom kullanmadan yaşanan her türlü cinsel ilişki, ortak şırınga kullanımı (uyuşturucu, dövme), vajinal enfeksiyonu veya adet kanaması olan bir kadınla korunmasız oral seks, ağızda semen, korunmasız oral/anal temas, cinsel oyuncakların dezenfekte edilmeden paylaşılmasıdır (77).

Güvenli Cinsel Davranış;	<ul style="list-style-type: none"> • İlk cinsel ilişki yaşınızı erteleyin • Eğer erteleyemiyorsanız • Eşinize sadık kalın • Eğer sadık kalamıyorsanız • Kondom kullanın
---------------------------------	--

Kondom kullanmak, cinsel ilişkide hastalık riskini azaltmakla birlikte; güvenli cinsel ilişki konusunda yetersiz bilgi, kondom elde etmede, satın almada zorluklar ve kondom kullanmadan hoşlanmamak gibi nedenlerle kullanım sıklığı beklenenin altındadır. Örneğin Zambiya gibi HIV' in çok görüldüğü ülkelerde ve İsviçre gibi HIV/CYBE önleminin özellikle başarılı olduğu yerlerde, sürekli kondom kullanımının gençler arasında yaygın olmadığı saptanmıştır (54). Manzini (2001) tarafından yapılan bir çalışmada 796 genç kızın %62' si KwaZulu Natal' da ilk ilişkilerinde erkek kondomu kullandıkları belirlenmiştir (65). Son yıllarda yapılan çalışmalarda önceki yıllara göre kondom kullanımının arttığına dair araştırmalar vardır. DSÖ tarafından yapılan çalışmada cinsel deneyimi olan erkekler arasında kondom kullanımı %9-%62 arasında, kızlarda ise %5-%33 arasında değiştiği belirlenmiştir. (54).

Kondom kullanımının yaygın olmamasının nedenleri sosyo-kültürel faktörlere bağlı olarak değişim göstermektedir. Örneğin; Papua Yeni Gine' de kondoma erişememe, Şili' de de kültürel engeller bildirilmiştir (98). Bunların yanı sıra, kondom kullanma düşüncesi evlilik dışı sekste kullanımla ilgili görülebilmekte ve diğer partnere güvensizliği gösteren bir durum olarak algılanıp kullanılmadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda deneyimsizlikten dolayı gençlerin kondomu yanlış kullandığı da saptanmıştır (54).

2.4. Gençlerde Güvensiz Cinsel Yaşam ve Risklere Yönelik Koruyucu Programlar

2.4.1. Koruyucu Programlar

DSÖ tarafından UNICEF VE UNFPA tarafından adölesan dönemde sağlığı geliştirmek amacıyla programlar geliştirilmekte ve uygulanmaktadır. Bu programların amacı gençlerin sağlık ihtiyaçları konusunda bilgi elde etmek, risk alma davranışlarını önlemek için sağlıklı yaşam becerileri geliştirmek, kriz durumlarında danışmanlık vermek, kapsamlı ve güvenli sağlık hizmetlerine ulaşmalarını sağlayıcı düzenlemeler yapmak ve güvenli ve destekleyici çevrede yaşamalarını sağlamaktır (51,112).

Yapılan çalışmalar Avrupa'da gençlerin üreme ve cinsel sağlık konularında yaşadıkları güçlükleri şu şekilde sınıflamaktadır;

- Korunmasız cinsel ilişki
- Kadına yönelik cinsel istismar, kullanım ve şiddet
- Ulusal politika ve programların açık ve net olmaması
- Toplumun, ailenin, okul öğretmenlerinin, sağlık personelinin ve dini görevlilerin sosyal desteğinin yetersiz olması
- Gençlerin cinsellik ve hakları konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması ve davranışları hakkında doğru kararlar alamaması
- Cinsel sağlık/üreme sağlığı konularında yetersiz bilgi ve bilgilendirme
- İnsan gücü ve finansal kaynak yetersizliği (40).

Üreme sağlığı ve fizyolojisi, aile planlaması ve eğitimi, cinsel korunmanın teşviki, cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi konularında, ailelere eğitim veren bir eğitim uygulamayı amaçlayan bir kuruluş olan Aile Yaşamı Eğitimi'nin (Family Life Education,FLE) programı, son yıllarda 79 ülkede uygulanmaktadır. FLE, gençlerin davranışlarında, cinsel hayata geçişin ertelenmesi veya gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımının artışı gibi değişikliklere neden olmaktadır (88,93,114,116). Gençlere verilecek üreme sağlığı hizmetleri ve cinsel eğitimde dikkat edilmesi gereken noktalar;

2.4.1.1.Bilgilendirme ve Eğitim

Genç insanlar için, üreme sağlığı konularında yeterli ve doğru bilgiye sahip olmamaları ve kitle iletişim araçları ile çeşitli mesajlar almaları ciddi bir problem haline gelmektedir. Geleneksel anlamda aileden ve arkadaşlardan bilgi alma artık önemini yitirmiş, ancak okul içi ve dışındaki sistematik eğitim bunun yerini alamamıştır (78,93,106,112,114-116).

Genç insanları üreme sağlığı ve cinsellik hakkında bilgilendirmek çok hassas bir iştir. Bu bilgilerin verilmesi halinde cinsel aktiviteye başlama yaşının düşeceği ve ana-babalık haklarının ihlal edileceği konuları sık sık tartışma konusu olmaktadır. DSÖ'nün AIDS ile ilgili Global Programı dahilinde yapılan araştırmalarda okullarda cinsel eğitim verilmesinin erken yaşta cinsel aktivite başlamasına neden olduğuna dair bir kanıt yoktur. Tersine, cinsel eğitimin küçük yaştakilerin cinsel aktivitelerinin risklerine karşı korunmalarında yardımcı olduğu görülmüştür (78,93,106,115,116).

Cinsel eğitim, genç insan cinsel aktiviteye başlamadan verildiği takdirde en etkili olmaktadır. Cinsel aktiviteyi erteleme ve korunmalı cinsel ilişki programları, sadece cinsel ilişkiden uzak kalmayı işleyen programlara oranla çok daha etkilidir (88).

Anne ve babalar çocuklarına cinsel eğitim vermesi gerekenlerin kendileri olduğunu hissetmekte olmalarına rağmen sıklıkla bunu yapmaktan hoşlanmamaktadırlar. Anne ve babalar için, çocukları ile cinsellik ve üreme sağlığı sorunlarını tartışmaya başlamalarına yardımcı olacak özel programlar geliştirilmiştir (78,93,106,114-116).

Eğitimde ülke ve kültürlerde farklı ağırlıklarda olmakla birlikte aşağı yukarı aynı konu başlıklarına yer verilmektedir. Şüphesiz her ülke vurgulamak istediği konunun kendi kültürü için önemini tartarak o konuyu daha ön plana çıkarmalıdır (88). İdeal olarak cinsel eğitim süregelen bir şekilde her yaş grubuna yönelik bir biçimde basamak basamak verilmelidir. Her yaşın sonu ve yönlendirme tarzları farklı olacağından eğitim kapsamı da buna göre ayarlanmalıdır. Gençlerin katılacağı tartışma ve benzeri aktiviteler sınıflarda verilen derslerden daha etkili olmaktadır (78,93,106,112,114-116). Buna ek olarak okul dışındaki gençlerin eğitimi amacıyla televizyon dizileri, çizgi romanlar ve benzeri eğitici programlar hazırlanmaktadır (78,93,106,112,114-116).

2.4.1.2. Üreme Sağlığı Hizmetleri

Gençler için üreme sağlığı hizmetleri vermek onlara cinsel bilgi ve eğitim vermekten daha çelişkilidir. Bu programlarda en önemli husus, hizmet verenlerin kişisel düşünceleri ve eğitimleri nedeniyle, gençlerin programdan yararlanmalarına engel olmalarını önlemektir. Bazı ülkelerde yasalar, evli olmayan gençlerin bu sayılan hizmetlerden yararlanmalarını önlemektedir. Gençlerin sağlığını iyileştirmede öncelikle bu tür yasaları değiştirmek yararlı olacaktır (78,88,93,106,112,114-116).

Ergenlerin ve evlenmemiş genç insanların erişebileceği hizmetleri kısıtlayan; prosedürler, mahremiyet ve bilgiye ulaşma iznine bağlı birçok konu vardır. Örneğin, doğum kontrol ürünlerinin hepsinin sadece aile onayı ile elde edilebilmesi konusundaki ısrar, ergenin mutlak mahremiyetiyle çelişkilidir. Büyük Britanya Kraliyet Üniversitesi Doğum Uzmanları ve Jinekologları(1991) “sağlık uzmanı genç insana cinsel aktivitenin implikasyonları ve aileye güvenin değerini anlamayı sağlama konularında sorumluluğa sahiptir” demişlerdir. Ancak büyüme sürecinin bir parçası olarak gençlerin gelişen cinselliği, aileleri ile olan ilişkilerine

mesafe getirmektedir. Ergenlerin ailelerine açılmamalarının en önemli nedeni, ailelerinin onlara kızıp, kırabileceklerini düşünmeleridir. Eğer ergen alıcı konumunda ailenin konuşma ve tavsiyelerine kulak asıyor ise, yaptığı seçime koşulsuz saygı duyulmalıdır. Ergenler kendilerine göre, yetişkin sorumluluğu alıp, yetişkin kararları verebilirler. Eğer daha basit konularda güven sağlanamazsa, ergenler CYBE konsültasyonuna başvurmayı pek düşünmemektedirler. Doktorlara güven mahremiyetin korunacağına güven ile doğrudan ilişkilidir.(54)

Gelişmekte olan ülkelerde, klinik bakım geleneksel olarak özellikle kent merkezlerinde, prensip olarak öncelikle yüksek risktekilere hizmet veren CYBE kliniklerinde yapılmaktadır. Bu tür programların gençlerin ilgisini çekmediği vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmalar, bu kliniklerin sadece laboratuvar testlerine bağlı olmayan bir hizmet sunum sistemine sahip olması gerektiği yönündedir. Bu merkezlerde akran eğitici ve danışmanlar gençleri harekete geçirmek ve hizmet kullanımlarını artırmak için eğitilmektedirler. Akranlar gençlerle hizmet sunanlar arasında köprüdür. Klinik hizmet verenler ise genç dostu yaklaşımlarda eğitilmiş, gençlerin cinsel ve üreme sağlığı gereksinimlerine karşı hassaslaştırılmış ve bazı durumlarda da CYBE teşhis ve tedavisinin sunulmasında eğitim almışlardır.

Sağlık personelinin yetiştirilmesinde, bazı Latin Amerika ülkelerinde, Afrika ve Doğu Avrupa'da ergen sağlığı temel bakım ve tıbbi eğitimin bir parçasını oluşturmaktadır. Brezilya'da klinik ergen sağlığı bakımı tıbbi müfredatın bir parçası olarak öğretilmekte ve ergen kardiyolojisi, psikiyatrisi, ürolojisi ve jinekolojisinin yanı sıra toplumda ve okullarda uygulamalı çalışmayı kapsamaktadır. Şili'de de belli düzeyde ergen sağlık programları kurumsallaştırması olmuştur. Tanzania, Zambiya, Zimbabve ve Ukrayna'da gönüllü kuruluşların desteklediği projeler yoluyla, sağlık merkezlerinde çalışmakta olan ergen üreme sağlığı doktorları, hemşireleri ve asistanları gibi sağlık uzmanlarını eğitmektedir. Bu tür eğitim kursları çoğunlukla UNICEF gibi ajanslar tarafından başlatılmıştır. Öte yandan, Estonya'da ergen servislerinin "kendiliğinden, ortaya çıkan gereksinimden doğduğu" söylenmektedir. Tanzania'da bir eğitim formasyonu el kitabı olan "Training of Health Workers in the Provision of Youth Friendly Reproductive Health Services" (Genç Dostu Üreme Sağlığı Servislerindeki Sağlık Çalışanlarının Eğitimi) AMREF, National Institute for Medical Research of Tanzania ve London School of Hygiene and Tropical Medicine tarafından ortak olarak yürütülen Mema kwa Vijana Projesi için geliştirilmiştir. Kapsadığı konular arasında ergenlik dönemi özellikleri, ergen cinselliği, CYBE'ler, iletişim becerileri, toplumsal cinsiyet konuları yer almaktadır.

Gençlere yönelik sunulan üreme sağlığı hizmetlerinde; erişim (mevcut hizmetler hakkında bilgi eksikliği, hizmetin maliyeti, kliniklerin mesai saatlerinin uygunluğu), ve utanmaya bağlı (tanıdıkları yetişkinlerle karşılaşma korkusu, cinsel sağlık problemini anlatamama) güçlüklerin göz önünde tutulması gerekmektedir.

Gençlere üreme sağlığı hizmetleri, CYBE ve istenmeyen gebeliklerin artmasıyla Amerika’da ve Kuzey Avrupa’da 1960’larda, Latin Amerika’da 1970’lerde, Afrika’da ve Asya’nın bir kısmında da 1990’larda başlamıştır (54). Devlet tarafından ya da gönüllü kuruluşlar tarafından açılan sağlık merkezleri, doğum kontrolü, CYBE yönetimi ve uyuşturucu bağımlılığını önleme amaçlı kurulmuşlardır. Özellikle UNICEF ve UNFPA tarafından üreme sağlığı merkezlerini genç dostu merkezler yapmak için projeler yürütmektedir.

Doğu Avrupa’da uzun zamandır “genç jinekologlar” bulunmasına ve ergenler için olan hizmetler dahil olmak üzere pek çok hizmet ücretsiz olmasına rağmen bunların kullanıcı dostu olmamaları nedeniyle başarıları düşük olmuştur. Gizlilik ve ergenlere karşı yargılayıcı olmayan bir tutuma dayalı olan ergen dostu yaklaşımlar şu anda pek çok sayıda ülke tarafından benimsenmektedir. En fazla deneyime sahip olan ve genç insanlar 15 kliniğiyle çok sayıda ergen dostu kliniğe sahip olan Estonya’dır –bunların ilki 1993 yılında kurulmuştur. Bu klinikler başlangıçta ebeler, jinekologlar, sosyal hizmet uzmanları ve psikologları kapsayan bölgedeki profesyoneller tarafından açılmıştır ve çeşitli dış hayırseverler ve yerel hükümet tarafından finanse edilmiştir. Bütünsel bir şekilde genç insanların problemlerini çözmeyi amaçlamışlardır ve sundukları hizmetler arasında CYBE’ın tanısı ve tedavisi de yer almıştır.

Asya bölgesinde kısmen özel olarak ergenler için düzenlenmiş olan çok az kamu hizmeti bulunmaktadır. Çünkü bu ülkelerin çoğunda evlilik öncesi cinsel ilişkinin yanı sıra CYBE tedavisinin kendisi damgalanmıştır. Endonezya ve Filipinler’de CYBE servisleri devlet hastanelerinde mevcuttur, ancak özel olarak ergenler için hazırlanmamıştır. Asya’daki ergen dostu CYBE hizmetlerinin çoğu yalnızca klinik hizmetten oluşmaktadır. Birçoğu genel olarak genç insanları değil de sadece hayat kadınları dışlanmış gençleri hedef almaktadır.

Türkiye’de gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetlerinin gelişimi incelendiğinde, Sağlık Bakanlığı’nın (SB) uluslararası ve ulusal kuruluşlarla işbirliği çerçevesinde, 2002 yılından bugüne kadar birinci basamak sağlık kuruluşlarında 24 Adölesan/Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi kurulmuştur ve hizmet sunumuna bu merkezlerde devam edilmektedir. SB tarafından 2002 yılında adölesan sağlığını geliştirmek amacıyla “Genç Dostu Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetleri” adıyla bir hizmet sunum modeli geliştirilmiştir. Bu model kapsamında gençlik danışma birimlerinde çalışan tüm sağlık personelinin hizmet içi eğitime alınması ve bu eğitimlerin 2010 yılına kadar bitmesi

planlanmaktadır. Bu eğitimlerin yanı sıra SB tanıtıcı broşürler tasarlayıp, açılan gençlik birimlerine yeterli ekipmanlar sağlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra Türkiye'de üreme sağlığı hizmetleri kapsamında, çeşitli hibe programlar çerçevesinde sivil toplum kuruluşlarının da yer aldığı eğitim ve danışmanlık proje ve programları yer almaktadır.

2.4.1.3.Akran Eğitimi

Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirmekte olan ülkelere ait verileri, gençlerin üreme sağlığı konularında bilgi kaynağı olarak en sık arkadaş ve medyayı belirttiğini ortaya koymaktadır (2,10,60,61,112). Bu nedenle gençlere kendi yaşlarıyla ulaşmak ve bilgi aktarmanın daha etkili bir yöntem olduğu bildirilmektedir (10,26,60). Eğitim almış ve istekli genç insanların akranları (yaş, çevre ya da ilgili alanları yönünden benzer genç insanlar) ile birlikte gerçekleştirdikleri, gençlerin bilgi, tutum, inanç ve beceri yönünden gelişmesi ve kendi sağlıklarını koruma bilincini kazanmalarını amaçlayan, resmi olmayan ya da programlanmış eğitimsel etkinlikler akran eğitimi olarak tanımlanmaktadır (10). Genç bir insanın davranışları üzerinde akran gurubunun büyük etkisi bulunmaktadır ve bu durum hem riskli hem de güvenli davranışlar için geçerlidir. Akran eğitimi, davranışlar üzerine akran etkisini olumlu yönde kullanmayı amaçlamaktadır. Akran eğitimcilerinin, hedef guruplarının gözünde kazandıkları takdire değer konum, akran eğitiminin temelinde yatan önemli bir husustur. Akran eğitiminde etkin rol alan genç insanlar; eğitimci ve dinleyici olarak geçmişe ya da müzik anlayışı, popüler etkinlikler, dilin kullanımı, ailesel temalar ve toplumsal roller (öğrencilik, takım arkadaşlığı vb.) bakımından ortak ilgi alanlarına sahip olduğunda bilgi geçişinin daha kolay olduğu gerçeğini vurgulamaktadırlar. Akran eğitimcisi bazı konularda daha bilgili ve dolayısıyla tavsiyelerde bulunan bir arkadaş olarak algılanmaktadırlar. Genç insanların özellikle hassas ya da kültürel olarak tabu sayılan konularda önemli bilgilerin çoğunu akranlarından alması şartıcı değildir (10).

Akran eğitimi genç insanların kendilerini ilgilendiren konularda etkinliklere katılmaları ve sağlıklarını koruyabilmek için gerekli bilgi ve hizmetlere ulaşabilmeleri için fırsatlar sunmaktadır. Bu yöntem aynı zamanda genç insanlara yetki vermek için önemli bir yol olarak görülmektedir. Meksika'da CORA genç "uydu" akran organizatörlerini çalıştırmış, bunlar

stratejik yerlere giderek ergenlerle karşılaşmış ve sağlık merkezlerine tek başlarına gidemeyenlere sağlık hizmetlerini anlatmışlar ve hizmetten yararlanmalarını sağlamışlardır. Botswana'da çok sayıda gönüllü kuruluş akran eğitimcisi yetiştirmiş ve gençlerin üreme sağlığı hizmetlerini almalarını sağlamak için temel bir strateji olarak görülmüştür.

Türkiye'de ise yoğun olarak son 5 yıldır gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri kapsamında eğitim, tanıtım ve merkez kurma çalışmaları sürdürülmektedir.

2.4.1.4.1. Akran Eğitiminde Kullanılan Teoriler

Akran eğitiminde, nedene dayalı davranış teorisi, sosyal öğrenme teorisi, yeniliklerin yaygınlaştırılması teorisi, katılımlı eğitim teorisi, sağlık inancı teorisi, bilgi, motivasyon, davranış becerileri ve kaynaklar teorisi, transteoritik model teorik alt yapıyı oluşturmaktadır (35).

Sağlık İnancı Modeli: Sağlık İnancı Modeli 1950'li yılların başında; Godfrey Hochbaum, Stephen Kegels ve Irwin Rosenstock isimli sosyal psikologlar tarafından geliştirilmiştir. Halk sağlığı alanında ilk kullanıldığı alan bağışıklama hizmetleridir. Bu model özellikle kişiler tarafından algılanan duyarlılık, algılanan engeller ve algılanan faydalar açısından sağlık davranışlarının belirlenmesi ve açıklanması için kullanılmıştır. Bu modele göre; kişinin bir hastalığı engelleme ya da iyi olma isteği varsa ve kişi, bilimli bir davranışın söz konusu hastalığı önleyeceğine inanıyorsa, o davranışa karşı olumlu bir tutum takılacaktır (35).

Bu davranış değişikliği modeli ne yazık ki alışkanlıklar, tutumlar ve duygular gibi etkenleri yeteri kadar göz önüne almamaktadır, bu nedenle akran eğitimi çalışmaları açısından faydalı bir model olmasına rağmen kültür, sosyal etki, sosyo-ekonomik durum, kişisel deneyimler gibi davranış üzerinde etkili diğer faktörlerin de üzerinde durulmalıdır.

Nedene Dayalı Davranış Teorisi: Sağlık davranışı alanında bir diğer model Fishbein ve Ajzen'in nedene dayalı davranış teorisidir. Bu teoriye göre bir kişinin önerilen bir davranış biçimini benimsemesi şu etkenlere bağlıdır:

- Kişinin söz konusu davranış biçimine karşı tutumu ve bu davranışın sonuçları hakkındaki inancı. Örneğin; Gebelikten korunma yöntemi kullanmanın kendisi için yararlı olduğunu düşünen genç bir kadın, bu yöntemleri kullanmak konusunda olumlu bir tutum takınacaktır.
- Kişinin konu hakkındaki öznel (kişisel) görüşü ve içinde bulunduğu topluma göre olan kaideler, başka bireylerin kişinin söz konusu davranışı hakkındaki düşünceleri ve kişi için önemli olan bireylerin bu davranışı onaylayıp onaylamadığı.

Akran eğitimi çerçevesinde, genç insanların tutumları, akranlarının düşünce ve davranışlarını nasıl algıladıkları ile doğrudan ilişkilidir. Saygı duydukları akran eğitimcilerinin beklentileri, genç insanları önemli ölçüde istenen davranışlara yönlendirmektedir (10,35,99).

Transteoritik Model (TTM): TTM'de kişinin söz konusu davranış biçimine karşı tutum değişikliğinin bulunduğu evre ele alınmaktadır. TTM'deki değişim evreleri incelendiğinde; ilk evrede kişinin davranış değişikliğine niyeti yoktur (ön tasarlama), gelecek 6 ay içerisinde niyet eder (tasarlama), bazen niyet ettiği gibi bu yönde bazı davranışsal adımlar atar (hazırlanma), kişide davranış değişikliği konusunda aleni değişiklikler izlenir (hareket), ve kişi öğrendiği davranışı 6 aydan fazla bir süredir uygulamaya başlamıştır (10,35,99).

Sosyal Öğrenme Teorisi/ Sosyal Bilışsel Teori: Bu teorinin temelleri, Psikolog Albert Bandura'nın çalışmalarına dayanmaktadır. Bandura, insanların aşağıdaki şekillerde öğrendiklerini öne sürmüştür.

- Kişinin kendisini bir tuttuğu insanları gözlemesi ve örnek alması ile dolaylı yoldan (örneğin genç insanların akranlarının davranışlarını gözlemesi ve örnek alması); ve
- Belirli bir davranış biçimi için gerekli becerilerin kazandırılmasına yönelik eğitim yoluyla.

Birey sağlıkla ilgili davranışları, herhangi bir dışsal ödüllendirme olmaksızın, kendi kendine pekiştirme ile de öğrenmektedir. Bireyler başkalarını gözleyerek davranışı analiz edebilir ve davranışın getireceği olumlu ve olumsuz sonuçları önceden görebildiği için olumlu

olan davranışlara yönelir (10,35,74,94,99). Bu durum, söz konusu davranışın uygulanması sırasında çıkabilecek engelleri aşma becerisini de içermektedir ve kişisel yeterlilik olarak adlandırılabilir. Örneğin; doğru kondom kullanımını anlatmanın yanında uygulama yoluyla pekiştirmek, eğitim alan kişinin cinsel eşi ile korunma yöntemlerini konuşurken özgüvenini arttıran önemli bir etkinliktir.

Yeniliklerin Yaygınlaştırılması Teorisi: Bu teori, davranış değişikliği konusunda sosyal etkinin önemli rolü olduğunu öne sürmektedir ve bir toplumdaki görüş liderlerinin davranış değişikliği konusundaki rolü bu teorinin temelini oluşturmaktadır. Lider kişilerin grup normları ya da gelenekleri üzerindeki etkisi, genellikle kişiler arası etkileşim ve tartışmalar sonucu görülmektedir (35,94).

Katılımlı Eğitim Teorisi: Bu teoriye göre davranış değişikliğinin anahtarı, davranış ile ilgili sorundan etkilenen kişilerin güçlendirilmesi ve etkinliklere tam katılımının sağlanmasıdır (35,99).

BMDK Modeli: Bilgi, Motivasyon, Davranış Becerileri ve Kaynaklar: BMDK modeli sağlıkla ilgili davranışları açık ve detaylı bir biçimde göstermekte ve değişik kültürlere uygulanabilirlik açısından bu rehberin büyük bir bölümü için temel oluşturmaktadır. Bu model özellikle riskli davranışların belirlenebilmesi için kullanılan bilgi (**ne?**), motivasyon (**neden?**), davranış becerileri (**nasıl?**) ve kaynak (**nerede?**) üzerine odaklanmaktadır. Örneğin; doğru kondom kullanımının HIV geçişini engellediğini bilen genç bir insan, kondom kullanımı konusunda istekli ve kondomun doğru kullanımı konusunda bilgi sahibi olmasına rağmen kondom bulmakta ya da almakta sorun yaşıyor olabilir.

Bu örnek,"Kaynaklar" kavramının bu modele eklenme nedenini açıklamaktadır. BMDK modeline ait dört kavramın hepsini içermeyen bir program, riskli davranışların azaltılması ve sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi için gerekli öğelerden genellikle yoksun kalmaktadır. Örneğin gençlere yönelik bir program gebelikten korunma yöntemlerinin kullanmanın gerekliliğini açıklıyor ve yöntemler hakkında bilgi veriyor, ancak yöntemlerin doğru kullanımı konusunda uygulama içermiyor olabilir. Bu durumda katılımcılar ne yapmaları gerektiği konusunda bilgi sahibi olurken, yöntemleri nasıl uygulayacakları konusunda yetersiz

donanıma sahip olacaklardır. Benzer şekilde, sağlıklı davranışlar konusunda katılımcılara bilgi ve uygulama olanağı veren, ancak bu davranış biçimlerinin tercih edilebilmesi için yeterli duygusal ve entelektüel nedenleri sunmayan ve dolayısıyla istenilen sonucun alınamayacağı programlar da olabilir.”Kaynaklar”,”Bilgi”nin bir alt başlığı sayılabilmesine rağmen, akran eğitimleri dışında genç insanları, uygun kaynak ve hizmetlere nasıl ulaşacakları konusunda bilgilendirmek önemlidir. Gençlik dostu klinikler, danışmanlık hizmetleri, HIV/CYBE (cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar) ve gebelik testi/ takibi ile ilgili programlar ve malzemeler (kondom, diğer koruyucu malzemeler) kaynaklara örnek olarak verilebilir (10,35).

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Tipi ve Örneği

Bu çalışma Willows Foundation (finansman), Harran Üniversitesi Toplumsal Duyarlılık Projeleri Kulübü (akran eğiticileri) ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (eğitim desteği) işbirliğiyle gerçekleştirilen müdahale tipinde bir araştırmadır. Araştırmanın örneğini, 2006 yılında %95 güven düzeyinde ve benzer çalışmalarda ki akran eğitiminin yaklaşık %30 etkisi temel alınarak hesaplanan 15-24 yaşları arasındaki 1100 genç oluşturmuştur. Gençler en az 2 ay süresince ulaşılabilecek, Harran Üniversitesi, Gençlik Evi, Halk Eğitim Merkezi ve Çıraklık Eğitim Merkezinden olasılıklı küme örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Çalışmada 1100 gence ulaşılmakla birlikte, ön-son testini yanıtlayan 977 gencin verisi değerlendirilmiştir. Çalışmada yanıtlama oranı %88.8 olarak saptanmıştır.

3.1.1. Akran Eğiticilerinin Belirlenmesi

Akran eğiticileri, gönüllü olarak bu çalışmada yer almak isteyen, sosyal ilişkileri ve arkadaş çevreleri geniş, üniversite bölüm temsilcileri, gençlerin sık olarak kullandıkları gençlik evi yönetim kurulu üyeleri, üniversite öğrencileri ve lise öğrencilerinden 9 erkek 6 kız olmak üzere toplam 15 gençtir.

3.1.2. Akran Eğiticilerinin Eğitimi Süreci

Akran eğiticilerinin eğitiminde cinsiyet dağılımı göz önüne alınarak 2 kız, 2 erkek olmak üzere 4 eğitici görev almıştır. Bu eğiticiler; çalışmayı gerçekleştiren araştırmacı, Harran Üniversitesi Toplumsal Duyarlılık Projeleri Kulübü başkanı olan tıp öğrencisi ve bir üyesi ile Birleşmiş Millet Nüfus Fonu (UNFPA) eğiticilerinden oluşmuştur. Eğiticiler UNFPA

tarafından düzenlenen 7 günlük ‘‘Tiyatro Tabanlı Üreme Sağlığı Eğitici Eğitimi’’ kursuna katılmışlardır (17-23 Nisan 2006). 13-17 Mayıs 2006 tarihlerinde 5 tam günlük ‘‘Akran eğitimi programı’’ gerçekleştirilmiştir. Eğitim programında; sağlık inancı teorisi, nedene dayalı davranış teorisi, sosyal öğrenme teorisi ve transteoretik modele dayalı olarak UNFPA tarafından geliştirilmiş bir eğitim modülü kullanılmıştır. Eğitim modülünde yer alan konular;

- Üreme Organları (Anatomi ve Fizyolojisi)
- Aile Planlaması
- CYBE/HIV/AIDS
- Cinsel Gelişim ve Cinsel Sağlık
- Başlıca Cinsel Sağlık Sorunları
- Toplumsal Cinsiyet (Gender)
- İletişim Teknikleri

3.1.3. Akran Eğiticilerinin Eğitimlerinin Değerlendirilmesi

Eğitim ncesi ve sonrası gençlerin bilgi ve davranışlarını belirlemek amacıyla bir anket hazırlanmıştır. Eğitim öncesinde bilgi sorularının doğru yanıtlanma oranı %40-47 arasında değişirken, bu oran eğitim sonrasında %94-100 olarak belirlenmiştir. Erkeklerin 1’i dışında diğerleri cinsel ilişki deneyimi yaşadıkları, ilk ilişkilerini genellikle sevgilileri ya da hayat kadınları ile yaşadıkları saptanmıştır. İlk ilişkide 3 gencin geri çekme yöntemini, 1 gencin kondomu kullandığı (daha önceden eğitim almış), diğerlerinin ise hiçbir yöntem kullanmadığı saptanmıştır. Eğitim sonrası gençlerin tamamı güvenli cinsel yaşam kurallarına uygun davranacaklarını bildirmişlerdir. Eğitimin son günü gençlere sahada uygulayacakları n-son testlerin nasıl doldurulacağı anlatılmış ve rol yapma tekniğiyle denemeler yapılmıştır. Saha kayıt çizelgeleri, n-son test rneği ve akran eğiticilerin eğitim programı yer almaktadır.

3.1.4. Saha Çalışmasının Planlanması ve Uygulanması

Araştırmanın saha çalışması için Harran Üniversitesi Rektörlüğü tarafından Şanlıurfa Valiliği'nden izin alınmış ve her bir kurum ile birebir görüşmelerde bulunarak çalışmanın amacı ve süreçleri açıklanmıştır. Gerekli izinler alındıktan sonra akran eğitimi alan 15 genç, eğitim sonunda saha çalışmalarına başlamışlardır. Saha deneyimlerini paylaşmak ve bilgi aktarımını sağlamak amacıyla gençlerle iki haftada bir paylaşım toplantıları yapılmıştır. Toplantılarda sahada en sık karşılaşılan sorunlar, ve akran eğiticilerinin deneyimleri konuşulmuştur. Akran eğiticilerinin eğitim verdikleri yerler sıralanacak olursa; köye giden akran eğiticisinin tarlada veya kahvahanedeki akranları, kuyumcular, evren sanayide çalışan çıraklık merkezi kursiyerleri, kız yetiştirme yurdu, halk eğitim merkezi kursiyerleri, gençlik ve kültür evi, kadın doğum hastanesi ve çocuk hastanesinde çalışan bilgi işlem ve temizlik çalışanları, üniversite öğrencileri, lise öğrencileri ve akran eğiticilerinin yakın arkadaşları oluşturmaktadır. Akranları tarafından eğitilen gençlere en kısa 2 ay sonra tekrar gidilerek davranış değişikliği izlenmiştir. Uygulama Haziran-Kasım 2006 tarihleri arasında tamamlanarak Aralık 2006- Nisan 2007 tarihleri arasında ise veri girişi ve tez yazımı gerçekleştirilmiştir.

3.1.5. Saha Çalışmasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma kapsamında sahada, adölesanlarda ve akran eğiticilerinde çeşitli güçlüklerle karşılaşmıştır. Araştırmanın saha çalışmasında alınan izinler doğrultusunda gidilen merkezlerde ders saatlerini vermek istemeyen meslek ders hocaları olmuştur. Sahada eğitim verilen gençlerin mevsimlik işçi olarak başka şehirlere gitmesi, üniversite öğrencilerinin ailelerinin yanına gitmesi ulaşılma konusunda sorun yaratmıştır. Şanlıurfa'nın yaz döneminde sıcaklık artışının fazla olması da eğitimde karşılaşılan güçlükler arasında yer almaktadır. Akran eğiticilerden ikisi iş bulma nedenleriyle il dışına gittiklerinden eğitimi diğer eğiticiler yürütmüştür.

3. 2. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Güvenli cinsel yaşam ve *CYBE* bilgi ve davranış düzeyi

Bağımsız değişkenler: Akran eğitimi

3. 3. Araştırma Hipotezi

Gençlerin üreme sağlığı konusunda eğitilmiş akranları tarafından eğitilmeleri, gençlerde güvenli cinsel yaşam ve *CYBE* konusunda bilgi ve davranış değişikliği oluşturur.

3. 4. Veri Toplama Araçları

Gençlerin Sağlığı Bilgi ve Davranış Formu: Bu formda toplam 43 soru yer almaktadır. Bu sorulardan 12'si gençlerin sosyo-demografik özellikleri ve 63 soru da bilgi ve davranış sorgulamaktadır (Ek 1). Formun ilk bölümünde, gençlerin sosyo demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, yaşadığı yer, kız ve erkek olmak üzere toplam kardeş sayısı, ebeveynlerin eğitimi ve çalışma düzeyi, ekonomik durum, üreme sağlığı konularında sorularını paylaştığı kişi), ikinci bölümünde ise, üreme sağlığı ve *CYBE* ile ilgili bilgi içeren sorular yer alacaktır. Gençlerin modern aile planlaması ve yöntemleri hakkında bilgilerini ölçmesi planlanan bu bölümde, yöntemleri duymuşluğun yanı sıra yöntemlerin özelliklerini bilip bilmediklerini tanımlamak amacıyla geliştirilmiştir. Kısa, uygulanması kolay, pratik sorular içeren bu anketin birinci bölümünde; rüya, hap, kondom, iğneler, tüpligasyon, vazektomi, implantlar, geri çekme ve diğer seçeneğe sorularına; yöntemi duydum, özelliklerini biliyorum, yöntemi duydum fakat özelliklerini bilmiyorum ve yöntemi hiç duymadım tarzında üç seçenek belirlenmiştir. Anketin ikinci bölümünde ise, yöntemler hakkında sıkça sorulan sorular yer almaktadır. Bu sorulara ise doğru, yanlış ve bilmiyorum seçeneklerini içeren yanıtlar eklenmiştir. *CYBE*'den korunma yöntemleri olarak seçenekler verilmiş ve katılımcıdan öncelik sırasına göre numaralandırması istenmiştir. Gençlerin cinsel yaşamlarını içeren; ilk cinsel ilişkide bulunup bulunmadığı, eğer bulduysa kaç yaşında bulunduğu, kiminle cinsel deneyimini paylaştığı, cinsel deneyiminde korunma yöntemi

kullanıp kullanmadığı, kullandıysa hangi yöntemi kullandığı, kondom kullandıysa ne amaçla kullandığı, halen cinsel ilişki yaşayıp yaşamadığı, cinsel ilişki yaşıyorsa kiminle yaşadığı, cinsel ilişkisinde herhangi bir yöntem kullanıp kullanmadığı ve kullanıyorsa hangi yöntemi kullandığı, kondom kullanıyorsa ne amaçla kullandığını içeren sorular yer almaktadır.

3. 5. Araştırmada Kullanılan Tanımlar

Genç, 15 ile 24 yaşları arasındaki kişilerdir.

Güvenli Cinsel Yaşam: Evlenenene kadar cinsel ilişkiden kaçınma, tek eşli olama ve kondom kullanma olmak üzere tanımlanmış adımlardır.

Toplam Bilgi Puanı: Güvenli cinsel yaşam ve CYBE konusunda bilgi içeren maddelere verilen doğru yanıtların toplamıdır. Maksimum puan 34'dür (Aile planlaması konularında maximum bilgi puanı: 23; Cinsel sağlık ve CYBE'ler konusunda maximum bilgi puanı; 11'dir).

3.7. Araştırma Verisinin Analizi

Analizlerde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) verilmiştir. İki grup arasındaki farkı karşılaştırmada; sürekli değişkenler için; "t testi", üç ve daha fazla grup arasındaki farkı karşılaştırmada "varyans analizi" kullanılmıştır. İki bağımlı grup arasındaki farkı karşılaştırmada; ortalamada eşleştirilmiş t testi, yüzdelerin karşılaştırılmasında McNemar testi kullanılmıştır. İki sürekli değişken arasında ilişki olup olmadığını değerlendirmek için pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Gençlerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan 977 gencin cinsiyete göre yaş gruplarına dağılımı Tablo 1’de yer almaktadır. Tabloda görüldüğü gibi gençlerin %45.1’ini kızlar, %54.9’unu erkekler oluşturmuştur. Cinsiyete göre yaş grupları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Gençlerin yaş ortalaması 19.5 ± 2.9 olarak belirlenmiştir (Kızlarda 19.7 ± 2.8 ; erkeklerde 19.4 ± 3.1). Gençlerin %52.2’si 15-19 yaşları arasında iken, %47.8’i 20-24 yaşları arasındadır. Cinsiyete göre yaş grupları arasında da anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 1. Gençlerin cinsiyet ve yaş gruplarına dağılımı

Yaş grubu	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
15-19 yaş	217	42.5	293	57.5	510	52.2
20-24 yaş	224	48.0	243	52.0	467	47.8
Toplam	441	45.1	536	54.9	977	100.0

$\chi^2=2.888$; df:1; $P= 0.089$

*Satır %; **Sütun %

Tablo 2’de gençlerin öğrenim durumları incelendiğinde; %8.8’i ilkokul terk ya da mezunu, %17’si ortaokul, %53.4’i lise mezunu ve %20.8’i ise üniversite mezunu ya da öğrencisidir. Kız ve erkeklerin öğrenim durumları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 2. Öğrenim durumlarının cinsiyetlere göre dağılımı

Öğrenim Durumları	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
İlkokul terk/ilkokul	46	53.5	40	46.5	86	8.8
Ortaokul	48	28.9	118	71.1	166	17.0
Lise	229	43.9	293	56.1	522	53.4
Üniversite	118	58.1	85	41.9	203	20.8
Toplam	441	45.1	536	54.9	977	100.0

$\chi^2=33.326$; df:3; $P= 0.090$

* Satır %; **Sütun %

Tablo 3’te gençlerin cinsiyete göre medeni durumları yer almaktadır. Tabloda izlendiği gibi, akran eğitimine alınan gençlerin %87.8’i bekar iken, %7’si sözlü ya da nişanlı, %5.2’si ise evlidir. Gençlerin cinsiyete göre medeni durumları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 3. Gençlerin cinsiyete göre medeni durumlarının dağılımı

Medeni Durumları	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Bekar	386	45.0	472	55.0	856	87.8
Sözlü	26	55.3	21	44.7	47	4.8
Nişanlı	7	33.3	14	66.7	21	2.2
Evli	22	43.1	29	56.9	51	5.2
Toplam	441	45.1	536	54.9	977	100.0

$\chi^2=3.239$; df:3; $P= 0.356$

* Satır %; **Sütun %

Tablo 4'te gençlerin yaşadıkları yerlerin cinsiyetlere göre dağılımı yer almaktadır. İl merkezinde yaşayanların %48.0'ı kız, %52.0'ı erkektir. Çalışmaya ilçe merkezinden katılanların %48.4'ü kız, %51.6'sı erkektir. Köyde yaşama durumları incelendiğinde, kızların %16.1'i, erkeklerin %83.9'u köyde yaşamaktadır ($p<0.05$). Eğitime alınan gençlerin yalnızca 2'i yurt dışında yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4. Yaşadıkları yerlerin cinsiyetlere göre dağılımı

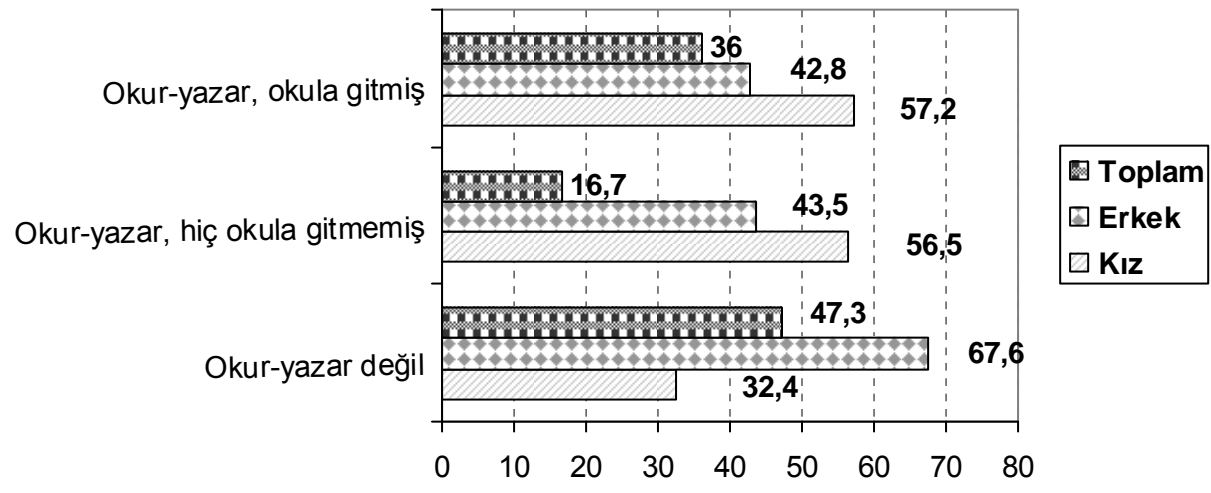
Yaşanılan Yer	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
İl merkezi	336	48.0	364	52.0	700	71.6
ilçe merkezi	91	48.4	97	51.6	188	19.2
Köy	14	16.1	73	83.9	87	8.9
Yurt Dışı	0	0	2	100	2	0.2
Toplam	441	45.1	536	54.9	977	100.0

$\chi^2=34.411$; df:3; $P= 0.000$

* Satır %; **Sütun

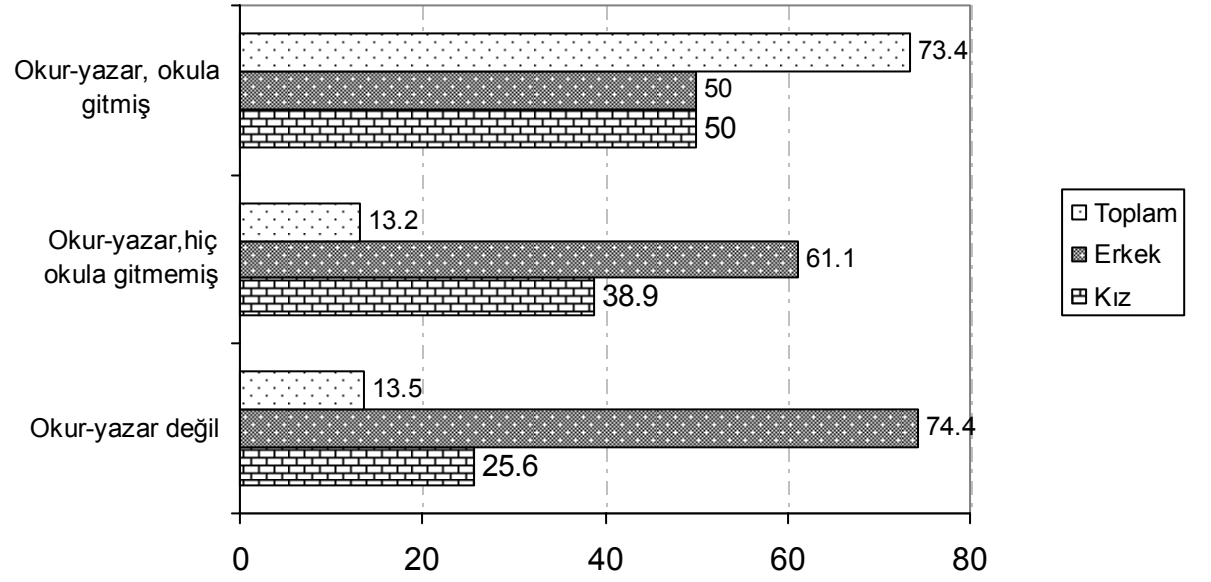
Gençlerin 1 ile 20 arasında değişen sayılarda olmak üzere, ortalama kardeş sayısı 6.01 ± 2.4 tür. Kızlarda ortalama kardeş sayısı 5.5 ± 2.1 (2-15), erkeklerde 6.4 ± 2.6 (1-20) dir. Çalışmada erkeklerin kızlara göre ortalama kardeş sayısının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($t=-5.483$; $p=0.001$).

Gençlerin cinsiyetlerine göre annelerinin öğrenim durumları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Kızların %32.4, erkeklerin %67.6'sı annelerinin okuma yazma bilmediği ifade etmişlerdir. Kız katılımcıların annelerinin %56.5'i okur-yazar ama hiç okula gitmemiş iken, bu oran erkek katılımcılarda %43.5'dir. Annelerin öğrenim durumu ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($\chi^2=58.768$; df:2; $P= <0.001$) (Şekil 5)



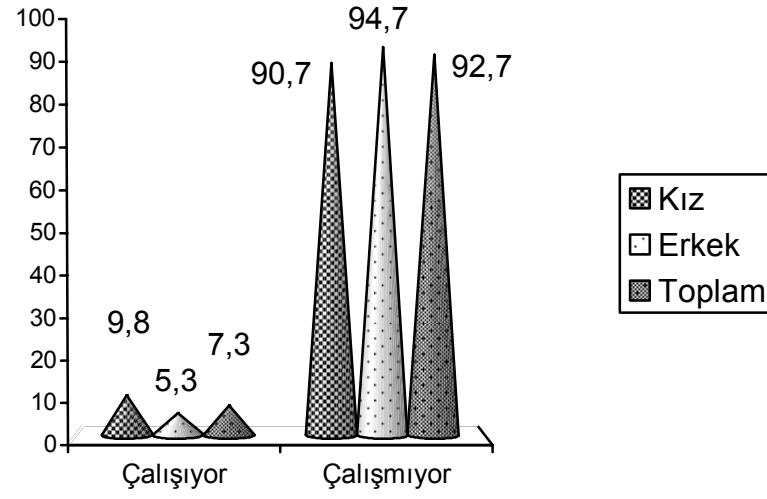
Şekil 5. Gençlerin cinsiyetine göre annelerinin öğrenim durumları

Şekil 6'da gençlerin cinsiyetlerine göre babalarının öğrenim durumları verilmiştir. Kızların %25.6, erkeklerin %74.4'ü babalarının okuma yazma bilmediğini ifade etmiştir. Babaların okur-yazar ama hiç okula gitmeme durumu incelendiğinde kızlarda %38.9 erkeklerde %61.1 olarak saptanmıştır. Babaların öğrenim durumları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermiştir ($\chi^2=28.595$; $df:2$; $P= <0.001$)



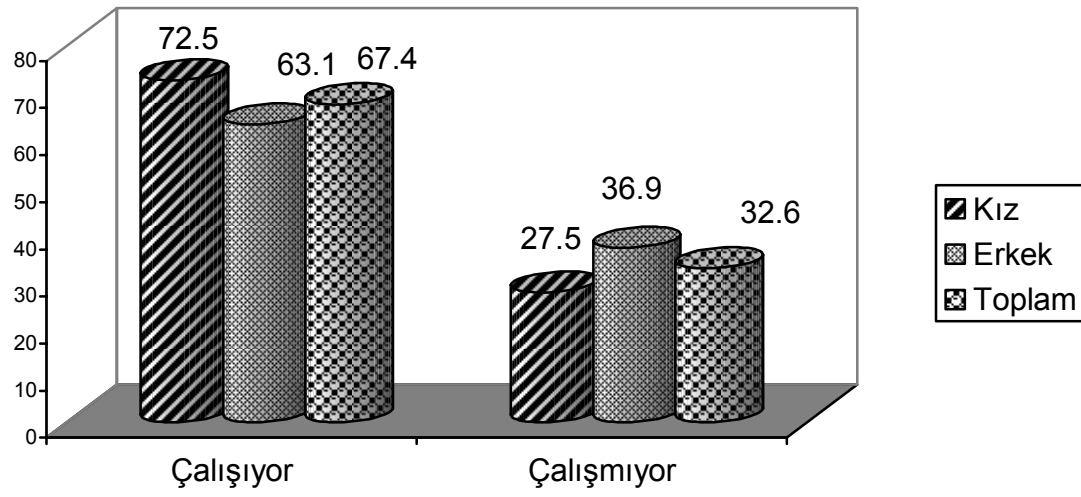
Şekil 6. Babaların cinsiyete göre öğrenim durumları dağılımı

Annelerin çalışma durumu incelendiğinde (Şekil 7), kızların %9.8'i, erkeklerin %5.3'ünün annesi gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Kızların %90.7'si erkeklerin % 94.7'sinin annelerinin çalışmadığı bildirilmiştir. ($\chi^2=6.886$; $df:1$; $P= 0.009$)



Şekil 7. Annelerin gelir getiren bir işte çalışma durumlarına göre dağılımı

Cinsiyetlere göre babaların çalışma durumları Şekil 8'de yer almaktadır. Kızların %72.5'sinin babası çalışırken, erkeklerin %63.1'ünün babası çalışmaktadır. Gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=9.739$; $df:1$; $P= 0.002$).



Şekil 8. Babaların gelir getiren bir işte çalışma durumlarına göre dağılımı

Gençlerin %6.2'si ekonomik durumlarının kötü olduğunu bildirirken, %70.3'ü orta, %23.4'ü ise iyi olduğunu bildirmiştir. Cinsiyete göre ailelerin ekonomik durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Ailelerinin ekonomik durumunu kötü olarak değerlendiren gençlerin %24.6'sı kız, %75.4'ü ise erkektir.

Tablo 5.Cinsiyete göre ailelerin sosyo-ekonomik durumlarına göre

Ekonomik Durum	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
İyi	133	58.1	96	41.9	229	23.4
Orta	293	42.6	394	57.4	687	70.3
Kötü	15	24.6	46	75.4	61	6.2
Toplam	441	45.1	536	54.9	977	100

$\chi^2=27.604$; df:2; $P= 0.001$

* Satır %, **Sütun %; $P= < 0.001$

Tablo 6'da gençlerin sosyal güvence durumları gösterilmiştir. Gençlerin %61.6'sı sosyal güvenlerinin olduğunu bildirmişlerdir. Erkeklerin %65.9'unun, kızların ise %34.1'inin sosyal güvencesi bulunmamaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 6. Cinsiyete göre ailelerin sosyal güvence durumu

Sosyal Güvence	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Evet	313	52.0	289	48.0	602	61.6
Hayır	128	34.1	247	65.9	375	38.4
Toplam	441	45.1	536	54.9	977	100.0

$\chi^2=29.763$; df:1; $P= 0.000$

* Satır %; **Sütun % ; $P= < 0.001$

Gençlerin üreme sağlığı ve cinsel sağlık sorunlarını en çok kimlerle paylaşıldığı incelenmiştir (Tablo 7). Tabloda görüldüğü gibi, üreme sağlığı, cinsel sağlık konusunda gençlerin %60.6'sının arkadaşlarıyla paylaşımında buldukları saptanmıştır. Ancak bu oran cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermekte olup, kızlarda erkeklere göre anne ve kardeşlerle paylaşımın daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 7. Gençlerin ÜS/CS sorularını en çok kime anlattıklarına göre dağılımı

Anlatılan Kişiler	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Annem	73	74.5	25	25.5	98	10.0
Babam	0	0	20	100	20	2.0
Kardeşim	83	83.8	16	16.2	99	10.1
Arkadaşım	225	38.0	367	62.0	592	60.6
Diğer***	37	29.3	89	70.7	126	12.9
Paylaşmam/yanıtsız	23	54.7	19	45.3	42	4.3
Toplam	441	45.1	536	54.9	977	100.0

$\chi^2=140.724$; df:6; $P= 0.000$

*** Diğer diye yanıtlayan gençler daha çok; eş, sağlık personeli, internet vs gibi yanıtlar vermişlerdir.

* Satır, ** Sütun; $P= <0.001$

4.2. Gençlerin Cinsel Yaşantıları

Tablo 8'de çalışmaya dahil edilen 977 gencin ilk cinsel ilişki deneyimleri yer almaktadır. Tablo'da izlendiği gibi, gençlerin %19.8'i cinsel birleşmeyle sonlanan ilişkilerinin olduğunu bildirirken, %1.8'i yanıtızsız bırakmıştır. Cinsel ilişki yaşantısının erkeklerde daha fazla olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 8. Gençlerin cinsiyetlerine göre ilk cinsel ilişki deneyimleri

Cinsel yaşam	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Var	26	13.5	167	86.5	193	19.8
Yok	405	52.9	361	47.1	766	78.4
Yanıtsız	10	55.6	8	44.4	18	1.8
Toplam	441	45.1	536	54.9	977	100.0

$\chi^2=97.444$; df:2; $P= 0.000$

* Satır, ** Sütun; $P= < 0.001$

Evli olmayan gençlerin (bekar, sözlü, nişanlı) cinsel ilişki yaşantıları incelendiğinde (Tablo 9), gençlerin %15.6'sı cinsel ilişkiyle sonlanan cinsel deneyimlerinin olduğunu, bu oranın cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < 0.05$). Gençlerin ilk cinsel ilişki yaşları incelendiğinde kızlarda ortalama 16.0, erkeklerde 10-23 yaşları arasında değişmekte olup 17.6 ± 2.2 'dir. Erkeklerin %12.9'u 15 yaş ve altında, %54.6'sı ise 16-18 yaşları arasında ilk cinsel ilişki deneyimini yaşadıklarını bildirmişlerdir. İlk cinsel ilişki yaşı, gencin öğrenim durumuna, yaşadığı yere ve anne-babanın öğrenim durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Tablo 9. Bekar gençlerin cinsiyetlerine göre ilk cinsel ilişki deneyimleri

Cinsel yaşam	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%**
Var	4	2.8	140	97.2	144	15.6
Yok	405	53.0	359	47.0	764	82.5
Yanıtsız	10	55.6	8	44.4	18	1.9
Toplam	419	45.2	507	54.8	926	100.0

$\chi^2=32.131$; df:1; $P= 0.000$

* Satır, ** Sütun; $P= <0.001$

Araştırmaya katılan gençlerin ilk cinsel aktivitelerini kimlerle yaşadığı sorulduğunda; tüm gençlerin %35.2'si hayat kadını derken, %32.6'sı nişanlı, sevgili, yakın arkadaş, %20.2'si eş, %7.3'ü ise diğer yanıtını vermiştir. Diğer yanıtını verenlerin çoğunluğunu hayvanlar, maketler oluşturmaktadır. Analizler evli gençler dışarıda tutularak yapıldığında, bekarlarda hayat kadınıyla cinsel ilişki sıklığı %43.1 olarak bildirilmiş, bunu yakın arkadaş, sevgili (%43.3) ve diğer (%8.3) yanıtı izlemiştir. Gençlerin %4.7'si bu soruyu yanıtlamamıştır.

Tablo 10. Gençlerin cinsiyete göre ilk cinsel ilişki deneyimini yaşadıkları kişilerin dağılımı

Paylaşılan kişi	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eş	22	56.4	17	43.6	39	20.2
Nişanlı	1	50.0	1	50.0	2	1.0
Sevgili, arkadaş	1	1.6	60	98.4	61	31.6
Hayat kadını	0	0.0	68	100.0	68	35.2
Diğer	0	0.0	14	100.0	14	7.3
Yanıtsız	2	22.2	7	77.8	9	4.7
Toplam	26	13.5	167	86.5	193	100.0

Tablo 11’de çalışmaya katılan gençlerin ilk cinsel ilişkilerinde kullandıkları yöntemlerin dağılımı yer almıştır. Gençlerin %43.5’i ilk cinsel deneyimlerinde hiçbir yöntem kullanmadıklarını bildirmişlerdir. Tablo 11’de izlendiği gibi, ilk cinsel ilişkide gençlerin %15’i geri çekme, %3.6’sı oral kontraseptif, %1’i RİA kullandıklarını bildirirken %30.6’sı kondom kullandığını bildirmiştir. İlk cinsel deneyimini eşiyile yaşayan gençler dışarıda tutularak analiz edildiğinde, gençlerin %38.6’sı hiçbir yöntem kullanmadığı, 15.2’si geleneksel yöntem, %39.9’u ise modern yöntem kullandıkları saptanmıştır. Gençlerin %6.3’ü bu soruyu yanıtızsız olarak bırakmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 11. Gençlerin ilk cinsel ilişki deneyimlerinde kullandıkları yöntemlerin dağılımı

İlk ilişki de kullanılan yöntem	Kız		Erkek		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hiçbir yöntem	14	16.7	70	83.3	84	43.5
Geleneksel yöntem	7	24.1	22	75.9	29	15.0
Modern yöntem	3	4.3	67	95.7	70	36.3
Yanıtsız	2	20.0	8	80.0	10	5.2
Toplam	26	13.5	167	86.5	193	100.0

$\chi^2=8.999$; df:3; $P= 0.029$

* Eşi ile cinsel ilişkiye girenler hariç

Cinsel ilişki deneyimi olan tüm gençlerin %72.5’i düzenli olarak cinsel ilişki yaşadıklarını bildirmişlerdir. Evli olmayan gençler üzerinden analiz yapıldığında, en az bir kez cinsel ilişki yaşayan 144 bekar gencin %64.6’sı (93 genç) aktif cinsel yaşamları olduğunu bildirmişlerdir.

Cinsel aktivitesi devam eden gençler, cinsel ilişkilerinde kullandıkları yöntemleri şöyle sıralamıştır. Gençlerin %28.4’ü hiçbir yöntem kullanmadığını ifade ederken, geleneksel yöntem (geri çekme) kullanma %12.1, modern yöntem kullanma oranı %53.2 olarak saptanmıştır. Modern yöntemler arasında %38.3 kondom, %9.9 RİA, %4.3 ile hap yer almaktadır.

Evli olmayan gençlerin devam eden cinsel aktivitelerinde yöntem kullanmaları incelendiğinde ise %28'i hiçbir yöntem kullanmadığını, %11.8'i geleneksel yöntem kullandıklarını ve %53.8'i modern korunma yöntemlerinden birini kullandığını ifade etmiştir. Bu soruya yanıt vermeyen bekar gençlerin oranı %6.5'tir.

Tablo 12. Bekar ve cinsel aktif yaşamı olan gençlerin kullandıkları yöntemlerin dağılımı

Hala kullanılan yöntem	ilişkide	Kız		Erkek		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hiçbir yöntem		0	0.0	26	100.0	26	28.0
Geleneksel yöntem		1	9.1	10	90.9	11	11.8
Modern yöntem		0	0.0	50	100.0	50	53.8
Yanıtsız		0	0.0	6	100.0	6	6.5
Toplam		1	1.1	92	98.9	93	100.0

Cinsel yönden aktif olan olup kondom kullandığını bildiren gençlerin %23.6'sı gebeliği önlemek, %27.3'ü CYBE'lerden korunmak, %36.4'ü de hem gebeliği önlemek, hem de CYBE'lerden korunmak amaçlı kondom kullandıklarını ifade etmişlerdir.

4.3. Akran Eğitimi Öncesi ve Sonrasında Bilgi Değişimi

Araştırmaya katılan 977 gencin eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanları incelendiğinde; eğitim öncesinde toplam bilgi puanı 14.6 iken, eğitim sonrasında anlamlı olarak 32.6'ya yükselmiştir ($p < 0.05$).

Tablo 13. Akran eğitimi öncesi ve sonrası bilgi değişimi

Bilgi Değişimi	Ön test		Son test		Eşleştirilmiş	
	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Aile planlaması	8.4	5.8	22.2	3.3	-66.131	0.001
Cinsel sağlık ve CYBE	6.2	2.9	10.4	1.7	-40.949	0.001
Toplam Bilgi Puanı	14.6	7.9	32.6	4.4	-64.062	0.001

4.4. Akran Eğitimi Öncesi ve Sonrasında Davranış Değişimi

Cinsel deneyimi olan ve evli olmayan 144 gençten %10.1'i aktif cinsel yaşantıları olduğunu bildirirken, (93/926), akran eğitiminden ortalama 2 ay sonra bu oran %8.2'ye düşmüştür (76/926). Akran eğitiminden Araştırmaya katılan evli olmayan gençlerin hala devam eden cinsel aktivitelerini kimlerle yaşadığı sorulduğunda; tüm gençlerin ön testte %51.6'sı hayat kadını, %45.2'si nişanlı, sevgili, yakın arkadaş, %3.2'si cevapsız olarak soruları yanıtlamışlardır. Son testte sırasıyla bu oranlar %53.9, %40.8 ve %5.3'tür. Ön ve son testte cinsel partner dağılımı açısından anlamlı bir farklılık izlenmemiştir.

Tablo 14. Cinsel yönden aktif olan bekar gençlerin cinsel partner dağılımı

İlişki partneri	Ön test		Son test	
	Sayı	%*	Sayı	%*
Sevgili, arkadaş	42	45.2	31	40.8
Hayat kadını+diğer	48	51.6	41	53.9
Yanıtsız	3	3.2	4	5.3
Toplam	93	100.0	76	100.0

$\chi^2=0.647$; df:2; $P=0.723$

*Sütun %

Araştırmaya katılan aktif cinsel ilişkilerine devam eden tüm gençlerin cinsel ilişkilerinde yöntem kullanma durumu verilmiştir. Gençlerin %27.9'u eğitim öncesi hiçbir yöntem kullanmadıklarını ifade ederken, eğitim sonrası % 20 olarak izlenmiştir. Gençlerin geleneksel yöntemlerden geri çekme yöntemini kullanma oranı eğitim öncesi %12.1' olarak izlenirken, eğitim sonrası %8.3 olarak saptanmıştır. Gençlerin modern yöntemleri kullanma oranı yükselmekle birlikte, anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Cinsel aktivitesi devam eden evli olmayan gençlerin ilişkilerinde yöntem kullanma davranışları eğitim öncesi ve eğitim sonrası olarak incelendiğinde, eğitim öncesi evli olmayan gençlerin %28'i hiçbir yöntem kullanmadıklarını, cinsel ilişkilerinde geleneksel yöntemlerden geri çekmeyi kullanma durumu % 11.8, modern yöntem kullanma %53.8 olarak saptanmıştır. Eğitim öncesi gençlerin %6.5'i bu soruyu yanıtlamıştır. Eğitim sonrası sırasıyla incelendiğinde %11.8, %4.2, %80.8 ve %3.2 olarak saptanmıştır. Bekar gençlerin modern yöntem kullanma oranı akran eğitimi sonrasında anlamlı bir yükselme göstermiştir ($p<0.05$).

Aktif cinsel yaşantısında kondom kullanan evli olmayan gençlerin kondomu kullanım amaçları incelendiğinde eğitim öncesinde %39.5'i hem gebelik oluşumunu önlemek hem de CYBE'lerden korunmak yanıtı verilirken eğitim sonrasında bu oran %60'a yükselmiştir.

Araştırmaya katılan gençlerin kondom hakkındaki bilgi ve davranışları incelendiğinde, Tablo 15'te görüldüğü gibi, eğitim öncesi %52.5'i kondomun nasıl kullanılacağını bilmediğini ifade ederken, eğitim sonrası bu oran %10.8'e azalmıştır. Gençlerin %7.6'sı kondomu bildiğini fakat kullanmadığını ifade ederken, eğitim sonrası %2.8 olarak saptanmıştır. Her ilişkisinde düzenli olarak kondom kullanan ve kullanmayı düşünen gençler eğitim öncesi %31.8, eğitim sonrası %72.5 olarak saptanmıştır. Henüz bir cinsel deneyimi olmayıp ileriki ilişkisinde de kondom kullanmayı düşünmeme oranı eğitim öncesi %3.5 olarak izlenirken, eğitim sonrası %0.8 olarak saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 15. Gençlerin eğitim öncesi ve sonrası kondomu bilme / kullanma düzeyleri

Düzeyleler	Ön test		Son test	
	Say	%*	Sayı	%*
Bilmiyor	513	52.5	106	10.8
Biliyor ama kullanmıyor	74	7.6	27	2.8
Biliyor kullanmıyor ama kullanabilir	45	4.6	131	13.4
İlişkilerinde kullanmış/ kullanacak	311	31.8	705	72.5
Cinsel ilişki yaşamadım, yaşasam da kullanmam	34	3.5	8	0.8
Toplam	977	100	977	100.0

$$\chi^2_{McNemar} = 500.388; df:4; P = 0.001$$

*Sutun % ; $P = < 0.001$

CYBE'den korunmanın 3 temel esası olan; evlenen kadar cinsel ilişkiden kaçınma, tek eşli olma (sadık kalma) ve eğer çok eşlilik söz konusu ise her ilişkide kondom kullanma hakkında gençlere sorulduğunda alınan cevaplar aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Tablo 16.) Tablo 16 izlendiğinde, akran eğitimi öncesi ve sonrası CYBE'dan korunmada 'cinsel ilişkiden kaçınmak', 'tek eşli olmak' ve 'kondom kullanmak' adımlarının her birinin anlamlı ölçüde olumlu yönde değişim gösterdiği görülmektedir. Belirtilen adımları bilmeme eğitim öncesinde %78.3-81.3 arasında iken, eğitim sonrasında %11.7-18.7 arasında saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 16. Gençlerin CYBE den korunmada güvenli cinsel yaşam konusundaki görüşleri

Güvenli cinselliğin ABC	Ön test				Son test			
	Doğru		Bilmiyorum		Doğru		Bilmiyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsel ilişkiden kaçınmak	752	21.1	225	78.9	917	88.9	30	11.1
Tek eşli olmak	761	21.7	216	78.3	917	88.3	30	11.7
Kondom kullanmak	777	18.7	199	81.3	931	81.3	46	18.7

$\chi^2_{McNemar}; P = < 0.001$

4.5. Ön ve Son Testte Bilgi ve Davranış Değişimini Etkileyen Faktörler

Eğitime katılan gençlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrasında cinsiyete göre bilgi puanları arasındaki farklılık incelendiğinde; eğitim öncesinde kızların bilgi puanları erkeklere göre anlamlı farklılık gösterirken ($p<0.05$), akran eğitimi sonrasında kız ve erkekler arasındaki farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 17. Eğitim öncesi ve sonrası gençlerin cinsiyetlerine göre bilgi puanı

Bilgi Puanı	Ön test		Son test	
	Kız Ort. (sd)	Erkek Ort. (sd)	Kız Ort. (sd)	Erkek Ort. (sd)
Aile planlaması	9.2 (6.0)	7.6 (5.6)	22.1 (3.1)	22.1 (3.5)
	t;p 4.141;0.001		0.004;0.997	
Cinsel sağlık ve CYBE	5.9 (2.6)	6.5 (3.3)	10.2 (1.4)	10.6 (1.9)
	t;p -2.581;0.010		-3.699;0.001	
Toplam Bilgi Puanı	15.2 (7.3)	14.1 (8.1)	32.4 (4.1)	32.7 (4.7)
	t;p 2.080;0.038		-1.416;0.157	

Tablo 18’de izlendiği gibi, bekar gençlerin eğitim öncesi bilgisinin evli olamayanlara göre daha fazla olduğu izlenmiştir. Gençlerin eğitim öncesi toplam bilgi puanları karşılaştırıldığında, evli gençlerin bekar gençlere göre her iki alanda da bilgi puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Eğitim sonrasında ise, aile planlaması medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermezken, toplam bilgi puanı ve CYBE bilgi puanının evlilerde bir miktar daha yükseldiği belirlenmiştir.

Tablo 18. Eğitim öncesi ve sonrası gençlerin medeni durumlarına göre bilgi puanı

Bilgi Puanı	Ön test		Son test	
	Bekar	Evli	Bekar	Evli
	Ort. (sd)	Ort. (sd)	Ort. (sd)	Ort. (sd)
Aile planlaması	8.1 (5.7)	11.8 (5.9)	22.1 (3.4)	22.2 (2.5)
	t;p -4.356;0.001		-0.072;0.943	
Cinsel sağlık ve CYBE	6.1 (2.9)	8.4 (2.9)	10.3 (1.6)	11.6 (1.5)
	t;p -5.409;0.001		-5.308;0.01	
Toplam Bilgi Puanı	14.3 (7.8)	20.2 (7.9)	32.5 (4.5)	33.8 (3.3)
	t;p -5.235;0.001		-2.045;0.041	

Gençlerin yaşadıkları yerlerin bilgi puanları üzerinde etkisi araştırıldığında, akran eğitimi öncesinde kentlerde yaşayan gençlerin bilgi puanlarının kırsalda yaşayan gençlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan saha eğitimleri sonrası yapılan değerlendirmede ise bilgi puanları ile yerleşim tipi arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Eğitim öncesi ve sonrası gençlerin en uzun yaşadıkları yere göre bilgi puanı

Bilgi Puanı	Ön test		Son test	
	Kent	Kırsal	Kent	Kırsal
	Ort. (sd)	Ort. (sd)	Ort. (sd)	Ort. (sd)
Aile planlaması	8.5 (5.8)	6.7 (5.5)	22.2 (3.4)	21.5 (2.8)
	t;p 2.751;0.006		1.894;0.059	
Cinsel sağlık ve CYBE	6.3 (2.9)	5.3 (3.1)	10.4 (1.7)	10.6 (1.1)
	t;p 2.928;0.003		-1.070;0.285	
Toplam Bilgi Puanı	14.9 (7.9)	12.1 (7.8)	32.6 (4.5)	32.1 (3.5)
	t;p 3.118;0.002		1.010;0.313	

Gençlerin sosyal güvence durumuna göre bilgi puanları aşağıdaki Tablo 20 de yer almaktadır. Eğitim öncesi herhangi bir sosyal güvenceye sahip gençlerin, sosyal güvencesi olmayan gençlere nazaran toplam bilgi puanı yüksek olarak izlenmekle birlikte, eğitim sonrası bilgi puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 20. Eğitim öncesi ve sonrası gençlerin sosyal güvencelerine göre bilgi puanı

Bilgi Puanı	Ön test		Son test	
	Var	Yok	Var	Yok
	Ort. (sd)	Ort. (sd)	Ort. (sd)	Ort. (sd)
Aile planlaması	8.8 (5.9)	7.6 (5.6)	22.3 (3.1)	22.1 (3.6)
	t;p 3.219;0.001		0.888;0.375	
Cinsel sağlık ve CYBE	6.4 (2.9)	5.9 (3.1)	10.4 (1.6)	10.5 (1.7)
	t;p 2.048;0.41		-0.948;0.343	
Toplam Bilgi Puanı	15.2 (7.9)	13.6 (7.9)	32.6 (4.2)	32.5 (4.8)
	t;p 3.116;0.002		0.313;0.754	

Tablo 21’de bilgi puanlarına eğitim öncesi ve sonrasında ekonomik durumun etkisi verilmiş, olup, hem eğitim öncesinde hem de sonrasında ekonomik durumun bilgi puanlarını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 21. Eğitim öncesi ve sonrası gençlerin ekonomik durumlarına göre bilgi puanı

Bilgi Puanı	Ön test		Son test	
	İyi	Kötü	İyi	Kötü
	Ort. (sd)	Ort. (sd)	Ort. (sd)	Ort. (sd)
Aile planlaması	8.5 (5.7)	7.4 (6.5)	22.1 (3.3)	22.8 (3.5)
	t;p 1.252;0.215		1.452;0.115	
Cinsel sağlık ve CYBE	6.3 (2.9)	5.8 (3.5)	10.4 (1.6)	10.9 (1.8)
	t;p 0.88;0.372		1.188;0.672	
Toplam Bilgi Puanı	14.7 (7.9)	13.2 (9.0)	32.5 (4.4)	33.7 (5.0)
	t;p 1.258;0.213		2.258;0.098	

Akran eğitimi öncesinde ve sonrasında aile planlaması, CYBE ve toplam bilgi puanı arasındaki ilişkiler Tablo 22 ve Tablo 23'te yer almaktadır. Akran eğitimi öncesinde gencin yaşı ve babanın eğitim düzeyi ile tüm bilgi puanları arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki saptanırken ($p < 0.05$), kardeş sayısı ve annenin öğrenim durumu ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bir başka ifadeyle gencin yaşı ve babanın eğitim düzeyi ilerledikçe bilgi puanı da anlamlı olarak yükselmektedir.

Tablo 22. Akran eğitimi öncesinde gencin yaşı, toplam kardeş sayısı, annenin ve babanın öğrenim durumu ile bilgi puanları arasındaki ilişki

Bilgi Puanı			
	Aile planlaması	CYBE	Toplam Bilgi puanı
Gencin yaşı	0.236;0.001	0.173;0.001	0.238;0.001
Toplam Kardeş Sayısı	0.001;0.484	0.174;0.302	0.008;0.411
Annenin yıl olarak öğrenimi	0.051;0.054	0.029;0.186	0.048;0.065
Babanın yıl olarak öğrenimi	0.089;0.003	0.059;0.032	0.087;0.003

Akran eğitimi sonrasında da gencin yaşı, babanın ve annenin eğitim düzeyi ile toplam bilgi puanı arasında zayıf pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$), kardeş sayısı ile ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 23. Akran eğitimi sonrasında gencin yaşı, toplam kardeş sayısı, annenin ve babanın öğrenim durumu ile bilgi puanları arasındaki ilişki

Bilgi Puanı			
	Aile planlaması	CYBE	Toplam Bilgi puanı
Gencin yaşı	0.190;0.001	0.155;0.001	0.201;0.001
Toplam Kardeş Sayısı	<i>0.011;0.367</i>	<i>0.056;0.048</i>	<i>0.030;0.187</i>
Annenin yıl olarak öğrenimi	-0.041;0.102	-0.064;0.023	-0.055;0.044
Babanın yıl olarak öğrenimi	<i>-0.071;0.014</i>	<i>-0.090;0.002</i>	<i>-0.087;0.003</i>

6. TARTIŞMA ve ÖNERİLER

Sosyo-Demografik Özellikler ve Cinsel Aktivite Durumu

Bu çalışmada %45.1'i kız ve %54.9'u erkek olmak üzere 15-24 yaşları arasında 977 gencin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve güvenli cinsel yaşam konusunda bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi araştırılmıştır. Gençlerin %5.2'si evlidir. Çalışmaya katılan tüm gençlerin %19.8'i cinsel birleşme ile sonuçlanan ilişkilerinin olduğunu bildirirken, bu oran evli olmayanlarda %15.6'dır. ICC tarafından (2005) sekiz üniversitede toplam 3101 öğrenci üzerinde yapılan çalışmada gençlerin %12.2'si, Akın ve arkadaşları tarafından (2006) beş üniversitede yapılan çalışmada gençlerin %10.9-%13.5 arasında değişen oranlarda cinsel ilişkide buldukları saptanmıştır (8,48). Yurt dışı çalışmalar incelendiğinde, Brezilya'da 15-17 yaş grubu erkeklerin %64'ünün, kadınların %13'ünün, Kore'de erkeklerin %16'sının, kadınların %5'inin evlilik öncesi cinsel ilişki deneyimleri olduğu bildirilmektedir (56).

Bu çalışmada diğer çalışmalarla uyumlu olarak cinsel ilişki yaşayanların çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır. Bu çalışmada ortalama cinsel ilişki yaşı 17.6 olarak belirlenmiş ve diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği saptanmıştır (16.9-18). Dünya Sağlık Örgütü tarafından birçok ülkede evlilik dışı cinsel aktiviteye başlama yaşı giderek düşmektedir. Dünyanın bütün bölgelerinde genç insanların çoğunun 10-20 yaşları arasında cinsel ilişkiye başladıkları tahmin edilmektedir (40,60). Bazı bölgelerde ise örneğin Zambiya'nın kentsel alanları ve Zimbabve'de ilk cinsel ilişki yaşının 9 yaşa kadar indiği tahmin edilmektedir (97).

Bu çalışmada ilk cinsel eşler incelendiğinde; gençlerin % 20.2'si eş, %1'i nişanlı, %31.6'sı sevgili, %35.2'si hayat kadını derken, %4.7'si yanıtız bırakmıştır. ICC tarafından Türkiye'de yapılmış sekiz üniversite sonuçları incelendiğinde sırasıyla bu oranlar %0.8'i eş, %2.7'si nişanlı, %46.9'u sevgili, %24.9'u hayat kadını ve %3.3'ü yanıtız olarak saptanmıştır (48). Bu çalışmada eşin daha fazla olması, toplum örneğinde çalışılmış olmasıdır. Tayland'da yapılan bir çalışmada da erkeklerin yarısından çoğunun 18 yaşına kadar cinsel ilişkide bulunduğu ve hayat kadınıyla ilk cinsel ilişkiyi yaşama sıklığının yüksek olduğu bildirilmektedir (112). Benzer şekilde, Latin Amerika'da genç erkeklerin cinsel ilişki ile

tanışmasının hayat kadınları ile olduğu saptanmıştır. Çalışmalar Türkiye’de erkeklerin genelevlere gitme oranının yüksek olduğunu göstermektedir. 30.3.1961 tarihli, 5/984 no’lu kanun ile(31.1.1973 tarih ve-7/5786 no ile değiştirilen 75.Madde), genelev sahiplerinin müşterilerine kondom temin etmeleri zorunlu hale getirilmiştir. Seks işçileriyle cinsel ilişkide kondom kullanımı ise pek yaygın değildir. İzmir’deki bir genelevde çalışan 72 seks işçisi üzerinde bir çalışma yapılmıştır ve bunların %30.5’i düzenli kondom kullandıklarını bildirmişlerdir. Yüzde 18’i ise eğer müşteri isterse kondom kullandıklarını belirtmişlerdir; %51.4’ü müşterileri kondom kullanılmasını istemezse kullanmadıklarını söylemişlerdir (97). Bazı seks işçileri ise çoğu müşterinin kondom kullanmamaları için daha fazla parateklif ettiğini söylemiştir. Travestiler, göçmen seks işçileri ve erkek seks işçileri üzerinde yapılan diğer çalışmalarda da benzer eğilimler görülmüştür (9).

İlk cinsel ilişkide kullanılan yöntemler incelendiğinde hiç yöntem kullanmama oranı %43.5 olarak saptanırken, sekiz üniversite çalışmasında da bu oran %47.6 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada gençlerin %15’i geleneksel, %36.3’ü modern yöntem kullandığını ifade ederken, diğer çalışmalarda bu oran %12.5 geleneksel, %32.9 modern yöntem kullanıldığı saptanmıştır. Çalışma sonuçları birbiriyle benzerdir. Bu sonuç yurt dışı çalışmalarda karşılaştırıldığında, gelişmiş ülkelerde aile planlaması yöntemi kullanımının gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Adölesan yaş grubunda yöntem kullanımı İspanya’da %7, Macaristan’da %19, Danimarka’da %70, İngiltere’de %91’dir (38). Az gelişmiş ülkelerde 15-19 yaş grubu evli kadınların yalnızca %17’si aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Bazı ülkelerde bu oran %2-3’e kadar düşmektedir (62).

Gençlere akran eğitimi öncesinde sahip oldukları bilgileri nereden öğrendikleri sorulduğunda, yaklaşık %61’i arkadaş yanıtını vermiştir. Esgin’in gençlerin cinselliğe ilişkin davranış ve tutumlarını belirlemeye yönelik araştırmasında gençlerin cinselliği en çok konuşabildiği kişilerin kendi cinslerinden arkadaşları olduğu (%82), bu konuları ailesi ile konuşabilenlerin oranının ise çok düşük olduğu (%4) saptanmıştır (84). Üniversitelerde ve toplum örneklerinde yapılan çalışmalarda da bilgi kaynağı olarak çoğunlukla arkadaşlar bildirilmiştir.(%62.8-%63 arkadaş) (8) Toplum tabanlı çalışmaların da yapılması önerilmektedir(11,76,13,30,47,48). Dünya Sağlık Örgütü’nün gelişmekte olan ülkelere ait verileri, adölesanların üreme sağlığı konularında bilgi kaynağı olarak en sık arkadaş ve medyayı belirttiğini ortaya koymaktadır (9, 55-57).

5.2. Bilgi ve Davranış Değişimi

Bu araştırmada, araştırmaya katılan 977 gencin eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanları incelendiğinde; akran eğitimi öncesinde toplam bilgi puanı 14.6 iken, sonrasında anlamlı olarak 32.6'ya yükselmiştir Akran eğitimi modeli kullanılarak olumlu sağlık davranışı geliştirildiğini gösteren birçok araştırma vardır (10,58,88,105,118). Ford ve arkadaşları kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmasına yönelik yaptıkları çalışmada; kadınlarda akran eğitimiyle AIDS bilgi düzeyinde ve kondom kullanımında artış bulunmuştur (97). Saroj ve arkadaşlarının adölesanların üreme sağlığı bilgilerine yönelik akran eğitiminde üreme sağlığı bilgi puanlarının akran eğitimi sonrasında önemli düzeyde arttığını saptanmıştır (10). Özcebe'nin kırsal alanda adölesan ve gençlerin üreme sağlığı konusunda bilgi düzeyini saptamaya yönelik çalışmasında eğitim öncesine göre eğitim sonrasında toplam üreme sağlığı bilgi puanında artış bulunmuştur (72,88).

Güvenli cinsel yaşam kapsamında yer alan CYBE'den korunmak için cinsel ilişkiden kaçınmak, tek eşli olmak ve her ilişkide kondom kullanma durumu incelendiğinde; akran eğitiminin etkili olduğu saptanmıştır. Güvenli cinsel yaşam kapsamında CYBE'den "cinsel ilişkiden kaçınmak", "tek eşli olmak" ve "kondom kullanmak" adımlarının her birinin anlamlı ölçüde olumlu yönde değişim gösterdiği saptanmıştır. Belirtilen adımları bilmeme eğitim öncesinde %78.3-81.3 arasında iken, eğitim sonrasında %11.7-18.7 arasında saptanmıştır (p<0.05). Güvenli cinsel yaşam konusunda akran eğitiminin etkisini değerlendiren çalışmalarla benzerlik göstermektedir (2,105)

Çalışmamızda akran eğitimi öncesi aktif cinsel yaşantısı olan gençlerin oranı %10.1 iken, eğitimden en az 1 ay sonra uygulandığında bu oran %8.2'ye düşmüştü. Yöntem kullanma durumunu incelendiğinde, diğer çalışmaların bulgularıyla uyumlu olarak bekar ve aktif cinsel yaşamı olan gençlerin modern yöntemleri kullanma oranı %53.8'den %80.8'e yükselirken, hiçbir yöntem kullanmama ise %28'den %11.8'e düşmüştür.

Randomize klinik deneylerde ve meta analizlerde bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde, akran eğitimi programlarının bilgi puanını yükselttiği, cinsel ilişkiye başlama yaşını geciktirdiği, cinsel ilişki sıklığını azalttığı, cinsel partner sayısını azalttığı, kondom kullanımını arttırdığı ve kontraseptif kullanımını arttırdığı saptanmıştır. Bu sonuçlar farklı ülkelerde ve farklı izlem sürelerinde (1 yıldan-31 aya kadar) yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur (24,29,31,47,56,58,59,64,86,89,97,104,105,118).

Sonuç olarak, bu çalışmada gençlerin üreme sağlığı ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, güvenli cinsel yaşam adımlarını bilmedikleri saptanmıştır. Akran eğitimi modeki kullanılarak yapılan müdahale sonucunda toplam bilgi düzeyinin yükselmesi yanı sıra olumlu yönde davranış değişimi olmuştur. Bu çalışmanın en büyük sınırlılığı gençlerin ortalama 2 ay sonra değerlendirilmesidir. Bu çalışmada eğitilen gençlerin belirli sürelerle izlenmesi yapılan müdahalenin uzun dönemli etkisini görmede yararlı olacaktır.

Türkiye’de yaklaşık son 10 yıldır özellikle CYBE ve güvenli cinsel yaşam konusunda bilimsel araştırmalar yapılmakta ve UNFPA başta olmak üzere bazı gönüllü kuruluşlar ve üniversiteler tarafından pilot illerde eğitim programları düzenlenmektedir. Türkiye’de genç nüfusun yüksek oluşu ve güvensiz cinsel davranışların sorun olarak belirlenmesiyle birlikte Sağlık Bakanlığı tarafından da son 4 yıldır ‘Genç Dostu Yaklaşım’ temelinde üreme sağlığı merkezlerinin kurulması ve sağlık personelinin eğitimi çalışmaları yapılmaktadır. Ancak gençlerin bilgi kaynaklarının çoğunlukla arkadaş çevreleri olduğu göz önüne alınarak, açılması planlanan bu merkezlerde görev almak üzere akran gençlerin yetiştirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Böylece birinci basamak sağlık kuruluşlarında gençlerin üreme sağlığı ve güvenli cinsel yaşam konularında bilgilendirilmeleri, hastalıkların önlenmesi ve erken tanı-tedavi hizmetlerine ulaşmalarının arttırılmasında akran eğiticilerinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

6. KAYNAKLAR

- 1). Adler M, Foster S, Richens J, Slavin. H Sexual health and care. Sexually Transmitted Infections, Guidelines for Prevention and Treatment. Overseas Development Administration, Health and Population Division Occasional Paper, 1996.
- 2). “Adolescence and Adolescent Reproductive Health” Teaching Materials for the Training Courses ICC, UNFPA, Sağlık Bakanlığı, Ankara, Turkey 2003.
- 3). “Adölesan Dönemde Fiziksel, Cinsel Büyüme ve Psikososyal Gelişme” Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005:19-32.
- 4). “Adölesanlarda Sık Görülen Sorunlar” Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005:38-50.
- 5). “Adölesanların/Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler” Projesi, HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Nisan 2004.
- 6). Ağaçfıdan A, Badur S, Gerikalmaz Ö. İstanbul'da izinsiz çalışan hayat kadınlarında sifiliz prevalansı. İnfeksiyon Dergisi 1994;8:143-5.
- 7). Aggrawal, O., Sharma, AK., Chhabra, P., Study In Sexuality Of Medical Collage Students In India, J Adolesc Health, 2000;26(3):226-229.
- 8). Agha, S., An Evaluation Of The Effectiveness Of A Peer Sexual Health Intervention Among Secondary School Students In Zimbabue, AIDS Educ And Prevention, 2002;14:269-281.
- 9). Akın A. “Dünya Nüfusu ve Kalkınma Konferansı Raporu (Özet)”, AÇSAP Genel Müdürlüğü Yayını, Kahire, 5-13 Eylül 1994, Ankara 1994.
- 10). Akın A. Üniversite Gençlerinin Cinsel ve Üreme Sağlığı. Beş Üniveriste Çalışması. 2006.
- 11). Akın L. Türkiyede Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006, 26:655.
- 12). Aral SO. Holmes KK. Sexually Transmitted Diseases in the AIDS Era, Scientific American 1991;264:62-9.
- 13). “Akran Eğitimi (Eğitimci Eğitimi Rehberi) BM-Avrupa ve Orta Asya Bölgesi ‘Genç insanların Sağlığının Geliştirilmesi ve Korunması’ Kuruluşlar Arası Grubu Akran Eğitimi Alt Komitesi, Y-PEER, UNFPA, Kasım, 2004.
- 14). Ayşe WT. Güner S. Mehmet D. İnfeksiyon Hastalıkları. Cinsel Yolla Bulaşan İnfeksiyonlar. Ankara, 1996; 961.
- 15). Badur S, Çetin ET, Akıs N, Öztoprak A, Çelik MB, Uras N. İstanbulda hayat kadınları, escinseller ve hastane çalışanlarında hepatit B ve HIV enfeksiyonu prevalansı. Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi 1986;16:135-46.

- 16).** Bailey R C, Moses S, Parker C, Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 12:369.
- 17).** Başer M. "Adölesan Cinselliği ve Gebelik" Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004:4 (1), <http://www.cumhuriyet.edu.tr/edergi/makale/568.pdf> (Erişim tarihi 07.06.2006).
- 18).** Bertan M. Introduction. In: *Adolescence and Adolescent Reproductive Health*. International Children's Center, Meteksan AŞ, Ankara, 2003; 118-123.
- 19).** Bildiri, IPPF Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi, Vizyon 2000, Uluslararası Federasyonu – 1996, (Türkiye Aile Planlaması Derneği tarafından Türkçe'ye tercüme edilmiştir.) Türkiye Aile Planlaması Derneği Yayınları, No. 54, 1997.
- 20).** Biro F M. New developments in diagnosis and management of adolescents with sexually transmitted disease. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 1999;11:451-455.
- 21).** Brabin L. Providing accessible health care for adolescents with sexually transmitted disease. *Acta Tropica*, 1996; 62:209-216.
- 22).** Brabin L. Tailoring clinical management practices to meet the special needs of adolescents: Sexually transmitted infections. Discussion paper prepared for the Adolescent Health and Development Programme; Family and Reproductive Health. Geneva, WHO, 1998.
- 23).** Brunham, RC, Roland AR. Epidemiology of Sexually Transmitted Diseases in Developing Countries. In: Wasserheit JN, Aral SO, Holmes KK, Hitchcock PJ, eds.. *Research Issues in Human Behaviour and Sexually Transmitted Diseases in the AIDS Era*. 1st ed. Washington D.C.: American Society for Microbiology; 1993. p.80.
- 24).** Caron F, Godin G, Otis J, Lambert LD. Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school. *Health Educ Res*. 2004 Apr;19(2):185-97.
- 25).** Cates W, Holmes K K. Sexually Transmitted Diseases .Health Behavior. Maxcy-Rosenau- last Public Health & Preventive Medicine. Fortteenht edition. Robert B.Vallace (ed.) Appleton and Lange .stamfort, connecticut.8:137:155.
- 26).** Cinsel Sağlık Bilgileri Eğitimi Öğretmen Kitabı", İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı , İstanbul, 2000:1-5.
- 27).** Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE) Eğitici Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara. 2005. SYF 20-29.
- 28).** Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Tanı ve Tedavi Rehberi, Yenilenmiş 2.Basım. Düzenleyenler: Olcay Neyzi, Nuray Yolsal, İnsan Kaynakları Geliştirme Vakfı, UNFPA İstanbul, 2002.
- 29).** Coyle K, Kirby D, Parcel G, Basen-Engquist K, Banspach S, Rugg D, Weil M. Safer Choices: a multicomponent school-based HIV/STD and pregnancy prevention program for adolescents. *J Sch Health*. 1996 Mar;66(3):89-94.

- 30). Çetin MT, Arıdoğan N, Acar İ, Koksak F. Gebe kadınların serviksinde chlamydia trachomatis görülme sıklığı. Zeynep Kamil Tıp Büteni 1990;17:485-8.
- 31). D'Souza, CM., Shrier, LA., Prevention and Intervention of Sexually Transmitted Diseases In Adolescents, Curr Opin Pediatr, 1999;11(4):287-291.
- 32). Dereli D. Klamidyaların mikrobiyolojik ve immünolojik özellikleri. Chlamydia trachomatis'e Bağlı Genital Enfeksiyonlar. Ayın Kitabı 71 (ed. Serter D). Ege Üniversitesi Tıp fakültesi Dekanlığı Yayın Bürosu, Bornova-İzmir; 1991-1992;11.
- 33). Derman O. "Meme Hastalıkları" Ergen Sağlığı ve Gelişimi Kaynak Kitabı. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004:43-54.
- 34). Durukan T. ve ark. Adolesan Çağında Seksüel Yolla Bulasan Enfeksiyonlar. Türkiye Klinikleri J Pediatr 66 Sci 2006, 2(7).
- 35). Ferguson K J. Health Behavior. Maxcy- Rosenao- last Public Health & Prement Medicine. Fortteenht edition. Robert B. Wallace (ed.) Appleton and lange .stamfort, contecticut. 43:811-816.
- 36). Fincancıoğlu N. Kahire Konferansı çerçevesinde üreme sağlığı, Gençlik, Cinsel Eğitim ve Üreme Sağlığı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı ve Türkiye Aile Planlaması Derneği İstanbul Şubesi, Anadolu Matbaa, İstanbul, 1995.
- 37). Ford, K. and et all., Evaluation Of A Peer Education Programme For Female Sex Workers In Bali, Indonesia, Int Jour STD AIDS, 2000, 11(11):731-733.
- 38). Fourreau PO, Sunar D. Cultural and psychological factors predicting condom use in Turkish young men : a comparison of heterosexual and homosexual samples. Boğaziçi Journal: Sosyal, Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Araştırmaları Dergisi 1999;13:160-8.
- 39). Friedman SR, Curtis R, Benny J, Neaigus A, Zenilman J, Culpepper-Morgan J, Brog L, Kreek J, Paone D, Des Jarla DC. Sex, drungs and infections among youth. STD, 1997; 24:322-326.
- 40). "Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlık Gereksinimleri" Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005:33-37.
- 41). "Gençlerin Cinselliği". Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005:14-16.
- 42). "Gençlik, Cinsel Eğitim ve Üreme Sağlığı" Semineri, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı İstanbul, 1995.
- 43). Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections Overview and Estimates, Dept. of Communicable Disease Surveillance and Response WHO, Geneva: 2001. p.22.
- 44). Gölbaşı Z. "Adölesan Dönem Üreme Sağlığı Sorunları ve Etkileyen Faktörler" Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, , 2005; 8 (1):100-108.

- 45).** Gölbaşı, Z., Adolesan Kızlara Yönelik Okula Dayalı Üreme Sağlığı Eğitim Programının Etkinliği, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara, 2002
- 46).** Greene M E, Rasekh Z, Amen K A, In This Generation Sexual and Reproductive Health Policies For A Youthful World, Population Action International Awaibe At: www.populationaction.org/resources/publications/InThisgeneration/accessed , 2002, (Bilgiye Erişim:11.11.2005).
- 47).** Gruen SM, Hayes E, Fritsch-deBruyn R. Setting up a school-based sexual education program to help prevent AIDS and other sexually transmitted diseases.Nurse Pract. 1991 Aug;16(8):47-8, 50-1.
- 48).** Haznedaroğlu D.Cinsel Davranışlar ve Cinsel Sağlık Hakkında Gençler Neler Biliyor. Sunum.Genç Dostu CSÜS Hizmetleri Uluslararası Katılımlı Sempozyumu Kitabı, Damla Matbaacılık, 2006.
- 49).** Holt K. Gynecologic infections. Emerg Med Clin North Am 2003;21:631-48.
- 50).** <http://www.sdupedendokrin.org/ergenlik.htm> (Erişim tarihi: 07.06.2006).
- 51).** http://www.who.int/child-adolescent_health/OVERVIEW/AHD/adh_sheer.htm (Erişim tarihi: 02.06.2006).
- 52).** Hughes J, Berkey S. Convergence in contexts and opportunities for research: STDs among adolescents in developing and developed countries. New York:The Rockefeller Foundation and International AIDS Vaccine Initiative,1999.
- 53).** Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Tisamat Basım San., Ankara, 1998.
- 54).** Karl LD. Gabriele R.Sexually Transmitted İnfections Among Adolescents, The Need for Adequate Health Service, WHO; 2005.
- 55).** Karl LD. Gabriele R.Sexually Transmitted İnfections Among Adolescents, The Need for Adequate Health Service, WHO; 2005; 5-15.
- 56).** Kauffman C, Hue L. Sustaining youth peer HIV / STD prevention education.AIDS STD Health Promot Exch. 1997;(3):3-7.
- 57).** Kınık, E., Adölesanlarda Fiziksel Büyüme Ve Cinsel Gelişme. Pediatri: Yeni Bilgiler* Yeni Görüşler Kitabı İçinde Bölüm1:Adölesan (Editörler:M. Yurdakök Ve T. Coşkun), Güneş Kitabevi, Ankara, 1995.
- 58).** Kirby D. Sexuality education: it can reduce unprotected intercourse.SIECUS Rep. 1993 Jan;21(2):19-25.
- 59).** Kirby DB, Baumler E, Coyle KK, Basen-Engquist K, Parcel GS, Harrist R, Banspach SW. The "Safer Choices" intervention: its impact on the sexual behaviors of different subgroups of highschool students.J Adolesc Health. 2004 Dec;35(6):442-52.

- 60).** Koç İ, Hancıoğlu A 'Hanehalkı Nüfusu ve Konut Özellikleri'. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2004;17-27.
- 61).** Koç İ, Özdemir E 'Doğurganlık'. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2004; 45-61.
- 62). Kreipe RE., McAnarney ER. "Psychosocial aspects of adolescent medicine". Semin Adolesc Med. 1985 Mar;1(1):33-45.
- 63).** Kristi J. Ferguson "Health Behavior" Fourteenth Maxcy _ Robenau-Last Public Health & Preventive Medicine" (Eds: Robert B. Wallace) Appleton And Kange Stanford Connecticut , 1998; 811-816.
- 64).** Kvaalem IL, Sundet JM, Rivo KI, Eilertsen DA, Bakketeig LS. The effect of sex education on adolescents' use of condoms: applying the Solomon four-group design. Health Educ Q. 1996 Feb;23(1):34-47.
- 65).** Manzini N. Sexual initiation and childbearing among adolescent girls in KwaZulu Natal, South Africa. Reproductive Health Matters, 2001; 9(17):44-52.
- 66).** McCauley AP, Salter C, et al. (eds). Meeting the needs of young adults. Population Report, Series J, 1995; 41:1-39.
- 67).** Meheus A. Women's health and reproductive tract infections: the challenge posed by pelvic inflammatory disease, infertility, ectopic pregnancy and cervical cancer. In: Germain A, Holmes KK, Piot P, Wasserheit J, eds. Reproductive Tract Infections; Global Impact and Priorities for Women's Reproductive health. Plenum Press, New York, 1992; 61-91.
- 68).** More sexual health education comes from friends durex global sex survey reveals; barrier protection digest issue for, nvolume one, spring 1998.
- 69).** Mutlu G, Üner M, Canpolat A. Üretra ve vagina akıntısı olan hastalarda neisseria gonorrhoeae araştırılması. İnfeksiyon Dergisi 1987;1:114-20.
- 70).** Orak S, Yılmaz M, Erol G, Yücel A, Kocabay K, Kılıç S İ. Elazığ'daki psiko-sosyal özürü kişilerde bruselloz ve sifiliz için serolojik araştırma. İnfeksiyon Dergisi 1992;6:99-101
- 71).** Özarmağan G, Altınok T, Yegenoğlu Y, Saylan T. Riskli Kadın Grubunda Neisseria Gonorrhoeae, Chlamydia Trachomatis ve Ureaplasma Urealyticum İnfeksiyonu Sıklığı. Klinik Dergisi 1991;4:77-8.
- 72).** Özcebe, H.: Kırsal Alanda Adolesan Ve Gençlerin Üreme Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyinin Saptanması Ve Bilgi Düzeyinin Arttırılması İçin Bir Müdahale: Adolesan Ve Genç Sağlık Gönüllüsü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. Ankara 2000.
- 73).** Özşener S, Bilgiç A, Bilgin O, Erensoy S, Çapanoğlu R. infertilitede chlamydia trachomatis infeksiyonu. Mikrobiyol Cem Derg 1993;7:313-6.

- 74). Özvarış ŞB. Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 2001; 32-33.
- 75). Peer Systems Consulting Group: "Peer Resources" <http://www.peer.ca/helping.html> Croll, Jurs, Kennedy, 1993.
- 76). Pekcan H. "Adölesan ve Okul Sağlığı". Halk Sağlığı Temel Bilgileri, (Eds: M. Bertan, Ç. Güler) Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını, Ankara, 1995; 189-209.
- 77). Polat D. Güvenli Cinsel Yaşam, Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/guvenlicinsellik.shtml> (Erişim Tarihi: 01.05.2007).
- 78). "Population Reports" Series J, Number 41, October 1995 <http://www.infoforhealth.org/pr/j41/j41chap1.shtml> (Erişim tarihi: 04.06.2006).
- 79). Poyraz Ö, Bakıcı MZ, Yalçın AN, Bakır M. Genelev kadınlarında ve düşük yapan kadınlarda sifiliz antikorlarının karşılaştırılması. İnfeksiyon Dergisi 1994;8:139-41.
- 80). "Progress in Human Reproduction Research" No 42, 1997 <http://www.hsph.harvard.edu/organizations/grhf/SAsia/suchana/0719/rh113.html> (Erişim tarihi 02.06.2006).
- 81). Promoting the sexual and reproductive health needs and rights of adolescents, Progress in Reproductive Health Research, Khanna J (ed.), UNDP/UNFPA/WHO/World Bank, No. 58, 2002; p 2.
- 82). Reproductive Health Programme in Turkey: Situation Analysis on the STI-HIV/AIDS Surveillance System In Turkey"; 3rd Progress Report, Rep. Of Turkish – European Commission 2005. p. 25-27.
- 83). Ross J. Pelvic inflammatory disease. Clin Evid 2003;9;1770-5.
- 84). "Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015" Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005.
- 85). Santelli, JS., Diclemente, RJ., Miller, KS., Kirby, D., Sexually Transmitted Diseases, Unintended Pregnancy, and Adolescent Promotion, Adolesc Med, 1999; 10(1):87-108.
- 86). Saroj, P., Rajesh, K., Indarjeet, W., Arun, A., Reproductive Health Education Intervention Trial, Indian Journal Pediatrics, Volume 72, 2005.
- 87). Serdar G. Selçuk T. Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi kitabı, Kadın genital sistem infeksiyonları. 2004 Ağustos, Bölüm 32, 343.
- 88). Sezgin B, Akın A. "Adölesan Dönemi Üreme Sağlığı" Sağlık ve Toplum dergisi, 1998; 8(3-4), 27-32.
- 89). Solomon MZ, DeJong W. Recent sexually transmitted disease prevention efforts and their implications for AIDS health education. Health Educ Q. 1986 Winter; 13(4):301-16.

- 90).** Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2003. Ankara: İz Turizm Matbaacılık Sanayi Ltd. Sti.; 2004. s.111.
- 91).** Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2003. Ankara: İz Turizm Matbaacılık Sanayi Ltd. Sti.; 2004. s.112.
- 92).** The Alan Guttmacher Institute. Into a New World Young Woman's Sexual and Reproductive Lives, New York, 1998.
- 93).** The State of World Population" The Right to Choose: Reproductive Rights and Reproductive Health. (UNFPA) 1997.<http://www.unfpa.org/swp/1997/swpmain.htm> (Erişim tarihi: 04.06.2006).
- 94).** Tuna A., Üniversite Öğrencilerinin Kendi Kendine Meme Muayenesini Öğrenmelerinde Akran Eğitimi Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2002.
- 95).** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.2004.
- 96).** Türkiye'de Gençlerin Üreme ve Cinsel Sağlık Durumları" Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005:2-11.
- 97).** Tyden T, Bergholm M, Hallen A, Odlin V, Olsson SE, Sjoden PO, Strand A, Bjorkelund C. Evaluation of an STD-prevention program for Swedish university students. J Am Coll Health. 1998 Sep;47(2):70-5.
- 98).** UNAIDS Sexand youth: contextual factors affecting risk for HIV/AIDS. Geneva: UNAIDS, 1999.
- 99).** Understanding Adolescents, An IPPF Report on Young People's Sexual and Reproductive Health Needs, Hawkins, C (ed), International Planned Parenthood Federation, A Banson Production, UK, 1994.
- 100).** UNFPA, Seçilmiş Üniversitelerde Üreme Sağlığı Hizmet Modeli Projesi, 2003.
- 101).** Ünal T, Güneral F. Aile Planlamasında Hukuksal Yaklaşım, Türkiye Aile Planlaması Derneği, Yayın No. 40, 1990.
- 102).** Ünal T., Koç I. Aile Planlaması, Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998-Turkey. Macro International Inc. Hacettepe Üniversitesi. Ankara: Nüfus Etütleri Enstitüsü; 1999. p.45-67.
- 103).** Üniversite Birinci Sınıf Öğrencilerinin Adölesan Dönem Konusundaki Bilgi ve Yaşam Tarzlarının Belirlenmesi Araştırması, International Children's Center, Ankara, Şubat 2006.
- 104).** Van Rossem R, Meekers D. An evaluation of the effectiveness of targeted social marketing to promote adolescent and young adult reproductive health in Cameroon. AIDS Educ Prev. 2000 Oct;12(5):383-404.

- 105).** Vaz RG, Gloyd S, Trindade R. The effects of peer education on STD and AIDS knowledge among prisoners in Mozambique. *Int J STD AIDS*. 1996 Jan-Feb;7(1):51-4.
- 106).** Vicdan K. “Ülkemizde Adölesanların Demografik ve Epidemiyolojik özellikleri, Mevcut Problemler ve Çözüm Önerileri” Uzmanlık Tezi, Ankara 1993.
- 107).** Washington AE, Sweet RL, Shafer MA Pelvic inflammatory disease and its sequelae in adolescents. *J AdolHlth Care*, 1985; 6:298-310.
- 108).** WHO Discussion Papers On Adolescence “Adolescent Pregnancy” Issues in Adolescent Health and Development, WHO, Geneva, 2004;5-10.
- 109).** WHO expert committee, venereal diseases and treponematoses. Technical report series. Geneva: WHO.376:7-40.
- 110).** WHO(World Health Organization) (The second decade: improving adolescent health and development) Programme brochure. Geneva: WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, 1998.
- 111).** WHO(World Health Organization) Press release. Who/64. Geneva: WHO, 1995.
- 112).** WHO, Sexually Transmitted Infections, Issues in Adolescent Health and Development. Geneva. 2004.
- 113).** WHO: The Health Of Young People: A Challenge And A Promise, Geneva, 1993.
- 114).** World Health Organization. “Enter Nous” The European Family Planning Magazine, WHO-UNFPA , No.30-31, December 1995.
- 115).** World Health Organization. “Counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health, A facilitator’s guide” WHO, Geneva, Switzerland, August 1993.
- 116).** World Health Organization. “Safe Motherhood Newsletter” WHO, 1996:22 (3).
- 117).** YAKUT Y. Cinsel Yolla Bulasan Hastalıklara Genel Bakış. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006, 2(13) 45.
- 118).** Youth to youth AIDS prevention. *AIDS Action*. 1994 Jun-Aug;(25 Suppl):1.

7.EKLER

EK-1 Gençlerin Sağlığı Bilgi formu (Ön-Test)

Sevgili arkadaşımız,
Sağlıkla ilgili bilgilerimizi ortaya koyabilmek amacıyla aşağıda bazı sorular yer almaktadır. Soruları içinizden geldiği gibi cevaplamanızı rica ediyoruz. Her verdiğiniz cevap sağlık hizmetlerinin kalitesine katkı sağlayacaktır. Formları dolduran kişilerin kim olduğu ve verdikleri cevaplar tamamen gizli kalacaktır. **Teşekkür ederiz.**

FORM SIRA
NO:.....

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Cinsiyetinizi işaretler misiniz? 1. Kız 2. Erkek
3. Öğrenim durumunuzu işaretler misiniz?
 - 1.Okuma yazma bilmiyorum
 - 2.İlkokula gittim, ancak mezun olmadım
 - 3.İlkokuldan mezun oldum
 - 4.Ortaokuldan mezun oldum.
 5. Lisede okuyorum
 6. Liseden mezun oldum
 7. Üniversitede okuyorum (Kaçıncı sınıf.....)
 - 8.Üniversiteden mezun oldum
4. Medeni durumunuz nedir?
 - 1.Bekar 2.Sözlü 3.Nişanlı 4.Evli
5. En uzun yaşadığınız yeri işaretler misiniz?
 - 1.İl merkezi 2.İlçe Merkezi 3.Köy 4.Yurt Dışı
6. Kendiniz de dahil olmak üzere, toplam kaç kardeşiniz?
(Kız:.....Erkek:.....Toplam:.....)
- 7.Annenizin öğrenim durumu nedir?
 - 1.Okur yazar değil
 - 2.Okuryazar, ama hiç okula gitmemiş
 3. Okur-yazar,yıl okula gitmiş

EK-1 Gençlerin Sağlığı Bilgi formu (Ön-Test/ Devamı-1)**8. Anneniz halen gelir getiren bir işte çalışıyor mu?**

(Para karşılığında evde yapılan işler dahil)

- 1.Evet 2.Hayır

9.Babanızın öğrenim durumu nedir?

- 1.Okur yazar değil
-
- 2.Okuryazar-ama hiç okula gitmemiş
-
3. Okur-yazar,yıl okula gitmiş

10.Babanız halen gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

- 1.Evet 2.Hayır

11.Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı?

- 1.Evet 2.Hayır

12.Ailenizin ekonomik durumu sizce nasıl?

1. İyi 2.Orta 3.Kötü

13. Üreme sağlığı ve cinsel sağlıkla ilgili sorularınızı en çok kime sorar, dertlerinizi en çok kime anlatırsınız?

- 1.Annem 2.Babam 3.Kardeşim 4.Arkadaşım 5.Diğer

Aşağıdaki üreme sağlığı ile ilgili bilgi içeren sorular yer almaktadır. LÜTFEN BOŞ BIRAKMAYINIZ.

14. Adet kanaması ortalama kaç günde bir olur?.....Bilmiyorum ()
15. Adet kanaması ortalama kaç gün sürer ?..... Bilmiyorum ()
16. Anne-çocuk sağlığını korumak için, kadın kaç yaşından sonra gebe kalmalıdır?. .Bilmiyorum ()
17. Anne- çocuk sağlığını korumak için, iki gebelik arasında kaç yıl olmalıdır?..... .Bilmiyorum ()
18. Anne-çocuk sağlığını korumak için en fazla kaç çocuk olmalıdır?.....Bilmiyorum ()

EK-1 Gençlerin Sağlığı Bilgi formu (Ön-Test/ Devamı-2)

Aşağıda yer alan bilgilerin karşısında yer alan **doğru, yanlış ya da bilmiyorum** sütunlarından birine işaret koyarak yanıtlayınız.

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
Kızlık zarı konusunda:			
19.Kızlık zarının yapısı herkeste aynıdır, kişiden kişiye farklılık göstermez			
20.İlk cinsel ilişkide, kızlık zarının yapısından dolayı bazı kişilerde bakire oldukları halde kanama olmayabilir			
21. Kızlık zarı yırtıldıktan sonra kendi kendini tamir edebilir			
Gebe kalma konusunda:			
22. Cinsel ilişkiden sonra vajina (hazne, etek) suyla yıkanırsa hamile kalınmaz			
23.İlk kez cinsel ilişkiye girildiğinde de hamile kalınabilir bu yüzden, gebelik istenmiyorsa modern korunma yöntemlerinden biri kullanılmalıdır.			
24.Banyodan/ tuvaletten/ hamamdan sperm (döl hücresi) bulaşıp hamile kalınabilir			
25.Adetliken cinsel ilişkiye girmek sağlık açısından uygun değildir, ancak girilirse korunma yöntemi kullanılmadığı takdirde hamile kalınabilir.			
Üreme hakları konusunda:			
26. Çocuk sahibi olabilmek için her türlü hizmetten yararlanma hakkı, bir üreme hakkıdır			
27. Gebeliğin istenmediği durumlarda gebelikten koruyucu yöntem kullanma hakkı, bir üreme hakkıdır			
28. Sadece evli çiftler üreme sağlığı sorunlarında destek alma ve tedavi olabilme hakkına sahiptir			
29. Memede ve testislerde (haya) oluşabilecek kanserleri erken dönemde saptamanın yollarından biri, kendi kendine düzenli olarak muayene yapmaktır.			

30. Sizce aile planlaması nedir?

- 1.Eşlerin istediği kadar çocuk sahibi olması
- 2.Eşlerin sadece iki çocuk sahibi olması
- 3.Eşlerin bakabilecekleri ve istedikleri sayıda ve istedikleri zamanda çocuk sahibi olması
- 4.Kadının ve erkeğin hasta olmamak için bazı araçlar veya ilaçları kullanması
- 5.Bilmiyorum

EK-1 Gençlerin Sağlığı Bilgi formu (Ön-Test/ Devamı-3)

31. Gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili bilgi durumunuzu işaretleyebilir misiniz?

	DUYDUM		HİÇ DUYMADIM
	Duydum, özelliklerini biliyorum	Duydum, özelliklerini bilmiyorum	
31.1. Rahim içi araç (RİA, Spiral)			
31.2. Hap (Doğum kontrol hapi)			
32.3. Kondom (Kapat, Prezervatif)			
31.4. İğneler			
31.5. Kadının tüplerinin bağlanması (Tüpligasyon)			
31.6. Erkeğin kordonlarının bağlanması (Vazektomi)			
31.7. Derialtı çubukları (İmplantlar)			
31.8. Geri çekme (Dışarı boşalma)			
31.9. Diğer.....			

EK-1 Gençlerin Sağlığı Bilgi formu (Ön-Test/ Devamı-4)

32. Aşağıda gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili bazı bilgiler yer almaktadır. Lütfen her bir cümleyi okuyarak işaretleyiniz?

Gebeliği Önleyici Yöntemler konusunda:	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
32.1.RİA, cinsel ilişki sırasında erkeği rahatsız eder			
32.2.Doğum kontrol hapı kadın tarafından, sadece cinsel ilişkilerden önce içilirse yeterlidir			
32.3. Sigara içen kadınlar doğum kontrol hapı kullanmamalıdır			
32.4. Tüpligasyon ve vazektomi yöntemleri için küçük birer ameliyat gerekir			
32.5. Tüplerin ve kordonların bağlanması kalıcı yöntemler olduklarından, artık bir daha başka çocuk istenmiyorsa uygulanmalıdır			
32.6.Vazektomi (kordonların bağlanması) iktidarsızlığa neden olmaz			
32.7.Kondom cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korunma sağlar			
32.8.Kondom, cinsel ilişkiden önce takılmalıdır.			
32.9.Kondomu kayganlaştırmak için krem, vazelin kullanılırsa kondom yırtılabilir.			
32.10.Acil korunma (Ertesi gün hapı) korunmasız cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saat içinde uygulanırsa etkili olur.			
32.11.Acil korunma düzenli kullanılacak bir korunma yöntemi değildir, sadece acil durumlarda kullanılır.			
32.12.Gebelikten korunmak için geri çekme yöntemi kullanıldığında, kadınların gebe kalma riski yüksektir.			

EK-1 Gençlerin Sağlığı Bilgi formu (Ön-Test/ Devamı-5)

33. Aşağıda cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma ile ilgili verilen ifadelerin karşısına doğru, yanlış ya da bilmiyorum olarak işaret koyunuz:

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar konusunda:	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
33.1. AIDS'in bulaşma yollarından biri cinsel ilişkidir.			
33.2. Gonore (Bel soğukluğu) cinsel yolla bulaşır.			
33.3. Bazı cinsel yolla bulaşan hastalıklar kansere neden olabilir			
33.4. AIDS tokalaşma, sinek ısırması gibi yollarla bulaşmaz.			
33.5. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar kısırlığa yol açabilir.			
33.6. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar çoğunlukla çok açık belirti vermediğinden, anlaşılması zaman alabilir.			
33.7. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulaşması, tedbir alınarak önlenemez.			
33.8. Bu hastalıklar çoğunlukla vücut sıvılarıyla bulaşır			
33.9. Bu hastalıklar sadece hayat kadınlarından (fahişelerden) bulaşır			
33.10. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, hem erkeklerden hem de kadınlardan bulaşabilir; bulaşma konusunun kadın veya erkek olmakla bir alakası yoktur.			

34- Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için aşağıdakilerden hangisi/hangileri yapılmalıdır, yanlarına 1, 2, 3, 4,..şeklinde numaralar yazınız?

-Evlenene kadar cinsel ilişkide bulunmamak
- Her cinsel ilişkide kondom (kılıf, prezervatif, kaput) kullanmak
-Rahim içi araç (spiral) ile korunmak
-Tek kişiyle cinsel ilişkiye girmek (Tek eşli olmak)
-Antibiyotik gibi ilaçlar kullanmak.
-Doğum kontrol hapı ile korunmak

EK-1 Gençlerin Sağlığı Bilgi formu (Ön-Test/ Devamı-6)

Aşağıda üreme sağlığı ile ilgili davranışlarınızı belirleyen sorular yer almaktadır. Vereceğiniz içten ve doğru yanıtlar gençlerin daha sağlıklı olabilmesi için yapılacak hizmetlere yön verecektir. Verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak ve cevapları veren kişilerin kim olduğu, analizi yapan kişilerce dahi bilinmeyecektir.

35. Hiç cinsel ilişkide bulundunuz mu?

1. Hayır	<p>İlk cinsel ilişki yaşınız:.....</p> <p>62.1. İlk cinsel ilişkinizi kiminle yaşadınız?</p> <p>1-Eşim 2-Nişanlım 3-Sevgilim, yakın arkadaşım 4-Hayat kadını</p> <p>5-Diğer</p>
2. Evet	<p>62.2. İlk cinsel ilişkinizde aşağıdaki korunma yöntemlerinden hangisini kullandınız?</p> <p>1. Hiçbir yöntem kullanmadık</p> <p>2. Geri çekme (dışarı boşalma)</p> <p>3. Kondom (kaput, kılıf, prezervatif)</p> <p>4. Rahim içi araç (spiral)</p> <p>5. Gebeliği önleyici hap</p> <p>6. Diğer (belirtiniz.....)</p> <p>62.3. Kondom kullandıysanız, hangi amaçla kullandınız?</p> <p>1-Gebelik oluşmasını önlemek için</p> <p>2-Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için</p> <p>3- Hem gebelik oluşmaması, hem de cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için</p>

36. Halen cinsel ilişkide bulunuyor musunuz?

1. Hayır	
2. Evet	<p>36.1. Kimlerle cinsel ilişkide bulunuyorsunuz?</p> <p>1-Eşim 2-Nişanlım 3-Sevgilim, yakın arkadaşım 4-Hayat kadını</p> <p>5-Diğer</p> <p>36.2. Cinsel ilişkide aşağıdaki korunma yöntemlerinden hangisini kullanıyorsunuz?</p> <p>1.Hiçbir yöntem kullanmıyorum</p> <p>2.Geri çekme (dışarı boşalma)</p> <p>3.Kondom (kaput, kılıf, prezervatif)</p> <p>4.Rahim içi araç (spiral)</p> <p>5.Gebeliği önleyici hap</p> <p>6.Diğer (belirtiniz)</p> <p>36.3. Kondom kullanıyorsanız, ne amaçla kullanıyorsunuz?</p> <p>1-Gebelik oluşmasını önlemek için</p> <p>2-Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için</p> <p>3-Hem gebelik oluşmaması, hem de cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için.</p>

EK-1 Gençlerin Sağlığı Bilgi formu (Ön-Test/ Devamı-7)

37. Kondom kullanma düzeyinizi işaretleyiniz

1. Kondomun önemini ve kullanım şeklini bilmediğim için kullanmıyorum
2. Bildiğim halde kullanmıyorum, kullanmayı da düşünmüyorum
3. Bildiğim halde kullanmıyorum, ancak kullanmayı düşünebilirim
4. Birkaç defa kondom kullandım, şimdi kullanmıyorum
5. Her ilişkimde kondom kullanırım
6. Her ilişkimde kondom kullanacağım (çocuk sahibi olmak isteme durumu hariç)
7. Cinsel ilişki yaşamadığım için kullanmıyorum, cinsel ilişkiye girersem kullanacağım
8. Cinsel ilişki yaşamadığım için kullanmıyorum, cinsel ilişkiye girersem de kullanmam, çünkü.....

38. Kendi Kendine Meme Muayenesi yapma durumuzu işaretleyiniz (Kızların cevaplama için)

1. Kendi kendine meme muayenesinin önemini ve yapılma şeklini bilmediğim için yapmıyorum
2. Bildiğim halde yapmıyorum, yapmayı da düşünmüyorum çünkü.....
3. Bildiğim halde yapmıyorum, ancak düzenli olarak yapmayı düşünüyorum
4. Birkaç defa yaptım, şimdi yapmıyorum
5. Her ay düzenli olarak yapıyorum

39. Kendi Kendine Testis Muayenesi yapma durumuzu işaretleyiniz (Erkeklerin cevaplama için)

1. Kendi kendine testis muayenesinin önemini ve yapılma şeklini bilmediğim için yapmıyorum
2. Bildiğim halde yapmıyorum, yapmayı da düşünmüyorum, çünkü
3. Bildiğim halde yapmıyorum, ancak düzenli olarak yapmayı düşünüyorum
4. Birkaç defa yaptım, şimdi yapmıyorum
5. Her ay düzenli olarak yapıyorum

EK-1 Gençlerin Sağlığı Bilgi formu (Ön-Test/ Devamı-8)

40. Daha önce hiç buraya kadarki sorularda bahsedilen konulardan birinde eğitim aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

41. Evet is, nereden aldığınızı belirtiniz:

- 1- Okul 2-Akran eğiticisi, proje görevlisi 3.Sağlık personeli 4- Kitap, dergi, TV vb.
5- Anne-baba 6-Kardeş, abla, ağabey 7.-İnternet 8- Arkadaş 9.Diğer
(.....)

42. Üreme sağlığı ve cinsel sağlık hakkında aşağıda yazılı ifadelerden doğru olduğunu düşündüklerinizin yanına işaret koyunuz:

1. Bu konuda eğitim / hizmet verilmemelidir, çünkü.....
2. Bu konularda eğitim veren / bilgi ve hizmet sunan kişinin cinsiyeti önemlidir, yani kadınlara kadın,
erkekler erkekler verecek şekilde bu görevler düzenlenmelidir.
3. Bu konularda eğitim veren / bilgi ve hizmet sunan kişinin cinsiyeti önemli değildir.
4. Ülkemizde aile planlaması için, modern korunma yöntemleri mevcuttur.

43. Aşağıdakileri ifadelerden sizin görüşlerinize uygun olduğunu düşündüklerinizin, yani sizce doğru olanların baş kısmını yuvarlak içine alarak işaretler misiniz?

1. Sağlığım benim için çok önemli, bu nedenle sağlıklı kalmak için ne gerekirse yaparım
2. Yaşım çok genç olduğu için kendi kendine meme/testis muayenesi yapmam gerekmez
3. Yakınlarımda meme/testis hastalığı geçiren olmadığı için muayene yapmama gerek yok
4. Kendi kendine muayenenin işe yaramayacağını düşünüyorum
5. Kondom kullanırsam, cinsel ilişkiden zevk almam
6. Kondom kullanırsam, bu durum benim cinsel eşime güvenmediğimi gösterir
7. Cinsel eşim 'kondom kullanma' derse kullanmam
8. Cinsel yaşam benim için çok önemlidir

EK-2 Gençlerin Sağlığı Bilgi Formu (Son-Test)**Sevgili arkadaşım,**

Şimdiye kadar seninle üreme sağlığı konularında görüşmeler yaptık. Bu görüşmeler sonucunda bilginde ve davranışında ne gibi değişimler olduğunu öğrenmek için sana benzer soruları tekrar soracağım. İçten cevaplandıracağına inanıyor ve zaman ayırdığın için teşekkür ediyorum.

Aşağıdaki üreme sağlığı ile ilgili bilgi içeren sorular yer almaktadır. Lütfen boş bırakmadan işaretleyiniz.

1. Adet kanaması **ortalama kaç günde bir olur?**..... **Bilmiyorum ()**
2. Adet kanaması ortalama **kaç gün** sürer ?..... **Bilmiyorum ()**
3. Anne-çocuk sağlığını korumak için, kadın **kaç yaşından sonra** gebe kalmalıdır?..... **Bilmiyorum ()**
4. Anne- çocuk sağlığını korumak için, **iki gebelik arasında** kaç yıl olmalıdır?..... **Bilmiyorum ()**
5. Anne-çocuk sağlığını korumak için en fazla **kaç çocuk olmalıdır?**..... **Bilmiyorum ()**

Aşağıda yer alan bilgilerin karşısında yer alan doğru, yanlış ya da bilmiyorum sütunlarından birine işaret koyarak yanıtlayınız.

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
Kızlık zarı konusunda:			
6. Kızlık zarının yapısı herkeste aynıdır, kişiden kişiye farklılık göstermez			
7. İlk cinsel ilişkide, kızlık zarının yapısından dolayı bazı kişilerde bakire oldukları halde kanama olmayabilir			
8. Kızlık zarı yırtıldıktan sonra kendi kendini tamir edebilir			
Gebe kalma konusunda:			
9. Cinsel ilişkiden sonra vajina (hazne, etek) suyla yıkanırse hamile kalınmaz			
10. İlk kez cinsel ilişkiye girildiğinde de hamile kalınabilir bu yüzden, gebelik istenmiyorsa modern korunma yöntemlerinden biri kullanılmalıdır.			
11. Banyodan/ tuvaletten/ hamamdan sperm (döl hücresi) bulaşıp hamile kalınabilir			
12. Adetliyken cinsel ilişkiye girmek sağlık açısından uygun değildir, ancak girilirse korunma yöntemi kullanılmadığı takdirde hamile kalınabilir.			
Üreme hakları konusunda:			
13. Çocuk sahibi olabilmek için her türlü hizmetten yararlanma hakkı, bir üreme hakkıdır			
14. Gebeliğin istenmediği durumlarda gebelikten koruyucu yöntem kullanma hakkı, bir üreme hakkıdır			
15. Sadece evli çiftler üreme sağlığı sorunlarında destek alma ve tedavi olabilme hakkına sahiptir			
16. Memede ve testislerde (haya) oluşabilecek kanserleri erken dönemde saptamanın yollarından biri, kendi kendine düzenli olarak muayene yapmaktır.			

EK-2 Gençlerin Sağlığı Bilgi formu (Son-Test/ Devamı-1)**17. Sizce aile planlaması nedir?**

- 1.Eşlerin istediği kadar çocuk sahibi olması
- 2.Eşlerin sadece iki çocuk sahibi olması
- 3.Eşlerin bakabilecekleri ve istedikleri sayıda ve istedikleri zamanda çocuk sahibi olması
- 4.Kadının ve erkeğin hasta olmamak için bazı araçlar veya ilaçları kullanması
- 5.Bilmiyorum

18. Gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili bilgi durumunuzu işaretleyebilir misiniz?

	DUYDUM		HİÇ DUYMADIM
	Duydum, özelliklerini biliyorum	Duydum, özelliklerini bilmiyorum	
18.1. Rahim içi araç (RİA, Spiral)			
18.2. Hap (Doğum kontrol hapi)			
18.3. Kondom (Kapat, Prezervatif)			
18.4. İğneler			
18.5. Kadının tüplerinin bağlanması (Tüpligasyon)			
18.6. Erkeğin kordonlarının bağlanması (Vazektomi)			
18.7. Derialtı çubukları (İmplantlar)			
18.8. Geri çekme (Dışarı boşalma)			
18.9. Diğer.....			

EK-2 Gençlerin Sağlığı Bilgi formu (Son-Test/ Devamı-2)

19. Aşağıda gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili bazı bilgiler yer almaktadır. Lütfen her bir cümleyi okuyarak işaretleyiniz?

Gebeliği Önleyici Yöntemler konusunda:	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
19.1.RİA, cinsel ilişki sırasında erkeği rahatsız eder			
19.2.Doğum kontrol hapı kadın tarafından, sadece cinsel ilişkilerden önce içilirse yeterlidir			
19.3. Sigara içen kadınlar doğum kontrol hapı kullanmamalıdır			
19.4. Tüpligasyon ve vazektomi yöntemleri için küçük birer ameliyat gerekir			
19.5. Tüplerin ve kordonların bağlanması kalıcı yöntemler olduklarından, artık bir daha başka çocuk istenmiyorsa uygulanmalıdır			
19.6.Vazektomi (kordonların bağlanması) iktidarsızlığa neden olmaz			
19.7.Kondom cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korunma sağlar			
19.8.Kondom, cinsel ilişkiden önce takılmalıdır.			
19.9.Kondomu kayganlaştırmak için krem, vazelin kullanılırsa kondom yırtılabilir.			
19.10.Acil korunma (Ertesi gün hapı) korunmasız cinsel ilişkiden sonraki ilk 72 saat içinde uygulanırsa etkili olur.			
19.11.Acil korunma düzenli kullanılacak bir korunma yöntemi değildir, sadece acil durumlarda kullanılır.			
19.12.Gebelikten korunmak için geri çekme yöntemi kullanıldığında, kadınların gebe kalma riski yüksektir.			

EK-2 Gençlerin Sağlığı Bilgi formu (Son-Test/ Devamı-3)

20. Aşağıda cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma ile ilgili verilen ifadelerin karşısına doğru, yanlış ya da bilmiyorum olarak işaret koyunuz:

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar konusunda:	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
20.1. AIDS'in bulaşma yollarından biri cinsel ilişkidir.			
20.2. Gonore (Bel soğukluğu) cinsel yolla bulaşır.			
20.3. Bazı cinsel yolla bulaşan hastalıklar kansere neden olabilir			
20.4. AIDS tokalaşma, sinek ısırması gibi yollarla bulaşmaz.			
20.5. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar kısırlılığa yol açabilir.			
20.6. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar çoğunlukla çok açık belirti vermediğinden, anlaşılması zaman alabilir.			
20.7. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulaşması, tedbir alınarak önlenir.			
20.8. Bu hastalıklar çoğunlukla vücut sıvılarıyla bulaşır			
20.9. Bu hastalıklar sadece hayat kadınlarından (fahişelerden) bulaşır			
20.10. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, hem erkeklerden hem de kadınlardan bulaşabilir; bulaşma konusunun kadın veya erkek olmakla bir alakası yoktur.			

21- Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için aşağıdakilerden hangisi/hangileri yapılmalıdır, yanlarına 1, 2, 3, 4,..şeklinde numaralar yazınız?

-Evlene kadar cinsel ilişkide bulunmamak
- Her cinsel ilişkide kondom (kılıf, prezervatif, kaput) kullanmak
-Rahim içi araç (spiral) ile korunmak
-Tek kişiyle cinsel ilişkiye girmek (Tek eşli olmak)
-Antibiyotik gibi ilaçlar kullanmak.
-Doğum kontrol hapı ile korunmak

EK-2 Gençlerin Sağlığı Bilgi formu (Son-Test/ Devamı-4)

Aşağıda üreme sağlığı ile ilgili davranışlarınızı belirleyen sorular yer almaktadır. Vereceğiniz içten ve doğru yanıtlar gençlerin daha sağlıklı olabilmesi için yapılacak hizmetlere yön verecektir. Verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak ve cevapları veren kişilerin kim olduğu, analizi yapan kişilerce dahi bilinmeyecektir.

22. Hiç cinsel ilişkide bulundunuz mu?

1. Hayır

2. Evet →

İlk cinsel ilişki yaşıınız:.....				
22.1. İlk cinsel ilişkinizi kiminle yaşadınız?				
1-Eşim	2-Nişanlım	3-Sevgilim, yakın arkadaşım	4-Hayat kadını	5-Diğer
22.2. İlk cinsel ilişkinizde aşağıdaki korunma yöntemlerinden hangisini kullandınız?				
1. Hiçbir yöntem kullanmadık				
2. Geri çekme (dışarı boşalma)				
3. Kondom (kaput, kılıf, prezervatif)				
4. Rahim içi araç (spiral)				
5. Gebeliği önleyici hap				
6. Diğer (belirtiniz.....)				
22.3. Kondom kullandıysanız, hangi amaçla kullandınız?				
1-Gebelik oluşmasını önlemek için				
2-Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için				
3- Hem gebelik oluşmaması, hem de cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için				

23. Halen cinsel ilişkide bulunuyor musunuz?

1. Hayır

2. Evet →

23.1. Kimlerle cinsel ilişkide bulunuyorsunuz?				
1-Eşim	2-Nişanlım	3-Sevgilim, yakın arkadaşım	4-Hayat kadını	5-Diğer
23.2. Cinsel ilişkide aşağıdaki korunma yöntemlerinden hangisini kullanıyorsunuz?				
1. Hiçbir yöntem kullanmıyorum				
2. Geri çekme (dışarı boşalma)				
3. Kondom (kaput, kılıf, prezervatif)				
4. Rahim içi araç (spiral)				
5. Gebeliği önleyici hap				
6. Diğer (belirtiniz)				
23.3. Kondom kullanıyorsanız, ne amaçla kullanıyorsunuz?				
1-Gebelik oluşmasını önlemek için				
2-Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için				
3-Hem gebelik oluşmaması, hem de cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için.				

EK-2 Gençlerin Sağlığı Bilgi formu (Son-Test/ Devamı-5)**24. Kondom kullanma düzeyinizi işaretleyiniz**

1. Kondomun önemini ve kullanım şeklini bilmediğim için kullanmıyorum
2. Bildiğim halde kullanmıyorum, kullanmayı da düşünmüyorum
3. Bildiğim halde kullanmıyorum, ancak kullanmayı düşünebilirim
4. Birkaç defa kondom kullandım, şimdi kullanmıyorum
5. Her ilişkimde kondom kullanırım
6. Her ilişkimde kondom kullanacağım (çocuk sahibi olmak isteme durumu hariç)
7. Cinsel ilişki yaşamadığım için kullanmıyorum, cinsel ilişkiye girersem kullanacağım
8. Cinsel ilişki yaşamadığım için kullanmıyorum, cinsel ilişkiye girersem de kullanmam, çünkü.....

25. Kendi Kendine Meme Muayenesi yapma durumuzu işaretleyiniz (Kızların cevaplama için)

1. Kendi kendine meme muayenesinin önemini ve yapılma şeklini bilmediğim için yapmıyorum
2. Bildiğim halde yapmıyorum, yapmayı da düşünmüyorum çünkü.....
3. Bildiğim halde yapmıyorum, ancak düzenli olarak yapmayı düşünüyorum
4. Birkaç defa yaptım, şimdi yapmıyorum
5. Her ay düzenli olarak yapıyorum

26. Kendi Kendine Testis Muayenesi yapma durumuzu işaretleyiniz (Erkeklerin cevaplama için)

1. Kendi kendine testis muayenesinin önemini ve yapılma şeklini bilmediğim için yapmıyorum
2. Bildiğim halde yapmıyorum, yapmayı da düşünmüyorum, çünkü
3. Bildiğim halde yapmıyorum, ancak düzenli olarak yapmayı düşünüyorum
4. Birkaç defa yaptım, şimdi yapmıyorum
5. Her ay düzenli olarak yapıyorum

EK-2 Gençlerin Sağlığı Bilgi formu (Son-Test/ Devamı-6)

27. Daha önce hiç buraya kadarki sorularda bahsedilen konulardan birinde eğitim aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

28. Evet is, nereden aldığınızı belirtiniz:

1. Okul 2.Akran eğiticisi, proje görevlisi 3.Sağlık personeli 4. Kitap, dergi, TV vb.
5. Anne-baba 6.Kardeş, abla, ağabey 7.İnternet 8. Arkadaş
9.Diğer (.....)

29. Üreme sağlığı ve cinsel sağlık hakkında aşağıda yazılı ifadelerden doğru olduğunu düşündüklerinizin yanına işaret koyunuz:

1. Bu konuda eğitim / hizmet verilmemelidir, çünkü.....
2. Bu konularda eğitim veren / bilgi ve hizmet sunan kişinin cinsiyeti önemlidir, yani kadınlara kadın, erkeklere erkekler verecek şekilde bu görevler düzenlenmelidir.
3. Bu konularda eğitim veren / bilgi ve hizmet sunan kişinin cinsiyeti önemli değildir.
4. Ülkemizde aile planlaması için, modern korunma yöntemleri mevcuttur.

30. Aşağıdakileri ifadelerden sizin görüşlerinize uygun olduğunu düşündüklerinizin, yani size doğru olanların baş kısmını yuvarlak içine alarak işaretler misiniz?

1. Sağlığım benim için çok önemli, bu nedenle sağlıklı kalmak için ne gerekirse yaparım
2. Yaşım çok genç olduğu için kendi kendine meme/testis muayenesi yapmam gerekmez
3. Yakınlarımda meme/testis hastalığı geçiren olmadığı için muayene yapmama gerek yok
4. Kendi kendine muayenenin işe yaramayacağını düşünüyorum
5. Kondom kullanırsam, cinsel ilişkiden zevk almam
6. Kondom kullanırsam, bu durum benim cinsel eşime güvenmediğimi gösterir
7. Cinsel eşim 'kondom kullanma' derse kullanmam
8. Cinsel yaşam benim için çok önemlidir

Gençlere yönelik yaptığımız bu eğitim çalışması hakkında düşüncelerinizi ve önerilerinizi yazar mısınız?.....

EK-3 Eğitim Kalitesi Değerlendirme Formu

FORM NO: _____

Eğitim programının değerlendirme bölümüne katkınız için teşekkür ederiz.

1. Eğitim programının çalışmalarınıza katkısını nasıl yorumlarsınız?
Kötü ___ İyi ___ Mükemmel ___
2. Bu eğitim programını, sonrasında başkalarını eğitebileceğiniz önemli bir basamak olarak görüyor musunuz?
Evet ___ Hayır ___ Bilmiyorum ___
3. Bu eğitim programı sonrasında başkalarını eğitme ihtimaliniz yüksek mi?
Evet ___ Hayır ___ Bilmiyorum ___
4. Akranlarınıza benzer eğitim programlarını önerir misiniz?
Evet ___ Hayır ___ Bilmiyorum ___
5. Eğitimin amaçları:
 - İyi bir şekilde açıklandı mı?
Evet ___ Hayır ___
 - Programın sonunda tekrar gözden geçirildi mi?
Evet ___ Hayır ___
6. Soru sormak ve bunları grup içinde tartışmak için yeterli zaman bulabildiniz mi?
Evet ___ Hayır ___
7. Bu programın size ne gibi yararları oldu? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
 - Yeni bilgi ve beceriler
 - Belirli beceri, teknik ve yaklaşım tarzı
 - Bana yardımcı olacak davranış değişiklikleri
8. Bu eğitimin en iyi yanının ne olduğunu düşünüyorsunuz?

9. Bu eğitimde sizin için en önemli olan veya en çok faydalandığınız bölümler hangileriydi?

10. En az yararlandığınız ya da ilginizi çekmeyen bölümler hangileriydi? Neden?

11. Bu eğitimde edindikiniz kitapçık, form, görsel sunumlar vb. ile ilgili değerlendirmeniz nasıl?
Yetersiz ___ Yeterli ___ Çok iyi ___

EK-3 Eğitim Kalitesi Değerlendirme Formu (Devam)

12. Burada edindiğiniz bilgi ve beceriyi gelecekteki akran eğitimi çalışmalarınızda hangi derecede kullanabilirsiniz?

Hiç __ Zaman zaman __ Her zaman __

13. Bu eğitimi diğer insanlara tavsiye eder misiniz?

Cevap evet ise;

kime? _____

Cevap hayır ise; neden?

14. İleride yapacağımız eğitimlerin daha başarılı olması için, önerileriniz nelerdir?

15. Bu eğitim için genel değerlendirmeniz nedir?

Yetersiz __ Yeterli __ Çok iyi __

**EK-4 Şanlıurfa Gençlerin Sağlığı Eğitim Programı****13-17 Mayıs 2006 (Saat: 09.00-17.00)**

1. Gün	2. Gün	3. Gün	4. Gün	5. Gün
<ul style="list-style-type: none">• Açılış- tanışma• Beklentilerin alınması• Eğitimin amaç ve hedefleri• Programın tanıtımı• Temel kurallar• Kurs öncesi soru formu	<ul style="list-style-type: none">• Isınma- Günün programı• Cinsel gelişim• Cinsel sağlık	<ul style="list-style-type: none">• Isınma- Günün programı• Kendi kendine meme muayenesi ve testis muayenesi	<ul style="list-style-type: none">• Isınma- Günün programı• Model üzerinde kondom uygulaması• Toplumsal cinsiyet eşitliği	<ul style="list-style-type: none">• Isınma• Günün programı• Grup sunumları
ARA /10.30-10.45	ARA/10.30-10.45	ARA/10.30-10.45	ARA/10.30-10.45	ARA/10.30-10.45
<ul style="list-style-type: none">• Isınma• Türkiye’de gençlerin CS/ÜS bilgisi ve hakları• Akran Eğitimi	<ul style="list-style-type: none">• Cinsel sağlık sorunları	<ul style="list-style-type: none">• Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar	<ul style="list-style-type: none">• Kurs sonrası soru formu	<ul style="list-style-type: none">• Grup sunumları
ÖĞLE YEMEĞİ 12.00-13.00	ÖĞLE YEMEĞİ 12.00-13.00	ÖĞLE YEMEĞİ 12.00-13.00	ÖĞLE YEMEĞİ 12.00-13.00	ÖĞLE YEMEĞİ 12.00-13.00
<ul style="list-style-type: none">• Isınma• Vücudumuzu tanıyalım	<ul style="list-style-type: none">• Isınma• Aile planlaması	<ul style="list-style-type: none">• Isınma• CYBE / HIV / AIDS	<ul style="list-style-type: none">• Isınma• İletişim teknikleri	Eylem planı Kursun değerlendirilmesi
ARA/15.00-15.15	ARA/15.00-15.15	ARA/15.00-15.15	ARA/15.00-15.15	ARA/15.00-15.15
<ul style="list-style-type: none">• Ekip ruhu oluşturma çalışmaları	<ul style="list-style-type: none">• Konuya devam	<ul style="list-style-type: none">• Bozkır yangını	.Grup sunumları için konu dağıtımı ve hazırlık	Kapanış
Günün değerlendirilmesi	Günün değerlendirilmesi	<ul style="list-style-type: none">• Günün değerlendirilmesi	Günün değerlendirilmesi	Atın ölümü arpadan olmasın

EK-6 Eğitim Resimleri



**Akran eğitimini
gerçekleştiren eğiticilerin
eğitim öncesi toplantısı.**

**Katılımcıların ilk
karşılılaşması ve tanışmasından
bir resim.**



**Gençlerin
eğitimden beklentilerinin
balonlarla alınması**



EK-6 Eğitim Resimleri (Devam 1)



Gençlerde farkındalığı artırmak için bozkır yangını adlı etkinlikten çekilmiş bir görüntü. Etkinliğin amacı AIDS hastalığı konusunda kendi yaşadıklarını ve stratejilerinin saptamak ve başkalarıyla karşılaştırmaktır. Hayali HIV testinin akışını, sonucun açıklanması konusunda saha eğitimlerinde gençlere empati kurabilmektir.

Eğitime geç kalan akran eğitimcilerine verilen bir cezanın resmi. Anlatılan konulardan Kendi Kendine Meme Muayenesini arkadaşını üzerinde yaparak tüm gruba anlatıyor.



EK-6 Eğitim Resimleri (Devam 2)



Üreme organlarının anatomi ve fizyolojisini aldıktan sonra ısınmadan çeliklen resimler. Sol tarafta kadın üreme organları, aşağıda ise erkek üreme organları yer almaktadır. Katılımcılar kurda çıkan organın özelliğini ve yerini söyleyerek canlandırmaya çalışıyor.



Akran eğitimcileri yemekte bile ders konuştular, fikir paylaşımı yapıldı.



EK-6 Eğitim Resimleri (Devam 3)



**Grup
çalışmasından
görüntüler**



**Kendi Kendine meme
Muayenesini maket
üzerinde uyguluyorlar.
Maketteki memede kitle
arıyorlar.**

**Kendi Kendine Testis
Muayenesini önce
eğiticilerden dinliyorlar,
sonra kendileri uygulayarak
arkadaşlarına anlatıyorlar.**



EK-6 Eğitim Resimleri (Devam4)



Gençlere aile planlaması yöntemleri anlatıldıktan sonra, geri bildirim almak amaçlı "Gebeliği Önleyici Yöntemler Çiçek Bahçesi" adlı etkinlik yaptırıldı.

Gençlere renkli kartonlardan çiçekler verildi ve her bir çiçekte farklı modern aile planlaması yöntemlerinin adı yazıyordu. Gençlere çiçekleri bahçeye ekmeleri söylendi ve eğiticinin verdiği komutlar doğrultusunda hareket edildi. Katılımcılar bastıkları çiçeğin üzerinde yazan yöntemin özelliklerini farklı olmak kaydıyla teker teker ifade ettiler.



