

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GENÇLERE VERİLEN ÜREME SAĞLIĞI
EĞİTİMİNİN ÜREME SAĞLIĞI
BİLGİ VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

FATMA ERSİN

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEKLİSANS TEZİ

İZMİR-2008

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GENÇLERE VERİLEN ÜREME SAĞLIĞI
EĞİTİMİNİN ÜREME SAĞLIĞI
BİLGİ VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEKLİSANS TEZİ

FATMA ERSİN

Danışman Öğretim Üyesi
Prof. Dr. ZUHAL BAHAR

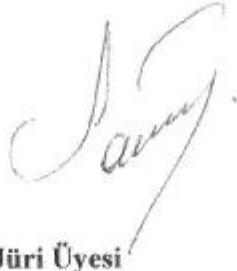
TC. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

“Gençlere Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Üreme Sağlığı Bilgi ve Davranışlarına Etkisi” konulu bu tez 12.06.2008 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.



Jüri Başkanı

Prof. Dr. Zuhal BAHAR



Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Samiye METE



Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Ayşe BEŞER

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İçindekiler	i
Tablolar Dizini	iv
Şekiller Dizini	v
Kısaltmalar Dizini	vi
Özet	1
Summary	2
BÖLÜM I-GİRİŞ	
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2 Araştırmanın Amacı	7
1.3. Araştırma Hipotezleri	7
BÖLÜM II-GENEL BİLGİLER	
2.1. ÜREME SAĞLIĞI VE HEMŞİRELİK	8
2.1.1. Üreme Sağlığının Tanımı	8
2.1.2. Üreme Hakları	9
2.1.3. Gençlerin Üreme Sağlığı Sorunları	11
2.1.3.1. Erken Yaşta Cinsel İlişki	12
2.1.3.2. Erken Yaşta Evlilik	14
2.1.3.3. Erken Yaşta Doğurganlık	15
2.1.3.4. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	17
2.1.3.5. Aile Planlaması Yöntemi Kullanmama	21
2.2. GENÇLERDE ÜREME SAĞLIĞINA YÖNELİK KORUYUCU PROGRAMLAR VE ÜREME SAĞLIĞI EĞİTİMİNİN ÖNEMİ	22
2.2.1. Koruyucu Programlar	22
2.2.1.1. Bilgilendirme ve Eğitim	23
2.2.1.2. Üreme Sağlığı Hizmetleri	24
2.2.1.2.1. Dünyada Üreme Sağlığı Hizmetleri	24
2.2.1.2.2. Türkiye’de Üreme Sağlığı Hizmetleri	26
2.2.2. Gençlere Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Önemi	29

2.3. MEME KANSERİ VE KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ	32
2.4. TESTİS KANSERİ VE TESTİS MUAYENESİ	35
2.5. GENÇLERİN KONDOM KULLANIMI	36
BÖLÜM III-GEREÇ-YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Tipi	37
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	37
3.3. Araştırmanın Zamanı	37
3.4. Örneklem	38
3.5. Araştırmacının Üreme Sağlığı Eğitimi	38
3.6. Gençlerin Üreme Sağlığı Eğitimi	38
3.5. Verilerin Toplanması	39
3.5.1. Veri Toplama Araçları	39
3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	40
3.6. Araştırma Değişkenleri	40
3.6.1. Bağımsız Değişkenler	40
3.6.2. Bağımlı Değişken	40
3.7. Uzman Görüşü ve Ön Uygulama	40
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	41
3.9. Araştırma Etiği	41
BÖLÜM IV-BULGULAR	
4.1. Gençlerin Sosyo-Demografik Özellikleri	42
4.2. Gençlerin Üreme Sağlığı Eğitimi Öncesi ve Sonrası Bilgi Değişimi	43
4.3. Gençlere Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Gençlerin Davranışına Etkisi	44
4.3.1. Gençlerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumları	44
4.3.2. Gençlerin Kendi Kendine Testis Muayenesi Yapma Durumları	45
4.3.3. Gençlerin Kondom Kullanma Durumları	46
BÖLÜM V-TARTIŞMA	
5.1. Gençlere Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Gençlerin Bilgi Puanlarına Etkisi	47
5.1.1. Üreme Sağlığı Eğitimi Öncesi ve Sonrası Bilgi Değişimi	47
5.2. Gençlere Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Gençlerin Davranışına Etkisi	49
5.2.1. Gençlerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Kendi Kendine Meme Muayenesini Yapma Durumları	49

5.2.2. Gençlerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Kendi Kendine Testis Muayenesini Yapma Durumları	50
5.2.3. Gençlerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Kondom Kullanma Durumları	51

BÖLÜM VI-SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar	52
6.2. Öneriler	53
6.2.1. Araştırmacılara Öneriler	53
6.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	53
KAYNAKÇA	54
EKLER	
EK 1. Anket Formu	62
EK 2. Akran Eğitici Eğitimi Belgesi	65
EK 3. Etik Kurul Raporu	66

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Tablonun İsmi	Sayfa No
Tablo 1	Üreme Sağlığı Aktiviteleri	28
Tablo 2	Meme Kanseriinde Amerikan Kanseri Birliği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi	33
Tablo 3	Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Konuları	38
Tablo 4	Gençlerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	42
Tablo 5	Gençlerin Üreme Sağlığı Bilgi Puanlarının Dağılımı	43
Tablo 6	Gençlerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Kendi Kendine Meme Muayenesini Yapma Durumları	44
Tablo 7	Gençlerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Testis Muayenesini Yapma Durumları	45
Tablo 8	Gençlerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Kondom Kullanma Durumları	46

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Şeklin İsmi	Sayfa No
Şekil 1	Adölesan Dönemde Görülen Başlıca Sağlık Sorunları	11
Şekil 2	Genç İnsanların Evlilik Öncesi Cinsel Aktivite Yüzdesi- DSÖ araştırmalarından Seçilmiştir.	13
Şekil 3	15-24 Yaş Grubu Kadınlarda Güvensiz Düşüklerin Tahmini Yüzdesi, 2000	17
Şekil 4	25 Yaş Altı Kişilerin Bildirilen HIV/AIDS Vakaları Arasındaki Yüzdesi	19
Şekil 5	Türkiye’de HIV/AIDS Olgularının Kümülatif Dağılımı	19
Şekil 6	Açılması Planlanan Merkezler	29
Şekil 7	Araştırmanın Tipi	37
Şekil 8	Araştırmanın Değişkenleri	40

KISALTMALAR

AÇS: Ana Çocuk Sağlığı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICPD: Uluslar Arası Nüfus ve Kalkınma Konferansı

IPPF: Uluslar Arası Aile Planlaması Federasyonu

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

HIV: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü

AIDS: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Sendromu

AP: Aile Planlaması

UNICEF: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

UNFPA: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

FLE: Aile Yaşamı Eğitimi

AMREF: Genç Dostu Üreme Sağlığı Servislerindeki Sağlık Çalışanlarının Eğitimi

CS/ÜS: Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı

SB: Sağlık Bakanlığı

AB: Avrupa Birliği

KKMM: Kendi Kendine Meme Muayenesi

KKTM: Kendi Kendine Testis Muayenesi

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin süresince bana her zaman destek olan, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım danışman hocam Sayın Prof. Dr. Zuhâl BAHAR'a, Şanlıurfa'daki çalışmalarım süresince beni destekleyen hocam Sayın Doç. Dr. Zeynep ŞİMŞEK'e, eğitimin süresince gelişimime katkıda bulunan ve değerli görüşlerinden yararlandığım hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayşe BEŞER'e ve çalışmama önerileri ile katkıda bulunan hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Samiye METE'ye, hayatımın her döneminde beni yalnız bırakmayan ve destekleyen aileme, her zaman mutluluğumu, hüznümü paylaşan, beni destekleyen, güç veren sevgili eşim Gürhan ERSİN'e ve oğlum Berkay'a, hep yanımda olduğunu hissettiren arkadaşlarıma teşekkür ederim.

FATMA ERSİN

ÖZET

GENÇLERE VERİLEN ÜREME SAĞLIĞI EĞİTİMİNİN ÜREME SAĞLIĞI BİLGİ VE DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

FATMA ERSİN

Bu çalışma gençlere verilen “üreme sağlığı eğitiminin” gençlerin üreme sağlığına ilişkin bilgi ve davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yarı deneysel olarak planlanan araştırma, Şanlıurfa il merkezinde yaşayan araştırmaya gönüllü olarak katılan 15-24 yaş grubu 700 genç ile yürütülmüştür. Çalışmada; bireylerin sosyo-demografik özellikleri, üreme sağlığı bilgi ve davranışlarını içeren anket formu kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni, gençlerin üreme sağlığı bilgi puan ortalamaları, kızların kendi kendine meme muayenesi yapma durumları, erkeklerin testis muayenesi yapma durumları, erkeklerin kondom kullanma durumlarıdır. Bağımsız değişkeni ise üreme sağlığı eğitimidir. Verilerin değerlendirilmesinde bağımlı gruplarda t-testi ve bağımlı iki grup arasında ki-kare (McNemar) testi kullanılmıştır. Bu çalışmada; gençlerin yaş ortalaması 18,80 (\pm 2,82) olup %51,0’ı ortaokul mezunudur. Gençlerin eğitim öncesi toplam bilgi puanı ortalaması 6.48’den, eğitim sonrası 15.80’e yükselmiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Ayrıca üreme sağlığı eğitimi almadan önce KKMM’ni düzenli yapma durumu %22.9 iken, eğitim sonrası KKMM’ni düzenli yapma durumu %71.2’ye yükselmiştir ($p<0.01$). Gençlerin eğitim öncesi kendi kendine testis muayenesini düzenli yapma durumu %14.7 iken, eğitim sonrası kendi kendine testis muayenesini düzenli yapma durumunun %29.4’e yükseldiği saptanmıştır ($p<0.01$). Kondom kullanma durumları ise üreme sağlığı eğitimi öncesi %12.2 iken, eğitim sonrası kondom kullanma durumu %18.3’e yükselmiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).

Sonuç olarak, bu çalışmada gençlerin üreme sağlığı bilgi ve davranışları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları saptanmıştır. Üreme sağlığı eğitimi kullanılarak yapılan müdahale sonucunda toplam bilgi düzeyinin yükselmesi yanı sıra olumlu yönde davranış değişimi olmuştur. Gençlere, hemşireler tarafından öğrenci merkezli aktif eğitim yöntemleri ile cinsel eğitimlerin planlanması ve sürekli yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Gençler, Üreme Sağlığı Eğitimi, Hemşirelik

SUMMARY

EFFECTS OF TRAINING FOR REPRODUCTIVE HEALTH ON KNOWLEDGE OF REPRODUCTIVE HEALTH AND BEHAVIOR IN YOUNG PEOPLE

FATMA ERSİN

This study was performed to determine the effects of training for reproductive health and behavior on knowledge of reproductive health and reproductive behavior in young people.

This is a semi-experimental study and included 700 young people from the city of Şanlıurfa, Turkey. The participants were selected from volunteers and aged 15-24 years. A questionnaire composed of questions about demographic features and reproductive health and behavior. The dependent variables tested were mean scores of the participants on reproductive health, breast self-examination of the female participants, testicular self-examination of the male participants and use of condoms by the male participants. The independent variable tested was training for reproductive health. T-test was used to analyze data about dependent groups and Chi-square test (McNemar) was used to compare between two dependent groups. The mean age of the participants was 18.80 ± 2.82 years and 51.0% of the participants secondary school graduates. The total score of the participants on knowledge of reproductive health increased from 6.48 before training to 15.80 after training, with a significant difference ($p < 0.01$). While the percentage of the female participants performing breast self-examination was 22.9% before training, it increased to 71.2% after training, with a significant difference ($p < 0.01$). However, the percentage of the male participants performing testicular self-examination only rose from 14.7% to 29.4% ($p < 0.01$). The use of condoms by the male participants increased from 12.2% to 18.3%, with a significant difference ($p < 0.01$).

In conclusion, young people were found not to have sufficient knowledge of reproductive health and behavior. Training for reproductive health did not only increase knowledge of reproductive health but also promote reproductive health behavior. It can be recommended that nurses should continuously perform student centered reproductive health education for young people.

Key words: Young People, Reproductive Health Education, Nursing

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi:

Adölesan dönem, fiziksel, psikolojik ve sosyal olgunluğa erişmenin tamamlandığı bir dönemdir. Bu dönemde fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve psikososyal gelişme gibi çok önemli değişiklikler yaşanmaktadır (1,16). Adölesanların fiziksel gelişmelerine paralel olarak, üreme yetenekleri de giderek daha erken yaşlarda kazanılmaktadır. Bu nedenle adölesan dönemde üreme sağlığı büyük önem taşımaktadır (16).

Bugün birçok ülkede **cinsel aktiviteye başlama yaşı** giderek düşmektedir. Dünyanın bütün bölgelerinde genç insanların çoğunun 10-20 yaşları arasında cinsel ilişkiye başladıkları tahmin edilmektedir (1, 15).

Latin Amerika, Karaib'ler, Kuzey Afrika gibi bir çok ülkede evlilik öncesi cinsel ilişkinin ahlaki bir sorun olduğu görülmektedir. Bu ülkelerde kız çocukların erken yaşta evlendirildikleri gözlenmektedir (15). Latin Amerika ve Karaib'lerde kadınların %20-40'ı Gana, Kenya ve Zimbabve'de yaklaşık üçte biri, Kuzey Afrika ve Orta Doğu ülkelerinde %30 kadarı ve Yemen'de de yaklaşık yarısı 18 yaşından önce evlenmektedir (18).

Ülkemizde yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre çok erken yaşta yapılan evliliklerde belirgin bir azalma olduğu görülmektedir(21). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 sonuçlarına göre, 25-49 yaş arasındaki kadınların ilk evlenme yaşı ortalaması 19.5'tir. En düşük ilk evlenme yaşı Doğu Anadolu Bölgesi'nde 18.1 iken, Batı Anadolu'da bu yaş 19.9 dur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 sonuçlarına göre ise, ortanca ilk evlenme yaşı 25-49 yaş grubundaki kadınlar arasında 20.1dir (21). Esgin üniversite öğrencilerinde yaptığı bir çalışmasında erkeklerin %35'inin, kızların %5'inin evlilik öncesi cinsel ilişki deneyimi olduğunu saptamıştır (22).

Evlilik öncesi erken yaşta cinsel ilişki beraberinde **erken yaşta doğurganlığı** da getirmektedir. Erken yaşta cinsel yaşamı olan ve kontraseptif kullanmayan gençlerin bir yıl içinde gebe kalma olasılıkları % 90'dır (16). Dünya üzerinde genelde 20 yaş altındaki kadınlardaki doğurganlık hızı azalmaktadır. Ancak adölesan yaş grubunun nüfusu arttığı için bu yaş grubundaki doğum sayısının arttığı gözlenmektedir. Son yıllarda yapılan istatistik

verilere göre gelişmekte olan ülkelerde her yıl 15 milyon adölesan doğum yapmaktadır ve dünyadaki tüm doğumların yaklaşık %10'u adölesan doğumlarıdır (21)

Ülkemizde yapılan 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre 15-19 yaş grubundaki kadınların %8'inin doğurganlık davranışına başladığı görülmektedir. Ayrıca bu araştırmaya göre anne olma yüzdesi adölesan dönemde yaşla birlikte artmaktadır. Bu oran 16 yaşında %1 iken, 17 yaşında %3'e, 18 yaşında %8'e, 19 yaşında %17'ye yükselmiştir (21).

Adölesanlar gebeliğe hazır olmadıkları için, istenmeyen gebeliklerini **düşük** şeklinde sonlandırmayı tercih etmektedirler(25). Gelişmekte olan ülkelere her yıl 4.4 milyondan fazla adölesan isteyerek düşük yapmaktadır. Kayıtlara göre tüm düşüklerin yaklaşık %10'u adölesan yaş dönemine ait iken, bu yüzde birçok ülkede %25'e kadar çıkabilmektedir (25). Ülkemizde ise 15-24 yaş evli kadınların isteyerek düşük oranları %8.7'dir (21).

Erken yaşta cinsel ilişki aynı zamanda beraberinde **cinsel yolla bulaşan hastalıkları(CYBH)** da getirmektedir (16). Dünyada her yıl 20 gençten biri cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (A.B.D.) ise yılda yaklaşık 3 milyon genç cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalanmakta olup bu durum cinsel olarak aktif olan her dört gençten birisine karşılık gelmektedir. Yaş gruplarına göre cinsel yolla bulaşan hastalıkların görülme sıklıkları değerlendirildiğinde ise, en sık 20-24 yaş grubunda sorunu olduğu görülmektedir. Son yıllarda en sık tartışılan cinsel yolla bulaşan hastalıklardan birisi İnsan Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (AIDS) olup, Afrika'da ve bazı gelişmekte olan ülkelere önemli bir halk sağlığı sorunudur (25). Dünyada gençler arasında İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) prevalansı %25'in üzerindedir. HIV ile yaşayan 15-24 yaş grubu gençlerin oranı Sahra Altı Afrika'da %62, Asya'da %22, Latin Amerika'da %7, Kuzey Afrika'da %1, Doğu Avrupa'da %6'dır (34). Kadınlarda HIV prevalansının pik yaptığı yaş grubu 20-24, erkeklerde ise 25-29'dur (16,83). Ülkemizde AIDS vaka/taşıyıcılığının en sık görülme yaşı 20-29 yaş arasındadır (%72.9) (83). AIDS'ten korunmada aile planlaması yöntemlerinden biri olan kondom etkili bir yöntemdir (1,16,21,25).

Gelişmekte olan ülkelere, gelişmiş ülkelere göre **aile planlaması yöntemi** kullanımı daha azdır(18). Yapılan bir araştırmada adölesanların büyük bir kısmının cinsel ilişki sırasında etkili kontraseptif yöntemlerden herhangi birini kullanmadığı saptanmıştır. Ayrıca kontraseptif yöntem kullanma davranışının yaşla birlikte arttığı belirtilmektedir (22). Asya ve Sahra altı Afrika'da yer alan gelişmekte olan ülkelere ait veriler, cinsel olarak aktif ve evli

olmayan adölesanların yalnızca %10'undan daha az bir kısmının kondom kullandığını ortaya koymaktadır (16).

Gençlerin; üreme fizyolojisi, gebelikten korunma ve HIV/AIDS gibi temel cinsellik ve üreme sağlığı konularında yeterli bilgilerinin olmadığı yapılan çalışmalarla saptanmıştır (17,44,45).

Ülkemizde de üreme sağlığı bilgi düzeyini saptamaya yönelik yapılan çalışmalarda gençlerin üreme sağlığı ile ilgili temel bilgilerinin yetersiz olduğu görülmüştür (16,45). Gençler üreme organları, gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, aile planlaması konularında eğitim almak istediklerini bildirmişlerdir (45).

Gençlerin üreme sağlığı eğitimi ile bilgi düzeyinde artış olduğunu ve olumlu sağlık davranışı geliştirildiğini gösteren birçok araştırma vardır (1,16,25,29,48). Saroj ve arkadaşlarının adölesanların üreme sağlığı eğitimine yönelik yaptıkları çalışmada, adölesanların toplam üreme sağlığı bilgi puanlarının eğitim sonrasında önemli düzeyde arttığı saptanmıştır (25). Ford ve arkadaşları kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmasına yönelik yaptıkları çalışmada, kadınlarda yapılan üreme sağlığı eğitimi ile AIDS bilgi düzeyinde ve kondom kullanımında artış bulmuştur (48). Gölbaşı'nın adölesan kızlara yönelik üreme sağlığı eğitim programının etkinliğini belirlemek için yaptığı çalışmada adölesan ve gençlerin eğitim öncesine göre eğitim sonrasında üreme sağlığı bilgi puanında artış bulunmuştur (1). Özcebe'nin kırsal alanda adölesan ve gençlerin üreme sağlığı konusunda bilgi düzeyini saptamaya yönelik çalışmasında adölesan ve gençlerin toplam üreme sağlığı bilgi puanlarının üreme sağlığı eğitimi sonrasında önemli düzeyde arttığı saptanmıştır (16). Tuna'nın üniversite öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesini öğrenmelerine yönelik yaptığı çalışmada eğitim alan öğrencilerin kendi kendine meme muayenesini eğitim öncesi düzenli yapma durumu %2,66 iken, eğitim sonrası düzenli yapma durumu %66'ya yükselmiştir (29).

Toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi, yükseltilmesi ve olumlu sağlık davranışı geliştirilmesi için üreme sağlığı eğitiminde hemşirelerin çok etkin olduğu bilinmektedir(1,16,25,29,48). Hemşirelerin toplumun sağlığını koruması, geliştirmesi, yükseltilmesi ve olumlu sağlık davranışı geliştirmesinde üreme sağlığı eğitiminin etkili olduğu görülmektedir. Bu nedenle gençlere üreme sağlığı konusunda yapılan eğitimlerin yaygınlaştırılması büyük önem taşımaktadır. Halk sağlığı hemşiresi toplumla iç içe ve aktif bir role sahiptir. Bu role sahip olması halk sağlığı hemşiresinin gençlerin üreme sağlığı

sorunlarının çözülmesinde etkin olmasını gerektirmektedir. Ayrıca yukarıda yer alan çalışmalar hemşirenin gençlerin üreme sağlığı eğitimi programlarında etkinliğini göstermektedir (1,16,25,29,48).

Sonuç olarak dünyada ve Türkiye’de gençlere yönelik üreme sağlığı eğitimlerinin gençlerin bilgi ve davranışlarında artış sağladığı görülmektedir. Üreme sağlığı eğitimlerinde hemşirelerin ne kadar etkili olduğu bilinmektedir. Bu nedenle üreme sağlığı eğitimleri konusunda hemşirelik araştırmalarının yaygınlaştırılması önem taşımaktadır. Şanlıurfa il merkezinde Kırmızıtoprak (2007) tarafından “gençlerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve güvenli cinsel yaşam konusunda bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi” başlıklı araştırması bulunmakla beraber Şanlıurfa’da üreme sağlığı konusunda gençlere yönelik hemşirelerin de katıldığı çalışmalar sınırlı sayıdadır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçların; gençlerin bilgi ve davranışlarını olumlu yönde geliştirecek “üreme sağlığı eğitim programları”nın planlanmasına ve yürütülmesine ışık tutması hedeflenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı:

Bu çalışmanın amacı gençlere verilen “**üreme sağlığı eğitiminin**” gençlerin üreme sağlığına ilişkin bilgi ve davranışlarına etkisini değerlendirmektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1. Gençlerin eğitim öncesine göre eğitim sonrası **üreme sağlığı toplam bilgi puan ortalamaları** daha yüksektir.

- H1a. Gençlerin eğitim öncesine göre eğitim sonrası **aile planlaması bilgi puan ortalamaları** daha yüksektir.
- H1b. Gençlerin eğitim öncesine göre eğitim sonrası **cinsel yolla bulaşan hastalıklar bilgi puan ortalamaları** daha yüksektir.

H2. Kızların eğitim öncesine göre eğitim sonrası **düzenli kendi kendine meme muayenesi yapma** durumları arasında fark vardır.

H3. Erkeklerin eğitim öncesine göre eğitim sonrası **düzenli testis muayenesi yapma durumları** arasında fark vardır.

H4. Erkeklerin eğitim öncesine göre eğitim sonrası **kondom kullanma durumları** arasında fark vardır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. ÜREME SAĞLIĞI VE HEMSİRELİK

2.1.1. Üreme Sağlığının Tanımı

Son yıllara kadar üremeye ilişkin sağlık sorunları geleneksel olarak Ana Çocuk Sağlığı (AÇS) kapsamında ele alınmıştır. Ancak son yirmi yıllık süreç içerisinde tüm dünya ülkelerinde meydana gelen önemli sosyo-demografik değişiklikler nedeniyle mevcut AÇS yaklaşımı üreme sağlığı konusunda yer alan tüm sağlık sorunlarını karşılamaya yetmemiş, bu nedenle “üreme sağlığı” dünya ülkelerinin gündemine yeni bir kavram olarak girmiştir (1).

Üreme sağlığı kavramı, ilk kez 1994 Kahire Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda belirtilmiş ve tüm dünyada kabul gören bir kavram olmuştur. Kahire Konferansı’nın en önemli işlevi üreme sağlığı, cinsellik ve cinsel sağlık kavramlarını temel bir çerçeveye yerleştirerek bu kavramları bir bütün olacak şekilde tanımlaması olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) geliştirdiği ve Kahire’de onaylanan tanıma göre üreme sağlığı; “üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır”. Aynı zamanda üreme sağlığı “insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşam ve üreme yeteneğine sahip olmaları demektir” (2,3,4) .

Üreme sağlığı kadın, erkek, genç, yaşlı tüm bireyler için temel bir haktır. Kahire Konferansında ele alınan diğer bir kavram üreme haklarıdır. Bu kapsamda, bireylerin ve çiftlerin çocuklarının sayısı ve aralığına özgürce ve sorumlu olarak karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet, baskı ve ayrımcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri ve özellikle adölesan dönemden başlayarak postmenapozal ve yaşlılık dönemi de dahil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma yer almaktadır (1).

2.1.2.Üreme Hakları

Üreme hakları, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Konferansı (1993), Uluslar arası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD), (Kahire 1994), Birleşmiş Milletler Sosyal Kalkınma için Dünya Zirvesi (Kopenhag 1995) ve Birleşmiş Milletler 4. Dünya Kadın Konferansı (Beijing, 1995) toplantılarında dünya kamuoyunda konsensüs kazanmıştır. International Planned Parenthood Federation (IPPF) üreme hakkını on iki maddede özetlemiştir. Bunları oluştururken temel insan haklarından üreme hakkına uyarlamalar yapmıştır. Bu haklar bir önem sırası göstermeksizin aşağıda sunulmuştur (5).

1. **Yaşam Hakkı:** Hiçbir kadının yaşamı gebelik nedeniyle riske/tehlikeye girmemelidir. Çok sayıda doğum, çok geç ya da çok erken doğum, kısa aralıklı doğum gibi risk faktörleri önlenerek bu hak herkese sağlanmalıdır. Hiçbir çocuğun yaşamı tehlikede olmamalıdır, özellikle de cinsiyeti nedeniyle böyle bir sorun yaşamamalıdır. Hiç kimsenin yaşamı sağlık hizmetine, yeterli bilgi ve danışmanlığa ulaşamadığı için son bulmamalıdır.
2. **Bireyin Bağımsızlık ve Güvenlik Hakkı:** Tüm insanlar, başkalarının haklarına saygılı olmak koşuluyla cinsel ve üreme yaşantılarını özgürce kontrol etme ve mutlu olma hakkına sahiptir. Tüm insanlar cinsel ve üreme sağlıklarına yönelik tüm tıbbi girişimlere, tam aydınlatılmış onamları olmadığı sürece maruz kalmamalıdır.
3. **Eşitlik Hakkı, Tüm Ayrımcılıklardan Uzak Olma Hakkı:** Hiç kimse ırk, renk, cinsiyet, medeni durum, sosyal konum, yaş, dil, din, siyasi görüş, milliyet, mülkiyet veya diğer bir özelliği nedeniyle cinsel veya üreme yaşamı ile ilgili sağlık hizmetine ulaşma konusunda ayrımcılığa uğramamalıdır.
4. **Özel Yaşam Hakkı:** Bilgilendirme ve danışmanlığı da kapsayan tüm üreme sağlığı hizmetleri hizmeti alanlara özel olmalıdır ve buradaki kişisel bilgilerin gizliliği sağlanmalıdır.
5. **Özgür Düşünme Hakkı:** Tüm insanlar cinsel ve üreme yaşamları konusunda düşünce ve ifade özgürlüğüne sahip olmalıdırlar.
6. **Bilgi ve Eğitim Hakkı:** Tüm insanlar üreme ve cinsel yaşamları konusunda doğru bilgilendirme ve eğitim hakkına sahiptirler. Tüm kararlarını alırken tam olarak aydınlatılmış olma hakkına sahiptirler.
7. **Evlenme, Aile Kurma Konusunda Özgür Seçim Hakkı:** Kişinin tam ve özgür iradesi olmadan evlenmeme hakkı vardır. Herkesin, infertil olanlar veya fertilitesi

cinsel yolla bulaşan hastalıklar yüzünden tehlikede olanlar dahil, üreme sağlığı hizmetlerine ulaşma hakkı vardır.

8. **Çocuk Sahibi Olma veya Zamanlaması Konusunda Karar Verme Hakkı:** Tüm kadınların üreme sağlığının korunması, güvenli annelik ve güvenli kürtaj alanlarında ulaşılabilir, ucuz, kolay ve kabul edilebilir hizmetler konusunda bilgilenme ve eğitim hakkı vardır.
9. **Sağlık Hizmeti Alma ve Sağlığın Korunması Hakkı:** Tüm insanların, üreme sağlığını da kapsayacak olası en yüksek kalitedeki sağlık hizmetini alma hakkı vardır. Herkesin birincil sağlık hizmeti kapsamında ulaşılabilir, kişinin özel yaşamına, onuruna ve rahatlığına saygı gösteren bir üreme sağlığı hizmeti almaya hakkı vardır.
10. **Bilimsel Gelişmelerden Yararlanma Hakkı:** Tüm insanların en son bilimsel gelişmelerin sunduğu olanaklara erişme hakkı vardır. İnfertilite, kontrasepsiyon ve kürtaj konularında bu olanaklara ulaşamamanın yaşam ve sağlık üzerine olumsuz etkileri olacaktır.
11. **Toplantı Yapma ve Siyasal Katılım Hakkı:** Tüm insanların cinsel yaşam ve üreme sağlığı ve hakları konusunda birlik oluşturma hakkı vardır. Ayrıca kişiler hükümetlerin bu konulara öncelik vermesi için kamuoyu oluşturma hakkına da sahiptir.
12. **İşkence ve Kötü Muameleden Uzak Kalma Hakkı:** Tüm çocuklar her türlü tacizden özellikle cinsel tacizden korunma hakkına sahiptir. Hiç kimse kontraseptif yöntemler veya teknikler konusunda kendi onayı olmadan bir medikal çatışmaya alınmamalıdır.

Gençlere üreme haklarının neler olduğu, bu haklardan nasıl yararlanacakları konusunda yol göstermesi açısından üreme sağlığı danışmanlığı hizmetlerinin önemi büyüktür. Hemşireler tarafından verilen üreme sağlığı danışmanlığı hizmetlerinin temel amacı, tam ve doğru bilgilendirme yaparak ve uygun yaklaşımlarda bulunarak bireylerin sağlıkları konusunda bilinçli ve duyarlı olmalarına yardımcı olmak, doğru kararlar vermelerini sağlayarak toplumun üreme sağlığını yükseltmektir (6). Halk sağlığı hemşireleri toplum tanılama yoluyla hizmet verdikleri bölgelerdeki gençlerin üreme sağlığı sorunlarını saptamalı, ve gençlerle birlikte bu sorunlara uygun çözümler üretmelidir.

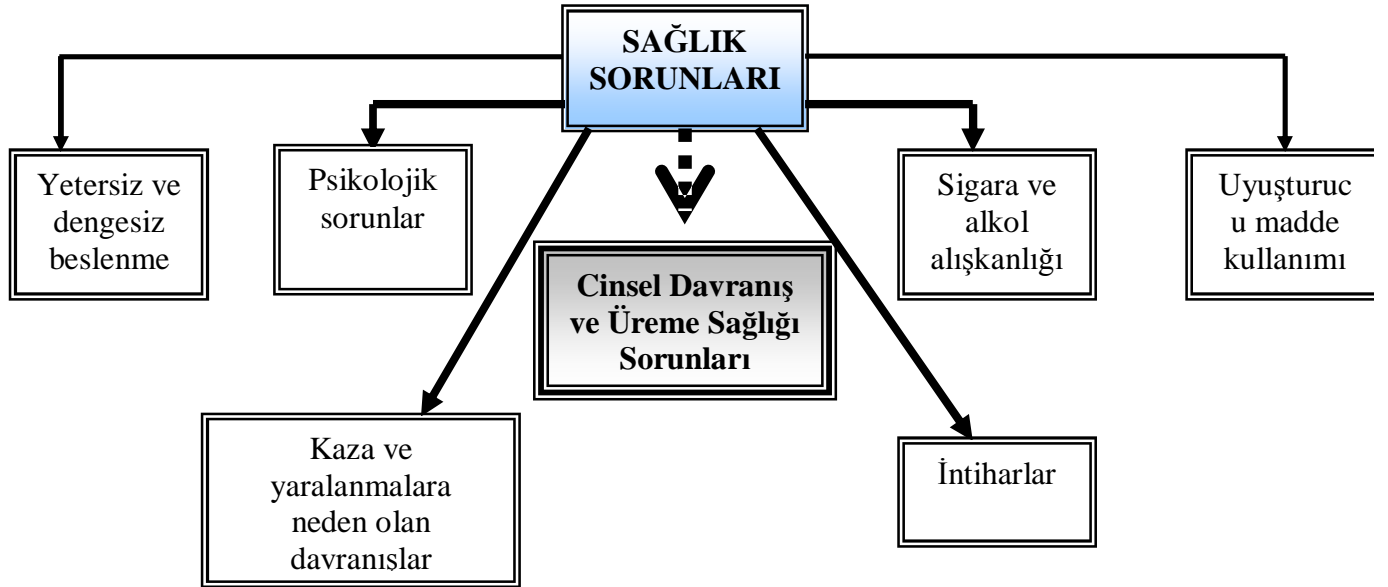
2.1.3. Gençlerin Üreme Sağlığı Sorunları

Adölesan dönem, sağlıkla ilgili bilgilerin, becerilerin, davranışların ve değerlerin oluşturulabileceği bir dönemdir. Bireylerin daha ileri yıllardaki gelişmelerini ve sağlıklarını etkileyecek doğru davranış biçimlerini bugünden benimsemeleri açısından “kritik dönem” olarak ele alınmaktadır (7).

Sağlık açısından en önemli ulusal başarı göstergelerinden biri, o ülkenin gençlerinin iyilik hali ve sağlık düzeyi göstergeleridir (8). Bu nedenle gençlere yönelik hemşirelik bakımı; sağlık sorunlarının önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesine odaklanmalı, adölesanlara sunulan sağlık eğitimi ve hizmetleri ise geliştirilmelidir (9,10,11). Literatürde en sık uygulanan ve önerilen adölesan sağlığını geliştirme programlarının beslenme, egzersiz, hijyen, uyku, alkol, ilaç, sigara kullanımı ve cinsellik alanlarına yönelik sağlığı koruyucu ve geliştirici çalışmalar olduğu dikkati çekmektedir (12,13).

Gençlik döneminde gençlerin sağlığını olumsuz yönde etkileyecek birçok sağlık sorunu olduğu görülmektedir (Şekil 1) (14).

Şekil 1. Adölesan Dönemde Görülen Başlıca Sağlık Sorunları



Adölesan dönemde fiziksel gelişme, psikolojik ve toplumsal olgunlaşmadan daha önce olmaktadır. Adölesanın kendini keşfetmesi, cinsel kişilik ve rollerinin gelişmesi ile bu

dönemde cinsel yaşam başlamaktadır. Gençlerin, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, genellikle kendi ve karşı cinsin özellikleri, vücut işlevleri ve üreme özellikleri konularında yeterli bilgilerinin olmadığı bilinmektedir. Bu bilgisizlikle cinsel yaşamın başlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, erken yaşta doğurganlık, istenmeyen gebelik, düşük gibi üreme sağlığı sorunlarını ortaya çıkarmaktadır.

2.1.3.1. Erken Yaşta Cinsel İlişki

Adölesanların cinsel davranışları ülkeler arasında farklılık gösterebilmektedir. Çünkü, cinsel davranış; toplumun sosyal yapısı, kültürel özellikleri, din ve gelenekleri gibi birçok değişkenle önemli ölçüde ilişkilidir (15)

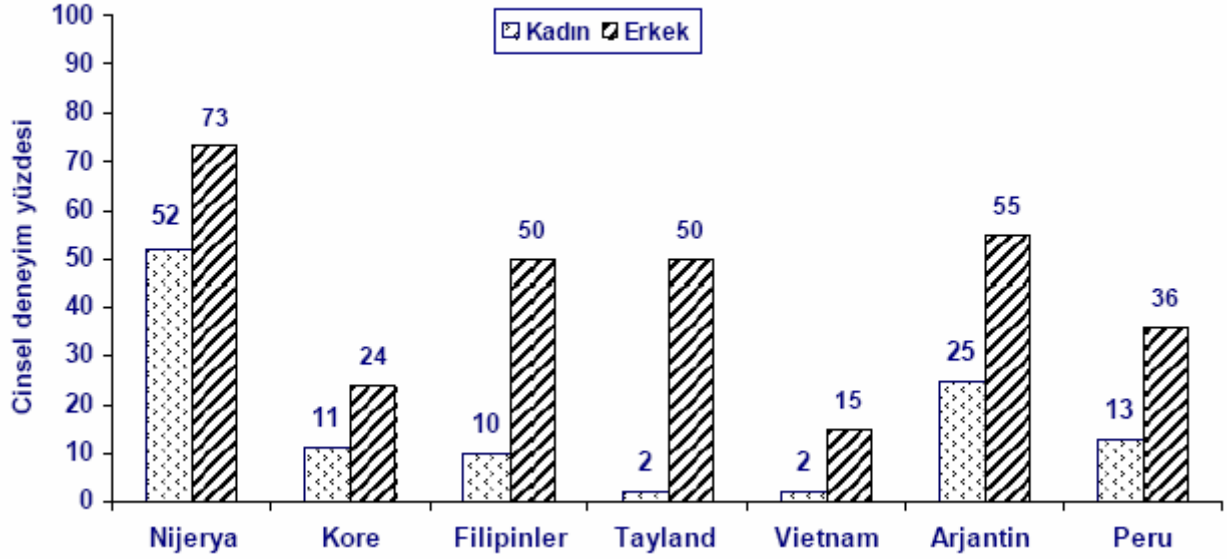
Evlilik öncesi cinsel ilişkinin ahlaki bir sorun olduğu, ancak adölesan yaş grubunda evlenmenin toplumsal değer yargılarına göre bir sorun olarak değerlendirilmediği bir çok ülke bulunmaktadır. Bu ülkelerde kız çocukların erken yaşta evlendirildikleri gözlenmektedir (16)

Bugün birçok ülkede evlilikle ya da evlilik dışı cinsel aktiviteye başlama yaşı giderek düşmektedir. Dünyanın bütün bölgelerinde genç insanların çoğunun 10-20 yaşları arasında cinsel ilişkiye başladıkları tahmin edilmektedir (1,15). Gelişmiş ülkelerin çoğunda adölesanlar arasında evlilik öncesi cinsel ilişki oldukça yaygındır. Gelişmekte olan ülkelerde ise, evlilik öncesi cinsel ilişki yüksek olmamakla birlikte evlilik ve çocuk doğurma olayları erken yaşlarda başlamaktadır (17). Uluslararası istatistiksel bir değerlendirmede cinsel olarak aktif olan 18 yaş ve altı kadınların oranı Brezilya'da %43, Gana'da %66, İngiltere'de %64, Japonya'da %26, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) %63, Zimbabwe'de %38'dir. Erkeklerin oranı ise Brezilya'da %77, Gana'da %43, İngiltere'de %64, Japonya'da %43, A.B.D.'de %73, Zimbabwe'de %38'dir. Latin Amerika ve Karaib'lerde kadınların %20-40'ı Gana, Kenya ve Zimbabwe'de yaklaşık üçte biri, Kuzey Afrika ve Orta Doğu ülkelerinde %30 kadarı ve Yemen'de de yaklaşık yarısı 18 yaşından önce evlenmektedir. Sahra altı ülkelerde 20 yaş öncesi evlenme oranı bazı ülkelerde %93'e, Asya ülkelerinden bazılarında %82'ye, Latin Amerika'da %60'a kadar çıkabilmektedir(18)

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 (19).

Gençlerde evlilik öncesi cinsel aktivite yüzdesinin erkeklere oranla kadınlarda daha az olduğu ve ülkeler arasında farklılıklar görüldüğü belirtilmektedir (Şekil 2) (20).

Şekil 2. Genç İnsanların Evlilik Öncesi Cinsel Aktivite Yüzdesi-DSÖ araştırmalarından Seçilmiştir.



Ülkemizde yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003'e göre çok erken yaşta yapılan evliliklerde belirgin bir azalma olduğu görülmektedir. Erken yaşta (15 yaşında) evlenmiş kadınların oranı, 15-19 yaş grubundaki kadınlar arasında %1 iken, 20-24 yaş grubunda %2'dir (21). Esgin üniversite öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada erkeklerin %35'inin, kızların %5'inin evlilik öncesi cinsel ilişki deneyimi olduğunu saptamıştır (22).

Halk sağlığı hemşireleri gençlerin toplumda olumlu sağlık davranışı geliştirmelerinde aktif bir role sahiptir. Bu sebeple gençlere erken yaşta korunmasız cinsel aktivite sonucunda ortaya çıkabilecek sorunlar hakkında sağlık eğitimleri planlamalı ve uygulamalıdır.

2.1.3.2. Erken 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 (23,24).

Evlilik yaşı hakkındaki hukuki durum karmaşıktır. İnsan hakları kuruluşları, 30 yıldır 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 yaptırımı olmaz ya da uygulanamaz. Çoğu ülkede evlilik yasaları geleneksel yapıya ya da sistemlere dayanmaktadır. Geleneksel kurallar eşlerin de erken evliliğe sıcak bakmasını sağlamaktadır. Kızları ailelerine yük ya da karsız yatırım olarak gören ailelerin erken evliliğe daha sıcak baktığı görülmektedir. Çeyiz ya da başlık parası gibi gelenekler kızların erken evlendirilmesine sebep olmaktadır (23,24).

Bir çok ülkede evlilik öncesi cinsel ilişkinin ahlaki bir sorun olduğu, ancak adölesan yaş grubunda evlenmenin toplumsal değer yargılarına göre bir sorun olarak değerlendirilmediği görülmektedir. Bu toplumlarda kadınların toplum içinde statü kazanmaları çocuk sahibi olma ile sağlanabilmektedir. Puberte ile birlikte kız çocuklarının evlendirilmesi üreme sağlığı sorunlarını da beraberinde getirmektedir (16).

Latin Amerika ve Karaib'lerde kadınların %20-40'ı Gana, Kenya ve Zimbabwe'de yaklaşık üçte biri, Kuzey Afrika ve Orta Doğu Ülkelerinde %30 kadarı ve Yemen'de de yaklaşık yarısı 18 yaşından önce evlenmektedirler. Afrika ve Sahra altı ülkelerde 20 yaş öncesi evlenme oranı bazı ülkelerde %93'e Asya ülkelerinden bazılarında %82'ye, Latin Amerika ve Karaib'lerdeki ülkelerden bazılarında %60'a kadar çıkabilmektedir. Yıllar içinde ilk evlenme yaşı bazı ülkelerde yükselirken (Kenya, Hindistan, Endonezya), bazı ülkelerde ise değişmediği gözlenmektedir (Gana, Kolombiya) (16).

Temel sağlık hizmetlerinde görev alan halk sağlığı hemşiresinin bakım alanı hasta birey değil toplumdur. Topluma hizmet vermenin ön koşulu ise toplumu tanımaktır ve halk sağlığı hemşiresinden beklenen toplumu tanınması, onunla özdeşleşmesi ve hizmet verebilmesidir. Toplumu tanılamada ölçütlerden bir tanesi de toplumun nüfus yapısı ve nüfusun yaş gruplarına göre dağılımıdır (24). Halk sağlığı hemşiresi toplumdaki genç nüfusu saptamalı ve bu yaş grubuna erken yaşta evlilik ve beraberinde gelen sorunlar (erken yaşta

gebelik, erken yaşta doğurganlık, erken doğum) hakkında sağlık eğitimi ve danışmanlık yapılmalıdır.

2.1.3.3. Erken Yaşta Doğurganlık

Evlilik öncesi erken yaşta cinsel ilişki veya erken yaşta yapılan evliliklerde erken yaşta doğurganlık da başlamaktadır. Erken yaşta cinsel yaşamı olan ve kontraseptif kullanmayan gençlerin bir yıl içinde gebe kalma olasılıkları %90'dır. Adölesan dönemde meydana gelen gebelikler, anne-bebek sağlığı ve gençlerin gelecek planları üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle önemli bir sağlık problemi olarak ele alınmaktadır. (16,25). Kadınların genç yaşta anne olmasının kadının eğitimine devam edememesi, yani eğitim yaşamlarının engellenmesi gibi sosyal sonuçları da bulunmaktadır (21).

Erken yaşta evlenen gençler genelde çocuk sahibi olmaları konusunda sosyal bir baskıya maruz kalmaktadırlar. Evlenenlerin hemen çocuğu olacak beklentisi olan kültürlerde, çocuğun evliliğin geleceğini garanti altına alacağı görüşü hakimdir. Bu tarzda düşünen toplumlarda, bir kadın ne kadar erken evlenirse, o kadar genç çocuk sahibi olmalıdır düşüncesi yer almaktadır. 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 kadınlar sosyal statülerinin yükseleceğini düşünmektedir (23,24). Erken yaşta oluşan gebeliklerde, adölesan anneler daha fazla tıbbi sorunlar yaşamaktadırlar. Gebelik, doğum ve sağlıksız düşük komplikasyonları 15-19 yaş grubundaki annelerin temel ölüm nedenleri arasında yer almakta olup, bu yaş grubunda anne ölümleri 20'li yaşlara göre iki kat daha yüksektir (23).

Dünya üzerinde genelde 20 yaş altındaki kadınlardaki doğurganlık hızı azalmaktadır. Ancak adölesan yaş grubunun nüfusu arttığı için bu yaş grubundaki doğum sayısının arttığı gözlenmektedir. Son yıllarda yapılan istatistik verilere göre gelişmekte olan ülkelerde her yıl 15 milyon adölesan anne doğum yapmaktadır ve dünyadaki tüm doğumların yaklaşık %10'u adölesan anne doğumlarıdır (26)

Gelişmekte olan ülkelerde ana ölüm hızı yüzbinde 450 iken, gelişmiş ülkelerde yüzbinde 30 civarındadır. Ana ölüm hızının genç yaşlarda daha da yükseldiği bilinmektedir. Nijerya'da 16 yaş altındaki ana ölüm hızı 20-24 yaş grubu ana ölüm hızına göre yedi kat daha yüksektir (16).

Ülkemizde yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003'e göre 15-19 yaş grubundaki kadınların %8'inin doğurganlık davranışına başladığı görülmektedir. Ayrıca bu

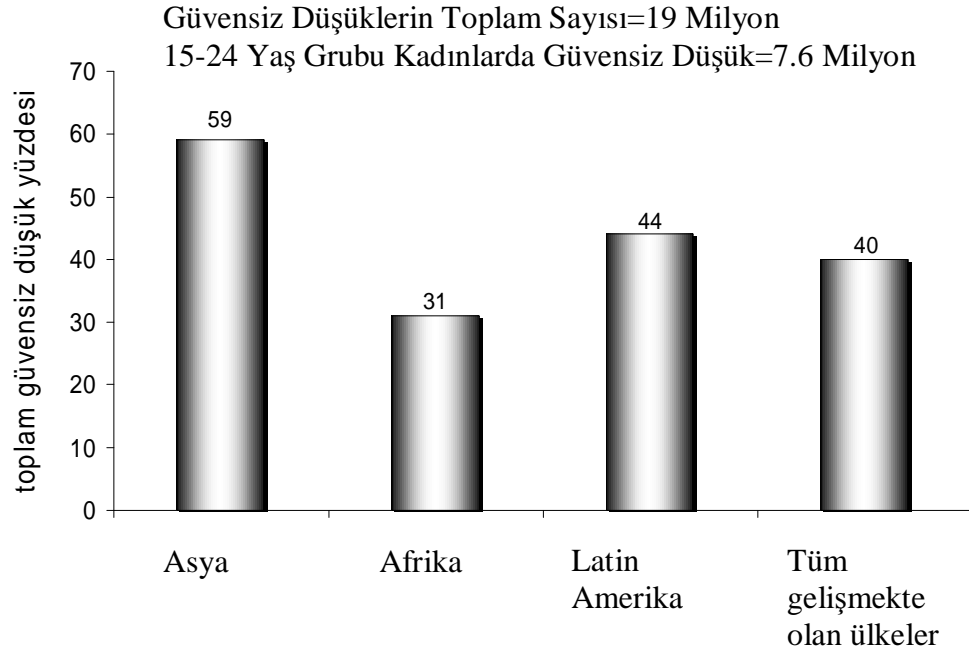
araştırmaya göre anne olma yüzdesi adölesan dönemde yaşla birlikte artmaktadır: 16 yaşında bu oran %1 iken, 17 yaşında %3'e, 18 yaşında %8'e, 19 yaşında %17'ye yükselmiştir (21).

Halk sağlığı hemşirelerinin gençleri erken yaşta gebelik sonucu ortaya çıkabilecek sorunlar konusunda bilgilendirmesi gerekmektedir. Ayrıca gebe kalan gençlerde daha ciddi sağlık sorunlarını önlemek için (düşük, anne-bebek ölümü vs.) gebelere yönelik danışmanlık hizmetlerinde etkin rol almalıdır. Böylece genç, anneliğe hazırlık aşamasında desteklenmiş olur (6). Destek sistemleri yetersiz olduğu zaman adölesanlar/gençler gebeliğe hazır olmadıkları için, istenmeyen gebeliklerini düşük şeklinde sonlandırmayı tercih etmektedirler. Gelişmiş ülkelerde adölesanların isteyerek düşük nedenleri şunlardır: Bir bebeğin kendi yaşamlarını değiştireceği endişesi, kendini bir bebek sahibi olacak kadar olgun hissetmeme ve ekonomik sıkıntılardır (16,25).

Gelişmekte olan ülkelerde her yıl 4.4 milyondan fazla adölesan, isteyerek düşük yapmaktadır (16). Düşüğün yasal olmadığı ülkelerde özel araştırma teknikleri ile dahi adölesan yaş grubundaki düşük hızını saptayabilmek oldukça zordur. Bazen düşük sonrası oluşan komplikasyonlar nedeniyle hastaneye başvuranlar üzerinden düşük sayısı tahmin edilmeye çalışılmaktadır. Kongo, Kenya, Mali, Nijerya, Liberya ve Zaire'de düşük nedeniyle tedavi gören kadınların %38-68'i 20 yaşının altındaki kadınlardır. Bu oran Malezya'da %25'den daha fazladır (16). Yapılan güvensiz düşükler gencin sağlığını tehlikeye sokmaktadır.

Güvensiz düşük sayısı tüm gelişmekte olan ülkelerde %40 iken bu oran Asya'da %59'dur (Şekil 3) (27).

Şekil 3: 15-24 Yaş Grubu Kadınlarda Güvensiz Düşüklerin Tahmini Yüzdesi, 2000



Ülkemizde yapılan TNSA'ya göre düşüklerin %8.7'si 15-24 yaş grubunda gerçekleşmektedir. 20-24 yaş grubundaki kadınların %28.2'si başka çocuk istemediği, %25.3'ü önceki gebeliği yeni sonlandığı için düşük yaptıklarını ifade etmişlerdir (21).

Halk sağlığı hemşireleri gençlerin üreme sağlığı sorunlarından olan erken yaşta doğurganlık ve bunun sonucunda ortaya çıkabilecek düşük gibi sorunlara yönelik üreme sağlığı eğitim programlarını planlayıp, yürüterek gençlerin olumlu sağlık davranışları kazanmalarında aktif rol almalıdır (28,29).

2.1.3.4. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Adölesan dönemde yaşanan erken yaşta cinsel ilişki ve bilinçsiz cinsel davranışların önemli bir sonucu cinsel yolla bulaşan hastalıklardır (CYBH). CYBH, 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, üremeye ilgili ciddi mortalite ve morbidite nedeni olabilmektedir (30).

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, diğerlerini ise kolesterol, yüksek kan basıncı ve mineral eksiklikleri oluşturmaktadır (31). Dolayısıyla güvensiz cinsel yaşam

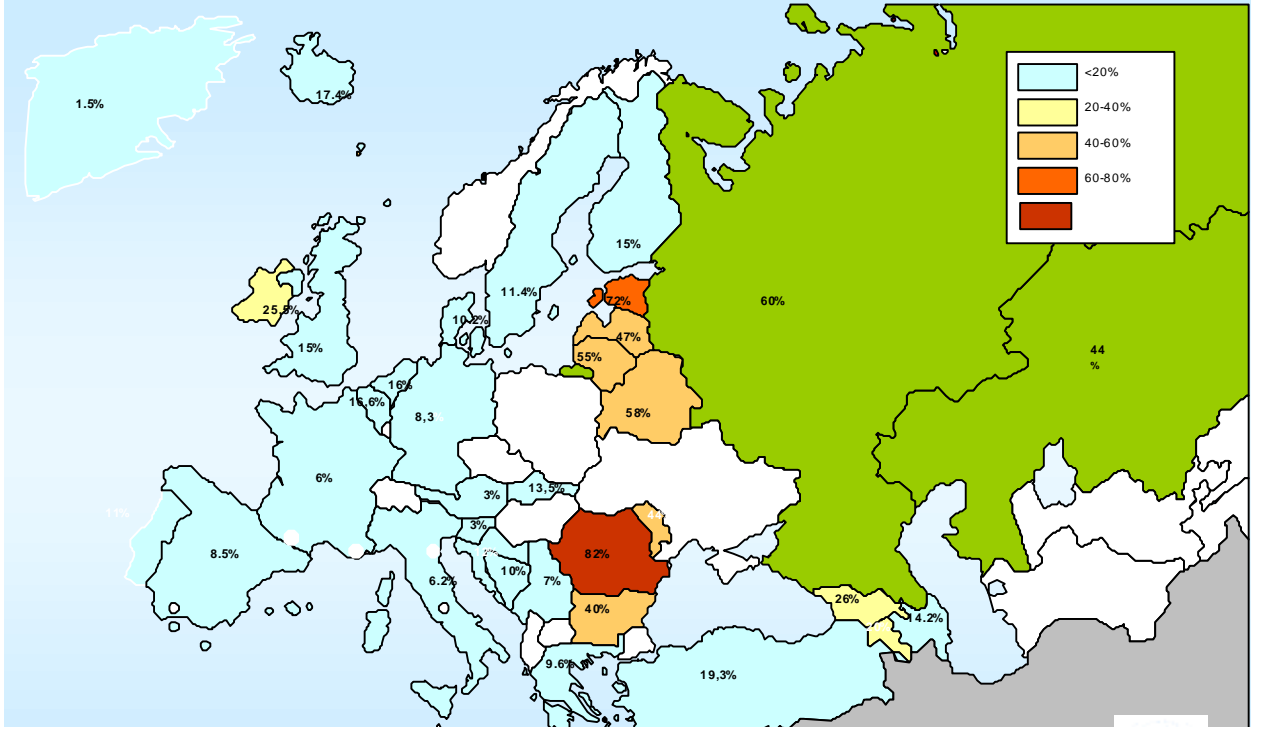
sonucu ortaya çıkan cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) ikinci sırada yer almaktadır. DSÖ tarafından her yıl 2/3'sinden daha fazlası gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere 333 milyon tedavi edilebilir cinsel yolla bulaşan hastalık ortaya çıktığı tahmin edilmektedir. Enfeksiyonların çoğunluğu 25 yaş altı gençlerde görülmektedir. En yüksek hız 20-24 yaşları arasında olup, bunu 15-19 yaşları takip etmektedir. Her yıl 20 gençten birinin tedavi edilebilir bir CYBH'ye yakalandığı düşünülmektedir (32).

CYBH tüm dünyada bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte, görülme sıklıkları gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir. Epidemiyolojik özellikleri toplumdan topluma, hatta aynı toplumda gruplar arasında farklılıklar göstermektedir. Bu hastalıkların çoğu belirti ve bulgu vermeksizin seyrettiği için hastalık sıklığının saptanması güçtür. CYBH'nin görülme sıklığına ilişkin çalışmalar sınırlı olmakla birlikte elde edilen bulgular hepatit B ve İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü / İnsan Bağışıklık Yetmezliği Sendromu'nun (HIV/AIDS) en sık rastlanan enfeksiyonlar olduğunu göstermektedir (33).

DSÖ verilerine göre dünyada ortalama 40.3 milyon İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) ile enfekte kişi olduğu ve hastalığın tanımlandığı 1981 yılından beri 30.9 milyon kişinin hayatını bu hastalıktan kaybettiği belirtilmektedir. Ayrıca gençler arasında HIV prevalansı %25'in üzerindedir (34). Kadınlarda HIV prevalansının arttığı yaş grubu 20-24, erkeklerde ise 25-29'dur (35)

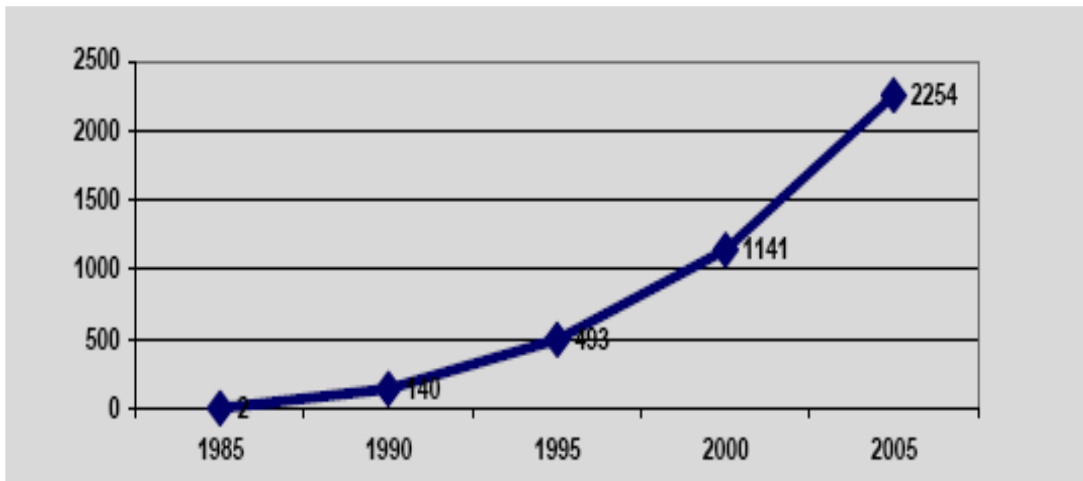
Şekil 4'de 25 yaş altındaki gençlerin bildirilen HIV/AIDS vakaları arasındaki yüzdeleri gösterilmektedir (36).

Şekil 4: 25 Yaş Altı Kişilerin Bildirilen HIV/AIDS Vakaları Arasındaki Yüzdesi



Türkiye’de ilk defa 1985 yılında bir olgu saptanırken, Sağlık Bakanlığı Aralık 2005 verilerine göre 2254 HIV/AIDS hastası bulunmaktadır. Ülkemizde AIDS vaka/taşıyıcılığının en sık görülme yaşı ise 20-29 yaş arasıdır (%72.9). Sağlık Bakanlığı (SB) Verilerine göre, 2005 yılı içerisinde tanı konulmuş 332 yeni olgu olduğu görülmektedir (Şekil 5) (35).

Şekil 5. Türkiye’de HIV/AIDS Olgularının Kümülatif Dağılımı



CYBH'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 (15). CYBH'den korunmada ise kondom kullanımı, tek eşlilik, cinsel perhiz gibi önlemler yer almaktadır (1,16,25).

CYBH'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 ülkenin temsilcisi üreme sağlığının kapsamlı bir tanımı üzerinde anlaşmaya varmıştır (25,29). Yapılan çalışmalar sonunda, aile planlaması, gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi konularının içinde yer aldığı bütüncül bir üreme sağlığı yaklaşımı temel alınmıştır. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan CYBH'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 personelinin ve gençleri bilgilendirme ve davranış değişikliğine yönelik eğitim programları yer almaktadır (23).

Halk sağlığı hemşireleri tarafından yapılan ev ziyaretleri ile, aile bireylerine cinsel yolla bulaşan hastalıklarda dahil olmak üzere bütün sağlık sorunları konusunda bilgi verilerek danışmanlık yapılması, tedavi merkezlerine yönlendirilmesi hem sorunların erken dönemde saptanmasına hem de sevk zincirindeki eksikliğin giderilmesine olanak sağlayacaktır. Halk sağlığı hemşirelerinin ev ziyaretleriyle CYBH açısından risk altında olan daha fazla adölesana ulaşabilmesi mümkündür. Ev ziyaretleri, gençler arasında kondom kullanma oranlarının yükseltilmesi ve CYBH açısından diğer risklerin (çok eşlilik vb.) ortadan kaldırılması için önemlidir (36,37). Bu nedenle halk sağlığı hemşireleri ev ziyaretleri yoluyla gençlerin sağlığını olumsuz etkileyecek davranışları belirlemelidir. Ayrıca olumlu sağlık davranışları kazandırmayı sağlayacak sağlığı geliştirme programları oluşturmalı ve gençlerin bu programlarda aktif rol almasını sağlamalıdır.

2.1.3.5. Aile Planlaması Yöntemi Kullanmama

Adölesanların aile planlaması yöntemi kullanımını etkileyen bir çok faktör vardır. Bir çok ülkede cinsellik bir tabu olarak kabul edilmekte, bu nedenle adölesan yaş grubunun cinsellik ve aile planlaması (AP) yöntemleri hakkındaki bilgisi de oldukça sınırlı kalmaktadır. Evlilik öncesi cinsel ilişkinin kabul edilmediği toplumlarda, gençlerin aile planlaması hizmetlerinden yararlanması zorlaşmaktadır. Ayrıca adölesanların yeterli maddi olanaklara sahip olmaması, yalnız başına sağlık kurumuna başvuramaması da aile planlaması hizmetinden yararlanmasını engelleyen önemli faktörler arasında sayılmaktadır (16)

Gelişmiş ülkelerde aile planlaması yöntemi kullanımı gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksektir. Adölesan yaş grubunda yöntem kullanımı İspanya’da %7, Macaristan’da %19, Danimarka’da %70, İngiltere’de %91’dir. Gelişmiş ülkelerde adölesan yaş grubundaki evli çiftlerin önemli bir yüzdesi aile planlaması yöntemi kullanmaktadır ve son yıllarda aile planlaması yöntemi kullanım hızlarında daha da artış görülmektedir (18)

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. Gelişmekte olan ülkelerde karşılaşılan bir başka sorun ise, gençlerin aile planlaması yöntemlerini duymuş olmalarına karşılık yöntemlere ulaşma ve kullanımı sırasında bazı sınırlılıklar yaşamakta olmalarıdır. Aile planlaması yönteminin nasıl kullanıldığının bilinmemesi ise kullanılan aile planlaması yöntemini başarısız kılmaktadır (16).

Yapılan bazı araştırmalar adölesanların büyük bir kısmının cinsel ilişki sırasında etkili kontraseptif yöntemlerden herhangi birini kullanmadığını ve kontraseptif yöntem kullanma davranışının yaşla birlikte arttığını göstermektedir (38). Ülkemizde TNSA 2003’e göre, herhangi bir aile planlaması yöntemi bilme durumu incelendiğinde 15-19 yaş grubunda bu oranın %94,8, 20-24 yaş grubunda ise %99,8 olduğu görülmektedir. Gençlerin herhangi bir modern yöntem kullanma durumları 15-19 yaşları arasında %16,9, 20-24 yaşları arasında %31,4 olarak saptanmıştır (21).

Sağlık ekibinin üyesi olan hemşirelerin önemli rollerinden olan sağlık eğitimi ve danışmanlık bireylerin aile planlaması bilgi ve davranışlarını arttırdığı için halk sağlığı hemşiresi AP hizmetlerini sunarken sağlık eğitimi ve danışmanlık rollerini en iyi biçimde kullanmalıdır. Ayrıca danışmanlığın etkili olabilmesi için halk sağlığı hemşireleri, aile planlaması danışmanlık hizmetlerini etkin bir şekilde yerine getirebilmek için gençlerin

gereksinimlerini tanımlamalı, konuya ilişkin düşünce ve inançlarını saptamalı, kültürel yönden çeşitli kontraseptif yöntemlerin yarar ve zararlarını bilmeli, bireylerin konuya ilişkin görüşlerini almalıdır (39).

2.2. GENÇLERDE ÜREME SAĞLIĞINA YÖNELİK KORUYUCU PROGRAMLAR VE ÜREME SAĞLIĞI EĞİTİMİNİN ÖNEMİ

2.2.1. Koruyucu Programlar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (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 (40).

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

- Korunmasız cinsel ilişki
- Kadına yönelik cinsel istismar,
- Ulusal politika ve programların açık ve net olmaması
- Toplumun, ailenin, öğretmenlerin, 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 (41)

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 (Family Life Education, FLE) programı, son yıllarda 79 ülkede uygulanmaktadır. FLE, gençlerin davranışlarında, cinsel hayata geçişin ertelenmesi veya gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımının artışı gibi

değişiklikleri sağlamaktadır (23). Gençlere verilecek üreme sağlığı hizmetleri ve cinsel eğitimde dikkat edilmesi gereken noktalar vardır. Bunlar;

2.2.1.1. 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 (23,40).Genç insanları üreme sağlığı ve cinsellik hakkında bilgilendirmek çok hassas bir konudur. 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 aktivitenin başlamasına neden olduğuna dair bir kanıt yoktur. Tersine, cinsel eğitimin gençlerin erken yaşta cinsel aktivite sonucu ortaya çıkan risklere karşı korunmalarında yardımcı olduğu görülmüştür (19,23,40).

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 (19,23,40).

Cinsellik ve üreme sağlığı eğitimlerinde ülke ve kültürlere göre farklı konu başlıklarına yer verilmektedir. Şüphesiz her ülke vurgulamak istediği konunun kendi kültürü için önemini ön plana çıkarmalıdır. 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. Buna ek olarak okul dışındaki gençlerin eğitimi amacıyla televizyon dizileri, çizgi romanlar ve benzeri eğitici programlar hazırlanmaktadır (19,23,40).

2.2.1.2. Üreme Sağlığı Hizmetleri

2.2.1.2.1. Dünyada Üreme Sağlığı Hizmetleri

Gelişmekte olan ülkelerde, klinik bakım geleneksel olarak özellikle kent merkezlerinde, öncelikle yüksek risktekilere hizmet veren CYBH 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 CYBH teşhis ve tedavisinin sunulmasında eğitim almışlardır (23).

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 kardiyojisi, psikiyatrisi, ürolojisi ve jinekolojisinin yanı sıra toplumda ve okullarda uygulamalı çalışmayı kapsamaktadır. Şili'de de belli düzeyde ergen sağlık programları kurumsallaştırması olmuştur. Tanzanya, 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. Tanzanya'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, CYBH'ler, iletişim becerileri, toplumsal cinsiyet konuları yer almaktadır (23).

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(23).

Gençlere üreme sağlığı hizmetleri, CYBH 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 (32). Devlet tarafından ya da gönüllü kuruluşlar tarafından açılan sağlık merkezleri, doğum kontrolü, CYBH yönetimi ve uyuşturucu bağımlılığını önleme amaçlı kurulmuşlardır. Özellikle UNICEF ve UNFPA tarafından üreme sağlığı merkezlerini genç dostu merkezler yapmak için projeler yürütmektedir(3).

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 CYBH’ın tanı ve tedavisi de yer almıştır (23).

Asya bölgesinde kısmen özel olarak ergenler için düzenlenmiş olan çok az kamu hizmeti bulunmaktadır. Çünkü bu ülkelerin çoğunda evlilik öncesi cinsel ilişkide bulunanlar ve CYBH tedavisi alanlar damgalanmıştır. Asya’daki ergen dostu CYBH hizmetlerinin çoğu yalnızca klinik hizmetten oluşmaktadır. Birçoğu genel olarak genç insanları değil de sadece hayat kadınlarını hedef almaktadır. Endonezya ve Filipinler’de CYBH servisleri devlet hastanelerinde mevcuttur, ancak özel olarak ergenler için hazırlanmamıştır (1).

2.2.1.2.2. Türkiye’de Üreme Sağlığı Hizmetleri

Türkiye’de gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetlerinin gelişimi incelendiğinde, üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık/üreme sağlığı (CS/ÜS) konusundaki bilgi, görüş ve düşüncelerinin saptamak ve var olan öğrenci sağlık merkezlerinde genç dostu hizmet modeli oluşturmak amacıyla 2001 yılında Hacettepe ve Dicle Üniversitelerinin birinci sınıf öğrencileri arasında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve DSÖ işbirliği merkezi olan Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nın ortak çalışması ile “gençlerin cinsel ve üreme sağlığı’nı etkileyen faktörler araştırması” planlanmış ve yürütülmüştür. Bu araştırma her iki üniversitede de sağlıkla ilgili olmayan fakültelerin birinci sınıfında okuyan toplam 3666 öğrenci ile görüşmeler yapılarak, üniversite öğrencilerinin sağlık merkezini kullanımı, cinsel sağlık/üreme sağlığı (CSÜS) konularında bilgi, görüş ve davranışlarının, hizmet gereksinimi ve hizmetle ilgili beklentilerinin profili çıkarılmıştır(42). Bu araştırmanın bulgularına göre; gençler arasında CSÜS ile ilgili riskli davranışlar söz konusudur, mevcut bilgileri yetersizdir. Gençlerin büyük çoğunluğu bu konudaki bilgileri üniversite sağlık merkezlerinden almak istemektedirler(42).

Sağlık Bakanlığı’nın (SB) uluslararası ve ulusal kuruluşlarla işbirliği çerçevesinde, 2002 yılından bugüne kadar birinci basamak sağlık kuruluşlarında 24 Adolesan/Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi kurulmuştur ve hizmet sunumuna bu merkezlerde devam edilmektedir. SB tarafından 2002 yılında adolesan 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 (23).

Gençlerin bu konudaki gereksinimlerinin karşılamak amacıyla 2002 yılında UNFPA’in desteği ile Türkiye’de Üniversite Sağlık Merkezleri’nde Genç Dostu CSÜS Hizmet Modeli oluşturulması amacı ile 8 üniversitede (Hacettepe, Osmangazi, Dicle, Bilkent, Boğaziçi, Yeditepe, Koç, Ege Üniversiteleri) bir çalışma yürütülmüştür. Bir yıl süren hazırlık çalışmasından sonra ön görülen “hizmet modeli” 8 üniversitede, 10 merkezde 2003 yılında uygulamaya başlanmış ve 2 yıl süre ile izlenmiştir. Bu merkezlerin gençlerin önemli bir

hizmet gereksinimini karşılamaının yanı sıra, üniversitede sağlık merkezlerinin genel kullanımını da arttırdığı tespit edilmiştir(42).

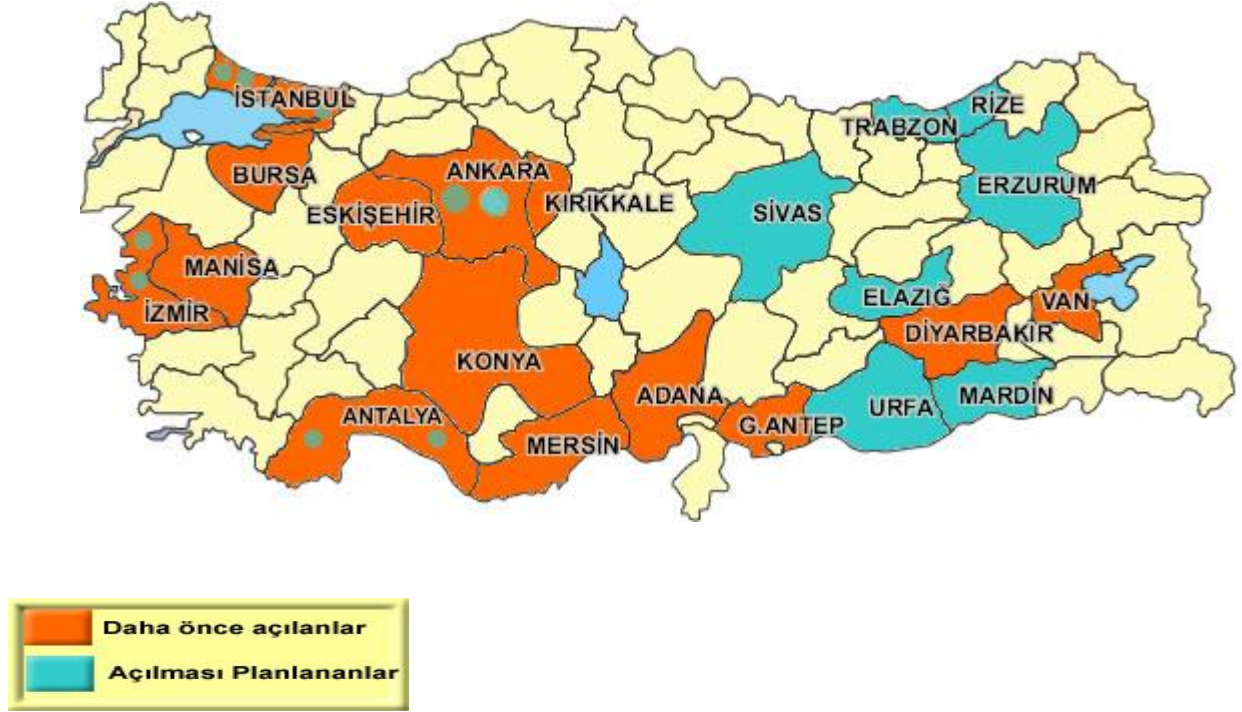
Bu olumlu sonuçlar göz önüne alınarak 2006 yılında gençlerin sağlık hizmet gereksinimini önemli ölçüde karşılayacak olan “Gençlik Danışma Birimleri”nin ülkedeki diğer 5 üniversiteye de (Cumhuriyet, Çukurova, Dokuz Eylül, Erciyes, Gazi) yaygınlaştırılması amacı ile Hacettepe Üniversitesi Kadın Sağlığı Araştırma Merkezi'nin (HÜKSAM) öncülüğünde finans desteği Avrupa Birliği (AB) Komisyonu tarafından sağlanan Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında bir çalışma daha yapılmıştır (42).

Gençlerle ilgili diğer bir çalışma ise, Hacettepe Üniversitesi Beytepe Yerleşkesi'nde 2005 yılında üniversite dördüncü sınıf öğrencilerinde 2001 yılında yapılan bir çalışmaya benzer olarak yürütülmüştür (42). Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Türkiye Üreme Sağlığı Programı dahilinde üreme sağlığına ilişkin bazı aktiviteler ve açılması planlanan merkezler belirtilmiştir (Tablo 1, Şekil 6) (43).

Tablo 1: Aktiviteler

Aktiviter	
Aktivite 1	Genç dostu CS/ÜS hizmetlerine ilişkin mevcut eğitim paketi gözden geçirilecek ve iki ayrı modül haline getirilecek (gençlik danışma merkezleri personeli için daha kapsamlı bir modül ve tüm hizmet sunum düzeylerindeki sağlık personelinin hizmet içi eğitimi için daha genel bir modül)
Aktivite 2	Sağlık personeli genç dostu CSÜS hizmetleri konusunda bilgilendirilecek
Aktivite 3	Sağlık personeli genç dostu CSÜS hizmetlerine ilişkin modüller konusunda eğitilecek
Aktivite 4	Gençlik Danışma Merkezleri kurulacak
Aktivite 5	Seçilen gençlik danışma merkezlerinde belirlenen personel Genç dostu CSÜS eğitim modülüyle eğitilecek
Aktivite 6	Gençlerin CSÜS aktivitelerinin izleme değerlendirmesine dair veri toplanacak
Aktivite 7	Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Birimlerinin çalışma koşulları düzenlenecek
Aktivite 8	Gençlik Danışma Merkezlerinin klinik dışı hizmetleri geliştirilecek ve gençlerin katılımı artırılacaktır.

Şekil 6: Açılması Planlanan Merkezler



Açılan ve açılması planlanan bu merkezlerde üreme sağlığı eğitimleri ile gençlerin bilgilendirilmesi ve olumsuz sağlık davranışlarının değiştirilmesi hedeflenmektedir.

2.2.2. Gençlere Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Önemi

Araştırmalar ve cinsel sağlık eğitimi deneyimleri gençlerin; üreme fizyolojisi, gebelikten korunma ve HIV/AIDS gibi temel cinsellik ve üreme sağlığı konularında yeterli bilgilerinin olmadığını göstermektedir (17,44,45).

Gelişmiş ülkelerde cinsel eğitim verilmesine karşılık yine de tüm adölesanların cinsel ilişki sırasında kontraseptif kullanmadıkları ve üreme sorunlarının halen devam ettiği bilinmektedir. Uzun yıllardır adölesanlara cinsel eğitim veren bir ülke olan A.B.D. de adölesanlara verilen cinsel eğitim deneyiminin sonuçları şu şekilde özetlenebilir: A.B.D. de ilk cinsel ilişki yaşının düştüğü, evlilik öncesi ilişkinin %42 oranında olduğu bulunmuştur (46). Birçok toplumda üreme sağlığı eğitiminin örgün ve yaygın olarak verilmesi desteklenmektedir. Okul eğitim programlarına üreme sağlığının eğitiminin entegre

edilmesinin yanı sıra, toplumda yaşayan herkese medya, sivil toplum kuruluşları, hizmet sektörleri gibi bir çok kanaldan ulaşılması önerilmektedir(16).

Gelişmiş ülkelerde okulda verilen cinsel/üreme sağlığı eğitiminin başarılı olduğu, öğrencilerin verilen eğitim doğrultusunda bilgilerinin arttığı, güvenli cinsel yaşam davranışını benimsedikleri ve daha az gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalık tanısı aldıkları tespit edilmiştir (16). Ancak okul eğitiminin hazırlanması ve sunumunun yetersizliğine bağlı olarak, okulda verilen eğitimin etkisinin az olduğunu gösteren çalışmalar da vardır. Gelişmiş bir ülke olan İsveç'te de uzun yıllardır okullarda cinsel eğitim verilmektedir. Yapılan çalışma sonuçları da İsveç'te adölesanlara verilen cinsel eğitimin teknik açıdan sorunları olduğunu göstermektedir. Müdahale öncesi ve 10 yıl sonra bir bölgede yapılan çalışmanın sonuçlarına göre gençlerin %41'i aileleri ile bu konuları konuşamadıklarını dile getirirken, gençlerin sadece %2'si okuldaki cinsel eğitimi çok fazla bulduğunu belirtmiştir (47).

Diğer taraftan okul tabanlı programlarla okullarda olmayan adölesanlara ulaşamamakta, bu eğitimler zaman almakta ve maddi açıdan pahalıya mal olmaktadır. Bu nedenle toplum tabanlı çalışmaların da yapılması önerilmektedir(16).

Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirmekte olan ülkelere ait verileri, adölesanların üreme sağlığı konularında bilgi kaynağı olarak en sık arkadaş ve medyayı belirttiğini ortaya koymaktadır (28,25). Cinsel eğitim alınan kaynağın sorulduğu 14 ülkede yürütülen uluslar arası bir çalışmada en önemli bilgi kaynağı olarak arkadaş (ortalama %28), ikinci bilgi kaynağı cinsel eş (ortalama%22), üçüncü kitaplardır (ortalama %18). Daha sonraki yanıtlar okul (%13), anne (%10), baba (%3), televizyon (%3), sağlık personeli (%2)'dir (16).

Yapılan bir araştırmada ise adölesanlara üreme sağlığı eğitimini vereceklerin kim olmasını istedikleri sorulduğunda %50'si hemşire cevabını vermiştir (25). Üreme sağlığı eğitimi ile bilgi düzeyinde artış olduğunu ve olumlu sağlık davranışı geliştirildiğini gösteren birçok araştırma vardır (1,16,25,29,48,49,50).

Saroj ve arkadaşlarının adölesanların üreme sağlığı eğitimine yönelik yaptıkları çalışmada, adölesanların toplam üreme sağlığı bilgi puanlarının eğitim sonrasında önemli düzeyde arttığı saptanmıştır (25). Ford ve arkadaşları kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmasına yönelik yaptıkları çalışmada, kadınlarda yapılan üreme sağlığı eğitimi ile AIDS bilgi düzeyinde ve kondom kullanımında artış bulmuştur (48). Lou ve arkadaşlarının çalışmasında deney gruplarında müdahale sonrası kondom kullanımı ve

kontraseptif kullanımında artış olduğu saptanmıştır (49). Brieger ve arkadaşların yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (50).

Gölbaşı'nın adolesan kızlara yönelik okula dayalı üreme sağlığı eğitim programının etkinliğini belirlemek için yaptığı çalışmada adolesan ve gençlerin eğitim öncesine göre eğitim sonrasında toplam üreme sağlığı bilgi puanında artış bulunmuştur (1). Özcebe'nin kırsal alanda adolesan ve gençlerin üreme sağlığı konusunda bilgi düzeyini saptamaya yönelik çalışmasında adolesan ve gençlerin toplam üreme sağlığı bilgi puanlarının üreme sağlığı eğitimi sonrasında önemli düzeyde arttığı saptanmıştır (16).

Yukarıda yer alan hemşirelik çalışmalarında da belirtildiği gibi hemşirelerin toplumun sağlığını koruması, geliştirmesi, yükseltmesi ve toplumda olumlu sağlık davranışı geliştirmelerinde üreme sağlığı eğitiminin etkili olduğu görülmektedir (1,25,28,48,49,50.). Bu nedenle halk sağlığı hemşirelerinin gençlerin üreme sağlığı sorunlarına yönelik üreme sağlığı eğitimi programlarının planlaması, yürütülmesi aşamalarında etkin rol alması gerektirmektedir (29).

2.3. MEME KANSERİ VE KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ

Meme kanseri, dünyada cilt kanseri dışında en yaygın olan kanser türüdür ve kanserden ölümler arasında akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır (51). 1960'lı yıllarda her 14 kadından biri meme kanseri riski altında iken, günümüzde bu risk yedi kadından biri için geçerlidir. Amerika'da meme kanseri kadınlarda tüm kanserler içinde ilk sırada yer almaktadır. Meme kanseri kadınlarda görülen bütün kanserlerin %30'unu, kansere bağlı ölümlerin ise %20'sini oluşturmaktadır (52).

Türkiye'de kadınlarda görülen kanserler içinde meme kanseri 1999 yılı sağlık istatistiklerine göre %24.96 görülme oranı ile ilk sırada yer almaktadır (52).

Ortalama yaşam süresinin artması, yaşam tarzındaki değişiklikler, tanı testlerinde ve kanser olgularının bildirimindeki artışlar meme kanseri insidansında artışa yol açan başlıca nedenler arasında sayılmaktadır. Meme kanserinin erken tanı ve tedavisi, yaşam süresinin uzamasında, mortalitenin azalmasında, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde, kadınlarda fiziksel acı ve psiko-sosyal zorlanmanın önlenmesinde etkili olabilmektedir (53,54,55,56). Bu konuda yapılan çeşitli çalışmalar meme kanserinin erken tanısı ile tedavi başarısı ve prognoz arasındaki önemli ilişkilere dikkati çekmektedir (54,57).

Meme kanseri tarama yöntemleri ile erken yakalanabilmesi ve tedavisinin genellikle iyi sonuç vermesi nedeniyle özellik gösterir. Meme kanserinin erken teşhisi hayatta kalma oranını artırır. Birçok tümör kadının kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile saptanabilir. Memedeki kitlelerin %90'ını kadınların kendisinin saptadığı ve bu kitlelerin %25'inin malignensi olduğu bilinmektedir (53,58).

Bu nedenle kadınlar meme kanserinin belirtileri ve KKMM konusunda bilgilendirilmelidir. Hemşireler tarafından halkın sağlık eğitimi meme kanserinde erken tanıyı sağlama ve KKMM yönteminin uygulanmasında etkili olabilecek bir yöntemdir. Gençler arasında yapılan çalışmalarda, gençlerin meme kanserine yakalanma ihtimallerini çok az olarak algıladıklarından KKMM uygulamasını benimsemedikleri ya da çok az uyguladıkları tespit edilmiştir. Gençleri son yıllarda artan meme kanserine karşı bilinçli hale getirmek ve sağlığı geliştirme davranışlarını kazanmalarına yardımcı olmak amacıyla KKMM'ni öğrenmelerini ve uygulamalarını sağlamak oldukça önemlidir. Sağlığı koruyucu davranışların benimsenmesinde ve gençlerin sağlık sorumluluklarını almasında önemli adımlardan biri olan

KKMM eğitimi, gerekliliği ve uygulaması hakkında gençlerin bilgilendirilmesi gereklidir (53,55).

Kadınların meme kanseri yönünden belirli aralıklarla değerlendirilmesi KKMM, klinik muayene ve mamografi ile yapılmaktadır. Amerikan Kanser Birliği tarafından önerilen ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygın olarak kullanılan meme kanseri tarama rehberi Tablo 8'de gösterilmiştir (59).

Tablo 2. Meme Kanseri Amerikan Kanser Birliği Tarafından Önerilen Meme Kanseri Tarama Rehberi

Yaş Grubu	Yöntem	Uygulama Sıklığı
20-39	KKMM Klinik Muayene	Her ay 3 yılda bir
40-49	KKMM Klinik Muayene Mamografi	Her ay Her yıl 1-2 yılda bir
50 yaş ve üzeri	KKMM Klinik Muayene Mamografi	Her ay Her yıl Her yıl

Amerikan Kanser Topluluğu kendi kendine meme muayenesine (KKMM) 20 yaşında başlaması gerektiğini ve aynı zaman da hemşirelerin kadınları KKMM konusunda eğitmekten sorumlu olduğunu belirtmektedir (59). Meme kanserinin erken tanısında önemli bir yeri olan KKMM'nin yaygınlaştırılmasında ve doğru olarak uygulanmasında eğitimin etkisini araştıran pek çok çalışma yapılmıştır (60,61,62). Hemşireler tarafından yapılan birçok çalışmada, eğitim sonrası değerlendirmede eğitim öncesine göre kadınların KKMM bilme ve uygulama oranlarında artış olduğu saptanmıştır (52,53, 29, 52, 63,64,65,66,67,68,69).

KKMM, basit olması, herkes tarafından uygulanabilmesi, özel araç gerektirmemesi ve herhangi bir maliyetinin olmaması gibi nedenlerden dolayı meme kanserinin erken tanısında kullanılan önemli bir tarama yöntemidir. KKMM meme kanserini kesin olarak tanıyan bir yöntem olmamasına karşın, kadınların kendi bedenleri üzerindeki farkındalıklarının artması ve meme kanseri konusunda daha duyarlı olmalarını sağlaması açısından önemlidir. Diğer taraftan meme kanseri vakalarında kitlenin, çoğunlukla kadının kendisi tarafından saptandığı

dikkate alındığında, 20 yaşı üzerindeki her kadının düzenli olarak KKMM yapmasını sağlamaya yönelik eğitim programlarının önemi kaçınılmazdır (64).

Bireysel ve toplu eğitim programları, erken tanının önemini belirtmesi açısından da faydalıdır. Sağlık eğitiminde tüm sağlık ekibinin katılımına gereksinim vardır. Bu ekipte hemşirenin rolü çok önemlidir (65). Hemşirenin eğiticiliği, sağlıkla ilgili tüm konularda olduğu gibi, günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biri olan kanser konusunda da önemli bir yer tutmaktadır (66)

Hemşire, meme kanserinin erken tanısında eğitici ve muayeneyi uygulayıcı kişidir. Kadın olması ve sağlık ekibi içinde kolay ulaşılabilir bir eleman olması, meme kanserine ilişkin eğitimde diğer sağlık personeline göre daha etkin görev almasını gerektirir. Hemşire, toplumdaki meme kanseri ve erken tanısına ilişkin bilgi eksiklerini bildiğinde, bu konudaki eğitici rolünü daha iyi gerçekleştirebilir. Hemşire eğitim işlevinde gençlerin meme kanseri ve KKMM konusundaki bilgilerini belirleyip, bu bilgiler doğrultusunda eğitim gereksinimlerini saptamaktadır. Topladığı bilgiler yoluyla eğitim programını planlayıp uygulamalı, bu arada eğitimin daha etkili olabilmesini sağlamak için görsel ve işitsel araçlar kullanılmalı, broşür, dergi ve resimlerden faydalanmalıdır. Ayrıca eğitim yapılan gruptaki her kadının en az bir kez KKMM pratiğini hemşire kontrolünde yapması sağlanarak bu konudaki hataların düzeltilmesi ve eksiklerin giderilmesi gerekmektedir (66).

Meme kanserinin erkeklerde görülme sıklığı çok azdır. Ancak KKMM'nin erkeklere de öğretilmesi erken tanı için önem taşımaktadır. Ayrıca erkeklere erken tanısı konulduğunda tedavisi mümkün olan testis kanseri ve kendi kendine testis muayenesi (KKTm) konusunda da bilgi verilmelidir.

2.4. TESTİS KANSERİ VE KENDİ KENDİNE TESTİS MUAYENESİ

Testis kanseri 15-35 yaş arasındaki erkeklerde en yaygın görülen kanserdir ve bu yaş grubundaki erkeklerin başlıca ölüm nedenidir. Erkeklerdeki malignansilerin yalnızca %1'ini oluşturmasına rağmen, geç adölesanlarda ölümlerin 1/7'si bu hastalıktan kaynaklanmaktadır (70,71,72).

Testis kanseri erken tanındığında tedavi edilebilir bir hastalıktır. Testisteki değişiklikleri fark etmede ve erken tanılamada ayda bir kez testis muayenesi yapılması önerilmektedir. Bu nedenle testis kanseri konusunda toplumun bilinçlendirilmesi erken tanı ve tarama konularında odaklanılması ve yüksek riskli gruba giren erkeklere testis kanseri hakkında eğitim verilmesi önemlidir. Yapılan bir çalışmada, araştırma kapsamına alınan erkek hastalar, kendi kendilerine testis muayenesi (KKTM) yapmadıklarını belirtmişlerdir (70).

Risk faktörlerinin belirlenmesi ve erken tanılamada hemşire, doktor ve diğer sağlık personelleri anahtar rol oynamaktadır. Kanserın önlenmesi ve erken tedavisinde erken tanı belirtilerinin hemşireler tarafından bilinmesi ve risk altındaki bireylere öğretilmesi çok önemlidir. Hastalara ilişkin risk faktörlerini ve erken tanı belirtilerini saptamada en iyi yaklaşım tam bir fizik muayene ve iyi alınmış öyküdür. Hemşirenin, hemşirelik tanısını koyabilmesi, risk faktörlerini ve erken tanı belirtilerini belirlemesi için fizik muayene konusunda yeterli bilgi ve deneyimi kazanmış olması gerekmektedir. Fizik muayene konusunda donanıma sahip olan hemşire hastanın durumunu daha doğru değerlendirecek ve uygulanan tedavide daha fazla sorumluluk alacaktır (73). Ayrıca halk sağlığı hemşireleri tarafından testis kanseri ve KKTM'si konusunda çeşitli kurumlarla işbirliği kurularak, sahada, okullarda, kliniklerde uygulamak için eğitim programları oluşturulmalı ve hayata geçirilmelidir. Bu eğitimlerin etkinliği ise aralıklı olarak değerlendirilmelidir.

2.5. GENÇLERİN KONDOM KULLANIMI

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/CYBH önleminin özellikle başarılı olduğu yerlerde, sürekli kondom kullanımının gençler arasında yaygın olmadığı saptanmıştır (32). 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 (23). 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 (32).

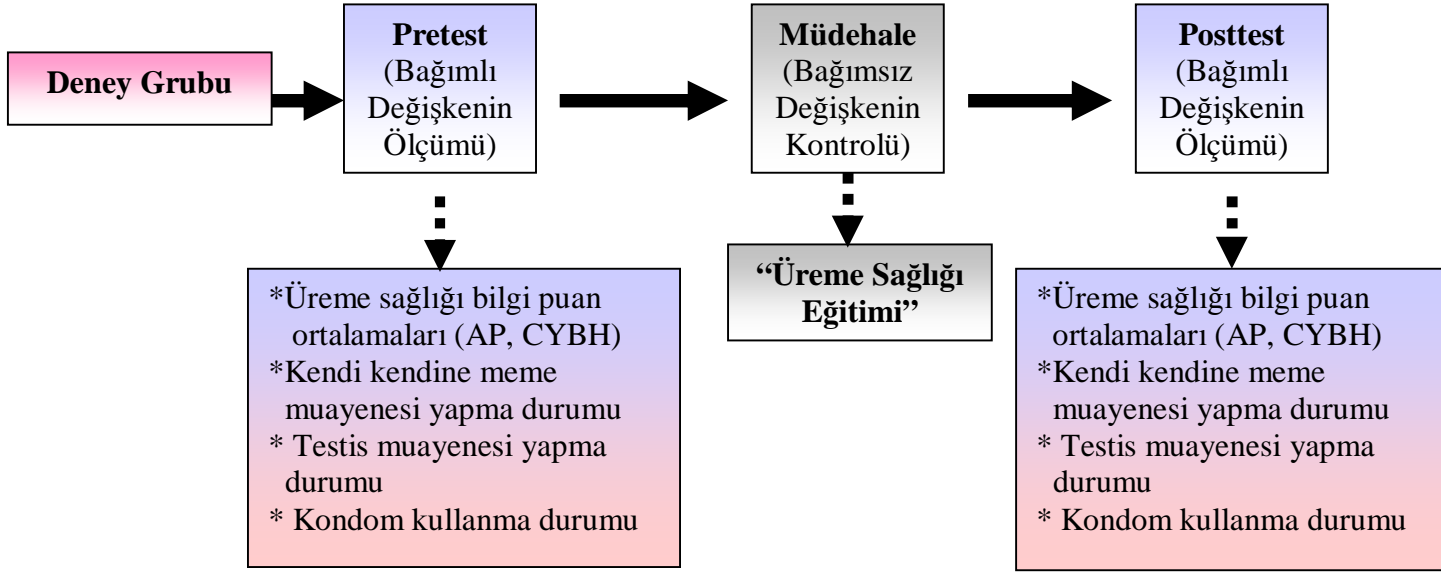
Son yıllarda yapılan çalışmalarda önceki yıllara göre kondom kullanımının arttığına dair araştırmalar vardır. DSÖ tarafından yapılan bir çalışmada cinsel deneyimi olan erkekler arasında kondom kullanımının %9'dan %62'ye, kızlarda ise %5'den %33'e yükseldiği belirtilmiştir (32,23). Kondom kullanımının artması için eğitim önem taşımaktadır. Gençlere verilen eğitimlerle gençlerde kondom kullanma davranışının arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (16,23,25,48,49,50).

Sonuç olarak halk sağlığı hemşirelerinin temel görevi bireylerin içinde bulunduğu sağlık durumlarının korunması ve geliştirilmesinin yanında, sağlık durumları kötü olan bireylerin hastalıklarının başlangıcında erken teşhisi ve sağaltım çalışmalarını kapsamaktadır. Bu nedenle halk sağlığı hemşireleri teknolojik gelişmeleri, teşhis ve tedavi aşamalarında kullanılan yöntemleri takip ederek bakım verdiği bireylerin daha kaliteli hizmet almasını sağlamalıdır (74,75)

BÖLÜM III

GEREÇ/YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi: Bir grupta pretest-posttest modeli kullanılarak yapılan yarı deneysel bir çalışmadır (76).



Şekil 7: Araştırmanın Tipi

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer: Araştırma Şanlıurfa il merkezinde yer alan Çıraklık Eğitim Merkezi, Halk Eğitim Merkezi, Kuran Kursu, ve Gençlik Evi’nde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Zamanı: Araştırma, Temmuz 2007- Mayıs 2008 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.4. Örneklem

Araştırma kapsamına Şanlıurfa il merkezinde sosyoekonomik düzeyi düşük olan, üreme sağlığı konusunda bilgiye gereksinimi olan ve eğitimden sonra ulaşılmasının kolaylığı açısından Çıraklık Eğitim Merkezleri, Halk Eğitim Merkezi, Kuran Kursu ve Gençlik Evinde öğrenim gören gençler alınmıştır. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiş olup eğitime gönüllü olarak katılmak isteyen 15-24 yaş grubu 700 gence ulaşılmıştır. Gençlerden 15 yaşından küçük olan ve 24 yaşından büyük olanlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Araştırmacının Üreme Sağlığı Eğitimi

Eğitime başlamadan önce eğitimi verecek olan araştırmacı Willows Foundation ve UNFPA (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu) işbirliğinde Şanlıurfa'da 6-10 Haziran 2005 tarihleri arasında (5 gün süreyle) Adölesan Sağlığı Projesi (Üreme Sağlığı) kapsamında verilen eğitici eğitimine katılmıştır.

Tablo 3: Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Konuları

Eğitim Konuları
1. Adölesanların Fiziksel, Cinsel Ve Psikososyal Gelişmesi
2. Aile Planlaması
3. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Ve Korunma
4. Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi
5. Testis Kanseri Ve Kendi Kendine Testis Muayenesi
6. Kondom Kullanma

3.6. Gençlerin Üreme Sağlığı Eğitimi

Eğitim öncesi okul idareleri ile işbirliği kurularak eğitim için bir sınıf belirlenmiş ve gönüllü gençler bu sınıfta eğitilmiştir. Üreme sağlığı eğitiminin uygulamaya konulması için gençler 25'er kişilik gruplara ayrılmış olup, her gruba 3 kez eğitim verilmiştir. Birinci eğitimde; Adölesanların fiziksel, cinsel ve psikososyal gelişmesi, aile planlaması hakkında bilgi verilmiştir. İkinci eğitimde; Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma, meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi anlatılmıştır. Üçüncü eğitimde; Testis kanseri, kendi kendine testis muayenesi ve kondom kullanma hakkında bilgi verilmiştir. Her eğitim en az bir

saat (1saat) sürmüş olup, eğitimlerden sonra isteyen gençlere danışmanlık hizmeti verilmiştir. Eğitim sırasında kızlar ve erkekler farklı sınıflarda eğitim almışlardır.

3.7. Verilerin Toplanması:

3.7.1. Veri Toplama Araçları: Verilerin toplanmasında anket yönteminden yararlanılmıştır. Çalışmada gençlerin sosyo-demografik özellikleri, üreme sağlığı bilgi ve davranışlarını içeren “Anket Formu” kullanılmıştır.

Sosyo-Demografik Özellikler: Anket formunun bu bölümü gençlerin sosyo-demografik özelliklerini tespit etmek amacı ile 6 sorudan (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, en uzun yaşanılan yer, toplam kardeş sayısı) oluşmaktadır (Ek 1).

Üreme Sağlığı Bilgileri: Anket formunun bu bölümü gençlerin üreme sağlığı bilgilerini belirlemek amacıyla 10 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

Cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulaşma şekli hakkında aşağıdakilerden hangisi doğrudur?, Sizde cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için aşağıdakilerden hangisi uygundur?, Cinsel ilişki sırasında kondom kullanma amacınız nedir?, Aşağıdakilerden hangisi üreme haklarından biri değildir?, Sizde aile planlamasının tanımı aşağıdakilerden hangisidir?, Gebeliği önleyici yöntemlerden biri olan rahim içi araç (spiral, alet de denebilir) için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?, Gebeliği önleyici hap (hap, doğum kontrol hapi da denebilir) için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?, Kadında tüplerin bağlanması için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?, Erkekde kordonların bağlanması için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?, Kondom (kaput, prezervatif) için aşağıdakilerden hangisi doğrudur? soruları ile değerlendirilmiştir. Her doğru yanıt 1 puan, he yanlış yanıt ise 0 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Ancak 13,14,15,16,17 nolu soruların birden fazla doğru yanıtı olduğu için minimum puan 0-maximum puan ise 21'dir (Ek 1).

Üreme Sağlığı Davranışları: Anket formunun bu bölümü gençlerin üreme sağlığı davranışlarını belirlemek amacıyla 3 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

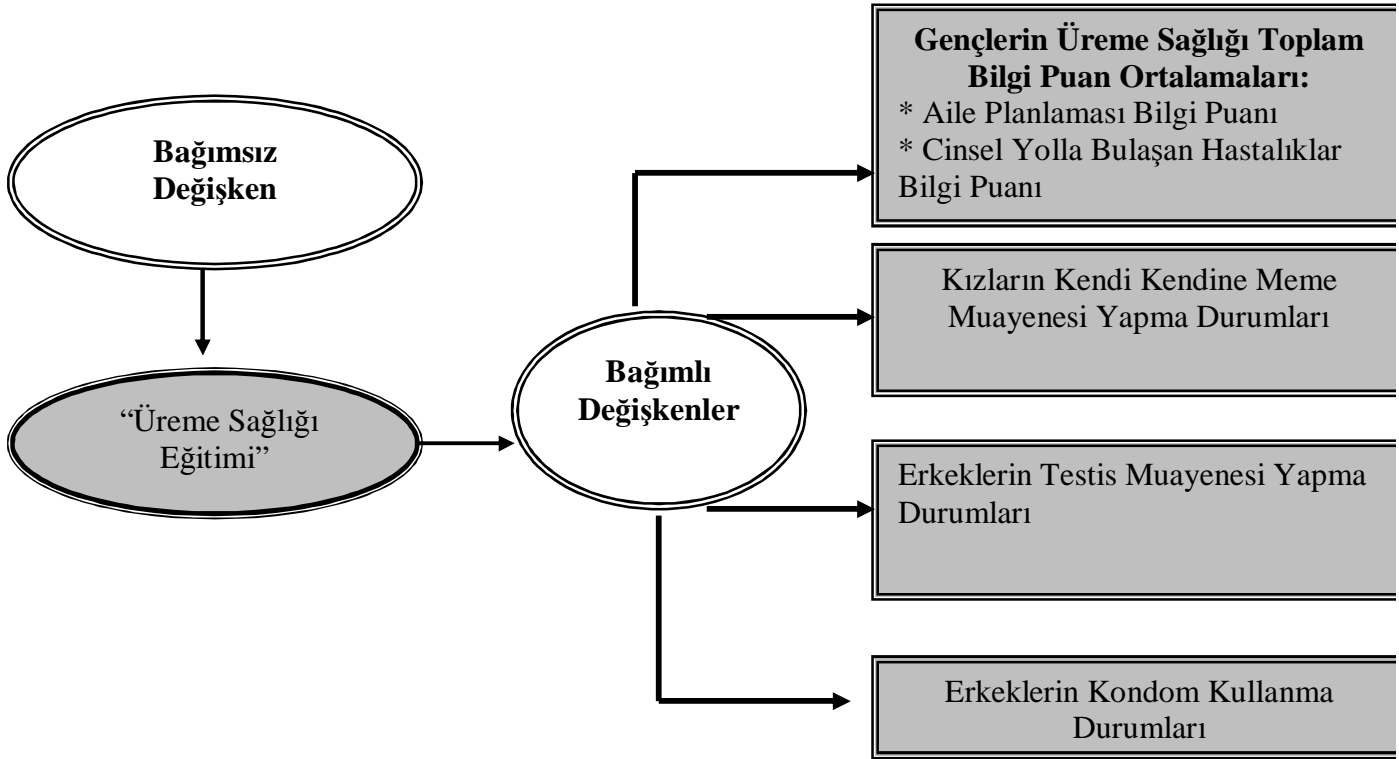
Kızların kendi kendine meme muayenesi yapma durumları, kendi kendine hiç meme muayenesi yaptın mı? sorusu ile değerlendirilmiştir. Eğitimden en az bir ay sonra son test doldurulduğu için ayda bir kez kendi kendine meme muayenesi yaptım diyen gençlerin cevapları doğru kabul edilmiştir.

Erkeklerin testis muayenesi yapma durumları, testis muayenesi yaptın mı? sorusu ile değerlendirilmiştir. Eğitimden en az bir ay sonra son test doldurulduğu için ayda bir kez testis muayenesi yaptım diyen gençlerin cevapları doğru kabul edilmiştir.

Erkeklerin kondom kullanma durumları, cinsel ilişki sırasında kondom kullanıyor musun? sorusu ile değerlendirilmiştir. Bu soru cinsel aktivitede bulunan gençlere sorulmuştur ve bu soruya evet yanıtını veren gençlerin cevapları doğru kabul edilmiştir.

3.7.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması: Veri toplama araçları her gruptaki gençlere eğitim öncesi ve sonrasında uygulanmıştır. Gençlere anket formlarına isimlerini yazmamaları istenmiştir. Ancak eğitim sonrasında aynı kişilere ulaşma kolaylığı açısından formlara rumuzlarını yazmaları söylenmiştir. Anket formunun doldurulması için eğitim öncesi ve sonrası toplam 30 dakika ayrılmıştır. Okur yazar olmayan gençlere görüşme yöntemi ile sorular okunmuş olup, gençlerin verdiği cevaplar anket üzerinde işaretlenmiştir.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri: Araştırmanın değişkenleri **Şekil 8’de** gösterilmiştir.



Şekil 8: Araştırmanın Değişkenleri

3.9. Uzman Görüşü ve Ön Uygulama: Literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu uzman görüşüne sunulmuş olup, araştırma bölgesi dışındaki 15-24 yaş grubu 10 gence ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda anket formu tekrar gözden geçirilmiş ve son hali verilmiştir.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi:

1. Gençlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puan ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için **bağımlı gruplarda t- testi**,
2. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası kendi kendine meme muayenesini düzenli yapıp yapmama durumlarını değerlendirmek için **bağımlı iki grup arasında ki-kare (McNemar) testi**,
3. Erkeklerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası düzenli testis muayenesi yapıp yapmama durumlarını değerlendirmek için **bağımlı iki grup arasında ki-kare (McNemar) testi**,
4. Erkeklerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası kondom kullanma durumlarını değerlendirmek için **bağımlı iki grup arasında ki-kare (McNemar) testi** yapılmıştır.

3.11. Araştırma Etiği: Şanlıurfa Valiliğinden, okul idaresinden ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Veriler araştırmaya katılmayı kabul eden gençlerden sözlü onam alındıktan sonra toplanmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Gençlerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 4. Gençlerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=700)

Değişkenler		
Yaş	18.80 ± 2.82	
Cinsiyet	Sayı (n)	%
Kız	340	48.6
Erkek	360	51.4
Öğrenim Durumu		
Okuryazar değil	21	3.0
Okuryazar	61	8.7
İlkokul	96	13.7
Ortaokul	357	51.0
Lise	137	19.6
Üniversite ve üzeri	28	4.0
Medeni Durum		
Bekar	640	91.4
Evli	60	8.6
En Uzun Yaşanılan Yer		
İl Merkezi	536	76.6
İlçe Merkezi	125	17.9
Köy	38	5.4
Yurt Dışı	1	0.1
Kardeş Sayısı	6.18 ± 2.49	
Toplam	700	100.0

Üreme sağlığı eğitimi verilen gençlerin sosyo demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 4’de verilmiştir. Gençlerin yaş ortalaması 18.80 ± 2.82 olup, %48.6’sını kızlar oluşturmaktadır. Öğrenim durumlarına bakıldığında %51’i ortaokul mezunudur. Katılımcıların %91.4’ü bekarıdır. En uzun yaşanılan yer incelendiğinde %76.6’sı il merkezinde yaşamaktadır. Gençlerin ortalama kardeş sayısı ise 6.18 ± 2.49 ’dur.

4.2. Gençlerin Üreme Sağlığı Eğitimi Öncesi ve Sonrası Bilgi Değişimi

Tablo 5. Gençlerin Üreme Sağlığı Bilgi Puanlarının Dağılımı

Bilgi Değişimi	Ön Test		Son Test		t	p
	Ortalama	Standart Hata	Ortalama	Standart Hata		
Aile Planlaması Bilgi Puanı	5.09	3.38	14.53	3.72	-53.915	0.000
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Bilgi Puanı	1.11	0.77	2.33	0.59	-35.505	0.000
Toplam Bilgi Puanı	6.26	3.68	16.87	3.92	-57.663	0.000

Araştırmaya katılan gençlerin eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanlarının dağılımı Tablo 5’de görülmektedir. Bilgi puanları incelendiğinde; eğitim öncesinde toplam bilgi puanı ortalaması 6.26 iken, eğitim sonrasında 16.87’ye yükselmiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Gençlerin eğitim öncesi aile planlaması bilgi puanı ortalaması 5.09 iken, eğitim sonrasında 14.53’e yükselmiştir. İstatistiksel olarak aralarında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.01$). Cinsel yolla bulaşan hastalıklar bilgi puanı eğitim öncesi ortalama 1.11 iken, eğitim sonrası 2.33’e yükselmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.01$).

4. 3. Gençlere Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Gençlerin Davranışına Etkisi

4.3.1. Gençlerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumları

Tablo 6. Gençlerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Kendi Kendine Meme Muayenesini Yapma Durumları

KKMM'ni Eğitim Öncesi Yapma Durumu	KKMM'ni Eğitim Sonrası Yapma Durumu				Toplam		p
	Yapan		Yapmayan				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yapan	68	20.0	10	2.9	78	22.9	0.000
Yapmayan	174	51.2	88	25.9	262	77.1	
Toplam	242	71.2	98	28.8	340	100.0	

$\chi^2_{McNemar}=144.397, p<0.01$

Üreme sağlığı eğitimi alan gençlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası KKMM'ni yapma durumları Tablo 6'de verilmiştir. Gençlerin üreme sağlığı eğitimi almadan önce KKMM'ni düzenli yapma durumu %22.9 iken, eğitim sonrası KKMM'ni düzenli yapma durumu %71.2'ye yükselmiştir. Gençlerin KKMM'ni eğitim öncesi ve sonrası düzenli yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($\chi^2_{McNemar}=144.397; p<0.01$).

4.3.2. Gençlerin Kendi Kendine Testis Muayenesi Yapma Durumları

Tablo 7. Gençlerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Testis Muayenesini Yapma Durumları

Testis Muayenesini Eğitim Öncesi Yapma Durumu	Testis Muayenesini Eğitim Sonrası Yapma Durumu				Toplam		p
	Yapan		Yapmayan				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yapan	20	5.6	33	9.1	53	14.7	0.000
Yapmayan	86	23.9	221	61.4	307	85.3	
Toplam	106	29.4	254	70.56	360	100.0	

$\chi^2_{McNemar}=22.723, p<0.01$

Üreme sağlığı eğitimi alan gençlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası testis muayenesini yapma durumları Tablo 7’de verilmiştir. Gençlerin üreme sağlığı eğitimi almadan önce testis muayenesini düzenli yapma durumu %14.7 iken, eğitim sonrası testis muayenesini düzenli yapma durumu %29.4’e yükselmiştir. Gençlerin testis muayenesini eğitim öncesi ve sonrası düzenli yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($\chi^2_{McNemar} 22.723;p<0.01$).

4.3.3. Gençlerin Kondom Kullanma Durumları

Tablo 8.Gençlerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Kondom Kullanma Durumları

Eğitim Öncesi Kondom Kullanma Durumu	Eğitim Sonrası Kondom Kullanma Durumu				Toplam		p
	Kullanan		Kullanmayan				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kullanan	38	10.1	6	1.7	44	12.2	0.000
Kullanmayan	28	7.8	288	80.0	316	87.8	
Toplam	66	18.3	294	81.7	360	100.0	

$\chi^2_{McNemar}=12.971, p<0.01$

Üreme sağlığı eğitimi alan gençlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası kondom kullanma durumları Tablo 8’de verilmiştir. Gençlerin üreme sağlığı eğitimi almadan önce kondom kullanma durumu %12.2 iken, eğitim sonrası kondom kullanma durumu %18.3’e yükselmiştir. Gençlerin KKTM’ni eğitim öncesi ve sonrası düzenli yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($\chi^2_{McNemar} 12.971;p<0.01$).

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1. Gençlere Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Gençlerin Bilgi Puanlarına Etkisi

5.1.1. Üreme Sağlığı Eğitimi Öncesi ve Sonrası Bilgi Değişimi

Gençlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası toplam bilgi düzeyleri arasında 10.61 puan fark saptanmış olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$;Tablo 5). Bu sonuç H1 hipotezini doğrulamıştır.

Saroj ve ark. (2005), adölesanların üreme sağlığı eğitimine yönelik yaptıkları çalışmada, adölesanların toplam üreme sağlığı bilgi puanlarının eğitim sonrasında önemli düzeyde arttığını saptamışlardır. Gölbaşı'nın (2002), adolesan kızlara yönelik okula dayalı üreme sağlığı eğitim programının etkinliğini belirlemek için yaptığı çalışmada ise adölesan ve gençlerin eğitim öncesine göre eğitim sonrasında toplam üreme sağlığı bilgi puanında artış bulunmuştur. Özcebe (2000), kırsal alanda adölesan ve gençlerin üreme sağlığı konusunda bilgi düzeyini saptamaya yönelik çalışmasında eğitim öncesine göre eğitim sonrasında toplam üreme sağlığı bilgi puanında benzer olarak artış saptamıştır.

Araştırmaya katılan gençlerin bilgi düzeyindeki artışın nedenleri; daha önce cinsellik ve üreme sağlığı konusunda eğitim almamış olmaları, gereksinimlerinden dolayı bu konulara meraklarının ve ilgilerinin fazla olması, kültürel özellikleri nedeniyle cinsellikle ilgili konuları aileleri ile paylaşamamaları olabilir. Bu nedenlerin eğitimin etkinliğini arttırdığı düşünülebilir.

Gençlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası aile planlaması bilgi düzeyleri arasında 9.44 puan fark saptanmış olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$;Tablo 5). Elde edilen bu sonuç, H1a hipotezini doğrulamıştır.

Benzer olarak Lou ve ark.(2004), deney gruplarında müdahale sonrası aile planlaması bilgi puanında artış olduğunu belirtmiştir. Saroj ve ark. (2005), adölesanların aile planlaması eğitimine yönelik yaptıkları çalışmada, gençlerin eğitim sonrası aile planlaması bilgi puanında artış olduğunu saptamıştır. Brieger ve ark.'nın (2001), Kuzey Afrikalı gençlerde yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Kırmızıtoprak (2007), gençlerin aile planlaması bilgi ve davranışlarını da içeren araştırmasında eğitim sonrası aile planlaması bilgi puanında artış olduğunu saptamıştır. Ege (2005), ebelik son sınıf öğrencilerinin aile planlaması eğitimi etkinliğinin değerlendirilmesine yönelik çalışmasında, eğitim sonucunda gençlerin aile planlaması bilgi düzeyinde önemli düzeyde artış olduğunu belirtmiştir. Benzer olarak Özcebe (2002), çalışmasında üreme sağlığı eğitimi ile aile planlaması bilgi puanı arasında anlamlı bir fark olduğunu saptamıştır. Toker (2005), sağlık yüksekokulu öğrencilerinin aile planlaması hakkında bilgi düzeylerini belirlemek için yaptığı çalışmada aile planlaması hakkında eğitim almış olan öğrencilerin eğitim almamış öğrencilere göre daha fazla soruya doğru cevap verdiklerini belirtmiştir.

Bu çalışmada gençlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası cinsel yolla bulaşan hastalıklar bilgi puanları arasında 1.22 puan fark saptanmıştır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$; Tablo 5). Saptanan bu fark, H1b hipotezini doğrulamıştır.

Bu çalışmaya benzer olarak Ford ve ark.(2000), cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik yaptıkları çalışmada, eğitim ile AIDS bilgi düzeyinde artış olduğunu belirtmiştir. Saroj ve ark. (2005), adölesanların AIDS/CYBH bilgi puanlarının eğitim sonrasında önemli düzeyde arttığını saptamıştır.

Benzer olarak Kırmızıtoprak (2007), yapılan eğitim ile cinsel yolla bulaşan hastalıklar bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu saptamıştır. Açikel (2005) ve Özcebe'nin (2004), çalışma sonuçları da benzerlik göstermektedir. Çınar ve ark. (2007), gençlerin HIV/AIDS eğitiminden sonra bilgi düzeylerinde artış olduğunu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamışlardır.

Aile planlaması bilgi puanında ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar bilgi puanındaki artışın nedenleri; gençlerin daha önce aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi almamış olmaları, kültürel özelliklerinden dolayı bu konuların aile bireyleri ile konuşulmasının ayıp olarak kabul edilmesi, doğru kaynaklara ulaşamamış olmaları ve verilen eğitimin gereksinimleri karşılaması olabilir.

5.2. Gençlere Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Gençlerin Davranışına Etkisi

5.2.1. Gençlerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Kendi Kendine Meme Muayenesini Yapma Durumları

Gençlerin üreme sağlığı eğitimi almadan önce KKMM'ni yapma durumu %22.9 iken, eğitim sonrası KKMM'ni yapma durumu %71.2'ye yükselmiş olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.01$;Tablo 6). Bu sonuç, H3 hipotezini doğrulamıştır. Gençlerin KKMM'ni eğitim öncesi ve sonrası yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunması Ogletree ve ark. (2004), Lu (2000), yaptıkları çalışmalarda meme kanseri ve KKMM'ne yönelik eğitim programlarından sonra kadınların KKMM yapma davranışlarında anlamlı bir artış olması ile benzerlik göstermektedir. Öztürk (2000), uyguladığı eğitim programı sonunda eğitim grubunda kendi kendine meme muayenesini yapanların oranının %19'dan %67.7'ye yükseldiğini belirtmiştir. Beydağ (2007), benzer olarak yurttan kalan kız öğrencilerde yaptığı çalışmada eğitimden sonra öğrencilerin kendi kendine meme muayenesi yapma davranışında bir artış olduğunu saptamıştır. Ayrıca Gölbaşı ve ark. (2007), öğrenci hemşireler tarafından bir halk eğitim merkezinde verilen eğitimin kadınların meme kanseri/kendi kendine meme muayenesine yönelik bilgi ve uygulamalarına etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada eğitim öncesinde kadınların yalnızca %4.3'ünün düzenli KKMM yaptığına, eğitim sonrasında bu rakamın % 51.6'ya yükseldiğine dikkati çekmektedir. Parlar (2004) ve Şen'nin (2002) çalışmalarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Tuna (2002), üniversite öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesini öğrenmelerine yönelik yaptığı çalışmada eğitim alan öğrencilerin kendi kendine meme muayenesini eğitim öncesi yapma durumu %2,66 iken, eğitim sonrası yapma durumunun %66'ya yükseldiğini saptamıştır. Çalışmalardaki artış oranlarının farklı olması gençlerin bu konuda daha önce eğitim almış olmasından, hazırlanan eğitimlerin içeriğinden, ölçüm araçlarının farklı olmasından kaynaklanmış olabilir.

Yapılan çalışmalarda, gençlerin yaşları gereği meme kanserine yakalanma ihtimallerini çok düşük olarak algıladıklarından KKMM uygulamasını benimsemedikleri ya da çok az uyguladıkları tespit edilmiştir. Bu sebeple gençlerin bu konuda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Gençler kendilerine en doğru bilginin sağlık personeli tarafından verildiğini savunmaktadır. Ayrıca hemşirenin meme kanserinin erken tanısında eğitici ve muayeneyi uygulayıcı kişi olarak görülmesi, kadın olması ve sağlık personeli içinde kolay ulaşılabilir kişi

olarak görülmesi gençlerin farkındalıklarını arttırmış ve davranış değişikliği oluşturmalarına yardımcı olmuş olabilir.

5.2.2. Gençlerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Kendi Kendine Testis Muayenesini Yapma Durumları

Gençlerin üreme sağlığı eğitimi almadan önce KKTM'ni yapma durumu %14.7 iken, eğitim sonrası KKTM'ni yapma durumu %29.4'e yükselmiştir. Gençlerin KKTM'ni eğitim öncesi ve eğitim sonrası yapma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmış olması H3 hipotezini doğrulamıştır ($p<0.01$;Tablo 7).

Testis muayenesi konusunda eğitim verilerek eğitim öncesi ve sonrasını değerlendiren çalışmalar sınırlı sayıda olduğu için testis muayenesi ile ilgili sonuçlar kendi içinde ve KKTM'sini yapma durumlarının sorgulandığı çalışmalarla tartışılacaktır. Rodriguez ve ark'nın (1995), adölesanların kendi kendine testis muayenesi yapma durumlarına ilişkin yaptıkları çalışmada elde edilen sonuçlar bu çalışmayla benzerdir. Çalışmada eğitim öncesi gençlerin yarısından fazlası KKTM yapmadığını belirtmiştir. Ayrıca bu çalışmanın eğitim öncesi sonuçlarına benzer olarak Barling ve ark. (1999), gençlerin %50'den fazlasının asla KKTM yapmadığını, düzenli yapanların %17.8 olduğunu belirtmiştir. Wynd (2002), genç erkeklerin %64'ünün KKTM'ni asla yapmadıklarını saptamıştır.

Testis muayenesindeki bu artış, bölgenin özellikleri (çevrenin bu konulara bakış açısı, bu konuların ayıp olarak karşılanması vs.) göz önüne alındığında çok önemlidir. Bu çalışmada erkek öğrencilerin KKTM yapma davranışlarındaki olumlu artışın nedenleri; gençlerin bu konuda daha önce eğitim almamış olmaları ve testis kanserinin erken yaşlardaki erkeklerde olmayacağı algısının bu eğitimle değişmesi olabilir. Ayrıca bazı gençler kültürel özelliklerinden dolayı bu konularda aile baskısı ile karşı karşıya kalmakta, aile bireyleri ile yeterince iletişim kuramadıkları için bilgi alamamaktadırlar. Gençlerin testis kanseri ve KKTM'si konusunda donanımlı bir sağlık personeli tarafından eğitilmesi davranış değişiminde etkili olmuş olabilir.

5.2.3. Gençlerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Kondom Kullanma Durumları

Gençlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası kondom kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olması H4 hipotezini doğrulamıştır ($p < 0.01$; Tablo 8).

Saroj ve ark. (2005), adölesanların üreme sağlığı eğitimine yönelik yaptıkları çalışmada, gençlerin üreme sağlığı eğitimi sonrası kondom kullanma davranışlarında artış olduğunu saptamışlardır. Ford ve ark.(2000), cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmaya yönelik yaptıkları çalışmada, üreme sağlığı eğitimi ile kondom kullanmada artış olduğunu belirtmişlerdir. Caron (2004) ve Brieger ve ark. (2001), verdikleri üreme sağlığı eğitimi ile benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Lou ve ark. (2004), yaptıkları çalışmada deney gruplarında müdahale sonrası kondom kullanımında artış olduğunu saptamışlardır. Valem ve ark.'nın (1996), çalışma sonuçları bu çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur. Bu çalışmaya benzer olarak Kırmızıtoprak (2007), gençlerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve güvenli cinsel yaşam konusunda bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi belirlemek için yaptığı çalışmasında eğitim sonrası kondom kullanma davranışında artış olduğunu saptamıştır. Özcebe (2000), kırsal alanda yaşayan gençlere yönelik çalışmasında eğitim sonrası kondom kullanan gençlerin sayısının arttığını belirtmiştir.

Gençlere cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için neler yapacakları anlatılırken kondom hakkında da bilgi verilmiştir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar bilgi puanında artışın olması ya da gençlere verilen kondom bilgisi kondom kullanma davranışına yansımış olabilir.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gençlere verilen üreme sağlığı eğitiminin bilgi ve davranışlara etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada;

1. Gençlere verilen üreme sağlığı eğitimi ile gençlerin eğitim öncesine göre eğitim sonrası toplam bilgi puan ortalamaları yükselmiştir (Hipotez 1). Ayrıca üreme sağlığı eğitimi ile aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar bilgi puanında yükselme olmuştur (Hipotez 1a., Hipotez 1b.)
2. Gençlere verilen üreme sağlığı eğitimi ile eğitim öncesine göre eğitim sonrası gençlerin KKMM'sini yapma davranışı, KKTm'sini yapma davranışı ve kondom kullanma durumlarında artış saptanmıştır (Hipotez 2,3,4).

6.2. Öneriler

* Eğitimle kazanılan bilgi ve davranışın kalıcı olup olmadığını değerlendirmek ve gerektiğinde eğitim ve danışmanlık yapmak için birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında cinsel eğitim kesintisiz (sürekli) verilmelidir. Bu sürekliliği sağlamak için, hemşireler ve ebelerin kurumlar arası işbirliği yaparak belirli aralarla geniş kapsamlı cinsel eğitim programları düzenlenmeleri davranış değişiminde etkili olabilir.

* Hemşire ve ebeler için aktif eğitim metodları kullanılarak cinsellik ve üreme sağlığı hakkında hizmet içi eğitimler yoluyla “eğitici eğitimleri” düzenlenebilir. Böylece sağlık personelinin eğitimi çalışmaları da gerçekleştirilmiş olur. Ancak gençlerin bilgi kaynaklarının çoğunlukla arkadaş çevreleri olduğu göz önüne alınarak, birinci basamak sağlık kuruluşları’nda görev almak üzere hemşireler/ebeler tarafından 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 eğitimcileri yararlı olabilir.

6.2.1. Araştırmacılara Öneriler

* Eğitim teorilerine dayanan aktif eğitim yöntemleri kullanılarak, gençlerde olumlu davranış değişikliklerini sağlayacak uzunlamasına hemşirelik müdahaleleri planlanmalı, uygulanmalı ve bu müdahaleler karşılaştırılmalıdır. Ayrıca yapılan müdahalelerle gerçekleşen değişimleri takip etmek için uzunlamasına araştırmalar yapılmalıdır.

6.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın en büyük sınırlılığı gençlerin ön test ve son test değerlendirmeleri arasında ortalama 2 ay olmasıdır.

KAYNAKÇA

1. Gölbaşı Z. Adolesan Kızlara Yönelik Okula Dayalı Üreme Sağlığı Eğitim Programının Etkinliği. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara, 2002
2. Akın A. Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş, Aktüel Tıp Dergisi, 2001, 6(1):4-8
3. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Cinsel Sağlık Bilgileri Eğitimi Öğretmen El Kitabı, Aşama Matbaacılık Ltd.Şti.İstanbul, 2000
4. Birleşmiş Milletler, Nüfus Ve Kalkınma, Uluslararası Nüfus Ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı, Kahire 5-13 Eylül 1994.
5. Ergör G. Üreme Hakları-Uluslar Arası Gelişmeler, 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 2003; 76-77, Ankara
6. Taşpınar A. ve ark. Üreme Sağlığı, Üreme Hakları ve Üreme Sağlığında Hemşirenin Danışmanlık Rolü, <http://www.sabem.saglik.gov.tr>. (Erişim Tarihi: 12.05.2008)
7. TC SB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Dünya Sağlık Raporu, (Çeviri Ed: B. Metin, A. Akın, I. Güngör) Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre . DSÖ,1998, 90-100
8. Velsor FB. Adolescent school health. Journal of Pediatric Nursing, 2001;16(3): 194-196.
9. Bertan M. Introduction and definitions of adolescence. İçinde: International Children's Center (ICC) (Edited). Adolescence and Adolescent Reproductive Health. ICC yayınları, 2003;1-7, Ankara
10. Bulduk S, Erdoğan S. Okul sağlığı ekibinin nitelik ve hizmet kapsamının geliştirilmesi. Klinik Çocuk Forumu, 2005; 57-66.
11. Spear HJ, Kulbok P. Adolescent health behaviors and related factor: A review. Puplic Health Nursing, 2001;18 (2): 82-93.
12. Savaşer S. Çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin rolü. 22. Pediatri Günleri ve 2. Pediatri Hemşireliği Günleri Program ve Özet Kitabı, İstanbul, 2000;362-370.
13. Fish C, Nies MA. Health promotion needs of students in a college environment. Puplic Health Nursing, 1996;13(2):104-111.

14. Geçkil E, Yıldız S. Adölesanlara Yönelik Beslenme ve Stresle Başetme Eğitiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2006;10 (2)
15. Greene M.E, Rasekh Z, Amen K.A. In This Generation Sexual and Reproductive Health Policies For A Youthful World, Population Action International Available At: www.populationaction.org/resources/publications/InThisgeneration/accessed , 2002, (Bilgiye Erişim:11.11.2007)
16. 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
17. Brandurup-Lukanov A. WHO Regional Strategy On Sexual and Reproductive Health. Entrenous, 2002;52:4-5
18. The Alan Guttmacher Institute. Into a New World Young Woman's Sexual and Reproductive Lives, New York, 1998
19. "Population Reports" Series J, Number 41, October 1995 <http://www.infoforhealth.org/pr/j41/j41chap1.shtml> (Erişim tarihi: 04.06.2007).
20. Brown AD, Jejeebhoy SJ, Shah I, Yount KM. Sexual relations among young people in developing countries: evidence from WHO case studies, Geneva: World Health Organization. 2001.
21. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.2004
22. Esgin A. Gençlik ve Cinsellik: Gençlerin Cinselliğe İlişkin Davranış ve Tutumları, Popüler Bilim, 2000, 83, 25-30
23. Kırmızıtoprak E. Gençlerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Ve Güvenli Cinsel Yaşam Konusunda Bilgi Ve Davranışlarına Akran Eğitiminin Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa, 2006
24. Erefe İ, Bayık A, Bahar Z, Özsoy S.A. Halk Sağlığı Hemşireliği Ders Notları, İzmir, 2003
25. Saroj P, Rajesh K, Indarjeet W, Arun A. Reproductive Health Education Intervention Trial, Indian Journal Pediatrics, 2005, Volume 72.
26. UNPF: Annual Report 1999. New York:United Nations Population Fund, 1999

27. Shah I, Aahman E. Age patterns of unsafe abortion in Developing country regions, Reproductive Health Matters, Special Issue on Abortion Law, Policy and Practice (edited by Berer M.), 2004;10 (24): 9-17.
28. Nalbant H, Bulut A. Gençler ve Üreme Sağlığı, Aktüel Tıp Dergisi. 2001;6(1):30-36
29. 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
30. Gölbaşı Z. "Adölesan Dönem Üreme Sağlığı Sorunları ve Etkileyen Faktörler" Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 8 (1):100-108.
31. Ergenlik (Adölesan) Dönemi, <http://www.sdupedendokrin.org/ergenlik.htm> (Erişim tarihi: 26.11.2007).
32. Karl LD, Gabriele R. Sexually Transmitted Infections Among Adolescents, The Need for Adequate Health Service, WHO; 2005.
33. "Progress in Human Reproduction Research" No 42, 1997 <http://www.hsph.harvard.edu/organizations/grhf/SAsia/suchana/0719/rh113.html> (Erişim tarihi 02.06.2007).
34. Ross A, Dick B. Preventing Hiv/Aids In Young People A Systematic Review Of The Evidence From Developing Countries, UNAIDS Inter-Agency Task Team On Young People, WHO, 2006;2-3
35. Babayiğit Ma, Bakır B. Hiv Enfeksiyonu Ve Aids:Epıdemıyoloji Ve Korunma, Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2004: 3 (11)
36. Read J.G, Gorman B.K. 'Gender Inequalities In US Adult Health:The İnterplay Of Race And Ethnicity', Social Science & Medicine, 2005;62:1045-1065.
37. Aslantekin F, Aslan G. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarda Sağlık Eğitiminin Önemi ve Ebenin Eğitimci Rolü, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006;1(1):88-89
38. Lazdane G. DSÖ'nün Adölesan CSUS Stratejileri ve Bunların Avrupa'da Uygulanması, sbu.saglik.gov.tr/.../turkish_presentations/1stDay/03_Presentation_GuntaLazdane_t.ppt (Erişim Tarihi: 26.11.2007)
39. Babadağlı B, Şahin S. Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi ile SSK İzmit Hastanesi'nde Doğurganlık dönemi Kadınların Aile Planlaması ve Danışmanlığı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Karşılaştırılması, Fırat Sağlık hizmetleri Dergisi, 2006;1(2)

40. WHO, Sexually Transmitted Infections, Issues in Adolescent Health and Developmend. Geneva. 2004.
41. "Gençlerin Cinselliği". Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı, Sağlık BakanlığıAÇSAP Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005:14-16.
42. Akın A., Dünyada ve Türkiye'de Adolesan ve Gençlerin Sağlığı, 5. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Nisan 2007;47-50, Ankara
43. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Üreme Sağlığı Programı [www:http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale alanlari/genclik/aktiviteler.asp](http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale_alanlari/genclik/aktiviteler.asp) (erişim tarihi: 20.04.2008)
44. Eggleston E, Jackson J, Hardee K. Sexual Attitudes and Behaviour Among Young Adolescents In Jamaica, International Family Planning Perspectives, 1999;25(3):139-146
45. Ip W.Y., Janita P, Chau C. Knowledge Of And Attitudes Toward Sex Among Chinese Adolescents, Western Journal of Nursing,2001; 23(2):211-222,
46. Leigh BC, Morrison DM, Trocki K, Temple MT. Sexual Behavior of American Adolescents: Results From A U.S. National Survey, J. Adolescents Health, 1994;15(2):117-105
47. Klanger B, Tyde T, Ruusuvaara L. Sexual Behavior Among Adolescents In Uppsala Sweden. J Adolesc Health. 1993;14(6): 468-474
48. 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
49. Lou CH, Wang B, Shen Y, Gao ES. Effects Of Community Based Sex Education and Reproductive Health Service Program on Contraseptive Use Of Unmarried Youths In Shanghai, Journal Of Adolescent Health, 2004;34:433-440
50. Brieger W.R, Delano G.E, Lane C.G, Oladepo O, Oyediran K.A. West African Youth Initiative: Outcoma of a Reproductive Health Education Program, Journal Of Adolescent Health, 2001; 29:439-446
51. American Cancer Society, 2006. <http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2005BrFacspdf2005.pdf> (erişim Tarihi.26.04.2008)

52. Parlar S, Bozkurt A, Ovayolu, N. Bir Ana Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınlara Verilen Meme Kanseri Ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Eğitimin Değerlendirilmesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004;8 (2); 9-15
53. Beydağ K.D, Karaoğlan H. Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Öğrencilerin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007: 6 (2)
54. Mikhail B.I, Petro-Nustas W.I. Transcultural adaptation of Champion's Health Belief Model Scales. Journal of Nursing Scholarship. 2001; 33 (2):159-165.
55. Aygin D, Uludağ C, Şahin S. Gençlerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Hemşirelik Forumu. 2004; 7 (4):1-6.
56. Uzun Ö, Karabulut N, Karaman Z. Hemşirelik öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamaları, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004; 7 (1):33-41.
57. Nahcivan N. Ö, Seçginli S. Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Tutum Ve Davranışlar: Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı, C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003, 7 (1), 33-38
58. Şimşek Ş, Tuğ T. Memenin İyi Huylu Tümörleri:Fibroadenomlar.Sted. 2002; 11 (3):102-105
59. T.C. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Politikası ve Kansere Verileri, 1995-1999, Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı Bakanlık Yayın No:168, 2002, Ankara
60. Marien L, Susan M, Sara J. Mujeres Felices por ser Saludables: a breast cancer reduction program for Latino women. Preventive Medicine,2000; 36:36- 546.
61. Kangmin Z, Hunter S, Bernard LJ, Kathleen PW, Chanel LR, Lloyd CE, Ziding F, Robert SL An intervention study on screening for breast cancer among single African-American women aged 65 and older, Preventive Medicine, 2002;34:536-545.
62. Günel S.Y, Günel A.İ. 22-55 Yaş Çalışan Kadınların Meme Kansere Yönelik Davranışları, Sağlık ve Toplum, 2000;10(1):21-24.
63. Aydemir G, Saçaklıoğlu F, Altiner N, Yalçın S, Vatansever K, Kılınç G, Çetin A. 30+ Yaş Grubu Kadınların Meme Kanseri Belirtileri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi İle İlgili Bilgilerin Değerlendirilmesi, 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Didim, 1994;638-640.

64. Gölbaşı Z, Kutlar Z, Akdeniz, H. Öğrenci Hemşireler Tarafından Bir Halk Eğitim Merkezinde Verilen Eğitimin Kadınların Meme Kanseri/Kendi Kendine Meme Muayenesine Yönelik Bilgi Ve Uygulamalarına Etkisi, Meme Sağlığı Dergisi, 2007;3(2):53-57
65. US Mortality Public Use Data Tape 2003, National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, 2006
66. Şen S. Isparta'daki Sağlık Ocaklarında Görev Yapan Ebelerin Ve Bölgelerindeki Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin Bilgi,Tutum Ve Davranışlarına Farklı Eğitim Yöntemlerinin Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2002
67. Öztürk M, Engin V.S, Kişioğlu A.N, Yılmaz G. Effects of education on knowledge and attitude of breast self examination among 25 + years old women, Eastern Journal of Medicine, 2000,1:3-17.
68. Lu ZJ. Effectiveness of breast self examination nursing interventions for Taiwanese community target groups. Journal of Advanced Nursing 2001,34:163-170.
69. Ogletree RJ, Hamming B, Drolet JC, Brich DA. Knowledge and intentions of ninth-grade girls after a breast self examination program. The Journal of School Health 2004,74:365-369.
70. Altın R, Kav S. Üniversite Öğrencilerinin Testis Kanseri ve Kendi Kendine Testis Muayenesi Konusunda Bilgi ve Uygulama Durumu, Uluslar arası üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi,19-22 Nisan 2007, Ankara
71. Nural N, Akdemir N. Dahiliye Servislerinde Yatan Hastalarda Kanser Risk Faktörleri Ve Erken Tanı Belirtilerinin Saptanması, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000, 4 (2)
72. Wynd A. C., Testicular Self-Examination İn Young Adult Men, Journal Of Nursing Scholarship, 2002, 34:3, 251-255.
73. Kleier S. J.A. Nurse Practitioners' Behavior Regarding Teaching Testicular Self-Examination, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 2004,16(5):206-218,
74. Gördes N. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımına Etki Eden Etmenlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2007
75. Andersen R, Newman J.F. Societal and Individual Determinants of Medical Care utilization In the United States, The Milbank Quarterly, 2005,83(4).

76. Aksayan ve ark. Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemleri, “Yarı Deneysel Tasarımlar”, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği-HEMAR-GE, Odak Ofset, İstanbul 2002, 96-98
77. Ege E, Timur S, Zincir H. Ebelik Son Sınıf Öğrencilerinin Aile Planlaması Eğitimi Etkinliğinin Değerlendirilmesi, sted 2005, 14(9),Ss: 202
78. Toker O.S. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Aile Planlaması Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi Aile ve Toplum Dergisi, 2005, Sayı:8, Cilt:2, Yıl:7
79. 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.
80. 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;12(5):383-404.
81. D’Souza CM, Shrier LA. Prevention and Intervention of Sexually Transmitted Diseases In Adolescents, Curr Opin Pediatr, 1999;11(4):287-291.
82. Tyden T, Bergholm M, Hallen A, Odland V, Olsson SE, Sjoden PO, Strand A, Bjorkelund C. Evaluation of an STD-prevention program for Swedish university students. J Am Coll Health. 1998;47(2):70-5.
83. Açikel C, Babayiğit M.A, Kılıç S, Hadse M, Bakır B. Genç Erişkin Erkeklerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi Düzeyleri (Ankara 2004) , TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005,4 (1): 16-24
84. Çınar İ.Ö. ve ark., Kuaför, Berber ve Diş Protez Öğrencilerine HIV/AIDS Konusunda Verilen Eğitimin Öğrencilerin Bilgi Düzeyi Üzerine Etkisi, XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 2007;212-213
85. Rodriguez J.G, Velez M, Serrano E, Casado M.P. Adolescent student's compliance with testicular self examination, 1995;87(3-4):49-53
86. Barling N. R, Lehmann M. Young Men's Awareness, Attitudes And Practice Of Testicular Self-Examination: A Health Action Process Approach, 2004;255-263
87. Wynd, C.A. Testicular Self-Examination In Young Adult Men, Journal Of Nursing Scholarship, 2002; 34:3, 251-255

88. 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;19(2):185-97.
89. Valem 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;23(1):34-47.

EK 1

ANKET FORMU

Sevgili Arkadaşım,

Aşağıda sağlıkla ilgili bilgi ve davranışlarınızı ortaya çıkarmak amacıyla bazı sorular yer almaktadır. Her verdiğiniz cevap size verilecek hizmeti belirleyecektir. Bu bilgiler tamamen gizli kalacaktır. Bu nedenle adını-soyadını yazmana gerek yok.

Teşekkür ederim.

FORM SIRA NO:.....

1. **Kaç yaşında sınız?.....**
2. **Cinsiyetinizi işaretler misiniz?** 1-Kız 2-Erkek
3. **Halen öğrenci misiniz?**

1.Evet →

Öğrenciyse, hangi okul ve kaçınıcı sınıfa gittiğini yazar mısın?.....

2.Hayır



Eğitim durumunuzu işaretler misiniz?

1. Okuma yazma bilmiyorum
2. İlkokula gittim, ancak mezun olmadım
3. İlkokuldan mezun oldum
4. Ortaokuldan mezun oldum
5. Liseden mezun oldum
6. 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. Sizinle birlikte toplam kaç kardeşiniz? (Kız...../Erkek.....Toplam.....)

7. Cinsel yolla bulaşan hastalık için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- 1.Cinsel ilişki sırasında erkekten kadına bulaşır
- 2.Cinsel ilişki sırasında kadından erkeğe bulaşır
- 3.Erkek ve kadın cinsel ilişki sırasında birbirlerine bulaştırabilirler
- 4.Bu hastalıklar sadece hayat kadınlarında (fahişelerde) ve bu kadınlarla ilişkiye giren erkeklerde bulunur
- 5.Bilmiyorum

8. Sizce cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

1. Bir önlem almaya gerek yok, hastalığa yakalanınca tedavi olunur
- 2.Cinsel ilişkide kondom kullanılmalı ve tek eşli olunmalıdır
- 3.Rahim içi araç cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucudur
- 4.Antibiyotikler cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korur

- 5.Diğer.....
6.Bilmiyorum

9. Cinsel ilişki sırasında kondom kullanıyor musunuz? (cevap evet ise 8. soruya geçiniz)

1. Evet
2. Hayır

10. Kondomu ne amaçla kullanıyorsunuz?

1. Gebelik oluşumunu önlemek için
2. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için
3. Hem gebelik oluşmaması, hem de cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak amacıyla

11. Aşağıdakilerden hangisi üreme haklarından biri değildir?

- 1.İstediği zaman çocuk sahibi olabilmek için her türlü hizmetten yararlanma hakkına sahip olunması
2.Gebeliğin istenmediği durumlarda gebelikten koruyucu yöntem kullanma hakkına sahip olunması
3.Sadece evli çiftler için üreme sağlığı sorunlarında destek alma ve tedavi olabilme hakkına sahip olunması
4.Gebe kalınmaması durumunda tedavi olma hakkına sahip olunması

12. Sizce aile planlamasının tanımı aşağıdakilerden hangisidir?

1. Eşlerin istediği kadar çocuk sahibi olması
2. Eşlerin sadece iki çocuk sahibi olması
3. Eşlerin istedikleri zaman, bakabilecekleri ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olmasına ve çocuk sahibi olmayanların çocuk sahibi olmasına yardımcı olmaktır.
4. Kadının ve erkeğin hasta olmamak için bazı araçlar veya ilaçları kullanması
5. Bilmiyorum

13. Gebeliği önleyici yöntemlerden biri olan rahim içi araç (spiral, alet de denebilir) için aşağıdakilerden hangisi doğrudur? (Birden fazla yanıt olabilir, birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

1. Rahim içi araç kadın tarafından kullanılır
2. Rahim içine yerleştirilen bir alettir
3. Kadının adet kanamaları sırasında kanamayı arttırabilir
4. Cinsel ilişki sırasında erkeği rahatsız edebilir
5. Rahim içi aracı duydum, ancak özelliklerini bilmiyorum
6. Rahim içi aracı hiç duymadım

14. Gebeliği önleyici hap (hap, doğum kontrol hapı da denebilir) için aşağıdakilerden hangisi doğrudur? (Birden fazla yanıt olabilir, birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

1. Kadın haptan her gün bir tane içer
2. Hap yumurtanın oluşumunu engeller
3. Kadın her ilişkiden önce bir hap içmelidir
4. Sigara içen kadınlar hap ile korunmazlar
5. Gebeliği önleyici hapı duydum, ancak özelliklerini bilmiyorum
6. Gebeliği önleyici hapı hiç duymadım

15. Kadında tüplerin bağlanması için aşağıdakilerden hangisi doğrudur? (Birden fazla yanıt olabilir, birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

1. Kadının bir daha çocuğu olmaz
2. Bu yöntem için küçük bir ameliyat gerekir
3. Kadın bir daha adet görmez

4. Bu yöntem ileri yaşta ve başka çocuk istenmiyorsa uygun bir yöntem olabilir
5. Kadında tüplerin bağlanması yöntemini duydum, ancak özelliklerini bilmiyorum
6. Kadında tüplerin bağlanması yöntemini hiç duymadım

16. Erkeklerde kordonların bağlanması için aşağıdakilerden hangisi doğrudur? (Birden fazla yanıt olabilir, birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1. Erkeğin bir daha çocuğu olmaz
2. Erkeklerin kordonlarının küçük bir müdahale ile bağlanmasıdır
3. Erkeklerde iktidarsızlığa (cinsel organın sertleşmemesine) neden olmaz
4. Bu yöntem ileri yaşta ve başka çocuk istenmiyorsa uygun bir yöntem olabilir
5. Erkeklerde kordonların bağlanması yöntemini duydum, ancak özelliklerini bilmiyorum
6. Erkeklerde kordonların bağlanması yöntemini hiç duymadım

17. Kondom (kaput, prezervatif) için aşağıdakilerden hangisi doğrudur? (Birden fazla yanıt olabilir, birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucudur
2. Erkeğin cinsel ilişki öncesinde uygulaması gerekir
3. Erkeğin cinsel ilişkisinde bir değişiklik olmaz
4. Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılması gerekmektedir
5. Kondomu duydum, ancak özelliklerini bilmiyorum
6. Kondomu hiç duymadım

18. Kendi kendine hiç meme muayenesi yaptınız mı? (Kızlar cevaplasın)

1. Evet, her ay düzenli yaparım
2. Evet, ara sıra yaparım
3. Evet, bir kez yaptım
4. Biliyorum ama hiç yapmadım
5. Nasıl yapılacağını bilmiyorum

19. Testis muayenesi yaptınız mı? (Erkekler cevaplasın)

1. Evet, her ay düzenli yaparım
2. Evet, ara sıra yaparım
3. Evet, bir kez yaptım
4. Biliyorum ama hiç yapmadım
5. Nasıl yapılacağını bilmiyorum



WILLOWS FOUNDATION

ADOLESAN PROJESİ

Sn. Fatma Ersin

*06 – 10 Haziran 2005 tarihleri arasında, Willows Foundation ve UNFP,
(Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu) işbirliğinde Urfa El-Ruha Otel'de
gerçekleştirilen Akran Eğitici Eğitimini başarı ile tamamlamıştır.*

*Dr. Demet Güral
Genel Müdür*

00100026.jpg
Tür: JPEG Resmi
Dosya Boyutu: 465 KB
Resim Boyutu: 2331 x 3337
piksel

EK 3



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : B.30.2.DEÜ.0.82.00.00/ 196
Konu: Etik Kurul Kararı

27.2.2007

Sayın, Prof.Dr.Zühal BAHAR

Etik Kurulumuzun 21 Şubat 2007 tarih ve 21/05/07 sayılı toplantısında, 144 kayıt numaralı evrak ile görüşülen Yüksek Lisans öğrencisi Fatma ERSİN'in "Gençlerin Üreme Sağlığı Bilgi ve Davranışlarına Üreme Sağlığı Eğitiminin Etkisi" konulu tez çalışması ile ilgili etik kurul kararı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN
Müdür

Ek : 1

DEÜ Hemşirelik Yüksekokulu İnciraltı - İZMİR (35340) 278 46 19 Faks: (0.232) 278 46 06
<http://www.deu.edu.tr>



**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
ETİK KURUL KARARLARI**

Sayı: B.30.2.DEÜ.0.82.00.00/183

Tarih: 21.02.2007

Etik Kurul Üyeleri

Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN(Başkan)
Prof.Dr.Zühal BAHAR(Başkan Yrd.)
Prof.Dr.Hülya OKUMUŞ(üye)
Doç.Dr.Besti ÜSTÜN (üye)

Etik Kurul Sekreteri

Yard.Doç.Dr.M.Candan ÖZTÜRK

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Etik Kurulumuzun 21 Şubat 2007 tarih ve 21/05/07 sayılı toplantısında, 144 kayıt numaralı evrak ile başvuran Prof.Dr.Zühal BAHAR'ın danışmanlığını yürüttüğü Yüksek Lisans öğrencisi Fatma ERSİN'in "Gençlerin Üreme Sağlığı Bilgi ve Davranışlarına Üreme Sağlığı Eğitiminin Etkisi" konulu tez çalışmasının; veri değerlendirmesinin belirtilmesi önerisiyle uygulanmasında etik açıdan bir sakınca yoktur.

Oy birliği ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Gülseren KOCAMAN
Etik Kurul Başkanı