T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ALKOL-MADDE KULLANAN ADOLESANLARA VERİLEN CİNSEL-ÜREME SAĞLIĞI EĞİTİMİNİN ETKİNLİĞİ

HACER ATAMAN
(DOKTORA TEZİ)

DANIŞMAN
Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ

İSTANBUL
2014

TEZ ONAYI

Kurum	: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın Seviyesi	: Doktora
Anabilim Dalı	: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Tez Sahibi	: Hacer ATAMAN
Tez Başlığı	: Alkol-Madde Kullanan Adolesanlara Verilen Cinsel-Üreme Sağlığı Eğitiminin Etkinliği
Sınav Yeri	: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Sınav Tarihi	: 17.02.2014

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	**Kurumu**	**İmza**
Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)		
Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN	İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	
Doç. Dr. Gül ÜNSAL	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Doç. Dr. Hatice YILDIZ	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 26/02/2014 tarih ve 49 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

28.01.2014

Hacer ATAMAN

TEŞEKKÜR

Doktora tezim ve eğitimim süresince verdiği desteklerinden, bilgi ve emeği ile hem benim hem de mesleğimin gelişimine sağladığı katkılarından dolayı her zaman örnek aldığım danışmanım, değerli hocam Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ'ye,

Çalışmamın tez izleme komitesinde yer alan, değerli katkıları ile beni yönlendiren hocalarım Sayın Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU ve Doç. Dr. Gül ÜNSAL'a,

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda bulunan değerli hocalarıma,

İstatistiksel danışmanlığı için Sayın Emire BOR'a,

Çalışmamı gerçekleştirdiğim merkezin çalışanlarına ve çalışmaya katılan adolesanlara,

Emek ve destekleri ile her zaman yanımda olan sevgili aileme

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNUYORUM

Saygılarımla,
Hacer ATAMAN

Sayfa

BEYAN
TEŞEKKÜR **iii**
İÇİNDEKİLER **iv**
KISALTMALAR LİSTESİ **vii**
TABLOLAR LİSTESİ **viii**
ŞEKİLLER LİSTESİ **x**
1. ÖZET **1**
2. SUMMARY **2**
3. GİRİŞ VE AMAÇ **3**
4. GENEL BİLGİLER **6**
4.1. Adolesan Dönem ve Gelişim 6
4.1.1. Adolesan Dönem 6
4.1.2. Adolesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme 7
4.1.2.1. Boy Uzama Atağı 8
4.1.2.2. Vücut Bölümlerinde Büyüme 9
4.1.2.3. Ağırlık Artışı 9
4.1.2.4. Vücut Yapısında Farklılıklar 9
4.1.2.5. Adolesan Dönemde Kızlarda Olan Cinsel Değişimler 10
4.1.2.6. Adolesan Dönemde Erkeklerde Olan Cinsel Değişimler 11
4.1.2.7. Adolesan Dönem ve Cinsellik 11
4.1.3. Adolesan Dönemde Psikososyal Gelişme 13
4.1.3.1. Erken Adolesan Dönem 14
4.1.3.2. Orta Adolesan Dönem 16
4.1.3.3. Geç Adolesan Dönem 17
4.2. Adolesan Dönemde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sorunları 20
4.2.1. Adolesan Gebelikler ve İstenmeyen Gebelikler 21
4.2.2. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar 26
4.3. Adolesan Dönem Riskli Davranışları 31
4.4. Adolesanlara Yönelik Cinsel ve Üreme Sağlığı Eğitim ve Hizmetleri 32
4.5. Alkol Madde Kullanımının Cinsel ve Üreme Sağlığı Davranışlarına Etkisi 36

4.6. Alkol-Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinde Çalışan Hemşirelerin Etkinliği ve Rolü 38
5. GEREÇ VE YÖNTEM 40
5.1. Araştırmanın Türü 40
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 40
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 41
5.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri 42
5.3.2. Araştırmanın Hipotezleri 42
5.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları 43
5.4.1. Adolesanları Tanıtıcı ve Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı İle İlgili Bilgi Formu 44
5.4.2. Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu 44
5.5. Verilerin Toplanması 44
5.5.1. Araştırmanın Uygulama Adımları 45
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi 47
5.6.1. Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu'nun Değerlendirilmesi ve Puanlanması 47
5.6.2. Verilerin Analizinde Kullanılan Testler 48
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları 52
5.7.1. Araştırmanın Olumlu Yönleri 52
5.8. Araştırmanın Etik Yönü 52
6. BULGULAR 54
6.1. Adolesanların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 54
6.2. CS/ÜS Eğitimi Test Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular 62
6.3. CS/ÜS Eğitiminin Modüller Bazında Gruplara Göre Test Puanlarına İlişkin Bulgular 65
6.4. Bağımsız Değişkenlere Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişimine İlişkin Bulgular 75
7. TARTIŞMA 80
7.1. Adolesanların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 80
7.2. CS/ÜS Eğitimi Test Toplam Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması 91
7.3. CS/ÜS Eğitiminin Modüller Bazında Gruplara Göre Test Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması 94

7.4. Bağımsız Değişkenlere Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişimine İlişkin Bulguların Tartışılması 101
8. SONUÇ VE ÖNERİLER 107
9. KAYNAKLAR 112
10. EKLER 124
11. ÖZGEÇMİŞ 143

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AÇSAP : Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması

AP : Aile Planlaması

CS/ÜS : Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı

CYBH : Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

ÇEMATEM : Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

SHÇEK : Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TSH : Temel Sağlık Hizmetleri

UNFPA : Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (United Nations Population Fund)

UNICEF : Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations International Children's Emergency Fund)

WHO : World Health Organization Dünya Sağlık Örgütü

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 6.1.1. Adolesanların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı 54

Tablo 6.1.2. Adolesanların Annelerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı 55

Tablo 6.1.3. Adolesanların Babalarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı 56

Tablo 6.1.4. Adolesanların Sigara, Alkol ve Madde Kullanma Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı 57

Tablo 6.1.5. Adolesanların ÇEMATEM'e Kimin Kararı İle Geldiği ve Daha Önce Alkol-Madde Bırakmak İçin Tedavi Görme Durumlarına Göre Dağılımları 58

Tablo 6.1.6. Adolesanların Şiddet Görme Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı 59

Tablo 6.1.7. Adolesanların CS/ÜS Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı 60

Tablo 6.1.8. Adolesanların Cinsel Yaşantı, Gebelik, Gebeliği Önleyici Yöntem ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara İlişkin Özelliklerinin Dağılımı 61

Tablo 6.2.1. Adolesanlara Verilen CS/ÜS Eğitimine İlişkin Test Toplam Puanlarının Değerlendirmesi 62

Tablo 6.2.2. Adolesanlara Verilen CS/ÜS Eğitimine İlişkin Ön Test Toplam Puana Göre Son Test Toplam Puanlarındaki Değişimin Grup İçinde Değerlendirilmesi 64

Tablo 6.3.1. Adolesanlara Verilen Üreme Sistemi Eğitimine İlişkin Test Puanlarının Değerlendirmesi 65

Tablo 6.3.2. Adolesanlara Verilen Güvenli Cinsellik Eğitimine İlişkin Test Puanlarının Değerlendirmesi 67

Tablo 6.3.3. Adolesanlara Verilen Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Eğitimine İlişkin Test Puanlarının Değerlendirmesi 69

Tablo 6.3.4. Adolesanlara Verilen Cinsel İstismar/Şiddet Eğitimine İlişkin Test Puanlarının Değerlendirmesi 71

Tablo 6.3.5. Adolesanlara Verilen Aile Planlaması Eğitimine İlişkin Test Puanlarının Değerlendirmesi 73

Tablo 6.4.1. Adolesanların Yaş Durumu İle CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişimi İlişkisi 75

Tablo 6.4.2. Adolesanların Cinsiyetine Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişimi İlişkisi 75

Tablo 6.4.3. Adolesanların Eğitim Durumuna Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişiminin Değerlendirilmesi 76

Tablo 6.4.4. Adolesanların Şiddet Görme Durumuna Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişiminin Değerlendirilmesi 77

Tablo 6.4.5. Adolesanların Daha Önceden CS/ÜS Eğitimi Alma Durumuna Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişiminin Değerlendirilmesi 78

Tablo 6.4.6. Adolesanların Cinsel İlişki Deneyimine Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişiminin Değerlendirilmesi 78

Tablo 6.4.7. Adolesanların Aktif Cinsel Yaşantı Varlığına Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişiminin Değerlendirilmesi 79

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Testler 48

Şekil 2. Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitimi Uygulama Adımları 49

Şekil 3. Araştırmanın Çalışma Planı 51

Şekil 4. Gruplara Göre CS/ÜS Eğitimine İlişkin Test Toplam Puan Dağılımı 63

Şekil 5. Gruplara Göre Üreme Sistemi Eğitimine İlişkin Test Puan Dağılımı 66

Şekil 6. Gruplara Göre Güvenli Cinsellik Eğitimine İlişkin Test Puan Dağılımı 68

Şekil 7. Gruplara Göre Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Eğitimine İlişkin Test Puan Dağılımı 70

Şekil 8. Gruplara Göre Cinsel İstismar/Şiddet Eğitimine İlişkin Test Puan Dağılımı 72

Şekil 9. Gruplara Göre Aile Planlaması Eğitimine İlişkin Test Puan Dağılımı 74

Şekil 10. Eğitim Durumuna Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişimi 76

Şekil 11. Şiddet Görme Durumuna Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişimi 77

1. ÖZET

Araştırma, alkol-madde kullanan adolesanlara verilen cinsel-üreme sağlığı eğitiminin (CS/ÜS) etkinliğini değerlendirmek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi'nde yatarak tedavi görmekte olan alkol-madde kullanan adolesanlar oluşturmaktadır. Adolesanlar 1. grup (kontrol), 2. grup (bir defa eğitim verilen) ve 3. grup (iki defa eğitim verilen) olarak gruplanmış; gruplara 20 erkek, 10 kız adolesan alınmıştır. Veriler, Adolesanları Tanıtıcı ve Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı İle İlgili Bilgi Formu ve Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu ile Eylül 2011-Aralık 2012 tarihleri arasında toplanmıştır. CS/ÜS eğitimine ilişkin grupların test toplam puanları kendi içinde incelendiğinde; 2. ve 3. grubun puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı değişim görülmüştür ($p<0.01$). Ön test toplam puana göre son test toplam puanlarındaki değişim grup içinde incelendiğinde; 3. grubun puanındaki artış (34.57±16.33), 1. (2.73±10.65) ve 2. grubunkinden (20.23±12.09) istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksektir ($p<0.01$). Eğitim modüllerine ilişkin grupların test puanları kendi içinde incelendiğinde; aile planlamasında yalnız 3., diğer modüllerde ise 2. ve 3. grubun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı/ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$, $p<0.01$). Eğitim modüllerine ilişkin test puanları gruplararasında incelendiğinde; güvenli cinsellik hariç diğer modüllerde ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamışken ($p>0.05$); 1., 2. ve son test puanları arasında ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.01$). Modüllerin etkinliğine bakıldığında cinsel yolla bulaşan hastalıklar 1., üreme sistemi, cinsel istismar-şiddet 2., güvenli cinsellik, aile planlaması 3. sıradadır. Alkol-madde kullanan adolesanlara riskli cinsel davranışların önlenmesine yönelik, CS/ÜS eğitimi tekrar edilerek verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, alkol, cinsel sağlık, madde, üreme sağlığı

2. SUMMARY

Effectiveness of the Sexual Health-Reproductive Health (SH/RH) Education Given to Adolescents Who Consume Alcohol or Illicit Substances

The research was conducted experimentally to evaluate the effectiveness of the sexual health-reproductive health (SH/RH) education given to adolescents who consume alcohol or illicit substances. The population was adolescents who consumed alcohol and substances and were inpatients at the Child and Adolescent Substance Addiction Research, Treatment and Education Centre. The adolescents were grouped into the following 3 groups:group 1. (control group), group 2. (those who have received training once) and group 3. (those who have received training twice), each having 20 male and 10 female adolescents. Data was collected between September 2011-December 2012 using the forms Self-Introduction and Information on Sexual Health-Reproductive Health and Information on Sexual Health-Reproductive Health Education Modules. Upon studying the total SH/RH test scores of the groups individually, a statistically significant difference was observed in the scores of groups 2. and 3. ($p<0.01$). Upon studying the change in the posttest scores from the pretest ones for each group individually, the increase in the scores of group 3 (34.57 ± 16.33) was observed to have a statistically highly significant difference from those of groups 1 (2.73 ± 10.65) and 2 (20.23 ± 12.09) ($p<0.01$). Upon studying the individual groups' test scores on education modules, a statistically significant/highly significant difference was observed for family planning in group 3. and for all other modules in both group 2. and group 3. ($p<0.05$, $p<0.01$). Upon comparing the education test scores between groups; -although there was no statistically significant difference between the groups in pretest scores for any of the modules with the exception of safe sexuality ($p>0.05$)- a statistically highly significant difference was observed between the 1st, 2nd and final test scores ($p<0.01$). As for the effectiveness of the modules, they rank as follows: 1. sexually transmitted diseases, 2. the reproductive system and sexual abuse/violence, 3. safe sexuality and family planning. Adolescents who abuse alcohol or substances should be given SH/RH education in a repetitive manner for prevention of risky sexual behaviour.

Key Words: Adolescent, alcohol, sexual health, substance, reproductive health

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş grubunu adolesan dönem olarak tanımlamaktadır (WHO 2002, Gölbaşı 2005, Yavuz 2009, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009, Karakaya ve Gençalp 2009, Çeber, Sarıcan, Başgün, Baykal Akmeşe ve Çakır Koçak 2010, Koyun, Taşkın ve Terzioğlu 2011).

Adolesanlar dünya nüfusunun %20'sini oluşturmakta (WHO 2002, Pınar 2008, Bekar 2010, Çeber ve ark. 2010) ve %85'i düşük ve orta gelirli, gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (Çeber ve ark. 2010, Aslan 2010, WHO 2011b).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre Türkiye nüfusunun %18.5'i adolesan yaş grubundan meydana gelmektedir (TNSA-2008, Çeber ve ark. 2010, Aydın 2013).

Adolesan dönemde görülen riskli davranışlar olumsuz sağlık sonuçlarına neden olabilmektedir. Bu sonuçların görülme sıklığının artması ile adolesan dönem, halk sağlığı açısından öncelikli risk grupları arasında yer almaya başlamıştır (Şimşek, Koruk ve Altındağ 2007).

Adolesan dönem üreme sağlığı sorunları başta olmak üzere, madde kullanımı, beslenme bozuklukları, ruhsal sorunlar ve riskli davranışların sıklıkla görüldüğü önemli gelişimsel dönemlerden biridir (Şimşek ve ark. 2007). Dünyada, gençlerin çoğunluğunun adolesan dönemde cinsel aktivitesi de başlamaktadır (Disease Control Priorities in Developing Countries, Adolescent Health Programs). Cinsel etkinlik ve istekliliğin artması ve adolesanların daha çok risk alması nedeniyle cinsel ve üreme sağlığına potansiyel tehditte en yüksek düzeydedir (Esin 2010).

Gençlerin korunmasız cinsel ilişki sonucunda erken yaşta cinsellik deneyimlerine başlamaları ile erken yaşta gebe kalma, düşük yapma, istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılımı, cinsel istismar ve seks işçiliği gibi cinsel-üreme sağlığı sorunu, erken evlilik (Esin 2010, Öner ve Yapıcı 2010, Şimşek ve ark. 2007), sigara ve alkol kullanımı başta olmak üzere madde kullanımı, yetersiz beslenme, anemi, şiddet, kaza ve yaralanmalar gibi riskli davranışlar kapsamında birçok soruna sahip oldukları bilinmektedir (Şimşek ve ark. 2007).

Gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CS/ÜS) sorunları gençlikteki genel sağlık sorunlarının yalnızca bir kısmını oluşturmaktadır; üstelik bu sorunlar diğerlerine göre çok daha kolaylıkla önlenebilirler (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015).

Adolesanların üreme sağlığı gereksinimleri çeşitli kültürel, dini ve coğrafik duruma bağlı olarak farklılık göstermektedir (Çeber ve ark. 2009, Öner ve Yapıcı 2010).

Genç insanların üreme sağlığı gereksinimleri, yetişkinlerinkinden farklıdır ve bu gereksinimlerin karşılanmaması, sonraki yaşamlarında da ciddi sonuçlar doğurabilir. Bu gerçek, dünyanın birçok yerinde ihmal edilmekte ve gençlerin CS/ÜS kapsamındaki ihtiyaçları yeterince anlaşılamamaktadır (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015).

Adolesan dönemde sağlık risklerinin görülme sıklığının artması, bu döneme özgü üreme sağlığı hizmetlerinin planlanması ve hizmet sunumu kapsamında gelişmeleri hızlandırmıştır (Şimşek ve ark. 2007).

Bir ülkenin üreme sağlığı düzeyi uzun vadeli olarak yükseltilmek istendiğinde mevcut sorunların üstesinden gelmenin yanı sıra ileriye dönükte yatırım yapılması gereklidir (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015).

Cinsellik ve üreme sağlığı ile ilgili doğru bilgi, tutum ve davranışları adolesan dönemlerinden itibaren edinmiş kişiler ileride bilinçli ve sağlıklı ebeveynler olarak hem kendi cinsel ve üreme sağlıklarını, hem de yetiştirdikleri yeni kuşaklarınkini olumlu yönde etkileyebilirler (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015).

Cinsel gelişmenin başladığı, cinsel konulara karşı olan ilginin giderek arttığı, ilk cinsel duyguların ve deneyimlerin yaşandığı adolesan dönemde, adolesanların cinsel yaşamları ile ilgili doğru kararlar verebilmeleri önemlidir. Bunun için adolesanların cinsellikle ilgili konularda uygun zamanda doğru ve yeterli bilgiye ulaşabilmeleri gerekmektedir. Çocukları ve gençleri cinsel konulardaki bilgisizlik, bilinçsiz ve riskli davranışların olumsuz sonuçlarından korumanın en etkili yolu uygun yaşta başlayan

ve çocuğun/gencin ihtiyaç duyduğu bilgiyi zamanında karşılayan kapsamlı bir cinsel eğitimdir (Bulut ve Gölbaşı 2009).

1994'de Kahire'de gerçekleştirilen Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın Eylem Planı'nda; üreme sağlığı programlarının adolesanların gereksinimlerini kapsayacak biçimde düzenlenmesinden ulaşılabilir kılacak programlara kadar olan ihtiyaçların belirtilmesi, Sağlık Bakanlığı'nın, "Türkiye Sağlık Sektörü için Üreme Sağlığı Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015" dokümanında "gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı düzeylerinin yükseltilmesi"ni stratejik bir hedef olarak koymuş olup bu hizmetlerin Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) birimlerinde verilmesini hedeflemesi ülkemizde de adolesanların CS/ÜS sorunlarına önem verildiğini göstermektedir (Akın 2007).

Ülkemizde bu önemli konudaki eksikliğin giderilmesi adına belirlenen stratejik hedeften yola çıkılarak; bu çalışmada CS/ÜS konuları "üreme sistemi", "güvenli cinsellik", "cinsel yolla bulaşan hastalıklar", "cinsel istismar-şiddet" ve "aile planlaması" olmak üzere beş modül halinde eğitim verilmiştir. Ön test-son test kontrol gruplu modele dayanan deneysel olarak gerçekleştirilen çalışmamızda alkol-madde kullanan adolesanlara verilen CS/ÜS eğitimi ile onları bilinçlendirmek amaçlanmış ve bu eğitimlerin Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi (ÇEMATEM)'nde sürekli olarak verilmesini sağlamak hedeflenmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Adolesan Dönem ve Gelişim

4.1.1. Adolesan dönem

Adolesan dönem; çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir. Adolesanlar bu dönemde "fiziksel büyüme"," cinsel gelişme", "psikososyal gelişme" olmak üzere üç alanda büyük değişim geçirirler. Dünya Sağlık Örgütü tarafından; 10-19 yaş grubu "ergen (adolesan)" yaş grubu, 15-24 yaş grubu ise "genç" yaş grubu olarak tanımlanmaktadır. Adolesan ve gençlik dönemlerine ait yaşların kesişmesi nedeniyle de 10-24 yaş grubu "genç insanlar" olarak değerlendirilmektedir (Başer 2000, Özcebe 2002, WHO 2002, Gölbaşı 2005, Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009, WHO 2010, Yavuz 2009, Çeber ve ark. 2010).

Dünya nüfusunun yaklaşık %50'sini 25 yaşın altındaki gençler ile %20'sini (1,3 milyardan fazlası) adolesanlar (10-19 yaş arası) oluşturmaktadır. Bazı Sahra-altı Afrika ülkelerinde 15 yaş altındaki nüfus, 55 yaş üzerindekilerin beş katıdır. Gelişmekte olan birçok ülkede genç insanlar nüfusun %25-30'unu, Japonya ve Fransa'da % 13 ve % 14'ünü, Çin'de % 16'sını oluşturmaktadır. Dünyanın adolesan nüfusunun yaklaşık %85'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Adolesan sağlık sonuçları da ekonomik durumun eşitsizliği ile karakterizedir. Çoğu insanda cinsel yönden aktif olmaya başladığı adolesan dönemde, kötü cinsel sağlık ve üreme sağlığı sonuçları da izlenebilmektedir (WHO 2011b).

Gerek adolesan gerekse gençlik dönemleri insan yaşamının en güzel, en mutlu ve en güçlü dönemleri olurken, aynı zamanda birer kriz ya da bunalım dönemleridir. Aslında her değişim, bir durumdan ötekine geçiş ile eski alışkanlıklardan sıyrılıp yeni koşullara uyma zorunluluğunu getirmekte, kendine göre bir zorluk taşımakta, dolayısıyla bir kriz ya da bunalım dönemi olarak adlandırılabilmektedir (Yıldız 2011).

Adolesan dönem dinamik bir değişim zamanıdır. Bu dönem de birbirleri ile etkileşim gösteren fiziksel ve psikososyal değişiklikler farklı hızlarda gerçekleşir. Bu değişiklikler, tüm adolesanlarda gözlenmekle birlikte, bağlamları bir adolesandan diğer adolesana farklılık gösterir; kültürel faktörlerden, aileden, okuldan, yaşıtlardan, kronik hastalıklardan, vb. etkilenir. Ayrıca adolesanın kendi yapısı ve dolayısıyla önceki çocukluk dönemlerindeki davranış şekli de gelişim döneminin nasıl geçirileceğinde belirleyici olur (Ercan 2005).

Adolesan dönem adolesanın yaşamını etkileyen, fiziksel, toplumsal, ruhsal pek çok etkenin belirlediği sürekli bir değişim halidir (Yıldız 2011). İnsan yaşamında ikinci büyüme ve gelişme dönemi olan adolesan dönem sorunlu bir dönem olup, adolesan, zaman zaman bu kadar değişikliğe uyum sağlayamamaktadır. Bu dönemde adolesan; fiziksel büyüme ve gelişme, cinsel gelişim, psikososyal gelişim ile ilgili sorunlarla karşılaşmakta; dönemin özelliğinden dolayı da zaman zaman bu sorunları çözememektedir (Köse 2006).

Değişim ve gelişim sürecindeki genç çatışmalar, karmaşalar, duygulanımda güçlükler, yardım ihtiyacı, öfke, utanma ve kişiler arası soyutlanma duyguları yaşayabilir. Erkekler ve kızlar adolesan dönemi farklı şekilde yaşarlar. Kızlar için adolesan dönem karışık duygular ve huzursuzluk dönemi iken erkekler için ise büyüme heyecanı ve bağımsızlığını kazanmak demektir (Yıldız 2011).

Hızlı bedensel, ruhsal, cinsel ve hormonal gelişime uyum sağlayamayan gençlerden ayrıca kendine güven kazanma, başarılı olma, toplumdaki rollerini başarıyla üstlenme, geleceğe dönük emin adımlar atması da beklenmektedir. Böyle karmaşık bir süreçte gençler bu etkilerden kurtulmak için zararlı alışkanlıklara yönelebilmektedirler (Şahin 2007).

4.1.2. Adolesan dönemde fiziksel büyüme ve cinsel gelişme

Adolesan dönemde, çocukluktan erişkinliğe geçilirken, fiziksel ve cinsel olarak hızlı büyüme ve gelişme ayrıca psikososyal yönden de gelişme yaşanmaktadır. Gelişmenin başlama yaşı genetik ve çevre faktörlerinden etkilenir ve kişiler arası farklılık gösterir. Beslenme, genel sağlık ve yaşam koşullarının olumlu değişmesi, gelişme sürecinin daha erken yaşlara kaymasına neden olmuştur (Eğitimciler İçin

Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Adolesan dönemde fiziksel gelişme, psikolojik ve toplumsal olgunlaşmadan daha önce olmaktadır. Adolesanın kendini keşfetmesi, cinsel kişilik ve rollerinin gelişmesi ile bu dönemde cinsel yaşam başlamaktadır (Özcebe 2002).

Fiziksel Büyüme

Adolesan dönemde en önemli değişimlerden birisi hızlı fiziksel büyümedir. Adolesan birkaç yıl gibi kısa bir dönemde erişkin boyutlarına ulaşır. Kız ve erkek adolesanlarda vücut boyutları ve vücut şeklinde olan değişiklikler birbirinden farklı hızda ve zamanda olmaktadır. Değişik organ ve dokular için büyüme hızı farklıdır. Bu dönemde en hızlı büyüme üreme organlarında olmaktadır (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009)..

4.1.2.1. Boy uzama atağı

Boy uzama hızının maksimuma ulaştığı döneme "boy uzama atağı" adı verilir. Boy uzama atağı 11-16 yaşları içinde genellikle iki-üç yıl kadar devam eder (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Erkeklerde boy uzama atağı 13–15,5 yaşları arasında olur ve yılda 10–16 cm lik boy uzunluğu artışı olur. Kızlarda boy uzama atağı 11 yaş civarında başlar ve yılda 9 cm.lik boy uzaması olur ve 13,5 civarında sonlanır. Boyca uzama hızı doruğuna kızlar ortalama 12, erkekler ise 14 yaşta erişir (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Büyüme atağı döneminde, erkeklerde toplam 26–28 cm ve kızlarda 23–28 cm boy uzunluğu artışı olur. Erkekler kızlara göre ortalama 12–13 cm daha uzundurlar, erkeklerde kemiklerin büyümesi kızlara göre iki yıl daha fazla devam eder (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

4.1.2.2. Vücut bölümlerinde büyüme

Adolesanın büyümesi, periferden (uç kısımlardan) gövdeye doğrudur; eller, ayaklar, burun en önce büyür, daha sonra kol ve bacaklar ve en son kalça, göğüs ve gövdede büyüme olur. Adolesan dönemde büyüme atağı sürecinde gençler vücutta, cinsiyete özel şekil ve oranlar kazanırlar. Erkeklerde omuzlar, kızlarda ise kalçalar daha fazla genişler (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Adolesanlarda büyümesi ilk hızlanan vücut kısmı bacaklardır. Gövde uzamasındaki hızlanma bacaklardan bir yıl sonradır. Adolesanların yüzünde de şekil ve büyüklük değişikliği gerçekleşir; alın, çene, burun büyür (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008).

4.1.2.3. Ağırlık artışı

Büyüme atağı döneminde, erişkin hayattaki vücut ağırlığının yaklaşık yarısı kazanılmaktadır. Ağırlık artım hızında giderek artma, ağırlık artım hızının doruğa ulaşması ve son dönemde ağırlık artımında yavaşlama olur (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Erkeklerde vücut ağırlığındaki ve boy uzunluğundaki artış piki aynı dönemlerde olur. Kızlarda boy uzunluğundaki artıştan yaklaşık altı ay sonra vücut ağırlığında artış olur (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

4.1.2.4. Vücut yapısında farklılıklar

Adolesan dönemde erkek ve kızların vücut yapısında farklılaşmalar olur. Bu dönemde, erkeklerde kas dokuda artış kızlara göre daha fazladır (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Kas dokusu, kızlarda adet görmeyle; erkeklerde boyca uzama atağı ile eş zamanlı olarak en yüksek değerlere ulaşır. Deri altı yağ dokusu, her iki cinste de adolesan dönemin ilk yıllarında azalır. Yağ dokusundaki azalma, boy uzama atağında en yüksek değere ulaşır. İskelet kitlesi, akciğer, kalp, karaciğer, dalak, böbrek gibi

organlar da büyüklük ve ağırlıklarını ikiye katlarlar (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008)

Cinsel Gelişme

Adolesan dönemde meydana gelen değişiklikler sonucunda, insan vücudu üreme yeteneği kazanır. Adolesanların cinsel organlarını tanıması, işleyişini bilmesi, hem yaşayabileceği yersiz korkuların, güvensizliğin ve endişelerin yok edilmesi açısından hem de eğer varsa problemlerinin erken tanı ve tedavisi açısından son derece büyük önem taşır. Bu dönem cinsel kimlik gelişimi açısından erken çocukluk döneminden sonra önemli diğer bir süreçtir. Bu açıdan da adolesanlara duyarlı yaklaşılması gerekmektedir (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008).

4.1.2.5. Adolesan dönemde kızlarda olan cinsel değişimler

Kızlarda cinsel gelişme over, uterus, vajina, labialar ve göğüslerin büyümesi ve pubik kıllanma ile karakterizedir (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Kızlarda cinsel gelişmenin ilk belirtisi memelerin büyümesidir. Kısa bir süre sonra pubik bölgede ve koltuk altı kıllanması oluşur. Memelerin gelişmesi (telarş) ortalama 11 yaşlarında başlarken, ilk adet kanaması (menarş), bundan yaklaşık iki yıl sonradır (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Âdet Görme

Rahimden belirli aralıklarla kanama olmasıdır. Bu olay genellikle doğurganlığın ilk belirtisi olarak kabul edilir. Memelerin büyümeye başlamasından yaklaşık iki yıl sonra çoğunlukla, 12-13 yaşlarında başlar. İlk âdetler, henüz yumurta hücreleri tam olgunlaşmadan ve yumurtlama (ovulasyon) olmadan başlayabilir. Âdet döngüsünün süresi 21-35 gün olup kanama ortalama 4-5 gün sürer. Bazı kızlarda âdet günleri yaklaştıkça karın ve sırt ağrıları olabilir. İlk âdetten sonraki 1-2 yıl âdetlerde düzensizlik olabilir (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008).

4.1.2.6. Adolesan dönemde erkeklerde olan cinsel değişimler

Erkeklerde cinsel gelişme, testis ve penis büyümesi ile pubik (cinsel bölge) kıllanmayı içerir.

Cinsel gelişme; skrotum, testislerin büyümesi, penis boyunun uzaması ve kalınlaşması ile başlar, prostat ve meni keseciğinin gelişmesi ile tamamlanır. Daha sonra pubik bölgede kıllanma başlar. Koltuk altı ve yüzde bıyık ve sakal çıkması cinsel bölgedeki kıllanmadan yaklaşık iki yıl sonra görülür (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Ortalama ilk ejakülasyon (boşalma) yaşı ise 12,5–14 arasında olmakla beraber; psikolojik, kültürel ve biyolojik faktörlerden etkilenir (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009). İlk ejakulasyon penisin büyümeye başlamasından yaklaşık bir yıl sonradır (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

.

4.1.2.7. Adolesan dönem ve cinsellik

Cinsellik doğum öncesi başlayıp ömür boyu devam eden, insanların değerleri, inanışları, duyguları, kişilikleri, sevdikleri ve sevmedikleri şeyler, tutumları, davranışları, fiziksel görünümleri ve içinde yaşadıkları toplumlara göre şekillenen bir kavramdır. Temelde duyuya dayalı bir deneyimdir ve yalnızca cinsel organları değil, tüm bedeni ve aklı içerir. Cinsellik; psikolojik, sosyal, ekonomik, politik, kültürel, hukuki, tarihi, dini, biyolojik ve ruhsal faktörlerin etkileşiminden etkilenmektedir (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi 2006 Bilgilendirme Dosyası 4: Güvenli Cinsellik, Bozdemir ve Özcan 2011).

Cinsellik; fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluşur. Cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil; duygusal, düşünsel ve toplumsal bütünlüğü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve arttıran sağlıklılık halidir (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi 2006 Bilgilendirme Dosyası 4: Güvenli Cinsellik,

Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi 2006 Bilgilendirme Dosyası 5: Kadın Cinselliği, Bozdemir ve Özcan 2011).

Cinsellik ve cinsel gelişme insan yaşamının ve gelişiminin önemli bir parçasıdır. Adolesan dönemde gençlerin çoğu cinsellikle daha fazla ilgilenmeye başlar ve cinsel ilişki kurmaya çalışırlar. Gençler kendi kendilerine mastürbasyon yaparak ve başkalarıyla cinsel ilişkiye girerek cinselliği tecrübe etmeye başlarlar. Cinsel tecrübeler isteyerek ve anlaşarak olduğu takdirde memnun edici olabilir. Zorlama olduğu takdirde acı verebilir ve kırıcı olabilir. Cinsel deneyimlerin olumlu ya da olumsuz olarak algılanmasını sosyal ve kültürel anlamlar belirler. Genç insanların cinselliklerine ilişkin doğru bilgiye ihtiyaçları vardır. Kendi cinsel davranışları ve hislerini anlamak için destekleyici bir ortama ve bu deneyimlere kendi yaşamlarında geçerlilik kazandırmaya ihtiyaç duyarlar (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Araştırmalar, adolesan dönemin önemli özelliklerinden birinin cinsel kimliğin benimsenip, oluşturulması olduğunu ortaya koymaktadır. Cinsellik, sedece fizyolojik bir süreç olmayıp, kişinin en önemli yanını oluşturmaktadır. İnsan yaşamında önemli yer tutan cinselliğin bir kavram olarak ele alınması ve yaşanmasındaki özellikler kültürel tutum, inanç ve değer yargıları nedeniyle toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerin pek çoğunda adolesan cinselliği üzerine yapılan çalışmalar sınırlıdır. Cinselliğin yanlış yargılarla tanınması, her iki cinsin birbirini algılayışı ve toplumda cinsiyetlere verilen roller, adolesanın, cinselliği yaşamın bütünlüğü içinde bir bölüm olarak değerlendirmesini engellemektedir. Uysal ve Ergül (2003)'ün belirttiğine göre 2000 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde odak grup görüşmesi yapılarak gerçekleştirilen adolesan cinselliği ve cinsel davranış algılarının incelendiği bir araştırma sonucunda, erkek ve kız adolesanların cinsellik konusunda farklı algılarının olduğu belirlenmiştir. Genç bir nüfusa sahip ülkemizde adolesanların cinselliğe ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada gençlerin %50'sinin bu konuda bilgilerinin yetersiz olduğu ve başvurdukları bilgi kaynaklarının medya ve arkadaşları olduğu belirtilmektedir. Bu kaynaklardan alınan bilgilerin doğru ve güvenilir olmaması adolesanları yanlış yönlendirebilmektedir. Yeniliğe, değişime,

gelişmeye en açık olan bu yaş grubuna, doğru yöntemlerle, doğru yerde, doğru kişilerle ulaşıldığında ülkemizin üreme sağlığı statüsünün gelişmesine büyük katkı sağlanmış olacaktır (Uysal ve Ergül 2003).

Eroğlu ve Gölbaşı (2003) ebeveynlerin cinsellikle ilgili konularda çocuklarıyla olan iletişimleri ve yaşadıkları durumları belirlemek amacıyla ortaöğretim kurumlarındaki öğrencilerin 546 ebeveyni ile yaptıkları çalışmada, ebeveynlere çocukları tarafından sorulan sorular incelendiğinde; ilk sırada kız-erkek arkadaşlığının yer aldığı, bunu adolesan dönem fiziksel ve psikolojik değişikliklerinin izlediği belirlenmiştir. Ayrıca çocukların cinsellikle ilgili soruları daha çok annelerine sordukları belirlenmiştir. Çalışmada cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) dışındaki tüm sorularda anne ve baba arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur.

Gölbaşı ve Eroğlu (2003) çalışmalarında öğrencilerin %25.2'sinin cinsellikle ilgili bilgilerini yeterli buldukları, %64'ünün cinsel eğitimin okulların bir görevi olduğunu düşündükleri, %78.5'inin okullarda verilen cinsel eğitimin yararlı olacağını ifade ettikleri saptanmıştır.

4.1.3. Adolesan dönemde psikososyal gelişme

Hızlı bir büyüme ve gelişme süreci olan adolesan dönemde, birçok değişim aynı zamanda yaşanır. Her adolesan için aynı psikososyal gelişimi tanımlamak mümkün değildir (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008). Adolesan dönem zor geçen bir dönem olmasına rağmen, birçok adolesan bu zorluklarla baş edebilir (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009). Ancak bazıları baş etme konusunda sıkıntı yaşayabilir (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008). Bu nedenle adolesanın psikososyal gelişiminin bilinmesi ve değerlendirilmesi karşılaştığı sorunların tanımlanması ve çözüm önerisi oluşturulması açısından önemlidir (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Adolesan dönem üçe ayrılmaktadır.

- Erken adolesan dönem (10–13 yaş)
- Orta adolesan dönem (14–16 yaş)

- Geç adolesan dönem (17–19 yaş) (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

4.1.3.1. Erken adolesan dönem

Erken eadolesan dönemde; fiziksel ve cinsel gelişimin başlaması ile oluşan değişimlerle birlikte psikososyal değişimler de gözlenmektedir. Adolesan, bu dönemde temel olarak fiziksel değişimleri özümsemeye ve bağımsızlık için mücadele etmeye çalışır. Kız adolesanların fiziksel ve cinsel gelişimi erkek adolesanlara göre daha erken başladığı için psikososyal ve duygusal değişimleri de bir iki yıl önce ortaya çıkar (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Bağımsızlık-Bağımlılık Mücadelesi

Erken adolesan dönem, aileye olan bağımlılığın bağımsızlık davranışı şeklinde değiştirilmesi çabalarının başlangıcıdır.

- Duygusal dalgalanmalar,
- Kendini ifade etme yeteneğinde artma,
- Ailesinin aktiviteleri ile daha az ilgilenme, eleştiri ya da tavsiyelerine uymada isteksizlik gösterme,
- Başka bir desteğe sahip olmadan aileden ayrılma ortamı oluşturma ve bunun da aile içinde bazı sorunlara yol açması,
- Aile dışında yeni insanlar arama (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Beden İmajı Algısı

Adolesan, hızlı büyüme ile vücudunda olan değişimleri kafasına takar ve normal olup olmadığını sorgular.

- Kendisini sorgulama,
- Dış görünüşü ve çekiciliği konusunda emin olamama,
- Sıklıkla kendi bedenini başkaları ile karşılaştırma,

- Cinsel anatomi ve fizyoloji ile ilgilenme, menstrüasyon ya da ejakülasyon, mastürbasyon, meme ya da penis büyüklüğü hakkında endişe etme (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Akran Grup İlişkisi

Aileden uzaklaştıkça arkadaşların yanında kendini daha iyi hissetmeye başlarlar.

- Yalnızca aynı cinsiyetten arkadaş edinme, aynı zamanda homoseksüel olma korkusu ya da ilişkileri konusunda kaygı duyma,
- Arkadaşlarına karşı çok fazla duygusal ve hassas olma,
- Ara sıra karşı cinsten arkadaşlıklar kurma (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Kişilik Gelişimi

Fiziksel büyümenin hızlı olması ile bilişsel özelliklerde de gelişme gözlenir. Bu dönemde, adolesan gelecek için hazırlanmakta ve başarılı olması beklenmektedir.

- Soyut kavramları anlama,
- Sıklıkla hayal kurma,
- Gerçekçi olmayan bir aktiviteyi, ideali gerçekleştirme isteği,
- Otoriteyi sorgulama, aile ya da öğretmenin dayanma derecesini test etme,
- Daha fazla özel yaşama sahip olma isteği (bu dönemde günlük tutma önemlidir),
- Cinsel isteklerin ortaya çıkması, açık saçık konuşma ve şakalar yapmaya eğilimin artması,
- Kendi değer yargılarını geliştirme,
- Kendi isteklerini kontrol edememe; risk alma davranışlarına yol açabilir),
- Bulunduğu durumunu abartmak (çok yalnız hissetmek, problemlerinin çok büyük olduğunu düşünmek) (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

4.1.3.2. Orta adolesan dönem

Bu dönemde duygular daha yoğundur. Büyük amaçlar belirlenir. Akranların etkisi önemlidir (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Bağımsızlık-Bağımlılık Mücadelesi

Aileler ile olan çatışmalar fazlalaşır ve arkadaşları çok daha önemli hale gelir (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Beden İmajı Algısı

Cinsel gelişimin birçok aşaması tamamlanmıştır. Artık değişimlerini daha az sorgulamaktadır. Bedenini kabul eder ve rahatlar. Kendine daha fazla vakit ayırır ve çekici görünmek için çok fazla vakit harcar (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Akran Grup İlişkisi

Akranların etkisi çok kuvvetlidir.

- Kendi kültürel yapısı içinde yoğun bağlanmalar yaşama,
- Arkadaşlarının değeriyle uyum içinde olma, arkadaşları ile ortak şifreler oluşturma, giyim tarzında uyum içinde olma,
- Aileden uzaklaşma,
- Duygusal beraberliklerin artması, flörtünün olması, cinsel deneyim yaşama,
- Kulüp, takım, çete gibi farklı gruplara girme (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Kişilik Gelişimi

Soyut kavramlar gelişir. Yeni bir kişilik geliştirir.

- Kendi amaç ve duyguları netleşir, başkalarının duygularını değerlendirme becerisi gelişir.
- Entelektüel kapasitede artma ve yaratıcılık başlar.

- Daha az idealisttirler (bu dönemde orta ve az düzeyde beceriye sahip olan adolesanlar, kendi kapasitelerinin düşük olduğu düşüncesi ile kendini değersiz görme sorunu yaşayabilirler).
- Riskli davranışlara eğilim, ölümsüz olduğunun ispatına ait duygulara sahip olmak (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

4.1.3.3. Geç adolesan dönem

Eğer erken ve orta adolesan dönemde destekleyici bir aile ve arkadaş grubunda bulunduysa bu dönemi de başarı ile geçirir ve erişkin dönem için sorumluluklarını üstelenebilir (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Bağımsızlık-Bağımlılık Mücadelesi

Bu dönemde sakinleşme ve tekrar aileye bağlanma vardır. Aile ile olan ilişkiler değişmiş, ailenin önemi ve değeri daha fazla anlaşılmıştır. Ailenin önerileri tekrar kabul edilmeye başlar. Ancak, bu dönemde bazı adolesanlar erişkin sorumluluklarını üstlenemezler; aile ya da arkadaşlara bağımlı kalmak isteyebilirler.

- Kendine yetmeyi erteleme,
- Kendini daha iyi ifade etme,
- Daha tutarlı ilgilere sahip olma,
- Tek başına karar verebilme (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Beden İmajı Algısı

Büyüme ve gelişme tamamlanmıştır. Anormallik olmadığı sürece sorun olmamaktadır (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Akran Grup İlişkisi

- Akranlarla ilişkiler daha az önemlidir, kendi değer ve düşünceleri vardır.

- Arkadaş olduğu bir kişi ile daha uzun zaman geçirir. Tek kişi ile yaşanan bu ilişkide daha fazla paylaşma, deneyim kazanma ve ifade edebilme yer alır.
- Genellikle duygusal bir beraberlik tercih edilir (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Kişilik Gelişimi

- Gerçekçi düşüncenin gelişmesi,
- Sınır koyabilme, geciktirme, uzlaşma becerilerini geliştirme,
- Amaçlarına ulaşma ve ekonomik olarak bağımsızlık sürecine başlama,
- Dini, manevi ve cinsel değerlerini tekrar süzgeçten geçirme (Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri 2008, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Adolesanların hepsi gelişimleri sırasında psikososyal gelişim evrelerine tamamen uymamaktadır. Ancak, birçok adolesan bu süreci yaşamaktadır. Sağlık personelinin adolesan dönem genel gelişim sürecini bilmesi adolesanların davranışlarını değerlendirmesine yardımcı olur (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Adolesan dönemde cinsellik konusu, bu dönemin risklerini, risklerin sonuçlarını, adolesanların olumsuz davranışlarını ve bu dönemde cinsellik yaşamanın normal olmadığını akıllara getirmektedir. Adolesanlar risk alma konusunda yetişkinlere göre daha gözü karadır ve risk almak hayatının doğal bir parçasıdır (Şatıroğlu 2008).

Adolesan yaş grubu, cinselliğin yaşanmaya başlandığı ancak bu konudaki bilgilerin tam olmaması nedeniylede sorunların sık görüldüğü yaş grubudur. Bu nedenle her toplumda bu yaş grubunun cinsellik hakkındaki bilgilerinin artırılması toplumun genel sağlığı açısından önemlidir (Biri, Korucuoğlu, Yılmaz, Şimşek, Aksakal ve İlhan 2007).

Cinselliğin, adolesanın gelişiminin doğal bir parçası olduğu bilinmesine rağmen bu dönemde yaşanan cinsellikte dikkatli olunması gerekmektedir. Çünkü:

- Adolesanların, ebeveynlerin ve toplumun cinsellik hakkında farklı ve/veya karşıt görüşleri bulunmaktadır.

- Fiziksel olgunlaşma yaşının düşmesi, ekonomik bağımsızlık ve evlilik yaşının yükselmesi adolesan cinselliği süresinin uzamasına neden olmuştur.
- Adolesanlarla ebeveynler arasında iletişim eksikliği bulunmaktadır
- Medya cinsel davranışlarla ilgili gerçekçi olmayan imajları teşvik etmektedir.
- Bu dönemde arkadaş grupları ve akran baskısı önemli hale gelmektedir.
- Cinsellikle ilgili eğitimler sınırlıdır.
- Ailenin değerleri, ebeveynlerin değerleri, medya tarafından tanımlanan cinsel imaj ve kendi kişisel değerleri arasında sıkışan adolesan sıklıkla impulsif davranıp mental olarak hazır olmadan ve önlem almadan cinsel ilişkiye girebilmektedir (Özcan, Kurdak, Akpınar, Saatçı, Bozdemir).

Adolesanın cinsel davranışları özellikle yaşadığı sosyal çevre ve içinde bulunduğu kültürel yapıdan etkilenmektedir. Bazı batı ülkelerinde adolesan cinselliği normal ve sağlıklı bir davranış olarak kabul edilmektedir (Siyez ve Siyez 2007).

Aktif cinsel yaşamın erken yaşlarda başlaması, gençlerin korunma yolları hakkında yetersiz bilgi sahibi olmaları nedeniyle istenmeyen gebelikleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıkları beraberinde getirebilmektedir. İstenmeyen gebelikler genellikle tıbbi müdahale ile sonlandırılmaktadır. Ancak genç kızların hamile kaldıklarının geç farkına varması nedeniyle operasyon esnasında istenmeyen yan etkiler oluşabilmektedir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar en sık 20-24 yaş grubu gençlerde görülmekte, bu yaş grubunu sırasıyla 15-19 yaşlarındaki adolesanlar ve 25-29 yaş grubu genç yetişkinler izlemektedir. 15-19 yaş arası adolesanlarda cinsel yolla bulaşan hastalıklar cinsiyet etkenine göre değerlendirildiğinde erkeklere oranla kızlarda daha yaygın olduğu saptanmıştır. Sosyoekonomik düzeyin düşmesiyle de bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığının arttığı belirtilmektedir. Biyolojik, bilişsel ve davranışsal faktörlerin yanı sıra arkadaş, aile ve toplumsal süreçler de riskli cinsel davranışların artmasında birer etken olarak değerlendirilmektedir (Siyez ve Siyez 2007).

4.2. Adolesan Dönemde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sorunları

Gençlerin cinsel sağlık-üreme sağlığı gereksinimleri kültürel ve coğrafik durumlara bağlı olarak büyük farklılıklar göstermektedir (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Erken evlilik, erken yaşta cinsel ilişki, istenmeyen gebelikler, erken yaşta çocuk doğurma, HIV/AIDS yayılımı ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve kadın sünneti bu konular arasında yer almaktadır (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009). Adolesan dönem üreme sağlığını etkileyen faktörler "erken cinsel aktivite" ve "adolesanların cinsellik ve üreme sağlığı konularındaki bilgi eksikliği" olmak üzere iki ana başlık altında toplanabilir (Gölbaşı 2005).

Birçok ülkede evlilikle birlikte ya da evlilik dışı cinsel aktiviteye başlama yaşı giderek düşmektedir. Genç insanların çoğunun 10-20 yaşları arasında cinsel ilişkiye başladıkları tahmin edilmektedir (Gölbaşı 2005).

Civil ve Yıldız (2010) çalışmalarında, ilk cinsel ilişki deneyimi yaş ortalamasını 17.28 ± 1.81 olarak bulmuştur. Siyez ve Siyez (2007) çalışmalarında kızların %52.9'u erkeklerin %51.4'ü ilk kez cinsel ilişkiye 15-16 yaşlarında girdiklerini bulmuştur. Taşer ve Yalnız (2010) madde bağımlısı gençlerde cinsel sağlık ve üreme sağlığı davranışlarını inceledikleri çalışmalarında ilk cinsel deneyim yaşını ortalama 15 yaş olarak bulmuştur.

Erken cinsel aktivite yabancı kişilerle, birden fazla cinsel eşle, alkol kullanımı ile birlikte olan ve kondom kullanılmadığı durumlarda büyük risk taşımakta ve adolesanların sağlığını önemli ölçüde tehdit etmektedir. Riskli cinsel davranış olarak da adlandırılan bu durum; istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, ve sağlıksız koşullarda yapılan düşüklerle sonuçlanabilmektedir. Buna karşın genç insanların çok azı kendilerini hastalık ya da istenmeyen gebelik riskinde görmektedir (Gölbaşı 2005).

Adolesanların cinsellik ve üreme sağlığı konularında bilgi düzeyleri, onların bu bilgileri edindikleri kaynaklarla yakından ilişkilidir. Çocukların ve gençlerin cinsel eğitimlerinde ideal olan, aile içinde başlayan eğitim sürecinin okullarda var olan formal cinsel eğitim programları ile devam etmesidir. Cinsellikle ilgili konularda güvenilir kaynaklardan bilgi alamamak, gençler arasında bazı yanlış inanışların

yaygınlaşmasına neden olmuştur. Cinsellikle ilgili konulardaki yanlış inanışlar ve bilgi düzeyinin düşük olması gençlerin, sağlık uygulamaları ve cinsel davranışlarının getireceği risklerden haberdar olmalarını önlemektedir (Gölbaşı 2005).

Adolesanların üreme sağlığı sorunları yetişkinlik dönemindeki üreme sağlıklarını da tehdit etmektedir (Gölbaşı 2005). Güvenli olmayan cinselliğin yaşanması ve üreme sağlığı sorunlarının ortaya çıkması, ileri dönemdeki üreme sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Üreme sağlığı sorunları, beraberinde toplumsal sorunları da getirmektedir. Gençlerin üreme sağlığına ilişkin sorunlar; genellikle erken yaşta cinsel ilişki, erken yaşta evlilik, gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve aile planlaması yöntemine ulaşamamadır (Özcan ve ark., Özcebe 2002). Adolesanların üreme sağlığı sorunları adolesan gebelikler, istenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar şeklinde incelenebilir. (Gölbaşı 2005).

4.2.1. Adolesan gebelikler ve istenmeyen gebelikler

Adolesan gebelikler tipik olarak, planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerdir. Bu dönemde meydana gelen gebelikler, anne-bebek sağlığı ve gençlerin gelecek planları üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle önemli bir sağlık problemi olarak ele alınmaktadır. İstenmeyen gebeliklerin sosyal ve psikolojik sonuçları, evli olmayan adolesanlar için daha olumsuz olmaktadır. Gebeliğin istenmemesi, gençleri yasal olsun ya da olmasın küretaja yöneltmektedir. İstenmeyen gebelik sonucu küretaja başvuran gençlerin çoğunlukla düzensiz ve geleneksel kontraseptif yöntem kullandıkları belirtilmektedir. (Gölbaşı 2005).

Latin Amerika ve Karayip'lerde adolesan gebeliklerin beşte biri istenmeyen gebelik şeklindedir. Kuzey Amerika'da %15'i, Orta Doğu ve Kuzey Afrika'da %30'u, Asya ve Afrika'da (Gana, Kenya, Filipinler, Zimbabwe) %60'ı istenmeyen gebeliktir (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Gelişmekte olan ülkelerde genç adolesan kızların %30'u 18 yaş altında; %14'ü ise 15 yaş altında evlenmektedir. Dünya çapında 15-19 yaş arası on altı milyon kız çocuğu ve 15 yaşın altında iki milyon kız çocuğu her yıl doğum yapmaktadır. Günümüzde her beş kız çocuğundan biri, gelişmemiş bölgelerde ise her üç kız çocuğundan biri 18 yaşın altında doğum yapmaktadır. Dünyada adolesan doğum

oranlarına baktığımızda Çin'de %2, Latin Amerika'da ve Karayip'lerde %18 ve Güney Afrika'da %50'lere ulaşmaktadır. Ancak adolesan doğurganlığı gelişmekte olan ülkelerle sınırlı değildir. İngiltere'de %26, İrlanda'da %17 ve ABD'de ise bu oran %63'tür. 1990'lı yıllardan itibaren düşme eğilimi göstermesine rağmen ABD gelişmiş ülkeler arasında adolesan gebelik ve doğum oranı halen en yüksek ülke olmaya devam etmektedir (Aydın 2013).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 yılı verilerine göre; 15-19 yaş arası kadınların %9.6'sı evlidir. Adolesan dönemde çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesi yaşla birlikte hızla artmaktadır; bu oran 15 yaşında %0.4 iken, 16 yaşında %2.2'ye, 17 yaşında %4.4'e, 18 yaşında %9.7'ye, 19 yaşında %12.9'a yükselmektedir. 15-19 yaş grubundaki doğurganlık hızı (1000 kadın için) 35'dir (TNSA-2008, Aydın 2013).

Günümüzde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde toplumsal sağlık sorunlarından biri olan adolesan gebelikler hem anne hem de bebek sağlığını olumsuz şekilde etkilemektedir. Adolesan gebelikler, yüksek riskli gebelikler arasında yer almakta, anne ve bebek açısından önemli sosyal ve sağlık problemlerine neden olabilmektedir (Aydın 2013).

Farklı kültürlere özgü bir sorun olan genç yaşta evlendirilmeye bağlı adolesan gebeliklerin, topluma verilen sağlık hizmetleri çerçevesinde gebelik izlemleri, doğumları ve doğum sonrası izlemleri de önem taşımaktadır. Ancak risk grubunda olan bu yaş grubunun sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonu dönem geçirmelerini ve sağlıklı bir bebek dünyaya getirmelerini sağlamak gerekmektedir (Başer 2000).

Dünyada her yıl 15-19 yaş grubunda olan yaklaşık 16 milyon adolesanın bebeği olmakta ve bütün doğumların %11'ini bu doğumlar oluşturmaktadır. 5 milyonu ise düşükle sonlanmaktadır. Düşüklerin %40'ı sağlıklı olmayan koşullarda yapılmaktadır. Bu annelerin %23'ü gebelik ve doğuma bağlı hastalıklara maruz kalmaktadır (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009, Öner ve Yapıcı 2010, WHO 2010).

Adolesan dönemde meydana gelen gebelik ve doğumlarda görülen diğer önemli bir sorun anne mortalite ve morbiditesindeki artıştır. 15-19 yaş grubundaki annelerin

doğum sırasında ölme olasılıkları 20-24 yaş grubu annelerle karşılaştırıldığında 2-3 kez artmaktadır. Gebelik sırasında ise anemi, preeklemsi gibi gebelik komplikasyonları daha sık görülmektedir. Ayrıca adolesan doğumlar sırasında rektovajinal ve ya vezikovajinal fistül oluşumu gibi hayat boyu devam edebilecek komplikasyonlar daha sık görülmektedir. Adolesan annelerin bebeklerinde de mortalite ve morbidite daha sıktır. Bebeklerde önemli bir ölüm nedeni olan düşük doğum ağırlığı adolesan annelerin bebeklerinde sık olarak görülmektedir. Diğer sık görülen bir sorun olan prematürelik ise bu bebeklerin erken çocukluk boyunca birçok problem yaşamalarına neden olmaktadır. Adolesan dönemde özellikle evlilik dışı gebelik yaşayan bireyler sosyal açıdan da önemli sorunlarla karşı kalmaya kalmaktadırlar. Bunlar arasında öğrenim yaşantılarının sona ermesi ve buna bağlı olarak iş olanaklarının azalması, aile desteğinin azalması ve toplumdan dışlanma sayılabilir (Gölbaşı 2005).

Birçok ülkede erken yaşta olan gebeliklerin, genç kızların eğitimi, ekonomik durumu ve sağlığı üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Adolesan anneler çoğunlukla eğitimlerini yarım bırakmak durumunda kalmaktadırlar, bu da onların gelecekte iş bulma şansını ve ekonomik olarak kendilerinin ve çocuklarının olumsuz koşullarda yaşamasına neden olmaktadır (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Doğurgan çağdaki tüm kadınları ve erkekleri etkileyen istenmeyen gebelikler hem sağlıkla ilgili, hem sosyal hem de ekonomik bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. İkili koruma sağlayan gebeliği önleyici yöntemler yardımı ile istenmeyen gebeliklerin önlenmesinin yanı sıra HIV/AIDS dahil olmak üzere CYBH'lerden korunması mümkündür. Karşılanmamış aile planlaması (AP) ihtiyacının özellikle bölgesel yükseklikleri, istenmeyen gebeliklerin CS/ÜS tanım kümesinde öncelikli sorunlar arasında yer alması gerektiğini işaret etmektedir (Çeber ve ark 2009).

İstenmeyen gebeliklerin fazla olması sorunun sağlık sektörü müdahaleleri ile çözülebilirliği sağlanabilir. DSÖ aile planlaması gereksinimlerinin karşılanmama nedenlerini şu etmenlerle açıklamaktadır: kaliteli hizmetlere erişim yetersizliği, yöntem seçeneklerinin sınırlı olması, bilgisizlik, emniyet ve yan etkilere ilişkin

kaygılar ve eşlerin kabul etmemesi (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015).

Türkiye'de yöntem bilgisi yüksek iken kullanma oranlarının düşüklüğü, kaliteli hizmetlere erişimin yetersiz olması ve seçeneklerin sınırlı olması nedenlerini daha ön plana çıkarmaktadır. Bu faktörler, sunulan hizmetin erişilebilirliği ve niteliğinin arttırılması ile önemli ölçüde giderilebilecek sebepler olarak görülmektedir. Yöntem seçenekleri olması ve yöntem seçiminin bilgilendirilmiş bir şekilde birey tarafından yapılması kaliteyle ilgili önemli unsurlardır (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015).

Bireyin doğurganlığını kontrol altına alması için gerekli bilginin ve yöntemlerin sunulması temel sağlık hakları ile ilgilidir. İstenmeyen gebeliklerin engellenmesi çerçevesinde yapılacak girişimler bireye ve topluma sosyal ve ekonomik katkılarının yanı sıra isteyerek düşüklerin azaltılması ve anne ölümlerinin azaltılması olarak etkili bir şekilde geri dönecektir (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015).

Gençlerin CS/ÜS düzeylerinin düşük olması **adolesan gebeliklerin** yanı sıra **güvenli cinsellik** açısından da son derece önemlidir. Hızlı kentleşme, eğitim sistemleri, genel olarak telekomünikasyon ve teknoloji, seyahat ve göçler; fırsat ve riskleri de beraberinde getirmektedir. Bu konuda Türkiye'yi temsil edici veri bulunmamakla birlikte, özellikle kentlerde ve batı bölgelerinde evlilik öncesi cinsel ilişki yaygınlaşmakta ve cinselliğe başlama yaşının düşme eğilimi gösterdiği düşünülmektedir. Bu nedenle genç insanların cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili bilgilenme ve hizmet gereksinimlerinin, özellikle de HIV/AIDS'in ortaya çıkmasından sonra daha dikkatle ele alınması gerekmektedir. Türkiye nüfusunun yüzde 30'unu oluşturan genç nüfus, HIV ile enfekte olma riski altındaki önemli bir gruptur (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015)

Gençlerin CS/ÜS düzeylerinin düşük olması, sorunun sağlık sektörü müdahaleleri ile çözülebilirliğine ilişkin DSÖ, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations International Children's Emergency Fund) (UNICEF) ve

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA)'nun gençler için CS/ÜS'e yönelik belirlediği müdahaleler şu başlıklar altında toplanabilir:

- Gençlerin erken yaşta evlilik ve çocuk sahibi olmanın ertelenmesi için eğitime ve gelir getirici fırsatlara erişimin arttırılması,
- Aldıkları kararların sorumluluğunu taşıyabilecek gençlerin yetiştirilmesi için doğru bilgi ve yaşam ve karar verme becerilerinin sağlanması,
- ÜS/CS hizmetlerini de içeren, ekonomik olarak karşılanabilir, erişilebilir, saklı kalabilen ve yargılayıcı olmayan (genç dostu) sağlık hizmetlerine erişimin artırılması,
- Genç insanlara cinsel davranış ve üreme sağlığı yönünden olgunlaşma sürecinde destek olabilmeleri için ebeveynler, toplumsal gruplar, okullar, kurumlar, medya ve akran gruplara sağlık eğitimi verilmesi,
- Özellikle kriz durumlarında danışmanlık hizmeti sağlanması (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015).

Sağlık sektörü olarak gençlere yönelik CS/ÜS'ü içeren "genç dostu" hizmetlerin sunulması bu yaş grubunda istenmeyen gebeliklerin gerçekleşmemesi ve CYBH'lerle ilgili risklerin azaltılması için büyük önem taşımaktadır. Adolesan gebelikleri ve doğumları, hem bulunulan yaş grubunun risk faktörünü arttırması hem de çocuk sahibi olma yaşının düşmesi ve dolayısıyla daha çok çocuk sahibi olma ihtimalini yükseltmesi nedeni ile anne ölümleri sorunu açısından önemli bir risk teşkil etmektedir. Güvenli cinsellik penceresinden bakıldığında ise gençler arasındaki yayılım riskinin ve hızının yüksekliği, HIV/AIDS'in sosyoekonomik boyutları göz önüne alındığında, ülke kalkınmasına büyük katkı sağlayacak bu nüfus potansiyelinin emeğinin en verimli olabileceği dönemde kaybedilmesi riskini de beraberinde getirmektedir (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015).

.

Hem adolesan gebelikleri hem de gençlerin güvenli cinselliği açısından, genç insanlara olgunlaşma sürecinde destek olabilmeleri için çeşitli sosyal grupların (ebeveynler, toplumsal gruplar, okullar, kurumlar, medya ve akran gruplar) eğitilmesi de işbirlikleri içinde sağlık sektörü açısından değerlendirilebilir (Cinsel

Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015).

Adolesanlarda jinekolojik problemler de nispeten yaygındır. Cinsel aktivite ve etkilerinin potansiyel tanı ve yönetim seçenekleri üzerine etkisi olabileceği unutulmamalıdır ve değerlendirme ebeveynlerin yokluğunda yapılmalıdır. Tedavi seçeneklerinin cinsel fonksiyon ve fertilitenin yanı sıra gelecekteki genel sağlık üzerinde de önemli bir etkisi olabilmektedir (Michala and Creighton 2008).

4.2.2. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar insanlık tarihi kadar eski olup gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. CYBH 1940'lardan beri bir çok ülkede giderek artmaktadır. Evlilik yaşının ilerlemesine rağmen, cinsel yönden etkinlik daha erken yaşlarda başlamaktadır. Gelişmiş ülkelerde CYBH'ye karşı mücadele hızla sürerken, bulaş riski yüksek olan genç kuşakta korunma önlemleri de hızla artmaktadır. Tüm dünyada CYBH, en çok 20–24 yaş grubunda, daha sonra 15–19 ve 25–29 yaş gruplarında görülmektedir. Evlilik öncesi cinsel ilişkinin yaygınlaşması, doğal olarak CYBH'nin oranını arttırmaktadır (Aslantekin ve Aslan 2006).

Toplumda CYBH konusundaki bilgi durumunun ve ne tür hizmete gereksinimlerin olduğunu saptamak halk sağlığı açısından önemlidir. Bazı gelişmekte olan ülkelerde aile planlaması, antenatal, maternal ve çocuk sağlığı kliniklerine başvuran her 10 kadından en az 1-2 tanesinde CYBH'den biri görülmektedir. Ülkemizdeki CYBH sıklığı gelişmiş ülkelerdekinden çok daha fazladır. Ancak ülkemiz koşullarında prevelans ve insidans çalışmaları yapmak oldukça zor olduğundan gerçek rakamlar bilinememektedir. Bu hastalıklar hem toplumlara ciddi ekonomik yükler getirmekte hem de çağımızın en önemli sağlık sorunlarından biri olan AIDS hastalığına yol açan HIV virüsünün yayılımını kolaylaştırmaktadır (Aslantekin ve Aslan 2006).

Günümüzde çok sayıda genç ve cinsel yönden aktif insan CYBH ile karşılaşma riski altındadır. CYBH'nin yayılmasının önlenmesi ve kontrol altına alınması birçok ülkede 2000'li yılların hedefleri arasında yer almıştır. Bugün dünyada birçok devlet

ve uluslararası kuruluş bu hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için büyük yatırımlar yapmakta ve bu konuda yapılan araştırmalara öncelik vermektedir (Zarakolu 2006).

Görülme sıklıklarının gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha yüksek olduğu gözlenen CYBH'lerin epidemiyolojik özellikleri toplumdan topluma hatta aynı toplumda gruplar arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Ancak olguların belirlenmesi ve tedavilerinde benzer sorunlar yaşanmaktadır. Hastalıkların çoğu belirti ve bulgu vermeksizin seyrettiği için kişilerin belirlenmesi ve hastalık sıklığının saptanması zordur. Yakınması olan kişilerin çoğu sağlık kurumlarına başvurmamaktadır. CYBH dünyada birçok ülkede bildirimi zorunlu hastalıklar arasında yer almaktadır. Ülkemizde ise kayıt ve bildirim sisteminin yetersiz olması ülke verilerimizin ve sürveyansın yetersiz olmasına sebep olmaktadır. Oysa hastalıklar hakkında güvenilir verilerin elde edilmesi uzun vadede hastalıklardan korunma ve kontrol amaçlı ulusal sağlık politikalarının oluşturulmasına ışık tutacağı için önemlidir (Zarakolu 2006).

Tanı ve tedavinin erken dönemde sağlanmaması infertilite, istenmeyen düşükler, dış gebelik, anogenital kanserler ve erken ölümlerin yanı sıra yenidoğan enfeksiyonları gibi istenmeyen durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca bireysel ve ulusal düzeyde bir ekonomik yük meydana getirmektedir (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015).

Bu hastalıkların tüm dünyada görülme sıklığının artış nedenleri; özellikle gelişmekte olan ülkelerde cinsel eğitim programlarının yetersizliği, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde cinsel ilişki yaşının küçülmesi, evlilik öncesi cinsel ilişki ve cinsel eş sayısındaki artış, seyahat imkanlarının yaygınlaşması, cinsel davranışlardaki değişiklikler, kondom dışı doğum kontrol yöntemlerinin kullanımında artış, tanı ve tedavi imkanlarının gelişmesiyle hastalıkların daha doğru ve sık olarak tespit ediliyor olması, antibiyotiklere direnç nedeniyle tedavide rastlanan zorluklar olarak tespit edilmiştir (Zarakolu 2006).

CYBH'nin gelişiminde rol oynayan davranışlar birden fazla cinsel eşe sahip olmak veya cinsel eşin birden fazla eşinin olması, seks çalışanları ve onların müşterileriyle ilişkide bulunmak, yakın zamanda cinsel eş değiştirmek, CYBH

belirtisi olanlarla ilişkiyi sürdürmek olarak sıralanabilir. Sosyokültürel ve eğitim düzeyi düşük, CYBH olup cinsel eşlerinin tedavi olması gerektiği konusunda bilgilendirilmemiş kişiler, önceden geçirilmiş CYBH öyküsü olan, kontrasepsiyon kullanmayan ya da oral kontrasepsiyon kullanan kadınlar riskli davranışları olan kişileri oluşturmaktadır. Başlıca risk grupları seks çalışanları, ailelerinden ya da eşlerinden uzun süre ayrı kalanlar, madde bağımlıları ve bu kişilerin eşleridir (Zarakolu 2006).

CYBH açısından risk değerlendirmesi yapılırken yol gösterici bilgiler; kişinin son bir yıl içinde birden fazla cinsel eşinin olması, son üç ay içinde yeni bir eşinin olması, son bir yıl içinde geçirilmiş CYBH, para, mal ya da ilaç karşılığı cinsel ilişki öyküsü, HIV enfeksiyonu varlığı, kan transfüzyonu öyküsü, doğum sırasındaki bulaş açısından anne, baba öyküsü, uyuşturucu kullanımı, erkeğin homoseksüel ilişkisinin olması olarak bilinmektedir (Zarakolu 2006).

CYBH'lerin belirleyicileri; sosyoekonomik durum, kontraseptif yöntem, cinsel ilişki sıklığı, birden çok partner, ilk cinsel ilişki yaşı ve CYBH semptomları olan partnerle cinsel ilişkidir. Bunlardan ilk cinsel ilişki yaşı ve yaşam boyu partner sayısı, CYBH ve HIV riskiyle en yüksek düzeyde anlamlı pozitif ilişkiye sahiptir (Özcan ve ark).

Adolesan dönemde yaşanan bilinçsiz ve sorumsuz cinsel davranışın önemli bir sonucu olan 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, üremeyle ilgili ciddi mortalite ve morbidite nedeni olabilmektedir (Gölbaşı 2005).

Birçok CYBH ölümcül olmamakla birlikte gebelik komplikasyonlarına, infertiliteye, genel sağlık durumunun bozulmasına ve aynı zamanda HIV/AIDS hastalığının bulaşması için bir hazırlayıcı faktör olarak rol oynamaktadır (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Gençlerin, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, genellikle kendi ve karşı cinsin özellikleri, vücut işlevleri, üreme özellikleri konularında yeterli bilgilerinin olmadığı bilinmekte; bu bilgisizlikle cinsel yaşamın başlaması, **cinsel yolla bulaşan hastalıklar** ve **istenmeyen gebelikler** gibi üreme sağlığı sorunlarını ortaya

çıkarmaktadır. Sigara, alkol alışkanlığı ve uyuşturucu madde kullanımı, yanlış beslenme alışkanlıkları, kazalar, intiharlar ve psikolojik sorunlar nedeniyle çok ciddi fiziksel, ekonomik ve psikososyal sorunlarla da karşı karşıya kalmaktadırlar (Özcebe 2002, Akın 2007).

Bu gerçeklere rağmen hekimler, zaman baskısı, koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmemesi, hekime gelen adolesanların genel topluma göre daha az riskli olduğu inanışının varlığı gibi nedenlerle genellikle adolesanlarda cinsel riskli davranışları sorgulamaktan çekinmektedir.

Özcan ve ark.nın belirttiğine göre Millstein et al (1996), birinci basamak hekimlerinin adolesanlara jinekolojik ve CYBH hizmetlerini kılavuzlardan daha az oranda sunduklarını, %31 oranında CYBH/HIV eğitimi yaptıklarını, % 40 oranında cinsel aktifliği düzenli olarak sorguladıklarını, % 17 oranında cinsel partner sayısını sorguladıklarını, % 12 oranında cinsel oryantasyon ve % 10 oranında cinsel ilişkiyi sorguladıklarını belirtmiştir (Özcan ve ark).

Şatıroğlu (2008)'nun belirttiğine göre, Small ve Luster yaklaşık 2200 adolesan ile yaptıkları çalışmada cinsel davranışları, cinsel yönden deneyimli olup olmadıkları hakkında bilgi toplamışlar, adolesan dönemdeki cinsel etkinliklerin nedenlerini şöyle sıralamışlardır:

- Kişisel nedenler (madde kullanımı, düşük entelektüel yetenek, cinsel istismar öyküsü),
- Ailesel nedenler (aile yapısı, düşük anne baba denetimi, düşük sosyoekonomik düzey, tek ebeveynli ev),
- Aile dışı nedenler (akranlar, cinsel etkin arkadaşlar, çok az olumlu okul yaşantısı, düşük düzey mahalle)

Small ve Luster kızların cinsel etkinliklerini açıklayan etkenlerin, erkek adolesanlardan daha fazla olduğunu da belirlemişlerdir (aile desteğinin olmaması erkekler için risk etkeni değilken, kızların cinsel davranışlarını açıklamada önemli bir risk etkenidir) (Şatıroğlu 2008).

Biri ve ark. (2007) 10-19 arası yaş grubundaki 128 kız ile yaptıkları çalışmada;

- Katılımcıların 85'i (%66.4) cinsel konularla ilgili bilgi vermeye yönelik bir eğitim almadığını belirtmişlerdir.
- Bilgi aldıklarını belirten adolesanlardan %34.7'si aldığı bilgiyi yeterli bulmazken, %16.5'i yeterli, %24.0'ü ise kısmen yeterli bulmaktadır.
- En uygun ve gerekli cinsel eğitim konuları arasında sağlıklı cinsellik (%67.1), evlilik (%61.6), aile planlaması (%60.3), cinsel yolla bulaşan hastalıklar (%52.0) olarak bulunmuştur (Biri ve ark. 2007).

Cinsel ve üreme sağlığı riskli davranışları geniş spektrumda olduğundan hekimler; "riski en etkili nasıl değerlendirebilirim?", "ne sıklıkla izlemeliyim?" ve "en iyi izlem yöntemi hangisi?" gibi sorularla karşılaşmaktadırlar.

Adolesanlar için uygun izlem ve CYBH'ler için eğitim başlıkları;

- Cinsel sağlıkları ile ilgili kararları nasıl aldıkları,
- Cinsel ilişkiye başlamaya ne zaman karar verdikleri,
- Partnerin güvenli olduğunu nasıl belirledikleri,
- Cinsel aktif olduklarında kondom kullanma ısrarı

gibi başlıkları içermelidir (Özcan ve ark).

Etkin iletişim teknikleri kullanılarak verilen uygun danışmanlıklar ile bu riskleri önlemede önemli roller alınabilir. Ancak adolesan sağlığını tehdit edebilecek bu konularda uygun danışmanlık ve hizmetin verilebilmesi için öncelikle güven duygusunun sağlanması gerektiği unutulmamalıdır. Yürütülecek tüm çalışmalarda hedef kitlenin tamamına ulaşmak temel amaç olmalıdır (Akın 2007, Özcan ve ark).

CYBE/HIV/AIDS sıklığının artıyor olması sorunun sağlık sektörü müdahaleleri ile çözülebilirliğine yönelik, CYBH'lerin bulaşmasının önlenmesine ilişkin sağlık eğitimi ve sağlık sistemi içinde CYBH'ler ve özellikle HIV/AIDS için bir surveyans sistemi kurulması acil ve önemli bir müdahale olarak karşımıza çıkmaktadır. Akut CYBH'ler ve kronik bir hastalık olarak da ele alınabilecek HIV/AIDS'ten kaynaklanacak hastalık yükü ve tedavi maliyetleri göz önüne alındığında surveyans sistemi sayesinde bu sorunlar Türkiye'de ciddi boyutlara ulaşmadan önce önlem

alınabilir (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015).

4.3. Adolesan Dönem Riskli Davranışları

Adolesan dönemde bir genç, çocukluk dönemine göre daha büyük sayılmakla beraber, halen erişkin desteğine gereksinimi vardır. Gençler, olayların sonuçlarını çok fazla irdelemedikleri için risk alma davranışları sergilemektedirler (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri 2009).

Adolesanlar bu dönemde farklı yaşantılara ve güvenli olmayan davranışlara açıktır (Taşer ve Yalnız 2010).

Adolesan gelişip olgunlaşırken onu geleneksel, kabul gören tutum ve davranışlara ya da kabul görmeyenlere yönelten etkenler bulunmaktadır (Erginöz 2008).

Genel olarak; gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin yaklaşık %40'ının, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin ise %70-80'inin bu dönemde edinilen davranışlara bağlı olduğu tahmin edilmektedir (Esin 2010).

Bu dönemde edinilen riskli davranışların en önemlilerinden biri CS/ÜS ile ilgili olanlardır. Riskli cinsel davranışlar; istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve sağlıksız koşullarda yapılan düşüklerle sonuçlanabilmektedir (Taşer ve Yalnız 2010).

Adolesanlar tarafından kontraseptif kullanımı oranları genellikle düşüktür. Latin Amerika, Avrupa ve Asya ülkelerinde evli ve bekar adolesanlarda kontraseptif kullanımı ile ilgili bir çalışma %42 ile %68 arasında değişen oranları göstermiştir. Afrika ülkeleri %3'den %49'a kadar değişen düşük oranlara sahiptir (WHO 2011a, WHO 2012).

Planlanmamış bir adolesan gebeliği genellikle erken yaşta girilen bir cinsel ilişkinin en ciddi sonucudur (Yıldırım 2008). Dünya genelinde bütün doğumların %10'unundan fazlasının 15-19 yaş grubunda meydana geldiği bildirilmekte, AIDS ve diğer CYBH'nin görülme hızı, özellikle genç nüfus arasında yükselmektedir.

Damar yoluyla madde kullanıcılarının AIDS, hepatit ve özellikle CYBH'nin yayılmasında önemli bir role sahip oldukları da bilinmektedir (Taşer ve Yalnız 2010).

Adolesan doğurganlık, sağlık ve sosyal sonuçları dikkate alındığında önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Adolesan anneliğin, demografik ve sosyal açıdan birçok olumsuz etkisi söz konusudur. Erken yaşta çocuk sahibi olan annelerin çocukları yüksek derecede hastalık ve ölüm riski taşımaktadırlar. Adolesan annelerin, özellikle de 18 yaşından genç olanların, daha ileri yaşlarda anne olan kadınlara göre, düşük veya ölü doğum yapmaları veya anne ölümlülüğü riskine maruz kalmaları daha olasıdır. Ayrıca, kadınların adolesan dönemde anne olmasının kadının eğitimine devam edememesi ve iş imkanlarından faydalanamaması gibi başka olumsuz sonuçları da bulunmaktadır (TNSA-2008).

TNSA-2008 sonuçlarına göre, adolesan dönemde olan kadınların % 6'sının çocuk doğurmaya başladığı görülmektedir. Bu kadınların %4'ü çocuk sahibi olmuştur. Adolesan dönemde çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesinin yaşla birlikte hızla arttığı gözlenmektedir. Adolesan annelik, kırsal yerleşim yerlerinde kentsel alanlara göre daha yaygındır (sırası ile %9 ve %5). Eğitim düzeyi ile adolesan annelik arasında ters bir ilişki bulunmaktadır. Adolesan annelik, eğitim düzeyi düşük kadınlar arasında eğitimli kadınlara göre daha yaygındır.

4.4. Adolesanlara Yönelik Cinsel ve Üreme Sağlığı Eğitim ve Hizmetleri

Cinsellik insan yaşamının bir parçasıdır ve bedensel, duygusal, zihinsel ve toplumsal boyutları vardır. Tüm bu boyutlarda sağlıklı ve güvenli cinselliğin yaşanması, insan yaşamını olumlu etkiler. Bu öncelikle, cinselliğin anlamı ve kapsadıklarına dair bilgilenmekle mümkündür. Bu bilgilendirme insan bedenini tanıma, adolesan dönemde başlayan doğal bedensel yapı ve işlev değişiklikleri, cinsel kimlik, cinsel davranışlar, üreme sağlığı, cinsel yönden etkin olmaya başlandığında doğurganlığı düzenleme, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, sorumlu ve güvenli cinsel davranış, danışmanlık ve hizmetlere erişme konularını kapsamaktadır (Ögel ve ark. 2004).

İnsanlar tüm bu konularda bilgilenmeye okul öncesi yaşlardan itibaren ihtiyaç duyarlar; yaş ve gelişim düzeyi arttıkça daha kapsamlı ve ayrıntılı bilgilere gereksinim duyarlar. İlk çocukluk yaşlarından itibaren cinsellikle ilgili bilgilerin verilmeye başlanması, bunun da gelişim dönemi özelliklerine uygun olarak yapılması oldukça önemlidir. Sokakta yaşayan çocuklar için ise, sokağın yoksunluğu, korunmasızlığı ve sokakta var olabilme koşulları bu bilgilendirmeyi daha da önemli hale getirmektedir. Bu gruptaki çocukların, cinsellikle ilgili ilk/temel bilgileri alacakları aile eve okul ile bağlarının zayıflamış olduğu; küçük yaşta cinsel istismara maruz kalma olasılıklarının daha fazla olduğu; sokakta cinsellikle erken yaşta tanıştıkları, aktif cinsel yaşamlarının olduğu ve cinsellikle ilgili uygun olmayan öğrenmeler yaşadıkları bilinmektedir. Tüm bu noktalar göz önünde bulundurulduğunda sokakta yaşayan çocuklara yönelik cinsel bilgilendirmenin gerekliliği ve önemi daha da artmaktadır (Ögel ve ark. 2004).

Son yıllarda gençlere yönelik CS/ÜS ile ilgili çalışmalara önem verilmeye başlanmıştır. UNFPA'nın, üçüncü ülke programının önemli bir bileşkesi adolesanlara yönelik üreme sağlığı eğitim ve hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasına katkıda bulunmaktadır (Çeber ve ark. 2009).

Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015'de CS/ÜS ile ilgili alanlar ve sorunlar incelendiğinde müdahale alanları arasında "adolesan cinsel ve üreme sağlığı" da bulunmaktadır (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015).

Dünyada ve Turkiye'de CS/ÜS kümesinde kapsanan alanlar ve sorunlar incelendiğinde geniş bir müdahale sahası görülmektedir. Müdahale alanları arasında şunlar bulunmaktadır:

- Güvenli annelik (acil obstetrik hizmetler dahil olmak üzere)
- Aile planlaması
- CYBH/HIV/AIDS
- Adolesan cinsel ve üreme sağlığı
- Erkeklerde CS/ÜS ile ilişkili sorunlar
- İnfertilite
- Postmenopozal durumlar

- Yaşlılıkta CS/ÜS
- Üreme sistemi kanserleri (meme ve serviks kanseri başta olmak üzere)
- Kadın trafiği
- Cinsel taciz ve cinsel şiddet, cinsiyete dayalı şiddet
- Göçmen, mülteci, vb. gruplarda cinsel sağlık ve üreme sağlığı
- ve daha bir çok alan (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015).

Yapılan öncelik belirleme çalışması "Türkiye'nin CS/ÜS açısından öncelikli sorunları nedir?" sorusunun yanıtını vermeyi amaçlamış, dolayısıyla sonuçları müdahale alanlarından daha çok "sorunlar" olarak ortaya konmuştur. Yapılan çalışmada tespit edilen, ülkemizin CS/ÜS açısından öncelikli sorunları şunlardır:

1. Anne ölümlerinin yüksek olması
2. İstenmeyen gebeliklerin fazla olması
3. CYBH/HIV/AIDS sıklığının artıyor olması
4. Gençlerin CS/ÜS düzeylerinin düşük olması

5.Cinsel sağlık ve üreme sağlığı açısından bölgeler ve yerleşim birimleri arasındaki eşitsizlikler (yapılan incelemede 1., 2., 3., 4. sorunlarla ilgili olarak bölgeler ve yerleşim birimleri arasında eşitsizliklerin ön plana çıkması beşinci sorun tanımının eklenmesine yol açmıştır (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015).

Adolesanların cinsellik ile ilgili bilgi eksikliğinin, karşılaşacakları riskleri artırdığı düşüncesi ile, bir çok ülkede örgün eğitim kurumlarında cinsel eğitim uygulamaları gündeme gelmiştir. Adolesanlara verilecek cinsel eğitim bir yandan büyüme, olgunlaşma ve cinsel kimliğini kazanma aşamalarında karşılaşabilecekleri riskleri azaltırken, diğer yandan cinsellikle ilgili olumlu değer ve tutumlar geliştirme, cinsel davranışlarda daha akılcı ve sorumlu seçimler yapma gibi becerilerin gelişimine de katkıda bulunacaktır. Ayrıca fiziksel ve psikolojik olarak sağlıklı bireyler yetiştirmek, sağlıklı bir toplum yapısının oluşumu açısından da önemlidir (Güler ve Yöndem 2007).

Adolesan üreme sağlığı programlarında adolesanların alt gruplarına ulaşmak için kızlar da dahil olmak üzere özellikle savunmasız gençlerin kendine özgü şartlarına dikkat edilmelidir (Erulkar, Mekbib, Simie and Gulema 2006).

Adolesan kızlar, adolesan erkeklerden fiziksel ve cinsel istismara iki kat daha fazla meyillidirler (Sarigiani, Ryan and Petersen 1999). Yetersiz ve yanlış bilgilerle cinsel deneyim yaşamak zorunda olan adolesanlar CYBH, erken gebelikler, istemli düşükler ve bunların getireceği birçok sorunlarla karşı karşıya bırakılmaktadır. Yapılan çalışmalarda adolesan ve gençlerin özellikle de sağlık personelinden olmak üzere, üreme sağlığına yönelik sağlık eğitimi almak istedikleri saptanmıştır. Sağlık hizmetlerinin etkin planlanması açısından, sağlık eğitimi ile verilmesi gereken bu konuların Türkiye'deki durumunun değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. (Ersay ve Tortumluoğlu 2006).

Bu nedenle adolesanların üreme sağlığı davranışları konusunda bilinçli seçimler yapabilecek bilgiye sahip olmaları kadar, üreme sağlığı ihtiyaçlarını karşılayacak, adolesana yakın ve adolesanların güven hissederek ulaşabilecekleri, adolesana yaklaşım konusunda eğitimli sağlık personelinin hizmet sunduğu sağlık merkezlerinin hazırlanması da önemlidir. Üreme sağlığı hizmetlerinin adolesanlar arasında yaygınlaştırılması için, ülkeye özgü ve uygun modellerin belirlenmesi gerekmektedir (Köse 2006).

Her ülke kendi adolesanlarını tanımak, genel özelliklerini bilmek, sorunlarını saptamak ve çeşitli çözümler üretmek zorundadır. Bu nedenle 2001-2005 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri (AÇSAP) Genel Müdürlüğü tarafından, UNFPA işbirliğinde Bursa ve İzmir 'de ''Adolesanların ÜS Bilgi ve Hizmet Gereksinimlerinin Karşılanması İçin Strateji Geliştirilmesi Projesi'' ve UNICEF işbirliğinde Adana ve Ankara'da ''Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi'' başlatılmıştır. Amaç, adolesanların genel sağlık ve gelişimlerinin iyileştirilmesi, adolesanların üreme sağlığı ve cinsel eğitim gereksinimlerine yönelik, adolesan üreme sağlığı hizmetlerini geliştirmek, adolesanların bütünleşmiş ve kaliteli üreme sağlığı hizmetlerine erişimini artırmak, adolesanların ÜS bilgi ve hizmet gereksinimlerinin karşılanması için bir hizmet sunum modeli geliştirmektir (Köse 2006).

1994'de Kahire'de gerçekleştirilen Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın Eylem Planı'nda; üreme sağlığı programlarının kadınların ve adolesanların gereksinimlerini kapsayacak biçimde düzenlenerek, üreme sağlığı bilgisi, danışmanlık ve üreme sağlığı hizmetlerini adolesanlar ve erişkin erkekler için de ulaşılabilir kılacak programlara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (Akın 2007).

Türkiye'de temel sağlık hizmetleri birimleri 30 yılı aşkın süreden beri hizmet vermelerine rağmen adolesan ve gençlerin özellikle CS/ÜS sorunlarını dikkate almamışlardır. Bu eksikliği dikkate alan Sağlık Bakanlığı, "Türkiye Sağlık Sektörü için Üreme Sağlığı Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015" dokümanında "gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı düzeylerinin yükseltilmesi"ni stratejik bir hedef olarak koymuş olup bu hizmetlerin TSH birimlerinde verilmesini hedeflemiştir (Akın 2007).

4.5. Alkol-Madde Kullanımının Cinsel ve Üreme Sağlığı Davranışlarına Etkisi

Madde kullanımı toplumu tehdit eden en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Bu soruna yönelik adolesanlar en önemli risk grubunu oluşturmaktadır. Adolesan dönemi ruhsal yapının yeniden düzenlendiği bir dönemdir. Pubertede cinsel ve saldırgan dürtülerin artması ile önemli bir döneme geçilmiş olur. Bu dönemde ortaya çıkan biyolojik değişiklikler, ebeveyn ilişkilerinde ortaya çıkan değişiklikler ve sosyal ilişkilerde ortaya çıkan değişiklikler ile adolesanın ruhsal yapısı yeniden düzenlenir. Bu değişikliklerin, nesne ilişkilerinde oluşturduğu etkilerin anlaşılmasının adolesan madde kullanımını anlamada önemli bir rolü bulunmaktadır. Son yıllarda madde kullanımının yaygınlığı giderek artmaktadır (Tamar Gürol 2008).

Madde kullanımı ve bağımlılığı toplumsal, ekonomik ve sağlık ile ilgili ciddi olumsuz sonuçları olan ve çözüm bekleyen bir sorundur. Pek çok araştırma, bu maddeler ile ilgili ilk deneyimin özellikle adolesan döneme rastladığını ve yetişkinlikte daha inatçı bir şekilde sürdürüldüğünü göstermektedir (Mutlu ve Balcı 2010).

Madde kullananlarda, kullandıkları maddenin etkisi altındayken birçok konu da olduğu gibi cinsel ve üreme sağlığı davranışlarında da yargılama bozuklukları izlenmektedir. Bu bozukluklardan adolesanların cinsel sağlık eğitimine ihtiyaçlarının olduğu ve buna uygun eğitim programları hazırlamanın onları riskten korumak açısından önemli olduğu anlaşılmaktadır (Taşer ve Yalnız 2010). Türkiye'de adolesan nüfus oranının fazla olması ve bu oranın giderek artması, bu alandaki ihtiyacı ve önemi de arttırmaktadır (Yıldırım 2008).

Adolesanların tümünde olmasa da bir kısmında sigara içme, alkol ve diğer maddelerin kullanımı ve güvensiz cinsel ilişki gibi birçok riskli davranış birlikte görülmektedir (Alikaşifoğlu 2005). Madde bağımlıları ve bu kişilerin eşleri cinsel yolla bulaşan hastalıklar için riskli gruptur (Zarakolu, Ünal 2008).

Adolesan ve gençlik dönemlerinin, insanların cinselliği keşfettiği, genellikle cinsel olarak aktif hale geldikleri, fakat tecrübe ve bilgilerinin yetersiz olduğu dönem olması onları, istenmeyen gebelikler, bu gebeliklerin komplikasyonları ve CYBH gibi çeşitli sorunlarla karşı karşıya bırakır. Bu nedenle, bu yaş grubunun cinsellik ve aile planlaması hakkındaki bilgilerinin arttırılması, toplumun genel sağlığı açısından önemlidir (Yalnız, Nebioğlu, Saydam Karacan, Güven ve Geçici 2011, Biri ve ark. 2007). Toplumda yaygın bir problem olan madde kullanımı, hayatı tehdit edici boyutlara ulaşan çeşitli komplikasyonlara neden olabilir. CYBH bu komplikasyonların başında gelmektedir (Yalnız ve ark. 2011).

Adolesanlar, koruyucu sağlık hizmetlerini en az kullanan gruplardan biridir. Birçoğu toplumsal ve kültürel nedenlerle üreme sağlığına erişememekte ve üreme sağlığı haklarını kullanamamaktadır. Adolesanların üreme sağlığına yaklaşım ve davranışlarını anlamak, özellikle alkol-madde kullanımı olanların bu konudaki riskli davranışlarını önceden saptamak için de yararlı olacaktır (Taşer ve Yalnız 2010).

Türkiye Üreme Sağlığı Programı Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Standartları kapsamında gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağılığı konusu da yer almıştır. Bu standartlarda gençlerin büyüme ve gelişmelerini izleme, aşı ile önlenebilir hastalıklar için bağışıklama, gebelikten korunma, sık görülen sağlık sorunları, kuruluşa ulaşamayan gençler için dış ulaşım etkinlikleri ile bilgi, eğitim, danışmanlık ve gerektiğinde tanı ve tedavi hizmeti sunma/yönlendirme, gerektiğinde

protokollere göre sevk etme ve sevk sonrası geribildirim alarak tedavi ve izlem planı yapma ile birlikte madde bağımlılığı, cinsel istismar ve cinsel şiddet sorunlarına da yer verilmiştir (Türkiye Üreme Sağlığı Programı Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Standartları 2007).

4.6. Alkol-Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinde Çalışan Hemşirelerin Etkinliği ve Rolü

Alkol-madde bağımlılığı tedavisi ömür boyu sürecek bir süreçtir. Bu süreçte bilgi ve beceri kazandırmaya yönelik eğitimlerin zaman içinde tekrarlanması, danışmanlık hizmetlerinin sürdürülmesi önemlidir. Psikoeğitim ve sağlık eğitimi hemşirelerin en önemli bağımsız işlevlerindendir; bu alanlarda çalışan hemşirelerin bu tür eğitim programlarında rol alması önemlidir (Coşkun, Ögel ve Işıl 2008).

Alkol-madde bağımlısı olan gençlerin CS/ÜS eğitimine ihtiyaçları olduğundan, buna uygun eğitim programları hazırlamanın onları riskten korumak açısından önemi büyüktür (Taşer ve Yalnız 2010).

Adolesanlar ile çalışan hemşirelerin bu grup üzerinde gerek eğitim, gerekse danışmanlık hizmetlerinde etkili olmaları son derece önemlidir. Kadın doğum alanında çalışanların olduğu gibi bu dönemin risklerini daha ciddi hale getiren alkol-madde kullanan adolesanlara yönelik tedavi ve eğitim hizmeti veren merkezlerde çalışanların da CS/ÜS konularında yeterli ve doğru bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Çünkü adolesan gebelikler, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, aile planlaması hizmetlerini bilme kullanma bu iki çalışma alanının etkinliği ile önemli ölçüde sağlanabilir. Hemşireler bu doğrultuda hizmet sunarken "her adolesanın ihtiyacı ve özellikleri farklı" olacağı bilgisi ile hareket etmelidir.

Hemşireler, ülke genelinde CS/ÜS açısından öncelikli sağlık sorunları arasında yer alan adolesanlara yönelik belirlenmiş olan eylem planları ve hedeflere ulaşılmasında daha hızlı ve etkili bir şekilde yol almada oldukça önemlidirler.

Hemşireler, adolesan dönemin özelliklerini, risklerini, cinsel sağlıklarını, üreme sağlıklarını etkileyebilecek risk faktörlerini bilmeli; sorunların önlenmesi ve

yönetiminde adolesanlar ve aileleri ile işbirliği içinde olmalıdırlar. Ayrıca hemşirelerin, sorunların çözümünde kullanacakları danışmanlık rolleri sayesinde onların motivasyonlarını sürdürmeleri açısından da önemlidir.

Hemşirelerin, riskli davranışlara yatkınlığın arttığı bu dönemde, özellikle alkol-madde kullanımı gibi bilinen riskli davranışlara sahip olan adolesanların cinsel sağlık ve üreme sağlıkları ile ilgili bilinçlendirilmelerinde önemli rolleri vardır. Adolesanlara yönelik CS/ÜS konularına önem vermeleri, verdikleri eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin etkinliğini değerlendirmeleri, adolesanların bu konudaki görüşlerini ve ihtiyaçlarını dikkate almaları gereklidir. Böylece onların gelecekte sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürdürmelerine de katkı sağlanmış olur.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, alkol-madde kullanan adolesanlara verilen cinsel-üreme sağlığı eğitiminin etkinliğini belirlemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu modele dayanan deneysel bir araştırmadır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul ili Avrupa Yakası'nda bulunan Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesi olan aynı zamanda da Cumhuriyet Dönemi'nin en büyük ruh sağlığı ve sinir hastalıkları hastanesi olarak bilinen hastanenin 'Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi (ÇEMATEM)'nde gerçekleştirilmiştir.

Hastane bünyesinde hizmet vermekte olan ÇEMATEM Servisi 18 yaş altı alkol-madde kullanan adolesanlara hizmet vermektedir. Merkez, 'kız' ve 'erkek' olmak üzere iki ayrı binadan oluşup 15 erkek, 6 kız yatağından oluşmaktadır. Yatarak tedavi süresi 2 ay olup hastanın durumuna göre daha kısa veya daha uzun süreli de olabilmektedir. Araştırma kapsamındaki merkezde ilaç tedavisi, bireysel görüşmeler, grup tedavisi, anne-babalar için psikoeğitsel grup uygulamaları yapılmaktadır. Ayrıca sosyal beceri grupları, rehabilitasyon faaliyetleri yapılmakta, sağlık eğitimleri verilmektedir. Sağlık eğitimi 'beslenme', 'hijyen', 'cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma yöntemleri' konularından oluşmaktadır. İdrarda madde metabolitlerinin incelenmesi ile yakın geçmişte madde kullanıp kullanmama durumu tespit edilebilmektedir. ÇEMATEM'e başvurularda, başvuru sahibinin kimliği gizli tutulmaktadır.

Araştırma verileri Eylül 2011-Aralık 2012 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evreni, araştırma kapsamında bulunan hastanenin ÇEMATEM Servisi'nde yatarak tedavi görmekte olan alkol-madde kullanan adolesanlardan oluşmaktadır.

Araştırmanın örneklemini belirlemek biyoistatistik uzmanı ile görüşülmüş ve kontrol grubu ve deney gruplarının en az 30'ar kişi olması gerektiği öğrenilmiş, 90 kişinin çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Ancak çalışma esnasında adolesanlardan eksilmelerin olabileceği düşünülerek gruplara 40'ar kişi alınarak, 120 adolesanın çalışmaya dahil edilmesi hedeflenmiştir.

Biyoistatistik uzmanından danışmanlık alınarak güç analizi ve etki büyüklüğü konuları ile örneklem sayısını belirlemek amacıyla G-Power (versiyon 3.1.7) programı kullanılarak power analizi yapılmıştır. Çalışmanın gücü 1-β (β=II. tip hata olasılığı) olarak ifade edilmiştir. Genel olarak araştırmaların %80 güce sahip olmaları gerekmektedir. Cohen (1998) tarafından tanımlanan etki büyüklüklerine göre; f=0.4 alındığında, α=0.05 düzeyinde %80 güç elde etmek için gruplarda alınması gereken örneklem sayısı en az 22 olarak saptanmıştır.

Deneysel çalışmalarda en az örneklem sayısının 30 olması belirtilmektedir (Karasar, 2009). Bu sebeple çalışmanın örneklemi her grup için 30'ar kişi olarak belirlenmiştir.

Çalışmadan elde edilen verilerle G-Power (versiyon 3.1.7) programı kullanılarak Post-hoc güç analizi gerçekleştirilmiştir. 30'ar kişiden oluşan kontrol grubu, bir defa eğitim verilen grup ve iki defa eğitim verilen gruplarda cinsel sağlık-üreme sağlığı eğitimi test toplam puanları göz önüne alındığında, α=0.05 düzeyinde; ön test toplam puana göre son test toplam puanlarında gözlenen değişimlerin etki büyüklüğü 0.98, çalışmanın gücü %99,9 olarak bulunmuştur.

Çalışma kapsamındaki adolesanlar 1. grup (kontrol grubu), 2. grup (bir defa eğitim verilen grup), 3. grup (iki defa eğitim verilen grup) olmak üzere üç grup şeklinde oluşturulmuştur. Her grup 20 erkek, 10 kız adolesan olmak üzere toplam 30'ar adolesandan oluşmakta ve çalışma 60 erkek, 30 kız (toplam 90) adolesan ile tamamlanmıştır.

Çalışmaya başlanmadan önce 10 adolesan ile "ön uygulama" yapılmıştır. Çalışma kapsamındaki her adolesana araştırmacı tarafından **"Bilgilendirme Formu" (Ek 1)** ile çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Ön uygulama değerlendirilerek anlaşılmayan sorular düzeltilmiş ve bir soru çıkarılmıştır. "Adolesanları Tanıtıcı Bilgi Formu"nda (Ek 1) cinsel sağlık-üreme sağlığına yönelik bilgi soruları da bulunduğundan formun adı **"Adolesanları Tanıtıcı ve Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı İle İlgili Bilgi Formu" (Ek 2)** olarak değiştirilmiştir. "Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı İle İlgili Bilgi Durumu Formu"nun (Ek 2) adı da **"Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu" (Ek 3)** olarak değiştirilmiştir.

Çalışmanın 1. grubunda 7 adolesan, 2. grubunda 14 adolesan, 3. grubunda 8 adolesan olmak üzere toplam 29 adolesan eğitimleri tamamlamadan yarıda bıraktıklarından çalışma kapsamından çıkarılmışlardır. Çalışmaya 1. grupta 30, 2. grupta 30 ve 3. grupta 30 olmak üzere toplam 90 adolesan alınmıştır.

5.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmanın örneklemini ÇEMATEM Servisi'nde yatarak takip-tedavi görmekte olan adolesanlardan

- okuma-yazma bilen,
- psikoz teşhisi almamış olan,
- mental retardasyonlu olmayan,
- en son madde kullanımından en az 2 hafta sonra, klinisyen tarafından, yoksunluk semptomlarının tam olarak kaybolup kaybolmadığı değerlendirilen,
- araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul edenler oluşturmaktadır.

Çalışmaya devam etmeyenler çalışmadan çıkarılmıştır.

5.3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H_0 Çalışma gruplarına göre adolesanların CS/ÜS eğitimi ön test ve son test puanları arasındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

H_1 Çalışma gruplarına göre adolesanların CS/ÜS eğitimi ön test ve son test puanları arasındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

H_0 İki defa CS/ÜS eğitimi verilen adolesanların ön test ve son test puanları arasındaki değişim, bir defa eğitim verilen ve eğitim verilmeyen kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşüktür.
H_2 İki defa CS/ÜS eğitimi verilen adolesanların ön test ve son test puanları arasındaki değişim, bir defa eğitim verilen ve eğitim verilmeyen kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir.

H_0 Çalışma gruplarına göre adolesanların eğitim modülleri bazında ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.
H_3 Çalışma gruplarına göre adolesanların eğitim modülleri bazında ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur.

H_0 Çalışma gruplarına göre adolesanların eğitim modülleri bazında son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur
H_4 Çalışma gruplarına göre adolesanların eğitim modülleri bazında son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır.

5.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından geliştirilen iki çeşit form kullanılmıştır. Bu formlar, araştırmacı tarafından gerekli literatür taraması yapılarak oluşturulmuştur.

Araştırma verileri, **"Adolesanları Tanıtıcı ve Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı İle İlgili Bilgi Formu" (Ek 2)** ve CS/ÜS eğitim konularına göre 5 modül ('üreme sistemi', 'güvenli cinsellik', 'cinsel yolla bulaşan hastalıklar', 'cinsel istismar-şiddet', 'aile planlaması') için oluşturulmuş olan **"Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu" (Ek 3)** kullanılarak toplanmıştır. Çalışma kapsamına alınacak adolesanlara **"Bilgilendirme Formu" (Ek 1)** ile çalışma hakkında bilgi verildikten sonra, çalışmaya gönüllü katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onamları da **"Bilgilendirilmiş Onam Formu" (Ek 4)** ile alınmıştır.

5.4.1. Adolesanları Tanıtıcı ve Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı İle İlgili Bilgi Formu (Ek 2)

"Adolesanları Tanıtıcı ve Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı İle İlgili Bilgi Formu" (Ek 2) adolesanların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, ebeveynlerine ait bilgiler (yaş, eğitim durumu, işi, medeni durumu), sigara-alkol-madde kullanımına ait bilgiler (kullanım durumu, süresi, hangi sıklıkta ve miktarda kullandığı, tedavi olmak için kendi kararı ve isteği ile gelip gelmediği, daha önce alkol-madde bırakma ile ilgili tedavi görüp görmediği), herhangi birinden şiddet görüp görmediği, şiddet gördüğü kişinin yakınlık derecesi, ne tür bir şiddet gördüğü, şiddet gördükten sonra ne yaptığı, cinsel-üreme sağlığı ile ilgili (eğitim alma durumu, kimden/nereden aldığı, önemli gördüğü konular, sorun/hastalık yaşama durumu, tedavi görme durumu, cinsel deneyim, gebelik, gebeliği önleyici yöntemler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar) verilerini toplamak üzere 37 sorudan oluşmaktadır.

5.4.2. Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu (Ek 3)

"Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu" (Ek 3) CS/ÜS eğitim konuları ile ilgili 5 modülü kapsayan (üreme sistemi, güvenli cinsellik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, cinsel istismar-şiddet, aile planlaması) 20 sorudan oluşmaktadır. 1., 2., 3., 4. sorular üreme sistemi modülüne (1. modül), 5., 6. sorular güvenli cinsellik modülüne (2. modül), 7., 8., 9., 10. sorular cinsel yolla bulaşan hastalıklar modülüne (3. modül), 11., 12., 13., 14. sorular cinsel istismar-şiddet modülüne (4. modül) ve 15., 16., 17., 18., 19., 20. sorular ise aile planlaması modülüne (5. modül) yönelik hazırlanmıştır.

5.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Eylül 2011-Aralık 2012 tarihleri arasında araştırmacı tarafından adolesanlarla yüz yüze görüşme ile ÇEMATEM'in eğitim salonunda toplanmıştır.

5.5.1. Araştırmanın Uygulama Adımları

1. Adım: <u>Planlama</u>

- Araştırma konusunun literatür taranarak belirlenmesi,
- Tez önerisinin tez izleme jürisinde değerlendirilmesi ve gerekli düzeltmelerin yapılması,
- Çalışmanın yapılacağı merkezin ilgili yöneticileri ile görüşme yapılması,
- Araştırmanın yapılacağı kurumdan ve merkezden gerekli izinlerin alınması,
- Alkol- madde kullanan adolesanların cinsel sağlık-üreme sağlığına yönelik riskli davranışlarının, problemlerinin belirlenmesi,
- CS/ÜS konularına yönelik eğitim modüllerinin oluşturulması,
- Araştırmanın veri toplama araçlarının oluşturulması,
- 10 adolesan ile çalışmanın ön uygulamasının yapılarak, çalışmada kullanılan eğitim slaytları ve formların uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi, anlaşılmayan soruların anlaşılır şekilde düzenlenmesi yapılmıştır.

2. Adım: <u>Uygulama</u>

Araştırmanın örneklemi planlandığı gibi 3 grup şeklinde oluşturulmuştur.

1. grup: Kontrol grubu (CS/ÜS eğitimi verilmeyen ancak uygulamanın sonunda bilgilendirme amaçlı eğitim verilen grup)
2. grup: Çalışma grubu (Bir defa CS/ÜS eğitim modüllerinin anlatıldığı grup)
3. grup: Çalışma grubu (İki defa CS/ÜS eğitim modüllerinin anlatıldığı grup)

Araştırmanın uygulamasında eğitimler kızlara ve erkeklere kendi servislerinde hafta içi günlerde ve gün aşırı verilmiştir. Her eğitim modülü 30 dakikada anlatılmak üzere tüm eğitim 5 eğitim gününde tamamlanmıştır. Eğitim konuları adolesanlara görsel olarak sunulmuş, eğitim kitapçığı verilmiştir.

Eğitim modüllerinin sunumunda ÇEMATEM Servisi'nde çalışmakta olan iki hemşirenin eğitimi dinlemesi ve çalışma sonrasında da bu eğitimin merkezde devamlı olarak verilmesinin sağlanması hedeflenmiştir. Ancak çalışmanın bitiminde her iki hemşirede bireysel özel nedenlerle servisten ayrılmıştır.

1. Grup (kontrol grubu)

- "Adolesanları Tanıtıcı ve Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı İle İlgili Bilgi Formu" (Ek 2) ve "Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu"nun (Ek 3) cevaplandırılmasının sağlanması (ön test)
- 10 gün ara verilmesi
- "Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu"nun (Ek 3) cevaplandırılmasının sağlanması (1. test)
- 10 gün ara verilmesi
- "Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu"nun (Ek 3) cevaplandırılmasının sağlanması (2. test)
- 15 gün ara verilmesi
- "Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu"nun (Ek 3) cevaplandırılmasının sağlanması (son test)
- Bilgilendirme amaçlı eğitim verilmesi

2. Grup (1 defa eğitim verilen grup)

- "Adolesanları Tanıtıcı ve Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı İle İlgili Bilgi Formu" (Ek 2) ve "Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu"nun (Ek 3) cevaplandırılmasının sağlanması (ön test)
- CS/ÜS eğitiminin verilmesi
- "Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu"nun (Ek 3) cevaplandırılmasının sağlanması (1. test)
- 10 gün ara verilmesi
- "Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu"nun (Ek 3) cevaplandırılmasının sağlanması (2. test)
- 15 gün ara verilmesi
- "Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu"nun (Ek 3) cevaplandırılmasının sağlanması (son test)

3. Grup (2 defa eğitim verilen grup)

- "Adolesanları Tanıtıcı ve Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı İle İlgili Bilgi Formu" (Ek 2) ve "Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu"nun (Ek 3) cevaplandırılmasının sağlanması (ön test)
- CS/ÜS eğitiminin verilmesi
- "Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu"nun (Ek 3) cevaplandırılmasının sağlanması (1. test)
- 10 gün ara verilmesi
- CS/ÜS eğitiminin tekrar verilmesi
- "Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu"nun (Ek 3) cevaplandırılmasının sağlanması (2. test)
- 15 gün ara verilmesi
- "Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu"nun (Ek 3) cevaplandırılmasının sağlanması (son test)

3. Adım: <u>Değerlendirme</u>

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

- Veri toplama formlarının analizinin yapılması,
- "Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu"nun (Ek 3) değerlendirilerek puanlanması
- Veri kayıtlarının yapılması
- Sonuçların istatistiksel olarak değerlendirilmesi,
- Araştırma sonuçlarının raporlanması.

5.6.1. "Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu"nun (Ek 3) Değerlendirilmesi ve Puanlanması

"Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu"nda (Ek 3) eğitim modülleri kapsamında hazırlanmış olan toplam 20 soru bulunmaktadır. Her bir soru doğru cevaplandırıldığında "5 puan" ile puanlandırılmıştır.

8. ve 16. sorular “doğru” (D)/“yanlış” (Y) şeklinde cevaplandırılması gereken sorulardır. 5’er şıkkı olan bu sorularında her bir doğru cevabı “1 puan” ile puanlandırılmış böylece 5 şıkkın hepsi doğru cevaplandığında yine “5 puan”a karşılık gelmiştir. 20 sorunun toplam puanı da “100 puan” olarak hesaplanmıştır.

5.6.2. Verilerin Analizinde Kullanılan Testler

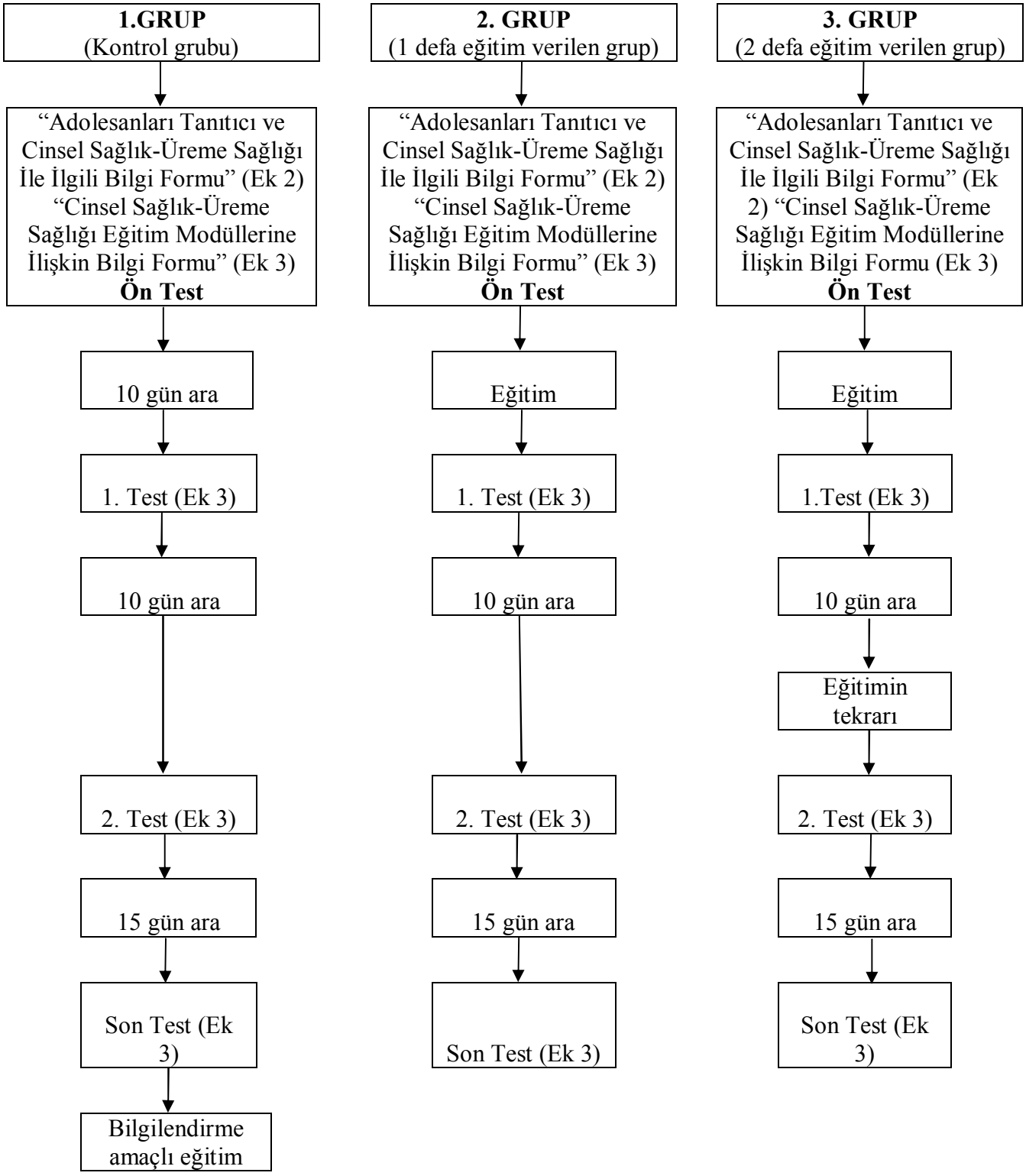
Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size), 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanılmıştır.

İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi **p<0,01** ve **p<0,05** düzeylerinde değerlendirilmiştir.

VERİLERİN İSTATİSTİKSEL İNCELENMESİ	İSTATİSTİKSEL TESTLER
Tanımlayıcı özelliklere ilişkin verilerin analizinde	Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum
Normal dağılım göstermeyen niceliksel verilerin iki grup karşılaştırılmasında	Mann Whitney U Testi
Normal dağılım göstermeyen niceliksel verilerin üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında	Kruskal Wallis Test ve ikili karşılaştırmalarında Mann Whitney U Testi
Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde	Spearman’s Korelasyon Analizi
Normal dağılım göstermeyen parametrelerin takipteki ölçümleri için	Tekrarlı Ölçümlerde Friedman Test ve ikili karşılaştırmalarında Wilcoxon Signed Ranks Testi

Şekil 1. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Testler

Şekil 2. CİNSEL SAĞLIK-ÜREME SAĞLIĞI EĞİTİMİ UYGULAMA ADIMLARI



Eğitim Konuları

1. modül: Üreme sistemi (30 dakika)
    - Adolesan dönemde fiziksel büyüme ve cinsel gelişme
    - Kadın üreme organları ve işlevi
    - Erkek üreme organları ve işlevi
    - Hormonlar, menstruasyon dönemi, gebeliğin oluşumu
2. modül: Güvenli cinsellik (30 dakika)
    - Güvenli cinsellik ile ilgili ilkeler
    - Güvenli olmayan cinsel davranışlar
3. modül: Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (30 dakika)
    - Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, belirtileri ve bulaşma yolları
    - Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma
4. modül: Cinsel istismar-şiddet (30 dakika)
    - Cinselliğin yaşanmasının normal ve normal olmadığı durumlar
    - Cinsel istismar durumları
    - Cinsel istismara karşı önlemler
    - Cinsel istismarın etkileri ve yapılması gerekenler
5. modül: Aile planlaması (30 dakika)
    - İstenmeyen gebelikler
    - Aile planlaması yöntemleri
    - Aile planlaması hizmetlerini veren merkezler

Her modülü kapsayan toplam 20 adet soru (Ek 3) hazırlanmıştır.

Faaliyetler	Kasım 2010-Nisan 2011	Mart-Nisan 2011	Nisan 2011	Haziran 2011	Haziran -Eylül 2011	Eylül 2011-Aralık 2012	Ocak-Mart 2013	Nisan-Ocak 2014	Şubat 2014
Literatür tarama ve tez konusunu belirleme									
Araştırma yerini belirleme, ilgililer ve biyoistatistik uzmanı ile görüşme									
"Tez Öneri Formu"nun hazırlanması ve teslimi									
Tez izleme komitesinin belirlenmesi									
Etik kurul ve çalışmanın yapılacağı kurumdan izin alınması									
Eğitim modüllerinin ve veri toplama formlarının oluşturulması									
Verilerin toplanması									
Verilerin değerlendirilmesi									
Verilerin analizi ve tez yazımı									
Tezin savunması ve basımı									

Şekil 3. Araştırmanın Çalışma Planı

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Çalışmanın 1. grubunda 7 adolesan, 2. grubunda 14 adolesan, 3. grubunda 8 adolesan olmak üzere toplam 29 adolesanın eğitimleri tamamlamadan yarıda bıraktıklarından çalışma kapsamından çıkarılmış olması.
- Çalışmaya katılmak istemeyen, eğitimin tekrarına katılmak istemeyen, tedavisini yarım bırakarak servisten izinsiz ayrılan adolesanların olması.
- Eğitim modüllerinin sunumunda ÇEMATEM Servisi'nde çalışmakta olan iki hemşirenin eğitimi dinlemesi ve çalışma sonrasında da bu eğitimin merkezde devamlı olarak verilmesinin sağlanması hedeflendiği halde çalışmanın bitiminde her iki hemşirenin de bireysel özel nedenlerle servisten ayrılması.
- Araştırma kapsamındaki adolesanların alkol-madde kullanmaları nedeniyle az sayıdan oluşan gruplar halinde eğitim verilmesi. Eğitim sırasında kısa sürede dikkatlerinin dağılması ve birbirlerinin dikkatlerini, ilgilerini de bozmaları.
- Araştırma kapsamındaki adolesanların alkol-madde kullanmaları nedeniyle düzenli aile ortamı ve yaşantısının olmadığının gözlemlenmesi.

5.7.1. Araştırmanın Olumlu Yönleri

- Araştırmacının, araştırmanın yapıldığı kurumda çalışıyor olması.
- Yatarak tedavisini tamamlayıp, ayaktan tedavi için polikliniğe gelecek adolesanların randevu günlerinin öğrenilebilmesi ve bu şeklide taburcu olmuş adolesanların son testlerinin poliklinikte tamamlanabilmesi.
- Hemşirelerin eğitime katılması.
- Araştırma kapsamındaki adolesanların verilen CS/ÜS eğitimini ilgi ile dinlediklerinin gözlemlenmesi.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma 05.05.2011 tarihinde tez izleme jürisine sunulmuş; 26.05.2011 tarihinde Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nda değerlendirilmiştir.

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar Ön Değerlendirme Komisyonu (Etik Kurul Başkanlığı)'na başvurularak araştırmanın

uygulanabilmesi için 03.08.2011-6 onay tarihi ve sayısı ile etik kurul izni alınmıştır (Ek 5).

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar Ön Değerlendirme Komisyonu değerlendirmesinde onay alındıktan sonra veri toplamaya ve CS/ÜS eğitimleri verilmeye başlanmıştır.

Araştırma ile ilgili olarak çalışmanın yapılacağı merkezin bölüm şefi, sorumlu hemşiresi, sağlık eğitimcisi, psikolog, kurumun istatistik birimi çalışanı ve istatistik uzmanı ile görüşmeler yapılmış; çalışma hakkında bilgi verilmiş ve çalışmanın yapılabilmesi için gerekli yazılı izinler alınmıştır (Ek 6).

Çalışma kapsamındaki her adolesana araştırmacı tarafından çalışma hakkında bilgi verilmiş (Ek 1), adolesanlardan bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (Ek 4).

Araştırmacı tarafından eğitimler verilmiş, testler uygulanmış, değerlendirilmiş, veri kayıtları yapılmıştır; istatistik uzmanı tarafından istatistik değerlendirmeler konusunda destek alınmış, danışman görüşleri doğrultusunda çalışma tamamlanmıştır.

Çalışma süresince Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne tez hakkında 28.12.2011 tarihinde 1. ara rapor, 12.09.2012 tarihinde 2. ara rapor ve 24.05.2013 tarihinde 3. ara rapor sunulmuştur.

6. BULGULAR

Alkol-madde kullanan adolesanlara verilen cinsel-üreme sağlığı eğitiminin etkinliğini belirlemek amacıyla 90 adolesan ile yapılan çalışma sonucunda elde edilen bulgular 4 başlık altında sunulmuştur.

6.1. Adolesanların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular
6.2. CS/ÜS eğitimi test toplam puanlarına ilişkin bulgular
6.3. CS/ÜS eğitiminin modüller bazında gruplara göre test puanlarına ilişkin bulgular
6.4. Bağımsız değişkenlere göre CS/ÜS eğitimi ön test-son test puan değişimine ilişkin bulgular

6.1. Adolesanların Tanımlayıcı Özelliklerine İlşkin Bulgular

Tablo 6.1.1. Adolesanların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Adolesanların Sosyo-Demofrafik Özellikleri		**1. Grup (n=30)**		**2. Grup (n=30)**		**3. Grup (n=30)**		**Toplam (n=90)**	
Yaş (yıl)	***Min-Mak***	14-18		15-18		15-18		**14-18**	
	Ort±SD	16.83±0.75		16.83±0.70		16.87±0.57		**16.84±0.67**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Cinsiyet	**Erkek**	20	66.7	20	66.7	20	66.7	**60**	**66.7**
	Kadın	10	33.3	10	33.3	10	33.3	**30**	**33.3**
Eğitim Düzeyi	**İlkokul**	7	23.3	8	26.7	6	20.0	**21**	**23.3**
	İlköğretim	23	76.7	22	73.3	24	80.0	**69**	**76.7**
Çalışma Durumu	**Çalışıyor**	10	33.3	6	20.0	6	20.0	**22**	**24.4**
	Çalışmıyor	20	66.7	24	80.0	24	80.0	**68**	**75.6**
Yaşadığı Yer	**Aile**	27	90.0	27	90.0	27	90.0	**81**	**90.0**
	SHÇEK*/ Sokak	3	10.0	3	10.0	3	10.0	**9**	**10.0**

**Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu*

Tablo 6.1.1.'de adolesanların tanımlayıcı özeliklerinin dağılımları incelendiğinde; ortalama 16.84±0.67 yaşında (1. grup: 16.83±0.75, 2. grup: 16.83±0.70, 3. grup: 16.87±0.57), %66.7'sinin erkek (her üç grupta da 20 erkek, 10 kız adolesan), %76.7'sinin ilköğretim mezunu, %12.2'sinin öğrenci ve %90'ının

ailesi ile yaşadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan ve bir defa eğitim verilen adolesanlardan SHÇEK/sokakta yaşayan 3 olgudan birinin sokakta, diğer ikisinin SHÇEK'da kaldığı belirlenmiştir.

Tablo 6.1.2. Adolesanların Annelerinin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Annelerin Tanımlayıcı Özellikleri		1. Grup (n=30)		2. Grup (n=30)		3. Grup (n=30)		Toplam (n=90)	
Yaş (yıl)	***Min-Mak***	32-56		32-44		32-59		**32-59**	
	Ort±SD	41.23±5.54		40.87±6.16		42.80±7.36		**41.63±6.38**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Eğitim Düzeyi	**İlkokul ve altı**	25	83.3	21	70.0	22	73.4	**68**	**75.6**
	Ortaokul	5	16.7	3	10.0	7	23.3	**15**	**16.6**
	Lise ve üzeri	-	-	6	20.0	1	3.3	**7**	**7.8**
Çalışma Durumu	**Çalışıyor**	5	16.7	9	30.0	7	23.3	**21**	**23.3**
	Çalışmıyor	25	83.3	21	70.0	23	76.7	**69**	**76.7**
Medeni Durumu	**Evli**	27	90.0	21	70.0	27	90.0	**75**	**83.3**
	Bekar/ Boşanmış/Dul	3	10.0	9	30.0	3	10.0	**15**	**16.7**
Sağ Olma Durumu	**Sağ**	30	100.0	29	96.7	28	93.3	**87**	**96.7**
	Vefat	-	-	1	3.3	2	6.7	**3**	**3.3**

Tablo 6.1.2.'de adolesanların annelerinin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımları incelendiğinde; ortalama 41.63±6.38 yaşında, %75.6'sının ilkokul ve altı eğitim düzeyinde, %76.7'sinin çalışmadığı, %83.3'ünün evli, tamamının öz ve %96.7'sinin sağ olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.1.3. Adolesanların Babalarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Babaların Tanımlayıcı Özellikleri		1. Grup (n=30)		2. Grup (n=30)		3. Grup (n=30)		Toplam (n=90)	
Yaş (yıl)	*Min-Mak*	36-60		34-62		33-64		**33-64**	
	Ort±SD	46.20±5.74		46.00±7.87		47.20±6.97		**46.47±6.85**	
		n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Eğitim Düzeyi	**İlkokul ve altı**	25	83.3	19	63.4	21	70.0	**65**	**72.3**
	Ortaokul	3	10.0	7	23.3	3	10.0	**13**	**14.4**
	Lise ve üzeri	2	6.7	4	13.3	6	20.0	**12**	**13.3**
Çalışma Durumu	**Çalışıyor**	30	100.0	28	93.3	29	96.7	**87**	**96.7**
	Çalışmıyor	-	-	2	6.7	1	3.3	**3**	**3.3**
Medeni Durumu	**Evli**	26	86.7	21	70.0	26	86.7	**73**	**81.1**
	Bekar/ Boşanmış/Dul	4	13.3	9	30.0	4	13.3	**17**	**18.9**
Sağ Olma Durumu	**Sağ**	30	100.0	28	93.3	26	86.7	**84**	**93.3**
	Vefat	-	-	2	6.7	4	13.3	**6**	**6.7**

Tablo 6.1.3.'de adolesanların babalarının tanımlayıcı özelliklerinin dağılımları incelendiğinde; ortalama 46.47±6.85 yaşında, %72.3'ünün ilkokul ve altı eğitim düzeyinde, %96.7'sinin çalıştığı, %81.1'inin evli, %98.9'unun öz (1. grupta bir kişi üvey) ve %93.3'ünün sağ olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.1.4. Adolesanların Sigara, Alkol ve Madde Kullanma Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı		1. Grup (n=30)		2. Gup (n=30)		3. Grup (n=30)		Toplam (n=90)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Sigara Kullanımı	Evet	30	100.0	30	100.0	30	100.0	**90**	**100.0**
	***Kullanım Süresi** (yıl); Ort±SD (Min-Mak)*	4.90±2.07 (1-10)		4.85±2.14 (1-11)		5.70±2.15 (2-10)		**5.15±2.13 (1-11)**	
	***Kullanım Sıklığı** (gün-adet); Ort±SD (Min-Mak)*	24.67±11.37 (20-60)		22.60±8.65 (13-60)		26.67±14.40 (15-80)		**24.64±11.70 (13-80)**	
	Hayır	-	-	-	-	-	-	-	-
Alkol Kullanımı	Evet	17	56.7	25	83.3	24	80.0	**66**	**73.3**
	***Kullanım Süresi (yıl);** Ort±SD (Min-Mak)*	3.47±1.91 (0.4-6.0)		2.51±1.40 (0.1-5.0)		3.58±1.77 (0.4-7.0)		**3.15±1.72 (0.1-7.0)**	
	***Kullanım Sıklığı** (defa-ay); Ort±SD (Min-Mak)*	27.71±48.34 (2-196)		14.08±11.43 (1-38)		34.58±55.37 (1-196)		**25.05±42.31 (1-196)**	
	Hayır	13	43.3	5	16.7	6	20.0	**24**	**26.7**
Ailede Alkol Kullanımı	Var	10	33.3	13	43.3	12	40.0	**35**	**38.9**
	Yok	20	66.7	17	56.7	18	60.0	**55**	**61.1**
Madde Kullanımı	Evet	30	100.0	30	100.0	29	96.7	**89**	**98.9**
	***Kullanım Süresi** (yıl); Ort±SD (Min-Mak)*	3.46±1.80 (0.1-7.0)		3.45±1.59 (1.0-8.0)		3.35±1.43 (1.0-7.0)		**3.42±1.60 (0.1-8.0)**	
	Hayır	-	-	-	-	1	3.3	**1**	**1.1**
Kullanılan Madde Türü	Eroin	2	6.7	3	10.0	3	10.0	**8**	**8.9**
	Esrar	2	6.7	1	3.3	0	10.0	**3**	**3.3**
	Uçucu	-	-	1	3.3	3	3.3	**4**	**4.4**
	Eroin+Diğer	1	3.3	1	3.3	1	46.7	**3**	**3.3**
	Esrar+Diğer	12	40.0	14	46.8	14	30.0	**40**	**44.5**
	Eroin+Esrar +Diğer	13	43.3	10	33.3	9	-	**32**	**35.6**
Madde Kullanım Sıklığı	Her gün	22	73.3	25	83.4	28	93.4	**75**	**83.3**
	Ayda 1-8	3	10.0	4	13.3	1	3.3	**8**	**8.9**
	Ayda 9-20	5	16.7	1	3.3	1	3.3	**7**	**7.8**

Tablo 6.1.4.'de adolesanların sigara, alkol ve madde kullanma durumlarına ilişkin özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; tamamının sigara kullandığı, ortalama kullanım süresinin 5.15± 2.13 yıl olduğu, ortalama kullanım sıklığının

24.64±11.70 gün-adet olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan adolesanların %73.3'ünün alkol kullandığı ortalama kullanım süresinin 3.15± 1.72 yıl olduğu, ortalama kullanım sıklığının 25.05±42.31 defa-ay olduğu ve %38.9'unun ailesinde alkol kullanımının olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki adolesanların %98.9'unun madde kullandığı, ortalama kullanım süresinin 3.42± 1.60 yıl olduğu, %44.5'inin esrar ile birlikte diğer madde kullanımının olduğu ve %83.3'ünün her gün madde kullandığı saptanmıştır. Kullanılan diğer maddeler extazi, bonzai, jamaika, kokain, met, hap, roş, taş, kubar, line, kokex, ot, şeker, kristal, haş, korex olarak ifade edilmiştir.

Tablo 6.1.5. Adolesanların ÇEMATEM'e Kimin Kararı İle Geldiği ve Daha Önce Alkol-Madde Bırakmak İçin Tedavi Görme Durumlarına Göre Dağılımları

ÇEMATEM'e Kimin Kararı İle Geldiği ve Daha Önce Aynı Tedaviyi Görme Durumları	1. Grup (n=30)		2. Grup (n=30)		3. Grup (n=30)		Toplam (n=90)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ÇEMATEM'e Kimin Kararı İle Geldiği								
Anne ve Baba	2	6.7	1	3.3	2	6.7	**5**	**5.6**
Kendi	23	76.6	15	50.0	19	63.3	**57**	**63.3**
Arkadaş+Diğer (yakını, öğretmen, arkadaş)	5	16.7	11	36.7	7	23.3	**23**	**25.5**
Savcılık/Savcılık +Kendi	-	-	3	10.0	2	6.7	**5**	**5.6**
Daha Önce Aynı Tedaviyi Görme Durumu								
Evet	6	20.0	4	13.3	8	26.7	**18**	**20.0**
Hayır	24	80.0	26	86.7	22	73.3	**72**	**80.0**

Tablo 6.1.5.'de adolesanların ÇEMATEM'e kimin kararı ile geldiği ve daha önce alokol-madde bırakmak için tedavi görme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %63.3'ünün kendi kararı ile geldiği ve %80'inin daha önce alkol-madde bırakmak için tedavi görmediği belirlenmiştir.

Tablo 6.1.6. Adolesanların Şiddet Görme Durumlarına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Şiddet Görme Durumları		1. Grup (n=30)		2. Grup (n=30)		3. Grup (n=30)		Toplam (n=90)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Şiddet Görme Durumu	Evet	22	73.3	23	76.7	23	76.7	**68**	**75.6**
	Hayır	8	26.7	7	23.3	7	23.3	**22**	**24.4**
Şiddet Uygulayan Kişi (n=68)	1.derece yakın	8	36.4	9	39.1	13	56.5	**30**	**44.1**
	1.derece yakın+ tanıdığı çevre	2	9.1	4	17.4	2	8.7	**8**	**11.8**
	1.derece yakın+ tanımadığı biri	1	4.5	-	-	-	-	**1**	**1.5**
	1.derece yakın+ tanıdığı çevre+ tanımadığı biri	3	13.6	3	13.0	1	4.3	**7**	**10.2**
	Tanıdığı çevre	6	27.3	2	8.7	2	8.7	**10**	**14.8**
	Tanımadığı biri	2	9.1	5	21.7	5	21.7	**12**	**17.6**
*Şiddet Türü (n=68)	Fiziksel şiddet	21	95.5	21	91.3	19	82.6	**61**	**89.7**
	Cinsel şiddet	4	18.2	1	4.3	4	17.4	**9**	**13.2**
	Duygusal şiddet/ihmal	7	31.8	10	43.5	4	17.3	**21**	**30.9**
Şiddet Gördükten Sonra Ne Yaptığı (n=68)	Madde kullandım	7	31.8	7	30.4	7	30.4	**21**	**30.9**
	Hiçbir şey yapmadım	12	54.6	12	52.2	7	30.4	**31**	**45.6**
	Şiddet uyguladım	3	13.6	2	8.7	2	8.8	**7**	**10.3**
	Evden kaçtım	-	-	2	8.7	7	30.4	**9**	**13.2**

**Birden fazla cevap verilmiştir*

Tablo 6.1.6.'da adolesanların şiddet görme durumlarına ilişkin özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; %75.6'sının şiddet gördüğü, %44.1'inin 1. derece yakınından şiddet gördüğü, %89.7'sinin fiziksel şiddet gördüğü ve %45.6'sının şiddet gördükten sonra hiçbir şey yapmadığını ifade ettiği saptanmıştır.

Tablo 6.1.7. Adolesanların CS/ÜS Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı

CS/ÜS Eğitimi Alma Durumları		1. Grup (n=30)		2. Grup (n=30)		3. Grup (n=30)		Toplam (n=90)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
CS/ÜS Eğitimi Alma Durumu	**Evet**	12	40.0	7	23.3	12	40.0	**31**	**34.4**
	Hayır	18	60.0	23	76.7	18	60.0	**59**	**65.6**
***Eğitimi Kimden/ Nereden Aldığı (n=31)**	**Aile**	1	3.3	-	-	4	13.3	**5**	**5.6**
	Öğretmen	7	23.3	3	10.0	7	23.3	**17**	**18.9**
	Arkadaş	4	13.3	5	16.7	3	10.0	**12**	**13.3**
	Diğer	3	10.0	5	16.7	3	10.0	**11**	**12.2**
CS/ÜS İle İlgili En Önemli Konu	**Üreme Sistemi**	8	26.7	4	13.3	4	13.3	**16**	**17.8**
	Güvenli Cinsellik	9	30.0	9	30.1	16	53.3	**34**	**37.8**
	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	7	23.3	10	33.3	8	26.7	**25**	**27.7**
	Cinsel İstismar-Şiddet	2	6.7	6	20.0	-	-	**8**	**8.9**
	Aile Planlaması	4	13.3	1	3.3	2	6.7	**7**	**7.8**
CS/ÜS İle İlgili Sorun/Hastalık Yaşama Durumu	**Evet**	2	6.7	1	3.3	1	3.3	**4**	**4.4**
	Hayır	28	93.3	29	96.7	29	96.7	**86**	**95.6**
CS/ÜS İle İlgili Tedavi Görme Durumu	**Evet**	1	3.3	1	3.3	1	3.3	**3**	**3.3**
	Hayır	29	96.7	29	96.7	29	96.7	**87**	**96.7**

**Birden fazla cevap verilmiştir*

Tablo 6.1.7.'de adolesanların CS/ÜS eğitimi alma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %65.6'sının CS/ÜS eğitimi almadığı, %18.9'unun öğretmeninden bu konuda eğitim aldığı, %12.2'sinin sağlık personeli, televizyon, gazete, dergi, interneti eğitim kaynağı olarak belirttiği, %37.8'inin "güvenli cinsellik" konusunu en önemli konu olarak belirttiği; bunun ardından önem sırasının cinsel yolla bulaşan hastalıklar (%27.7), üreme sistemi (%17.8), cinsel istismar-şiddet (%8.9), aile planlaması (%7.8) şeklinde olduğu, %4.4'ünün CS/ÜS ile ilgili sorun/hastalık

yaşadığı (idrar yolu enfeksiyonu, adet görmeme, Gonore, yumurtalıklarla ilgili sorun) ve %3.3'ünün CS/ÜS ile ilgili tedavi gördüğü saptanmıştır.

Tablo 6.1.8. Adolesanların Cinsel Yaşantı, Gebelik, Gebeliği Önleyici Yöntem ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Cinsel Yaşantı, Gebelik, Gebeliği Önleyici Yöntemler ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara İlişkin Özellikler		1. Grup (n=30)		2. Grup (n=30)		3. Grup (n=30)		Toplam (n=90)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsel İlişki Deneyimi	Evet	24	80.0	23	76.7	20	66.7	**67**	**74.4**
	Hayır	6	20.0	7	23.3	10	33.3	**23**	**25.6**
Aktif Cinsel Yaşantı Durumu	Evet	13	43.3	11	36.7	16	53.3	**40**	**44.4**
	Hayır	17	56.7	19	63.3	14	46.7	**50**	**55.6**
Para Karşılığı Cinsel İlişki Yaşama Durumu	Evet	4	13.3	2	6.7	9	30.0	**15**	**16.7**
	Hayır	26	86.7	28	93.3	21	70.0	**75**	**83.3**
Gebelik Yaşama Durumu	Evet	1	3.3	2	6.7	3	10.0	**6**	**6.7**
	Hayır	29	96.7	28	93.3	27	90.0	**84**	**93.3**
Bilinen Gebeliği Önleyici Yöntemler	Kürtaj	3	10.0	-	-	3	10.0	**6**	**6.7**
	*Prezervatif	11	36.7	13	43.3	10	33.3	**34**	**37.8**
	*Hap	8	26.7	8	26.7	8	26.7	**24**	**26.7**
	Bilmiyorum	13	43.3	13	43.3	14	46.6	**40**	**44.4**
Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı	Evet	10	33.3	9	30.0	6	20.0	**25**	**27.8**
	Hayır	20	66.7	21	70.0	24	80.0	**65**	**72.2**
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkları Bilme Durumları	Hepatit/ AIDS	18	60.0	22	73.3	20	66.6	**60**	**66.6**
	AIDS+Bel Soğukluğu	2	6.7	-	-	2	6.7	**4**	**4.5**
	Bilmiyorum	10	33.3	8	26.7	8	26.7	**26**	**28.9**

**Birden fazla cevap verilmiştir*

Tablo 6.1.8.'de adolesanların cinsel yaşantı, gebelik, gebeliği önleyici yöntem ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin özelliklerinin dağılımları incelendiğinde; %74.4'ünün cinsel ilişki deneyimi olduğu, %44.4'ünün aktif cinsel yaşantısının olduğu, %16.7'sinin para karşılığı cinsel ilişkide bulunduğu, %6.7'sinin gebelik

yaşadığı, bu gebeliklerin %50'sinin (n=3) kürtaj, %33.3'ünün (n=2) düşük ve %16.7'sinin (n=1) doğum ile sonuçlandığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan adolesanların %44.4'ünün herhangi bir gebeliği önleyici yöntem bilmediği, %27.8'inin gebeliği önleyici yöntem kullandığı (birden fazla seçenek işaretleyerek %92 prezervatif, %16 hap bildirilmiştir) ve %66.6'sının Hepatit/AIDS'i bildiği cinsel yolla bulaşan hastalıklar olarak belirttiği saptanmıştır.

6.2. CS/ÜS Eğitimi Test Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 6.2.1. Adolesanlara Verilen CS/ÜS Eğitimine İlişkin Test Toplam Puanlarının Değerlendirmesi

CS/ÜS Eğitimi Test Toplam Puanı	[1]1. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	[2]2. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	[3]3. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	χ^2; [a]p	[b]Post Hoc
Ön Test	45.30±16.39 (44.5)	53.50±16.53 (55.5)	50.17±18.19 (51.0)	χ^2:3.536 p:0.171	[1-2]p=0.065 [1-3]p=0.264 [2-3]p=0.424
1. Test	47.70±19.56 (48.0)	70.17±18.29 (73.0)	66.50±19.08 (68.0)	**χ^2:18.728 p:0.001****	**[1-2]p=0.001**** **[1-3]p=0.001**** [2-3]p=0.539
2. Test	48.67±21.28 (46.0)	70.57±17.74 (72.5)	77,93±20.22 (82.0)	**χ^2:25.835 p:0.001****	**[1-2]p=0.001**** **[1-3]p=0.001**** **[2-3]p=0.040***
Son Test	48.03±19.88 (47.5)	73.73±17.56 (73.5)	84.73±16.25 (90.0)	**χ^2:37.725 p:0.001****	**[1-2]p=0.001**** **[1-3]p=0.001**** **[2-3]p=0.009****
χ^2; [c]p	χ^2:3.330 p:0.344	**χ^2:48.575 p:0.001****	**χ^2:69.421 p:0.001****		

[d]Post Hoc			
Ön Test-1. Test	*p=0.190*	***p=0.001*****	***p=0.001*****
Ön Test-2. Test	*p=0.130*	***p=0.001*****	***p=0.001*****
Ön Test-Son Test	*p=0.328*	***p=0.001*****	***p=0.001*****
1. Test-2. Test	*p=0.469*	*p=0.690*	***p=0.001*****
1. Test-Son Test	*p=0.904*	***p=0.045****	***p=0.001*****
2. Test-Son Test	*p=0.810*	*p=0.115*	***p=0.004*****

[a]Kruskal Wallis Test *[b]Mann Whitney U Test* ***p<0.01*
[c]Friedman Test *[d]Wilcoxon Ranks Test* **p<0.05*

Tablo 6.2.1.'de adolesanlara verilen CS/ÜS eğitimine ilişkin her grubun test toplam puanları kendi içinde incelendiğinde;

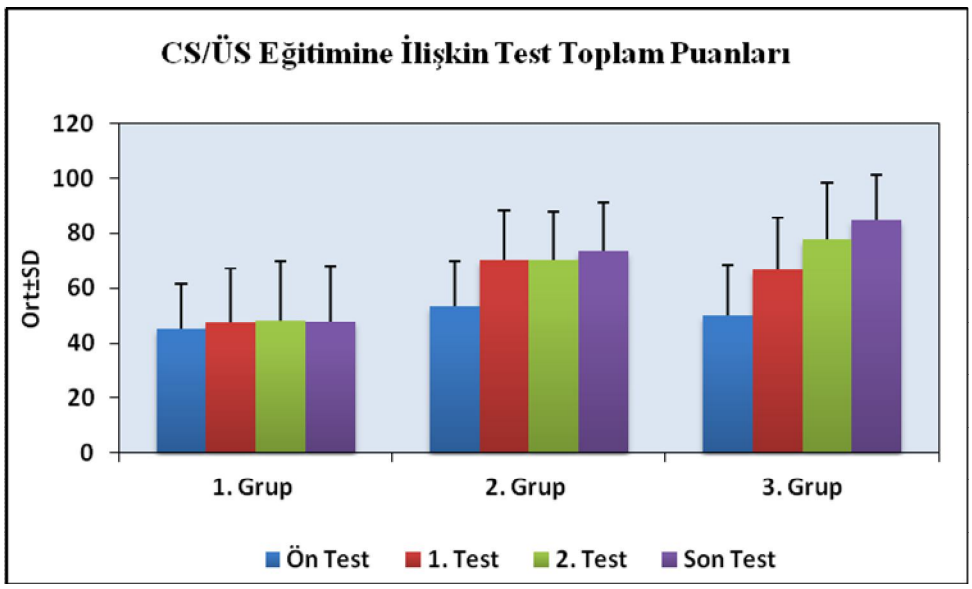
1. grubun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmemektedir (p>0.05).

2. grubun puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir **(p<0.01)**. Bu değişim ön test ile 1., 2. ve son test puanları arasında ileri düzeyde, 1. test ile son test puanı arasında anlamlı düzeydedir.

3. grubun puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir **(p<0.01)**. Bu değişim ön test ile 1., 2. ve son test puanları, 1. test ile 2. ve son test puanları, 2. test ile son test puanı arasındadır.

Test toplam puanları gruplararasında incelendiğinde;

Ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamışken (p>0.05); 1., 2. ve son test puanları arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır **(p<0.01)**. 1. grubun 1., 2. ve son test puanları, 2. ve 3. gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşüktür **(p<0.01)**. 3. grubun ise 2. test puanı, 2. grubunkinden anlamlı **(p<0.05)** ve son test puanı da ileri düzeyde anlamlı **(p<0.01)** şekilde yüksektir**.**



Şekil 4. Gruplara Göre CS/ÜS Eğitimine İlişkin Test Toplam Puan Dağılımı

Tablo 6.2.2. Adolesanlara Verilen CS/ÜS Eğitimine İlişkin Ön Test Toplam Puana Göre Son Test Toplam Puanlarındaki Değişimin Grup İçinde Değerlendirilmesi

CS/ÜS Eğitimi Ön Test Toplam ve Son Test Toplam Puanı	[1]1. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	[2]2. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	[3]3. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)
Ön Test	45.30±16.39 (44.5)	53.50±16.53 (55.5)	50.17±18.19 (51.0)
Son Test	48.03±19.88 (47.5)	73.73±17.56 (73.5)	84.73±16.25 (90.0)
Ön Test-Son Test Puan Değişimi	2.73±10.65 (0.50)	20.23±12.09 (20.5)	34.57±16.33 (30.5)
χ^2; [a]p	χ^2:46.799; p:0.001**		
[b]Post Hoc	[1-2]p=0.001** ; [1-3]p=0.001**; [2-3]p=0.001**		

[a]*Kruskal Wallis Test* [b]*Mann Whitney U Test* **p<0,01

Tablo 6.2.2.'de adolesanlara verilen CS/ÜS eğitimine ilişkin ön test toplam puana göre son test toplam puanlarındaki değişim grup içinde incelendiğinde;

3. grubun ön teste göre son test toplam puanındaki artışın (34.57±16.33), gerek 1. grubun (2.73±10.65) gerekse 2. grubun (20.23±12.09) artışından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir **(p<0.01)**. Aynı zamanda 3. grubun puan değişiminin, 2. gruptan yüksek olmakla beraber, 1. gruptan daha da yüksek olduğu anlaşılmıştır.

6.3. CS/ÜS Eğitiminin Modüller Bazında Gruplara Göre Test Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 6.3.1. Adolesanlara Verilen Üreme Sistemi Eğitimine İlişkin Test Puanlarının Değerlendirmesi

Üreme Sistemi Eğitimi	[1]1. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	[2]2. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	[3]3. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	χ^2; [a]p	[b]Post Hoc
Ön Test	7.83±5.03 (5.0)	9.17±5.58 (10.0)	8.83±5.52 (7.5)	χ^2:1.255 p:0.534	[1-2]p=0.256 [1-3]p=0.536 [2-3]p=0.650
1. Test	8.67±5.24 (7.5)	15.00±5.41 (15.0)	13.83±5.03 (15.0)	***χ^2:19.952 p:0.001****	[1-2]***p=0.001**** [1-3]***p=0.001**** [2-3]p=0.286
2. Test	8.83±5.52 (7.5)	14.17±6.17 (15.0)	16.17±5.03 (20.0)	***χ^2:20.787 p:0.001****	[1-2]***p=0.002**** [1-3]***p=0.001**** [2-3]p=0.231
Son Test	9.33±5.68 (10.0)	14.5±5.62 (15.0)	16.83±4.04 (20.0)	***χ^2:23.123 p:0.001****	[1-2]***p=0.001**** [1-3]***p=0.001**** [2-3]p=0.116
χ^2; [c]p	χ^2:3.959 p:0.266	***χ^2:30.527 p:0.001****	***χ^2:42.190 p:0.001****		

[d]Post Hoc			
Ön Test-1. Test	*p=0.225*	***p=0.001****	***p=0.001****
Ön Test-2. Test	*p=0.134*	***p=0.001****	***p=0.001****
Ön Test-Son Test	*p=0.051*	***p=0.001****	***p=0.001****
1. Test-2. Test	*p=0.851*	*p=0.305*	***p=0.029****
1. Test-Son Test	*p=0.360*	*p=0.653*	***p=0.012****
2. Test-Son Test	*p=0.519*	*p=0.581*	*p=0.248*

[a]*Kruskal Wallis Test* [b]*Mann Whitney U Test* **p<0.01
[c]*Friedman Test* [d]*Wilcoxon Ranks Test* *p<0.05

Tablo 6.3.1.'de adolesanlara verilen üreme sistemi eğitimine ilişkin her grubun test puanları kendi içinde incelendiğinde;

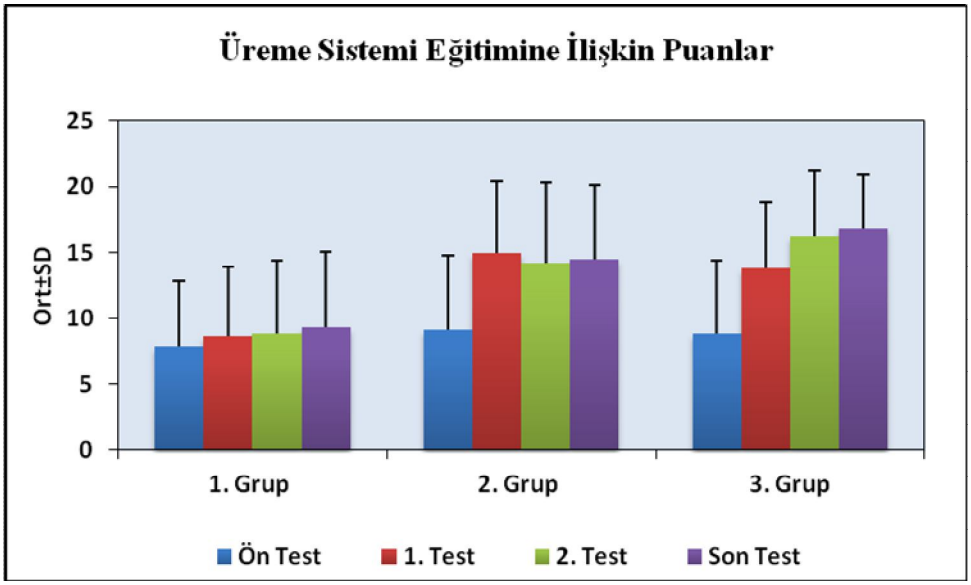
1. grubun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmemektedir (p>0.05).

2. grubun puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir **(p<0.01)**. Bu değişim ön test ile 1., 2. ve son test puanları arasındadır.

3. grubun puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir **(p<0.01)**. Bu değişim ön test ile, 1., 2. ve son test puanları arasında ileri düzeyde, 1. test ile 2. ve son test puanları arasında anlamlı düzeydedir.

Test puanları gruplararasında incelendiğinde;

Ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamışken (p>0.05); 1., 2. ve son test puanları arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır **(p<0.01)**. 1. grubun 1., 2. ve son test puanları, 2. ve 3. gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşüktür **(p<0.01)**.



Şekil 5. Gruplara Göre Üreme Sistemi Eğitimine İlişkin Test Puan Dağılımı

Tablo 6.3.2. Adolesanlara Verilen Güvenli Cinsellik Eğitimine İlişkin Test Puanlarının Değerlendirmesi

Güvenli Cinsellik Eğitimi	[1]1. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	[2]2. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	[3]3. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	χ^2; [a]p	[b]Post Hoc
Ön Test	7.33±3.65 (10.0)	7.00±3.62 (10.0)	7.33±3.41 (10.0)	χ^2:0.210 p:0.901	[1-2]p=0.665 [1-3]p=0.906 [2-3]p=0.740
1. Test	7.50±3.66 (10.0)	8.83±2.52 (10.0)	8.50±2.98 (10.0)	χ^2:2.673 p:0.263	[1-2]p=0.127 [1-3]p=0.247 [2-3]p=0.718
2. Test	6.50±4.38 (10.0)	9.17±2.31 (10.0)	9.00±2.03 (10.0)	***χ^2:9.606 p:0.008****	***[1-2]p=0.007**** ***[1-3]p=0.020**** [2-3]p=0.537
Son Test	7.33±3.88 (10.0)	9.50±1.53 (10.0)	9.17±1.90 (10.0)	***χ^2:8.021 p:0.018****	***[1-2]p=0.011**** ***[1-3]p=0.048**** [2-3]p=0.451
χ^2; [c]p	χ^2:3.159 p:0.368	***χ^2:21.750 p:0.001****	***χ^2:9.120 p:0.028****		

[d]Post Hoc			
Ön Test-1. Test	p=0.763	***p=0.016****	p=0.070
Ön Test-2. Test	p=0.132	***p=0.001****	***p=0.026****
Ön Test-Son Test	p=1.000	***p=0.002****	***p=0.013****
1. Test-2. Test	p=0.109	p=0.317	p=0.405
1. Test-Son Test	p=0.803	p=0.102	p=0.206
2. Test-Son Test	p=0.166	p=0.317	p=0.564

[a]*Kruskal Wallis Test* [b]*Mann Whitney U Test* ***p<0.01*
[c]*Friedman Test* [d]*Wilcoxon Ranks Test* **p<0.05*

Tablo 6.3.2.'de adolesanlara verilen güvenli cinsellik eğitimine ilişkin her grubun test puanları kendi içinde incelendiğinde;

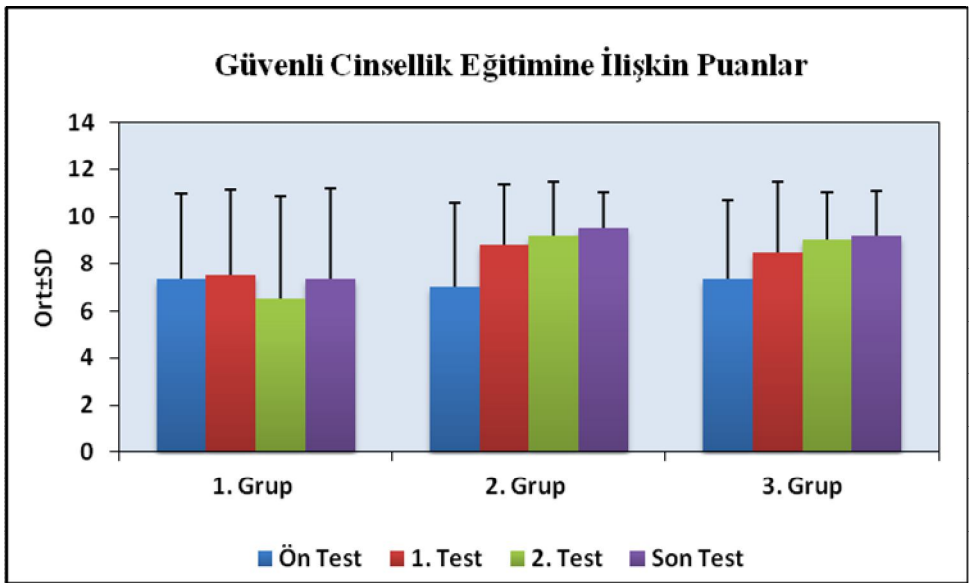
1. grubun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmemektedir (p>0.05).

2. grubun puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir **(p<0.01)**. Bu değişim ön test ve 1. test puanı arasında anlamlı, ön test ile 2. ve son test puanları arasında ileri düzeyde anlamlıdır.

3. grubun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmektedir **(p<0.05)**. Bu değişim ön test ile 2. ve son test puanları arasındadır.

Test puanları gruplararasında incelendiğinde;

Ön test ve 1. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamışken (p>0.05); 2. test puanları arasında ileri düzeyde **(p<0.01)**, son test puanları arasında ise anlamlı farklılık saptanmıştır **(p<0.05)**. 1. grubun 2. test puanı 2. gruba göre ileri düzeyde, 3. gruba göre ise anlamlı şekilde düşükken; son test puanı da 2. ve 3. gruba göre anlamlı düzeyde düşüktür **(p<0.05)**.



Şekil 6. Gruplara Göre Güvenli Cinsellik Eğitimine İlişkin Test Puan Dağılımı

Tablo 6.3.3. Adolesanlara Verilen Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Eğitimine İlişkin Test Puanlarının Değerlendirmesi

Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Eğitimi	[1]1. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	[2]2. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	[3]3. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	χ^2; [a]p	[b]Post Hoc
Ön Test	8.80±4.39 (9.0)	9.97±4.25 (9.0)	8.60±4.78 (9.0)	χ^2:1.495 p:0.474	[1-2]p=0.290 [1-3]p=0.899 [2-3]p=0.293
1. Test	8.93±4.64 (8.5)	13.73±4.39 (14.0)	11.77±5.12 (10.0)	***χ^2:13.981 p:0.001***	[1-2]***p=0.001*** [1-3]***p=0.035**** [2-3]p=0.107
2. Test	10.50±4.35 (9.0)	13.67±4.74 (14.0)	15,. 7±4.63 (18.0)	***χ^2:19.645 p:0.001***	[1-2]***p=0.009*** [1-3]***p=0.001*** [2-3]***p=0.046****
Son Test	9.37±4.08 (9.5)	15.40±3.80 (15.0)	16.63±5.50 (19.5)	***χ^2:32.049 p:0.001***	[1-2]***p=0.001*** [1-3]***p=0.001*** [2-3]***p=0.034****
χ^2; [c]p	***χ^2:7.795 p:0.048****	***χ^2:24.425 p: 0.001***	***χ^2:46.268 p:0.001***		

[d]Post Hoc			
Ön Test-1. Test	*p=0.794*	***p=0.001****	***p=0.009****
Ön Test-2. Test	*p=0.064*	***p=0.002****	***p=0.001****
Ön Test-Son Test	*p=0.464*	***p=0.001****	***p=0.001****
1. Test-2. Test	***p=0.025****	*p=0.836*	***p=0.001****
1. Test-Son Test	*p=0.329*	***p=0.016****	***p=0.001****
2. Test-Son Test	*p=0.141*	***p=0.026****	*p=0.089*

[a]Kruskal Wallis Test *[b]Mann Whitney U Test* ***p<0.01*
[c]Friedman Test *[d]Wilcoxon Ranks Test* **p<0.05*

Tablo 6.3.3.'de adolesanlara verilen cinsel yolla bulaşan hastalıklar eğitimine ilişkin her grubun test puanları kendi içinde incelendiğinde;

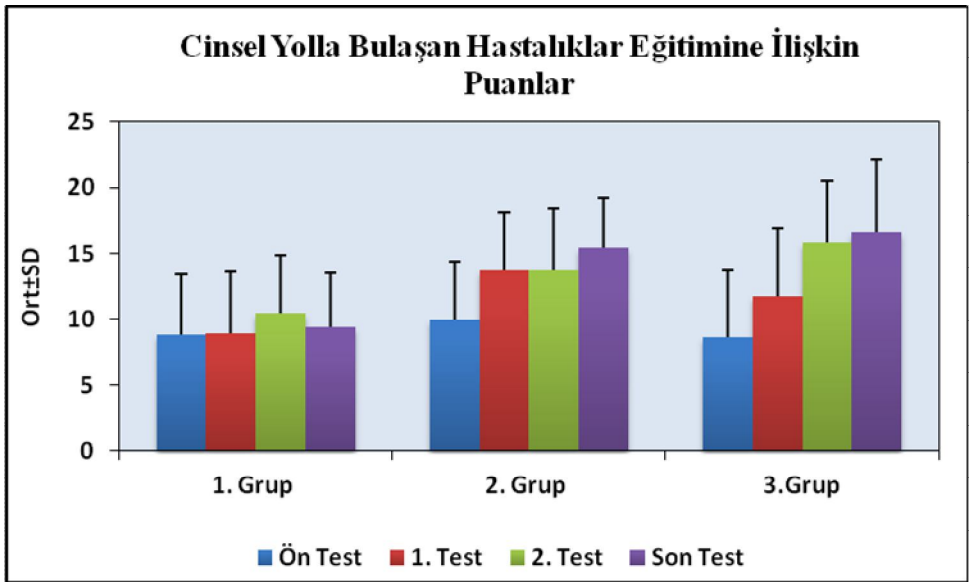
1. grubun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmektedir **(p<0.05)**. Bu değişim 1. test ile 2. test puanı arasındadır.

2. grubun puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir **(p<0.01)**. Bu değişim ön test ile 1., 2. ve son test puanları arasında ileri düzeyde, 1. test ve 2. test ile son test puanı arasında anlamlı düzeydedir.

3. grubun puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir **(p<0.01)**. Bu değişim ön test ile 1., 2. ve son test puanları, 1. test ile 2. ve son test puanları arasındadır.

Test puanları gruplararasında incelendiğinde;

Ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamışken ($p>0.05$); 1., 2. ve son test puanları arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır **($p<0.01$)**. 1. grubun 1. test puanı 2. gruba göre ileri düzeyde, 3. gruba göre ise anlamlı düzeyde düşüktür **($p<0.05$)**. 1. grubun 2. ve son test puanları, 2. ve 3. gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşüktür **($p<0.01$)**. 3. grubun ise 2. ve son test puanları, 2. grubunkinden anlamlı **($p<0.05$)** şekilde yüksektir**.**



Şekil 7. Gruplara Göre Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Eğitimine İlişkin Test Puan Dağılımı

Tablo 6.3.4. Adolesanlara Verilen Cinsel İstismar/Şiddet Eğitimine İlişkin Test Puanlarının Değerlendirmesi

Cinsel İstismar/Şiddet Eğitimi	[1]1. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	[2]2. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	[3]3. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	χ^2; [a]p	[b]Post Hoc
Ön Test	9.50±6.61 (10.0)	12.50±5.69 (12.5)	11.67±5.77 (10.0)	χ^2:3.268 p:0.195	[1-2]p=0.081 [1-3]p=0.234 [2-3]p=0.530
1. Test	9.67±6.69 (10.0)	14.83±5.17 (15.0)	13.83±6.65 (15.0)	***χ^2:10.193 p:0.006****	[1-2]***p=0.003**** [1-3]***p=0.013**** [2-3]p=0.722
2. Test	11.00±6.62 (10.0)	15.50±5.92 (20.0)	16.67±5.92 (20.0)	***χ^2:13.950 p:0.001****	[1-2]***p=0.007**** [1-3]***p=0.001**** [2-3]p=0.270
Son Test	10.17±6.63 (10.0)	15.83±6.17 (20.0)	18.17±3.82 (20.0)	***χ^2:24.071 p:0.001****	[1-2]***p=0.001**** [1-3]***p=0.001**** [2-3]p=0.122
χ^2; [c]p	χ^2:2.541 p:0.468	***χ^2:14.544 p:0.002****	***χ^2:31.924 p:0.001****		

[d]Post Hoc			
Ön Test-1. Test	*p=0.855*	***p=0.025****	*p=0.069*
Ön Test-2. Test	*p=0.260*	***p=0.007****	***p=0.001****
Ön Test-Son Test	*p=0.645*	***p=0.012****	***p=0.001****
1. Test-2. Test	*p=0.146*	*p=0.377*	***p=0.004****
1. Test-Son Test	*p=0.658*	*p=0.134*	***p=0.001****
2. Test-Son Test	*p=0.499*	*p=0.507*	*p=0.084*

[a]*Kruskal Wallis Test* [b]*Mann Whitney U Test* ***p<0.01*
[c]*Friedman Test* [d]*Wilcoxon Ranks Test* **p<0.05*

Tablo 6.3.4.'de adolesanlara verilen cinsel istismar/şiddet eğitimine ilişkin her grubun test puanları kendi içinde incelendiğinde;

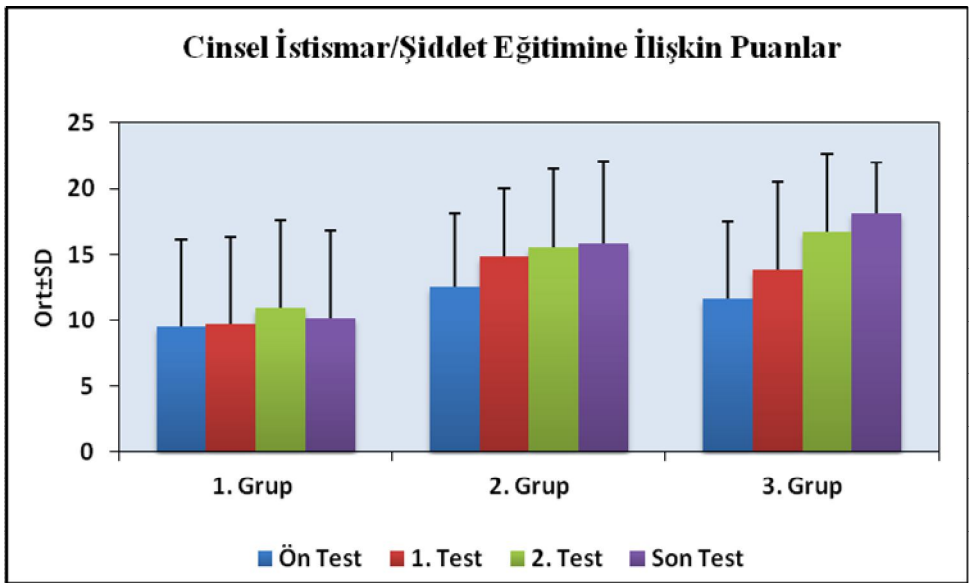
1. grubun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmemektedir (p>0.05).

2. grubun puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir **(p<0.01)**. Bu değişim ön test ile 1. ve son test puanları arasında anlamlı, ön test ile 2. test puanı arasında ileri düzeyde anlamlıdır.

3. grubun puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir **(p<0.01)**. Bu değişim ön test ile 2. ve son test puanları, 1. test ile 2. ve son test puanları arasındadır.

Test puanları gruplararasında incelendiğinde;

Ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamışken ($p>0.05$); 1., 2. ve son test puanları arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır **($p<0.01$)**. 1. grubun 1. test puanı 2. gruba göre ileri düzeyde, 3. gruba göre ise anlamlı düzeyde düşüktür **($p<0.05$)**. 1. grubun 2. ve son test puanları, 2. ve 3. gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşüktür **($p<0.01$)**.



Şekil 8. Gruplara Göre Cinsel İstismar/Şiddet Eğitimine İlişkin Test Puan Dağılımı

Tablo 6.3.5. Adolesanlara Verilen Aile Planlaması Eğitimine İlişkin Test Puanlarının Değerlendirmesi

Aile Planlaması Eğitimi	[1]1. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	[2]2. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	[3]3. Grup (n=30) Ort±SD (Medyan)	χ^2; [a]p	[b]Post Hoc
Ön Test	11.83±5.23 (13.0)	14.87±6.78 (14.0)	13.73±6.57 (13.0)	χ^2:3.080 p:0.214	[1-2]p=0.088 [1-3]p=0.269 [2-3]p=0.495
1. Test	12.93±6.36 (13.0)	17.77±7.30 (17.0)	18.57±7.62 (19.5)	***χ^2:9.950 p:0.007****	***[1-2]p=0.010* [1-3]p=0.005**** [2-3]p=0.656
2. Test	11.83±5.86 (9.5)	18.07±6.30 (18.0)	20.23±7.84 (24.0)	***χ^2:21.599 p:0.001****	***[1-2]p=0.001** [1-3]p=0.001** [2-3]p=0.232
Son Test	11.83±6.93 (11.5)	18.50±8.10 (19.0)	23.93±6.81 (24.5)	***χ^2:29.299 p:0.001****	***[1-2]p=0.002** [1-3]p=0.001** [2-3]p=0.007**
χ^2; [c]p	χ^2:0.388 p:0.943	χ^2:7.307 p:0.063	***χ^2:29.968 p:0.001****		
[d]Post Hoc					
Ön Test-1. Test	p=0.570	***p=0.009****	***p=0.003****		
Ön Test-2. Test	p=0.904	***p=0.007****	***p=0.001****		
Ön Test-Son Test	p=0.793	***p=0.021****	***p=0.001****		
1. Test-2. Test	p=0.346	p=0.616	p=0.152		
1. Test-Son Test	p=0.360	p=0.433	***p=0.001****		
2. Test-Son Test	p=0.861	p=0.585	***p=0.007****		

[a]*Kruskal Wallis Test* [b]*Mann Whitney U Test* ***p<0.01*
[c]*Friedman Test* [d]*Wilcoxon Ranks Test* **p<0.05*

Tablo 6.3.5.'de adolesanlara verilen aile planlaması eğitimine ilişkin her grubun test puanları kendi içinde incelendiğinde;

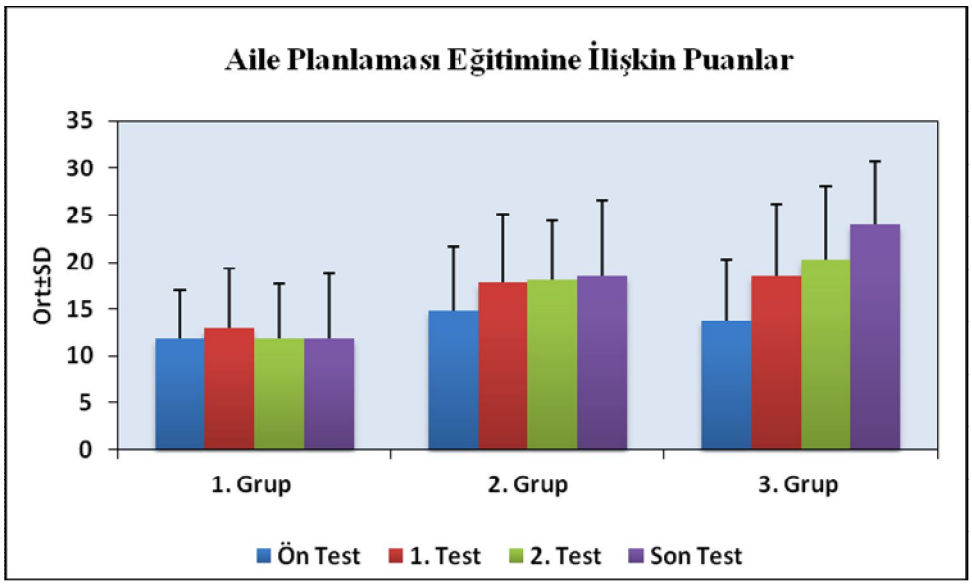
1. grubun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmemektedir (p>0.05).

2. grubun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılığa yakın değişim görülmüşken **(p>0.05)**; bu değişim ön test ile 1. ve 2. test puanları arasında ileri düzeyde, ön test ile son test puanı arasında anlamlı düzeydedir.

3. grubun puanları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir **(p<0.01)**. Bu değişim ön test ile 1., 2. ve son test puanları, 1. test ve 2. test ile son test puanı arasındadır.

Test puanları gruplararasında incelendiğinde;

Ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamışken ($p>0.05$); 1., 2. ve son test puanları arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır **($p<0.01$)**. 1. grubun 1. test puanı 2. gruba göre anlamlı, 3. gruba göre ise ileri düzeyde anlamlı şekilde düşüktür **($p<0.05$)**. 1. grubun 2. ve son test puanları, 2. ve 3. gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşükken **($p<0.01$)**; 3. grubun ise son test puanı, 2. grubunkinden ileri düzeyde anlamlı **($p<0.01$)** şekilde yüksektir**.**



Şekil 9. Gruplara Göre Aile Planlaması Eğitimine İlişkin Test Puan Dağılımı

6.4. Bağımsız Değişkenlere Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişimine İlişkin Bulgular

Tablo 6.4.1. Adolesanların Yaş Durumu İle CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişimi İlişkisi

Gruplar	Yaş & Ön Test- Son Test Puan Değişimi	
	[a]r	*p*
1. Grup	0.062	*0.745*
2. Grup	-0.082	*0.665*
3. Grup	0,.19	*0.921*

[a]*Spearman's Korelasyon Katsayısı*

Tablo 6.4.1.'de adolesanların yaş durumu ile CS/ÜS eğitimi ön test-son test puan değişimi ilişkisi incelendiğinde gruplarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 6.4.2. Adolesanların Cinsiyetine Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişiminin Değerlendirilmesi

Ön Test-Son Test Puan Değişimi	Cinsiyet		*Z*	[a]*p*
	Erkek (n=20)	Kadın (n=10)		
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)		
1. Grup	2.80±11.49 (0.0)	2.60±9.31 (2.0)	-0.485	*0.628*
2. Grup	19.90±11.49 (21.5)	20.90±13.85 (19.5)	-0.331	*0.741*
3. Grup	33.40±16.83 (30.5)	36.90±15.90 (33.5)	-0.595	*0.552*

[a]*Mann Whitney U Test*

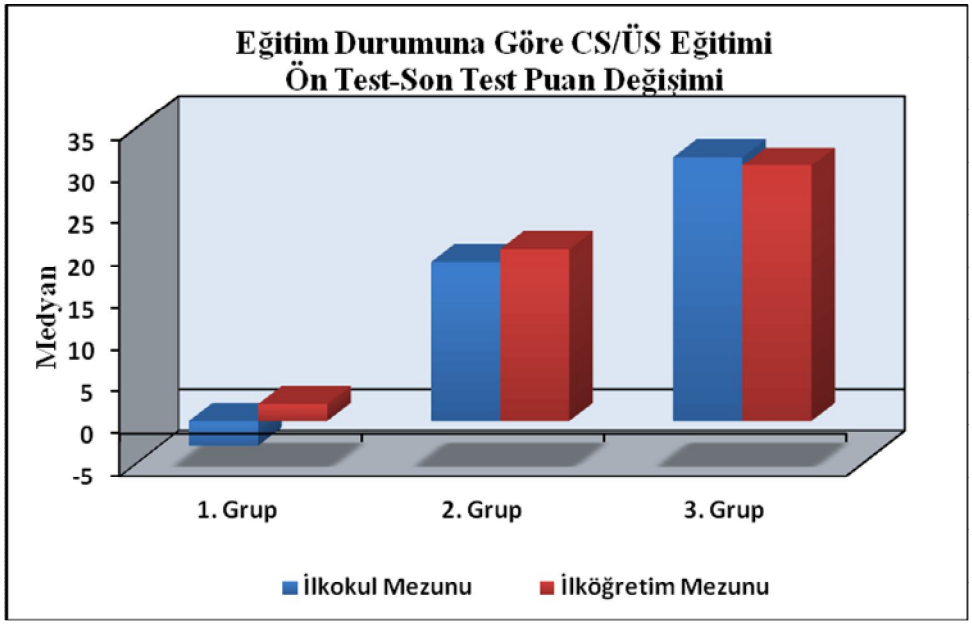
Tablo 6.4.2.'de adolesanların cinsiyetine gore CS/ÜS eğitimine ilişkin ön test-son test puan değişimleri incelendiğinde gruplarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 6.4.3. Adolesanların Eğitim Durumuna Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişiminin Değerlendirilmesi

Ön Test-Son Test Puan Değişimi	Eğitim Durumu				*Z*	[a]*p*
	İlkokul Mezunu		İlköğretim Mezunu			
	n	Ort±SD (Medyan)	n	Ort±SD (Medyan)		
1. Grup	7	-4.71±5.28 (-3.0)	23	5.00±10.90 (2.0)	-2.581	***0.010****
2. Grup	8	18.50±10.13 (19.0)	22	20.86±12.89 (20.5)	-0.306	*0.760*
3. Grup	6	33.17±14.19 (31.5)	24	34.92±17.09 (30.5)	-0.234	*0.815*

[a]*Mann Whitney U Test* **p<0.05*

Tablo 6.4.3.'de adolesanların eğitim durumuna göre CS/ÜS eğitimi ön test-son test puan değişimleri incelendiğinde; 1. grupta istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır **(p<0.05)**. İlköğretim mezunu adolesanların puanlarındaki değişim (5.00±10.90), ilkokul mezunlarına göre (-4.71±5.28) anlamlı düzeyde yüksektir.



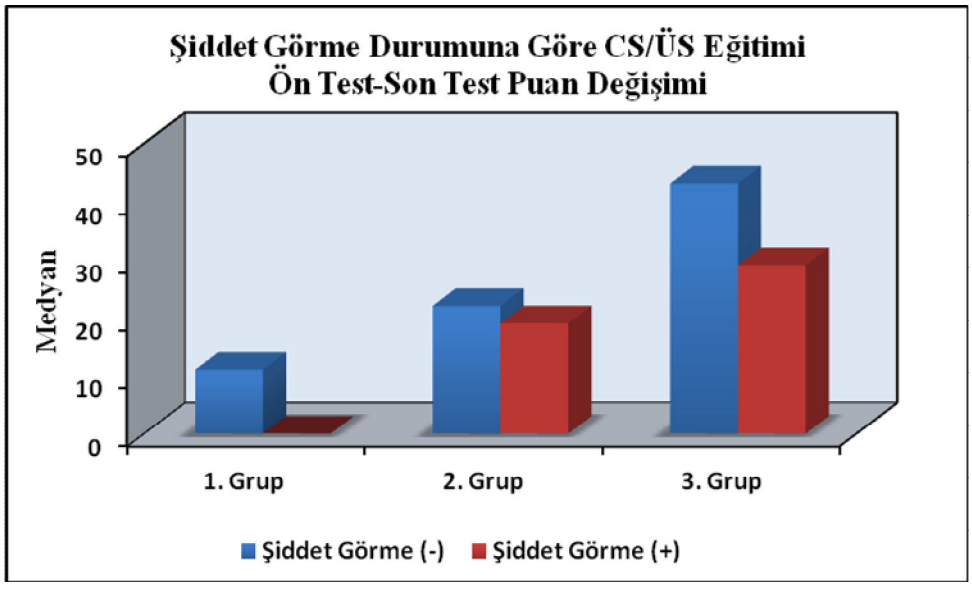
Şekil 10. Eğitim Durumuna Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişimi

Tablo 6.4.4. Adolesanların Şiddet Görme Durumuna Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişiminin Değerlendirilmesi

Ön Test-Son Test Puan Değişimi	Şiddet Görme				*Z*	*[a]p*
	Yok		Var			
	n	Ort±SD (Medyan)	n	Ort±SD (Medyan)		
1. Grup	8	11.50±12.26 (11.0)	22	-0.45±8.16 (0.0)	-2.563	***0.010****
2. Grup	7	21.29±11.56 (22.0)	23	19.91±12.49 (19.0)	-0.639	*0.523*
3. Grup	7	38.71±24.76 (43.0)	23	33.30±13.32 (29.0)	-0.442	*0.659*

[a]Mann Whitney U Test **p<0.05*

Tablo 6.4.4.'de adolesanların şiddet görme durumuna gore CS/ÜS eğitimi ön test-son test puanlarındaki değişimler incelendiğinde; 1. grupta istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır **(p<0.05)**. Daha önce herhangi birinden şiddet görenlerin puanlarındaki değişim (-0.45±8.16), şiddet görmeyenlere göre (11.50±12.26) anlamlı düzeyde düşüktür.



Şekil 11. Şiddet Görme Durumuna Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişimi

Tablo 6.4.5. Adolesanların Daha Önceden CS/ÜS Eğitimi Alma Durumuna Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişiminin Değerlendirilmesi

Ön Test-Son Test Puan Değişimi	CS/ÜS Eğitimi				*Z*	*[a]p*
	Yok		Var			
	n	Ort±SD (Medyan)	n	Ort±SD (Medyan)		
1. Grup	16	1.67±12.09 (0.0)	12	4.33±8.27 (2.0)	-1.167	*0.243*
2. Grup	22	17.59±9.41 (17.5)	8	27.50±16.06 (30.5)	-1.787	*0.074*
3. Grup	18	34.44±16.42 (34.0)	12	34.75±16.93 (29.0)	0.000	*1.000*

[a]*Mann Whitney U Test*

Tablo 6.4.5.'de adolesanların daha önceden CS/ÜS eğitimi alma durumuna göre CS/ÜS eğitimi ön test-son test puanlarındaki değişimler incelendiğinde; gruplarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05). 2. grupta anlamlılığa yakın değişim saptanmıştır (p=0.074).

Tablo 6.4.6. Adolesanların Cinsel İlişki Deneyimine Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişiminin Değerlendirilmesi

Ön Test-Son Test Puan Değişimi	Cinsel İlişki Deneyimi				*Z*	*[a]p*
	Yok		Var			
	n	Ort±SD (Medyan)	n	Ort±SD (Medyan)		
1. Grup	6	0.00±11.01 (2.0)	24	3.42±10.69 (0.5)	-0.234	*0.815*
2. Grup	7	13.14±7.58 (16.0)	23	22.39±12.50 (22.0)	-1.942	*0.052*
3. Grup	10	35.80±19.21 (37.0)	20	33.95±15.20 (30.5)	-0.330	*0.741*

[a]*Mann Whitney U Test*

Tablo 6.4.6.'da adolesanların cinsel ilişki deneyimine göre CS/ÜS eğitimi ön test- son test puanlarındaki değişimler incelendiğinde; gruplarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05). 2. grupta anlamlılığa yakın değişim saptanmıştır (p=0.052).

Tablo 6.4.7. Adolesanların Aktif Cinsel Yaşantı Varlığına Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişiminin Değerlendirilmesi

Ön Test-Son Test Puan Değişimi	Aktif Cinsel Yaşantı				*Z*	[a]*p*
	Yok		Var			
	n	Ort±SD (Medyan)	n	Ort±SD (Medyan)		
1. Grup	17	2.59±10.55 (1.0)	13	2.92±11.21 (0.0)	-0.294	*0.769*
2. Grup	19	17.95±11.58 (19.0)	11	24.18±12.47 (22.0)	-1.079	*0.281*
3. Grup	14	35.14±16.46 (33.5)	16	34.06±16.74 (29.0)	-0.333	*0.739*

[a]*Mann Whitney U Test*

Tablo 6.4.7.'de adolesanların aktif cinsel yaşantı varlığına göre CS/ÜS eğitimi ön test-son test puanlarındaki değişimler incelendiğinde, gruplarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

7. TARTIŞMA

Alkol-madde kullanan adolesanlara verilen cinsel-üreme sağlığı eğitiminin etkinliğini belirlemek amacıyla üç grup şeklinde 90 adolesan ile yapılan çalışma sonucunda elde edilen bulgular, bu bölümde 4 başlık altında tartışılmıştır.

7.1. Adolesanların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.1.1., Tablo 6.1.2., Tablo 6.1.3., Tablo 6.1.4., Tablo 6.1.5., Tablo 6.1.6., Tablo 6.1.7., Tablo 6.1.8.)

7.2. CS/ÜS eğitimi test toplam puanlarına ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.2.1., Tablo 6.2.2.)

7.3. CS/ÜS eğitiminin modüller bazında gruplara göre test puanlarına ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.3.1., Tablo 6.3.2., Tablo 6.3.3., Tablo 6.3.4., Tablo 6.3.5.)

7.4. Bağımsız değişkenlere göre CS/ÜS eğitimi ön test-son test puan değişimine ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.4.1, Tablo 6.4.2., Tablo 6.4.3., Tablo 6.4.4., Tablo 6.4.5., Tablo 6.4.6., Tablo 6.4.7.)

7.1. Adolesanların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Alkol madde kullanan adolesanların tanımlayıcı özellikleri ve CS/ÜS kapsamındaki bilgi ve deneyimleri bu bölümde tartışılmıştır.

Tablo 6.1.1.'de adolesanların tanımlayıcı özelikleri incelendiğinde; ortalama 16.84±0.67 yaşında (1. grup: 16.83±0.75, 2. grup: 16.83±0.70, 3. grup: 16.87±0.57), %66.7'sinin erkek (her üç grupta da 20 erkek, 10 kız adolesan), %76.7'sinin ilköğretim mezunu, %12.2'sinin öğrenci ve %90'ının ailesi ile yaşadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan 2. gruptaki adolesanlardan SHÇEK/sokakta yaşayan 3 kişi (ikisi SHÇEK'da, biri sokakta) bulunmaktadır. Alkol-madde kullanımı ile ilgili ülkemizde ve yurtdışında yapılmış çalışmalarda; bu davranışın adolesan dönemin riskli davranışlarından olduğu, erkek cinsiyette, eğitim düzeyi düşük kişilerde daha yaygın olduğu belirtilmektedir. Çalışma kapsamındaki adolesanların tamamına yakınının ailesi ile birlikte yaşadıkları saptanmasına rağmen, çok az sayıda adolesanın eğitim hayatına devam ettiğinin görülmesi dikkat çekicidir. Alkol ve madde kullanımlarının

olması nedeniyle hem aile ilşkilerinin bozulması hem de eğitim hayatlarına devam edemedikleri düşünülmüştür. Ayrıca, çalışma esnasında adolesanların ifadeleri doğrultusunda sağlıklı ve düzenli aile yaşamlarının olmadığı, günlerinin çoğu vaktinin sokakta geçtiği anlaşılmış bu bilginin de çalışma bulgularını doğruladığı görülmüştür. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, çalışma sonuçlarımızın benzerlik gösterdiği anlaşılmaktadır. Ögel, Erdoğan ve Devletkuşu (2008) çalışmalarındaki ergenlerin yaş ortalamasını 16.05±1.915, %82.1'ini erkek, %55.1'ini ilköğretim düzeyinde eğitim almış, %42.3'ünü sokakta yaşayan olarak saptamıştır. Erdoğan, Ögel ve Devletkuşu (2009) çalışmalarında eğitim düzeyini en yüksek oranda (%32.5) ilköğretim olarak bulmuştur. Yüncü, Kabukçu Başay, Özbaran, Aydın ve Tamar (2008) Ege Üniversitesi Çocuk Ergen Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde yataklı tedavi gören madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde yaptığı çalışmalarında ergenlerin yaş ortalamasını 16.4±1.4, tümünün erkek olduğunu ve eğitime ortalama devam süresini 7.8±2.4 yıl olarak saptamıştır. Taymur, Çalışkan ve Varol (2011) uçucu madde kötüye kullanımı olan ergenler ile yaptığı çalışmalarında ergenlerin yaş ortalamasını 16.1±1.2, tamamının erkek olduğunu, hiçbirinin sokakta yaşamadığını, anne ve babaları ile birlikte yaşamakta olduklarını ve % 47.1'inin ortaokul mezunu olduğunu saptamıştır. Ögel ve ark. (2005) çalışmalarında ergenlerin yaş ortalamasını 16.5±1.8 ve tümünün erkek olduğunu saptamış ve bunun nedeni olarak uçucu madde kullanan kız sayısının genelde az olduğunu belirtmiştir. İlhan, Demirbaş ve Doğan (2005) çıraklık eğitimine devam eden çalışan gençlerde alkol kullanımı üzerine yaptıkları çalışmalarında yaş ortalamasını 17.4±1.2 saptamıştır. Yüncü, Aydın, Coşkunol, Altıntoprak ve Bayram (2006) Ege Üniversitesi Çocuk Ergen Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde yaptığı çalışmalarında olguların %88.5'i erkek, %11.5'i kızlardan oluşmuş, yaşlarının ortalaması 16.2 olarak bulunmuştur. Yüncü ve ark. (2007) sokak yaşantısı olan-olmayan madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin klinik ve sosyodemografik özelliklerini inceledikleri çalışmalarında grupları okula devam ve okulda sene kaybı olup olmaması açısından değerlendirdiğinde, okula devam edenler ve okulda sene kaybı olmayanlarda sokak yaşantısı belirgin olarak düşük bulunmuştur.

Tablo 6.1.2.'de adolesanların annelerinin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; ortalama 41.63±6.38 yaşında, %75.6'sının ilkokul ve altı eğitim düzeyinde, %76.7'sinin çalışmadığı, %83.3'ünün evli, tamamının öz ve %96.7'sinin sağ olduğu saptanmıştır. Annelerin düşük eğitim düzeyine sahip olduğu ve büyük çoğunluğunun çalışmadığı görülmektedir. Bu durum ailenin ekonomik durumunun yalnız eş tarafından sağlandığını ve sıkıntılı olabileceğini dolayısıyla aile ilişkilerinin olumsuz yönde etkilenebileceğini düşündürmektedir. Bu olumsuzlukların çocuklarla olan iletişimin azalmasına alkol madde gibi davranışların gelişmesine yol açabileceği düşünülmektedir. Yine çalışmayan annelerin çocukları ile daha fazla ilgilenmeye vakitleri olduğu halde çocukların alkol madde kullanıyor olmaları da dikkat çekicidir. Çalışma esnasında adolesanların İstanbul'un daha fazla göç alan ve gelişmekte olan semtlerinde yaşadıklarını ifade etmeleri bilgisinden, alkol madde kullanmalarının çevre ve arkadaşlarının etkisi ile ilgili olabilceği anlaşılmaktadır. Çalışma sonuçlarımız literatürdeki çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Taşçı, Ünsal Atan, Durmaz, Erkuş ve Sevil (2005) kız meslek lisesi öğrencilerinin madde kullanma durumlarını incelediği çalışmalarında öğrencilerin annelerinin %46.1'inin ilkokul mezunu, %83.3'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. Taymur ve ark. (2011) çalışmalarında adolesanların %82.3'ünün anne ve babasının sağ olduğu saptanmıştır. Yıldız (2011) ergenlerde sigara, alkol ve madde kullanımı hakkında yaptığı çalışmasında annenin eğitim düzeyinin az olmasının (okula gitmemiş/ilkokul mezunu) erkek çocuklar için sigara, alkol ve madde kullanma oranını artırdığını saptamıştır. Özgür, Yörükoğlu ve Baysan Arabacı (2011) çalışmalarında annenin çalışma durumuna göre öğrencilerin şiddet eğilim puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmamıştır.

Tablo 6.1.3.'de adolesanların babalarının tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; ortalama 46.47±6.85 yaşında, %72.3'ünün ilkokul ve altı eğitim düzeyinde, %96.7'sinin çalıştığı, %81.1'inin evli, %98.9'unun öz ve %93.3'ünün sağ olduğu saptanmıştır. Babaların düşük eğitim düzeyine sahip olmaları nedeniyle daha çok serbest meslekte çalıştıkları bilinmekte ayrıca sürekliliği olmayan, düşük gelir seviyesindeki işlerde çalıştıkları tahmin edilmektedir. Bu durum adolesanların çoğu vakitlerini dışarıda geçirdiklerini ifade etmeleri ile ilişkili olabilir. Sosyoekonomik sıkıntılar nedeniyle para kazanmak isteğiyle sokakta vakit geçirmek, yaş ve eğitim

düzeyinin düşük olması gibi nedenlerle nitelikli işlerde çalışamama da alkol-maddeye kolay ulaşmayı sağlayabilir. Nitekim çalışma sonuçlarımız literatürdeki çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. İlhan, Demirbaş ve Doğan (2005) çalışmalarında gençlerin %65.2'sinin babasının ilkokul mezunu, %4.7'sinin babasının işsiz ya da düzenli bir işinin olmadığını, %81.2'sinin ailesinin çekirdek aile yapısında olduğunu saptamıştır. Taşçı ve ark. (2005) çalışmalarında babaların %41.2'sinin ilkokul mezunu olduklarını, %53.9'unun serbest meslek sahibi, %19.6'sının işçi, %14.7'sinin memur, %11.8'inin emekli olduğunu saptamıştır. Taymur ve ark. (2011) çalışmalarında adolesanların %82.3'ünün anne ve babasının sağ olduğunu saptamıştır. Yıldız (2011) çalışmasında öğrencilerin %86.4'ünün öz anne ve babasıyla yaşadığını, okula gitmeyen babaların erkek çocuklarının (sigara %52.2, alkol %30.9) kızlardan (sigara %27.1, alkol %10.3) daha çok sigara ve alkol kullandığını, anne babası boşanan kızların (sigara %45.7, alkol %63.8, madde %8.3) erkeklere (sigara %39.6, alkol %54.3, madde %2.0) göre daha çok sigara, alkol, madde kullandıklarını saptamıştır.

Özgür ve ark. (2011) çalışmalarında babanın çalışma durumuna gore öğrencilerin babası çalışmayanların şiddet eğilim puan ortalamaları (45.03±13.77), babası çalışanlara (41.16±11.62) göre daha yüksek bulunmuş ve puan ortalamaları arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.1.4.'de adolesanların sigara, alkol ve madde kullanma durumlarına ilişkin özellikleri incelendiğinde; tamamının sigara kullandığı, ortalama kullanım süresinin 5.15±2.13 yıl, ortalama kullanım sıklığının 24.64±11.70 gün-adet olduğu; adolesanların %73.3'ünün alkol kullandığı ortalama kullanım süresinin 3.15±1.72 yıl, ortalama kullanım sıklığının 25.05±42.31 defa-ay olduğu ve %38.9'unun ailesinde alkol kullanımının olduğu; adolesanların %98.9'unun madde kullandığı, ortalama kullanım süresinin 3.42±1.60 yıl, %44.5'inin esrar ile birlikte diğer madde kullanımının olduğu ve %83.3'ünün her gün madde kullandığı saptanmıştır. Çalışma kapsamındaki adolesanların tamamına yakınının uzun süredir, sıklıkla ve yoğun miktarda sigara, alkol, madde kullanmaları sahip oldukları diğer riskli davranışları ifade etmeleri ile ilişkli olabilir. Ailede alkol madde kullanım öyküsünün olması, aile ilişkilerinin bozulmasına, çocuklara ilgi ve desteğin azalmasına neden olabileceğini ve sonuçtada adolesan dönemde alkol madde kullanımına yol açabileceğini

düşündürmektedir. Yine ailede bu davranışların olması adolesanın bu durumu normal olarak algılamasına ve alkol maddeyi kolayca elde edebilmesine yol açabilir. Çalışma bulgularımızdan en çok kullanılan madedenin, diğer çalışmalarda da olduğu gibi esrar olması, bu maddeye daha kolay ve ucuz ulaşılabildiğini düşündürmektedir. Çalışmamızda ailede sigara ve madde kullanımı yönünde veri toplanmamış olmakla birlikte, sonuçlarımız literatürdeki çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Türkiye Küresel Gençlik Tütün Araştırması'nda 61 ilden 202 okulda eğitim gören toplam 15.957 öğrenciden % 29,3'ü sigara içmeyi denemiş, sigarayı deneyenlerin %29.5'i sigaraya 10 yaşından önce başlamıştır (Ergüder, Soydal, Uğurlu, Çakır ve Warren 2003). Gökgöz ve Koçoğlu (2009) adolesan çağda sigarayla ilgili verilen eğitimin etkilerini inceledikleri çalışmalarında sigara içen öğrencilerin ilk sigarayı denedikleri yaş ortalamasını 12.3 olarak saptamışlar ve çalışmada verilen eğitimin bilgi düzeyini artırırken, istenen davranış değişikliğini sağlayamadığını belirtmişlerdir. Yüncü ve ark. (2006) Ege Üniversitesi Çocuk Ergen Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde yaptığı çalışmalarında %94.4'ünün sigara kullandığını, %93.8'inin sigara dışı madde kullandığını, %75.2'sinin esrar kullandığı saptamış, maddeyi ilk kullanma yaşları 13.7±2.16 olarak bulunmuştur. Yüncü ve ark. (2008) çalışmalarında olguların %95'inin sigara, %42.6'sının alkol, tamamının sigaradan başka bir madde, %83'ünün ikinci bir madde, %53.7'sinin üçüncü bir madde, %26.6'sının dördüncü bir madde, %69.1'inin esrar, %56.4'ünün uçucu, %46.8'inin ekstazi kullandığını, maddeyi ilk deneme yaş ortalamasını 13.5±2.1, tedaviye ilk maddeyi denemeye başladıktan 32±25 ay sonra başvurduklarını saptamıştır. Börekçi ve Uzel (2013) çalışmalarında, yaş ortalaması 27.08± 9.15 yıl olan uyuşturucu madde kullanıcılarının %92.7'sinin uyuşturucu madde kullanmadan önce başka bir madde kullandıkları, %67.8'inin uyuşturucu madde kullanmadan önce sigara ve alkol kullandıkları, şu an kullanılan maddeler arasında esrar kullanımı %92.5 olarak saptanmıştır. Madde kullanıcılarının %39.7'si her gün kullandığını belirtmiştir. Bu kişilerin madde kullanmaya başlama yaşı incelendiğinde; %20.5'inin 10-14, %44.4'ünün ise 15-18 yaşlarında uyuşturucu madde kullanmaya başladıkları belirlenmiştir. Aksoy ve Ögel (2005) çalışmalarındaki ergenlerin (%84 erkek, %16 kız) %78'i sigara ve alkol dışında bağımlılık yapan maddeleri kullandığını saptamıştır. Avcı ve Güçray (2010)

çalışmalarında şiddet davranışı gösteren ergenlerin aile bireylerinin (alkol kullanımı %38.9), karşılaştırma grubundakilerin aile bireylerine (alkol kullanımı %9.3) göre daha fazla alkol kullandığını saptamıştır. Turhan, İnandı, Özer ve Akoğlu (2011) çalışmalarında öğrencilerin yaşam boyu sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımını sırasıyla %73.2, %56.6 ve %9.6, babanın veya kardeşlerden birinin sigara ve alkol içmesi gençlerde sigara ve alkol içimini arttıran bir faktör olarak saptanmış; yakın akrabalarında uyuşturucu madde kullanan birisinin bulunmasının uyuşturucu madde kullanma riskini artırdığı belirlenmiştir. Evren, Ögel, Tamar ve Çakmak (2001) çalışmalarında olguların %44.5'inin ailesinde yoğun alkol kullanım (her gün ya da sarhoş olacak derecede aşırı miktarda kullanım), %20.8'inin ailesinde madde kullanım öyküsü olduğu saptandı. Zullig, Valois, Huebner, Oeltmann and Drane (2001) çalışmalarında ilk alkol, ilk esrar, ilk kokain ve ilk sigara kullanım yaşının (13 yıl ≤) düşük yaşam memnuniyeti ile anlamlı ilişkili olduğunu saptamıştır. Joseph, Augustyn, Cabral and Frank (2006) çocukların şiddete maruz kalmaları ile kendilerinin veya arkadaşlarının sigara, alkol, madde kullanımının ilşkili olup olmadığını değerlendirdiği çalışmalarında çocuklukta şiddete maruz kalma ile okul çağında akranların sigara, alkol, madde kullanımının ilişkili olduğunu saptamıştır. DSÖ Çocuk ve Adolesan Sağlığı ve Gelişimi İlerleme Raporu (2009)'nda, 15-19 yaş grubunda tütün kullanımı Güney-Doğu Asya Bölgesi: Bangladeş'de erkeklerde %22.7 (şuanda), Afrika Bölgesi: Gana'da son 30 gün içinde tütün kullanımı (lise öğrencileri) kızlarda %4.3, erkeklerde %5.7, toplamda %5.1 (lise öğrencilerinde son 30 gün içinde tütün kullanımı), 13-15 yaş grubunda son 30 gün içinde herhangi bir şekilde tütün kullanımı Amerika Bölgesi: Guyana'da kızlarda %4.3 erkeklerde %12.6 toplamda %8.2, Avrupa Bölgesi: Tacikistan'da kızlarda %1.6 erkeklerde %3.5 toplamda %2.7, Batı Pasifik Bölgesi: Moğolistan'da şuan kullnımı kızlarda %16.0 erkeklerde %25.7 toplamda %20.7 olarak raporlanmıştır. Türkiye Büyük Millet Meclisi Çocuklarda ve Gençlerde Artan Şiddet Eğilimi ile Okullarda Meydana Gelen Olayların Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu'nun, Türkiye'de Ortaöğretime Devam Eden Öğrencilerde ve Ceza ve İnfaz Kurumlarında Bulunan Tutuklu ve Hükümlü Çocuklarda Şiddet ve Bunu Etkileyen Etkenlerin Saptanması Araştırma Raporu'nda (2007) 26.009 öğrenci ile yapılan çalışmada, Türkiye ortaöğretim kurumlarına devam

eden öğrencilerin yaklaşık %15,6'sının haftada bir-iki defa ya da daha fazla sigara kullandığı, %5,4'ünün haftada en az bir defa ya da daha fazla alkollü içki içtiği, %6,9'unun şimdiye kadar en az bir kere uyuşturucu/uyarıcı madde kullandığı saptanmıştır.

Tablo 6.1.5.'de adolesanların ÇEMATEM'e kimin kararı ile geldiği ve daha önce alokol-madde bırakmak için tedavi görme durumları incelendiğinde; %63.3'ünün kendi kararı ile geldiği ve %80'inin daha önce alkol-madde bırakmak için tedavi görmediği belirlenmiştir. Adolesanların alkol-madde ortalama kullanım süresine (3.15±1.72 yıl, 3.42±1.60 yıl Tablo 6.1.4.) bakıldığında uzun bir süre sonra tedaviye başvurmayı istemelerinin görülmesi varsa aile veya diğer desteklerin zayıf kaldığını veya adolesan olma nedeniyle kendi istekleri dışında bir şeyi kabul etmemiş olabilecekleri, arkadaş/çevresinden ayrılmak istemeyebilecekleri, ayrıca çoğunun kendi isteği ile tedavi görmeye karar vermelerinin de alkol madde kullanımının zararlarını yaşadıklarını artık fark etmeleri ile ilgili olabilir. Yine çalışmanın yapıldığı merkezde, adolesanların yaptıkları resimlerden, panolara asılan mesaj niteliğindeki notlarından ve görünümlerinden de (saçlarda beyazlama, çürük dişler, zayıflık, iştahsızlık ve kızlarda adet olmama/adet düzensizliği ifadesi) bu durum anlaşılmıştır. Daha önce alkol-madde bırakmak için tedavi görmeme oranının oldukça yüksek olması da adolesanların alkol-madde kullanımının zararları hakkında yeterince bilgileri olmadığı ile ilişkili olabilir. Çalışma sonuçlarımız literatürdeki çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Yüncü ve ark. (2006) çalışmalarında tedavi görmek için kuruma başvurma yollarını %61 aile, %6 kendi, %70.3'ünün merkezde yatarak tedavi görmediğini saptamıştır. Börekçi ve Uzel (2013) çalışmalarında madde kullanımı ile ilgili tedavi görme durumları için %91,4'ünün tedavi görmediğini saptamıştır. Yüncü ve ark. (2008) çalışmalarında tedaviye ilk maddeyi denemeye başladıktan 32±25 ay sonra başvurduklarını saptamıştır. Ögel, Taner, Tosun ve Gürol (2005) yatarak tedavi gören 18 yaş ve altı uçucu madde kullanıcılarında madde kullanım özelliklerinin cinsiyet ve yaşadığı yere göre karşılaştırmasını yaptıkları 209 uçucu madde kullanıcısı ile tamamladıkları çalışmalarında, gençlerin sadece dörtte birinin madde kullanımı nedeniyle daha önce tıbbi bir yardım aldığını belirttiklerini bulmuşlar. Geçen bir yıl içinde kendi kendine madde bırakma girişimi oranı %81.3, kullandığı madde ile ilgili fiziksel rahatsızlık

duyanların %82.2'sinin, duymayanların %79.5'inin kendi kendine bırakma girişimi olduğu saptanmıştır. Fiziksel rahatsızlık duyanlarla duymayanlar arasında bırakma girişimleri durumu arasında belirgin bir fark olmadığı belirtilmiştir.

Tablo 6.1.6.'da adolesanların şiddet görme durumlarına ilişkin özellikleri incelendiğinde; %75.6'sının şiddet gördüğü, %44.1'inin birinci derece yakınından şiddet gördüğü, %89.7'sinin fiziksel şiddet gördüğü ve %45.6'sının şiddet gördükten sonra hiçbir şey yapmadığını ifade ettiği saptanmıştır. Çalışma kapsamındaki adolesanların çoğunun fiziksel şiddet gördüğü ve sonrasında hiçbir şey yapmamış olmaları birinci derece yakınları tarafından şiddete maruz kalmaları ile ilgili olabilir. Birinci derece yakınlarından şiddet görme kötü aile ilişkilerinin olduğunu düşündürmektedir. Şiddet görme alkol-madde kullanmaya neden olabileceği gibi, bu durumun tersinin de olabileceği düşünülmektedir. Çalışma sonuçlarımız literatürdeki çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Yaşan ve Gürgen (2004) çalışmalarında ergenlerin %86.5'inin aile içi şiddete maruz kaldıklarını tespit etmiştir. Şiddet genellikle aile içide güçlü olanın zayıf olana karşı işlediği suçtur. İnsanlar genellikle farklı bireylerden çok, kendi evlerinde ve diğer aile üyelerinden biri tarafından şiddete maruz kalmaktadırlar (Can Gürkan ve Coşar 2009). Turhan ve ark. (2011) çalışmalarında sigara kullananların %53.7'sinin, alkol kullananların %58.8'inin, uyuşturucu madde kullananların %73.5'inin şiddete uğradıklarını saptamıştır. Evren ve ark. (2001) çalışmalarında olguların %65.3'ü çocuklukta sık sık dövüldüklerini (fiziksel şiddet), %56,9'u çocuklukta sık sık aşağılanma veya küçük düşürücü davranışlara maruz kaldıklarını (sözel istismar) bildirmiş, çocukluk döneminde cinsel tacizin varlığı ise %1.4 olguda gözlenmiştir. Bayatpour, Wells and Holford (1992) çalışmalarında 352 olgudan 80'i fiziksel veya cinsel tacize uğramış; buna ilave olarak 40 kişide intihar düşüncesi veya eylemi saptanmıştır. Champion et al (2004) çalışmalarında madde bağımlılığı ve diğer riskli sağlık davranışları göstergelerini ergen kadınlarda cinsel mağduriyet ile fazlasıyla ilişkili bulmuştur. Şiddet öğrenilmiş bir davranış olarak sıklıkla kuşaktan kuşağa geçer ve sağlıksız toplumların oluşmasına yol açar. Şiddete maruz kalmış çocuk büyüdüğünde, çocuklarına veya yakınlarına ve hatta kendisine yönelik şiddet uygulayan kişilere benzer tepkiyi gösterebilir (Çetinkaya Duman, Özdağ ve Özcan 2003). Türkiye'de yapılan birçok çalışma şiddetin giderek arttığını gösterse de, ülke genelini temsil

edecek verilere ulaşılamamıştır. Diğer taraftan şiddet daha çok aile içi şiddet kapsamında incelenmektedir. Oysa şiddet olayları bugün sıklıkla, ergenler arasında özellikle de okullarda yaşanmaktadır. Şiddetin, dünyada ve ülkemizde giderek artış gösterdiği ve bu artışın kaygı verici boyutlara ulaştığı bilinmektedir (Özgür ve ark. 2011). Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nun (1998) yapmış olduğu çalışmada da çocukluklarında aileleri tarafından dövülme oranı arttıkça şiddet ölçeğinden alınan puanların da anlamlı biçimde arttığı; çocukluğunda sık sık aileleri tarafından dövülenlerde şiddet ölçeğinde alınan puanlarda çok belirgin yükselmeler olduğu anlaşılmış. Çocukluklarında aileleri tarafından sık sık dövülen ebeveynlerin çocuklarını şiddetli dövme sıklıklarının belirgin biçimde yüksek olduğu; yani çocuklukta şiddete maruz kalmanın ileriki yaşamda çocukları dövmenin önemli bir belirleyeni olabileceği anlaşılmıştır.

Tablo 6.1.7.'de adolesanların CS/ÜS eğitimi alma durumları incelendiğinde; %65.6'sının CS/ÜS eğitimi almadığı, %18.9'unun öğretmeninden bu konuda eğitim aldığı, %37.8'inin "güvenli cinsellik" konusunu en önemli konu olarak belirttiği, %4.4'ünün CS/ÜS ile ilgili sorun/hastalık yaşadığı (idrar yolu enfeksiyonu, adet görmeme, gonore, yumurtalıklarla ilgili sorun) ve %3.3'ünün CS/ÜS ile ilgili tedavi gördüğü saptanmıştır. Adolesanların çoğunun CS/ÜS konularında eğitim almamış olmaları, eğitim almış olanların ise sırasıyla en fazla öğretmen, arkadaş, diğer (sağlık personeli, televizyon, gazete, dergi, internet) ve aileyi bildirmeleri düşük eğitim düzeyleri (gazete, dergi okuma, internette araştırma), aileden daha çok arkadaşlarla vakit geçirmeleri, anne-babanın düşük eğitim düzeyi (en az sayıda aile bildirilmiş), ülkenin sağlık politikaları (basın-yayın ile bilgilendirme) ile ilgili olabilir. Bilgi teknolojilerinin geliştiği, internet kullanımının oldukça yaygın olduğu günümüzde adolesanların interneti kullanmalarının az olması da dikkat çekicidir. Alkol madde kullanmaları nedeni ile yüksek riskli cinsel ilişkide bulunma davranışları olabileceği düşünüldüğünden güvenli cinsellik konusunu daha önemli görmüş olabilirler. İfade edilen sorun/hastalıkların yine doğrudan veya dolaylı olarak alkol madde kullanımı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Tedavi görmüş olmaları olumlu sağlık davranışı olarak değerlendirilmiştir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde çalışma bulgularımızın da gösterdiği gibi gençlerin çoğunun CS/ÜS konularında eğitim almadığı, eğitim alanların/çeşitli kaynaklardan bilgi sahibi olanların da yeterli bilgiye

sahip olmadıkları saptanmıştır. Pınar (2008) üniveriste öğrencilerine yönelik geliştirilen cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitim programının etkinliğini incelediği çalışmasında öğrencilerin %80.9'unun daha once CS/ÜS ile ilgili herhangi bir bilgi almadıklarını, en çok ihtiyaç duyduğu ve bilgi almak istedği CS/ÜS eğitim konusu %41.2'sinin aile planlaması, %28.5'inin CYBE olduğunu saptamıştır. Thanavanh, Harun-Or-Rashid, Kasuya and Sakamoto (2013), çalışmalarında öğrencilerin dörtte üçünden fazlası HIV/AIDS hakkında önemli bilgi kaynakları olarak televizyon ve radyoyu bildirmişlerdir. Karabulutlu ve Kılıç (2011) üniversite öğrencilerinin %47.6'sı bilgi kaynağı olarak en fazla kitap, dergi ve ansiklopediden yararlandığını, %25.8'i okul-öğretmenden bilgi aldığını belirtmiştir. Öğrencilerin CS/ÜS ile ilgili şimdiye kadar hizmet alma durumu incelendiğinde; öğrencilerin %37.9'unun hizmet aldığı, hizmet alanların %20.8'inin tedaviye yönelik hizmet aldığı saptanmıştır. DSÖ Çocuk ve Adolesan Sağlığı ve Gelişimi İlerleme Raporu (2009)'nda, 2007 yılı verilerine göre 15-24 yaş grubu HIV prevalansı Afrika Bölgesi: Gana'da kızlarda %1.3% erkeklerde %0.4, Amerika Bölgesi: Guyana'da kızlarda %1.7 erkeklerde %0.5, Batı Pasifik Bölgesi: Moğolistan'da erkeklerde %0.1, Avrupa Bölgesi: Tacikistan'da kızlarda %0.1 erkeklerde %0.4 olarak raporlanmıştır.

Tablo 6.1.8.'de adolesanların cinsel yaşantı, gebelik, gebeliği önleyici yöntem ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin özellikleri incelendiğinde; %74.4'ünün cinsel ilişki deneyimi olduğu, %44.4'ünün aktif cinsel yaşantısının olduğu, %16.7'sinin para karşılığı cinsel ilişkide bulunduğu, %6.7'sinin gebelik yaşadığı, bu gebeliklerin %50'sinin (n=3) kürtaj, %33.3'ünün (n=2) düşük ve %16.7'sinin (n=1) doğum ile sonuçlandığı saptanmıştır. Adolesanların %44.4'ünün herhangi bir gebeliği önleyici yöntem bilmediği, %27.8'inin gebeliği önleyici yöntem kullandığı (%92 prezervatif, %16 hap) ve %66.6'sının Hepatit/AIDS'i bildiği cinsel yolla bulaşan hastalıklar olarak belirttiği saptanmıştır. Çalışma bulgularımızda, literatürdeki çalışmalara göre daha yüksek oranların bulunması çalışma grubunun özelliğinden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir. Para karşılığında cinsel ilişki yaşama, para kazanma ve alkol madde alma isteği ile ilgili olabilir. Adolesan dönemde gebelik yaşama tek başına birçok sağlık riski ve problemini yaşatabildiği halde çalışmadaki adolesanların alkol-madde kullanmaları bu durumları daha da kötüleştireceği düşünülmektedir. Çalışma bulgularında da gördüğümüz gibi kürtaj ve

düşüklerin olması gebeliklerin istenmeyen gebelikler olabileceğini akla getirmektedir. Cinsel ilişki deneyimi olan adolesan oranı fazla olduğu halde, bunun aksine gebeliği önleyici yöntem bilenlerin ve kullananların oranının düşük olması yine aktif cinsel yaşantısı olanların oranının fazla olmasına rağmen gebeliği önleyici yöntem kullananların az olması da dikkat çekicidir. Bu durumların alkol-madde kullanımı, düşük eğitim düzeyine sahip olma, aile faktörleri, CS/ÜS hakkında yetrli bilgiye sahip olmama ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Çalışma bulgularımız literatür ile uyumlu olarak en çok bilinen CYBH olarak AIDS, Hepatit sonucunu göstermiştir. Pınar, Algıer, Doğan, Öksüz ve Sökmen (2004) çalışmalarında cinsel ilişki deneyimi olanların oranını %42.3 olarak saptamıştır. Öğrenciler tarafından en çok bilinen cinsel yolla bulaşan hastalık %97.1 oranı ile AIDS olmuştur. Bel soğukluğu ile ilgili bilgisi olduğunu ifade eden öğrenci oranı %62.8 olup yine aynı oranda öğrencinin Hepatit B'yi bildiklerini belirtmişlerdir (http://www.ergunoksuz.com/pubs/38.pdf, Erişim tarihi: 22 Ocak 2014). Pınar (2008) çalışmasında öğrencilerin %19.7'sinin cinsel ilişki deneyimi olduğu, cinsel ilişki deneyimi olanların %35.4'ünün düzenli cinsel yaşantısı olduğu saptanmıştır. Adefuye and ark. (2011) çalışmalarında HIV risk algısı., ABD ve Türk öğrenciler arasında düşük, Güney Afrikalı öğrenciler arasında yüksek bulunmuştur. Kaya, Serin ve Genç (2007) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmalarında öğrencilerin %30.0'unun cinsel ilişki deneyimi olduğunu, %27.4'ünün para karşılığı tanımadığı biriyle cinsel deneyim yaşadıkları, %14.4'ünün halen devam eden cinsel yaşamlarının olduğu saptanmıştır. Pınar ve Algıer (2006) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmalarında öğrencilerin % 41.9'unun cinsel ilişki deneyimi yaşadığı belirlenmiştir. Part and ark. (2013) çalışmalarında Avrupa Birliği üyesi ülkelerin nüfusa dayalı istatistiklerini kullanarak 15-19 yaş grubundaki genç kadınların ortalama gebelik oranının Doğu Avrupa'da (41.7/1000), Batı (18.2/1000), Güney (17.6/1000) ve Kuzey Avrupa'dan (30.7/1000) daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Sabageh, Fatusi, Sabageh and Aluko (2013) çalışmalarında ergenlerin % 20,1'i cinsel ilişki yaşamıştır. Ilk cinsel ilişki yaş ortalaması 14.05±2.3 yaştır. Cinsel ilişki deneyimi olanların sadece %49.7'si (kırsal %45.5, kentsel %57.7) geçmişte kondom kullanmıştır, özellikle kırsal alandaki ergenlerin acil cinsellik eğitimi için acil ihtiyacı olduğu saptanmıştır. Feleke, Köye, Demssie and Mengesha (2013)

çalışmalarında cinsel ilişki deneyimi olan adolesanlar arasında, ilk cinsel ilişkide aile planlaması yöntemi ve gönüllü danışmanlık ve test hizmeti kullanımını düşük bulmuştur. McGuire, Wang and Zhang (2012) Mississippi'de genel lise öğrencileri arasında yaptıkları çalışmalarında esrar veya diğer uyuşturucu kullanımının korunmasız cinsel ilişki ile ilişkili olduğununu, öğrencilerin üçte birinin son cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanmadığını saptamıştır. DSÖ Çocuk ve Adolesan Sağlığı ve Gelişimi İlerleme Raporu (2009)'nda, 15-19 yaş grubu evlilerde şimdiki modern yöntem kullanımı (kontraseptif prevalansı) Güney-Doğu Asya Bölgesi: Bangladeş'de kızlarda %37.6, Afrika Bölgesi: Gana'da kızlarda %7.6 erkeklerde %10.1; bekarlarda kızlarda %32.8 erkelerde %42.7, Amerika Bölgesi: Guyana'da kızlarda %19.7 (evli ya da birlikte), Batı Pasifik Bölgesi: Moğolistan'da kızlarda %8.9, Avrupa Bölgesi: Tacikistan'da kızlarda %9 olarak raporlanmıştır. 15-19 yaş grubu için son yüksek riskli cinsel ilişkide kondom kullanımı Afrika Bölgesi: Gana'da kızlarda %33.5 erkeklerde %46.2, Amerika Bölgesi: Guyana'da kızlarda %67.9 erkeklerde %74.6, Batı Pasifik Bölgesi: Moğolistan'da kızlarda %31.8, Avrupa Bölgesi: Tacikistan'da kız ve erkeklerde %53.3 olarak bildirilmiştir.

7.2. CS/ÜS Eğitimi Test Toplam Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Tablo 6.2.1.'de adolesanlara verilen CS/ÜS eğitimine ilişkin her grubun test toplam puanları kendi içinde incelendiğinde; **1. grubun** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmemekte ($p>0.05$) ancak; **2. ve 3. grubun** puanları arasında ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir **($p<0.01$)**. Bu değişim 2. grubun ön test ile 1., 2. ve son test puanları arasında ileri düzeyde, 1. test ile son test puanı arasında anlamlı düzeydedir. 3. grubun ön test ile 1., 2. ve son test puanları, 1. test ile 2. ve son test puanları, 2. test ile son test puanı arasında ileri düzeydedir. Test toplam puanları gruplararasında incelendiğinde; **ön test puanları** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamışken ($p>0.05$); **1., 2. ve son test puanları** arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır **($p<0.01$)**. 1. grubun 1., 2. ve son test puanları, 2. ve 3. gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşüktür **($p<0.01$)**. 3. grubun ise 2. test puanı, 2. grubunkinden anlamlı **($p<0.05$)** ve son test puanı da ileri düzeyde anlamlı **($p<0.01$)** şekilde yüksektir **(Tablo 6.2.1.)**. Çalışmada

grupların ön test puanlarının diğer puanlardan düşük; 1. grubun puanlarının da diğer gruplarınkinden düşük olduğunun saptanması adolesanların bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu; bu konuda eğitim ihtiyaçları olduğunu göstermiştir. Grupların ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmaması, her üç grubun homojenliğini ve gruplardaki adolesanların CS/ÜS konusunda benzer bilgi düzeyine sahip olduklarını göstermektedir. 2. gruba bir defa, 3. gruba ise tekrarlı olarak iki defa verilen eğitim sonucunda adolesanların her testte, test puanları ortalamalarının yükseldiği saptanmış; eğitimin etkin olduğu anlaşılmıştır. 3. grubun 1. test puanı ile 2., 2. test puanı ile son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı değişimin olmasıda iki defa eğitim vermenin daha etkin olduğunu göstermektedir. Çalışma bulgularımız literatürdeki çalışmalarla benzer sonuçlar göstermektedir. Ögel ve ark. (2008) çalışmalarında, tüm grubun ön test ve son test değerlendirmesinde doğru sayısı ortalamaları farkını karşılaştırdığında aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Pınar (2008) çalışmasında, çalışma grubunun ön test-son test bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğunu belirlerken, kontrol grubunda farkın önemsiz olduğunu belirlemiştir. Güler ve Yöndem (2007) çalışmalarında, ergenlik ve cinsel sağlık eğitimi alan deney grubunun grup rehberliği işlemine bağlı olarak, bilgi ve tutumlarında anlamlı artışlar olduğunu ortaya koymuştur. Gölbaşı ve Taşkın (2003) adolesan kızlara yönelik üreme sağlığı eğitim programının etkinliğini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında çalışma ve kontrol grubundaki öğrencilerin üreme sağlığı öntest bilgi puan ortalaması benzer iken, sontestte eğitim programından geçen öğrencilerin üreme sağlığı bilgi puan ortalamasının programdan geçmeyen öğrencilere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışma grubunda yer alan öğrencilerin, eğitim sonrasında üreme sağlığı bilgi düzeylerinin eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde yükseldiği belirlenmştir.

Tablo 6.2.2.'de adolesanlara verilen CS/ÜS eğitimine ilişkin ön test toplam puana göre son test toplam puanlarındaki değişim grup içinde incelendiğinde; 3. grubun ön teste göre son test toplam puanındaki artışın (34.57±16.33), gerek 1. grubun (2.73±10.65) gerekse 2. grubun (20.23±12.09) artışından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir **($p<0.01$)**. Aynı zamanda 3. grubun puan değişiminin, 2. gruptan yüksek olmakla beraber, 1. gruptan daha da

yüksek olduğu anlaşılmıştır **(Tablo 6.2.2.)**. Bu bulgulardan adolesanların bilgi eksikliğinin giderilmesinde eğitimin önemi ve etkin olduğu, verilen eğitimin tekrar edilmiş olmasının da unutmayı azalttığı, daha kalıcı olduğu anlaşılmaktadır. Çalışma bulgularımızın literatürdeki çalışmalarla benzer sonuçlar gösterdiği anlaşılmaktadır. Ögel ve ark. (2008) çalışmalarında tüm grubun eğitim öncesi doğru sayısı ortalamalarını, eğitim sonrası doğru sayısı ortalamalarından düşük bulmuştur. Zhou and ark. (2012) çalışmalarında, üniversite öğrencilerinin çoğunun üreme sağlığı hakkında bilgi eksikliği olduğunu saptamıştır. Özcebe (2000) çalışmasında, erkek ve kadınların üreme sağlığı konularında bilgilerinin yetersiz düzeyde olduğunu; erkek ve kadınların cinsel yaşam davranışları ile beraber sahip oldukları bilgilerin değiştiği saptanmıştır. Akran eğitimi müdahalesi kadın ve erkeklerde üreme sağlığı bilgilerini artırması açısından genel olarak başarılı bulunmuştur. Topatan (2012) çalışmasında, deney (103.10±11.43) ve kontrol (99.15±9.53) grubunun eğitim öncesi üreme sağlığı bilgilerinin benzerlik gösterdiğini belirlemiştir. Eğitim sonrası deney grubunun, Evli Kadınların Üreme Sağlığı Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği toplam puan ortalamasını 6.ayda 122.74±10.89, 12.ayda 119.98±11.79, kontrol grubunun ise 6.ayda 100.10±10.31, 12.ayda 99.52±10.47 olarak belirlemiş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğunu belirtmiştir. Bu çerçevede, postpartum dönemde verilen üreme sağlığı eğitiminin ve yapılan izlemlerin adolesanların üreme sağlığı davranışlarını geliştirmede etkili olduğu ancak mevcut sağlık sisteminin destekleyici rolüne gereksinim duyulduğu sonucuna varmıştır.

Çalışmanın her üç grubunda da ön test puanlarına göre son test puanlarının artması ve bu artışları gruplar içinde incelediğimizde de 1. gruptan 3. gruba doğru giderek yükselmesi dikkat çekicidir. Bu değerlendirme doğrultusunda **"çalışma gruplarına göre adolesanların CS/ÜS eğitimi ön test ve son test puanları arasındaki değişimler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır"** şeklinde kurulan **H_1 hipotezi** kabul edilmiştir. Çalışmanın 3. grubunun ön test puanlarının son test puanlarına göre artışı diğer gruplarınkinden yüksek bulunmuştur. Buna göre, **"iki defa CS/ÜS eğitimi verilen adolesanların ön test ve son test puanları arasındaki değişim, bir defa eğitim verilen ve eğitim verilmeyen kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir"** şeklinde kurulan **H_2 hipotezi** kabul edilmiştir.

7.3. CS/ÜS Eğitiminin Modüller Bazında Gruplara Göre Test Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Tablo 6.3.1.'de adolesanlara verilen üreme sistemi eğitimine ilişkin her grubun test puanları kendi içinde incelendiğinde; **1. grubun** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmemekte ($p>0.05$) ancak; **2. ve 3. grubun** puanları arasında ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir **($p<0.01$)**. Bu değişm 2. ve 3.grubun ön test ile 1., 2. ve son test puanları arasında ileri düzeyde; 3. grubun 1. test ile 2. ve son test puanları arasında anlamlı düzeydedir. Çalışma bulgularından eğitimin etkinliğini anlamış olmakla birlikte; 3. grupta eğitimi tekrar vermiş olmanın önemide görülmektedir. Test puanları gruplararasında incelendiğinde; **ön test puanları** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamışken ($p>0.05$); **1., 2. ve son test puanları** arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır **($p<0.01$)**. 1. grubun 1., 2. ve son test puanları, 2. ve 3. gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşüktür ($p<0.01$) **(Tablo 6.3.1.)**. Çalışma bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Pınar (2008) çalışmasının "kadın-erkek üreme sistemi ve gebeliğin oluşumu" konulu eğitim modülünde, çalışma grubunun son test bilgi puan ortalamasının ön teste göre daha yüksek olduğunu, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu; kontrol grubunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığını saptamıştır. Kapucu, Çan, Topbaş ve Çan (2003) çalışmalarında adolesanların, adolesanlarda görülen bazı vücut değişiklikleri ile kadın ve erkek anatomisi hakkındaki bilgi düzeylerini incelemiş; kızların kadın anatomisi bilgi düzeyleri 5.5±0.1, erkek anatomisi bilgi düzeyi ise 2.7±0.1, erkeklerin bilgi düzeyleri de sırasıyla 3.2±0.1 ve 2.6±0.1 puan olarak bulunmuştur. Kadın anatomisi 9, erkek anatomisi 12 puan üzerinden değerlendirilmiş ve bilginin düşük olduğu anlaşılmıştır. Çalışmamızda da adolesanların bu konularda bilgi eksikliği olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.3.2.'de adolesanlara verilen güvenli cinsellik eğitimine ilişkin her grubun test puanları kendi içinde incelendiğinde; **1. grubun** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmemekte ($p>0.05$) ancak; **2. grubun** puanları arasında ileri düzeyde **($p<0.01$)**, **3. grubun** puanları arasında ise anlamlı düzeyde değişim görülmektedir **($p<0.05$)**. Bu değişim 2. grubun ön test ve 1. test puanı arasında anlamlı, ön test ile 2. ve son test puanları arasında ileri düzeyde

anlamlıdır. 3. grubun ön test ile 2. ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmektedir. Test puanları gruplararasında incelendiğinde; **ön test** ve **1. test puanları** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamışken ($p>0.05$); **2. test puanları** arasında ileri düzeyde **($p<0.01$)**, **son test puanları** arasında ise anlamlı farklılık saptanmıştır **($p<0.05$)**. 1. grubun 2. test puanı, 2. gruba göre ileri düzeyde, 3. gruba göre ise anlamlı şekilde düşükken; son test puanı da 2. ve 3. gruba göre anlamlı düzeyde düşüktür **($p<0.05$) (Tablo 6.3.2.)**. "Güvenli cinsel ilişki" cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma riskini azaltan ve istenmeyen, planlanmamış gebelikleri engelleyen her türlü davranıştır. Çalışma kapsamındaki adolesanlar CS/ÜS ile ilgili en önemli gördükleri konu olarak güvenli cinselliği bildirmişlerdir **(**Tablo 6.1.7.). Çalışma bulgularından eğitimin etkinliği anlaşılmış olmakla birlikte; 3. grupta eğitimi tekrar vermenin daha etkin olduğu görülmektedir. Cai and ark. (2008) çalışmalarında müdahale grubundaki öğrencilerin üreme sağlığı, HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalık bilgi puanı bir ay sonra 21.66'dan 31.72'ye yükselmiş ($p<0.001$); bir yıl sonra 30.97 olmuş ve bir ay ile bir yıl arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($P>0.05$). Çalışma lise öğrencileri arasında HIV/AIDS'in önlenmesi konusunda akran eğitiminin bilgiyi yükseltmede ve uzun vadede davranış değişikliğinde etkili olduğunu göstermiştir. HIV/AIDS'in önlenmesi amacıyla cinsel ilişki sırasında kondom kullanma gibi davranışlar müdahale öncesi ve sonrası değişmiştir. Müdahaleden bir ay ve bir yıl sonraki izlemde kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, müdahale grubunda daha fazla öğrenci cinsel ilişki sırasında kondom kullandığını açıklamıştır ($p<0.001$). Toker ve Küçükyılmaz (2001) çalışmalarında öğrencilerin % 60.2'sinin bilgi düzeyleri eğitim öncesinde yetersizken; yapılan eğitim sonrasında, tüm öğrencilerin AIDS konusunda yeterli bilgi düzeyinde olduğu saptanmıştır. Cinsellik ve madde kullanımı arasındaki yakın ilişki, HIV riskini yükseltmektedir. AIDS'in en yaygın olduğu risk grupları arasında damar içi madde kullanıcıları olduğu dikkati çekmektedir. Madde kullanıcıları arasında en azından bir kere damar içi madde kullanma oranı yüksektir. Damar içi madde kullanıcılarının birden fazla risk alması, özbakım ve temel hijyen koşullarını sağlamakta güçlük yaşaması bu grubu birçok hastalığa açık hale getirmektedir. Özellikle enjektör paylaşımı ya da gebelik gibi çeşitli sebeplerle, heteroseksüel popülasyonda damar içi madde kullanıcıları HIV/AIDS'in yayılmasında en yüksek

risk altında bulunan gruplar arasında yer sayılmaktadır (Erdoğan ve ark. 2009). Wu and ark. (1997) 1548 kişiyle görüştüğü çalışmalarında, 52 paylaşımı olmayan ve 140 paylaşımı olan enjektör dahil 433 madde kullanıcısı tespit etmiştir. Uyuşturucu kullanıcılarında evlilik öncesi ya da evlilik dışı cinsel ilişki dört kat daha fazla, fakat prezervatif kullanımı ise sadece % 2.5 olarak bulunmuştur. Güvenli cinsel ilişkide cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı prezervatif kullanılması önemlidir. Çalışmamızdaki adolesanların %37.8'i (en yüksek oran) prezervatif kullandıklarını bildirmişlerdir (Tablo 6.1.8.). Çalışmamzdaki adolesanlar için oldukça düşük bir oran olduğu düşünülmektedir.

Tablo 6.3.3.'de adolesanlara verilen cinsel yolla bulaşan hastalıklar eğitimine ilişkin her grubun test puanları kendi içinde incelendiğinde; **1. grubun** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmekte iken **($p<0.05$)**; **2. ve 3. grubun** puanları arasında ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir **($p<0.01$)**. Bu değişimler 1. grupta 1. test ile 2. test puanı arasında anlamlı düzeyde, 2. grupta ön test ile 1., 2. ve son test puanları arasında ileri düzeyde, 1. test ve 2. test ile son test puanı arasında anlamlı düzeyde; 3. grupta ise ön test ile 1., 2. ve son test puanları, 1. test ile 2. ve son test puanları arasında ileri düzeyde anlamlıdır. Test puanları gruplararasında incelendiğinde; **ön test puanları** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamışken ($p>0.05$); **1., 2. ve son test puanları** arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır **($p<0.01$)**. 1. grubun 1. test puanı 2. gruba göre ileri düzeyde, 3. gruba göre ise anlamlı düzeyde düşüktür **($p<0.05$)**. 1. grubun 2. ve son test puanları, 2. ve 3. gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşüktür **($p<0.01$)**. 3. grubun ise 2. ve son test puanları, 2. grubunkinden anlamlı ($p<0.05$) şekilde yüksektir **(Tablo 6.3.3.)**. Adolesanların cinsel yaşantı, gebelik, gebeliği önleyici yöntem ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin özellikleri (Tablo 6.1.8.) ile bu konuda eğitime olan ihtiyaçları anlaşılmıştı; çalışma bulgularından eğitimin etkinliği görülmektedir. Çalışma bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu anlaşılmaktadır. DSÖ verilerine gore, her yıl bütün dünyada 340 milyon tedavi edilebilen CYBH, milyonlarca tedavisi mümkün olmayan CYBH ve 5 milyon HIV olgusu ortaya çıkmaktadır **(**Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015). Bu hastalıkların sık görülmeleri ve önemli bir maliyet ve morbidite nedenleri olmalarının yanı sıra uzun süreli sağlık sorunlarına da yol

açabilirler (Tuncer ve Aksu 2004). Gökengin ve ark. (2003) çalışmalarında en yaygın bilinen CYBH, HIV enfeksiyonu ve AIDS olduğu; öğrencilerin cinsel sağlık ve CYBH konusunda bilgilerinin yeterli olmadığı saptanmıştır. Yalnız ve ark. (2011) çalışmalarında madde bağımlılığı tanısı alan gençlerde cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve aile planlaması ile ilgili bilgi düzeyi ve verilen eğitimin etkisi değerlendirilmiş; gençlerin ön test puan ortalaması 11.28±2.52, son test puan ortalaması 16.85±2.28 olarak saptanmıştır ($p<0.001$). Ön test ve son test arasında, tek tek sorular karşılaştırıldığında, hastalarda CYBH ve AP konularını içeren tüm anket sorularına verilen cevaplarda bir artma gözlenmiş ve soruların %75'inde ise bu artış istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir. Börekçi ve Uzel (2013) çalışmalarında uyuşturucu madde kullanıcılarının HIV/AIDS hakkında daha fazla bilgiye gereksinimleri olduğunu saptamıştır. Topbaş, Çan ve Kapucu (2003) çalışmalarında adolesanların %70.4'ü CYBH hakkında bilgilerinin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir. CYBH olarak %95'i AIDS'i, %31.3'ü Hepatit B'yi bilmektedir. CYBH bilgi düzeyleri değerlendirmesinde, olması gerekenden düşük olduğu belirlenmiştir. Para karşılığı cinsel ilişlkinin artması, seksüel davranışların değişmesi, turizm hareketleri ve göçler, AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların sayısında hızla artışla yol açmaktadır (Özdemir, Feyzioğlu, Doğan, Baykan ve Baysal 2006). Çalışmamızdaki alkol madde kullanan adolesanların çoğunun cinsel ilişki deneyimlerinin olması, aktif cinsel yaşantısı olanaların ve para karşılığı cinsel ilişki yaşayanların bulunması (Tablo 6.1.8.) onların cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgilendirilmesi, karşılaşabilecekleri risklerin önlemleri ile birlikte anlatılması önemlidir. Topbaş ve ark. (2003) çalışmalarında kızların cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyi (3.3±2.3 puan), erkeklerinkinden (2.3±2.0 puan) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmış olmakla birlikte bu konudaki bilgi düzeyleri düşük bulunmuştur. Yurdakul, Yamaç, Güneyli ve Tokgöz (2003) çalışmalarında öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıklardan aldıkları bilgi puan ortlaması 100 puan üzerinden 34.2 olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin %49.3'ü ortalamanın altında, %50.7'si ortalamanın üstünde puan almışlardır. Karakaya ve Gençalp (2009) çalışmalarında adölesan dnmede evlenmiş kadınların cinsellik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğunu; üreme sağlığı sorunları yönünden risk altında olduklarını saptamışlardır. Erken yaşta ve

yetersiz bilgi ile yaşanan cinsel hayatta cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma riskinin oldukça yüksek olduğu bilinmektedir. Çalışmamızdaki alkol madde kullanan adolesanların bu konuda doğru kaynaktan doğru eğitim almaları önemlidir.

Tablo 6.3.4.'de adolesanlara verilen cinsel istismar/şiddet eğitimine ilişkin her grubun test puanları kendi içinde incelendiğinde; **1. grubun** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmemekte iken ($p>0.05$); **2. ve 3. grubun** puanları arasında ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir **($p<0.01$)**. Bu değişim 2. grupta, ön test ile 1. ve son test puanları arasında anlamlı, ön test ile 2. test puanı arasında ileri düzeyde anlamlıdır. 3. grupta ise ön test ile 2. ve son test puanları, 1. test ile 2. ve son test puanları arasında ileri düzeydedir. Test puanları gruplararasında incelendiğinde; **ön test puanları** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamışken ($p>0.05$); **1., 2. ve son test puanları** arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır **($p<0.01$)**. 1. grubun 1. test puanı 2. gruba göre ileri düzeyde, 3. gruba göre ise anlamlı düzeyde düşüktür **($p<0.05$)**. 1. grubun 2. ve son test puanları, 2. ve 3. gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşüktür **($p<0.01$) (Tablo 6.3.4.)**. Çalışma kapsamındaki adolesanların %13.2'sinin cinsel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (Tablo 6.1.6.). Her beş ergenden birinin şiddet mağduru olduğu ve bundan daha yüksek bir oranla fiziksel ya da cinsel olarak taciz edildikleri bildirilmektedir (Gül ve Güneş, 2009). Adolesan dönemde riskli cinsel davranışlar önemli bir konu olmakla birlikte alkol-madde kullanımı bu durumun önemini daha da artırmakta ve eğitimi gerekli kılmaktadır. Alkol-madde kullanan adolesanların cinsel istismar/şiddete maruz kalma risk/durumları olduğu gibi bu davranışları yapma risk/durumları da olabilir. Bu yöndeki çalışma bulgularından eğitimin etkinliği anlaşılmış olmakla birlikte; 3. grupta eğitimi tekrar vermenin daha etkin olduğu görülmektedir. Eneç Can (2007) fiziksel ve/veya cinsel istismar madde kullanımı açısından risk faktörüdür. Madde, alkol veya sigara kullanımı, aile içinde çatışma ve şiddete maruz kalma, ebeveynin ilgisizliği, ebeveynde düşük eğitim düzeyi gençlerde şiddete maruziyete ilişkin ortak risk faktörlerindendir**.** Çalışmamızdaki adolesanların günlerinin büyük kısmını sokakta geçirdiklerini ifade etmelerinden cinsel istismar/şiddet ile karşılaştıklarında ne yapmaları gerektiğini bilmeleri; bunun suç kapsamında olduğunu ve cezasının olduğu anlatılmalıdır.

Tablo 6.3.5.'de adolesanlara verilen aile planlaması eğitimine ilişkin her grubun test puanları kendi içinde incelendiğinde; **1. grubun** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmemekte iken (p>0.05); **2. grubun** puanları arasında anlamlılığa yakın (p>0.05), **3. grubun** puanları arasında da ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir **(p<0.01)**. Bu değişim 2. grupta ön test ile 1. ve 2. test puanları arasında ileri düzeyde, ön test ile son test puanı arasında anlamlı düzeydedir. 3. grupta ise ön test ile 1., 2. ve son test puanları, 1. test ve 2. test ile son test puanı arasında ileri düzeydedir. Test puanları gruplararasında incelendiğinde; **ön test puanları** arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamışken (p>0.05); **1., 2. ve son test puanları** arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır **(p<0.01**). 1. grubun 1. test puanı 2. gruba göre anlamlı, 3. gruba göre ise ileri düzeyde anlamlı şekilde düşüktür **(p<0.05)**. 1. grubun 2. ve son test puanları, 2. ve 3. gruba göre ileri düzeyde anlamlı şekilde düşükken **(p<0.01)**; 3. grubun ise son test puanı, 2. grubunkinden ileri düzeyde anlamlı **(p<0.01)** şekilde yüksektir **(Tablo 6.3.5.)**. Çalışma bulgularından eğitimin etkinliği anlaşılmış olmakla birlikte; 3. grupta eğitimi tekrar vermenin daha etkin olduğu görülmektedir. Literatürde de bu konda eğitim eksikliği olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Topbaş ve ark. (2003) çalışmalarında adolesanların %95.0'ının en az bir AP yönteminin adını bildikleri; en çok adı bilinen AP yöntemleri doğum kontrol hapı (%77.4) ve kondom (%68.7) olarak saptanmış. AP yöntem bilgi düzeyleri değerlendirmesinde, olması gerekenden düşük olduğu belirlenmiştir. Yalnız ve ark. (2011) çalışmalarında madde bağımlılığı tanısı alan gençlerde cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve aile planlaması ile ilgili bilgi düzeyi ve verilen eğitimin etkisi değerlendirilmiş; gençlerin ön test puan ortalaması 11.28±2.52, son test puan ortalaması 16.85±2.28 olarak saptanmıştır (p<0.001). Ön test ve son test arasında, tek tek sorular karşılaştırıldığında, hastalarda CYBH ve AP konularını içeren tüm anket sorularına verilen cevaplarda bir artma gözlenmiş ve soruların %75'inde ise bu artış istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir. Topatan (2012) çalışmasında, postpartum dönemde verilen üreme sağlığı eğitiminin ve yapılan izlemlerin adolesanların AP tutumuna yönelik bilgi ve bilincin oluşmasında etkili olduğu sonucuna varmıştır. Santelli, Morrow, Anderson and Lindberg (2006) ABD'da lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada 12 yılda kadınlarda kondom kullanımının (%38'den % 58'e), geri çekme yönteminin (%19'dan %11'e) ve hiçbir

yöntem kullanmama oranının (%18'den %12'ye) iyileştiğini, benzer örneklerin erkeklerde de olduğunu belirtmiştir. Quin and ark. (2010) evlenmemiş kürtaj yaptıran adolesanlar arasında kürtaj sonrası danışmanlık ve eğitimin etkisini değerlendirdiği ve olguları kürtaj sonrası bir yıl takip ettiği çalışmalarında, etkili kontraseptif kullanım oranının arttığını ve istenmeyen gebelik oranının azaldığını saptamıştır. TNSA (2008) sonuçlarına göre Türkiye'de 15-19 yaş grubundaki evli kadınların herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanım oranı %40.2, herhangi modern yöntem kullanım oranı ise %17.6'dır. Kadınların eğitim düzeyi ile gebeliği önleyici yöntem kullanımları arasında doğrusal bir ilkişki görülmektedir. Yöntem kullanımı, eğitimi olmayan ya da ilkokulu bitirmemiş kadınlar arasında %61 düzeyinde kalırken, lise mezunu veya daha yüksek eğitimi olan kadınlar arasında %77'ye ulaşmaktadır (TNSA-2008). Topbaş ve ark. (2003) çalışmalarında kızların aile planlaması bilgi düzeyi 8.9±0.2, erkeklerin ise 3.4±0.1 puan olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olmakla birlikte bu konudaki bilgi düzeyleri düşük bulunmuştur. Kum ve Bilgiç (2007) çalışmalarında adölesan kız öğrencilerin çoğunluğunun etkin aile planlaması yöntemlerini isim olarak bildikleri ve bu yöntemler konusunda sınırlı bilgiye sahip oldukları, bilgi eksiklikleri ve bu konuda eğitime ihtiyaçları olduğu saptanmıştır. Adolesanların, erken yaşta cinsel deneyimlerinin başlamasından ve alkol madde kullanımının istenmeyen gebelik/adolesan gebeliklere neden olabileceğinden etkili aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmaları önemlidir. Bu sebeple aile planlaması hizmetlerinden yararlanabilecekleri merkezleri bilmelerinin gerektiği düşünülmektedir.

CS/ÜS eğtim modülleri ön test puanları incelendiğinde, grupların ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmayışı, grupların aynı düzeyde bilgiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu nedenle **"çalışma gruplarına göre adolesanların eğitim modülleri bazında ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur"** şeklinde tanımlanan **H_3 hipotezi** kabul edilmiştir.

CS/ÜS eğtim modülleri son test puanları incelendiğinde, grupların son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olması, eğitimin etkinliğini göstermektedir. Bu nedenle **"çalışma gruplarına göre adolesanların eğitim**

modülleri bazında son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır" şeklinde tanımlanan **H_4 hipotezi** kabul edilmiştir.

7.4. Bağımsız Değişkenlere Göre CS/ÜS Eğitimi Ön Test-Son Test Puan Değişimine İlişkin Bulguların Tartışılması

Tablo 6.4.1.'de adolesanların yaş durumu ile CS/ÜS eğitimi ön test-son test puan değişimi ilişkisi incelendiğinde gruplarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) **(Tablo 6.4.1).** Çalışma grubunun adolesanlardan oluşması nedeniyle grup içinde tekrar yaş gruplaması yapılmamıştır; bu da literatürde yaş faktörünün anlamlı olduğu çalışma bulgusu ile bizim bulgumuz arasındaki farkı göstermektedir. Ögel ve ark. (2008) çalışmalarında tüm grubun ön test ve son test değerlendirmesinde doğru sayısı ortalamaları farkı yaş faktörüne göre anlamlı bulunmuştur. 8-16 yaş grubundakilerin doğru sayısı artışı, 17-23 yaş grubundakilere göre anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur. Pınar (2008) çalışmasında çalışma grubundaki öğrencilerin yaş gruplarına göre son test-ön test puan farklarında "gençlerin CS/ÜS" modül puanları arasında istatistiksel yönden anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.852$). Beydağ (2007) çalışmasında öğrencilerin yaş grubu, cinsiyet, devam ettikleri bölüm ve yaşadıkları yer ile AIDS konusunda bilgi düzeyi puan ortalaması arasında anlamlı ilişki saptamamıştır. Toker ve Küçükyılmaz (2001) çalışmalarında öğrencilerin HIV/AIDS bilgi düzeylerinin yeterli olup olmamasının yaşlarıyla olan ilişkisi araştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Erdoğan ve ark. (2009) çalışmalarında yaşa göre bilgi düzeyine bakıldığında, 21 yaş ve altındaki 238 kişinin doğru bilinen soru sayısı ortalaması 9,42 (±2,8), 22 yaş ve üstündeki 251 kişinin doğru bilinen soru sayısı ortalaması 9,45 (±3), olarak bulunmuştur. Farklı yaş grupları arasında, doğru bilinen soru sayısı ortalaması bakımından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Çalışmamızdaki adolesanların yarıya yakınının aktif cinsel yaşantılarının olması ve para karşılığı cinsel ilişki yaşayanların olmasından CS/ÜS hakkında bilgilendirilmeleri; hem kendi sağlıkları hemde toplum sağlığı açısından son derece önemlidir.

Tablo 6.4.2.'de adolesanların cinsiyetine gore CS/ÜS eğitimine ilişkin ön test-son test puan değişimleri incelendiğinde gruplarda istatistiksel olarak anlamlı

farklılık saptanmamıştır (p>0.05) **(Tablo 6.4.2).** Çalışma grubundaki adolesanlardan gebelik, kürtaj, düşük ve doğum eylemi yaşayanların olduğunun saptanması (Tablo 6.1.8.) kızların CS/ÜS konusundadaha fazla risk ve problem yaşayabileceklerini düşündürmektedir. Bu durum hem kendi sağlığı hemde aile ve toplum sağlığı açısından önemlidir. Yine erkeklerinde CS/ÜS konularında bilinçlendirilmeleri güvenli cinsellik açısından sorumluluk almayı sağlayacaktır. Çalışma bulgularımızın literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Ögel ve ark. (2008) çalışmalarında tüm grubun ön test ve son test değerlendirmesinde doğru sayısı ortalamaları farkı cinsiyet faktörüne göre anlamlı fark yaratmamıştır. Pınar (2008) çalışmasında cinsiyet açısından çalışma grubundaki öğrencilerin son test-ön test puan farkları ile "gençlerin CS/ÜS" modül puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0.607). Beydağ (2007) çalışmasında öğrencilerin cinsiyetleri ile AIDS konusunda bilgi düzeyi puan ortalaması arasında anlamlı ilişki saptamamıştır. Şerifhan İlgün, Erbay Dündar, Doğramacı, Dalcı ve Gürgen (2005) çalışmalarında erkek öğrencilerin %32.3'ü, kız öğrencilerin %67.7'si CYBH hakkında bilgilerinin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir. CYBH bilgi düzeyi konusunda cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yurdakul ve ark. (2003) çalışmalarında öğrencilerin cinsiyet ile bilgi puan ortalamaları ilişkisi istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. Çalışmamızdaki gibi alkol madde kullanımı olan adolesanların normal adolesanlara göre CS/ÜS konularında daha da bilinçli olmaları, kendilerini korumaya yönelik önlemlerin farkında olmaları sağlanmalıdır. Çünkü bu durumdaki hem kızlar hem de erkekler oldukça önemli risklerle karşı karşıyadır.

Tablo 6.4.3.'de adolesanların eğitim durumuna göre CS/ÜS eğitimi ön test-son test puan değişimleri incelendiğinde; 1. grupta istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır **(p<0.05)**. İlköğretim mezunu adolesanların puanlarındaki değişim, ilkokul mezunlarına göre anlamlı düzeyde yüksektir **(Tablo 6.4.3.).** Çalışma kapsamındaki adolesanların düşük eğitim düzeyinde olduğunun saptanması (Tablo 6.1.1.) alkol-madde kullanmalarından kaynaklanabilir. Çalışmamızdaki adolesanlardan ilköğretim mezunlarının puan değişiminin ilkokul mezunlarına göre daha fazla olması eğitim düzeyi yükseldikçe eğtimin daha etkin olduğu ile açıklanabilir. Literatürde de çalışma bulgumuz ile paralel bulguya rastlanmıştır.

Coşkun, Ögel ve Işıl (2008) uçucu madde kullanan ergenlerde bilinçlendirme eğitiminin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında deney grubu ergenlerin %35.5'inin, kontrol grubundakilerin ise %45.2'sinin sadece okur yazar olduğunu, genel olarak ergenlerin eğitim düzeyinin düşük olduğunu belirlemişler; uygulanan bireysel eğitim ile ergenlerin bilgi düzeylerinin arttığını, tedavi süreçlerine katkı sağlandığını ifade etmişlerdir. Pınar (2008) çalışmasında çalışma grubundaki öğrencilerin mezun oldukları okul ile ön test-son test puan farkı değerlendirildiğinde "gençlerin CS/ÜS" modülde aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.542$). Mavedzenge, Doyle and Ross (2011) "Sahra-altı Afrika'da Gençlerde HIV Önleme: Sistematik Bir Yorum" adlı çalışmalarında okul temelli, yetişkin liderliğindeki, müfredata dayalı müdahaleler; bildirilen riskli cinsel davranışı azaltmada açık kanıt göstermiştir. Hizmetlerin kullanımı daha genç dostu ve erişilebilir yapıldığında sağlık kuruluşlarının nüfuzu artmıştır. Çalışmamızdaki adolesanların eğitim düzeylerinin düşük olmasından dolayı okul temelli eğitimi de (öğretmen-%18.9) az aldığı görülmektedir. Bu sebeple kolay ulaşabilecekleri, ücretsiz hizmetlerin sağlanmasına daha fazla önem verilmelidir. Erdoğan ve ark. (2009) çalışmalarında lise ve üstü eğitime sahip olanların doğru bildiği soru sayısı ortalamalarının ortaöğretim ve altı eğitime sahip olanların ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gölbaşı ve Taşkın (2003) çalışmalarında öğrencilerin sınıflarına göre yapılan analizde, lise 2 ve 3. sınıflardaki bilgi artışının 1. sınıfa göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdaki adolesanların tamamına yakınının eğitimlerine devam etmemeleri, onlara ailede verilecek olan CS/ÜS eğitimininin önemli olduğunu düşündürmektedir. Bu sebeple ailelerin hem CS/ÜS hakkında bilinçlendirilmeleri hem de adolesan dönem ve riskleri ile ilgili eğitilmeleri gerekmektedir.

Tablo 6.4.4.'de adolesanların şiddet görme durumuna gore CS/ÜS eğitimi ön test-son test puanlarındaki değişimler incelendiğinde; 1. grupta istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır **($p<0.05$)**. Daha önce herhangi birinden şiddet görenlerin puanlarındaki değişim, şiddet görmeyenlere göre anlamlı düzeyde düşüktür **(Tablo 6.4.4.)**. Çalışmamızdaki adolesanların çoğunun şiddet gördüğü (Tablo 6.1.6.) ve düşük eğitim düzeyinde olduğu (Tablo 6.1.1.) saptanmıştır. Bu durumdan şiddete maruz kalmanın eğitim isteğini ve başarısını düşürdüğünü

anlayabiliriz. Şiddete maruz kalmanın hayatın ilerideki dönemlerine de etkisi olacağından şiddetin önlenmesine yönelik çalışmaların daha kuvvetli olması gerektiği düşünülmektedir. 1985 ve 1994 yılları arasında ergen cinayet oranları dünyanın birçok yerinde artmıştır. Kadınlarda eğilim sabit iken erkeklerde (iki katına) bariz bir artış olmuştur. Adolesan cinayet eğilimlerinde risk faktörleri aile faktörleri (evde ateşli silah, düşük gelir, aile içi şiddet, genç anne-babalar veya boşanma), sosyal faktörler (etnik farklılık, kalabalık konut, ırk ayrımcılığı, yetişkin denetim eksikliği, şiddetin toplumsal kabulü), psikolojik faktörler (depresyon, antisosyal davranışlar, davranım bozukluğu, ya da saldırganlık), kişisel faktörler (erkek cinsiyet, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, zayıf dürtü kontrolü, önceki ateşli silah yaralanması ve azınlık ırk) olmak üzere 4 kategoriye ayrılmıştır. Ergen intihar eğilimlerinde de ateşli silahlar, alkol, cinsiyet önemli risk faktörlerindendir. Ergen kızlarda daha fazla intihar girişimi bulunmaktadır. Ölümcül olmayan şiddet eğilimlerinde de en sık erkekler bulunmaktadır. Okullarda şiddet eğilimleri İsveç'te % 15.7'den Litvanya'da %68.5'e, İsrail'de %50.0 arasında değişmektedir (Merrick, Kandel and Omar, 2013). Mayda, Karaçor, Erdem, Kırca ve Urgan (2006) çalışmalarında öğrencilerin aile içi şiddete maruz kalma veya tanıklık etmelerinin; "babanın öğrenim düzeyi" ve "anne veya babanın çocukluklarında aile içi şiddete maruz kalmaları" ile ilgili olduğunu bulmuştur. Tanrıverdi ve Şıpkın (2008) çalışmalarında, en yüksek oranda ilkokul mezunu kadınların eşlerinden şiddet gördükleri saptanmıştır. Phillips and ark. (2013) çalışmalarında ABD'de ergenler ve genç yetişkinlerin (13-24 yaş) sık sık toplum ve evlerinde şiddete maruz kaldıklarını bildirmiştir. Ölümcül silahlı bir şiddete tanıklık etmenin alkol ve uyuşturucu madde kullanımı ile ilişkili ancak yüksek riskli cinsel davranışlar ile ilişkili olmadığını belirtmiştir. Erdoğan ve ark. (2009) çalışmalarında 21 yaş ve altında olanların %64,3'ünün, 22 yaş ve üstünde olanların ise %53,8'inin cezaevinden katıldığını saptamıştır. Şiddet görme/uygulamanın suça karışma/işleme de ilgili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızdaki adolesanaların en yüksek oranda 1. derece yakınından şiddet görmesi, şiddetin adolesanın ilerideki hayatına olacak olumsuz etkileri hakkında bilgilendirilmeleri ve şiddetin kesinlikle baş etme yöntemi olamayacağı anlatılmalıdır. Bu konuda toplumsal eğitimin ve bilinçlenmenin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Tablo 6.4.5.'de adolesanların daha önceden CS/ÜS eğitimi alma durumuna göre CS/ÜS eğitimi ön test-son test puanlarındaki değişimler incelendiğinde; gruplarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış ($p>0.05$), 2. grupta anlamlılığa yakın değişim saptanmıştır ($p=0.074$) **(Tablo 6.4.5.)**. Çalışmamızdaki adolesanların çoğunun daha önceden CS/ÜS eğitimi almadığı saptandığından (Tablo 6.1.7.), bu konuda eğitime ihtiyaçları olduğu anlaşılmıştır. Ögel ve ark. (2008) çalışmalarında, eğitimde anlatılanların çoğunu daha önceden bilenlerin doğru sayılarındaki artış, anlatılanların hiçbirini bilmediğini rapor edenlere gore anlamlı ölçüde düşük saptanmıştır. Smith and ark. (2003) ergenlerin cinsel davranışlarını araştırmak ve bu davranışın kültürel bağlamlarını aydınlatmak için yaptıkları çalışmalarında gençlerin, HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara savunmasız olma algısının, cinsel risk bilgisinin düşük ve çoğunun hatalı olduğunu belirtmiştir. Erbil ve Arslan (2007) çalışmalarında öğrencilerin cinsel sağlık eğitimi gereksinimi ve istekleri olduğunu belirlemişlerdir. Çalışmamızdaki adolesanların da çoğunun daha önceden CS/ÜS hakkında eğitim almamış olduğu (Tablo 6.1.7.) ve yine çoğunun cinsel ilşki deneyimi, aktif cinsel yaşantılarının olması ayrıca para karşılığı cinsel ilşki yaşayanların bulunması (Tablo 6.1.8.) da bu konuların öneminin, karşılaşacakları risklerin ciddiyetinin farkında olmadıklarını düşündürmektedir.

Tablo 6.4.6.'da adolesanların cinsel ilişki deneyimine göre CS/ÜS eğitimi ön test-son test puanlarındaki değişimler incelendiğinde; gruplarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış ($p>0.05$), 2. grupta anlamlılığa yakın değişim saptanmıştır ($p=0.052$) **(Tablo 6.4.6.).** Çalışmamızdaki adolesanların çoğunun cinsel ilişki deneyiminin olduğunun saptanmıştır (Tablo 6.1.8.). Buna adolesan dönem ve alkol-madde kullanımı da eklendiğinde riskli cinsel ilişki yaşama ihtimali artmaktadır. Bu durumda adolesanlara CS/ÜS eğitimi vermek daha fazla önem arz etmektedir. Yimin and ark. (2002) Çin'de kürtaj yaptırmak isteyen adolesan kadınlar arasında cinsel zorlama hakkında yaptıkları çalışmalarında cinsel zorlama ile ilşkili olan birçok faktör saptamışlardır; bunlar kötü eğitim, eşi tarafından dövülmek, birden fazla cinsel eş, cinsel ilişki sonrası alkol kötüye kullanımı, para için cinsel ilişki satıcılığı, maddi kazanç için cinsel ilşki, pornografik video kaset izlerken cinsel ilişki, genç ilk cinsel ilişki yaşı (18 yaşın altında), erkek ve kadın partnerler arasında büyük yaş farkıdır (5 yıldan fazla). Kürtaj isteyen Çin'li adolesan kadınlar arasında

cinsel zorlama oranı oldukça yüksek ve cinsel zorlamanın birçok faktörle ilişkili olduğunu saptanmıştır. Çalışmamızdaki adolesanlarında bu faktörlerin bir kısmına maruz kaldığı bilinmekle beraber; bunları yapma/kendilerine yapılması/başkalarına destek olma risklerinin de oldukça yüksek olduğu düşünülmektedir.

Tablo 6.4.7.'de adolesanların aktif cinsel yaşantı varlığına göre CS/ÜS eğitimi ön test-son test puanlarındaki değişimler incelendiğinde, gruplarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) **(Tablo 6.4.7.).** Çalışmamızdaki adolesanlardan aktif cinsel yaşantıları olanların yanı sıra para karşılığı cinsel ilişki yaşayanlarda saptanmıştır (Tablo 6.1.8.). Buna adolesan dönem ve alkol-madde kullanımı da eklendiğinde cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma, istenmeyen/planlanmamış gebelik yaşama ihtimali de artmaktadır. Bu durumda adolesanlara CS/ÜS eğitimi vermek daha da önemli hale gelmektedir. Miller and ark. (2014) Pensilvanya'da yaptıkları çalışmalarında (n= 3539, 16-29 yaş arası kadınlar) katılımcıların %5'i son 3 ay içinde üremeye zorlama ve % 12'si ise son bir yıl içinde istenmeyen gebelik bildirmiştir. Yeni üremeye zorlama bildirenler arasında da %21'i geçen yıl istenmeyen gebelik bildirmiştir. Çalışmada gebelik önleme danışmanlığının, yalnızca fiziksel ve cinsel şiddet değerlendirmesini değil aynı zamanda üremeye zorlama hakkında da özel soruşturma içermesi gerektiğini belirtilmiştir. Topbaş ve ark. (2003) adolesanların aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerini incelediği çalışmalarında her iki cinsiyette de aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi düzeyleri düşük bulunmuştur. Çalışmamızdaki adolesanlarında aktif cinsel yaşantısı ve gebelik deneyimleri olduğundan (Tablo 6.1.8.) istenmeyen gebelik riskine yönelik önlemler alınması konusunda bilinçlendirilmeleri sağlanmalıdır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma alkol-madde kullanan adolesanlara CS/ÜS eğitimi verilmesinin önemi ve eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi açısından örnek oluşturmaktadır.

Çalışmadan elde edilen veriler değerlendirilerek aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Adolesanların ortalama 16.84±0.67 yaşında, %66.7'sinin erkek (her üç grupta da 20 erkek, 10 kız adolesan), çoğunun eğitim düzeyi düşük (%76.7 ilköğretim), %12.2'sinin öğrenci ve tamamına yakınının ailesi ile yaşadığı (%90) saptanmıştır (Tablo 6.1.1.).
- Adolesanların anne ve babalarının (sırasıyla ortalama 41.63±6.38, 46.47±6.85 yaşında), çoğunun ilkokul ve altı eğitim düzeyinde (%75.6, %72.3), büyük çoğunluğunun evli (%83.3, %81.1), tamamına yakınının sağ (%96.7, %93.3), annelerin çoğunun çalışmadığı (%76.7), babaların ise hemen hemen tamamının çalıştığı (%96.7) ve tamamının öz olduğu (Tablo 6.1.2., Tablo 6.1.3.) saptanmıştır.
- Adolesanlarıın uzun süredir, yoğun miktarda ve sıklıkla sigara, alkol, madde kullanımı (sigara tamamı, ortalama 5.15±2.13 yıl, 24.64±11.70 adet-gün; alkol %73.3'ü, ortalama 3.15±1.72 yıl, 25.05±42.31 defa-ay; madde %98.9'u, ortalama 3.42±1.60 yıl, %83.3'ü her gün) olduğu saptanmıştır (Tablo 6.1.4.).
- Adolesanların %63.3'ünün kendi kararı ile ÇEMATEM'e geldiği ve %80'inin daha önce alkol-madde bırakmak için tedavi görmediği belirlenmiştir (Tablo 6.1.5.).
- Adolesanların %75.6'sının şiddet gördüğü (%44.1'inin birinci derece yakınından, %89.7'sinin fiziksel şiddet) saptanmış olup; %45.6'sı şiddet gördükten sonra hiçbir şey yapmadığını ifade etmiştir (Tablo 6.1.6.).
- Adolesanların %65.6'sının CS/ÜS eğitimi almadığı, %18.9'unun öğretmeninden bu konuda eğitim aldığı, %37.8'inin "güvenli cinsellik" konusunu en önemli konu olarak belirttiği, %4.4'ünün CS/ÜS ile ilgili

sorun/hastalık yaşadığı ve %3.3'ünün CS/ÜS ile ilgili tedavi gördüğü saptanmıştır (Tablo 6.1.7.).

- Adolesanların %74.4'ünün cinsel ilişki deneyimi, %44.4'ünün aktif cinsel yaşantısının olduğu, %16.7'sinin para karşılığı cinsel ilişkide bulunduğu, %6.7'sinin gebelik yaşadığı saptanmıştır. Adolesanların %44.4'ünün herhangi bir gebeliği önleyici yöntem bilmediği, %27.8'inin gebeliği önleyici yöntem kullandığı (%92 prezervatif, %16 hap) ve %66.6'sının Hepatit/AIDS'i bildiği cinsel yolla bulaşan hastalıklar olarak belirttiği saptanmıştır (Tablo 6.1.8.).
- Adolesanlara verilen CS/ÜS eğitimine ilişkin her grubun test toplam puanları kendi içinde incelendiğinde; 1. grubun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmemekte ($p>0.05$) ancak; 2. ve 3. grubun puanları arasında ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir ($p<0.01$). Test toplam puanları gruplararasında incelendiğinde; ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamışken ($p>0.05$); 1., 2. ve son test puanları arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 6.2.1.).
- Adolesanlara verilen CS/ÜS eğitimine ilişkin ön test toplam puana göre son test toplam puanlarındaki değişim grup içinde incelendiğinde; 3. grubun puanındaki artış (34.57±16.33), gerek 1. grubun (2.73±10.65) gerekse 2. grubun (20.23±12.09) artışından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı şekilde yüksektir ($p<0.01$). Aynı zamanda 3. grubun puan değişiminin, 2. gruptan yüksek olmakla beraber, 1. gruptan daha da yüksek olduğu anlaşılmıştır (Tablo 6.2.2.).
- Adolesanlara verilen CS/ÜS eğitimi modüllerine ilişkin her grubun test puanları kendi içinde incelendiğinde; üreme sistemi, güvenli cinsellik, cinsel istismar/şiddet modülleri için 1. grubun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmemekte ($p>0.05$) ancak; 2. ve 3. grubun puanları arasında anlamlı/ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir ($p<0.005$, $p<0.01$). Cinsel yolla bulaşan hastalıklar eğitimi ile ilgili 1. grubun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmekte iken ($p<0.05$); 2. ve 3. grubun puanları arasında ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir ($p<0.01$). Aile planlaması eğitimine ilişkin 1. grubun puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim görülmemekte iken ($p>0.05$); 2. grubun

puanları arasında anlamlılığa yakın ($p>0.05$), 3. grubun puanları arasında da ileri düzeyde anlamlı değişim görülmektedir ($p<0.01$) (Tablo 6.3.1.-Tablo 6.3.5.).

- CS/ÜS eğitimi modüllerine ilişkin test puanları gruplararasında incelendiğinde; ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamışken ($p>0.05$); güvenli cinsellik hariç diğer modüllerde 1., 2. ve son test puanları arasında ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.01$). Güvenli cinsellik için ön test ve 1. test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamışken ($p>0.05$); 2. test puanları arasında ileri düzeyde ($p<0.01$), son test puanları arasında ise anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 6.3.1.-Tablo 6.3.5.).
- CS/ÜS eğitimi modüllerine ilişkin her grubun test puanları kendi içinde ve gruplararasında incelediğinde adolesanlara, alkol madde kullanımının yol açabilceceği riskli cinsel ve üreme sağlığı davranışlarının önlenmesine yönelik verilen eğitimin etkin olduğu; ancak eğitimi tekrar vermenin daha da etkili olduğu görülmüştür. Çalışmamızda modüllerin etkinliğine bakıldığında "cinsel yolla bulaşan hastalıklar" 1., "üreme sistemi", "cinsel istismar-şiddet" 2., "güvenli cinsellik", "aile planlaması" 3. sırada etkinlik göstermiştir diyebiliriz. Bu etkinlik sıralamasına baktığımızda adolesanların en önemli konu olarak en yüksek oranda "güvenli cinselliği" bildirmiş olmaları ile uyuşmaktadır (Tablo 6.3.1.-Tablo 6.3.5., Tablo 6.1.7.).
- Adolesanların yaş, cinsiyet, daha önceden CS/ÜS eğitimi alma durumu, cinsel ilişki deneyimi, aktif cinsel yaşantı varlığı ile CS/ÜS eğitimi ön test-son test puan değişimi ilişkisi gruplarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6.4.1., Tablo 6.4.2., Tablo 6.4.5., Tablo 6.4.6., Tablo 6.4.7.).
- Adolesanların eğitim ve şiddet görme durumuna göre CS/ÜS eğitimi ön test-son test puan değişimleri incelendiğinde; 1. grupta istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). İlköğretim mezunu adolesanların puanlarındaki değişim, ilkokul mezunlarına göre anlamlı düzeyde yüksek iken; daha önce herhangi birinden şiddet görenlerin puanlarındaki değişim,

şiddet görmeyenlere göre anlamlı düzeyde düşüktür (Tablo 6.4.3., Tablo 6.4.4.).

Çalışmadan edilen sonuçlar doğrultusunda:

- Ailelere adolesan dönemin gerek tüm özellikleri, gerekse sigara, alkol, madde kullanma riskleri anlatılarak bilinçlenmelerini ve çocuklarını korumalarını sağlacak aile destek programları geliştirilmesi. Bu gibi alışkanlıkları olan adolesanlara ve ailelerine de tedavi, rehabilitasyon, psikoeğitim, sosyal faaliyetlere yönelik programlar ve diğer sağlıklı yaşam konularını içeren eğitimler ile destek sağlanması. Böylece ailenin katılımı ile toplum sağlığının iyileşmesinde de önemli adımın atılması,
- Adolesan dönemin riskli davranışlarından sigara, alkol, madde kullanımının önlenmesi ve zararları hakkında farkındalık oluşturmaya yönelik okullarda, basılı ve görsel medyada çalışma ve kampanyaların geliştirilmesi; tedaviye teşvik ve desteğin sağlanması. Adolesanların düzenli ve sürekli bir şekilde hizmet alabilecekleri merkezlerin kamu spotu olarak duyurulması ve bu merkezlerin kolay ulaşılabilir olması. Ücretsiz tedavi ve danışmanlık hizmeti sunulması,
- Adolesanların CS/ÜS konularında doğru bilgiyi, doğru kaynaktan almalarının sağlanması, adolesanlara yönelik bu tür hizmetlerin verildiği merkezlerde çalışan hemşirelerin ve diğer çalışanların bu dönemin riskli davranışlarını çok iyi bilmesi ve riskli cinsel davranışların önlenmesine yönelik bilinçlendirici eğitim ve danışmanlıkta etkin olmaları,
- CS/ÜS ile ilgili üreme sistemi, güvenli cinsellik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, cinsel şiddet/istismar ve aile planlaması konularının her adolesan için önemli olduğu bilhassa alkol-madde kullananlar için daha da önemli olduğunun farkında olunarak okullarda eğitim müfredatlarında yer verilmesi,
- Adolesan grubun erken yaşta başlayan cinsel ilişki deneyimi ile en önemli risklerinden biri olan adolesan gebeliklerin, istenmeyen gebeliklerin, cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesinin yanı sıra bu gebelere doğum sonrası bakımı da kapsayan aile planlaması yöntemlerine dair hizmet ve danışmanlık verilerek bilinçlenmelerinin sağlanması,

- Adolesan dönemde şiddet görmenin yanı sıra şiddet uygulama davranışları da olmaktadır. Aile içinde şiddet görme, şiddete tanık olma adolesanın hem gelişimini hem de sonraki hayatını ve toplumu olumsuz yönde etkileyeceğinden aile içi şiddet önlenmelidir. Bu konunun ülke politika ve hedefleri düzeyinde ele alınması ve her türlü şiddetin önlenmesine yönelik çalışmaların iyileştirilerek geliştirilmesi,
- Hemşirelerin, adolesanlara eğitim ve danışmanlık verirken onların görüşlerini ve ihtiyaçlarını dikkate almaları önemlidir. Bu durum adolesanlarda olumlu etki yaratıp hizmetin verimliliğini ve onların motivasyonlarını artıracak; gelecekte sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürdürmelerine dolayısıyla da topluma da olumlu katkı sağlayacaktır. Çalışmamızda alkol-madde kullanan adolesanlara yönelik cinsel-üreme sağlığı eğitimi için geliştirdiğimiz rehberin, ülke genelinde bu grup adolesanların tedavi ve eğitim merkezlerinde hizmet sunumunda kullanılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Adefuye A, Abiona TC, Balogun JA, Amosun SL, Frantz J, Yakut Y. (2011). Perception of risk of HIV and sexual risk behaviours among students in the United States, Turkey and South Africa. *Sahara J.,* 8(1):19-26.
2. Akın A. (2007). Dünya'da ve Türkiye'de adolesan ve gençlerin sağlığı. *5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi,* Ankara: 56-59.
3. Aksoy A, Ögel K. (2005). Sokakta yaşayan çocuklarda kendine zarar verme davranışı ve madde kullanımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6:163-169.
4. Alikaşifoğlu M. (2005). Adolesana verilmesi gereken koruyucu sağlık hizmetleri. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi*, No:43, s.29-38.
5. Aslan D. (2010). Adolesanların sağlık gereksinimleri yaşam becerileri. *3. Adolesan Sağlığı Kongresi,* İstanbul: 32.
6. Aslantekin F, ASLAN G. (2206). Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda sağlık eğitiminin önemi ve ebenin eğitimci rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* 1(1):82-92.
7. Avcı R, Güçray SS. (2010). Şiddet davranışı gösteren ve göstermeyen ergenlerin ailelerinin aile işlevleri, aile bire ylerine ilişkin problemler, öfke ve öfke ifade tarzları açısından incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri,* 10(1):45-76.
8. Aydın D. (2013). Adölesan gebelik ve adölesan annelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(4):250-254.
9. Başer M. (2000). Adölesan cinselliği ve gebelik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 4(1):50-54.
10. Bayatpour M, Wells RD, Holford S. (1992). Physical and sexual abuse as predictors of substance use and suicide among pregnant teenagers. *Journal of Adolescent Health,* 13(2):128-132.
11. Bekar HS. (2010). Adolesan sağlığında gençlik merkezi yaklaşımı. *3. Adolesan Sağlığı Kongresi,* İstanbul: 51-53.

12. Biri A, Korucuoğlu Ü, Yılmaz E, Şimşek Ç, Aksakal N, İlhan M. (2007). Adölesan kızların cinsel bilgi gereksinim durumlarının belirlenmesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi,* 4(2):104-107.
13. Bozdemir N, Özcan S. (2011). Cinsellik ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkısh Journal Of Famıly Medıcıne And Prımary Care (TJFMPC),* No:4, 5:37-46.
14. Börekçi G, Uzel A. (2013). Mersin İlinde uyuşturucu madde kullanıcılarının HIV/AIDS konusundaki bilgi düzeyleri, *Erciyes Med J*, 35(2):56-62.
15. Bulut F, Gölbaşı Z. (2009). Adolesan kızların cinsellikle ilgili konularda anneleri ıle olan iletişimlerinin değerlendirilmesi. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 8(1):27-36.
16. Cai Y, Hong H, Shi R, Ye X, Xu G, Li S, L Shen. (2008). Long-term follow-up study on peer-led school-based HIV/AIDS prevention among youths in Shanghai. *Int J STD AIDS*, 19(12):848-50.
17. Can Gürkan Ö, Coşar F. (2009). Ekonomik şiddetin kadın yaşamındaki etkileri. *Maltepe Üniveristesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,* 2(3):124-129.
18. Champion HLO, Foley KL, Durant RH, Hensberry R, Altman D, Wolfson M. (2004). Adolescent sexual victimization, use of alcohol and other substances, and other health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 35(4):321-328.
19. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi 2006 Bilgilendirme Dosyası 4: Güvenli Cinsellik, s.7-8.
20. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi 2006. Bilgilendirme Dosyası 5: Kadın Cinselliği, s.7.
21. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015.
22. Civil B, Yıldız H. (2010). Erkek öğrencilerin cinsel deneyimleri ve toplumdaki cinsel tabulara yönelik görüşleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(2):58-64. http://www.deuhyoedergi.org/.
23. Cohen J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed, Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers, New Jersey.
24. Coşkun S, Ögel K, Işıl Ö. (2008). Uçucu madde kullanan ergenlerde bilinçlendirme eğitiminin etkinliği. *Bağımlılık Dergisi,* 9(3):114-118.

25. Çeber E, Nazlı A, Mermer G, Yücel U, Demirelöz M, Ekşioğlu A, Aslan G. (2009). Ergenlerde Cinsiyet Eşitliği Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(2):5-15.
26. Çeber E, Sarıcan ES, Başgün A, Baykal Akmeşe Z, Çakır Koçak Y. (2010). Adölesanlarda cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitiminde farklı bir yöntem; tiyatral akran eğitimi. *3. Adolesan Sağlığı Kongresi,* İstanbul:156.
27. Çetinkaya Duman Z, Özdağ Ş, Özcan A. (2003). Aile içi şiddetin çocuk üzerindeki etkisi konusunda hemşire öğrencilerin görüşleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2):50-56.
28. Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri (2008). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No:722, Ankara.
29. Eneç Can F. (2007). Edirne Şehir Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, (Tez Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. EM Şahin).
30. Erbil N, Arslan V. (2007). Lise öğrencilerinin cinsel sağlık bilgilerinin belirlenmesi. *5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildirileri,* Ankara: 324.
31. Ercan O. (2005). Adolesanın psikososyal gelişimi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi*, No:43, s.17-21.
32. Erdoğan FN, Ögel K, Devletkuşu C. (2009). Ergen ve yetişkin madde kullanıcılarının HIV/AIDS konularında bilgi düzeyinin karşılaştırılması. *Bağımlılık Dergisi*, 10(2):81-87.
33. Erginöz E. (2008). Adolesan, madde bağımlılığı ve halk sağlığı. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi*, No:63, s.61-64.
34. Ergüder T, Soydal T, Uğurlu M, Çakır B, Warren W. (2003). Küresel Gençlik Tütün Araştırması Türkiye. (Sağlık Bakanlığı tarafından Milli Eğitim Bakanlığı işbirliği ile).

35. Eroğlu K, Gölbaşı Z. (2003). Cinsel eğitimde ebeveynlerin yeri: Ne yapıyorlar, ne yaşıyorlar? *3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildirileri*. Ankara: 201-202.
36. Ersay AR, Tortumluoğlu G. (2006). Türkiye'de ergen ve gençlerde üreme sağlığı. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi,* ISSN: 1303-5134, 3(2):1-13.
37. Erulkar AS, Mekbib TA, Simie N, Gulema T. (2006). Differential use of adolescent reproductive health programs in Addis Ababa, Ethiopia. *Journal of Adolescent Health,* 38(3):253-260.
38. Esin A. (2010). Adolesanlarda sağlık hizmeti kullanımı. *3. Adolesan Sağlığı Kongresi,* İstanbul: 22.
39. Evren C, Ögel K, Tamar D, Çakmak D. (2001). Uçucu madde kullanıcılarının özellikleri. *Bağımlılık Dergisi,* 2(2):57-60.
40. Feleke SA, Köye DN, Demssie AF, Mengesha ZB. (2013). Reproductive health service utilization and associated factors among adolescents (15--19 years old) in Gondar town, Northwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res,* 13(1):294.
41. Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri (2009). Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı No:5-B, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara.
42. Gökengin D, Yamazhan T, Özkaya D, Aytuğ S, Ertem E, Arda B, Serter D. (2003). Sexual knowledge, attitudes, and risk behaviors of students in Turkey. *J Sch Health,* 73(7):258-63.
43. Gökgöz Ş, Koçoğlu G. (2009). Adolesan çağda sigarayla ilgili verilen eğitimin etkileri. *Fırat Tıp Dergisi,* 14(1):33-41.
44. Gölbaşı Z, Eroğlu K. (2003). Ankara il merkezi ortaöğretim okullarındaki öğrencilerin cinsel eğitime ilişkin görüşleri. *3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildirileri*. Ankara: 159-160.
45. Gölbaşı Z, Taşkın L. (2003). Adölesan kızlara yönelik okula dayalı üreme sağlığı eğitim programının etkinliği. *3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildirileri.* Ankara: 161.
46. Gölbaşı Z. (2005). Adolesan dönem üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 8(1):100-108.

47. Gül SK, Güneş İD. (2009). Ergenlik dönemi sorunları ve şiddet. *Sosyal Bilimler Dergisi,* XI(1):79-101.
48. Güler S, Yöndem ZD. (2007). Ergenlik ve cinsel sağlık eğitimi ile ilgili grup rehberliğinin 6.sınıf öğrencilerinin bilgi ve tutumlarına etkisi. *İlköğretim Online,* 6(1):2-10. [Online], http://ilkogretim-online.org.tr.
49. Joseph NP, Augustyn M, Cabral H, Frank DA. (2006). Preadolescents' report of exposure to violence: Association with friends' and own substance use. *Journal of Adolescent Health*, 38(6):669-674.
50. Kapucu M, Çan G, Topbaş M, Çan MA. (2003). Adolesanların, adolesanlarda görülen bazı vücut değişiklikleri ile kadın ve erkek anatomisi hakkındaki bilgi düzeyleri. *3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildirileri.* Ankara: 203-204.
51. Karabulutlu Ö, Kılıç M. (2011). Üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 14(2):39-45.
52. Karakaya E, Gençalp NS. (2009). Sosyoekonomik düzeyi düşük bölgede yaşayan adölesan evli kadının üreme sağlığı sorunları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,* 6(1):34-40.
53. Karasar N. (2009). Bilimsel Araştırma Yöntemi. 20. Baskı, Nobel Yayınevi, Ankara, s.127.
54. Kaya F, Serin Ö, Genç A. (2007). Eğitim fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin cinsel yaşamlarına ilişkin yaklaşımlarının belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,* 6(6):441-448.
55. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(1):67-99.
56. Köse R. (2006). Sağlık Bakanlığı Adölesan Sağlığı Programları. *1. Ulusal Adölesan Sağlığı Kongresi,* Ankara: 10-16.
57. Kum M, Bilgiç D. (2007). Üniversitede öğrenim gören adölesan kız öğrencilerin etkin aile planlaması yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri. *5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi.* Ankara:353.

58. Lule E, Rosen JE, Singh S, Knowles JC, and Behrman JR. Disease Control Priorities in Developing Countries, Adolescent Health Programs.
59. Mayda AS, Karaçor K, Erdem GU, Kırca N, Urgan U. (2006). Öğrencilerin üniversite giriş puanları ile aile içi şiddete maruz kalmaları arasındaki ilişki ve şiddete karşı tutumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(3):176-186.
60. McGuire J, Wang B, Zhang L. (2012). Substance use and sexual risk behaviors among Mississippi public high school students. *J Miss State Med Assoc.*, 53(10):323-8.
61. Merrick J, Kandel I, Omar HA. (2013). Adolescence, Violence, and Public Health. *Frontiers in Public Health* 17(1):32.
62. Michala L, Creighton SM. (2008). Obstetrics, Gynaecology&Reproductive Medicine. 18(5):120-125.
63. Miller E, McCauley HL, Tancredi DJ, Decker MR, Anderson H, Silverman JG. (2014). Recent reproductive coercion and unintended pregnancy among female family planning clients. *Contraception,* 89(2):122-8.
64. Mutlu B, Balcı S. (2010). Adolesanlarda madde kullanımı. *3. Adolesan Sağlığı Kongresi,* İstanbul: 154.
65. Napierala Mavedzenge SM, Doyle AM, Ross DA. (2011). HIV prevention in young people in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *Journal of Adolescent Health,* 49(6):568-586.
66. Ögel K, Aksoy A, Topuz A, Liman O, Coşkun S. (2005). Ergenlerde uçucu madde kullanımı şiddetini değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(3):260-267.
67. Ögel K, Aksoy A, Yücel H, Liman O, Sorgun E, Saikali T. (2004). Sokakta Yaşayan ve Madde Kullanan Çocuklara Psikososyal Yaklaşım Kılavuzu. Ögel K, Yücel H, Aksoy A. (Eds), Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği, İstanbul, Yayın No:5.
68. Ögel K, Erdoğan N, Devletkuşu C. (2008). Güç Koşullardaki Ergenlerin Üreme Sağlığı Konularında Eğitimi Projesi (ADOREP). Eğitimin Etkinliği Araştırması Kasım 2007, Yeniden Raporları, 2008/5.

69. Ögel K, Taner S, Tosun M ve Gürol Tamar D. (2005). Yatarak tedavi gören ergen uçucu madde kullanıcılarında madde kullanım özellikleri: Cinsiyet ve yaşadığı yere göre karşılaştırma. *Bağımlılık Dergisi,* 6(2):76-83.
70. Öner S, Yapıcı G. (2010). Adolesan gebeliklere bakış. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi,* 8(1):30-39.
71. Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Adölesanlarda cinsel sağlık ve sorunlar. *Aile Hekimliği Dergisi,* 2(2):34-38.
72. Özcebe H. (2000). Kırsal Alanda Adolesan ve Gençlerin Üreme Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeyinin Saptanması ve Bilgi Düzeyinin Artırılması İçin Bir Müdahale: Adolesan ve Genç Sağlık Gönüllüsü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. E Kınık).
73. Özcebe H. (2002). Birinci basamakta adolesan sorunlarına yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi,* 11(10):374-377.
74. Özdemir M, Feyzioğlu B, Doğan M, Baykan M, Baysal B. (2006). Üniversite öğrencilerinin HIV/AIDS hakkındaki bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Türk HIV AIDS Dergisi,* 9(1):10-16.
75. Özgür G, Yörükoğlu G, Baysan Arabacı L. (2011). Lise öğrencilerinin şiddet algıları, şiddet eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2):53-60.
76. Özgür İlhan İ, Demirbaş H, Doğan YB. (2005). Çıraklık eğitimine devam eden çalışan gençlerde alkol kullanımı üzerine bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16(4):237-244.
77. Part K, Moreau C, Donati S, Gissler M, Fronteira I, Karro H; REPROSTAT group. (2013). Teenage pregnancies in the European Union in the context of legislation and youth sexual and reproductive health services. *Acta Obstet Gynecol Scand,* 92(12):1395-406.
78. Phillips G, Hightow-Weidman LB, Fields SD, Giordano TP, Outlaw AY, Halpern-Felsher B, Wohl AR. (2013). Experiences of community and parental violence among HIV-positive young racial/ethnic minority men who have sex with men. *AIDS Care*, Nov 26.

79. Pınar G, Algıer L. (2006). Üniversite öğrencilerinde fiziksel ve cinsel şiddet davranışları. *J Turk Soc Obstet Gynecol,* 3(3):181-186.
80. Pınar G. (2008). Üniversite Gençlerine Yönelik Geliştirilen Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitim Programının Etkinliği. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. L Taşkın).
81. Qin JP, Chen S, Di N, Yang YP, Zhou L, Zhang DK. (2010). Evaluation of the effect of post-abortion counseling and education among unmarried abortion adolescents. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi,* 45(3):201-4.
82. Sabageh AO, Fatusi AO, Sabageh D, Aluko JA. (2013). Sexual behavior of in-school adolescents in Osun State, Southwest Nigeria: a comparative study. *Int J Adolesc Med Health,* Aug 30:1-7.
83. Santelli JS, Morrow B, Anderson JE, Lindberg LD. (2006). Contraceptive use and pregnancy risk among U.S. high school students, 1991-2003. *Perspectives on Sexual and Reproctive Health*, 38(2):106-11.
84. Sarigiani PA, Ryan L, Petersen AC. (1999). Prevention of high-risk behaviors in adolescent women. *Journal of Adolescent Health,* 25(2):109-119.
85. Siyez E, Siyez DM. (2007). Ergenlerin cinsel yaşam deneyimlerinin bazı psiko-sosyal değişkenler açısından değerlendirilmesi. *Türk Üroloji Dergisi*, 33(1):56-63.
86. Smith D, Roofe M, Ehiri J, Campbell-Forrester S, Jolly C, Jolly P. (2003). Sociocultural contexts of adolescent sexual behavior in rural Hanover, Jamaica. *Journal of Adolescent Health*, 33(1):41-48.
87. Şahin M. (2007). Madde Bağımlılığı Konusunda Türkiye' de Yapılmış Olan Lisansüstü Tezler Üzerine Bir Değerlendirme. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. A Yarpuzlu).
88. Şatıroğlu H. (2008). Ergenlikte cinsellik. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı II,* No:63, s.41-46.
89. Şerifhan İlgün M, Erbay Dündar P, Doğramacı YG, Dalcı A, Gürgen G. (2005). Celal Bayar Üniversitesinde bir grup öğrencinin aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeyleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,* 4(2):66-78.

90. Şimşek Z, Koruk İ, Altındağ A. (2007). Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fen-Edebiyat Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin riskli sağlık davranışları. *Toplum Hekimliği Bülteni,* 26(3):19-24.
91. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu (1998). Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet. Bilim Serisi: 113, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
92. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2007). Türkiye Üreme Sağlığı Programı Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Standartları, Ankara, s.11.
93. Tamar Gürol D. (2008). Madde bağımlılığı açısından riskli adolesanlar, *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adolesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi,* No:63, s.65-68.
94. Tanrıverdi G, Şıpkın S. (2008). Çanakkale'de sağlık ocaklarına başvuran kadınların eğitim durumunun siddet görme düzeyine etkisi. *Fırat Tıp Dergisi,* 13(3):183-187.
95. Taşcı Beydağ KD. (2007). Sağlık Yüksekokulunda öğrenim gören bir grup üniversite öğrencisinin HIV/AIDS konusundaki bilgi düzeyleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,* 6(1):59-68.
96. Taşçı E, Ünsal Atan Ş, Durmaz N, Erkuş H, Sevil Ü. (2005). Kız meslek lisesi öğrencilerinin madde kullanma durumları. *Bağımlılık Dergisi,* 6(3):122-128.
97. Taşer K, Yalnız H. (2010). Madde bağımlısı gençlerde cinsel sağlık ve üreme sağlığı davranışlarının incelenmesi. *3. Adolesan Sağlığı Kongresi,* İstanbul: 147-148.
98. Taymur İ, Çalışkan H, Varol H. (2011). Uçucu madde kötüye kullanımı olan ergenlerin altı aylık izlem sonuçları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24:139-144.
99. Thanavanh B, Harun-Or-Rashid M, Kasuya H, Sakamoto J. (2013). Knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS among male high school students in Lao People's Democratic Republic. *J Int AIDS Soc,* Mar 11;16:17387.
100. Toker SO, Küçükyılmaz Ü. (2001). Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin HIV/AIDS bilgi düzeylerinin eğitim öncesi ve sonrasında değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi,* 40(2):91-97.

101. Topatan S. (2012). Postpartum Dönemde Adölesanlara Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Etkinliği. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. N Demirci).
102. Topbaş M, Çan G, Kapucu M. (2003). Trabzon'da bazı liselerdeki adolesanların aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyleri. *Gülhane Tıp Dergisi,* 45(4):331-337.
103. Tuncer ZS, Aksu T. (2004). Kadın Genital Sistem İnfeksiyonları. İçinde: *Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi.* Eds: Günalp GS, Tuncer ZS, Pelikan Yayınları, Ankara, s.359.
104. Turhan E, İnandı T, Özer C, Akoğlu S. (2011). Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi,* 9(1). S:33-44.
105. Türkiye Büyük Millet Meclisi, Türkiye'de Ortaöğretime Devam Eden Öğrencilerde ve Ceza ve İnfaz Kurumlarında Bulunan Tutuklu ve Hükümlü Çocuklarda Şiddet ve Bunu Etkileyen Etkenlerin Saptanması Araştırma Raporu, Nisan 2007, Dönem:22 Yasama Yılı:5.
106. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 (2009). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK), Ankara.
107. Uysal A, Ergül Ş. (2003). İhmal edilen bir konu; adolesan cinselliği. *3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildirileri.* Ankara: 214-215.
108. World Health Organization. (2002). Adolescent Friendly Health Services An Agenda for Change. WHO/FCH/CAH/02.14, Geneva.
109. World Health Organization. (2010). Child and Adolescent Health and Development: Progress Report 2009: Highlights. Mafubelu D, Mason L, Geneva, Switzerland.
110. World Health Organization. (2011a). Early Marriages, Adolescent and Young Pregnancies. Report by the Secretariat. EB130/12.

111. World Health Organization. (2011b). WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries. Mason E, Geneva, p.103-131.
112. World Health Organization. (2012). Early Marriages, Adolescent and Young Pregnancies. Report by the Secretariat. A65/13.
113. Wu Z, Zhang J, Detels R, Li VC, Cheng H, Duan S, Li Z, Dong L, Huang S, Jia M, Bi X. (1997). Characteristics of risk-taking behaviors, HIV and AIDS knowledge, and risk perception among young males in southwest China. *AIDS Education and Prevention,* 9(2):147-60.
114. Yalnız H, Nebioğlu M, Saydam Karacan B, Güven M, Geçici Ö. (2011). Madde bağımlılığı tanısı alan gençlerde cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve aile planlaması ile ilgili bilgi düzeyi ve verilen eğitimin etkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi,* 24(2):106-112.
115. Yaşan A, Gürgen F. (2004). Güneydoğu Anadolu Bölgesinde ergenlerde uçucu madde kullanım özellikleri. *Bağımlılık Dergisi,* 5(2):77-83.
116. Yavuz R. (2009). Birinci basamakta adölesan sağlığına biyopsikososyal yaklaşım. *Aile Hekimliği Dergisi*, 3(1).
117. Yıldırım T. (2008). Üniversite Çağındaki Ergenlerin Cinsel Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Trakya Universitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne (Tez Yöneticisi: Doç. Dr. HN Dağdeviren).
118. Yıldız EU. (2011). Ergenlerde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı Hazırlayıcı ve Koruyucu Etkenler. Coşkunol H. (Ed), Ege Üniversitesi Yayınları Madde Bağımlılığı Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü, Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova, İzmir, Yayın No:2.
119. Yimin C, Shouqing L, Arzhu Q, Yuke Z, Jianhua W, Jinxin Z, Yanli Q, Xiaodun W, Bir J, Li P, Shaomin W. (2002). Sexual coercion among adolescent women seeking abortion in China. *Journal of Adolescent Health*, 31(6):482-486.
120. Yurdakul M, Yamaç T, Güneyli H, Tokgöz E. (2003). Mersin Üniversitesi son sınıf öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yolları konusunda bilgilerinin saptanması. 3. *Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildirileri.* Ankara: 173.

121. Yüncü Z, Aydın C, Coşkunol H, Altıntoprak E, Bayram AT. (2006). Çocuk ve ergenlere yönelik bir bağımlılık merkezine iki yıl süresince başvuran olguların sosyodemografik değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi,* 7(1):31-37.
122. Yüncü Z, Kabukçu Başay B, Özbaran B, Aydın C, Tamar M. (2008). Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde HBV: Yaygınlık, riskler, aşılama. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9:208-216.
123. Yüncü Z, Özbaran B, Altıntoprak E, Yıldız U, Aydın C, Çoşkunol H. (2007). Sokak yaşantısı olan-olmayan madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin klinik ve sosyodemografik özellikleri. *Türkiye'de Psikiyatri,* 9(1):37-43.
124. Zarakolu IP. (2006). Cinsel yolla bulaşan infeksiyonlar. *Hacettepe Tıp Dergisi,* 37(1):21-34.
125. Zarakolu P, Ünal S. (2008). Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Pelvik İnfeksiyonlar. İçinde: *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi.* Eds: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K., 2. Baskı, Öncü Basımevi, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, s.817.
126. Zhou H, Wang XY, Ye F, Gu HH, Zeng XP, Wang Y. (2012). Contraceptive knowledge, attitudes and behavior about sexuality among college students in Beijing, China. *Chin Med J (Engl),* 125(6):1153-7.
127. Zullig KJ, Valois RF, Huebner ES, Oeltmann JE, Drane JW. (2011). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. Journal of Adolescent Health, 29(4):279-288.

10. EKLER

EK-1 BİLGİLENDİRME FORMU

EK-2 ADOLESANLARI TANITICI VE CİNSEL SAĞLIK-ÜREME SAĞLIĞI İLE İLGİLİ BİLGİ FORMU

EK-3 CİNSEL SAĞLIK-ÜREME SAĞLIĞI EĞİTİM MODÜLLERİNE İLİŞKİN BİLGİ FORMU

EK-4 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

EK-5 ETİK KURUL ONAYI

EK-6 KURUM İZNİ

EK-7 ALKOL-MADDE KULLANAN ADOLESANLARA YÖNELİK CİNSEL-ÜREME SAĞLIĞI EĞİTİM REHBERİ

BİLGİLENDİRME FORMU (Ek-1)

"Alkol-Madde Kullanan Adolesanlara Verilen Cinsel-Üreme Sağlığı Eğitiminin Etkinliği" adlı doktora tezi çalışması, Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ danışmanlığında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Hacer ATAMAN tarafından yürütülmektedir. Çalışmada, sizlere (alkol-madde kullanan adolesanlara) verilecek cinsel-üreme sağlığı eğitimi ile bilinçlenmenizi sağlamak ve elde edilen veriler doğrultusunda bu eğitimlerin Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi (ÇEMATEM)'nde sürekli olarak verilmesini sağlamak amaçlanmaktadır.

Araştırma verileri; "Adolesanları Tanıtıcı ve Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı İle İlgili Bilgi Formu" (Ek-2) ve "Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu" (Ek-3) kullanılarak toplanacaktır.

Adolesanları Tanıtıcı ve Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı İle İlgili Bilgi Formu (Ek-2)

Adolesanların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşadığı yer, ebeveynlerine ait bilgiler (yaş, eğitim durumu, işi, medeni durumu), sigara-alkol-madde kullanımına ait bilgiler (kullanım durumu, süresi, hangi sıklıkta ve miktarda kullandığı, kendi kararı ve isteği ile gelip gelmediği, daha önce alkol-madde bırakma ile ilgili tedavi görüp görmediği), herhangi birinden şiddet görüp görmediği, şiddet gördüğü kişinin yakınlık derecesi, ne tür bir şiddet gördüğü, şiddet gördükten sonra ne yaptığı, cinsel-üreme sağlığı ile ilgili (eğitim alma durumu, kimden/nereden aldığı, önemli gördüğü konular, sorun/hastalık yaşama durumu, tedavi görme durumu, cinsel deneyim, gebelik, gebeliği önleyici yöntemler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar) toplanacak verileri içeren toplam 37 sorudan oluşmaktadır.

Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı Eğitim Modüllerine İlişkin Bilgi Formu (Ek-3)

Üreme sağlığı-cinsel sağlık eğitim konularına göre her eğitim modülü ("Üreme sistemi", "Güvenli cinsellik", "Cinsel yolla bulaşan hastalıklar", "Cinsel istismar-şiddet", "Aile planlaması") kapsayan toplam 20 sorudan oluşmaktadır.

1. eğitim modülü: Üreme sistemine yönelik olarak; adolesan dönemde fiziksel büyüme ve cinsel gelişme, kadın-erkek üreme organları ve işlevi, hormonlar, menstruasyon dönemi ve gebeliğin oluşumu konularını içermektedir.

2. eğitim modülü: Güvenli cinselliğe yönelik olarak; güvenli cinsellik ile ilgili ilkeler ve güvenli olmayan cinsel davranışlar konularını içermektedir.

3. eğitim modülü: Cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik olarak; cinsel yolla bulaşan hastalıklar, belirtileri, bulaşma yolları, korunma yolları konularını içermektedir.

4. eğitim modülü: Cinsel istismar-şiddete yönelik olarak; cinselliğin yaşanmasının normal ve normal olmadığı durumlar, cinsel istismar durumları, cinsel istismara karşı önlemler, cinsel istismarın etkileri ve yapılması gerekenler konularını içermektedir.

5. eğitim modülü: Aile planlamasına yönelik olarak; istenmeyen gebelikler, aile planlaması yöntemleri ve aile planlaması hizmetlerini veren merkezler konularını içermektedir.

Araştırmada toplanan veriler çalışma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacaktır. Formlarda kimlik bilgileriniz sorulmamaktadır. Lütfen cevaplanmamış soru bırakmayınız. Katılımınız için teşekkürler.

ADOLESANLARI TANITICI VE CİNSEL SAĞLIK-ÜREME SAĞLIĞI İLE İLGİLİ BİLGİ FORMU (Ek-2)

1. Yaşınız…….....
2. Cinsiyetiniz ( ) Erkek ( ) Kadın
3. Eğitim durumunuz
   a. İlkokul mezunu
   b. İlköğretim mezunu
   c. Lise mezunu
   d. Diğer (belirtiniz)……
4. Çalışma durumunuz
   a. Çalışıyor
   b. Çalışmıyor
   c. Öğrenci
5. Şu anda nerede yaşıyorsunuz?
   a. Ailemle
   b. Yurtta
   c. Sosyal hizmetler çocuk esirgeme kurumunda
   d. Sokakta
   e. Akrablarımın yanında
   f. Arkadaşlarımın yanında
   g. Diğer (belirtiniz)…….
6. Anne ile ilgili bilgiler
   a. Yaşı:……..
   b. Eğitim durumu:…….....
   c. İşi-mesleği:……
   d. Medeni durumu ( ) Evli ( ) Bekar-boşanmış ( ) Diğer
   e. Öz/üvey:
   f. Sağ/vefat:
7. Baba ile ilgili bilgiler
   a. Yaşı:……
   b. Eğitim durumu:…….....

c. İşi-mesleği:…….....

d. Medeni durumu ( ) Evli ( ) Bekar-boşanmış ( ) Diğer

e. Öz/üvey:

f. Sağ/vefat:

8. Sigara kullanıyormusunuz?
   a. Hayır
   b. Evet
9. Ne kadar süredir sigara kullanıyorsunuz? (belirtiniz)…….……ay/ …….…….yıl
10. Günde kaç tane sigara kullanıyorsunuz (belirtiniz)……
11. Alkol kullanıyor musunuz?
    a. Hayır
    b. Evet
12. Ne kadar süredir alkol kullanıyorsunuz? (belirtiniz)..……..……ay/ ……...….yıl
13. Haftada/ayda ne kadar alkol kullanıyorsunuz?

    Haftada ……kadeh/ …...bardak/…...şişe

    Ayda ……kadeh/ …...bardak/…...şişe
14. Ailenizde alkol kullanan var mı?
    a. Var
    b. Yok
15. Madde kullanıyor musunuz?
    a. Hayır
    b. Evet
16. Kullandığınız madde türü/türlerini belirtiniz

…….

……..…….

17. Ne kadar süredir madde kullanıyorsunuz? (belirtiniz) ……ay/ …….yıl
18. Hangi sıklıkta madde kullanıyorsunuz? (belirtiniz) ……
19. Bu merkeze kimin kararı/isteği ile geldiniz?
    a. Annemin kararı ile geldim
    b. Babamın kararı ile geldim
    c. Hem annemin hem de babamın kararı ile geldim
    d. Kardeşimin/abimin/ablamın kararı ile geldim

e. Kendi kararım ile geldim
f. Arkadaşlarımın kararı ile geldim
g. Öğretmenimin kararı ile geldim
h. Diğer (belirtiniz)…….

20. Daha önce bu veya başka bir merkezde alkol-madde bırakmak için tedavi gördünüz mü?
    a. Hayır
    b. Evet
21. Bu zamana kadar herhangi birinden şiddet gördünüz mü?
    a. Hayır
    b. Evet
22. Şiddet gördüğünüz kişinin yakınlık derecesi nedir?
    a. Annem
    b. Babam
    c. Kardeşim/abim/ablam
    d. Arkadaşım
    e. Öğretmenim
    f. Tanımadığım biri
    g. Sevgilim
    h. Diğer
    (belirtiniz)……
23. Ne tür bir şiddet gördünüz?
    a. Fiziksel şiddet
    b. Cinsel şiddet
    c. Duygusal şiddet
    d. İhmal
    e. Diğer (belirtiniz)…….....
24. Şiddet gördükten sonra ne yaptınız? (açıklayınız)

    ……

    ……

25. Şimdiye kadar cinsel sağlık-üreme sağlığı konularında herhangi bir eğitim aldınız mı?
    a. Almadım
    b. Aldım
26. Cinsel sağlık-üreme sağlığı konularında kimden/nereden bilgi-eğitim aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
    a. Annemden
    b. Babamdan
    c. Kardeşimden/abimden/ablamdan
    d. Arkadaşımdan
    e. Öğretmenimden
    f. Akrabalarımdan
    g. Sağlık personelinden (doktor, hemşire, ebe vs. belirtiniz)……
    h. Televizyon/gazete/dergiden
    i. Diğer (belirtiniz)…….
27. Aşağıdaki cinsel sağlık-üreme sağlığı konularından size göre en önemli olanını işaretleyiniz.
    a. Üreme sistemi
    b. Güvenli cinsellik
    c. Cinsel yolla bulaşan hatalıklar
    d. Cinsel istismar-şiddet
    e. Aile planlaması
    f. Diğer (belirtiniz)……
28. Cinsel sağlık-üreme sağlığı ile ilgili herhangi bir sorun/hastalık yaşadınız mı? Belirtiniz

    ……

    ……..…….……
29. Cinsel sağlık-üreme sağlığı ile ilgili herhangi bir tedavi gördünüz mü? Belirtiniz

    ……

    ……..…….……

30. Cinsel ilişki deneyiminiz oldu mu?
    a. Hayır
    b. Evet (kaç yaşında oldu belirtiniz)……
31. Aktif cinsel yaşantınız var mı?
    a. Hayır
    b. Evet
32. Para karşılığı (para alarak) cinsel ilişki yaşadınız mı?
    a. Hayır
    b. Evet (kaç yaşında yaşadınız belirtiniz)……
33. Sizin/sevgilinizin gebelik durumu(nuz) oldu mu?
    a. Hayır
    b. Evet
34. Gebelik oluştu ise nasıl sonuçlandı?
    a. Kürtaj ile sonuçlandı (gebelik sonlandırıldı-bebek alındı)
    b. Düşük ile sonuçlandı
    c. Doğum ile sonuçlandı
    d. Diğer
35. Bildiğiniz gebeliği önleyici yöntemleri yazınız

    ……...

    ……...……
36. Şimdiye kadar gebeliği önleyici bir yöntem kullandınız mı?
    a. Hayır
    b. Evet

    (belirtiniz)……
37. Bildiğiniz cinsel yolla bulaşan hastalıkları yazınız

    ……

    ……

CİNSEL SAĞLIK-ÜREME SAĞLIĞI EĞİTİM MODÜLLERİNE İLİŞKİN BİLGİ FORMU (Ek-3)

1. Aşağıdakilerden hangisi kadın üreme organlarından biri değildir?
   a. Tüpler
   b. Rahim
   c. Yumurtalıklar
   d. Testisler
   e. Vajina
2. Ergenlik döneminde erkeklerin vücudunda oluşan değişimler aşağıdaki hangi hormonun etkisiyle olur?
   a. Östrojen
   b. Testosteron
   c. Progesteron
   d. Prolaktin
   e. Folikül uyaran hormon
3. Aşağıdaki adet görme ile ilgili bilgilerden hangisi yanlıştır?
   a. Adet kanaması normal bir olaydır
   b. İki adet kanamasının ortalarına rastlayan günler gebe kalma olasılığı olan dönemdir
   c. Normal adet kanaması ortalama 15 günde bir olur
   d. Adet görme, rahim içi dokusunun dökülerek kanama şeklinde dışarı atılmasıdır
   e. Normal adet kanaması ayda bir olur
4. Fetus (bebek) aşağıdaki organların hangisinde büyür ve gelişir?
   a. Rahim
   b. Vajina
   c. Testisler
   d. Yumurtalıklar
   e. Tüpler

5. Aşağıdakilerden hangisi güvenli olmayan cinsel davranış biçimlerindendir?
   a. Cinsel ilişkiden kaçınmak
   b. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanmamak
   c. Sık cinsel eş değiştirmek
   d. Cinsel ilişkiyi ertelemek
   e. İstenmeyen, planlanmamış bir zamanda gebe kalmayı engellemek
6. Aşağıdakilerden hangisi güvenli cinsel davranış biçimlerindendir?
   a. Cinsel eşin birden fazla cinsel eşinin olması
   b. Birden fazla cinsel eşe sahip olmak
   c. Tek eşlilik
   d. Para, mal, yiyecek ya da ilaç karşılığı cinsel ilişkiye girmek
   e. Cinsel yolla bulaşan hastalık belirtisi olanlarla cinsel ilişkiyi sürdürmek
7. Aşağıdakilerden hangisi cinsel yolla bulaşan bir hastalıktır?
   a. Sifiliz (Frengi)
   b. AIDS
   c. Hepatit B
   d. Gonore (Bel soğukluğu)
   e. Hepsi
8. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilgili aşağıda verilen bilgilerin yanına ''D'' (Doğru) veya ''Y'' (Yanlış) işareti koyunuz.
   a. AIDS'in kesin tedavisi yoktur ( )
   b. Hepatit B virüsü ortak enjektör kullanımı ile bulaşmaz ( )
   c. Gonore (Bel soğukluğu) yalnızca kadınlarda görülen bir hastalıktır ( )
   d. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar tedavi edilmezse kısırlığa, düşüklere, kansere ve ölüme neden olabilir ( )
   e. Bazı cinsel yolla bulaşan hastalıklar hiçbir belirti vermediği halde kişi mikrobu vücudunda taşır ve cinsel eşine bulaştırır ( )
9. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilgili aşağıdaki bilgilerden hangisi yanlıştır?
   a. Kan yolu ile bulaşır
   b. Son bir yıl içinde cinsel yolla bulaşan hastalık geçirmiş olanlar ile cinsel ilişki yaşamanın bir riski yoktur
   c. Aynı tırnak makası, törpü gibi eşyaların kullanılması ile bulaşır

d. Açık yaraların temasıyla bulaşır
e. Doğum yolu ile bulaşır

10. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma konusunda aşağıda verilen bilgilerden hangisi doğru değildir?
    a. Jilet, iğne gibi eşyaları başkaları ile ortak kullanmak
    b. Yeterince bilgi sahibi olmadan cinsel ilişkiye girmemek
    c. Cinsel ilişkiye girerken prezervatif (kondom) kullanmak
    d. Her prezervatifi (kondomu) bir defa kullanmak
    e. Alkol ve madde kullanımından uzak durmak
11. Aşağıdakilerden hangisi cinselliğin yaşanmasının normal olmadığı durumlardan biridir?
    a. Cinselliğin 18 yaşın altındakilerle yaşanması
    b. Cinselliğin para ya da başka bir şey karşılığı yaşanmaya zorlanması
    c. Cinselliğin zorla yaşanması
    d. Cinselliğin kandırma yolu ile yaşanması
    e. Hepsi
12. Aşağıdakilerden hangisi büyük bir genç ya da yetişkin tarafından cinsel istismara maruz bırakılma durumlarından biridir?
    a. Size cinsel içerikli sözler söylemesi
    b. Cinsel bir davranışta bulunup para kazanacağınızı söylemesi
    c. Sizin cinsel organlarınıza dokunması
    d. Size cinsel içerikli filmler izlettirmesi
    e. Hepsi
13. Aşağıdakilerden hangisi cinsel istismara karşı alınabilecek önlemlerden değildir?
    a. Cinsel olarak kötüye kullanılma durumundan şüphelenildiğinde oradan uzaklaşılmalı
    b. Cinsel olarak kötüye kullanılma durumundan şüphelenildiğinde güvenilen birinin yanına gidilmeli
    c. Cinsel olarak kötüye kullanılmak istenildiği anlaşıldığında polise bildirilmeli
    d. Cinsel olarak kötüye kullanılma durumundan şüphelenildiğinde bu durum hiç kimse ile konuşulmamalı

e. İstenmeyen cinsel ilşki ve cinsel olarak kullanılmaktan kaçınmak için alkol ve madde kulanımından uzak durulmalı

14. Aşağıdakilerden hangisi cinsel istismar durumunda yapılması gerekenlerdendir?
    a. Böyle bir durumda bunu güvenilen birine anlatmak
    b. Böyle bir durumu kimse ile konuşmamak
    c. Kişi ile görüşmeye devam etmek
    d. Kişinin söylediklerini yapmak
    e. Hepsi
15. Aşağıdakilerden hangisi istenmeyen gebeliklerin oluşmasındaki risklerdendir?
    a. Bilgi eksikliği
    b. Gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki eksikliklikler
    c. Adolesan dönemde (ergenlik) olma
    d. Cinsel istismara uğramada yatkınlık
    e. Hepsi
16. Aile planlaması ile ilgili aşağıda verilen bilgilerin yanına ''D'' (Doğru) veya ''Y'' (Yanlış) işareti koyunuz.
    a. Evli çiftlerin fiziksel ve psikolojik yönden sağlıklı olmaları, çocuk sahibi olmalarının en temel koşuludur ( )
    b. Aile planlaması sorumluluğu yalnızca kadına aittir ( )
    c. İstenilmeyen gebelik, düşük ve kürtaj sorunları ortadan kalkar ( )
    d. Kürtaj, aile planlaması yöntemlerinden biridir ( )
    e. Aile planlaması uygulanmadığında ölen anne ve bebek sayısı artar ( )
17. Aşağıdaki gebeliği önleyici yöntemlerden hangisi kadınların kullanabileceği bir yöntemdir?
    a. Spiral (rahim içi araç)
    b. Gebeliği önleyici haplar
    c. Tüplerin bağlanması
    d. Gebeliği önleyici iğneler
    e. Hepsi
18. Aşağıdaki gebeliği önleyici yöntemlerden hangisi etkili bir yöntem değildir?
    a. Gebeliği önleyici haplar
    b. Gebeliği önleyici iğneler

c. Spiral (rahim içi araç)
d. Takvim yöntemi
e. Prezervatif (kondom)

19. Aşağıdaki gebeliği önleyici yöntemlerden hangisi aynı zamanda cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı en kolay ve etkin koruyuculuk sağlar?
    a. Gebeliği önleyici haplar
    b. Prezervatif (kondom)
    c. Spiral (rahim içi araç)
    d. Tüplerin bağlanması
    e. Hiçbiri
20. Aşağıdakilerden hangisi aile planlaması hizmetlerinin verildiği merkezlerden biri değildir?
    a. Gençlik danışmanlık ve sağlık hizmeti merkezleri
    b. Ana-çocuk sağlığı merkezleri
    c. Hastanelerin çocuk hastalıkları servisleri
    d. Aile sağlığı merkezleri
    e. Doğumevleri

TEŞEKKÜRLER

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (Ek-4)

"Alkol-Madde Kullanan Adolesanlara Verilen Cinsel-Üreme Sağlığı Eğitiminin Etkinliği" adlı bu çalışma, Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ danışmanlığında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Hacer ATAMAN tarafından doktora tezi olarak yürütülmektedir. Çalışmada, sizlere (alkol-madde kullanan adolesanlara) verilecek cinsel-üreme sağlığı eğitimi ile cinsel sağlık-üreme sağlığı konularında bilinçlenmenizi sağlamak amaçlanmaktadır. Araştırmada toplanan veriler çalışma dışında herhangi bir yerde kullanılmayacaktır. Doğru ve geçerli bilgileri vermeniz çalışmanın güvenirliliği açısından önemlidir.

Yukarıdaki bilgileri araştırmadan önce okudum, anladım ve araştırmacı bana araştırma ile ilgili açıklamalar yaptı. Bu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı-Soyadı

Adresi

Telefon numarası

İmzası Tarih

Yasal Temsilcinin

Adı-Soyadı

Yasal temsilciden onam alınmasının nedeni:

İmzası Tarih

Onam Alma İşlemine Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı

Görevi

İmzası Tarih

Araştırmacının

Adı-Soyadı

İmzası Tarih

ETİK KURUL ONAYI (Ek-5)

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Araştırmalar
Ön Değerlendirme Komisyonu

PROJENİN ADI: Alkol-Madde Kullanan Adolesanlara Verilen Cinsel-Üreme Sağlığı Eğitiminin Etkinliği
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Hacer ATAMAN
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 03.08.2011 – 6

Sayın Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ

93 protokol nolu "Alkol-Madde Kullanan Adolesanlara Verilen Cinsel-Üreme Sağlığı Eğitiminin Etkinliği" isimli projeniz Enstitümüzün ön değerlendirme komisyonunda incelenmiş ve araştırmanın Komisyonumuzun ön değerlendirme kriterlerine uygunluğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. Gülden Z. OMURTAG
Komisyon Başkanı

Doç. Dr. Ebru IŞIK ALTURFAN
Komisyon Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Bahar GÜRSOY

Prof. Dr. GÜLAYANOĞLU DÜLGER

Prof. Dr. Can İKİZLER

Prof. Dr. Refika ERSU

Doç. Dr. Oğuzhan DEYNELİ

Doç. Dr. Asım CENGİ

Yrd. Doç. Dr. Murat ÇEKİN

Yrd. Doç. Dr. Mustafa TAŞDEMİR

Öğr. Gör. Dr. Tolga GÜVEN

Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampüsü
34688 Üsküdar İSTANBUL
0 (216) 414 44 23
0 (216) 414 44 23/12 (Faks)
saglikogrenci@marmara.edu.tr
http://saglik.marmara.edu.tr

KURUM İZNİ (Ek-6)

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 110
Konu : Hacer Ataman hk

İstanbul, 22.06.2011

BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH VE SİNİR HASTALIKLARI E.A.
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Danışmanlığını anabilim dalımız öğretim üyelerinden Prof. Dr. Nuran Kömürcü'nün yürüttüğü doktora öğrencisi Hacer Ataman'ın " Alkol-Madde Kullanan Adolesanlara Verilen Cinsel-Üreme Sağlığı Eğitimin Etkinliği" başlıklı çalışmasını yapabilmesi için iznin verilmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Başkanı

Bakırköy Ruh ve Sinir Hast. Hastanesi
Uzm. Dr. Ceyhan OFLEZER
Ops. Tes. No: 47201
Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı
Başhekim

Marmara Üniversitesi
34865 Cevizli / Kartal ISTANBUL
0 (216) 330 20 70
0 (216) 418 37 73 (Faks)
sbf@marmara.edu.tr
http://sbf.marmara.edu.tr
Ayrıntılı bilgi için: Çiğdem Gün
Dahili: 1150

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

BRSHH

SAYI : 41340010 / 8209 . 02.02.2012
KONU : Hacer ATAMAN

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 22.06.2011 tarih ve 110 sayılı yazınız

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Hacer ATAMAN'ın "Alkol-Madde Kullanan Adolesanlara Verilen Cinsel-Üreme Sağlığı Eğitiminin Etkinliği" başlıklı çalışmasını Eylül 2011-Aralık 2012 tarihleri arasında hastanemizin Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi (ÇEMATEM)'nde yapmıştır.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Doç Dr. Murat ERKIRAN
Başhekim

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. No: 25 / 2 Bakırköy / İstanbul 34147 T 0 212 543 65 65 F 0 212 572 95 95 E www.bakirkoyruhsinir.gov.tr

23.06.2011

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ'NE

Sağlık Bilimleri Fakülteniz, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora programı öğrenciniz Hacer ATAMAN'ın "Alkol-Madde Kullanan Adolesanlara Verilen Cinsel-Üreme Sağlığı Eğitiminin Etkinliği" başlıklı tez çalışmasını yapabilmesi için gerekli izin verilmiştir.

Doç. Dr. Defne TAMAR GÜROL

ALKOL-MADDE KULLANAN ADOLESANLARA YÖNELİK CİNSEL-ÜREME SAĞLIĞI EĞİTİM REHBERİ (Ek-7)

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Hacer	**Soyadı**	ATAMAN
Doğum Yeri	Samsun	**Doğum Tarihi**	27.10.1981
Uyruğu	T.C.	**TC Kimlik No**	29699332070
E-mail	hcr.ataman@hotmail.com	**Tel**	0533 646 33 16

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Doktora/Uzmanlık	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2014
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2007
Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2004
Lise	Samsun Atatürk Sağlık Meslek Lisesi	1999

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
Kalite Yönetim Direktörü	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2010-……
Klinik Kalite İyileştirme Uzmanı	Acıbadem Sağlık Grubu	2009-2010
Eğitim ve Gelişim Hemşiresi	Acıbadem Sağlık Grubu	2009-2010

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama**	**Konuşma**	**Yazma**
İngilizce	İyi	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	62.5							

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma Becerisi**
Office Programları	Çok iyi