T.C
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÜREME SAĞLIĞI AKRAN EĞİTİMLERİ PROJESİ KAPSAMINDA EĞİTİM ALMIŞ GENÇLERİN CİNSEL SAĞLIK / ÜREME SAĞLIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Dr. Selen ÖRS REYHANİOĞLU

Halk Sağlığı Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA
2010

T.C
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ÜREME SAĞLIĞI AKRAN EĞİTİMLERİ PROJESİ KAPSAMINDA EĞİTİM ALMIŞ GENÇLERİN CİNSEL SAĞLIK / ÜREME SAĞLIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Dr. Selen ÖRS REYHANİOĞLU

Halk Sağlığı Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Levent AKIN

ANKARA
2010

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:

Bu çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı ve Danışman: Prof.Dr. Levent Akın
Hacettepe Üniversitesi

Üye: Prof.Dr. Sabahat Tezcan
Hacettepe Üniversitesi

Üye: Prof.Dr. Çağatay Güler
Hacettepe Üniversitesi

Üye: Doç.Dr. Ali Naci Yıldız
Hacettepe Üniversitesi

Üye: Prof.Dr. Metin Hasde
Gülhane Askeri Tıp Akademisi

ONAY:

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Hakan S. Orer
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında olduğu kadar, öğrenciliğimde ve yüksek lisans eğitimim boyunca destek ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Prof.Dr.Levent Akın'a ve eğitimim süresince ihtiyaç duyduğum her an bana destek veren Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyelerine teşekkürü bir borç bilirim.

Araştırmanın gerçekleşmesine olanak sağlayan Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu Türkiye Ofisi'ne ve bana her konuda destek olan değerli çalışma arkadaşlarıma; araştırmanın yürütülmesini mümkün kılan bilgileri paylaşan ve yardımlarını esirgemeyen Toplum Gönüllüleri Vakfı çalışanlarına ve araştırmaya katılan tüm genç arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Son olarak, tüm hayatım boyunca benden desteklerini hiçbir zaman esirgememiş ve bana her zaman inanmış olan dedem ve anneannem Dr. Kemal Erişir ve Nilüfer Erişir'e; tüm hayatımda olduğu gibi, tez hazırlığım süresince de gösterdiği sonsuz sabır ve desteği için annem Funda Erişir Kuman'a ve her zaman yanımda olduğunu bildiğim sevgili eşim Erinç Reyhanioğlu'na teşekkür ederim.

Dr. Selen Örs Reyhanioğlu
Ocak 2010
Ankara

ÖZET

Örs Reyhanioğlu, S. Üreme Sağlığı Akran Eğitimleri Projesi Kapsamında Eğitim Almış Gençlerin Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010. Üreme Sağlığı Akran Eğitimleri Projesi (ÜSAEP), Türkiye'de gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) bilgilerini artırarak, onlara yeni yaşam becerileri kazandırarak, onları güvenli ve bilinçli davranışa yönlendirmeyi amaçlamaktadır. Tez çalışmasının amacı, ÜSAEP kapsamında eğitim alanların sosyodemografik özellikleri ve projede üstlendikleri roller ile CSÜS bilgi düzeyleri, tutum ve davranışları arasındaki ilişkileri değerlendirmek; ÜSAEP'in izlem ve değerlendirmesine katkı sağlamaktır. Araştırmanın evrenini, ÜSAEP kapsamında eğitim almış ve iletişim bilgileri bulunan eğitimciler (n=176) ve katılımcılar (n=496) oluşturmaktadır. Tanımlayıcı tipteki araştırmanın verileri internet ve posta yoluyla toplanmıştır. Araştırmaya eğitimcilerden 123 kişi (% 69,9) ve katılımcılardan 224 kişi (% 45,2) katılmıştır. Veriler, SPSS 15.0 programı kullanılarak değerlendirilmiş; analizde Ki-Kare Testi ve İki Grup Arasındaki Ortalamaların Önemlilik Testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılanların % 43,8'i erkek; % 56,2'si kadındır; yaş ortalaması 22,9 ± 2,5 yıldır. Katılımcıların CSÜS bilgi puanları eğitimcilerinkinden belirgin ölçüde düşük bulunmuştur (p=0,00). Katılımcılarda daha belirgin olmak üzere; araştırmaya katılanların CSÜS haklarına ilişkin görüşlerinin toplumsal cinsiyet rollerinden etkilendiği gözlenmekte ve HIV (+) kişilere yönelik önyargıların olduğu dikkati çekmektedir. Araştırmaya katılanların % 45,2'sinin, cinsel ilişki deneyimi olmuştur. İlk cinsel ilişki yaşı ortalaması 19,6±2,7 yıldır. Gençlerin, cinsel ilişkiye başlamadan önce, cinsel gelişim, güvenli cinsellik ve kontraseptiflere nasıl ulaşabilecekleri konularında bilgilenmeleri gereklidir. Gençlere doğru bilginin, yaşam becerilerinin kazandırılması ve sosyal desteğin oluşturulmasını sağlayacak birbirini tamamlayıcı müdahale programlarına gereksinim vardır. Bunların geliştirilmesinde; ÜSAEP ve benzeri çalışmaların sonuçlarının kullanılması önemlidir. Bu tür programların sonuçlarının anlaşılmasına yönelik çalışmaların güçlendirilmesi; iyi örneklerin ve edinilen derslerin ortaya çıkarılması ve paylaşılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akran eğitimi, gençlik, cinsel sağlık, üreme sağlığı, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar

ABSTRACT

Ors Reyhanioglu, S. Sexual and Reproductive Health Knowledge, Attitude and Behaviour of Young People Who Attended Reproductive Health Peer Education Project. Hacettepe University Institute of Health Sciences, MSc. Thesis in Public Health, Ankara, 2010. Reproductive Health Peer Education Project (RHPEP) aims to encourage safe and responsible behaviour among young people in Turkey through informing them on sexual and reproductive health (SRH) and helping them acquire new life skills. The objective of this study is to assess the relationships between the sociodemographic factors, level of involvement in the project and SRH knowledge, some attitudes and behaviour of young people who were involved in RHPEP, and to contribute to the monitoring and evaluation of the project. The study group consisted of "educators" (n=176) and "participants" (n=496) who had attended the trainings in the context of RHPEP and whose contact details were available. The study is a descriptive study and the data has been collected through internet and mail. 123 educators (69.9%) and 224 participants (45.2%) participated in the study. The data was analysed by SPSS 15.0 package programme, and Chi-Square and Independent Samples T Tests were used in the analysis. 43.8% of survey respondents are male and 56.2% are female. The mean age is 22.9 ± 2.5 years. The SRH knowledge score of participants was found to be significantly lower than that of educators (p=0.00). The views of respondents on SRH rights have been influenced by the gender roles and there were prejudices against people living with HIV, which was more significant in the "participant" group. 45.2% of respondents have had sexual intercourse. The mean age of first sexual intercourse is 19,6±2,7 years. It is necessary that young people acquire the age-appropriate knowledge on sexual development, safer sex and how to reach contraceptives before they engage in sexual relationships. There is a need for complementary interventions, which would help young people gain knowledge and life skills and build a supportive environment. It is important to build these programmes on the experience gained through RHPEP and similar interventions. It is necessary to strengthen the efforts to understand the outcomes of these interventions, identify and share the best practices and lessons learnt.

Key Words: Peer education, youth, sexual health, reproductive health, sexually transmitted infections.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
TABLOLAR DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1 Amaçlar	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Genç İnsanlar ve Sağlık	4
2.1.1 Adolesan Dönemde Büyüme ve Gelişme	5
2.1.2 Gençlerde Risk Alma Davranışları	8
2.1.3 Gençlik Döneminin Başlıca Sağlık Sorunları	10
2.1.4 Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı	14
2.2. Türkiye'de Gençlerin Mevcut Durumu	18
2.2.1. Türkiye'de Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durumu	19
2.3. Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanındaki Uluslararası Sözleşmeler ve Taahhütler	20
2.4. Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığının Geliştirilmesinde Müdahale Programları	22
2.4.1. Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığının Geliştirilmesinde Akran Eğitimi Yaklaşımı	25
2.4.2. Gençlik Akran Eğitimi Ağı (Y-PEER)	27
2.5. Üreme Sağlığı Akran Eğitimleri Projesi (ÜSAEP)	28
3. GEREÇ ve YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Yeri	32

İÇİNDEKİLER - Devam

	Sayfa
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	32
3.3. Araştırmanın Tipi	35
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	35
3.4.1. Tanımlayıcı Değişkenler	35
3.4.2. Tanımlanan Değişkenler	35
3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları	36
3.6. Araştırmada Kullanılan Terimler, Tanımlar, Göstergeler	37
3.7. Araştırmada Kullanılan Anketin Ön Denemesi	39
3.8. Araştırmanın Veri Toplama Biçimi	40
3.9. Araştırma Verilerinin Analizi	42
3.10.Araştırma İzinleri ve Etik Konular	43
3.11.Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar	44
3.12. Araştırmanın Kısıtlılıkları	45
3.13.Araştırmanın Zaman Çizelgesi	46
3.14. Araştırmanın Bütçesi	47
4. BULGULAR	48
4.1. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların Bazı Sosyodemografik Özellikleri	49
4.2. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların Projede Üstlendikleri Rollere İlişkin Özellikleri	55
4.3. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların CSÜS Bilgi Durumları	59
4.4. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların CSÜS'na İlişkin Bazı Tutumları	77

İÇİNDEKİLER - Devam

	Sayfa
4.4.1. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların Gençlerin CSÜS Haklarına İlişkin Bazı Tutumları	77
4.4.2. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların Cinsellikle İlgili Bazı Tutumları	81
4.4.3. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların HIV ile Yaşayanlar ve Cinsel Yönelimler ile İlgili Bazı Tutumları	82
4.4.4. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların CSÜS Sorununu Paylaşma ve Hizmetlerden Yararlanma ile İlgili Bazı Tutumları	86
4.4.5. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların Bir Ailenin Kaç Çocuk Sahibi Olacağına Kimin Karar Vermesi Gerektiği ile İlgili Görüşleri	91
4.5. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların CSÜS'na İlişkin Bazı Deneyimleri	92
4.6. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların CSÜS Bilgi ve Hizmetlerine Ulaşımı ve ÜSAEP Hakkındaki Bazı Görüşleri	98
5. TARTIŞMA	104
5.1. Araştırmanın Yöntemine İlişkin Özellikler	104
5.2. Sosyodemografik Özellikler	105

İÇİNDEKİLER - Devam

	Sayfa
5.3. ÜSAEP Kapsamında Üstlenilen Rollere İlişkin Özellikler	106
5.4. CSÜS Bilgi Durumuna İlişkin Özellikler	108
5.5. CSÜS'na İlişkin Bazı Değer ve Tutumlara İlişkin Özellikler	113
5.6. CSÜS'na İlişkin Bazı Deneyimlere İlişkin Özellikler	115
5.7. CSÜS Konusunda Bilgi ve Hizmetlere Ulaşım ile İlgili Özellikler	117
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	118
KAYNAKLAR	124

EKLER

EK 1: Anket Formu

EK 2: UNFPA'ten Alınan İzin Belgesi

EK 3: Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyon İzin Belgesi

SİMGELER VE KISALTMALAR

AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AIDS	Kazanılmış Bağışıklık Yetmezliği Sendromu *(Acquired Immunodeficiency Syndrome)*
CSÜS	Cinsel sağlık / üreme sağlığı
CYBE	Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü *(World Health Organisation)*
GÖY	Gebeliği önleyici yöntemler
HIV	İnsan Bağışılık Yetmezliği Virüsü *(Human Immunodeficiency Virus)*
HPV	İnsan Papilloma Virüsü *(Human Papilloma Virus)*
IPPF	Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu *(International Planned Parenthood Foundation)*
KKMM	Kendi kendine meme muayenesi
KKTM	Kendi kendine testis muayenesi
MDG	Binyıl Kalkınma Hedefleri *(Millenium Development Goals)*
SS	Standart sapma
STK	Sivil toplum kuruluşu
TOG	Toplum Gönüllüleri Vakfı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
ÜSAEP	Üreme Sağlığı Akran Eğitimleri Projesi
UNAIDS	Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Ortak Programı *(United Nations Joint Programme on HIV/AIDS)*
UNFPA	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu *(United Nations Population Fund)*
UNGASS	Birleşmiş Milletler Genel Kurulu HIV/AIDS Özel Oturumu *(United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS)*
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu *(United Nations Children's Fund)*
Y-PEER	Gençlik Akran Eğitimi Ağı *(Youth Peer Education Network)*

ŞEKİLLER

Sayfa

Şekil 2.5.1. ÜSAEP kapsamında gerçekleştirilen eğitimler ve üstlenilen roller 31
Şekil 3.8.1. Araştırmanın akış şeması ve veri toplama biçimi 41

TABLOLAR

Sayfa

Tablo 3.2.1. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin araştırmaya katılma sıklığı 34

Tablo 3.14.1. Araştırmanın bütçesi 47

Tablo 4.1.1. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların cinsiyete göre dağılımı 49

Tablo 4.1.2. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların yaşa göre dağılımı 49

Tablo 4.1.3. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre dağılımı 50

Tablo 4.1.4. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların öğrenim durumlarına göre dağılımı 51

Tablo 4.1.5. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların anne ve babalarının öğrenim durumlarına göre dağılımı 52

Tablo 4.1.6. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların yaşam yerleri ve ortamlarına göre dağılımı 53

Tablo 4.1.7. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların ekonomik durumlarına göre dağılımı 54

Tablo 4.2.1. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılan eğitimcilerin aldıkları eğitimlere ve cinsiyete göre dağılımları 55

Tablo 4.2.2. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların projede kalma sürelerine ve son eğitimden sonra geçen süreye göre dağılımları 56

Tablo 4.2.3. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılan eğitimcilerin proje kapsamında verdikleri eğitimlere göre dağılımları 58

Tablo 4.2.4. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılan eğitimcilerin proje kapsamında denetçi olarak görev alma durumlarına göre dağılımı 59

Tablo 4.3.1. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların bazı CSÜS konularındaki bilgi sorularına verdikleri doğru yanıtlara göre dağılımları 62

TABLOLAR- Devam

Sayfa

Tablo 4.3.2. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların UNAIDS'in HIV bilgisi göstergesine göre aldıkları puanların dağılımı 65

Tablo 4.3.3. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların annenin karnında bebeğin büyüdüğü organ bilgisine göre dağılımı 66

Tablo 4.3.4. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların bildikleri CYBE'lerin isimlerine göre dağılımı 67

Tablo 4.3.5. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların belirttikleri CYBE'lerin sayısına göre dağılımı 68

Tablo 4.3.6. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların bildikleri gebeliği önleyici yöntemlerin isimlerine göre dağılımı 69

Tablo 4.3.7. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların belirttikleri gebeliği önleyici yöntemlerin (GÖY) sayısına göre dağılımı 70

Tablo 4.3.8. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların aşıyla korunulabileceğini düşündükleri CYBE'lerin isimlerine göre dağılımı 71

Tablo 4.3.9. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların CSÜS bilgi puanına göre dağılımı. 72

Tablo 4.3.10. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların CSÜS bilgi puanının bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı 73

Tablo 4.3.11. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların CSÜS bilgi puanının projede kalma sürelerine ve son eğitimden sonra geçen süreye göre dağılımı 75

Tablo 4.3.12. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılan eğitimcilerin CSÜS bilgi puanının vermiş oldukları eğitimlerin sayısına göre dağılımı 76

Tablo 4.4.1.1 ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların cinsiyete göre CSÜS haklarına ilişkin önermelere katılma yüzdeleri 78

TABLOLAR- Devam

Sayfa

Tablo 4.4.2.1. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların cinsiyete göre cinsellikle ilgili bazı önermelere katılma yüzdeleri 81

Tablo 4.4.3.1. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların cinsiyete göre HIV ile yaşayanlar ile ilgili bazı önermelere katılma yüzdeleri 83

Tablo 4.4.3.2. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların cinsiyete göre cinsel yönelimlerle ilgili bazı önermelere katılma yüzdeleri 85

Tablo 4.4.4.1. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların CSÜS'na ilişkin bir sorununu paylaşma durumuna göre dağılımı 86

Tablo 4.4.4.2. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların CSÜS'na ilişkin bir sorunla ilgili olarak sağlık kuruluşuna başvurma durumuna göre dağılımı 88

Tablo 4.4.4.3. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların cinsiyete göre CSÜS hizmetlerinden yararlanma ile ilgili bazı önermelere katılma yüzdeleri 89

Tablo 4.4.4.4. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların "ertesi gün hapı"nın temini için yönlendirme yapacağı kuruşlara göre dağılımı 91

Tablo 4.4.5.1. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların çocuk sahibi olmaya kimin karar vermesi gerektiği konusundaki görüşlerine göre dağılımı 92

Tablo 4.5.1. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların cinsellikle ilgili bazı deneyimlerine göre dağılımı 93

Tablo 4.5.2. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılan ve cinsel ilişkide bulunduğunu belirtenlerin güvenli cinsellikle ilgili bazı deneyimlerine göre dağılımı 94

Tablo 4.5.3. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılan ve cinsel ilişkide bulunduğunu belirtenlerin gebelik ve GÖY ile ilişkili bazı deneyimlerine göre dağılımı 95

TABLOLAR- Devam

Sayfa

Tablo 4.5.4. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların CSÜS bilgi puanlarının cinsel ilişkide bulunma durumuna göre dağılımı 96

Tablo 4.5.5. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların kendi kendine meme muayenesi ya da kendi kendine testis muayenesi yapma durumuna göre dağılımı 97

Tablo 4.5.6. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların cinsiyetinin kendi kendine meme muayenesi ya da kendi kendine testis muayenesi yapma durumuna göre dağılımı 98

Tablo 4.6.1. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların ÜSAEP öncesindeki CSÜS bilgi kaynaklarına göre dağılımı 99

Tablo 4.6.2. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların CSÜS bilgisini almayı tercih ettikleri kişi ve kurumlara göre dağılımı 100

Tablo 4.6.3. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların kendi CSÜS bilgilerini ne düzeyde bulduklarına göre dağılımı 101

Tablo 4.6.4. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların ÜSAEP kapsamında gerçekleştirilen eğitimleri faydalı bulma durumlarına göre dağılımı 101

Tablo 4.6.5. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların ÜSAEP kapsamında adıkları bilgileri günlük yaşamlarında akranlarıyla paylaşma durumuna göre dağılımı 102

Tablo 4.6.6. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların gençlerin CSÜS ile ilişkili bilgi ve hizmetlere ulaşmalarını önemli bulma durumuna göre dağılımı 102

1. GİRİŞ

Günümüzde, dünyada 1.5 milyardan fazla kişi 10-24 yaşları arasında bulunmakta ve bu yaş grubu, tarihte en kalabalık olduğu dönemi yaşamaktadır (1). Türkiye'de de 2008 TÜİK verilerine göre her dört kişiden biri 10-24 yaşları arasındadır (2). Dünya genelinde sağlık ve teknoloji alanındaki gelişmeler ve yaşam koşullarındaki iyileşmelerle birlikte, doğuşta beklenen yaşam süresi uzamaktadır. Bugün 10-24 yaş grubunda bulunan bireylerin beklenen yaşam süreleri, bundan 35 yıl önce 10-24 yaş grubunda bulunan bireylerin doğuşta beklenen yaşam sürelerine göre ortalama 14 yıl daha uzundur. Bu fark, gelişmiş ülkelerde daha da belirgin olmakta; Türkiye'de ise 17 yılı bulmaktadır (3). Dolayısıyla, bugünün gençleri, ülkelerin sosyal ve ekonomik açıdan kalkınmasında daha uzun süreli bir rol üstleneceklerdir. Bunun başarılabilmesi için ise; gençlerin her anlamda bu sürece hazırlanması gereklidir. Bu amaçla gençlerin eğitimine ve sağlığına yapılan yatırımlar, gelecekte sağlıklı, iyi eğitimli, sosyokültürel açıdan toplumla uyumlu ve yetkin bir işgücüne dönüşecektir. (4).

Sağlığın sürdürülebilir kalkınmadaki önemi göz ardı edilemez. Sağlık hizmetlerinin ekonomik faaliyetlere olan katkıları; hastalıkların neden olduğu erken ölümlerin, sakatlık veya hastalık durumlarının, çalışma gücünü düşüren halsizlik gibi durumların azalmasıdır. Sağlığa yapılan yatırımlar işgücü kaybını önleyerek, verimliliği artırarak, daha iyi işlere girmeye zemin hazırlayarak ve ortalama hayat süresini uzatarak, üretimin artmasına yani ekonomik büyümeye katkı sağlar (5). Ülkelerin sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmada izleyecekleri stratejiler arasında sağlıklı bir toplum yaratma da gelmektedir (6). Dolayısıyla, nüfusun önemli bir bölümünü oluşturan genç nüfusun sağlığı, uzun vadede toplumun kalkınmasında büyük önem taşımaktadır.

Gençler, genellikle "sağlıklı" olarak görülen bir grup olmalarına rağmen, tüm dünyada hastalık yükünün % 15'ini oluşturmakta ve her yıl yaklaşık 1 milyon genç önlenebilir sebeplerden ötürü yaşamını yitirmektedir. Erişkinlerdeki erken yaşta ölümlerin % 70'i ise toplumsal cinsiyet ayrımcılığına ve tütün kullanımı, kötü beslenme ve riskli cinsel davranışlar gibi adolesan dönemde edinilen alışkanlıklara bağlanabilir (7).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığın tanımında, sadece hastalığın ya da sakatlığın olmayışından değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinden bahsetmektedir. DSÖ- Avrupa Bölgesi, "21. Yüzyılda Herkes için Sağlık" temel hedefi altında yer alan 21 alt hedefin hemen hemen hepsinde; "bireylerin yaşamları boyunca sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sorumluluk almaları konusunda eğitilmeleri"ni yatay kesen bir strateji olarak kabul etmiştir. (8, 9) Dolayısıyla, "gençlerin sağlığı" denildiğinde; gençlerin sadece fiziksel ve ruhsal olarak hastalıktan uzak olmalarını değil; bunun sağlanabilmesi için gerekli bilgi ve hizmetlere de ulaşabilmelerini göz önünde bulundurmak gerekir.

DSÖ'nün, adolesanlar için belirlediği ölüm, sakatlık ve hastalığa yol açan başlıca sebeplerin arasında; tütün ürünlerinin kullanımı, intiharlar, trafik kazalarının yanısıra cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) sorunları da yer almaktadır. Her yıl, yaklaşık 20 adolesandan biri, tedavi edilebilir bir cinsel yolla bulaşan enfeksiyona (CYBE) yakalanmaktadır. Yeni HIV vakalarının yaklaşık yarısını gençler oluşturmaktadır. Tüm dünyadaki doğumların yaklaşık %11'i, 15-19 yaş arası genç kadınlar tarafından meydana getirilmektedir (10, 11).

Tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de gençlerin, CSÜS konusunda olumlu tutum ve davranışları kazanmaları için gerekli bilgiye ulaşmalarına yönelik çalışmalar yürütülmektedir. Bu çalışmaların sürdürülebilirliği ve geliştirilerek daha geniş gruplara uygulanabilirliği açısından değerlendirilmeleri ve etkilerinin izlenmesi; bu amaçla güncel verilerin oluşturulması önemlidir. Literatürde, farklı ülkelerde ve farklı gruplarda uygulanan bu çalışmaların uzun süreli etkilerine ilişkin bilgiler mevcuttur. (12, 13). Ülkemizde de bu tür çalışmaların daha geniş gruplara ulaştırılabilmesi açısından geliştirilecek olan politika ve programları desteklemek üzere, mevcut programların sonuçları hakkında bilgiye gereksinim vardır.

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) Türkiye Ofisi, Toplum Gönüllüleri Vakfı (TOG) ile işbirliği halinde, 2006'dan bu yana, gençlerin CSÜS konularında olumlu tutum ve davranış geliştirmelerine yardımcı olmak üzere gerekli bilgiye ulaşmaları ve farkındalıklarının artırılmasını amaçlayan, "Üreme Sağlığı Akran Eğitimleri Projesi"ni (ÜSAEP) yürütmektedir. Bu Proje kapsamında eğitim alan

gençlerin, CSÜS alanındaki bilgi durumlarındaki değişim, eğitim öncesi ve sonrasında değerlendirilmektedir. Ancak bu gençlerin, eğitimlerden belli bir süre sonraki CSÜS alanındaki bilgi durumları ve tutum ve davranışlarına ilişkin bir bilgi mevcut değildir. Bu verilerden hareketle, ÜSAEP kapsamında eğitim almış gençlerin CSÜS alanındaki bazı bilgi, tutum ve davranışlarına ilişkin bir araştırma planlanmıştır.

1.1 Amaçlar

Araştırmanın Yakın Dönem Amaçları:

Üreme Sağlığı Akran Eğitimleri Projesi kapsamında eğitim almış gençlerin;

1. Bazı sosyodemografik özelliklerini tanımlamak,
2. CSÜS konusunda bazı bilgilerini belirlemek,
3. CSÜS konusunda tutum ve davranışlarını saptamak,
4. CSÜS konusunda bazı bilgileri ile tutum ve davranışlarının sosyodemografik özellikler, programdaki rolleri, aldıkları eğitimlere göre ilişkilerini belirlemek,
5. CSÜS konusunda bazı bilgileri ile tutum ve davranışlarını programa dahil olma derecelerine göre değerlendirmek,
6. CSÜS konularında gençlere yönelik eğitim ve sağlık hizmetleri ve akran eğitimi programı hakkındaki görüşlerini belirlemek.

Araştırmanın Uzun Dönemli Amaçları:

1. Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Projesi'nin değerlendirmesine katkıda bulunarak, çalışmanın geleceğine ilişkin tavsiyelerde bulunmak,
2. Akran eğitimi projeleri için izleme ve değerlendirme araçlarının geliştirilmesine katkıda bulunmak,
3. 15-24 yaş arası gençlere yönelik CSÜS konularında düzenlenmesi planlanan müdahale programlarına ilişkin tavsiyelerde bulunmak.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Genç İnsanlar ve Sağlık

Tüm dünyada, yaklaşık olarak her dört kişiden biri 10-24 yaşları arasındadır ve bunların büyük bir kısmı (% 86) gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Değişen dünya ve toplum koşulları ile birlikte; küreselleşme, elektronik iletişim araçları, AIDS pandemisi ve değişen iklim koşulları, bugünün gençlerinin yaşamında önemli bir yer tutmaktadır. Gençler, günümüzde, yaşadıkları farklı toplumlar içinde birbirinden son derece farklı politik, ekonomik, sosyal ve kültürel gerçeklerle yüzyüze gelmektedirler. Gençlerin eğitim ve sağlık durumları, yetişkin rolleri ve sorumluluklarını almak için ne kadar hazır oldukları ve ailelerinden, toplumdan ve devletten aldıkları destek ise; hem kendi, hem de ülkelerin geleceği için belirleyici olacaktır (1, 7, 14).

"Ergen", "genç", "genç insanlar" kavramlarının tanımları toplumlara, kültürlere ve ulusal politikalara göre değişiklik göstermekle birlikte; DSÖ'nün tanımına göre;

- **Ergen (adolesan);** 10-19 yaş arası bireyleri,
- **Genç;** 15-24 yaş arası bireyleri;
- **Genç insanlar** ise; her iki dönemi de içine alacak şekilde 10-24 yaş arası bireyleri ifade etmektedir (15).

Gençlere yatırım yapmak, gelecek nesiller için büyük önem taşımaktadır. Diğer yandan, gençlere yatırım yapmamanın, bireyler, toplumlar ve tüm dünya açısından ciddi sonuçları olacaktır. (14). Bu noktadan hareketle, Birleşmiş Milletler, 1995 yılında, Uluslararası Gençlik Yılı'nın 10. yıldönümünde, "2000 Yılı ve Sonrasında Gençlik için Dünya Eylem Programı"nı kabul ederek; gençlerin haklarına, gelişimine ve sorunlarına, uluslararası kamuoyunun dikkatini çekmeyi ve bu konudaki çalışmalar için kararlılığını bildirmeyi amaçlamıştır. Bu Eylem Programı, 2007 yılında daha da genişletilerek, gençler için toplam 15 öncelikli alan belirlenmiştir. Eğitim, yoksulluk ve açlık, gençlerin topluma ve karar mekanizmalarına aktif katılımı, kız çocukları ve genç kadınlar, madde kullanımı, gençlerin boş vakitlerini değerlendirmeleri gibi önceliklerin arasında sağlık ve HIV/AIDS de yer almaktadır. Sağlık başlığının altında ise; gençlerin temel sağlık hizmetlerine ulaşabilir olmaları, sağlığın geliştirilmesine yönelik sağlık eğitiminin okul

müfredatlarında yer alması, gençlere yönelik CSÜS hizmetlerinin ve bu alanda eğitim programlarının geliştirilmesi, HIV/AIDS'in önlenmesine yönelik bilgi ve sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, gençlerin temizlik ve hijyen konularında beceri geliştirmeleri, madde bağımlılığı, alkol ve tütün kullanımı gibi zararlı alışkanlıkların önlenmesi, gençlerin cinsel istismarının önlenmesi ve kötü beslenmeyle mücadele konuları, öncelikli çalışma alanları olarak belirlenmiştir (16).

Gençlik için Dünya Eylem Programı'nda da belirtildiği üzere, sağlık, gençler için de temel bir insan hakkıdır. Ancak yine de, dünya üzerinde birçok genç bu hakkından tam olarak yararlanamamaktadır. DSÖ, her yıl, 10-19 yaşları arasındaki 1,7 milyon adolesanın, yaşamını, kazalar, intiharlar, şiddet, gebeliğe bağlı komplikasyonlar ve tedavi edilebilir hastalıklardan ötürü yitirdiğini tahmin etmektedir. Yine milyonlarcası, yaşamları boyunca onları bırakmayacak kronik sağlık sorunları ve sakatlıklarla tanışmaktadır (10).

Gençlerin yarısından fazlası yoksulluk içinde yaşamaktadır. Birçoğunun teknoloji ve bilgiye erişimleri bulunmamaktadır. Bir kısmı ise sosyal eşitsizlikler, eğitimsizlik, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, işsizlik ve yetersiz sağlık hizmetleriyle karşı karşıyadır (1). Tüm bunlar, gençlerin sağlığını olumsuz olarak etkileyen faktörler arasında sayılabilir (17). Örneğin, Dünya Bankası'na göre, bir gencin HIV ile enfekte olmasındaki altta yatan sebeplerin başında genellikle yoksulluk gelmektedir. Yoksul bir ergenin çocuk sahibi olma ihtimali, yoksul olmayan bir ergene göre üç kat daha fazladır (7).

Sağlık, genç insanlar için önemini koruyan bir konudur. Gençlerin, sağlık hakkından tam olarak yararlanabilmeleri, ihtiyaçları olan bilgi ve hizmetlere ulaşabilmeleri için devletlere, topluma, ailelere ve gençlerin kendilerine büyük rol düşmektedir. Bu bakımdan, genç insanların sağlığı konusunda, toplumun tüm kesimlerinde, farkındalık oluşturmaya yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır.

2.1.1 Adolesan Dönemde Büyüme ve Gelişme

"Adolesan" sözcüğü, kökenini Latince'deki "adolescere" sözcüğünden almaktadır. "Adolescere", büyümekte olan, olgunlaşmakta olan anlamına gelmektedir.

Bu dönem, Türkçe'de "ergenlik" ve "delikanlılık" olarak da bilinmektedir (18). Adolesan dönem, genellikle çocukluktan yetişkinliğe bir "geçiş" dönemi olarak tanımlansa da bu dönemin de kendine özgü özellikleri ve sorunları vardır. Genç insanların sağlık sorunlarını ve ihtiyaçlarını anlayabilmek için öncelikle bu dönemde gerçekleşen değişimlerin bilinmesi gereklidir.

Adolesan dönem, bireyde, pek çok hızlı fiziksel, cinsel ve psiko-sosyal değişimin yaşandığı bir süreçtir. Bu dönemde gerçekleşen fiziksel büyümeye cinsel gelişim de eşlik etmektedir. Bu dönemde, somut ve soyut düşünme yeteneği gelişir; adolesan kendini ifade etme yeteneği kazanır ve duygusal açıdan bağımsız hale gelir (10).

Adolesan dönemde görülen fiziksel gelişme: Bu dönemde her iki cinsiyette de görülen en önemli fiziksel gelişme, hızlı boy ve kilo artışı ve fiziksel büyümedir. Fiziksel büyüme hızı, vücudun farklı organları ve dokuları için farklılık gösterir. Kas-iskelet sistemi, iç organlar, endokrin bezler ve yağ dokusu, adolesan dönemde büyümenin görüldüğü başlıca merkezlerdir. Diğer yandan, lenfoid dokularda, bu dönemde, büyümenin aksine, belirgin bir küçülme görülmektedir. Fiziksel büyüme ve gelişme, adolesan dönemin ilk yıllarında daha belirgindir ve genelde kızlarda, erkeklere göre ortalama 2 yıl daha erken başlar (18, 19).

Adolesan dönemde görülen cinsel gelişme: Adolesan dönemin en önemli özelliklerinden biri, bu dönemde, her cinsiyette de kendine özgü bir sırayı takip edecek şekilde sekonder seksüel karakterlerin gelişmesidir (18). Seksüel üreme kapasitesinin kazanıldığı bu döneme "puberte" denir. Pubertenin kızlardaki ilk bulgusu meme gelişiminin başlaması; erkeklerdeki ilk bulgusu ise testislerdeki büyümedir. Pubertenin başlama yaşında; genetik faktörler, iklim, etnik özellikler, beslenme, fizik ve ruhsal stres ve kronik hastalıklar belirleyicidir. Bu dönemde, her iki cinsiyette de genital organlarda değişim ve gelişim gözlenir. Hormonların etkisiyle gonadlar olgunlaşarak fertilizasyon yeteneği kazanır. Kızlarda menarş, erkeklerde spermarş görülür. Erkeklerde, ejakülasyan genellikle 13.5 yaş civarında mastürbasyon sırasında meydana gelir. Her iki cinsiyette de pubik ve aksiller kıllanma başlar. Androjenlerin etkisiyle ciltte yağlanma ve akne gelişimi görülür (20). Erkeklerde ses kalınlaşır; yüzde kıllanma başlar.

Adolesan dönemde görülen psikososyal gelişme: Adolesan dönemde psikososyal gelişme üç bölümde ele alınabilir: erken adolesan dönem (11-14 yaş), orta adolesan dönem (15-17 yaş) ve geç adolesan dönem (18-21 yaş).[1] Bu dönemde, adolesanın kimlik arayışı, kendi kimliğinin, kişisel ahlaki ve etik değerlerinin farkına varması ön plana çıkmaktadır (21).

Erken adolesan dönem, puberteyle birlikte başlar. Bu dönemde, psikososyal gelişmeyi belirleyen en önemli faktörler, hızlı büyümenin ortaya koyduğu fiziksel değişikliklerdir. Bu dönemde, adolesan, değişen vücuduna ayak uydurmaya ve hızla büyüyen ekstremitelerinin kontrolünü sağlamaya çalışmaktadır. Bunun yanı sıra, vücudunda cinsiyete özgü meydana gelen birtakım değişiklikler, adolesanda strese neden olur (22). Fiziksel büyüme ve gelişme yaşının kişiden kişiye değişiklik göstermesi, birçok adolesanda kendinden memnun olmama sebebi olabilmektedir. Puberteye daha geç giren erkeklerde, daha erken giren arkadaşlarına göre bir aşağılanma duygusu oluşabilir. Kızlarda ise, daha çok, erken gelişme; beden algısının kötü olması, kendini beğenmeme gibi durumlar ve sık sık yapılan diyetler, sigara, alkol tüketimi ve cinsel aktivitenin erken başlaması gibi riskli davranışlara sebep olabilmektedir. (23). O bakımdan, adolesanlara, içinde bulundukları dönemin özellikleri ve kişiden kişiye farklılık gösterebileceği konusunda yeterli ve zamanında bilgi verilmelidir.

Akran etkisi, bu dönemde oldukça baskındır. Erken adolesanlar, bir akran grubu tarafından kabul edilme arayışında, özellikle fiziksel görünümleri ve sosyal davranışlarının oldukça farkındadırlar (21). Bu dönemde, aile ile ilişkiler de değişir. Adolesan, bu dönemde ebeveynlerinin onun düşüncelerine saygı duymalarını ister (22). Diğer yandan, adolesanlar bu dönemde, davranış değişikliği için gerekli problem çözme becerilerine ve şu anki davranışlarının gelecekteki sağlık durumlarını etkileyebileceğini anlama yetisine sahip değillerdir (21).

Orta adolesan dönem, genellikle, duygusal iniş ve çıkışlar, toplumsal cinsiyet kimliğinin ve sosyal kimliğin gelişmesi ve otoriteye karşı gelme ile kendini gösterir. Arkadaşlıklar adolesanın günlük yaşamında daha da önem kazanır. Tütün, alkol ve

[1] Adolesanların psikososyal gelişim süreci, birçok kaynağa göre, DSÖ'nün yaş tanımlarından farklı ele alınmakta ve bu tanımlara göre daha geç sonlanmaktadır.

madde kullanımı ve cinsel aktiviteye başlamak gibi sağlığı etkileyen davranışlar, arkadaş çevresince kabul edilme arzusunun ağır bastığı bu dönemde görülebilir. Adolesanlar, bu dönemde, şu anki sağlık davranışlarıyla gelecekteki sağlık durumları arasındaki ilişkiyi fark etmeye başlarlar; ancak akranlarıyla uyum içinde olma arzusu, sağlıklarıyla ilgili kararları doğru bilgiler ışığında almalarını zorlaştırır. Yine flörtler, bu dönemde, günlük yaşamın bir parçası olur. Adolesanlar, bu dönemde duygusal açıdan da oldukça kırılgandır. Bu dönemde adolesan sosyal yaşamda birtakım roller üstlenmek ister. Toplumda ön plana çıkmış kişileri (öğretmen, şarkıcı, politikacı gibi) örnek alır (21, 22).

Geç adolesan dönem, kimlik arayışının sonlanması ve benlik duygusunun gelişimiyle son bulur. Bu dönemde, adolesan, "ben kimim?" sorusuna cevap bulur. Bu dönem, aynı zamanda geleceğe yönelik planların yapıldığı bir dönemdir. Bu dönemde, aynı zamanda, arkadaş gruplarının yerine, kişisel ilişkiler ön plana çıkmaya başlar (22).

2.1.2 Gençlerde Risk Alma Davranışları

Adolesan dönem veya gençlik dönemi bir “geçiş” süreci olarak görülse de aslında ne görmezden gelinebilir ne de “geçiştirilebilir”. Gençlerin bu dönemde aldıkları kararlar, yaptıkları seçimler ve koydukları hedefler, yaşamlarına önemli bir yön çizmektedir. Gençlerin yaptıkları seçimler, onlara yarar sağlayacak bir süreç başlatabileceği gibi; kendilerine, ailelerine ve topluma zarar vermelerine de yol açabilir. (14)

Gençlik döneminde, bireyin değer, tutum ve davranışları da şekil almaya başlar. Bu dönemdeki hızlı değişime gençler bazen uyum sağlayamamaktadır. Bu süreçte oratya çıkan sorunlar, gençlerin davranışlarını ve yaşam kalitelerini etkilemektedir (24). Diğer yandan, Bölüm 2.1.1’de açıklandığı gibi, adolesan dönemin başlarında, adolesanlar, şu anki davranışlarının gelecekteki sağlık durumları etkileyebileceği ilişkisini henüz kavrama yetisine sahip değillerdir. Ayrıca, bu dönemde gençler, yeni tecrübeler edinmeye ve denemeye daha açıktır. Bu “ilk” davranışlar, özellikle, tütün, alkol ve diğer maddelerin kullanımı ve cinsel deneyimler, yaşamın bu dönemini riskli hale getirmektedir (10).

Riskli davranışlar, gençlerin sağlığını, iyilik halini ve yaşamlarını doğrudan ya da dolaylı yoldan olumsuz olarak etkileyebilecek davranışlar olarak tanımlanabilir. Eski çalışmalar, gençlerin riskli davranışları içinde; daha çok yasal olarak ya da toplum açısından problem oluşturan, suç teşkil eden, madde ve alkol kullanımı ve erken cinsel aktivite gibi davranışlara odaklanırken; son yıllarda kavramın çapı genişletilmiş ve tütün kullanımı, riskli araç kullanma gibi davranışlar da riskli davranışlar olarak kabul edilmiştir. Ayrıca, bu davranışların, sağlıklı gelişimi engelleyen, depresyon gibi psikiyatik sorunlar, kötü okul başarısı, kötü beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite gibi gençlerin sağlığını etkileyen bireysel faktörlerle olan ilişkisi daha iyi anlaşılmıştır (25).

Gerek uluslararası, gerekse de ulusal literatürde, gençlerin önemli bir bölümünün tütün kullanımı, madde kullanımı, güvenli olmayan cinsellik, şiddet, kötü beslenme gibi riskli davranışlarda bulunduğunu gösteren sayısız çalışma bulunmaktadır (10, 25- 27). Riskli davranışlarda bulunma ile ilişkilendirilen, gencin yaşantısında olumsuz sonuçların ortaya çıkma olasılığını artıran risk etkenleri vardır. Ancak bütün gençler, aynı tipte risk etkenine maruz kalmamaktadır. Bazı gençlerinse risklere daha fazla yatkın olduğu bilinmektedir. (24) Bu risk etkenlerine maruz kalma ile riskli davranışlarda bulunma ilişkisinin de çok değişken olduğu gösterilmiştir. Diğer bir deyişle, aynı risk etkenlerine maruz kalan bireylerin hepsi riskli davranışlar göstermemektedir. Bu sonuç, risk etkenlerinin yanısıra, koruyucu etkenlerin de olduğunu düşündürmektedir. (26)

Gençlerin sağlığını etkileyen davranışlarında bireysel faktörlerin olduğu kadar, dış faktörlerin de etkisi büyüktür. Gençlerin davranışlarında, arkadaşlarının değer ve tutumları oldukça belirgin olduğu gibi; ebeveynlerinin ve diğer aile üyelerinin de gençler üzerinde önemli etkileri vardır. Daha geniş çevrede ise; medya ve eğlence sektörü, sivil toplum, dini otoriteler ve siyasi ve hukuki sistem, gençler üzerinde etkilidir. Diğer yandan, gençlerin eğitime, sağlık hizmetlerine, boş zamanlarını değerlendirme faaliyetlerine, mesleki eğitime ve ekonomik fırsatlara olan erişimleri de sağlıkları açısından belirleyici olabilmektedir. Gencin fiziksel şiddete maruz kalıp kalmadığı, yaşadığı sosyal ortam, yer değiştirme ve savaş durumları da gençlerin kendi sağlıklarıyla ilgili aldıkları kararlarda etkili olmaktadır (10, 26).

Bazı faktörler, risk etkeni olabileceği gibi koruyucu etken de olabilirler. Örneğin, gencin aile ilişkilerinin bozuk olması, aile içi şiddet, ebeveynelerle iletişiminin olmaması; genci, riskli davranışlara itebilirken; aile bağlarının güçlü olması, ebeveynlerin gencin gelişimini izlemesi gibi faktörler, onu riskli davranışlardan koruyabilmektedir (26).

Son yıllarda, gençlerin sağlığı alanında yapılan çalışmalar, tek bir sorunlu davranışa odaklanıp; ona özgü riskleri azaltmaktansa; gence bütüncül yaklaşımın daha etkili olacağını göstermektedir. Bu amaçla gençlerin sağlıklı gelişimlerini destekleyen programlara ihtiyaç vardır. Bu programların amacı, sağlıklı, psikolojik ve sosyal büyüme ve gelişmeyi deteklemek, bireyin dayanıklılığını artırmaktır. Bunun yanısıra, gence "yaşam becerilerinin kazandırılması" da önerilmektedir. Böylelikle, gencin sağlıklı seçimler yapma konusunda sorumluluk alması, olumsuz baskılara karşı durabilmesi ve riskli davranışlardan kaçınması sağlanabilecektir (24, 26).

2.1.3 Gençlik Döneminin Başlıca Sağlık Sorunları

DSÖ Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Bölümü, adolesan ve gençlerde hastalık, ölüm ve sakatlığa yol açan sebepler içerisinde, dört başlığı özellikle önemli olarak görmektedir (10). Bunlar şu şekilde özetlenebilir:

Madde kullanımı: Madde kullanımı, gençlerin sağlığını tehdit eden başlıca etkenlerden biridir. Madde kullanımında, maddeye çabuk ulaşma ve ilgili madde kullanımının toplumca kabul görmesi önemlidir. O bakımdan, tütün ve alkol kullanımı, en sık karşımıza çıkan durumdur. Diğer yandan, madde bağımlılığı birden çok maddeye karşı olabilir; o bakımdan sigara ve alkol geçiş basamağı olarak kabul edilir (18, 26).

Sigara, gençler arasında en çok kullanılan ve bağımlılık yapan maddedir. Çoğu, yetişkin içici, sigaraya adolesan dönemde başlamaktadır. Bugün, tüm dünyada 150 milyon adolesan sigara kullanmaktadır ve bunların 75 milyonunun sigaraya bağlı sebeplerden öleceği tahmin edilmektedir. Sigarayı bir kez deneyen adolesanların, yaklaşık yarısının bağımlılık geliştirdiği bilinmektdir (10, 24).

Alkol kullanımı, sadece kişisel değil; aynı zamanda sosyal bir sorundur. Adolesan dönemde alkollü içki içilmeye başlanması, gencin gelecekte alkolizm

geliştirme riskini yükseltmektedir. Ayrıca, alkol ve kişinin sağlıklı kararlar alma, dikkatini odaklama gibi fonksiyonlarını etkileyen diğer maddelerin kullanımında, diğer riskli davranışların görülme olasılığı da artmaktadır. Bunların arasında güvenli olmayan cinsel ilişki, tehlikeli araba kullanma, şiddet, kazalar ve yaralanmalar sayılabilir (24, 26).

Gençlerin, madde kullanım nedenleri çeşitlidir. Gençler, merak ettikleri için, otonomi ve bağımsızlıklarını kanıtlamak, erişkin yaşam biçimlerini taklit etmek, ergenlik sürecinde yaşanan zorluklarla baş edebilmek, sosyal bir ortama uyum sağlamak, bir gruba dahil olmak ve kitle iletişim araçlarının etkisiyle madde kullanabilirler. Aile ilişkileri ve ailenin tutumu da önemlidir (18, 26).

Madde kullanımıyla mücadelede, tütün, alkol ve diğer maddelere olan erişimi engelleyecek gerekli yasal düzenlemelere ilave olarak; madde kullanımının tehlikelerine dikkat çekmek ve bu konuda farkındalık oluşturmak, gençlere akran baskısına karşı gelebilmeleri için onları dayanıklı kılabilecek becerileri ve stresle baş edebilme becerilerini kazandırmak, gençlerin madde kullanımı konusunda istekliliğini azaltacaktır (28).

Ruh sağlığı sorunları ve intiharlar: Hızlı ekonomik ve sosyal değişimin yaşanmasının getirdiği sosyal, kültürel ve aile değerlerinde meydana gelen değişiklikler, gençlerde ruh sağlığı sorunlarına zemin oluşturmaktadır. Gençlerin en az % 20'sinin, depresyon, duygudurum bozuklukları, madde bağımlılığı, intihar girişimi veya yeme bozuklukları gibi bir ruh sağlığı sorunu geliştirdiği bilinmektedir (11). Ruh sağlığı sorunlarının büyük kısmı, geç çocukluk ve erken adolesan dönemde belirmektedir. Ruh sağlığı sorunları, agresif davranışlara, kişinin kendisine veya çevresine yönelik şiddete başvurmasına ya da intihara yönelmesine sebep olabilmektedir (18, 28).

Her beş dakikada bir, bir genç kendi yaşamını sonlandırmaktadır. İntiharlar, tün dünyada, gençlerin üç başlıca ölüm sebebi arasında yer almaktadır. Her yıl yaklaşık 90.000 adolesan intihar girişiminde bulunmaktadır. 15-19 yaş grubundaki adolesanlarda intihar hızlarında kararlı bir artış söz konusudur. İntihar girişimlerinin insidansını belirlemek ise zordur. Kendine zarar vermeyi deneyen gençler, genellikle bu konuda profesyonel yardım almamaktadırlar. Ancak, her bir ölümle sonuçlanmış intihar girişimine karşın, 40 başarısız intihar girişimi olduğu tahmin edilmektedir (10, 29).

İntiharlarla depresyon arasında kuvvetli bir ilişki vardır. Depresyon, genellikle duygusal iniş çıkışlar, huzursuzluk, derin mutsuzluk, uyku bozuklukları, umutsuzluk, çaresizlik, okul başarısında azalma, konsantrasyon güçlüğü ve intihar düşünceleriyle seyreder. Bunlar, psikososyal gelişimin doğal birer öğesi olarak görülmemelidir; nitekim bir hastalık durumunun bulgularıdır. Yakın zamanda yaşanan stres, genetik faktörler, ebeveynlerin psikolojik durumu, kendini beğenmeme ve daha önce geçirilmiş depresyon, depresyon için risk faktörlerini oluşturur. Bunların yanısıra, fiziksel istismar, yaşama amacını yitirmek, cinsel kimlik bunalımı, istenmeyen gebelikler, CYBE'ler, aileyle ilgili sorunlar, sosyal dışlanma, göç, okulda aşırı rekabet, işsizlik ve yakın bir ilişkinin son bulması gibi sebepler de depresyona öncü olabilir. Depresyon, aynı zamanda, alkol ve madde kullanımı ile de ilişkilidir ki; bunlar da intihar eğilimini artıran sebeplerdir. (10, 18, 29)

Adolesanlarda sık görülen bir diğer ruh sağlığı sorunu ise yeme bozukluklarıdır. Özellikle genç kadınlarda sık görülen yeme bozuklukları, fiziksel sağlık sorunlarının yanısıra, genellikle depresyon ve anksiyete bozukluklarıyla birlikte seyreder. Adolesan dönem, sağlıklı yeme ve fiziksel egzersiz yapma alışkanlıklarının kazanılması gereken dönemdir. Sağlıklı yaşam tarzının benimsetilmesi, aynı zamanda çağımızın giderek artan bir sorunu olan obeziteye karşı mücadelede de önemlidir (28, 29).

Gençlerde görülen ruh sağlığı sorunlarının önlenmesinde gençlere problem çözme becerisi, özgüven ve sosyal beceriler kazandırmak önemlidir. Bunların yanısıra, destekleyici bir aile ortamı ve genci ilgi duyduğu sosyal aktivitelere yönlendirmek yararlı olacaktır (28, 29).

Kazalar ve şiddet: Kazalar ve yaralanmalar, gençlerdeki ölüm ve sakatlığın başlıca sebebidir. En sık görülen şekli, trafik kazaları, boğulmalar ve yanmalardır. Adolesan dönemdeki yaralanmalar, özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve yoksul ailelerde daha sık görülmektedir. Gençlerde, erişkin rollerini deneme, kurallar ve otorite ile mücadele etme, akranların desteği, akran aktivitelerine katılma ve akran normlarını izleme davranışları, yaralanmaların daha sık görülmesine neden olmaktadır. Bu özellikler, alkol, şiddet, güvenli olmayan cinsellik, hızlı otomobil kullanma gibi riskli davranışlarla birleştiğinde yaralanmalar artmaktadır (10, 24).

Kazaların ve yaralanmaların önlenmesinde yol güvenliğinin sağlanması, bunun için gerekli yasal düzenlemelerin yapılması (emniyet kemerinin ve kaskın zorunlu olması, alkollü araç kullanımının cezalandırılması, vb.) ve gençlere kazalardan nasıl korunulacağına ilişkin eğitimlerin verilemesi yararlı olacaktır (10).

DSÖ, şiddeti, "bir bireyin yaralanma ve ölümüne neden olan ya da gelişmesini engelleyen fiziksel, psikososyal ve cinsel olarak uygulanan kasıtlı davranışlar" olarak tanımlamaktadır. Toplumsal ve aile içi şiddet, 15-19 yaş arası adolesanlarda, ölümlerin üçüncü sıradaki sebebidir. Gençlerin maruz kaldığı, tecavüz, aile içi şiddet, genital mutilasyon, cinayet ve cinsel istismar gibi şiddet türleri, tüm dünyada önemli bir halk sağlığı problemidir. Gençler, hem şiddetin uygulayıcıları, hem de kurbanlarıdır. Şiddet, yalnızca şiddete maruz kalanları değil, aileleri, arkadaşları ve toplumu etkilemektedir. Şiddete yol açan faktörler çeşitlidir; birçok etkenin bir arada farklı boyutlarda etkileşimi sonucu şiddet davranışının geliştiği kabul edilmektedir. Ancak, madde kullanımı gibi diğer riskli davranışlar, akranların etkisi, aile ilişkileri, kitle iletişim araçları burada da etkisini göstermektedir (24, 26, 30).

Ebeveynlerle çocuklar arasında erken yaşlardan itibaren güçlü bir ilişkinin kurulması, gençlere yaşam becerilerinin kazandırılması, alkole ve silaha ulaşımın azaltılması, şiddetin azaltılmasına yardımcı olacaktır. Şiddette maruz gençlere yönelik hizmetlerin ve destek mekanizmalarının oluşturulması gerekmektedir (10, 28).

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı: CSÜS altında incelenen istenmeyen gebelikler, CYBE, isteyerek düşükler gibi konular gençlerin başlıca sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Güvenli olmayan cinsel ilişki, birçok gencin yaşamını tehdit etmektedir. Her gün, 10-24 yaşları arasındaki yaklaşık 6.500 genç HIV ile enfekte olmaktadır. Erken yaştaki gebelikler, hem anne hem de bebeğin yaşamı açısından tehlikelidir (10). Ancak, yine de birçok adolesan, erken yaşta ebeveyn olmanın sorumluluğunu taşımak zorunda kalmaktadır. Halen birçok ülkede, gençler, CSÜS konularında ihtiyaç duydukları bilgi ve hizmetlere ulaşamamaktadırlar. Gençlerin CSÜS konusu araştırma açısından özel bir önem teşkil ettiğinden, Bölüm 2.1.4'te ayrı bir başlık altında, ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

Yukarıda özetlenmeye çalışılan dört başlığın dışında, gençlerin sağlık sorunları arasında, sıtma ve tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar, akne, malnütrisyon, meme sorunları, endokrinolojik sorunlar sayılabilir. Gençlerin sağlık sorunlarına bütüncül yaklaşım önemlidir. Sağlık sorunlarının birçoğunun temelde ortak sebeplere dayandığı düşünülürse, ancak sağlıklı gelişimi teşvik eden birkaç müdahalenin bir arada kullanılmasıyla yol alınabilir. Bunda gençlere yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin ve gençlerin risk etkenleriyle baş edebilme becerisi kazanmalarının önemi büyüktür (10, 24).

2.1.4 Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı

Cinsel gelişme adolesan dönemin doğal bir parçasıdır. Ancak, dünya çapındaki milyonlarca adolesan / genç, cinsel gelişimleri boyunca ihtiyaçları olan bilgi, beceri, sağlık hizmetleri ve bakıma ulaşamadıkları için risk altındadır.

CSÜS, 1994'te, Kahire'de gerçekleştirilen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Programı'nda, *"üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir"* şeklinde tanımlanmaktadır. CSÜS, aynı zamanda, "*insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları*" demektir (31, 32).

Bu tanımdan da anlaşılabileceği gibi CSÜS herkesi ilgilendirmektedir. CSÜS, genç insanların da toplumun üretken ve sorumluluk sahibi birer parçası olabilmeleri için bir gerekliliktir (14).

Gençlerin CSÜS ihtiyaçları, yetişkinlerinkinden farklılık göstermektedir ve dünyanın birçok bölgesinde yeterince anlaşılamamakta ve karşılanamamaktadır. Gençlerin ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması, sağlıklı cinsel gelişimin ve davranışların teşvik edilmesi, halen birçok ülkede mümkün olamamaktadır (33).

Tüm dünyada, gençlerin büyük bir kısmının adolesan dönemde cinsel olarak aktif hale geldikleri bilinmektedir. Bu durum gençleri, CSÜS sorunları açısından risk altında bırakmaktadır. Gençlerin CSÜS sorunlarının başında, erken yaşta cinsel ilişki,

istenmeyen ve erken gebelikler, kötü koşullarda gerçekleştirilen isteyerek düşükler, CYBE ve HIV/AIDS, cinsel istismar ve şiddet gelmektedir. Bazı ülkelerde ise kız çocukları genital mutilasyon ve bunun sonuçlarıyla karşı karşıya kalmaktadır (34).

Diğer yandan, adolesanlar içinde bulundukları ve cinsel gelişimin yaşandığı bu dönemde, kendilerinde ve karşı cinsiyette yaşanan değişimlerle ve gelişim süreciyle ilgili sayısız soru ve endişe taşırlar. Bu kaygılar, gençlerin zaman zaman kendilerini toplumdan soyutlamalarına ya da başka arayışlara girmelerine sebep olabilir. Bu durum da beraberinde diğer sağlık sorunlarını getirebilmektedir. Ayrıca, bu dönemde CSÜS konularında edinilen yanlış inanışlar ve bilgiler de gençlerin ve çevresindekilerin yaşamını tamamen etkileyebilmektedir. Dolayısıyla, adolesan ve gençlerin CSÜS konularında yaş ve gelişim düzeylerine uygun, doğru bilgiye ulaşmaları pek çok sorunun çözümünde kilit role sahiptir.

Evlilik yaşının ilerlemesiyle birlikte, gençlerin evlilik öncesi ve erken yaşta cinsel ilişki yaşama sıklıkları artmaktadır. Blanc ve Way'e (1998) göre, evlilik öncesi cinsel ilişki sıklığının en yüksek olduğu Sahra-altı Afrika'da, 15-19 yaş grubundaki adolesanların yarısından fazlası cinsel olarak aktiftir (35). İlk cinsel ilişki yaşı, yerel kültüre göre değişkendir ve aynı zamanda cinsiyete göre değişiklik gösterir (36).

15-19 yaş arası genç kadınlar için ölüm sebeplerinin başında, gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar yer almaktadır. Bu yaş grubundaki kadınların, doğum sırasında ölüm riski, yirmili yaşlardaki kadınlara oranla iki kat daha fazladır. Bu oran, 15 yaşın altındaki genç kadınlarda beş kata çıkmaktadır (14). Gelişmekte olan ülkelerde, kadınların yaklaşık üçte biri 20 yaşın altında doğum yapmaktadır ve bu gebeliklerin büyük bir kısmı planlanmamış gebeliklerdir (7). Her yıl yaklaşık 70.000 adolesan yaşta kadın, yaşamını gebelik ve doğuma bağlı sebeplerden ötürü yitirmektedir (10).

Adolesan gebelikler, kısa ve uzun süreli sağlık risklerini beraberinde taşır. Kısa vadede, adolesan gebelerde, gebeliğe bağlı komplikasyonların görülme olasılığı fazladır. Adolesan dönemde, kadının üreme organları henüz tam olarak yetişkin halini almamıştır. Pre-eklampsi, sefalopelvik uyumsuzluk gibi komplikasyonlara, spontan düşüklere bu dönemde daha sık rastlanır. Adolesanlar, doğum öncesi, doğum sırasında ve doğum sonrası bakıma daha zor ulaşırlar; bu da maternal morbidite ve mortalite

riskini artırmaktadır. Adolesan annelerin bebekleri de genelde prematüre veya düşük doğum ağırlıklı dünyaya gelirler. Uzun vadede ise; adolesan gebelikler, kişinin okuldan uzaklaşmasına, eğitimini yarım bırakmasına ve birtakım ekonomik sıkıntılara yol açabilir (37).

Diğer yandan, istenmeyen bir gebeliği sonlandırmak isteyen adolesanlar, güvenli şartlarda yapılmayan isteyerek düşüklere başvurmakta ve bu nedenle hayati tehlikeyle karşı karşıya kalmaktadırlar. Her yıl 2 ile 4 milyon arasında adolesan, güvenli koşullarda gerçekleştirilmeyen isteyerek düşüklere başvurmaktadır. Bunların birçoğu yasadışı olacak şekilde gerekli yetiye sahip olmayan kişilerce gerçekleştirilmektedir. Gebelikte olduğu gibi, isteyerek düşüklerde de anne yaşı küçüldükçe, riskler de artmaktadır (10, 37).

Cinsel ilişki yaşının giderek düşmesi ve gençlerin CSÜS ile ilgili bilgilerinin yetersiz olması, gençleri CYBE açısından riskli grupların içine sokmaktadır. Genç kadınlar, anatomik yapılarından dolayı bu duruma daha duyarlıdır. Her gün, yaklaşık çeyrek milyon genç, bir CYBE'a yakalanmaktadır. HIV bulaşının % 80'i korunmasız cinsel ilişki sonucu gerçekleşmektedir (10). 2007 yılı iyibariyle, tüm dünyada yaklaşık 5,4 milyon genç insanın HIV ile yaşadığı tahmin edilmektedir (38). CYBE, gençlerde, yaşamlarını olumsuz yönde etkileyecek birçok başka sağlık sorununu da beraberinde getirebilir. Bunlar arasında infertilite, ektopik gebelik, kanser ve HIV/AIDS gelmektedir.

Gençlik döneminde, karşılaşılan CSÜS'na yönelik bir diğer problem ise cinsel istismar ve şiddettir. Adolesanlar arasında cinsel istismarın sıklığı, tüm vakaların rapor edilmemesi nedeniyle tam olarak bilinmemektedir. Adolesanlarda görülen cinsel şiddet formları arasında tecavüzler ve flört içi şiddet, ensest, pornografi ve seks ticareti bulunmaktadır. Adolesanlar ve genç kadınlar, diğer yaş gruplarındaki kadınlara göre cinsel istismara ve şiddete daha fazla maruz kalmaktadırlar. Tüm dünyada, cinsel içerikli saldırıların yaklaşık % 50'si 15 yaş ve altı adolesan yaştaki kadınlara yönelik gerçekleştirilmektedir (39). Cinsel şiddet beraberinde ciddi fiziksel ve mental sorunların yanı sıra CYBE'ı da getirmektedir.

Gençlerin CSÜS sorunlarının altında birden fazla sebep yatmaktadır. Bunların başında, gençlerin ihityaç duydukları ve kendilerini istenmeyen gebeliklerden,

CYBE'den ve şiddetten koruyacak yeterli bilgiye, materyale (kondom ve diğer kontraseptifler) ve hizmetlere ulaşamamaları gelmektedir. Bunun yanı sıra, genç kadınlar, bazı ülkelerde ve bölgelerde, toplumsal baskılar sebebiyle erken yaşta evlenmek ve çocuk sahibi olmak zorunda kalmaktadırlar. Yine dünyanın birçok yerinde, genç kadınlar ve erkekler "hayır" diyemedikleri ve karşı koyamadıkları için cinsel ilişkiye zorlanmakta ve şiddete uğramaktadırlar. Toplumsal cinsiyet de gençlerin CSÜS'nı önemli ölçüde etkilemektedir. Örneğin, genç erkeklerin riskli cinsel davranışlarına genellikle göz yumulurken, genç kadınların CSÜS bilgi ve hizmetlerine ulaşmasında bile dirençle karşılaşılabilmektedir. Yasal altyapı da gençlerin, CSÜS bilgi ve hizmetlerine ulaşmasında önemlidir. Birçok ülkede, halen, gençlerin CSÜS ihtiyaçlarına özel yasal düzenlemeler bulunmamaktadır. Bu, reşit olmayan ya da evli olmayan gençlerin bu hizmetlerden yararlanmalarını zorlaştırmaktadır. CSÜS hizmetlerinin var olması, gençlerin bu hizmetlerden yararlanabiliyor olduğunu göstermemektedir. Hizmetlerin uzaklığı, maliyeti, sağlık personelinin yaklaşımı, mahremiyetin korunması gibi birçok faktör, gençlerin CSÜS hizmet kullanımını etkilemektedir (34).

Gençlerin CSÜS'nın korumasında ve geliştirilmesinde, kamu kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, üniversiteler, medya, özel sektör ve gençlerin kendileriyle ortak çalışmalar yapılmalıdır. Çalışmaların amacı, gençler için destekleyici bir ortamın yanısıra, gençlere özgü, ulaşılabilir, kabul edilebilir sağlık ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanması; gerekli yasal düzenlemelerle birlikte, gençlerin, sağlığın korunması ve geliştirilmesi konularında bilgilendirilmesi ve bu amaçla gerekli becerileri kazanmaları olmalıdır. Ayrıca, başta, ebeveynler, öğretmenler ve sağlık personeli olmak üzere, toplumun her kesiminin gençlerin CSÜS hakları ve ihtiyaçları konusunda bilgilendirilmesi önemlidir.

2.2. Türkiye'de Gençlerin Mevcut Durumu

TÜİK 2008 verilerine göre, Türkiye nüfusunun yaklaşık % 26'sı, 10-24 yaşları arasındadır. Bir başka deyişle, Türkiye'de, yaklaşık 19 milyon kişi, DSÖ'nün tanımına göre "genç insanlar" olarak nitelendirilmektedir. Bu, birçok ülkenin nüfusundan daha fazla kişiyi ifade etmektedir. 2025'te ise genç insanların toplam nüfus içindeki paylarının % 22'ye gerilemesi beklenmektedir (40). Genç nüfusun görece fazla olduğu bu dönemde, Türkiye bir demografik açıdan bir fırsat yaşamaktadır. Çalışabilir nüfusun (15-60), çocuk ve yaşlı bağlımlı nüfustan fazla olduğu bu dönemde, ancak uygun yatırımlar, politikalar ve yönetimle bu fırsattan yararlanmak ve ekonomik, sosyal, kültürel ve yapısal bir değişimi başlatmak mümkün olabilir. Bunun için de işgücüne katılan genç nüfusun eğitimli, sağlıklı ve yetkin olması gerekmektedir (4).

Türkiye'de 15-24 yaş arası gençlerin % 30'u okula gitmekte, % 30'u ise çalışmaktadır. Bu yaş grubundaki işsizlik oranı ulusal oranın iki katından fazladır. Türkiye'nin gençlik katılım ve istihdam oranları Avrupa Birliği ortalamalarının oldukça altındadır. Gerek eğitim gerekse de istihdam alanında genç kadınlar, erkeklere oranla daha az yer almaktadırlar. Gençlerin % 40'ı ise (yaklaşık 5 milyon kişi) ne okumakta ne de çalışmaktadır; yani "atıl" durumdadır (41, 42).

Türkiye'de gençleri etkileyen başlıca sağlık sorunları, dünyadaki akranlarından çok farklı değildir. 2008 yılında meydana gelen 10-24 yaş grubu ölümlerinin % 28'i kazalar, intiharlar ve şiddet sonucu oluşmuştur (40). Türkiye'de 2003 yılında gerçekleştirilmiş olan Küresel Gençlik Tütün Araştırması'na göre, 13-15 yaş adolesan öğrencilerin üçte biri en az bir defa sigarayı denemişlerdir ve % 10'u araştırma tarihinde sigara kullanmaktadır (43).

Türkiye'de gençlikle ilgili çalışmalar farklı kurum ve kuruluşlar tarafından yürütülmekte, gençlere ilişkin veriler tek elde bulunmamaktadır. Gençlik sorunlarına ilişkin yaklaşım genelde sorun odaklı ve sektörel temele dayalıdır. Türkiye'de gençlikle ilgili çalışmaların koordineli bir şekilde yürütülebilmesi, kurum ve kuruluşlar arasında işbirliğinin sağlanması için kapsamlı ve belirgin bir gençlik politikasına ve bir koordinasyon mekanizmasına ihtiyaç vardır (41).

2.2.1. Türkiye'de Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durumu

Türkiye'de ilk cinsel ilişki yaşına dair ulusal bir veri bulunmamaktadır. Ancak, yapılan okul tabanlı çalışmalar, erkeklerin daha fazla olmak üzere, gençlerin önemli bir kısmının bu dönemde cinsel olarak aktif hale geldiğini göstermektedir (44, 45). 20-24 yaş arası genç kadınların yaklaşık yarısı evlidir (46). 15-19 yaş arası evli adolesan kadınların % 6'sı doğurganlık davranışına başlamıştır (47).

Gençlerin üreme sistemi, güvenli cinsellik ve CYBE konusundaki bilgi düzeyleri genel olarak düşüktür. Diğer yandan, genç kadınların % 83'ü, genç erkeklerin % 66'sı ergenlik döneminde vücutlarındaki değişimden ötürü endişe yaşadıklarını ifade etmektedirler. Bunların ise yaklaşık beşte biri bu endişelerinden dolayı bir sağlık kuruluşuna ya da uzmana başvurmaktadır (46).

Gençlerin duyduklarını söyledikleri CYBE'ların başında HIV/AIDS gelmektedir. Diğer CYBE'ler ve bunlardan korunma konusundaki bilgileri sınırlıdır. Yine okul tabanlı çalışmalardan edinilen bilgiler, gençlerin riskli cinsel davranışlarda (korunmasız cinsel ilişki, birden fazla cinsel eşe sahip olmak, tanımadığı birisiyle cinsel ilişki, vb.) bulunduğunu göstermektedir (46, 48).

Sağlık Bakanlığı tarafından, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu'nun (UNICEF) desteğiyle ve sivil toplum kuruluşları işbirliği ile 2002 yılında Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi kapsamında adolesan sağlığını geliştirmek amacıyla bir ulusal hizmet sunum modeli oluşturulmuştur. Bu kapsamda, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlanması (AÇSAP) Merkezleri bünyesinde Gençlik Danışmanlık ve Hizmet Merkezleri açılmıştır. Aynı dönemde, bazı üniversitelerin mediko-sosyal sağlık birimlerine bağlı Gençlik Danışma Birimleri oluşturulmuştur. Bu merkezlerin amacı ergenin gelişimini izlemek, gençlere yönelik koruyucu sağlık ve danışmanlık hizmetleri sunmaktır. Bu merkezlerin sayısı Avrupa Birliği destekli Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında genişletilmiş olsa da; Türkiye'deki gençlerin hepsine ulaşmak açısından yetersiz kalmaktadır (49).

2.3. Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanındaki Uluslararası Sözleşmeler ve Taahhütler

Sağlığın temel bir insan hakkı olduğu, 1948'de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilmiş olan İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde belirtilmektedir (50). Bunu takip eden ve imzalayan ülkeler için kanun niteliği taşıyan Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, herkesin fiziksel ve ruhsal açıdan ulaşılabilecek en üst sağlık seviyesine ulaşmaya ve bunun için gerekli tıbbi bakımı almaya hakkı olduğunu yinelemektedir (51). Temel sağlık yaklaşımı açısından, 1978 yılında hemen bütün ülkeler tarafından kabul edilmiş olan Alma-Ata Bildirgesi bir dönüm noktası olmuş; burada alınan kararlara göre, vatandaşlara kabul edilebilir, karşılanabilir temel sağlık hizmetlerinin verilmesi ülkelerin birer sorumluluğu olarak belirlenmiştir. Bu hizmetlerin arasında halkın sağlık eğitimi ve ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri de bulunmaktadır (52).

İmzalayan ülkeler için yine bağlayıcılığı bulunan ve bugüne kadar 167 ülkenin kabul etmiş olduğu bir diğer uluslararası sözleşme Kadına Karşı Her Türlü Ayırımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi'dir (CEDAW). Kadının doğurganlığından ötürü ayırımcılığa uğramaması gerektiği belirten sözleşme, "aile planlaması" kavramının dile getirildiği ve bunun bütün kadın ve erkekler için bir hak olduğunu belirten ilk insan hakları sözleşmesidir (53). Aile planlaması kavramının geçtiği bir diğer uluslararası sözleşme ise Çocuk Hakları Sözleşmesi'dir.

1994'te, Kahire'de gerçekleştirilmiş olan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda (ICPD) ise adolesanlar ve gençlerin özel bir grup olduğu ve CSÜS ihtiyaçlarının da farklılık gösterdiği vurgulanmıştır. 179 ülkenin kabul ettiği ICPD Eylem Programı'nda istenmeyen gebelikler, güvenli olmayan koşullarda gerçekleştirilen isteyerek düşükler, CYBE ve HIV/AIDS de dahil olmak üzere, adolesan CSÜS konularının altı çizilmiş ve gençlere özgü sağlık ve danışmanlık hizmetlerinin önemi vurgulanmıştır. Aynı zamanda, ülkelerin, adolesan gebeliklerin azaltılabilmesi için, gençlerin CSÜS konusunda bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşma hakkını teşvik etmesi gerektiğinin altı çizilmiştir (54).

ICPD'den 1 sene sonra Pekin'de gerçekleştirilen 4. Dünya Kadınlar Konferansı'nda, gençlerin cinsel sağlık eğitimi almalarının önemi yinelenmiş ve erkeklerin de CSÜS konularında sorumlulukları ve rolleri olduğunun üzerinde durulmuştur (54).

1995 yılında Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen Dünya Gençlik Eylem Programı'nda gençlere yönelik CSÜS hizmetlerinin ve bu alanda eğitim programlarının geliştirilmesi, HIV/AIDS'in önlenmesine yönelik bilgi ve sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, gençlere yönelik cinsel istismarın önlenmesi öncelikli çalışma alanları olarak belirlenmiştir (16).

2000 yılında gerçekleştirilen Binyıl Zirvesi ve sonrasında kabul edilen Binyıl Deklerasyonu, 2015 yılına kadar tüm ülkeler için kalkınma yolunda zaman sınırlı hedefler koymaktadır. Binyıl Kalkınma Hedefleri adıyla bilinen sekiz hedef ve alt hedefleri, o güne kadar çocuk, nüfus ve kalkınma, insan hakları, kadın, sosyal kalkınma, HIV/AIDS ve kalkınma finansmanı alanlarında gerçekleştirilmiş uluslararası konferansların, tartışmaları ve tecrübenin birer ürünüdür (55). Bu sekiz hedefin hemen hemen tamamı adolesan ve gençlerin sağlıklı büyüme ve gelişimi için uygun ortamların yaratılmasını (yoksulluğun azaltılması, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması, eğitime evrensel ulaşım, vb.) öngörüyorsa da özellikle Hedef 5 (anne sağlığının iyileştirilmesi) ve Hedef 6 (HIV/AIDS, sıtma ve diğer bulaşıcı hastalıklarla mücadele), doğrudan gençleri hedeflerin başarılabilmesinde bir kilit grup olarak görmektedir (56).

HIV/AIDS alanında ise, 2001 yılında gerçekleştirilen Özel Oturum'da kabul edilen HIV/AIDS Kararlılık Bildirgesi'yle devletler, adolesan ve gençlere özgü birçok taahhütte bulunmuşlardır. Bunların arasında, 15-24 yaş arası gençlerde, küresel olarak, 2010 itibariyle HIV prevalansının % 25 azaltılması; 2010 itibariyle 15-25 yaş arası gençlerin % 95'inin kendilerini HIV'de koruyabilmeleri için gerekli yaşam becerilerini kazanmalarına yönelik bilgi, eğitim ve sağlık hizmetlerine ulaşabilmeleri yer almaktadır (38, 54).

Bugün itibariyle Türkiye, yukarıda bahsi geçen tüm uluslararası sözleşme ve bildirgeleri kabul etmiş ve yükümlülüklerini yerine getirmeyi taahhüt etmiş konumdadır. Türkiye, "Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Sağlık Sektörü için Ulusal Stratejiler ve

Eylem Planı 2005-2015"te, gençlerin CSÜS düzeyinin düşük olmasını, Türkiye'nin CSÜS açısından öncelikli sorunları arasında sıralamış ve 2015'e kadar mevcut sorunların çözümlerine ilişkin hedefler belirlemiştir (57).

2.4. Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığının Geliştirilmesinde Müdahale Programları

Gençlerin dinamik ve heterojen yapısı, gençlere yönelik CSÜS programlarında da çeşitlilik ve yenilik gerektirmektedir. Günümüzde gelişen teknoloji ve kitle iletişim araçlarının da etkisiyle bir dünya çapında bir "gençlik kültürü" gelişmiştir. Diğer yandan, gençlerin ihtiyaçları ve içinde bulundukları ortamlar oldukça değişkendir. Gençlere yönelik sağlığın geliştirilmesi programları arasında en etkili olanlar, gençlerin yaşamını şekillendiren faktörler ışığında gençlerin gelişimini değerlendirirken; gençlerin özel ihtiyaçlarını dikkate alan ve gençlerin alt-gruplarına yönelik geliştirilen programlardır (1, 58).

Bu bölümde gençlerin CSÜS'nın geliştirilmesinde uygulanmış ya da uygulanmakta olan müdahale programlarından bazı örnekler sunulacaktır:

Okullarda CSÜS eğitimi: Bu eğitimlerin amacı genel olarak, gençlere yaş ve gelişim düzeylerine uygun olarak, sağlıklı büyüme gelişme, hijyen, riskli davranışlar da dahil olmak üzere CSÜS konularında ihtiyaçları olan bilgi ve yaşam becerilerini kazandırmak; gençlerin bu konularda olumlu tutum ve davranış oluşturmalarına yardımcı olmaktır. Okul tabanlı eğitimler, birçok gence bir arada ulaşmayı sağladığı için önemlidir. Ancak, okul-dışı gençleri dışarıda bırakmaktadır. Okullarda CSÜS eğitimi, farklı şekillerde, farklı ders programlarının içinde ya da farklı müfredatlarda verilebilmektedir. "Yaşam becerileri eğitimi", "ergen sağlığı", "aile sağlığı eğitimi" gibi farklı isimler alabilmektedir. Eğitimde özellikle katılımcı yöntemlerin kullanılması; öğrencilerin eğitim sürecine aktif olarak dahil edilmeleri, eğitimin başarısını artırmaktadır. Bu programlarda öncelikle öğretmenlerin bu eğitimi yürütebilecek yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları ve hedef gruba yönelik geliştirilmiş eğitim modülleri ve materyalleri gereklidir. Eğitimlerin içeriğinin, hedef alınan adolesan ve gençlerin yaş ve

gelişim düzeylerine uygun olması önemlidir. Ayrıca, ebeveynlerin de desteği önemlidir (13, 14, 58).

Genç-dostu sağlık hizmetleri: Gençlere yönelik, gençlerin maliyet açısından karşılayabileceği, rahat ulaşabileceği, yargılayıcı olmayan ve gençlerin mahremiyetini koruyabilecek sağlık ve danışmanlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bu amaçla uygulanan farklı genç-dostu sağlık hizmet modelleri bulunmaktadır. Bu tür hizmetler, ülkelerde var olan hizmet birimlerine entegre olarak, ayrı hizmet birimleri olarak, bir sivil toplum kuruluşu (STK) tarafından ya da gençlik merkezleri bünyesinde verilebilmektedir. Ancak gelişmekte olan ülkelerde, bu modeller genellikle genç nüfusun belli bir bölümünü kapsamakta; genelini hedef alacak genişletilememektedir. Genç-dostu sağlık hizmetleri, hizmet sunucuların, adolesanların ve gençlerin farklı ihtiyaçları, onlara yöenlik hizmet sunumunda dikkat edilmesi gereken noktalar, iletişim becerileri konularında kapsamlı bir şekilde eğitilmelerini gerektirmektedir. Aynı zamanda, sunulan sağlık hizmetlerinin inter-disipliner ve birbirini tamamlayıcı bir yaklaşımla verilmesi beklenmektedir. Ayrıca, oluşturulan merkezlere gençleri çekmek, gençlerde talep oluşturmak üzere, klinik dışı gençlere ulaşım aktiviteleri (dış-ulaşım) yürütülmektedir (10, 14, 17). DSÖ, 2001 yılında, uluslararası kuruluşların ve uzmanların katılımıyla adolesan-dostu sağlık hizmetleri konusunda bir bildirge hazırlamıştır. Bu dokümanda, bu hizmetlerin gerekçesi, verilmesi gereken minimum hizmetler ve hizmet kriterleri belirlenmiştir (59).

Medya-tabanlı programlar: Medya, geniş genç kitlelerine ulaşabilmek ve onlara mesaj verebilmek açısından önemli bir araçtır. Medyanın, özellikle adolesanları hedef alan CSÜS programları üzerindeki etkileri konusunda görece az araştırma olmasına rağmen; yetişkinlerin cinsel sağlık ve kontrasepsiyon konusundaki davranışları üzerinde oldukça etkili olduğunu gösteren araştırmalar bulunduğu belirtilmektedir (13). Özellikle, son yıllarda adolesanlara yönelik programlar, gençleri daha çok çekebilmek amacıyla eğitim araçları ile eğlenceyi biraraya getirmeye çalışmaktadır. Bu "eğlenirken öğrenme" yaklaşımının adolesan gruplar üzerinde etkisi büyüktür (60). Buna örnek olarak, adolesan CSÜS alanında geliştirilen ve internet üzerinden oynanabilen oyunlar verilebilir (58).

Toplum tabanlı programlar: Toplum tabanlı programlar, aktiviteleri belirli bir mekanla sınırlı olmayan, aynı anda birden fazla mekanda sürdürülebilen programlardır. Genç erkeklere ulaşmayı amaçlayan eğitim çalışmaları, okul-dışı gençlere yönelik eğitimler, akranlara dayalı çalışmalar bunlar arasında sayılabilir. Bu programlar, genellikle gençlerin CSÜS konularında doğru bilgi ve olumlu tutum ve davranış kazanmalarına yönelik çalışmalardır (13).

Bu programlara ek olarak, gençlere ulaşabilmek amacıyla gençlerin bulundukları ya da onların kolay ulaşabilecekleri mekanlarda yürütülen çalışmalar (eczanelerde gençlere ulaşarak bilgi verme, gençlik klüpleri ya da merkezlerinde gençlere CSÜS bilgileri verme, kafe, bar gibi mekanlarda bilgilendirici faaliyetler düzenleme, vb.), çalışan gençlere işyerlerinde ulaşmayı amaçlayan programlar, savunuculuk çalışmaları, kondom dağıtımı ve bunların birkaçının birlikte uygulanması ile oluşturulan programlar sayılabilir (13, 58).

Tüm bu müdahale programlarının etkililiğine ilişkin çalışmalar, karışık sonuçlar vermektedir. Kırk bir çalışmanın incelendiği literatür taramasına göre; müdahale programlarının çoğu, gençlerin CSÜS bilgi ve tutumlarında olumlu değişime yol açmıştır. Bu çalışmaların hiçbirinde, CSÜS bilgi ve hizmetlerinin riskli cinsel davranışlarda artışa yol açtığına dair bir bilgi bulunmamaktadır (13). Bu bilgi daha önce yapılan çalışmalarla da (Kirby, 2001) örtüşmektedir (14, 61). Ancak, birden fazla davranış üzerine yoğunlaşan programlarda, genellikle bir davranışta olumlu değişim görülse de, genel olarak programın istenilen sonuca ulaşmadığı görülmektedir (13). Bununla birlikte, gençlerin CSÜS alanındaki müdahale programlarının çok azının değerlendirme sonuçlarının bulunması, bu tür programların etkiliği konusunda bir sonuca varmayı zorlaştırmaktadır (13, 14). Diğer yandan, değerlendirilen programların büyük kısmı küçük çaplı programlardır ve davranışlar üzerindeki uzun-dönemli etkilerine ilişkin bilgiler kısıtlıdır (13).

Yapılan çalışmalardan edinilen bilgiler ışığında, müdahale programlarının birkaçını birarada uygulamanın daha etkili olacağı söylenebilir. Önemli olan, gençlere doğru bilginin, sağlıklarını korumayı ve geliştirmeyi sağlayacak yaşam becerilerinin

kazandırılması; sosyal desteğin oluşturulması; kontraseptiflere ve ihtiyaçları dahilinde sağlık ve danışmanlık hizmetlerine ulaşmalarının sağlanmasıdır (13).

2.4.1. Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığının Geliştirimesinde Akran Eğitimi Yaklaşımı

Bu bölümde, zaman zaman okul tabanlı eğitimlerde, zaman zamansa toplum tabanlı eğitimlerde kullanılabilen "akran eğitimi" yöntemi daha ayrıntılı bilgi aktarılacaktır.

Kelime anlamı olarak "akran", "*yaş, meslek, toplumsal durum vb. bakımından birbirine eşit olanlardan her biri"* anlamına gelmektedir (62). "Akran eğitimi" ise; belli bir grup ya da nüfus içindeki akran grubunun, aynı grubun çoğunluğunu bilgilendirme ve etkileme çalışmaları olarak tanımlanabilir (63). Gençlerin CSÜS alanında ise daha spesifik olarak, akran eğitimi,

"Eğitim almış ve istekli genç insanların akranları (yaş, çevre ya da ilgi alanları yönünden benzer genç insanlar) ile birlikte gerçekleştirdikleri, gençlerin bilgi, tutum, inanç ve beceri yönünden gelişmesi ve kendi sağlıklarını koruma bilincini kazanmalarını amaçlayan, resmi olmayan ya da programlanmış eğitimsel etkinlikler"
olarak tanımlanmaktadır (64).

Akran eğitimi yaklaşımının ilk uygulamalarının 1800'lerde İngilitere'de başladığı düşünülmektedir. Öğrencilere, kendi öğrendikleri konuları diğer sınıflara öğretme yöntemleri anlatılmıştır. Bu yöntemin kullanılmasındaki temel neden ekonomiktir; öğrencileri kullanmanın maliyeti öğretmenlere göre daha düşüktür. "Akran bilgilendirme" yöntemi, 1960'larda Amerika Birleşik Devletleri'nde yeniden gündeme gelmiştir. Amaç, hem öğretenler, hem de öğrenciler için psikolojik olarak da fayda sağladığı gerekçesiyle; öğrencilerin kendilerinden yaşça çok az küçük olan öğrencilere derslerinde yardımcı olmalarıdır. Akran eğitimi yöntemi, özellikle HIV/AIDS ve diğer CYBE'lerin önlenmesi çalışmalarıyla birlikte tüm dünyaya yayılmış ve oldukça ilgi çekici hale gelmiştir (63).

Akranların, hedef gruplarıyla benzer davranış, tecrübe, statü ve kültürel altyapıya sahip olmaları, yetişkin sağlık eğitimcilerine göre daha tercih edilir bir bilgi kaynağı

olarak görülmeleri, sürekli iletişim sayesinde öğrenmeyi pekiştirecekleri, özellikle "risk altındaki" gençlere ulaşmada kolaylık sağlayacakları, akran eğitiminin görece daha maliyet-etkin olduğu, akran eğitiminin akran eğitimcilerin kendilerine de fayda sağladığı ve akran eğitimcilerin birer rol-model oluşturduğu yönündeki varsayımlar, akran eğitimini popüler bir yaklaşım haline getirmiştir (65).

Akran eğitimi programlarının genel amacı, hedef grupta olumlu bir davranış yaratmak ya da belli bir davranışı değiştirmektir. Bu amaçla, insanların nasıl ve neden davranış değişikliğine yöneldiğinin anlaşılması gereklidir. Akran eğitimi yöntemi, birden fazla davranış değişikliği teorisine ve modeline dayandırılabilir. Bunların arasında Bilgi, Motivasyon, Davranış becerileri ve Kaynaklar (BMDK) modeli, sağlık inancı modeli, nedene dayalı davranış teorisi, sosyal öğrenme teorisi, yeniliklerin yaygınlaştırılması teorisi ve katılımlı eğitim teorisi bulunmaktadır. Davranış değişikliği teorileri ve modelleri akran eğitimi programlarının önemli bir bileşenidir. Akran eğitimi programlarının başarısı, bir bakıma davranış değişikliği teorilerinin başarılı uygulanıp uygulanmadığıyla ilişkilidir (64, 66).

Literatürde, akran eğitimi uygulamalarının başarılı olup olmadığına ilişkin farklı sonuçlar bulunmaktadır:

Bir literatür taramasına göre, 430 araştırma raporu arasından çalışmaya dahil edilmeye metodolojik olarak uygun görülen 12 akran eğitimi programının 7'sinde en az bir davranışsal sonuç elde edilmiştir. Ancak akran eğitimcilerle, diğer eğitimcileri karşılaştıran 5 programda çelişkili sonuçlar bulunmuştur (12).

Otuz çalışmanın dahil ettikleri bir meta-analizde, akran eğitiminin, HIV konusunda bilgiyi belirgin olarak artırdığını, damar içi madde kullananlarda ortak malzeme kullanımını azalttığını ve kondom kullanımını artırdığı tespit edilmiştir. Akran eğitimi programlarının CYBE'ler üzerinde ise belirgin bir etkisi olmamıştır. Yapılan analiz, gelişmekte olan ülkelerde yürütülen akran eğitimi programlarının davranışsal sonuçlar üzerinde etkili olduğunu; ancak biyolojik sonuçlar üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını göstermektedir (67).

Ankara'da bir lisede yürütülen akran eğitimi çalışmasının sonunda ise, öğrencilerin akran eğitiminden önceki HIV/AIDS bilgi skorları ile akran eğitiminden

sonraki HIV/AIDS bilgi skorları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Akran eğitimi programı, öğrencilerin HIV/AIDS bilgi düzeyini belirgin bir şekilde artırmıştır (68).

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, akran eğitimi uygulamalarının metodolojik olarak da oldukça çeşitli olduğu görülebilir. Akran eğitimcilerin eğitimi, kullanılan materyaller, eğitim programının içeriği, programların hedefleri ve hedef gruplar farklılık göstermektedir. Dolayısıyla bu programların etkililiğini ölçmek de kolay olmamaktadır.

Akran eğitimi programlarının izlenmesinde ve değerlendirilmesinde kullanılabilecek araçların geliştirilmesi amacıyla Zambiya ve Dominik Cumhuriyeti'nde yürütülen bir çalışmada, başarılı bir akran eğitimi programında şu özelliklerin olması gerektiği sonucu çıkmaktadır (69):

1. Gençlerin programın yürütülmesine bizzat katılmaları gerekmektedir; programın tüm aşamalarında genç-yetişkin işbirliği sağlanmalıdır;
2. Toplumun desteği, programın sürdürülebilirliği açısından önem taşımaktadır;
3. Programın amaç ve hedefleri, hedef grubu açıkça tanımlanmış olmalıdır; eğitim programı davranış değişikliği teorilerilerine dayandırılarak oluşturulmalıdır ve belli risk davranışlarını odak olarak almalıdır.

Özet olarak, akran eğitimi programları, gençlerin CSÜS'nın geliştirilmesi amacıyla uzun yıllardır tüm dünyada yaygın olarak uygulanan çalışmalardır. Akran eğitimi çalışmalarının başarısı belli kriterlere bağlıdır. Bunun için hedef grubun ihtiyaçlarının ve özelliklerinin iyi bilinmesi gerekmektedir. Ayrıca, akran eğitimi programları, diğer müdahale programlarında olduğu gibi, gençlerin CSÜS'nin iyileştirilmesi açısından tek başına düşünülmemelidir. Akran eğitimi programları, okullarda CSÜS eğitimlerinin ya da genç-dostu sağlık hizmet modellerinin birer tamamlayıcısı olarak görülebilir.

2.4.2. Gençlik Akran Eğitimi Ağı (Y-PEER)

Birleşmiş Milletler Genç İnsanların Sağlığının Geliştirilmesi ve Korunması Kuruluşlararası Grubu'nun (UNFPA, UNICEF, UNAIDS) bir çalışması olarak, 2000 yılında, Doğu Avrupa ve Orta Asya bölgesinde Gençlik Akran Eğitimi Ağı (Y-PEER)

adıyla bir girişim başlatılmıştır. Y-PEER, Doğu Avrupa ve Orta Asya'da o tarihe kadar yürütülmekte olan akran eğitimi programlarının bir değerlendirmesinde, çok farklı içerikte, standartta ve kalitede çalışmanın olduğunun tespiti sonucu, bunların iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması amacıyla doğmuştur. Bu amaçla, gençlerin CSÜS alanında akran eğitimi çalışmaları yürütmekte olan 27 ülkeden uzmanlar, STK'lar ve akran eğitimcilerin katılımıyla bir iletişim ağı oluşturulmuştur. Y-PEER'in genel amacı, bu bölgedeki akran eğitimcilere ve program yöneticilerine, CSÜS ve HIV/AIDS alanında eğitim, bilgi ve destek hizmetleri vermektir (70).

Y-PEER, bugüne kadar, uluslararası ileri düzey eğitmen eğitimleri, tiyatro tabanlı akran eğitimleri, savunuculuk ve proje yönetimi konusunda eğitimler yürütmüş; ve akran eğitimcilere ve proje yürütücülere yönelik kaynak kitaplar hazırlamıştır. Y-PEER'in önemli bir katkısı, akran eğitimi konusunda standartların oluşturulması çalışmasıdır. Buna, göre; bir akran eğitimi projesinin planlanması, yönetilmesi, akran eğitimcilerin seçilmesi ve projede devamlılıklarının sağlanması, akran eğitimcilerin eğitimi ve süpervizyonu ve izleme ve değerlendirme aşamalarında, dikkat edilmesi gereken hususlar belirlenmiş ve bir kontrol listesi oluşturulmuştur (71).

Bugün Y-PEER Ağı'nın, Arap ülkeleri ve bazı Afrika ve Latin Amerika ülkeleri de dahil olmak üzere, toplam 44 ülkeden, 7.000'den fazla gence ulaştığı tahmin edilmektedir (72).

2.5 Üreme Sağlığı Akran Eğitimleri Projesi (ÜSAEP)

Y-PEER girişiminin bir uzantısı olarak, UNFPA Türkiye Ofisi, 4. Ülke Programı kapsamında, 2006 yılında, Toplum Gönüllüleri Vakfı (TOG) ile işbirliği içinde ÜSAEP'i başlatmıştır. Proje, genel olarak, *"17-24 yaş arası gençlerin üreme sağlığı ve cinsel sağlık konusunda farkındalıklarını ve bilgilerini artırarak, yeni yaşam becerileri kazandırarak ve onları genç dostu sağlık hizmetlerinin kullanımı için cesaretlendirerek, gençlerde güvenli ve bilinçli davranışa yönelik tutum değişikliği yaratmayı"* amaçlamaktadır (73).

UNFPA, sürdürülebilir kalkınmayı destekleyen nüfus politikaları ve stratejileri oluşturulması konularında faaliyet göstermekte olan bir Birleşmiş Milletler kuruluşudur.

UNFPA her kadının, erkeğin ve gencin sağlıklı ve eşit bir hayat sürdürmesi için çalışmaktadır. UNFPA devletleri yoksulluğu azaltma politikaları geliştirme sürecinde nüfus verilerinin kullanılması için desteklemekte, her hamileliğin istenilen, her doğumun güvenli ve her gencin HIV/AIDS'den korunmuş olması için faaliyet göstermekte, kadınların ve genç kızların hakettiği saygılı muameleyi görmesi için destek vermektedir (74).

UNFPA, Türkiye'de çalışmalarını 1971'den bu yana sürdürmektedir. UNFPA, 2006-2010 yıllarında Türkiye'de 4. Ülke Programını yürütmektedir (74).

TOG, Aralık 2002'den bu yana çalışmalarını yürütmekte olan ve *"gençlerin öncülüğünde ve yetişkinlerin rehberliğinde toplumsal barış, dayanışma ve değişimi hedefleyen"* bir STK'dır. TOG, Türkiye genelinde 88 kampüs bünyesinde öğrenci topluluğu / kulübü olarak faaliyet göstermektedir. 2008 yılı itibariyle, TOG'un gönüllü sayısı 20.584'e ulaşmış; bu gönüllüler tarafından 688 yerel, ulusal, uluslararası proje hayata geçirilmiş ve bu projelerde 278.378 kişiye ulaşılmıştır (75).

Proje çerçevesinde, gerçekleştirilen eğitimlerin içeriği, Y-PEER'in geliştirmiş olduğu akran eğitimi standartları çerçevesinde ve T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün (AÇSAP) katkılarıyla hazırlanmıştır. Proje kapsamındaki eğitmen eğitimleri, Türkiye'de gençlerin CSÜS durumu, akran eğitimi, üreme sistemi ve işlevleri, cinsel sağlık ve gençlik döneminde sık karşılaşılan cinsel sağlık sorunları, gebeliği önleyici yöntemler, CYBE ve HIV/AIDS, toplumsal cinsiyet eşitliği konularını, kendi kendine meme ve testis muayenesi, model üzerinde kondom takma uygulaması ve eğitimin düzeyine göre eğitmenlik becerilerine ve iletişime ilişkin uygulamaları içermektedir.

ÜSAEP kapsamında, gençlere yönelik eğitimler 3 aşamada gerçekleştirilmektedir (75):

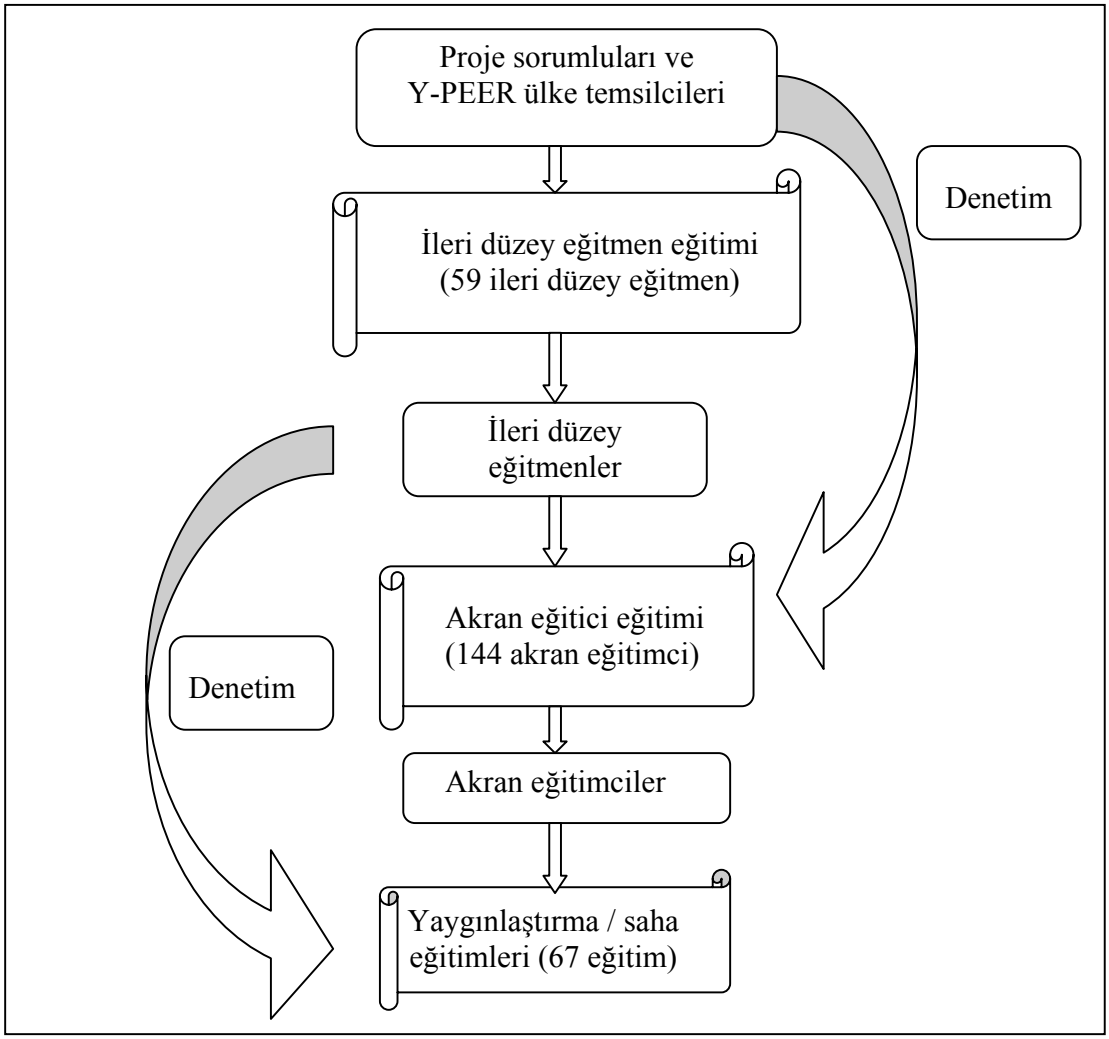
İleri düzey eğitmen eğitimleri: ÜSAEP kapsamında, akran eğitimcileri yetiştirecek kişilerin eğitilmesi amacıyla gerçekleştirilmektedir. Bugüne kadar 4 kere gerçekleştirilen ileri düzey eğitmen eğitimleri, 7 gün sürmektedir. Araştırma tarihine kadar toplam 59 kişi ileri düzey eğitmen eğitimine katılmıştır. Eğitimler, UNFPA Türkiye Ofisi program sorumluları ve Y-PEER ülke temsilcileri (uluslararası Y-PEER

eğitimlerine katılmış kişiler) tarafından verilmekte; çeşitli konularda uzmanlardan destek alınmaktadır. Bu eğitimi alan kişiler, akran eğitici eğitimlerinde "eğitmen"; yaygınlaştırma / saha eğitimlerinde ise "denetçi (süpervizör)" olarak görev yapmaktadır (75).

Akran eğitici eğitimleri: Akran eğitimcileri yetiştirmek üzere gerçekleştirilen 5 günlük eğitimlerdir. İleri düzey eğitmenler tarafından gerçekleştirilmektedir. UNFPA Türkiye Ofisi program sorumluları ya da Y-PEER ülke temsilcilerinden bir kişi eğitimlerde denetçi olarak bulunmaktadır. Araştırma tarihine kadar toplam 8 akran eğitici eğitimi gerçekleştirilmiş ve bu eğitimlerde toplam 144 kişi eğitim almıştır. Bu eğitimi alan kişiler, yaygınlaştırma / saha eğitimlerinde "eğitimci" olarak görev yapmaktadır (75).

Yaygınlaştırma / saha eğitimleri: Sahadaki gençlere ulaşmayı ve onlara CSÜS konularında bilgi aktarmayı, farkındalık oluşturmayı hedefleyen eğitimlerdir. Genellikle iki tam gün olarak gerçekleştirilmektedir. Bu eğitimler, farklı illerdeki "toplum gönüllüleri"nin talepleri doğrultusunda gerçekleştirilmektedir. Araştırma tarihine kadar toplam 67 yaygınlaştırma eğitimi gerçekleştirilmiştir. Bu eğitimler, akran eğitimciler tarafından gerçekleştirilmektedir; ileri düzey eğitmenler ise bu eğitimlerde "denetçi" olarak görev yapmaktadır (75).

ÜSAEP kapsamında gerçekleştirilen eğitimler ve gençlerin üstlendikleri roller Şekil 2.5.1'de özetlenmektedir:



Şekil 2.5.1. ÜSAEP kapsamında gerçekleştirilen eğitimler ve üstlenilen roller (2009).

Yukarıda anlatılan eğitimlerin dışında, Proje kapsamında "tematik eğitimler" adı altında "HIV/AIDS ve sosyal ayrımcılığın önlenmesi" ve "toplumsal cinsiyet ve cinsel yönelimler" konulu iki özel eğitim düzenlenmiş ve isteyen eğitimciler bu eğitimlere de katılmışlardır (75).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yeri

Araştırma, ÜSAEP kapsamında çeşitli düzeylerde eğitim almış kişilere e-posta ve posta yoluyla anket gönderilerek gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, Ankara merkezde toplanmış olup; araştırmaya katılanlar Türkiye'nin farklı illerinde yaşamaktadır.

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

ÜSAEP kapsamında, araştırma tarihine kadar 183 genç "eğitimci" düzeyinde eğitim almıştır. Bunların 59'u ileri düzey eğitimci, diğer kısmı da akran eğitimci düzeyindedir. İleri düzey eğitimcilerden 7'si, aynı zamanda Y-PEER'in düzenlemekte olduğu uluslararası ileri düzey eğitimlere katılmışlar ve projenin ve Y-PEER Türkiye Ağı'nın yönetim kademelerinde görev üstlenmişlerdir (B. Tuğsavul ile kişisel iletişim, 14 Ekim 2009)[1].

ÜSAEP kapsamında eğitim alan akran eğitimciler, ileri düzey eğitimcilerin gözetiminde, yaygınlaştırma eğitimlerinin başlangıç tarihi olan Temmuz 2006'dan, 2009 yılının Haziran ayı sonuna kadar 63 saha eğitimi düzenlemişler ve yaklaşık toplam 1178 gence ulaşarak; onlara üreme sistemi, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, CYBE ve HIV/AIDS ve cinsel sağlık konularında, bilgi vermişlerdir (B. Tuğsavul ile kişisel iletişim, 2 Kasım 2009).

ÜSAEP Kapsamında Eğitim Almış Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'nın evrenini, proje kapsamında gerçekleştirilen ilk eğitimin tarihi olan Nisan 2006'dan, 2009 yılı ilk yarısı sonuna kadar ileri düzey eğitimci ve akran eğitimci düzeyinde eğitim almış gençlerle; yaygınlaştırma eğitimlerine katılmış gençlerden iletişim bilgilerine ulaşılabilenler oluşturmaktadır. Araştırma evrenindeki kişi sayısı itibariyle örneklem seçilmemiş; araştırma evreninin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır.

[1] TOG ÜSAEP Proje Koordinatorü

ÜSAEP kapsamında eğitim alan herkesin iletişim bilgisi bulunmadığından; bu gruptan herkese ulaşmak amaçlanmamış; sadece iletişim bilgisi olanlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Dolayısıyla, araştırma bulgularını ÜSAEP kapsamında eğitim almış gençlerin tamamı için genellemek doğru değildir; bulguların cevaplayıcılar çerçevesinde değerlendirilmesi gerekmektedir.

ÜSAEP kapsamında akran eğitimci eğitimleri ve yaygınlaştırma eğitimleri halen devam etmektedir. Ancak, araştırmanın amaçları doğrultusunda, eğitim alan gençlerin CSÜS alanında aldıkları bilgilerin ne kadarını hatırladıkları ve bunları tutum ve davranışlarına yansıtıp yansıtmadıkları konusunda bilgi sahibi olunmak istendiğinden; yakın geçmişte eğitim alanlar (araştırmanın veri toplama tarihinden önceki son 6 ay içinde) araştırmaya dahil edilmemişlerdir. Diğer yandan, Y-PEER Ağı'nın düzenlediği uluslararası ileri düzey eğitimlere katılan 7 kişi de; bu eğitimden sonra proje kapsamında üstlendikleri farklı görevler ve edindikleri tecrübe sebebiyle, araştırma evreni içerisinde kabul edilmemişlerdir.

Araştırma sırasında, ileri düzey ve akran eğitimcilerden 11'ine, saha eğitimlerine katılmış olan kişilerden de 108'ine mevcut iletişim bilgileri (e-posta ve telefon) geçerli olmadığı için hiçbir şekilde ulaşılamamıştır. Bunun dışında kalan 165 eğitimci ve 388 katılımcıya e-posta veya posta yoluyla anket gönderilmiş; telefon bilgisi olanlar ayrıca telefonla da aranarak, kendilerine çalışma hakkında bilgi verilmiştir.

Bu çerçevede, ÜSAEP Kapsamında Eğitim Almış Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'nın evrenini oluşturan bireylerin araştırmaya katılma durumları ve sıklığı şu şekilde özetlenebilir:

Tablo 3.2.1. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin araştırmaya katılma sıklığı. (2009)

ÜSAEP kapsamında eğitim almış ve iletişim bilgisi bulunan kişiler	**Toplam Sayı**	**İletişim bilgileri geçerli olmadığı için hiç ulaşılamayanlar**	**E-posta veya posta yoluyla anket gönderilenler**	**Katılanların sayısı**	**Katılma sıklığı (%)**
İleri düzey eğitimciler ve akran eğitimciler	176	11	165	123	69,9
Yaygınlaştırma / saha eğitimine katılan gençler	496	108	388	224	45,2
Toplam	672	119	553	347	51,6

3.3. Araştırmanın Tipi

ÜSAEP Kapsamında Eğitim Almış Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması, Nisan 2006'dan Haziran 2009'a kadar Proje kapsamında eğitim almış gençlerin bazı sosyodemografik özellikleriyle birlikte CSÜS alanındaki bilgi, tutum ve davranışlarını saptamayı amaçlayan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Tanımlayıcı Değişkenler:

Sosyodemografik özellikler: ÜSAEP kapsamında eğitim almış kişilerin cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, öğrenim durumu, anne-babalarının öğrenim durumu, bugüne kadar en uzun süre yaşadıkları yer, yaşamakta oldukları ortam, gelir getiren bir işte çalışma durumu, ekonomik durumları ve ailenin ekonomik durumunu nasıl algıladıkları.

ÜSAEP kapsamında üstlenilen roller: Araştırmaya katılanların ÜSAEP kapsamında katıldıkları eğitimlerin düzeyi, katıldıkları eğitimlerin süreleri, ilk katıldıkları ve son katıldıkları eğitimlerin tarihleri, eğitimci ve/ veya denetçi olarak görev yapma durumları ve sıklığı.

3.4.2 Tanımlanan Değişkenler:

CSÜS bilgi düzeyi: Araştırmaya katılanların cinsel sağlık, üreme sistemleri, gebeliği önleyici yöntemler, CYBE ve HIV/AIDS, kondom kullanımı konusundaki bilgi düzeyleri.

CSÜS alanındaki tutumlar: Araştırmaya katılanların, gençlerin CSÜS hakları, çok eşlilik, sağlık kurumuna başvurma, piyasada satılan cinsel içerikli ürünlerin kullanımı, mastürbasyon, danışmanlık hizmetleri, isteyerek düşük, HIV ile yaşayan kişiler, cinsel yönelim, CSÜS ile ilgili bir sorunu paylaşma durumu ile ilgili görüşleri.

CSÜS ile ilişkili bazı davranışlar: Araştırmaya katılanların cinsel ilişki deneyimlerinin olup olmadığı, istenmeyen gebelikler ve CYBE'dan korunma, kendi kendine meme veya testis muayenesi yapma durumu.

CSÜS bilgi ve hizmetlerine ulaşma: Proje öncesi CSÜS bilgisinin temin edildiği kişi ve kurumlar, kendisinin CSÜS bilgi düzeyini nasıl bulduğu, CSÜS bilgisini almak isteyeceği kişi ve kurumlar.

ÜSAEP'e ilişkin görüşler: Projenin cevaplayıcının kendisi ile akranlarına olan faydası konusundaki görüşleri, eğitimle alınan bilgilerin günlük yaşamda paylaşılma durumu, gençlerin CSÜS bilgi ve hizmetlerine ulaşımının önemi ile ilgili görüşler ve öneriler.

3.5. Araştırmanın Veri Kaynakları

ÜSAEP Kapsamında Eğitim Almış Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması, e-posta ve posta aracılığıyla anket doldurma yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla geliştirilen ve toplam 107 sorudan oluşan anket, EK 1'de (s.143) sunulmuştur. Anket aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır:

1. ÜSAEP kapsamında eğitim almış gençlerin sosyodemografik özellikleri,

2. Araştırmaya katılanların ÜSAEP kapsamında üstlendiği roller, katıldıkları eğitimler ve katıldıkları ilk ve son eğitimlerin tarihleri,

3. Araştırmaya katılanların CSÜS bilgisi (üreme sistemi anatomisi, fizyolojisi, gebeliği önleyici yöntemler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, HIV/AIDS, kondom, vb.),

4. Araştırmaya katılanların CSÜS tutum ve değerleri (CSÜS Hakları , toplumsal cinsiyet, cinsel sağlık, gebeliği önleyici yöntemler, CYBE ve HIV/AIDS, cinsel yönelimler, sağlık hizmetlerinden yararlanma, vb.),

5. Araştırmaya katılanların CSÜS'na ilişkin bazı davranışları (cinsel ilişki, korunma, kendi kendine meme ve testis muayenesi, vb.),

6. Araştırmaya katılanların CSÜS konularında bilgi ve sağlık hizmetlerine ulaşımı ve akran eğitimi projesine ilişkin görüşleri.

Anket sorularının belirlenmesinde, bugüne kadar bu alanda yürütülmüş akademik çalışmalardan ve ÜSAEP kapsamında kullanılan eğitim öncesi ve sonrası değerlendirme formlarından yararlanılmıştır.

Anketi hedef gruba ulaştırmak amacıyla "*Zoomerang"* isimli internet sitesi üzerinden hizmet satın alınarak bir hesap açılmıştır. Hazırlanan anket soruları bu hesaba yüklenerek; internet üzerinde anket oluşturulmuştur.

3.6. Araştırmada Kullanılan Terimler, Tanımlar, Göstergeler

İleri düzey eğitmen eğitimi: ÜSAEP kapsamında yürütülmekte olan ileri düzey eğitmen eğitimlerinin amacı, akran eğitimcilere eğitim verecek kişileri yetiştirmektir. Cevaplayıcıların ÜSAEP kapsamında ileri düzey eğitmen eğitimine katılıp katılmadıkları kendi beyanlarından öğrenilmiş ve Proje kayıtlarıyla teyit edilmiştir. İki bilgi arasındaki uyumsuzluk halinde, Proje kayıtları esas alınmıştır.

Akran eğitici eğitimi: Beş günlük bu eğitimler, sahada yaygınlaştırma eğitimini yürütecek akran eğitimcilerin yetiştirilmesini amaçlamaktadır ve ileri düzey eğitmenler tarafından yürütülmektedir. Cevaplayıcıların ÜSAEP kapsamında akran eğitici eğitimine katılıp katılmadıkları kendi beyanlarından öğrenilmiş ve Proje kayıtlarıyla teyit edilmiştir. İki bilgi arasındaki uyumsuzluk halinde, Proje kayıtları esas alınmıştır.

Yaygınlaştırma eğitimi / saha eğitimi: Akran eğitimciler tarafından 17-24 yaş arası gençlere yönelik olarak gerçekleştirilen, süresi yarım gün ile 2 gün arasında değişen eğitimlerdir. Cevaplayıcıların ÜSAEP kapsamında yaygınlaştırma / saha eğitimlerine katılıp katılmadıkları kendi beyanlarından öğrenilmiştir.

Eğitimci: İleri düzey eğitmen eğitimine ya da akran eğitimci eğitimine katılmış kişileri ifade etmektedir. Bu kişilerin ÜSAEP kapsamında aktif olarak eğitim verip vermedikleri ve verdilerse bu eğitimlerin sayısı kendi beyanlarından öğrenilmiştir.

Denetçi (süpervizör): İleri düzey eğitmen olup, akran eğitici eğitimlerinde ya da yaygınlaştırma eğitimlerinde eğitimcileri izlemekle ve onlara geribildirim vermekle yükümlü kişileri ifade etmektedir. Proje kapsamında "süpervizör" terimi kullanılmaktadır; ancak tez çalışmasında "süpervizör" sözcüğü yabancı dilden geldiği için "denetçi" teriminin kullanılması tercih edilmiştir. Cevaplayıcıların ÜSAEP kapsamında denetçi olarak görev yapıp yapmadıkları ve yaptılarsa bunların sayıları yine kendi beyanlarından öğrenilmiştir.

CSÜS bilgi puanı: Ankette 26 adet cevaplayıcıların "doğru", "yanlış", "fikrim yok" seçeneklerinden birini işaretleyebildikleri bilgi sorusu yer almaktadır. Ayrıca, bebeğin anne karnında büyüdüğü organ, CYBE'lerin isimler, GÖY'lerin isimleri ve aşı ile korunulabilen CYBE'ler olmak üzere dört adet açık uçlu soru bulunmaktadır. Bu sorulara verilen doğru yanıtlar 1'er puan olarak hesaplanarak; toplam 30 puan üzerinden CSÜS bilgi puanı oluşturulmuştur. CSÜS bilgi puanının hesaplanması, Bölüm 4.3, sayfa 71'te daha detaylı anlatılmaktadır.

UNGASS Gençlerin HIV Bilgisi Göstergesi: 2001 yılında gerçekleştirilen Birleşmiş Milletler Genel Kurulu HIV/AIDS Özel Oturumu'nda (UNGASS) 189 ülke tarafından kabul edilmiş olan HIV/AIDS Kararlılık Bildirgesi'nin izlenmesine yönelik olarak UNAIDS, dört farklı alanda bir dizi gösterge geliştirmiştir. Bu alanlar; (i) ulusal kararlılık ve harekete geçme; (ii) ulusal bilgi ve davranış; (iii) ulusal etki ve (iv) küresel kararlılık ve harekete geçmedir. UNAIDS'in "ulusal bilgi ve davranış" alanında geliştirdiği ve ülkelerin HIV/AIDS'le ilgili raporlamalarında kullanılmasını öngördüğü göstergelerden biri de "15-24 yaş arası genç kadın ve erkeklerden HIV'in cinsel yolla geçişinden korunma yollarını doğru olarak bilenler ve aynı zamanda HIV'in bulaş yollarına ilişkin belli başlı yanlış inanışları inkâr edebilenlerin yüzdesi"dir (76). Bu gösterge, aynı zamanda, Binyıl Kalkınma Hedefleri'nden (MDG'ler) Hedef 6: HIV/AIDS, Sıtma ve Diğer Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele'nin izlenmesinde kullanılan göstergelerden biridir (77). Göstergenin amacı, HIV'in geçişiyle ilgili temel ve doğru bilgiye evrensel ulaşımın değerlendirilmesidir. Göstergenin hesaplanmasında aşağıdaki beş soruya verilen yanıtlar dikkate alınmaktadır:

1. HIV taşımayan ve sadece birbirleriyle cinsel ilişki yaşayan bir çift için HIV bulaşma riski azalır mı?
2. HIV bulaşma riski her cinsel ilişkide kondom kullanılarak azaltılabilir mi?
3. Sağlıklı görünen bir kişide HIV bulunabilir mi?
4. HIV sivrisinek ısırığı ile bulaşabilir mi?
5. HIV veya AIDS ile yaşayan biriyle aynı yemeği paylaşmakla HIV bulaşabilir mi?

Gösterge şu şekilde hesaplanmaktadır:

$$\frac{\text{Beş sorunun hepsine doğru yanıt verenlerin sayısı}}{\text{Tüm cevaplayıcıların sayısı}} \times 100 \qquad (3.6.1)$$

Araştırmada kapsamında bu beş soru anket içerisindeki diğer bilgi sorularının arasında yer almıştır ve cevaplayıcılar "doğru", "yanlış" ve "fikrim yok" seçeneklerinden birini işaretlemişlerdir. "Fikrim yok" seçeneği yanlış olarak kabul edilerek; beş sorunun hepsine birden doğru yanıt veren cevaplayıcıların sayısı hesaplanmış ve yukarıdaki formül kullanılarak gösterge elde edilmiştir.

Cinsel ilişkide bulunma durumu: Ankette "cinsel ilişki" kavramı, birleşmeyle sonuçlanan cinsel ilişki olarak açıklanmış ve araştırmaya katılanların şimdiye kadar cinsel ilişkide bulunup bulunmadıkları kendi beyanlarından öğrenilmeye çalışılmıştır.

UNGASS İlk Cinsel İlişki Yaşı Göstergesi: UNAIDS tarafından önerilen ve HIV/AIDS Kararlılık Bildirgesi'nin izlenmesinde kullanılan "ulusal bilgi ve davranış" alanındaki bir başka gösterge de "15-24 yaş arası genç kadın ve erkeklerden, ilk cinsel ilişkisini 15 yaşından erken yaşayanların yüzdesi"dir. Bu göstergenin amacı, 15-24 yaş arasındaki genç kadın ve erkeklerin ilk cinsel ilişki yaşının izlenmesidir. Bununla birlikte, UNAIDS, 15 yaşının altında ilk cinsel ilişkisini yaşayan kişilerin sayıca az olduğu ülkelerde alternatif olarak, "20-24 yaş arası genç kadın ve erkeklerden, ilk cinsel ilişkisini 18 yaşından erken yaşadığını beyan edenlerin yüzdesi" göstergesinin kullanılabileceğini belirtmektedir (76).

Bu göstergelerin hesaplanması için, araştırmaya katılanlara öncelikle, "şimdiye kadar hiç birleşmeyle sonuçlanan cinsel ilişkide bulundunuz mu?" sorusu sorulmuştur. Cevabı "evet" olanların, "ilk kez kaç yaşında cinsel ilişkide bulundunuz?" sorusunu cevaplamaları istenmiştir. Buna göre, göstergeler şu şekilde hesaplanmıştır:

$$\frac{\text{İlk kez 15 (18) yaşından önce cinsel ilişkide bulunduğunu söyleyenlerin sayısı}}{\text{Tüm cevaplayıcıların sayısı}} \times 100 \qquad (3.6.2)$$

3.7. Araştırmada Kullanılan Anketin Ön Denemesi

Araştırma kapsamında geliştirilen anketin ön denemesi, 8-25 Kasım 2009 tarihlerinde, e-posta aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla, çalışmanın amacını ve kapsamını anlatan ve cevaplayıcıların anketin bulunduğu internet sayfasına

erişebilecekleri bir bağlantı adresi içeren bir e-posta metni hazırlanmış ve UNFPA'in yürüttüğü diğer çalışmalar kapsamında akran eğitimci eğitimlerine katılmış kişilerle paylaşılmıştır. Aynı zamanda, Y-PEER Ağı'nın düzenlediği uluslararası ileri düzey eğitimlere katılanlar da ön denemeye dahil edilmişlerdir.

Ön denemeye dahil edilen kişilerden, aynı zamanda, anketi kaç dakikada doldurdukları ve anlaşılmayan sorular olup olmadığı konusunda da bilgi vermeleri istenmiştir.

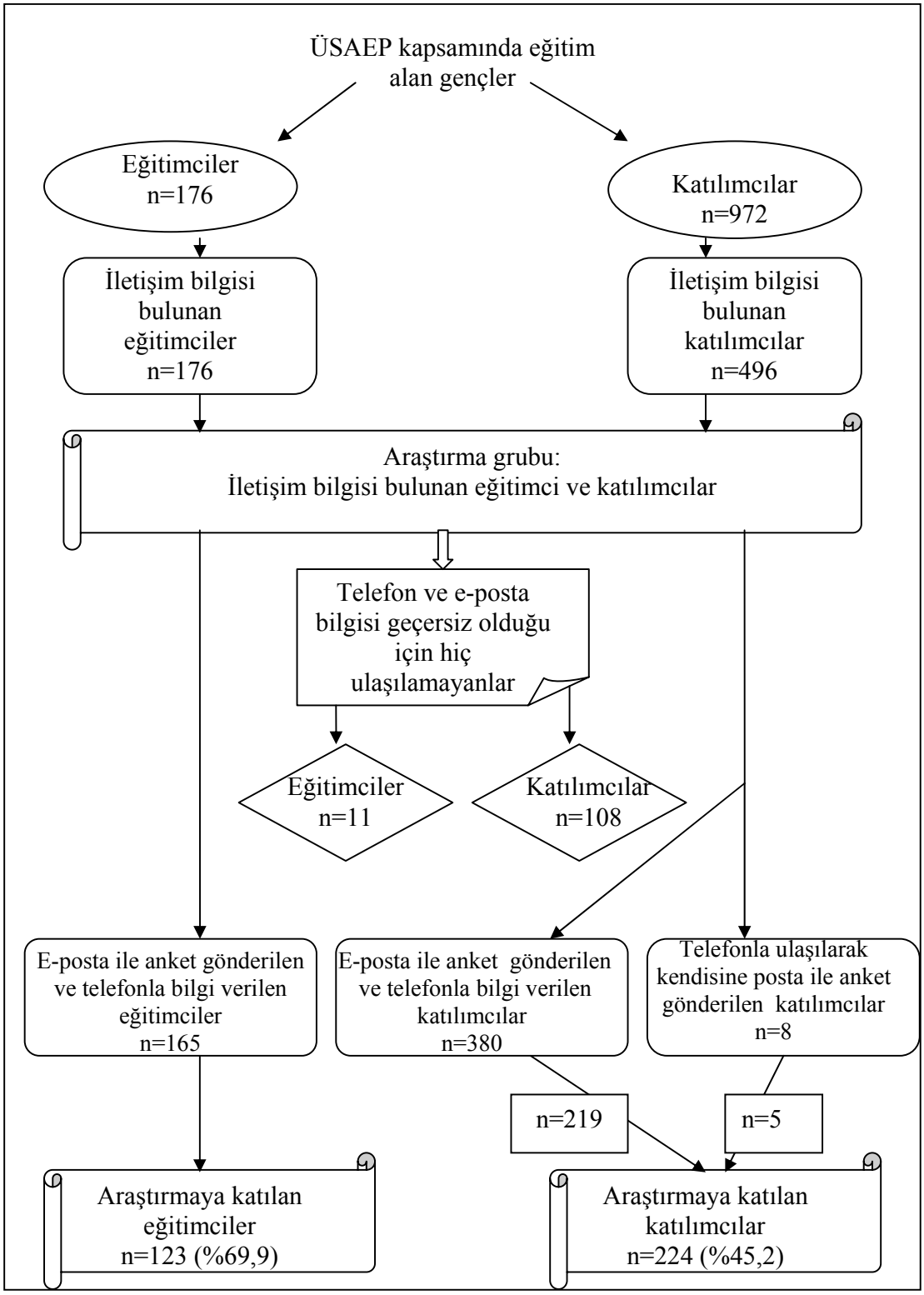
İnternet üzerinden paylaşılan ön deneme anketini 15 kişi doldurmuştur. Cevaplayıcıların yaptıkları bilgilendirmeye göre ortalama cevaplama süresi 23.7 dakikadır.

İnternet üzerinden doldurulan anketler tek tek değerlendirilmiş ve soruların işleyip işlemediği kontrol edilmiştir. Aynı zamanda da cevaplayıcılardan gelen görüşler biraraya getirilerek; anlaşılması güç olan sorular belirlenmiştir. Bu bilgiler çerçevesinde anketten 9 soru çıkarılarak, cevaplama süresi kısaltılmaya çalışılmıştır. Ayrıca, 4 soruda değişiklik yapılarak; anket son haline getirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Veri Toplama Biçimi

ÜSAEP, Türkiye'nin farklı illerindeki gençlere ulaşmayı amaçlayan bir projedir. Proje kapsamında ulaşılan gençlerin büyük bir kısmı üniversite öğrencileri olsa da; bunların hepsinin biraraya gelmesi mümkün olmamaktadır. Dolayısıyla bu gençlere ulaşarak gözlem altında veya yüz yüze görüşme ile anket doldurmak mümkün değildir. Bu gençlerin, büyük çoğunluğunun öğrenci olmaları sebebiyle projenin başladığı 2006 yılından bu yana yer değiştirmiş olabilecekleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Dolayısıyla, Proje kapsamında eğitim almış gençlere fiziksel olarak ulaşma olasılığı düşüktür. Bu nedenlerden dolayı, araştırma kapsamında veri toplama yöntemi olarak e-posta yoluyla anket doldurma yöntemi tercih edilmiştir. Ancak, söz konusu gençlerin internet erişimlerinin olmaması ihtimaline karşın, posta yoluyla anket doldurma yöntemi de alternatif olarak belirlenmiştir.

Verilerin toplanması 29 Kasım 2009 tarihinde başlamış ve dört hafta sürmüştür. Araştırmanın akış şeması ve veri toplama biçimi Şekil 3.8.1'de görülebilir:



Şekil 3.8.1. Araştırmanın akış şeması ve veri toplama biçimi (2009)

Bu süreçte ilk aşamada, e-posta bilgileri mevcut olan eğitimcilere (ileri düzey ve akran eğitimci) ve yaygınlaştırma eğitimlerinin katılımcılarına, anket e-posta aracılığıyla gönderilmiştir. Hedef gruba gönderilen e-postada, çalışmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilmiş ve belli bir tarihe kadar e-postada belirtilen internet sayfası adresine girip, anketi doldurarak çalışmaya katkı sağlayabilecekleri belirtilmiştir. İlk aşamada e-posta bilgisi bulunmayan veya e-posta adresi hatalı olduğu için kendisine anket ulaştırılamayan kişilerden geçerli bir telefon bilgisi bulunanlar, telefon ile aranarak kendilerine sözlü olarak çalışma hakkında açıklama yapılmış ve uygun gördükleri takdirde kendilerine e-posta yoluyla anket gönderilebileceği belirtilmiştir. Bu kişilerden çalışmaya katılmaya istekli olanlara e-posta yoluyla ankete ulaşabilecekleri internet sayfası adresi gönderilmiştir. İnternet erişimi olmayan 8 kişiye ise anket posta yoluyla gönderilmiştir.

Verilerin toplanması aşamasında, cevaplama durumunu takip edebilmek amacıyla detaylı bir takip çizelgesi oluşturulmuştur. Çizelgede, her potansiyel cevaplayıcı için isim-soyad, e-posta adresi, telefon bilgisi, e-postanın ilk gönderildiği tarih, gerektiği takdirde ikinci kez gönderildiği tarih, telefon bilgisi olanların arandıkları tarihler, hatırlatma mesajlarının gönderildiği tarihler ve son durumu belirten alanlar oluşturulmuştur. Her potansiyel cevaplayıcıya, ilk e-postayı takiben hatırlatma amacıyla en az 1-2 gün arayla iki e-posta daha gönderilmiş; diğer yandan da bu kişiler telefonla aranarak sözel olarak da çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Hizmet satın alınan internet sayfası üzerinden anketin hangi e-posta adreslerine gönderildiği ve hangilerinin anketi doldurmuş olduğu görülebilmektedir. Bu sayede, cevaplayıcılar, düzenli olarak internet sayfası aracılığıyla belirlenerek çizelgeye not edilmiştir; böylelikle bu kişilerin tekrar tekrar aranmasının önüne geçilmiştir. Farklı günlerde ve farklı saatlerde en az 3 kere aranmasına rağmen ulaşılamayan ve/veya en az 3 e-posta mesajına rağmen anketi cevaplamayanlar, "anketi cevaplamayacak" olarak kabul edilmişlerdir.

3.9. Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırmada toplanan veriler, 6-10 Ocak 2010 tarihleri arasında SPSS 15.0 bilgisayar paket programında oluşturulan veri setine girilmiştir. Veri kontrolleri

yapıldıktan sonra analiz aşamasına geçilmiştir. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 15.0 bilgisayar paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin özetlenmesinde yüzde dağılımları; analizlerde, Ki-Kare testi ve İki Grup Arasındaki Ortalamaların Önemlilik Testi kullanılmıştır. Tüm testler için önemlilik sınırı (p değeri) 0,05 olarak alınmıştır.

3.10. Araştırma İzinleri ve Etik Konular

Araştırma, TOG ve UNFPA işbirliğiyle yürütülmekte olan ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlere ulaşmayı amaçladığından, araştırmanın yürütülmesi, kişilerin iletişim bilgilerine ulaşılması ve bu bilgilerin kullanılması, araştırmanın sonuçlarının tez çalışmasında kullanılmasına yönelik UNFPA'ten yazılı ve TOG'dan sözlü izin alınmıştır. UNFPA'ten alınan izin yazısı EK 2'de görülebilir.

Araştırmacı, tez çalışmasına başlamadan önce Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından hazırlanan Etik Sözleşme'yi imzalamış ve çalışma süresince düzenli olarak araştırma defterine gelişmeleri not etmiştir.

Verilerin toplanması sırasında, araştırma evreninde bulunan kişilere gönderilen e-postalarda, mektuplarda ve anketlerin üzerinde çalışmanın amacı belirtilmiş ve kimlik bilgilerinin gizli kalacağı bilgisi verilmiştir. Cevaplayıcılardan anketlerde isim belirtmeleri istenmemiştir. Telefonla aranan kişilere de sözel olarak araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında detaylı bilgi verildikten sonra; çalışmaya katılmaya gönüllü olmaları halinde, kendilerinden e-posta veya posta adresleri istenmiştir. Çalışmanın yürütülmesi gönüllülük esasına bağlı olduğundan; çalışmaya katılmak istemediğini söyleyen kişiler tekrar aranmamışlardır. Sadece anketi dolduracağını söyleyen kişilere e-posta ve/veya telefon yoluyla hatırlatma yapılmıştır.

Araştırma sırasında, araştırmaya katılanların mahremiyetlerinin korunması konusuna özen gösterilmiştir. Veri toplanması amacıyla kullanılan internet sitesi, istenildiği takdirde anketi dolduranların e-posta adreslerinin araştırmacı tarafından görüntülenmesine olanak vermektedir. Bu, hedef grubun takibine ve gerekli hatırlatmaların yapılabilmesine imkan sağlamıştır. Tüm bu bilgilere ve site üzerinden doldurulmuş anketlere erişim bir şifre aracılığıyla ve sadece araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. E-posta adresleriyle sorulara verilen cevaplar arasında,

cevaplayıcının Proje dahilinde hangi düzey eğitimlere katıldığı sorusu haricinde herhangi bir eşleştirme yapılmamıştır. Cevaplayıcının Proje dahilinde hangi düzey eğitimlere katıldığı bilgisi, Proje kayıtlarıyla karşılaştırılarak teyit edilmiştir. Posta yoluyla geri dönen anketler de gönderici bilgisi alınmadan verisetine girilmiştir.

Tez çalışması, insan ve hayvanlar üzerinde deney niteliği taşımamaktadır. Ancak kişisel bilgilerin toplanmasını gerektirdiğinden Hacettepe Üniversitesi Senato Etik Komisyonu'na gerekli izin için başvuruda bulunulmuştur ve 16 Aralık 2009 tarihli yazıyla, araştırmanın etik açıdan uygun bulunduğu bildirilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Senato Etik Komisyonu izin yazısı EK 3'te görülebilir.

Araştırmanın sonucunda, UNFPA ve TOG'a araştırmanın bulgularını ve gençlere yönelik yürütülen CSÜS akran eğitimi çalışmalarının geliştirilmesine yönelik önerileri içeren bir rapor sunulacaktır.

3.11. Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar

ÜSAEP kapsamında gerçekleştirilen saha eğitimlerinde, katılımcıların isim ve iletişim bilgileri (telefon, e-posta) genellikle alınmaktadır. Ancak bu bilgilerin toplanması ve biraraya getirilmesinde zaman zaman sıkıntılar yaşanmaktadır. Bazı gençler kişisel bilgilerini paylaşmaktan kaçınmaktadırlar. Zaman zaman da toplanan iletişim bilgilerinin merkez ofise gönderilmesinde gecikmeler olmaktadır. Tüm bu sebeplerle, Projenin başlangıcından 2009 yılının Haziran ayı sonuna Proje kapsamında eğitim alan herkese ulaşmak mümkün olmamıştır.

Çalışmanın veri toplama aşamasında karşılaşılan güçlüklerin başında, aradan geçen zaman içinde değiştiği için veya Proje kayıtlarına baştan yanlış girildiği için ulaşılamayan e-posta adresleri ve telefon bilgileri gelmektedir. Bunlardan telefon yoluyla ulaşılabilenlerden geçerli bir e-posta adresi alınmıştır; ancak 119 kişiye hiçbir şekilde ulaşılamamıştır. Çalışma sırasında telefon bilgisi bulunan herkesin tek tek aranarak çalışma hakkında bilgi verilmesi de çalışmanın bir diğer zorluğunu oluşturmuştur.

İnternet erişimi bulunmadığı için anketi posta yoluyla doldurmak isteyen 7 kişinin Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde bir ilçede bulunması; güvenlik sorunu

nedeniyle kargo şirketinin dağıtımı geç yapması nedeniyle, anketlerin katılımcılara ulaştırılmasında gecikmelere sebep olmuştur. Bu kişilerden gelecek anketlerin beklenmesi, veri toplama aşamasının uzamasına yol açmıştır.

3.12. Araştırmanın Kısıtlılıkları

ÜSAEP Kapsamında Eğitim Almış Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması, sadece eğitimlere katılanların CSÜS'na ilişkin bilgi, tutum ve davranış açısından durumunu ortaya koymakta; gerçekleştirilen eğitimlerin etkililiğine ya da Projenin etkisine ilişkin bir kanıt sunmamaktadır. Araştırma kapsamında elde edilen bulgulardaki kişiler arasındaki farklılıklar çeşitli etkenlere bağlı olabilir. Bu eğitimler, katılanların başlıca işi olmadığından; eğitimlerdeki motivasyonlarını koruyamamış olup; hedef davranıştan uzaklaşmış olabilirler. Bu kişilerin eğitim aldıkları tarih de aynı değildir. Bu nedenle, aradan geçen sürede bilgi kaybı olmuşmuş olabilir. Araştırmanın diğer bir kısıtı ise, anketlerin gözlem altında doldurulmamış olması sebebiyle; cevaplayıcıların bilgi sorularını yanıtlarken başka kaynaklardan yardım almış olabileceğidir.

3.13. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

GÖREV VE AKTİVİTELER	2009										2010
	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM	KASIM	ARALIK	OCAK
Tez konusunun belirlenmesi											
Literatür taranması											
Anket formlarının hazırlanması											
Tez önerisi sunumu											
Gerekli izinlerin alınması											
Ön denemenin yapılması											
Anketlerin uygulanması											
Verilerin veri tabanına girilmesi											
Verilerin analizi											
Tez yazımı											
Araştırmanın sunumu											

3.14. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçesini oluşturan ana kalemler aşağıda sunulmaktadır.

Tablo 3.14.1. Araştırmanın bütçesi (Ankara, 2009)

Aktivite	**Birim**	**Birim Fiyat (TL)**	**Toplam (TL)**
E-anket hizmet alımı (www.zoomerang.com)	2 ay	88,5 / ay	177
Kargo (anket gönderimi)	8 anket	6 / gönderim	48
Telefon giderleri*	450 kişi x 2dakika	0.2 / dakika	180
Anket basımı	8 adet x 9 sayfa	0.1 / sayfa	7,2
Rapor basımı	18 adet	10 / adet	180
Toplam			592,2

* Telefon giderleri, telefon bilgisi bulunmayanlar dışındaki kişilerle ortalama 1 kere ve 2 dakika süreyle konuşulduğu varsayılarak hesaplanmıştır.

4. BULGULAR

ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'nın bulguları aşağıda altı bölüm halinde sunulmaktadır:

4.1. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların Bazı Sosyodemografik Özellikleri.

4.2. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların Projede Üstlendikleri Rollere İlişkin Özellikleri.

4.3. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların CSÜS Bilgi Durumları.

4.4. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların CSÜS'na İlişkin Bazı Tutumları.

4.5. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların CSÜS'na İlişkin Bazı Deneyimleri.

4.6. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların CSÜS Bilgi ve Hizmetlerine Ulaşımı ve ÜSAEP Hakkındaki Bazı Görüşleri.

Araştırmaya katılanlara ait bulgular genel olarak iki ana grup halinde sunulmaktadır. Bu gruplardan **"eğitimci"**ler, Proje kapsamındaki farklı düzeylerdeki eğitimci eğitimlerinden en az birine katılmış olan bireylerdir. **"Katılımcı"**lar ise, ÜSAEP kapsamında sadece yaygınlaştırma / saha eğitimine katılmış kişilerdir. Proje ile ilgili daha detaylı bilgi için Bölüm 2.5, sayfa 28'e bakılabilir. Araştırma kapsamında anketi cevaplayan eğitimcilerin yüzdesi toplam cevaplayıcılar içinde % 35,4 (n=123); katılımcıların yüzdesi ise 64,6'dır (n=224).

4.1. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların Bazı Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan eğitimci ve katılımcıların cinsiyet ve yaşa göre dağılımları Tablo 4.1.1. ve Tablo 4.1.2'de özetlenmiştir:

Tablo 4.1.1. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların cinsiyete göre dağılımı. (2009)

Cinsyet	Eğitimci		Katılımcı	
	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	61	49,6	91	40,6
Kadın	62	50,4	133	59,4
Toplam	123	100,0	224	100,0

Tablo 4.1.2. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların yaşa göre dağılımı. (2009)

Yaş	Eğitimci		Katılımcı	
	Sayı	%	Sayı	%
16-19	0	-	21	9,4
20-24	72	59,0	170	76,2
25+	50	41,0	32	14,3
Toplam*	122	100,0	223	100,0
Ortalama ± SS	24,0 ± 2,1		22,3 ± 2,5	
En küçük - en büyük değer	20-29		16-33	
Ortanca	24,0		22,0	

* Bir eğitimci ve bir katılımcı yaşını belirtmemiştir.

Araştırmaya katılan eğitimcilerin % 49,6'sı (n=61) erkek, % 50,4'ü (n=62) kadındır. Katılımcıların ise; % 40,6'sı (n=91) erkek ve % 59,4'ü (n=133) kadındır. Eğitimciler için yaş ortancası 24 yıl (ortalama ± SS= 24,0±2,1 yıl); katılımcılar için yaş

ortancası 22 yıl (ortalama ± SS= 22,3±2,5 yıl) olarak hesaplanmıştır. Eğitimciler ve katılımcılar arasındaki yaş farkı istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p=0,00).

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 4.1.3'te verilmiştir:

Tablo 4.1.3. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların medeni durumlarına göre dağılımı. (2009)

Medeni Durum	Eğitimci		Katılımcı	
	Sayı	%	Sayı	%
Bekar	68	55,3	141	63,2
Kız / erkek arkadaşı var	45	36,6	71	31,8
Sözlü / nişanlı	3	2,4	7	3,1
Evli	4	3,3	4	1,8
Diğer	3	2,4	0	-
Toplam*	123	100,0	223	100,0

* Bir katılımcı medeni durumunu belirtmemiştir.

Araştırmaya katılan eğitimcilerin % 55,3'ü bekar olduklarını, % 36,6'sı kız veya erkek arkadaşı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların ise % 63,2'si bekar olduğunu ve % 31,8'i kız veya erkek arkadaşı olduğunu ifade etmiştir. Araştırmaya katılanlar içinde evli olanların sayısı düşüktür (n=8).

Tablo 4.1.4'te araştırmaya katılanların öğrenim durumları özetlenmiştir. Buna göre eğitimcilerin % 59,3'ü (n=73); katılımcıların ise % 69,5'i (n=153) halen öğrenimlerine devam etmektedir. Halen öğrenim görmekte olanların büyük bir kısmı (eğitimcilerin % 85,5'i; katılımcıların % 82,4'ü), öğrenimlerini yüksekokul veya üniversite düzeyinde sürdürmektedir. Halen öğrenim görülen okulların tamama yakını (% 95,8) devlete ait okullardır. Eğitimcilerin % 46,3'ü (n=57) lise, % 47,2'si (n=58) yüksekokul / üniversite mezunu olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların ise, % 56,5'i (n=121) lise, % 35,5'i (n=76) yüksekokul / üniversite mezunudur.

Tablo 4.1.4. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların öğrenim durumlarına göre dağılımı. (2009)

Öğrenim Durumuna İlişkin Değişkenler	Eğitimci		Katılımcı	
	Sayı	%	Sayı	%
Halen öğrenim görme durumu				
Evet	73	59,3	153	69,5
Hayır	50	40,7	67	30,5
Toplam*	123	100,0	220	100,0
Halen öğrenim gördükleri okul				
Lise	0	-	9	5,9
Yüksekokul / üniversite	59	85,5	126	82,4
Yükseklisans / doktora	9	13,0	15	9,8
Diğer	1	1,4	3	2,0
Toplam**	69	100,0	153	100,0
Öğrenim görmekte oldukları okulun statüsü				
Devlet okulu	63	94,0	143	96,6
Özel okul	4	6,0	5	3,4
Toplam***	67	100,0	148	100,0
En son mezun oldukları okul				
İlköğretim terk	0	-	1	0,5
İlköğretim	0	-	8	3,7
Lise	57	46,3	121	56,5
Yüksekokul / üniversite	58	47,2	76	35,5
Yükseklisans / doktora	8	6,5	7	3,3
Diğer	0	-	1	0,5
Toplam**	123	100,0	214	100,0

* Dört katılımcı "halen öğrenim görme durumu"nu belirtmemiştir.
** Dört eğitimci "halen öğrenim görmekte oldukları okul"un türünü belirtmemiştir.
*** Altı eğitimci ve beş katılımcı öğrenim görmekte oldukları okulun statüsünü belirtmemişlerdir.
**** On katılımcı en son mezun oldukları okulu belirtmemişlerdir.

Tablo 4.1.5. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların anne ve babalarının öğrenim durumlarına göre dağılımı. (2009)

Anne – Baba Öğrenim Durumu	Eğitimci		Katılımcı	
	Sayı	%	Sayı	%
Annenin öğrenim durumu				
Okuryazar değil	16	13,0	20	9,0
İlkokul terk	5	4,1	19	8,6
İlkokul	40	32,5	79	35,6
Ortaokul	15	12,2	22	9,9
Lise	26	21,1	57	25,7
Yüksekokul / Üniversite	20	16,3	24	10,8
Yükseklisans / Doktora	1	0,8	1	0,5
Toplam*	123	100,0	222	100,0
Babanın öğrenim durumu				
Okuryazar değil	5	4,1	3	1,4
İlkokul terk	5	4,1	12	5,4
İlkokul	14	11,4	61	27,6
Ortaokul	24	19,5	33	14,9
Lise	31	25,2	53	24,0
Yüksekokul / Üniversite	44	35,8	54	24,4
Yükseklisans / Doktora	0	-	5	2,3
Toplam**	123	100,0	221	100,0

* İki katılımcı annelerinin öğrenim durumunu belirtmemiştir.
** Üç katılımcı babalarının öğrenim durumunu belirtmemiştir.

Araştırmaya katılanların % 10,4'ünün annelerinin okuryazar olmadığı, % 34,4'ünün ise ilkokul mezunu olduğu gözlenmektedir. Babalarının öğrenim durumuna bakıldığında ise, % 21,8'inin babasının ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların % 12,8'inin anneleri, % 28,5'inin ise babaları yüksekokul / üniversite mezunudur.

Tablo 4.1.6. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların yaşam yerleri ve ortamlarına göre dağılımı. (2009)

Yaşanılan Yerin Özellikleri	Eğitimci		Katılımcı	
	Sayı	%	Sayı	%
Bugüne kadar en uzun süre ikamet ettikleri yer				
İl merkezi	93	75,6	141	63,2
İlçe merkezi	25	20,3	70	31,4
Köy	5	4,1	9	4,0
Diğer	0	-	3	1,3
Toplam*	123	100,0	223	100,0
Bugüne kadar en uzun süre ikamet ettikleri yerin bağlı olduğu il				
Ankara	13	10,7	11	5,0
İstanbul	18	14,8	40	18,0
İzmir	11	9,0	14	6,3
Diğer	80	65,5	157	70,7
Toplam**	122	100,0	222	100,0
Halen yaşamakta oldukları ortam				
Aileyle birlikte evde	55	44,7	96	43,0
Arkadaş(lar)la birlikte evde	41	33,3	64	28,7
Tek başına evde	14	11,4	21	9,4
Akrabalarla birlikte evde	2	1,6	5	2,2
Yurtta / misafirhanede	5	4,1	29	13,0
Abla-ağabey-kardeş ile birlikte evde	2	1,6	4	1,8
Diğer	4	3,3	4	1,8
Toplam*	123	100,0	223	100,0

* Bir katılımcı bugüne kadar en uzun süre ikamet ettiği yeri ve halen yaşamakta olduğu ortamı belirtmemiştir.
** Bir eğitimci ve iki katılımcı bugüne kadar en uzun süre ikamet ettikleri yerin bağlı olduğu ili belirtmemişlerdir.

Araştırmaya katılan eğitimcilerin % 75,6'sı (n=93), katılımcıların % 63,2'si (n=141), bugüne kadar en uzun süre ikamet ettikleri yerin il merkezi olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmaya katılanların % 68,9'u, bugüne kadar en uzun süre ile

Ankara, İstanbul ve İzmir dışındaki illere bağlı yerleşim yerlerinde yaşamışlardır. Eğitimcilerin % 44,7'si, katılımcıların da % 43'ü halen aileleriyle birlikte kalmaktadır. Araştırmaya katılanların % 30,3'ü ise arkadaşlarıyla birlikte evde yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.1.7'de araştırmaya katılanların gelir kaynakları ve gelir durumları özetlenmiştir:

Tablo 4.1.7. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların ekonomik durumlarına göre dağılımı. (2009)

Ekonomik Durum	Eğitimci		Katılımcı	
	Sayı	%	Sayı	%
Gelir kaynağı*	n=123		n=223	
Aile	63	51,2	149	66,5
Tam zamanlı iş	55	44,7	49	21,9
Burs	31	25,2	64	28,6
Yarım zamanlı iş	12	9,8	24	10,7
Sezonluk iş	10	8,1	17	7,6
Diğer	3	2,4	8	3,6
Aylık toplam harçlığı / geliri (TL)				
<350	18	14,9	68	32,5
351-600	27	22,3	69	33,0
601-1.000	33	27,3	34	16,3
>1.000	43	35,5	38	18,2
Toplam**	121	100,0	213	100,0
Ortalama ± SS	1.049,8 ±826,0		667,5 ±546,3	
En küçük - en büyük değer	28,0 - 4.500,0		15,0 – 3.000,0	
Ortanca	800,0		500,0	
Ailenin ekonomik durumunu değerlendirme				
Kötü	11	8,9	26	11,7
Orta	84	68,3	145	65,3
İyi	28	22,8	51	23,0
Toplam***	123	100,0	222	100,0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiş olup; yüzdeler toplam kişi sayıları (n) üzerinden verilmiştir.
**İki eğitimci ve on bir katılımcı aylık toplam harçlık / gelirini belirtmemişlerdir. Dört katılımcı da gelirlerini 0 TL olarak belirtmiş olup; bunlar değerlendirmeye katılmamıştır.
*** İki katılımcı ailelerinin ekonomik durumu hakkında bilgi vermemişlerdir.

Araştırmaya katılan eğitimci ve katılımcıların gelir kaynakları arasında ilk sırada aile gelmektedir (% 61,1). Bunu eğitimcilerden % 44,7 ile (n=55) tam zamanlı iş; katılımcılarda ise % 28,6 ile (n=64) burs izlemektedir. Eğitimcilerin aylık toplam harçlık / gelirinin ortanca değeri 800 TL (ortalama±SS= 1.049,8±826,0 TL); katılımcıların ise 500 TL (ortalama±SS= 667,5±546,3 TL) olarak hesaplanmıştır. Eğitimcilerin % 68,3'ü, katılımcıların % 65,3'ü ailelelerinin ekonomik durumunu "orta düzey"de bulduklarını belirtmişlerdir.

4.2. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların Projede Üstlendikleri Rollere İlişkin Özellikleri

ÜSAEP kapsamında "eğitimciler"in katılmış oldukları eğitimler Tablo 4.2.1'de sunulmuştur. Eğitimcilerin tanım gereği, ileri düzey eğitmen eğitimi ve akran eğitici eğitimlerinden en az birine katılmış olmaları gerekmektedir. Eğitimciler, ayrıca, yaygınlaştırma eğitimlerine ve tematik eğitimlere de katılmış olabilmektedirler. Proje kapsamındaki eğitimler hakkında daha detaylı bilgi Bölüm. 2.5, sayfa 28'de bulunabilir.

Tablo 4.2.1. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılan eğitimcilerin aldıkları eğitimlere ve cinsiyete göre dağılımları. (2009)

	Erkek		**Kadın**		**Toplam**	χ^2	**p-**
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**			**değeri**
Katıldıkları eğitimler*	n=61		n=62		n=123		
İleri düzey eğitmen eğitimi	24	39,3	20	32,3	44	0,67	0,41
Akran eğitici eğitimi	52	85,2	49	79,0	101	0,81	0,37
Yaygınlaştırma / saha eğitimi	23	37,7	12	19,4	35	5,09	**0,02**
Tematik eğitimler	18	29,5	18	29,0	36	0,00	0,95

* Birden fazla seçenek işaretlenmiş olup; yüzdeler erkek ve kadın eğitimcilerin toplam sayıları (n) üzerinden alınmıştır ve Ki-Kare testi her değişken için ayrı ayrı uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan eğitimcilerden % 35,8'i (n=44) ileri düzey eğitmen, geri kalan 64,2'si (n=79) akran eğitimci seviyesindedir. Bazı eğitimcilerin birden fazla eğitime katıldıkları görülmektedir. Erkek eğitimcilerin % 37,7'si yaygınlaştırma / saha eğitimlerine de katılmıştır. Bu yüzde, kadın eğitimcilerde ise 19,4'tür. Buna göre; erkek eğitimcilerin, aynı zamanda yaygınlaştırma eğitimlerine de katılmış olma sıklıkları, kadın eğitimcilere göre daha yüksektir (p=0,02). Araştırmaya katılan 36 eğitimcinin ise tematik eğitimlere de katılmış olduğu gözlenmektedir.

Tablo 4.2.2. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların projede kalma sürelerine ve son eğitimden sonra geçen süreye göre dağılımları. (2009)

Süre	Erkek		Kadın		Toplam	t testi	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%			
Projede kalma süreleri (ay)							
6 aydan az	99	66,0	147	75,8	246		
6-12 ay	17	11,3	14	7,2	31		
12-24 ay	25	16,7	20	10,3	45		
24 aydan fazla	9	6,0	13	6,7	22		
Toplam*	150	100,0	194	100,0	344		
Ortalama ± SS**	6,0 ± 9,8		4,5 ± 8,9		5,2 ± 9,3	1,50	0,14
En küçük - en büyük değer	0-43		0-55		0-55		
Ortanca	0,0		0,0		0,0		
Son eğitimden sonra geçen süre (ay)							
12 aydan az	57	38,0	57	29,4	114		
12-24 ay	35	23,3	34	17,5	69		
24-36 ay	35	23,3	63	32,5	98		
36 aydan fazla	23	15,3	40	20,6	63		
Toplam*	150	100,0	194	100,0	344		
Ortalama ± SS**	19,7 ± 12,9		22,6 ± 12,2		21,3±12,6	2,15	**0,03**
En küçük - en büyük değer	0-48		0-48		0-48		
Ortanca	17,0		25,0		21,0		

* Üç kişi son katıldıkları eğitimin tarihini belirtmemişlerdir.
** İki grup arasındaki ortalamaların önemlilik testi uygulanmıştır.

ÜSAEP kapsamında eğitim alanların, katıldıkları ilk eğitimin tarihi ve katıldıkları veya verdikleri son eğitimin tarihi arasında geçen süre "projede kalma süresi" olarak tanımlanmıştır. Buna göre araştırmaya katılan erkeklerin % 66'sının, kadınların ise % 75,8'inin projede kalma süresi 6 aydan azdır. Bu gruptakilerin büyük bir bölümü (n=224), sadece tek bir eğitime katılmış oldukları için ilk ve son eğitim tarihleri aynıdır. Bu nedenle, projede kalma süreleri "0 gün" olarak hesaplanmıştır.

Projede kalma sürelerinin ortalama±SS değeri erkekler için 6,0±9,8 ay, kadınlar için 4,5±8,9 ay olarak hesaplanmıştır. Projede kalma süresi "0 gün" olanlar çıkarıldığında ise; ortalama±SS değeri erkekler için 15,0±10,2 ay, kadınlar için 14,5±10,5 ay olarak hesaplanmaktadır.

ÜSAEP kapsamında eğitim alanların, katıldıkları ya da verdikleri son eğitim tarihinden, verilerin toplandığı Aralık 2009 tarihine kadar geçen süre "son eğitimden sonra geçen süre" olarak tanımlanmıştır. Bu sürenin ortanca değeri erkekler için 17 ay (ortalama±SS= 19,7±12,9 ay), kadınlar için 25 aydır (ortalama±SS= 22,6±12,2). Bu durum, erkeklerin kadınlara göre daha büyük bir kısmının daha yakın bir tarihte Proje kapsamında eğitim almış ya da vermiş olduğunu göstermektedir (p=0,03).

Tablo 4.2.3. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılan eğitimcilerin proje kapsamında verdikleri eğitimlere göre dağılımları. (2009)

	Erkek		Kadın		Toplam	χ^2	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%			
Eğitim verme durumu							
Evet	44	72,1	52	83,9	96	2,47	0,12
Hayır	17	27,9	10	16,1	27		
Toplam	61	100,0	62	100,0	123		
Verdikleri eğitimlerin düzeyi*	n=61		n=62		n=123		
Akran eğitici eğitimi	13	21,3	10	16,1	23	0,54	0,46
Yaygınlaştırma / saha eğitimi	40	65,6	48	77,4	87	2,12	0,15
Verdikleri eğitimlerin sayısı							
1-2	18	40,9	23	46,9	41	1,13	0,57
3-4	16	36,4	19	38,8	35		
5 ve daha fazla	10	22,7	7	14,3	17		
Toplam**	44	100,0	49	100,0	93		

* Birden fazla seçenek işaretlenmiş olup; yüzdeler erkek ve kadın eğitimcilerin toplam sayıları (n) üzerinden alınmıştır ve Ki-Kare testi her değişken için ayrı ayrı uygulanmıştır.
**Üç eğitimci kaç kere eğitim vermiş olduğunu belirtmemiştir.

ÜSAEP kapsamında eğitimci eğitimi alan kişilerin (eğitimcilerin) % 78'i (n=96) araştırma tarihine kadar en az bir kere eğitim vermişlerdir. Erkek eğitimcilerin % 65,6'sı, kadın eğitimcilerin de % 77'4'ü yaygınlaştırma eğitimlerinde eğitimci olarak görev yapmışlardır. Eğitimcilerin, % 18,7'si (n=23) akran eğitici eğitimlerinde görev yapmışlardır. Ayrıca, 3 erkek eğitimci, ileri düzey eğitmen eğitiminde "eğitimci" olarak bulunmuştur. Eğitimcilerin verdikleri eğitimler ve eğitim verme sıklığıyla cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,46, p=0,15, p=0,57). Araştırma tarihine kadar eğitim vermiş olan eğitimcilerin % 44,1'i, 1 veya 2 kez eğitim vermiştir.

Tablo 4.2.4. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılan eğtimcilerin proje kapsamında denetçi olarak görev alma durumlarına göre dağılımı. (2009)

	Erkek		Kadın		Toplam	χ^2	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%			
Denetçi olma durumu							
Evet	11	18,0	11	17,7	22	0,00	0,97
Hayır	50	82,0	51	82,3	101		
Toplam	61	100,0	62	100,0	123		
Denetçi olarak bulundukları eğitimlerin sayıları							
1-2	7	63,6	8	72,7	15		
3-4	1	9,1	2	18,2	3		
5 ve daha fazla	3	27,3	1	9,1	4		
Toplam	11	100,0	11	100,0	22		

ÜSAEP kapsamında "denetçi"ler (süpervizör), akran eğitici eğitimlerini ve yaygınlaştırma eğitimlerini izleyerek, eğitimcilerin performanslarını değerlendiren ve eğitimcilere geribildirim veren kişilerdir. Denetçileri, genellikle ÜSAEP kapsamında kendi eğitim seviyelerinden bir alt düzeydeki eğitimlerde görev yapabilmektedir. Araştırmaya katılan eğitimcilerin % 17,9'u, ÜSAEP kapsamında en az bir kere denetçi olarak görev yaptığını belirtmiştir. Akran eğitici eğitiminde denetçi olarak görev alan eğitimci sayısı 6, yaygınlaştırma eğitiminde görev alan eğitimci sayısı 19'dur.

4.3. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların CSÜS Bilgi Durumları

Araştırmaya katılanlara, CSÜS alanında, 26 adet, "doğru", "yanlış", "fikrim yok" seçeneklerinden birini işareteleyebilecekleri bilgi sorusu sorulmuştur. Cevaplayıcıların bu sorulara verdikleri doğru yanıtlara göre dağılımı Tablo 4.3.1.'de gösterilmektedir. Buna göre; eğitimcilerin % 86,8'i, katılımcıların % 81'i "mastürbasyonun sağlığa zararlı olmadığı" ifadesini doğru olarak bilmişlerdir. Ancak, cinsellikle ilgili diğer sorularda eğitimciler ve katılımcılar arasında anlamlı farkların olduğu dikkat çekmektedir. Eğitimcilerin tamamı, kadınların ilk cinsel ilişkisinde mutlaka kanama olmayacağını

bilirken; yaklaşık her on katılımcıdan biri (% 9,3) bu soruyu doğru yanıtlayamamıştır (p=0,00). Eğitimcilerin % 91,6'sı, cinsel ilişki sonrasında vajinanın içinin yıkanmasının sağlık açısında faydalı olmadığını bilirken; katılımcıların ancak % 57,5'i bu soruya doğru yanıt verebilmişlerdir (p=0,00).

Gebelikten korunmayla ilgili sorularda da eğitimciler ve katılımcılar arasındaki bilgi farkı belirgindir. Katılımcıların % 23,8'i, geri çekmenin etkili bir gebelikten korunma yöntemi olmadığı sorusunu doğru yanıtlayamamıştır. Bu sıklık, eğitimcilerde % 5'tir (p=0,00). Eğitimcilerin, % 90,9'u, katılımcıların % 70,8'i tek bir cinsel ilişkiyle gebe kalınabileceğini doğru olarak bilmişlerdir (p=0,00). "Ertesi gün hapı"nın, korunmasız cinsel ilişki sonrası ilk 72 saat içinde uygulanması gerektiği sorusuna ise, eğitimcilerin % 85,8'i, katılımcıların 71,2'si doğru yanıt verebilmiştir (p=0,00). "İlk cinsel ilişkide gebeliği önleyici yöntem (GÖY) kullanılmasa da gebe kalınmaz" sorusuna ise verilen yanıtlarda ise eğitimciler ve katılımcılar arasında belirgin bir farka rastlanmamıştır (p=0,07).

"CYBE'lerin hiçbirinin tedavisi tam olarak mümkün değildir" sorusunu, eğitimcilerin % 88,3'ü, katılımcıların % 79,2'si doğru yanıtlayabilmiştir (p=0,01). Bir kişide hiçbir belirti olmadan da CYBE bulunabileceğini ise eğitimcilerin % 94,2'si bilirken, katılımcıların sadece % 79,1'i doğru olarak yanıtlamıştır (p=0,00). CYBE'lerin heteroseksüel bir ilişkide kadınlara daha kolay bulaşabileceğini ve CYBE'lerin erkeklerde ve kadınlarda kısırlığa sebep olabileceğini bilenlerin yüzdesi, hem eğitimcilerde (sırasıyla % 63,6 ve % 65,0), hem de katılımcılarda (sırasıyla % 44,9 ve 35,2) görece daha düşüktür. Ancak, her iki soruda da eğitimcilerin doğru yanıt yüzdesi katılımcılarınkinden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (p=0,00). CYBE'si olan birinin cinsel eşinin de tedavi olması gerektiği, CYBE'lerin tek bir cinsel ilişkiyle dahi bulaşabildiği ve bazı CYBE'lerin kan yoluyla da bulaşabileceği soruları hem eğitimciler, hem de katılımcılar tarafından büyük bir çoğunlukla doğru olarak yanıtlanmıştır ve iki grup arasında anlamlı bir farka ratlanmamıştır.

HIV/AIDS ile ilgili sorularda, bir soru dışında eğitimciler ve katılımcıların doğru yanıt yüzdeleri arasında belirgin farklar ortaya çıkmaktadır. Eğitimcilerin % 86'sı, katılımcıların % 81,2'si, HIV taşımayan ve sadece birbirleriyle cinsel ilişki yaşayan bir

çift için HIV bulaşma riskinin azalacağını doğru olarak bilmişlerdir (p=0,25). Eğitimcilerin % 95'i AIDS'in kesin bir tedavisinin olmadığını ve tamamı HIV'in dokunmayla bulaşmayacağını bilirken; bu yüzdeler katılımcılarda sırasıyla 79,2 ve 96,3'tür (p=0,00, p=0,03). Yine eğitimcilerin tamamına yakını (% 99,2), HIV'in bulaşma riskinin kondom kullanımı ile azalacağını ve sağlıklı görünen bir kişide de HIV bulunabileceğini bilirken; katılımcıların % 93'ü bu sorulara doğru yanıt vermişlerdir (p=0,01). Eğitimcilerin % 95,9'u, katılımcıların % 82,3'ü HIV'in aynı HIV (+) biriyle aynı yemeği paylaşmakla bulaşmayacağını bilmektedir (p=0,00). HIV/AIDS konusunda katılımcılar tarafından en fazla yanlış bilinen soru ise "HIV sivrisinek ısırığı ile bulaşabilir" ifadesidir. Eğitimcilerin % 13,2'si, katılımcıların % 46,8'i bu soruya doğru yanıt verememişlerdir (p=0,00).

Eğitimcilerin tamamı, katılımcıların tamama yakını (% 99,5), her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılması gerektiğini bilmektedirler (p=1,00). Ancak, eğitimcilerin % 85,1'i, katılımcıların % 64,4'ü kondomun her ortamda güvenle saklanamayacağını; eğitimcilerin % 86,8'i, katılımcıların % 58,3'ü kondomun üzerine yağ-bazlı bir kayganlaştırıcı sürülmemesi gerektiğini bilmiştir (p=0,00). Eğitimcilerin tamamına yakını (% 98,3) kondomun son kullanma tarihine dikkat edilmesi gerektiği ve iki kondomun üstüste kullanıldığında CYBE'lere karşı daha fazla koruyucu olmadığını bildiği halde; katılımcıların sırasıyla % 85,2'si ve % 84,7'si bu sorulara doğru yanıt verebilmişlerdir (p=0,00 ve p=0,00).

Özetle, 26 bilgi sorusunun 19'unda eğitimcilerin doğru yanıt yüzdesi, katılımcılarınkinden istatistiksel olarak belirgin derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.3.1. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların bazı CSÜS konularındaki bilgi sorularına verdikleri doğru yanıtlara göre dağılımları. (2009)

Önerme	n*	Doğru Yanıt Verenler						χ^2	p-değeri
		Eğitimci		Katılımcı		Toplam			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
- Mastürbasyon sağlığa zararlı değildir. (DY**: Doğru)	337	105	86,8	175	81,0	280	83,1	3,36	0,19
- Kadınların ilk cinsel ilişkisinde mutlaka kanama olur. (DY: Yanlış)	334	120	100,0	194	90,7	314	94,0	11,93	**0,00**
- Cinsel ilişki sonrası vajinanın içinin yıkanması sağlık açısından faydalıdır. (DY: Yanlış)	333	109	91,6	123	57,5	232	69,7	42,88	**0,00**
- Geri çekme yöntemi etkili bir gebelikten korunma yöntemi değildir. (DY: Doğru)	334	114	95,0	163	76,2	277	82,9	20,34	**0,00**
- Tek bir cinsel ilişkiyle gebe kalınmaz. (DY: Yanlış)	337	110	90,9	153	70,8	263	78,0	18,43	**0,00**
- "Ertesi gün hapı" cinsel ilişki sonrası ilk 72 saat içinde uygulanmalıdır. (DY: Doğru)	335	103	85,8	153	71,2	256	76,4	13,05	**0,00**
- İlk cinsel ilişkide gebeliği önleyici bir yöntem kullanılmasa da gebe kalınmaz. (DY: Yanlış)	335	114	95,0	187	87,0	301	89,9	5,44	0,07
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların hiçbirinin tedavisi tam olarak mümkün değildir. (DY: Yanlış)	336	106	88,3	171	79,2	277	82,4	8,64	**0,01**

* Cevaplayıcıların tümü her bilgi sorusuna yanıt vermemişlerdir. Soruyu kaç kişinin cevapladığı, "n" sütununda belirtilmiştir.
** DY: Doğru yanıt

Tablo 4.3.1. (Devam) ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların bazı CSÜS konularındaki bilgi sorularına verdikleri yanıtlara göre dağılımları. (2009)

Önerme	n*	Doğru Yanıt Verenler						χ^2	p-değeri
		Eğitimci		Katılımcı		Toplam			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
- Bir kişide hiçbir belirti olmadan da CYBE olabilir. (DY**: Doğru)	336	114	94,2	170	79,1	284	84,5	16,75	**0,00**
- CYBE'u olan kişilerin cinsel ilişkide bulunduğu kişi / kişiler de tedavi olmalıdır. (DY: Doğru)	335	116	95,9	201	93,9	317	94,6	0,57	0,45
- Heteroseksüel bir ilişkide CYBE kadınlara daha kolay bulaşır. (DY: Doğru)	335	77	63,6	96	44,9	173	51,6	28,48	**0,00**
- CYBE tek bir cinsel ilişkiyle dahi bulaşabilir. (DY: Doğru)	334	120	99,2	208	97,7	328	98,2		0,42 ***
- Bazı CYBE kan yoluyla da bulaşabilir. (DY: Doğru)	337	120	99,2	206	95,4	326	96,7	3,55	0,06
- CYBE kadınlarda ve erkeklerde kısırlığa sebep olabilir. (DY: Doğru)	336	78	65,0	76	35,2	154	45,8	28,40	**0,00**
- AIDS'in kesin bir tedavisi vardır. (DY: Yanlış)	337	115	95,0	171	79,2	286	84,9	15,32	**0,00**
- HIV(+) veya AIDS olan birine dokunursanız virüs bulaşabilir. (DY: Yanlış)	337	121	100,0	208	96,3	329	97,6	4,59	**0,03**

* Cevaplayıcıların tümü her bilgi sorusuna yanıt vermemişlerdir. Soruyu kaç kişinin cevapladığı,"n" sütununda belirtilmiştir.
** DY: Doğru yanıt
** Fisher'in Kesin Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

Tablo 4.3.1. (Devam) ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların bazı CSÜS konularındaki bilgi sorularına verdikleri yanıtlara göre dağılımları. (2009)

Önerme	n*	Doğru Yanıt Verenler						χ^2	p-değeri
		Eğitimci		Katılımcı		Toplam			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
- HIV taşımayan ve sadece birbirleriyle cinsel ilişki yaşayan bir çift için HIV bulaşma riski azalır. (DY**: Doğru)	334	104	86,0	173	81,2	277	82,9	2,78	0,25
- HIV bulaşma riski kondom kullanımı ile azaltılabilir. (DY: Doğru)	336	120	99,2	200	93,0	320	95,2	6,46	**0,01**
- Sağlıklı görünen bir kişide HIV bulunabilir. (DY: Doğru)	337	120	99,2	201	93,1	321	95,3	6,42	**0,01**
- HIV sivrisinek ısırığı ile bulaşabilir. (DY: Yanlış)	337	105	86,8	115	53,2	220	65,3	38,51	**0,00**
- HIV ile yaşayan biriyle aynı yemeği paylaşmakla HIV bulaşabilir. (DY: Yanlış)	336	116	95,9	177	82,3	293	87,2	12,75	**0,00**
- Kondom her türlü ortamda güvenle saklanabilir. (DY: Yanlış)	337	103	85,1	139	64,4	242	71,8	16,54	**0,00**
- Kondom, ne zaman üretildiğine bakılmaksızın istenilen zamanda kullanılabilir. (DY: Yanlış)	337	119	98,3	184	85,2	303	89,9	15,06	**0,00**
- Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılmalıdır. (DY: Doğru)	335	119	100,0	215	99,5	334	99,7		1,00 ***
- Üst üste iki kondom takmak CYBE'lere karşı daha iyi korur. (DY: Yanlış)	336	119	98,3	182	84,7	301	89,6	15,94	**0,00**
- Kondomun üzerine yağ-bazlı bir kayganlaştırıcı sürülebilir. (DY: Yanlış)	337	105	86,8	126	58,3	231	68,5	29,13	**0,00**

* Cevaplayıcıların tümü her bilgi sorusuna yanıt vermemişlerdir. Soruyu kaç kişinin cevapladığı, "n" sütununda belirtilmiştir.
** DY: Doğru yanıt
***: Fisher'in Kesin Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

UNAIDS'in gençlerin HIV/AIDS bilgi düzeyini tespit etme amacı ile geliştirdiği; "HIV'in cinsel yolla geçişinden korunma yollarını doğru olarak bilenler ve aynı zamanda HIV'in bulaş yollarına ilişkin belli başlı yanlış bilgileri inkâr edebilenlerin yüzdesi" olarak ifade edilen Gençlerin HIV Bilgisi Göstergesi, Bölüm 3.6'da (s.37) ayrıntıları açıklandığı şekilde hesaplanmış ve araştırmaya katılanların bu göstergeye göre dağılımı Tablo 4.3.2'de özetlenmiştir (76):

Tablo 4.3.2. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların UNAIDS'in HIV bilgisi göstergesine göre aldıkları puanların dağılımı. (2009)

HIV Bilgi Puanı	Eğitimci		Katılımcı		χ^2	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
Beş soruya birden doğru cevap verenler	88	72,7	79	36,6	40,55	**0,00**
Beşten daha az soruya doğru yanıt verenler	33	27,3	137	63,4		
Toplam*	121	100,0	216	100,0		

* İki eğitimci ve sekiz katılımcı HIV bilgisine dair sorulara yanıt vermemişlerdir.

Araştırmaya katılanların, göstergenin hesaplanmasında kullanılan beş soruya birden doğru cevap verme yüzdesi 49,6'dır. Eğitimcilerin % 72,7'si, katılımcıların ise sadece % 36'6'sı göstergeden tam puan alabilmişlerdir. Eğitimciler ve katılımcılar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (p=0,00). Göstergeyi oluşturan sorular içerisinde, eğitimciler arasında doğru yanıt yüzdesinin en düşük olduğu sorunun "HIV taşımayan ve sadece birbirleriyle cinsel ilişki yaşayan bir çift için HIV bulaşma riski azalır" sorusu (% 86); katılımcılar arasında ise "HIV sivrisinek ısırığı ile bulaşabilir" sorusu (% 53,2) olduğu gözlenmiştir.

Araştırmaya katılanlara, bebeğin anne karnında hangi organda büyüdüğü sorulmuş ve yanıtlar açık uçlu olarak alınmıştır. Buna göre uterus / rahim yanıtlarının ve diğer yanıtların dağılımı Tablo 4.3.3.'te gösterilmektedir:

Tablo 4.3.3. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların annenin karnında bebeğin büyüdüğü organ bilgisine göre dağılımı. (2009)

Anne Karnında Bebeğin Büyüdüğü Organ	Eğitimci		Katılımcı		χ^2	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
Uterus / rahim	99	94,3	132	78,6	**12,26**	**0,00**
Diğer	6	5,7	36	21,4		
Toplam*	105	100,0	168	100,0		

* Yetmiş dört kişi bebeğin anne karnında büyüdüğü organ sorusunu boş bırakmışlardır.

Soruyu cevaplayanlar içinde eğitimcilerin % 94,3'ü, katılımcıların ise % 78,6'sı "uterus / rahim" yanıtını vermişlerdir (p=0,00). "Diğer" olarak nitelendirilen ve doğru kabul edilmeyen yanıtlar içinde, vajina, hazne, rahim ağzı, serviks, plasenta, yumurtalık, embriyo, karın yanıtları mevcuttur. İki kişi de "bilmiyorum" şeklinde yanıt vermiştir.

Araştırmaya katılanlardan, bildikleri CYBE'lerin isimlerini yazmaları istenmiştir. Buna göre verilen doğru yanıtlar gruplanarak, Tablo 4.3.4'te özetlenmiştir:

Tablo 4.3.4. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların bildikleri CYBE'lerin isimlerine göre dağılımı. (2009)

CYBE	Eğitimci		Katılımcı		χ^2	p-değeri
	Sayı	%*	Sayı	%*		
	n=123		n=224			
HIV/AIDS	109	88,6	185	82,6	2,23	0,14
Sifiliz	92	74,8	86	38,4	42,12	**0,00**
Gonore	86	69,9	93	41,5	25,64	**0,00**
Hepatit B	65	52,8	61	27,2	22,52	**0,00**
Genital siğil	58	47,2	27	12,1	52,89	**0,00**
Genital Herpes	48	39,0	22	9,8	42,05	**0,00**
Klamidya	36	29,3	13	5,8	36,05	**0,00**
Hepatit	21	17,1	22	9,8	3,85	0,05
Trikomonas	18	14,6	1	0,4	30,88	**0,00**
Hepatit C	11	8,9	11	4,9	2,17	0,14
Diğer	10	8,1	13	5,8	0,69	0,41

* Birden fazla yanıt verilmiş olup; yüzdeler toplam eğitimci ve katılımcı sayıları (n) üzerinden alınmıştır ve Ki-Kare testi her yanıt için ayrı ayrı uygulanmıştır.

Hem eğitimciler hem de katılımcılar tarafından en fazla belirtilen CYBE ismi HIV/AIDS olmuştur (sırasıyla % 88,6 ve % 82,6). İkinci sırada ise eğitimcilerde sifiliz (% 74,8), katılımcılarda ise gonore (% 41,5) gelmektedir. Eğitimciler içinde sifiliz, gonore, Hepatit B, genital siğil, genital Herpes, Klamidya ve Trikomonas'ı belirtenlerin yüzdeleri, katılımcılara oranla belirgin olarak daha yüksektir (p=0,00). Verilen "diğer" yanıtları içinde kasık biti, mantar, kandida ve şankroid bulunmaktadır. Doğru olarak kabul edilmeyen yanıtlar ise; enfeksiyon ve yaralar, sarılık, tüberküloz, iktidarsızlık, genital bölge iltihapları, vajina kanseri, grip, kırım kongo yanıtlarıdır.

Araştırmaya katılanların belirttikleri CYBE sayılarına bakıldığında da eğitimciler ve katılımcılar arasında anlamlı bir fark görülmektedir (Tablo 4.3.5.). Eğitimciler için belirtilen CYBE sayısının ortanca değeri 5 adet (ortalama±SS= 4,5±2,3 adet); katılımcılar için ise 2 adet (ortalama±SS= 2,4±1,8 adet) olarak hesaplanmıştır (p=0,00). Diğer yandan, eğitimcilerin % 9,8'inin, katılımcıların ise % 16,1'inin hiçbir CYBE belirtmediği ya da bu soruyu boş bıraktığı dikkati çekmektedir.

Tablo 4.3.5. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların belirttikleri CYBE'lerin sayısına göre dağılımı. (2009)

CYBE Sayısı	Eğitimci		Katılımcı		t testi	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
0	12	9,8	36	16,1		
1-2	12	9,8	88	39,3		
3-5	54	43,9	89	39,7		
6 ve daha fazla	45	36,6	11	4,9		
Toplam	123	100,0	224	100,0		
Ortalama ± SS	4,5±2,3		2,4±1,8		9,43	**0,00**
En küçük - en büyük değer	0-9		0-9			
Ortanca	5		2			

Araştırmaya katılanlardan, bildikleri GÖY'lerin isimlerini yazmaları istenmiştir. Buna göre verilen yanıtlar gruplanarak, Tablo 4.3.6.'da özetlenmiştir:

Tablo 4.3.6. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların bildikleri gebeliği önleyici yöntemlerin isimlerine göre dağılımı. (2009)

Gebeliği Önleyici Yöntemler (GÖY)	Eğitimci		Katılımcı		χ^2	p-değeri
	Sayı	%*	Sayı	%*		
	n=123		n=224			
Kondom	103	83,7	183	81,7	0,23	0,63
Oral kontraseptif	101	82,1	151	67,4	8,63	**0,00**
Rahim içi araç	90	73,2	103	46,0	23,78	**0,00**
Enjektabl	72	58,5	47	21,0	49,70	**0,00**
İmplant	57	46,3	29	12,9	47,50	**0,00**
Tüp ligasyonu	49	39,8	41	18,3	19,17	**0,00**
Kadın Kondomu	47	38,2	46	20,5	12,65	**0,00**
Vazektomi	45	36,6	14	6,3	51,78	**0,00**
Spermisid	29	23,6	4	1,8	43,81	**0,00**
Diyafram	21	17,1	11	4,9	14,03	**0,00**
"Ertesi gün hapı"	14	11,4	66	29,5	14,64	**0,00**
Geri çekme	2	1,6	21	9,4	7,70	**0,01**
Diğer*	2	1,6	4	1,8		1,00

* Birden fazla yanıt verilmiş olup; yüzdeler toplam eğitimci ve katılımcı sayıları (n) üzerinden alınmıştır ve Ki-Kare testi her yanıt için ayrı ayrı uygulanmıştır.
** Fisher'in Kesin Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

Kondom, hem eğitimciler tarafından (% 83,7), hem de katılımcılar tarafından (% 81,7) en fazla belirtilen yöntem olmuştur. Bunu, eğitimcilerde % 82,1; katılımcılarda ise % 67,4 ile oral kontraseptif izlemektedir. Eğitimciler, oral kontraseptif, rahim içi araç, enjektable kontraseptifler, implant, tüp ligasyonu, kadın kondomu, vazektomi, spermisid ve diyafram yöntemlerini katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla belirtmişlerdir. Diğer yandan, ÜSAEP kapsamındaki eğitimlerde düzenli kullanılabilecek bir GÖY olarak anlatılmayan ve sadece acil durumlarda ve bir danışmanlık hizmetiyle birlikte temin edilmesi tavsiye edilen "ertesi gün hapı" ve modern, etkili bir GÖY olarak kabul edilmeyen geri çekme yöntemi, katılımcılar tarafından belirgin bir şekilde daha fazla belirtilmiştir (sırasıyla % 29,5 ve % 9,4) ve bu sebeple Tablo 4.3.6.'da gösterilmiştir. Bunların dışında, bazı cevaplayıcılar tarafından

belirtilen "takvim yöntemi" (n=6), "lohusalık döneminde emzirme" (n=4) ve "geleneksel yöntemler" (n=3) cevapları, modern GÖY olmadıkları için tabloda gösterilmemişlerdir. Bu bölümde verilen ve doğru kabul edilmeyen cevaplar içerisinde, aşı, ilaç, "vajina içine konulan T şeklinde birşey", kürtaj, gebeliği önleyici araç, yumurtaların alınması, ilk gün hapı, varikosel, klips, rahim içi kondom, sperm bağlatma ameliyatı, göbek bağı kesimi, tel, yıkama yanıtları bulunmaktadır.

Tablo 4.3.7. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların belirttikleri gebeliği önleyici yöntemlerin (GÖY) sayısına göre dağılımı. (2009)

GÖY Sayısı	Eğitimci		Katılımcı		t testi	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
0	13	10,6	36	16,1		
1-2	7	5,7	61	27,2		
3-5	45	36,6	113	50,4		
6 ve daha fazla	58	47,2	14	6,3		
Toplam	123	100,0	224	100,0		
Ortalama ± SS	5,0±2,7		2,8±1,9		8,89	**0,00**
En küçük - en büyük değer	0-10		0-8			
Ortanca	5		3			

Araştırmaya katılan eğitimcilerin, katılımcılara oranla daha fazla sayıda GÖY belirttiği görülmektedir (p=0,00). Eğitimciler tarafından belirtilen GÖY sayısının ortanca değeri 5 adet (ortalama±SS= 5,0±2,7 adet); katılımcılar tarafından belirtilen GÖY sayısının ortanca değeri ise 3 adet (ortalama±SS= 2,8±1,9 adet) olarak hesaplanmıştır. Eğitimcilerin % 10,6'sının, katılımcıların ise % 16,1'inin hiçbir GÖY belirtmediği veya bu soruya cevap vermediği görülmektedir.

Tablo 4.3.8. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların aşıyla korunulabileceğini düşündükleri CYBE'lerin isimlerine göre dağılımı. (2009)

Aşıyla Korunulabilen CYBE	Eğitimci		Katılımcı		χ^2	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
	n=123		n=224			
Hepatit B	78	63,4	60	26,8	44,47	**0,00**
HPV	35	28,5	9	4,0	42,83	**0,00**
HIV	0	-	23	10,3	13,53	**0,00**
"Bilmiyorum"	3	2,4	14	6,3	2,48	0,12
Diğer	6	4,9	11	4,9	0,00	0,99

Araştırmaya katılanlardan, aşıyla korunulabilen CYBE'lerin isimlerini belirtmeleri istenmiştir. Buna göre eğitimcilerin % 63,4'ü, katılımcıların % 26,8'i Hepatit B'yi (p=0,00); eğitimcilerin % 28,5'i ve katılımcıların % 4'ü HPV aşısını (p=0,00) belirtmişlerdir. Diğer yandan on katılımcıdan biri (n=23), yanlış olarak HIV aşısını belirtmiştir. "HIV aşısı" yanıtını veren eğitimci bulunmamaktadır (p=0,00). Tablo 4.3.8.'de "diğer" olarak gruplanan yanlış yanıtlar içerisinde Hepatit C, tüberküloz, belsoğukluğu, Herpes, frengi, tetanoz bulunmaktadır.

Ankette bulunan CSÜS bilgi sorularına verilen yanıtlardan CSÜS Bilgi Puanı hesaplanmıştır. Buna göre;

Soru Türü	Soru Sayısı	Puan
CSÜS bilgi sorusu	26	1 puan / doğru yanıt
"Bebeğin anne karnında büyüdüğü organ" sorusu	1	1 puan / doğru yanıt
"CYBE isimleri" sorusu	1	1 puan / herhangi bir doğru CYBE yanıtı
"GÖY isimleri sorusu"	1	1 puan / herhangi bir doğru GÖY yanıtı
"Aşı ile korunulabilen CYBE" sorusu	1	1 puan / herhangi bir doğru aşı yanıtı
Toplam	**30**	**30 puan**

Toplam "30 puan" üzerinden CSÜS Bilgi Puanları hesaplanmıştır. CSÜS Bilgi Puanlarının frekans dağılımına göre, çeyreklik dilimler dikkate alınarak; 21 puan ve altı "düşük", 22-26 puan arası "orta", 27 puan ve üzeri ise "yüksek" CSÜS Bilgi Puanı olarak kabul edilmiştir. Araştırmaya katılanların CSÜS Bilgi Puanına göre dağılımları Tablo 4.3.9.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.3.9. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların CSÜS bilgi puanına göre dağılımı. (2009)

CSÜS Bilgi Puanı	**Eğitimci**		**Katılımcı**		**t testi**	**p-değeri**
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**		
Düşük (≤21)	4	3,3	75	33,5		
Orta (22-26)	41	33,3	121	54,0		
Yüksek (≥27)	78	63,4	28	12,5		
Toplam	123	100,0	224	100,0		
Ortalama ±SS	26,6 ± 4,3		22,1 ± 5,4		8,10	**0,00**
En küçük - en büyük değer	0-30		0-30			
Ortanca	28		23			

Araştırmaya katılan eğitimcilerin CSÜS Bilgi Puanlarının ortanca değeri 28 puan (ortalama±SS= 26,6 ± 4,3 puan); katılımcıların CSÜS Bilgi Puanlarının ortanca değeri 23 puan (ortalama±SS= 22,1 ± 5,4 puan) olarak hesaplanmıştır (p=0,00). Buna göre, eğitimcilerin CSÜS bilgi düzeylerinin, katılımcılara oranla belirgin olarak daha yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılanların CSÜS Bilgi Puanının, bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.3.10.'da özetlenmiştir.

Tablo 4.3.10. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların CSÜS bilgi puanının bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı. (2009)

Sosyo-demografik özellikler		CSÜS Bilgi Puanı			n	χ^2	p-değeri
		Düşük	Orta	Yüksek			
Cinsiyet							
Erkek	**%***	19,7	48,7	31,6	152	1,42	0,49
Kadın	**%***	25,1	45,1	29,7	195		
Toplam		79	162	106	347		
Yaş							
16-19	**%***	42,9	52,4	4,8	21	18,77	**0,00**
20-24	**%***	24,4	47,9	27,7	242		
25+	**%***	13,4	41,5	45,1	82		
Toplam**		79	161	105	345		
En uzun süre ikamet ettikleri yer							
İl merkezi	**%***	20,9	46,2	32,9	234	2,11	0,35
Diğer	**%***	25,9	48,2	25,9	112		
Toplam***		78	162	106	346		
En uzun süre ikamet ettikleri yerin bağlı olduğu il							
Üç büyükşehir ****	**%***	22,4	47,7	29,9	107	0,03	0,99
Diğer	**%***	22,4	46,8	30,8	237		
Toplam***		77	162	105	344		
Şu anda yaşamakta oldukları ortam							
Aile bireyleri ile evde	**%***	25,6	45,7	28,8	164	3,77	0,43
Arkadaşlarla evde	**%***	17,1	46,7	36,2	105		
Diğer	**%***	23,4	49,4	27,3	77		
Toplam***		78	162	106	346		

*Her kategori için cevap veren toplam kişi sayısı üzerinden satır yüzdesi alınmıştır.
** İki kişi yaşını belirtmemiştir.
*** Bir kişi bugüne en uzun süre ikamet ettiği yeri ve yaşamakta olduğu ortamı belirtmemiştir.
**** Ankara, İstanbul, İzmir.
***** Üç kişi bugüne kadar en uzun süre ikamet ettikleri yerin bağlı olduğu ili belirtmemiştir.

Araştırmaya katılan erkeklerin % 31,6'sının; kadınların % 29,7'sinin CSÜS Bilgi Puanı "yüksek" bulunmuştur. CSÜS Bilgi Puanı cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p=0,49).

16-19 yaş grubundakilerin sadece % 4,8'inin CSÜS Bilgi Puan "yüksek" iken; 20-24 yaş grubunda bu % 27,7'ye, 25 ve üzeri yaş grubunda ise 45,1'e çıkmaktadır (p=0,00). Dolayısıyla, araştırmaya katılanlar arasında, CSÜS bilgi düzeyinin yaşla birlikte iyileştiği söylenebilir.

Araştırmaya katılanların, bugüne kadar en uzun süre il merkezinde ya da üç büyükşehirde (Ankara, İstanbul, İzmir) yaşamış olmaları, CSÜS bilgi puanlarında belirgin bir farklılığa yol açmamıştır (p=0,35 ve p=0,99). Benzer şekilde, araştırmaya katılanların yaşamakta oldukları ortamın da CSÜS bilgi puanları üzerinde anlmalı bir etkisi bulunmamaktadır. Aile bireyleriyle (anne, baba, abla, ağabey, kardeş, akraba) evde yaşayanların % 28,8'inin CSÜS Bilgi Puanı "yüksek" iken; arkadaşlarıyla evde yaşayanların % 36,2'sinin, diğerlerinin ise % 27,3'ünün bilgi puanları "yüksek" bulunmuştur (p=0,44). Bunların yanısıra, araştırmaya katılanların bekar olmalarının ya da kız / erkek arkadaşlarının bulunmasının, en son mezun olduğu okulun lise ve altı düzeyinde ya da yüksekokul ve üzeri düzeyinde olmasının, CSÜS bilgi puanları açısından belirgin bir farklılık yaratmadığı gözlenmiştir. Herhangi bir gelir getirici işte çalışan cevaplayıcıların % 34,4'ünün; gelir getirici bir işte çalışmayan cevaplayıcıların % 27,2'sinin "yüksek" puan aldığı görülmüştür (p=0,34).

Özetle, sosyodemografik özellikler içerisinde yaş dışındaki diğer değişkenlerin CSÜS Bilgi Puanı üzerinde belirgin bir etkisi bulunmamaktadır.

Tablo 4.3.11. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların CSÜS bilgi puanının projede kalma sürelerine ve son eğitimden sonra geçen süreye göre dağılımı. (2009)

Süre		CSÜS Bilgi Puanı			n	χ^2	p-değeri
		Düşük	Orta	Yüksek			
Projede kalma süreleri (ay)							
6 aydan az	**%***	30,9	50,0	19,2	246	63,89	**0,00**
6-12 ay	**%***	-	45,2	54,8	31		
12-24 ay	**%***	4,4	35,6	60,0	45		
24 aydan fazla	**%***	4,5	31,8	63,6	22		
Toplam**		79	160	105	344		
Son eğitimden sonra geçen süre (ay)							
12 aydan az	**%***	16,7	47,4	36,0	114	11,47	0,08
12-24 ay	**%***	21,7	43,5	34,8	69		
24-36 ay	**%***	24,5	44,9	30,6	98		
36 aydan fazla	**%***	33,3	50,8	15,9	63		
Toplam**		79	160	105	344		

* Her kategori için cevap veren toplam kişi sayısı üzerinden satır yüzdesi alınmıştır.
**Üç kişi eğitime katıldıkları ya da eğitim aldıkları son tarihi belirtmemiştir.

Araştırmaya katılanların CSÜS Bilgi Puanlarının projede kalma süresine göre belirgin bir şekilde değişiklik gösterdiği görülmektedir. Projede 6 aydan az kalanların % 19,2'sinin bilgi puanı "yüksek" iken; 24 aydan fazla kalanların % 63,6'sının bilgi puanı "yüksek" olarak bulunmuştur (p=0,00). Projede kalma süresinin 6 aydan az olduğu grubun büyük bir bölümünü katılımcıların oluşturduğu göz önünde bulundurulacak olursa; CSÜS bilgi puanının bu grupta görece "düşük" olması, katılımcıların CSÜS Bilgi Puanının görece "düşük" olduğu bilgisiyle örtüşmektedir. Projede kalma süresi uzadıkça CSÜS Bilgi Puanı "yüksek" olanların yüzdeleri de artış göstermektedir.

Son eğitimden sonra geçen sürenin 12 ayın altında olan grubun % 36'sının CSÜS Bilgi Puanı "yüksek" iken; son eğitimden sonra geçen sürenin 36 aydan fazla olduğu

grubun % 15,9'unun CSÜS Bilgi Puanı "yüksek" olarak bulunmuştur. Ancak, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,08).

Tablo 4.3.12. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılan eğitimcilerin CSÜS bilgi puanının vermiş oldukları eğitimlerin sayısına göre dağılımı. (2009)

Eğitim Sayısı		CSÜS Bilgi Puanı		n	χ^2	p-değeri
		Düşük/ Orta (<=26)	Yüksek (>=27)			
Eğitimcilerin vermiş oldukları eğitimlerin sayısı						
0	**%***	51,9	48,1	27	12,46	**0,01**
1-2	**%***	43,9	56,1	41		
3-4	**%***	25,7	74,3	35		
5 ve daha fazla	**%***	5,9	94,1	17		
Toplam**		42	78	120		

* Her kategori için cevap veren toplam kişi sayısı üzerinden satır yüzdesi alınmıştır.
**Üç eğitimci kaç kere eğitim verdiklerini belirtmemişlerdir.

CSÜS bilgi puanı düşük bulunan ve 1-2 kez eğitim vermiş olan yalnızca 1 kişi olduğundan, CSÜS Bilgi Puanı "26 ve altı" ve "27 ve üstü" olacak şekilde yeniden gruplanarak; 2 grup olarak ele alınmıştır. Buna göre, hiç eğitim vermemiş olan eğitimcilerin yaklaşık olarak yarısının CSÜS Bilgi Puanı "yüksek" iken; 5 ve daha fazla eğitim vermiş olan eğitimcilerin % 94,1'inin CSÜS Bilgi Puanı "yüksek" bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (p=0,01).

4.4. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların CSÜS'na İlişkin Bazı Tutumları

Bu bölüm, gençlerin CSÜS hakları; cinsellik; HIV ile yaşayanlar ve cinsel yönelimler; CSÜS sorununu paylaşma ve hizmetlerden yararlanma ve çocuk sahibi olmaya karar verme alt başlıkları halinde sunulmaktadır.

4.4.1. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların Gençlerin CSÜS Haklarına İlişkin Bazı Tutumları

Araştırmaya katılanlardan, beşli Likert ölçeği kullanılarak gençlerin CSÜS'na ilişkin bazı önermelere katılıp, katılmama durumlarını belirtmeleri istenmiştir. Önermelere "katılıyorum" şeklinde yanıt veren eğitimci ve katılımcıların cinsiyete göre yüzde dağılımları Tablo 4.4.1.1.'de özetlenmiştir:

Tablo 4.4.1.1 ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların cinsiyete göre CSÜS haklarına ilişkin önermelere katılma yüzdeleri. (2009)

Gençlerin CSÜS Haklarına İlişkin Önermeler	Önermeye Katılma Durumları			
	Eğitimci		Katılımcı	
	n	%*	n	%*
Genç erkekler cinselliklerini nasıl yaşayacaklarına kendileri karar verebilmelidirler.				
Erkek	52	89,7	70	83,3
Kadın	54	93,1	99	78,6
Toplam**	106	91,4	169	80,5
Genç kadınlar cinselliklerini nasıl yaşayacaklarına kendileri karar verebilmelidirler.				
Erkek	51	87,9	67	78,8
Kadın	55	94,8	99	78,6
Toplam***	106	91,4	166	78,7
Erkekler evli olmadan da cinsel ilişki deneyimi yaşayabilirler.				
Erkek	50	87,7	58	69,9
Kadın	53	91,4	94	74,6
Toplam****	103	89,6	152	72,7
Kadınlar evli olmadan da cinsel ilişki deneyimi yaşayabilirler.				
Erkek	49	84,5	50	59,5
Kadın	51	87,9	76	59,8
Toplam***	100	86,2	126	59,7
Genç erkeklerin kondom satın alması ayıp değildir.				
Erkek	56	96,6	79	92,9
Kadın	58	100,0	121	95,3
Toplam******	114	98,3	200	94,3
Genç kadınların kondom satın alması ayıp değildir.				
Erkek	55	94,8	75	88,2
Kadın	58	100,0	113	89,0
Toplam******	113	97,4	188	88,7
Kadın, erkeğin kondom kullanmasını isteme hakkına sahiptir.				
Erkek	57	98,3	84	98,8
Kadın	57	98,3	122	96,1
Toplam******	114	98,3	206	97,2

* Yüzdeler, eğitimciler ve katılımcılar için ayrı ayrı olmak üzere, ilgili önermeye "katılıyorum" yanıtını veren erkek ve kadın sayısının, toplam erkek ve kadın sayısı içindeki payı üzerinden hesaplanmıştır.
** Yedi eğitimci ve on dört katılımcı bu önermeye katılma durumlarını belirtmemişlerdir.
*** Yedi eğitimci ve on üç katılımcı bu önermeye katılma durumlarını belirtmemişlerdir.
**** Sekiz eğitimci ve on beş katılımcı bu önermeye katılma durumlarını belirtmemişlerdir.
***** Yedi eğitimci ve on iki katılımcı bu önermeye katılma durumlarını belirtmemişlerdir.

Tablo 4.4.1.1 (Devam) ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların cinsiyete göre CSÜS haklarına ilişkin önermelere katılma yüzdeleri. (2009)

Gençlerin CSÜS Haklarına İlişkin Önermeler	Önermeye Katılma Durumları			
	Eğitimci		Katılımcı	
	n	%*	n	%*
Kadınlar doğum yapıp yapmama konusunda kendi bedenleri üzerinde karar verme hakkına sahiptir.				
Erkek	54	93,1	73	85,9
Kadın	55	94,8	114	90,5
Toplam**	109	94,0	187	88,6
Medeni durumu ne olursa olsun tüm gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır.				
Erkek	57	98,3	83	98,8
Kadın	58	100,0	125	98,4
Toplam**	115	99,1	208	98,6

* Yüzdeler, eğitimciler ve katılımcılar için ayrı ayrı olmak üzere, ilgili önermeye "katılıyorum" yanıtını veren erkek ve kadın sayısının toplam erkek ve kadın sayısı içindeki payı üzerinden hesaplanmıştır.
** Yedi eğitimci ve on üç katılımcı bu önermeye katılma durumlarını belirtmemişlerdir.

Araştırmaya katılan eğitimcilerin % 91,4'ü genç erkeklerin ve kadınların cinselliklerini nasıl yaşayacaklarına kendilerinin karar verebilmeleri gerektiğine katılmaktadır. Kadın eğitimcilerin (% 93,1 ve % 94,8), gerek erkekler için gerekse kadınlar için bu önermeye erkek eğitimcilere (% 89,7 ve % 87,9) göre daha fazla katıldığı gözlenmiştir.

Katılımcıların ise, % 80,5'i, erkeklerin; % 78,7'si kadınların cinselliklerini nasıl yaşayacaklarına kendilerinin karar verebileceğine katılmaktadır. Bu yüzdelerin eğitimcilere oranla (% 91,4) daha düşük olduğu görülmektedir (p=0,03; p=0,01).

Erkek eğitimcilerin % 87,7'si erkeklerin, % 84,5'i ise kadınların evlilik öncesi cinsel ilişki deneyimi yaşayabileceğine katıldıklarını belirtmişlerdir. Kadın eğitimcilerin ise; % 91,4'ü erkeklerin evlilik öncesi cinsel deneyim yaşamalarını onaylarken; bu yüzde kadınlar için 87,9'a düşmektedir.

Katılımcıların % 72,7'si erkeklerin evlilik öncesi cinsel ilişki yaşayabileceğine katılırken; sadece % 59,7'si kadınların evlilik öncesi cinsel ilişki yaşayabileceğine

katılmaktadır. Eğitimciler ve katılımcılar arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p=0,00 ve p=0,00). Diğer yandan, kadın katılımcılardan, kadınların evlilik öncesi cinsel ilişki yaşamalarına katılmayanların yüzdesi (% 37,8), erkek katılımcılara oranla (% 28,6) belirgin olarak daha yüksektir (p=0,01).

Kadın eğitimcilerin tamamı (% 100'ü), genç erkek ve kadınların kondom satın almalarının ayıp olmadığını düşünürken; erkek eğitimcilerin % 3,4'ü, genç erkeklerin; % 5,2'si ise, genç kadınların kondom satın almalarının ayıp olmadığına katılmadıklarını ifade etmişlerdir.

Katılımcıların % 94,3'ü, genç erkeklerin, % 88,7'si ise genç kadınların kondom satın almasının ayıp olmadığına katıldıklarını belirtmişlerdir. Eğitimcilerden kadınların kondom satın almasının ayıp olmadığına katılanların yüzdesi (% 97,4), katılımcılara göre daha yüksektir. Eğitimciler ve katılımcılar arasında, kadınların kondom satın alması konusundaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0,02).

Erkek ve kadın eğitimcilerin tamamına yakını (% 98,3'ü), "kadın, erkeğin kondom kullanmasını isteme hakkına sahiptir" ifadesine katıldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların ise; % 97,2'si, kadının, erkeğin kondom kullanmasını isteme hakkına sahip olduğunu belirtmişlerdir.

Eğitimcilerin % 94'ü, "kadınların doğum yapıp yapmama konusunda kendi bedenleri üzerinde karar verme hakkına sahip oldukları"na katılmaktadır. Erkek katılımcıların % 85,9'u; kadın katılımcıların ise % 90,5'i, kadınların doğum yapıp yapmama konusunda kendi bedenleri üzerinde karar verme hakkına katıldıklarını belirtmişlerdir.

Kadın eğitimcilerin tamamı, erkek eğitimcilerin % 98,3'ü medeni durumu ne olursa olsun gençlerin CSÜS hizmetlerinden yararlanma hakları olduğuna inanmaktadır. Katılımcıların ise; % 98,6'sı medeni durumu ne olursa olsun, gençlerin CSÜS hizmetlerinden yararlanma hakkına sahip olduğuna katıldıklarını ifade etmişlerdir.

4.4.2. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların Cinsellikle İlgili Bazı Tutumları

Eğitimcilerin ve katılımcıların cinsellikle ilgili bazı önermelere katılma durumları Tablo 4.4.2.1.'de özetlenmektedir:

Tablo 4.4.2.1. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların cinsiyete göre cinsellikle ilgili bazı önermelere katılma yüzdeleri. (2009)

Cinselliğe İlişkin Önermeler	Önermeye Katılma Durumları			
	Eğitimci		Katılımcı	
	n	%*	n	%*
"Evleneceğim zaman bekaret benim için önemlidir."				
Erkek	16	27,6	36	42,9
Kadın	13	22,4	69	54,3
Toplam**	29	25,0	105	49,8
Aynı zaman diliminde birden fazla partnere (cinsel eşe) sahip olmak bir sorun oluşturmaz.				
Erkek	8	13,8	8	9,4
Kadın	6	10,3	4	3,1
Toplam***	14	12,1	12	5,7
"Cinselliğimle ilgili kaygılarımı gidermek için piyasada satılan penis/ meme büyütücü, cinsel istek artırıcı vb. ürünlere başvurabilirim."				
Erkek	4	6,9	17	20,0
Kadın	5	8,8	20	15,7
Toplam****	9	7,8	37	17,5
"Cinsel ihtiyaçlarımı gidermek için mastürbasyon yapmaya sıcak bakarım."				
Erkek	52	89,7	74	87,1
Kadın	47	81,0	60	47,2
Toplam***	00	85,3	134	63,2

* Yüzdeler, eğitimciler ve katılımcılar için ayrı ayrı olmak üzere, ilgili önermeye "katılıyorum" yanıtını veren erkek ve kadın sayısının toplam erkek ve kadın sayısı içindeki payı üzerinden hesaplanmıştır.
** Yedi eğitimci ve on üç katılımcı bu önermeye katılma durumlarını belirtmemişlerdir.
*** Yedi eğitimci ve on iki katılımcı bu önermeye katılma durumlarını belirtmemişlerdir.
**** Sekiz eğitimci ve on iki katılımcı bu önermeye katılma durumlarını belirtmemişlerdir.

Araştırmaya katılan her dört eğitimciden biri, katılımcıların ise yarısı (% 49,8'i) evlenecekleri zaman bekaretin kendileri için önemli olduğuna katılmaktadır (p=0,00). Erkek eğitimcilerin % 56,9'u (n=33), kadın eğitimcilerin % 69'u (n=40) evlenecekleri

zaman bekaretin kendileri için önemli olduğuna katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Kadın katılımcıların ise; yalnızca % 37,8'i (n=48), evlenecekleri zaman bekaretin kendileri için önemli olmadığını ifade etmişlerdir.

Eğitimcilerin % 12,1'i, aynı zaman diliminde birden fazla cinsel eşe sahip olmanın kendileri için sorun olmayacağını belirtmişlerdir. Erkek katılımcıların % 9,4'ü, kadın katılımcıların ise % 3,1'i aynı zamanda birden fazla cinsel eşe sahip olmanın kendileri için sorun olmayacağını düşünmektedir. Eğitimciler ve katılımcılar arasında birden fazla cinsel eşe sahip olma konusundaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p=0,03).

Erkek eğitimcilerin % 6,9, kadın eğitimcilerin % 8,8'i, cinsellikle ilgili kaygılarını giderebilmek için piyasada satılan penis / meme büyütücü, cinsel istek artırıcı, vb. ürünlere başvurabileceklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların % 17,5'i piyasada satılan cinsellikle ilgili ürünlere başvurabileceklerini belirtmişlerdir. Bu yüzde, eğitimcilere göre (% 7,8) de belirgin olarak yüksek bulunmuştur (p=0,02).

Erkek eğitimcilerin % 89,7'si, kadın eğitimcilerin ise % 81'i mastürbasyon yapmaya sıcak baktıklarını belirtmişlerdir. Erkek katılımcıların % 87,1'i, kadın katılımcıların ise % 47,2'si mastürbasyona sıcak bakacaklarını belirtmişlerdir. Eğitimcilerden bu önermeye katılanların yüzdesinin (% 85,3), katılımcılara oranla (% 63,2) daha yüksek olduğu görülmektedir (p=0,00).

4.4.3. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların HIV ile Yaşayanlar ve Cinsel Yönelimler ile İlgili Bazı Tutumları

Araştırmaya katılan eğitimci ve katılımcıların HIV ile yaşayanlar ve farklı cinsel yönelimlere sahip kişilere yönelik tutumları Tablo 4.4.3.1 ve Tablo 4.4.3.2'de özetlenmiştir:

Tablo 4.4.3.1. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların cinsiyete göre HIV ile yaşayanlar ile ilgili bazı önermelere katılma yüzdeleri. (2009)

HIV ile Yaşayanlara İlişkin Önermeler	Önermeye Katılma Durumları			
	Eğitimci		Katılımcı	
	n	%*	n	%*
"AIDS virüsü (HIV) taşıdığını öğrendiğim biriyle arkadaşlığımı devam ettiririm."				
Erkek	55	94,8	71	83,5
Kadın	55	94,8	89	70,6
Toplam**	110	94,8	160	75,8
"HIV ile yaşayan biriyle aynı okula gitmek veya aynı işyerinde çalışmak benim için sorun oluşturmaz."				
Erkek	56	96,6	71	83,5
Kadın	57	98,3	106	83,5
Toplam***	113	97,4	177	83,5
"HIV taşıdığını öğrendiğim biriyle çatal-bıçak gibi günlük eşyaları ortak kullanmaya devam ederdim."				
Erkek	50	86,2	53	62,4
Kadın	46	79,3	48	38,4
Toplam**	96	82,8	101	48,1
"İleride çocuğumun okulda HIV ile yaşayan bir çocukla aynı sınıfta okumasında bir sakınca görmem."				
Erkek	51	89,5	67	78,8
Kadın	50	86,2	80	63,0
Toplam***	101	87,8	147	69,3
"Kız / erkek arkadaşımın HIV ile yaşadığını öğrenirsem onunla ilişkimi devam ettiririm."				
Erkek	42	72,4	45	52,9
Kadın	38	67,9	49	38,6
Toplam**	80	70,2	94	44,3

* Yüzdeler, eğitimciler ve katılımcılar için ayrı ayrı olmak üzere, ilgili önermeye "katılıyorum" yanıtını veren erkek ve kadın sayısının toplam erkek ve kadın sayısı içindeki payı üzerinden hesaplanmıştır.
** Yedi eğitimci ve on üç katılımcı bu önermeye katılma durumlarını belirtmemişlerdir.
*** Yedi eğitimci ve on iki katılımcı bu önermeye katılma durumlarını belirtmemişlerdir.
**** Yedi eğitimci ve on dört katılımcı bu önermeye katılma durumlarını belirtmemişlerdir.
***** Sekiz eğitimci ve on iki katılımcı bu önermeye katılma durumlarını belirtmemişlerdir.
****** Dokuz eğitimci ve on iki katılımcı bu önermeye katılma durumlarını belirtmemişlerdir.

Araştırmaya katılan eğitimcilerin % 94,8'i, HIV ile yaşayan biriyle arkadaşlığını devam ettirmenin sorun olmayacağı yönündeki ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcılarda ise bu yüzde, % 75,8'dir. Erkeklere göre (% 5,9), daha fazla kadın katılımcının (% 16,7), bu ifadeye katılmadığı görülmüştür (p=0,05).

Eğitimcilerin % 97,4'ü, HIV (+) biriyle aynı okula gitmenin ya da aynı işyerinde çalışmanın kendisi için sorun olmayacağına katılırken; "ileride çocuğumun HIV (+) bir çocukla aynı sınıfta okumasında bir sakınca görmem" ifadesine katılanların yüzdesi, 87,8'e düşmektedir.

Katılımcıların % 83,5'i, HIV ile yaşayan biriyle aynı okula gitmenin ya da aynı işyerinde çalışmanın kendisi için sorun olmayacağına katılırken; % 69,3'ü, ileride çocuğunun HIV ile yaşayan bir çocukla aynı sınıfta okumasında bir sakınca görmeyeceğini belirtmiştir.

Erkek eğtitimcilerin % 6,9'u, kadın eğitimcilerin ise % 17,2'si, "HIV taşıdığını öğrendiğim biriyle çatal-bıçak gibi günlük eşyaları ortak kullanmaya devam ederdim" ifadesine katılmadıklarını belirtmişlerdir. Diğer yandan, eğitimcilerin % 70,2'si, "kız / erkek arkadaşımın HIV ile yaşadığını öğrenirsem, onunla arkadaşlığımı devam ettiririm" ifadesine katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Kadın katılımcılar ve erkek katılımcılar arasında, HIV ile yaşayan biriyle çatal-bıçak gibi günlük eşyaları ortak kullanma konusunda belirgin bir fark vardır. Erkek katılımcıların % 62,4'ü bu eşyaları ortak kullanabileceğini belirtirken; kadın katılımcıların yalnızca % 38,4'ü bu ifadeye katıldıklarını belirtmişlerdir (p=0,00).

Katılımcıların % 44,3'ü, "kız / erkek arkadaşımın HIV ile yaşadığını öğrenirsem, onunla olan ilişkimi devam ettiririm" ifadesine katıldığını belirtmiştir.

HIV ile yaşayanlara ilişkin ifadelere katılma durumları, eğitimciler ve katılımcılar arasında da belirgin olarak farklılık göstermektedir. Yukardaki önermelerin tamamına eğitimcilerin, katılımcılara oranla, daha büyük bir bölümünün katıldığı görülmektedir (tümünde p=0,00). Dolayısıyla, katılımcıların eğitimcilere göre daha büyük bir bölümünün, HIV ile yaşayanlara yönelik önyargılara sahip oldukları söylenebilir.

Tablo 4.4.3.2. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların cinsiyete göre cinsel yönelimlerle ilgili bazı önermelere katılma yüzdeleri. (2009)

Cinsel Yönelimlere İlişkin Önermeler	Önermeye Katılma Durumları			
	Eğitimci		Katılımcı	
	n	%*	n	%*
"En yakın arkadaşımın eşcinsel olduğunu öğrenirsem, onunla arkadaşlığımı devam ettiririm."				
Erkek	50	86,2	61	71,8
Kadın	54	93,1	95	74,8
Toplam**	104	89,7	156	73,6
"Kardeşimin eşcinsel olduğunu öğrenirsem, bu benim için sorun oluşturmaz."				
Erkek	42	72,4	34	40,0
Kadın	45	77,6	56	43,8
Toplam***	87	75,0	90	42,3

* Yüzdeler, eğitimciler ve katılımcılar için ayrı ayrı olmak üzere, ilgili önermeye "katılıyorum" yanıtını veren erkek ve kadın sayısının toplam erkek ve kadın sayısı içindeki payı üzerinden hesaplanmıştır.
** Yedi eğitimci ve on iki katılımcı bu önermeye katılma durumlarını belirtmemişlerdir.
*** Yedi eğitimci ve on bir katılımcı bu önermeye katılma durumlarını belirtmemişlerdir.

Eğitimcilerin, % 89,7'si "en yakın arkadaşımın eşcinsel olduğunu öğrenirsem, onunla arkadaşlığımı devam ettiririm" ifadesine katılmaktadır (erkek eğitimcilerin % 86,2'si; kadın eğitimcilerin % 93,1'i). Her dört eğitimciden üçü, kardeşinin eşcinsel olduğunu öğrenirse, bunun kendisi için sorun oluşturmayacağını düşünmektedir. % 17,2'si ise; kardeşinin eşcinsel olduğunu öğrenirse, bunun kendisi için bir sorun oluşturup oluşturmayacağına "fikrim yok" şeklinde yanıt vermiştir.

Katılımcıların ise; % 73,6'sı en yakın arkdaşının eşcinsel olduğunu öğrenirse, onunla arkadaşlığını devam ettireceğini belirtmiştir. Diğer yandan, katılımcıların sadece % 42,3'ü, kardeşinin eşcinsel olduğunu öğrenirse, bunun kendisi için sorun oluşturmayacağına katıldıklarını belirtmiştir. Eğitimcilerle katılımcılar arasında cinsel yönelimlere ilişkin önermelerde de anlamlı bir fark bulunmaktadır. HIV ile yaşayanlara ilişkin görüşlerde olduğu gibi, cinsel yönelim konusunda da katılımcıların eğitimcilere göre daha fazla önyargıya sahip olduğu söylenebilir (p=0,00 ve p=0,00).

4.4.4. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların CSÜS Sorununu Paylaşma ve Hizmetlerden Yararlanma ile İlgili Bazı Tutumları

Araştırmaya katılanlara, CSÜS'na ilişkin bir sorunu olması durumunda, bunu başkalarıyla paylaşıp paylaşmayacağı ve paylaşırsa kimlerle paylaşacağı sorulmuştur. Verilen yanıtlar, Tablo 4.4.4.1.'de özetlenmektedir:

Tablo 4.4.4.1. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların CSÜS'na ilişkin bir sorununu paylaşma durumuna göre dağılımı. (2009)

CSÜS Sorunu ile ilgili Tutumlar	Eğitimci		Katılımcı		χ^2	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
CSÜS sorununu paylaşma durumu						
Evet	115	99,1	205	96,7	1,88	0,17
Hayır	1	0,9	7	3,3		
Toplam*	116	100,0	212	100,0		
CSÜS sorununu paylaşacağı kişiler**	n=115		n=205			
Doktor	96	83.5	171	83.4		
Sevgili	92	80.0	116	56.6		
Kız arkadaş	61	53.0	113	55.1		
Psikolog	54	47.0	104	50.7		
Erkek arkadaş	47	40.9	70	34.1		
Anne	44	38.3	83	40.5		
Kız kardeş	37	32.2	67	32.7		
Hemşire	31	27.0	61	29.8		
Erkek kardeş	24	20.9	35	17.1		
Baba	24	20.9	33	16.1		
Kadın akraba	10	8.7	26	12.7		
Erkek akraba	9	7.8	22	10.7		
Öğretmen	3	2.6	13	6.3		
Eş	1	0.9	2	1.0		
Diğer	4	3.5	5	2.4		

* Yedi eğitimci ve on iki katılımcı CSÜS sorununu birisiyle paylaşıp paylaşmayacağını belirtmemiştir.
**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler CSÜS sorununu birisiyle paylaşacağını belirten kişi sayıları (n) üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılanların % 97,6'sı (n=320), CSÜS'na ilişkin bir sorununu başkalarıyla paylaşacağını ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların sorununu paylaşacağı kişiler içerisinde hem eğitimciler, hem de katılımcılarda "doktor" (% 83,4) ilk sırada, "sevgili" ise (% 65) ikinci sırada gelmektedir. Bunları, kız arkadaş, psikolog ve erkek arkadaş takip etmektedir. Dolayısıyla, araştırmaya katılanların bir CSÜS sorunu olması halinde, bunu öncelikle bir uzman ve / veya arkadaşlarıyla paylaşacakları söylenebilir.

Araştırmaya katılanlara, bu sorunla için bir sağlık kuruluşuna başvurup, başvurmayacakları ve başvururlarsa nerelere başvuracakları sorulmuştur. Verilen yanıtlar Tablo 4.4.4.2.'de özetlenmektedir:

Tablo 4.4.4.2. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların CSÜS'na ilişkin bir sorunla ilgili olarak sağlık kuruluşuna başvurma durumuna göre dağılımı. (2009)

CSÜS Sorunu ile ilgili Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumu	Eğitimci		Katılımcı		χ^2	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
CSÜS sorunu için sağlık kuruluşuna başvurma					0,32	0,57
Evet	112	97,4	203	96,2		
Hayır	3	2,6	8	3,8		
Toplam*	115	100,0	211	100,0		
Başvuracağı sağlık kuruluşu	n=112		n=203			
Gençlik danışmanlık hizmet birimi	65	58,0	67	33,0		
Özel hastane / özel doktor	64	57,1	137	67,5		
Devlet hastanesi	57	50,9	111	54,7		
Sağlık ocağı / AÇSAP	54	48,2	87	42,9		
Aile hekimi / toplum sağlığı merkezi	50	44,6	89	43,8		
Medikososyal sağlık birimi	40	35,7	37	18,2		
Okul / işyeri doktoru, hemşiresi	19	17,0	23	11,3		
Diğer	2	1,8	3	1,5		

* Sekiz eğitimci ve on üç katılımcı CSÜS sorunu ile ilgili bir sağlık kuruluşuna başvurup başvurmayacağını belirtmemiştir.
** Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler sağlık kuruluşuna başvuracağını belirten kişi sayıları (n) üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılanların % 96,6'sı, CSÜS sorunlarıyla ilgili bir sağlık kuruluşuna başvuracaklarını belirtmişlerdir (n=315). Başvuracakları sağlık kuruluşları arasında, eğitimciler için gençlere yönelik hizmet sunan gençlik danışmanlık hizmet birimleri (% 58), katılımcılar için ise özel hastane / özel doktor (% 67,5) ilk sırada gelmektedir.

Araştırmaya katılanlara, bazı CSÜS hizmetleriyle ilgili önermelere katılıp katılmadıkları sorulmuş; önermelere katılanların yüzde dağılımları Tablo 4.4.4.3'te özetlenmiştir:

Tablo 4.4.4.3. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların cinsiyete göre CSÜS hizmetlerinden yararlanma ile ilgili bazı önermelere katılma yüzdeleri. (2009)

CSÜS Hizmetlerinden Yararlanmaya İlişkin Önermeler	Önermeye Katılma Durumları			
	Eğitimci		Katılımcı	
	n	%*	n	%*
"Cinsel yolla bulaşan bir hastalığımın olduğunu düşünürsem; bir sağlık kuruluşuna / doktora başvururum."				
Erkek	55	94,8	81	95,3
Kadın	56	98,2	123	97,6
Toplam**	111	96,5	204	96,7
"Çocuk sahibi olmak istemediğim zamanda, korunma yöntemlerini öğrenmek ve bizim için en uygun korunma yöntemine karar vermek için partnerimle birlikte danışmanlık hizmeti almak üzere bir uzmana / sağlık kuruluşuna başvururum."				
Erkek	54	93,1	75	88,2
Kadın	56	96,6	115	90,6
Toplam***	110	94,8	190	89,6
"İstemediğim bir gebeliğim olursa / partnerimin istenmeyen gebeliği olursa, gebeliği sonlandırırım (kürtaj yaptırırım)."				
Erkek	29	50,9	37	44,0
Kadın	40	69,0	51	40,8
Toplam****	69	60,0	88	42,1

* Yüzdeler, eğitimciler ve katılımcılar için ayrı ayrı olmak üzere, ilgili önermeye "katılıyorum" yanıtını veren erkek ve kadın sayısının toplam erkek ve kadın sayısı içindeki payı üzerinden hesaplanmıştır.
** Sekiz eğitimci ve on üç katılımcı bu önermeye katılma durumlarını belirtmemişlerdir.
*** Yedi eğitimci ve on iki katılımcı bu önermeye katılma durumlarını belirtmemişlerdir.
**** Sekiz eğitimci ve on beş katılımcı bu önermeye katılma durumlarını belirtmemişlerdir.

Araştırmaya katılan eğitimcilerin % 96,5'i ve katılımcıların % 96,7'si, bir CYBE'lerinin olduğunu düşünmeleri durumunda, sağlık kuruluşuna başvuracaklarını belirtmişlerdir. Bu durum, bir önceki tabloda verilmiş olan CSÜS sorunu için sağlık kuruluşuna başvurma durumuyla (sırasıyla % 97,4 ve % 96,2) benzerlik göstermektedir.

Eğitimcilerin % 94,8'i, çocuk sahibi olmaya karar verdiği zaman, partneriyle birlikte danışmanlık hizmeti almak üzere bir sağlık kuruluşuna başvurabileceğini belirtmiştir. Bu yüzde, katılımcılarda 89,6'dır.

Erkek eğitimcilerin % 50,9'u, kadın eğitimcilerin ise % 69'u, istenmeyen bir gebeliği sonlandırma ile ilgili önermeye katıldıklarını belirtmişlerdir. Yaklaşık olarak her beş eğitimciden biri ise, bu önermeye "fikrim yok" şeklinde yanıt vermiştir. Katılımcıların ise % 42,1'i bu önermeye katılmaktadır. Katılımcıların üçte biri (% 33), bu önermeye katılmadıklarını belirtmişlerdir. Eğitimciler ve katılımcıların, istenmeyen gebeliği sonlandırma konusundaki görüşleri arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (p=0,01).

Araştırmaya katılanlara, "bir arkadaşınızın korunmasız cinsel ilişkide bulunduğunu öğrenseniz, onu ve partnerini ertesi gün hapı temin edebilmeleri için nereye yönlendirirdiniz?" sorusu yöneltilmiştir. ÜSAEP kapsamındaki eğitimci eğitimlerinde, "ertesi gün hapı"nın rutin bir GÖY olarak algılanmaması ve gençlerin gereksinim halinde bunu temin edebilmeleri için danışmanlık hizmeti de verebilecek bir sağlık kuruluşuna yönlendirilmeleri gerektiği mesajı vurgulanmaktadır. Bu sorunun amacı, mesajın gençlere ulaşıp ulaşmadığını gözleyebilmektir.

Tablo 4.4.4.4. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların "ertesi gün hapı"nın temini için yönlendirme yapacağı kuruşlara göre dağılımı. (2009)

"Ertesi Gün Hapı" için Yönlendirme	Eğitimci		Katılımcı		χ^2	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
Eczane	46	39,7	152	72,7	34,27	**0,00**
Sağlık kuruluşu	70	60,3	57	27,3		
Toplam*	116	100,0	209	100,0		

* Yedi eğitimci ve on beş katılımcı "ertesi gün hapı" için yönlendirme yapacakları kuruluşu belirtmemişlerdir.

Tablo 4.4.4.4.'te belirtildiği üzere, eğitimcilerin % 39,7'si, arkadaşını "ertesi gün hapı" için eczaneye yönlendireceğini belirtirken; katılımcıların % 72,7'si eczaneye yönlendireceklerini ifade etmişlerdir. Eğitimciler ve katılımcılar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p=0,00). Dolayısıyla, istenilen mesajın ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlere yeteri kadar ulaştırılamadığı gözlenmektedir.

4.4.5. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların Bir Ailenin Kaç Çocuk Sahibi Olacağına Kimin Karar Vermesi Gerektiği ile İlgili Görüşleri

Araştırmaya katılanlara, "sizce bir ailenin kaç çocuk sahibi olacağına kim karar vermelidir?" sorusu yöneltilmiştir. Verilen yanıtlar Tablo 4.4.5.1'de özetlenmektedir:

Tablo 4.4.5.1. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların çocuk sahibi olmaya kimin karar vermesi gerektiği konusundaki görüşlerine göre dağılımı. (2009)

Çocuk Sayısına Karar Verme	Eğitimci		Katılımcı		χ^2	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
Kadın- erkek birlikte	114	98,3	206	97,6	1,000 **	
Diğer	2	1,7	5	2,4		
Toplam*	116	100,0	211	100,0		

* Yedi eğitimci ve on üç katılımcı çocuk sahibi olmaya kimin karar vermesi gerektiği ile ilgili görüşlerini belirtmemişlerdir.
** Fisher'in Kesin Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılanların % 97,9'u kadın-erkek birlikte yanıtını vermişlerdir. Çocuk sahibi olmaya kimin karar vermesi gerektiği konusunda eğitimci ve katılımcılar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

4.5. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların CSÜS'na İlişkin Bazı Deneyimleri

Araştırmaya katılanlara "şimdiye kadar hiç birleşmeyle sonuçlanan cinsel ilişkide bulundunuz mu?" sorusu sorulmuştur. Bu soruya "evet" şeklinde yanıt verenlere cinsellikle ilgili diğer sorular yöneltilmiştir. Verilen yanıtlar Tablo 4.5.1-Tablo 4.5.4'te özetlenmektedir:

Tablo 4.5.1. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların cinsellikle ilgili bazı deneyimlerine göre dağılımı. (2009)

Cinsellikle İlgili Bazı Deneyimler	Eğitimci		Katılımcı		İstatistik Test Sonucu	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsel ilişki deneyimi						
Evet	74	64,3	73	34,8	**26,26***	**0,00**
Hayır	41	35,7	137	65,2		
Toplam**	115	100,0	210	100,0		
İlk cinsel ilişki yaşı						
15 yaş ve altı	6	8,3	3	4,3	5,85	0,12
16-18 yaş	19	26,4	27	38,6	*	
19-21 yaş	32	44,4	20	28,6		
22 yaş ve üstü	15	20,8	20	28,6		
Toplam***	72	100,0	70	100,0		
18 yaş ve altı	25	34,7	30	42,9	0,99	0,32
19 yaş ve üstü	47	65,3	40	57,1	*	
Toplam***	72	100,0	70	100,0		
Ortalama ± SS	19,5±2,6		19,6±2,9		0,25 ****	0,80
En küçük - en büyük değer	14-26		12-26			
Ortanca	19,0		19,5			

* Ki-Kare testi uygulanmıştır.
** Sekiz eğitimci ve on dört katılımcı şimdiye kadar cinsel ilişki deneyimi olup olmadığını belirtmemişlerdir.
*** İki eğitimci ve üç katılımcı ilk kez cinsel ilişkide bulundukları yaşı belirtmemişlerdir.
**** İki Grup Arasındaki Ortalamaların Önemlilik Testi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan eğitimcilerin % 64,3'ü (n=74) ve katılımcıların % 34,8'i, (n=73) şimdiye kadar cinsel ilişki deneyimlerinin olduğunu belirtmişlerdir. Eğitimcilerin cinsel ilişkide bulunma yüzdesi, katılımcılara oranla belirgin olarak yüksektir (p=0,000). Ayrıca, cinsel ilişkide bulunduğunu belirtenlerin % 66'sı erkek, % 34'ü kadındır (p=0,00). İlk cinsel ilişkinin yaşandığı yaşın ortanca değeri 19 yıl (ortalama ± SS = 19,6±2,7 yıl) olarak hesaplanmıştır. Bu veriler kullanılarak, araştırmaya katılanlar için "UNGASS[1] İlk Cinsel İlişki Yaşı Göstergesi" hesaplanabilmektedir. Bu gösterge, ilk kez 15 ve 18 yaşın altında cinsel ilişkide bulunanların sayısının, tüm cevaplayıcıların sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır.

[1] Birleşmiş Milletler Genel Kurulu HIV/AIDS Özel Oturumu

Bu göstergeyle ilgili detaylı bilgi Bölüm 3.6 Araştırmada Kullanılan Terimler, Tanımlar, Göstergeler Bölümü'nde, (s.37) bulunabilir (76). Buna göre, araştırmaya katılanların % 2,8'i, ilk cinsel ilişkisini 15 yaş ve altında yaşadığını belirtmiştir. % 16,9'u ise; ilk cinsel ilişkisini 18 yaş ve altında yaşamıştır.

Tablo 4.5.2. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılan ve cinsel ilişkide bulunduğunu belirtenlerin güvenli cinsellikle ilgili bazı deneyimlerine göre dağılımı. (2009)

Güvenli Cinsellikle İlgili Bazı Deneyimler	Eğitimci		Katılımcı		χ^2	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
Kondom kullanma durumu						
Her zaman	50	67,6	42	60,0	1,95	0,58
Ara sıra	19	25,7	20	28,6		
Hiçbir zaman	5	6,8	7	10,0		
Fikrim yok	0	-	1	1,4		
Toplam*	74	100,0	70	100,0		
Son cinsel ilişkide kondom kullanma durumu						
Evet	55	74,3	46	65,7	1,27	0,26
Hayır / Fikrim yok	19	25,7	24	34,3		
Toplam*	74	100,0	70	100,0		

* Üç katılımcı cinsel ilişkide kondom kullanma durumlarını belirtmemişlerdir.

Cinsel ilişkide bulunduğunu belirten cevaplayıcıların % 63,9'u her cinsel ilişkide kondom kullandıklarını belirtmiştir (n=92). Cevaplayıcıların % 8,3'ü ise hiçbir zaman kondom kullanmadıklarını ifade etmişlerdir (n=12). Cevaplayıcıların % 70,1'i son cinsel ilişkisinde kondom kullandığını belirtmiştir. Son cinsel ilişkisinde kondom kullanmayanların kullanmama sebepleri arasında, ihmal etme ya da yanında bulundurmama (n=11), kondomun cinsel ilişkiden alınan zevki azaltıyor olduğunu düşünme (n=8), başka bir GÖY kullanıyor olma (n=4), partnerine güveniyor olma (n=5), partnerinin kondom kullanmayı istememesi (n=4), gebelik riskinin olmadığı dönemde olmak (n=2) ve diğer sebepler (n=3) gelmektedir.

Tablo 4.5.3. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılan ve cinsel ilişkide bulunduğunu belirtenlerin gebelik ve GÖY ile ilişkili bazı deneyimlerine göre dağılımı. (2009)

Gebelik ve GÖY ile İlişkili Bazı Deneyimler	Eğitimci		Katılımcı		χ^2	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
Son cinsel ilişkide kondom dışında GÖY kullanma durumu						
Evet	7	9,5	16	23,5	5,17	**0,02**
Hayır / Fikrim yok	67	90,5	52	76,5		
Toplam*	74	100,0	68	100,0		
İstenmeyen gebelik durumu						
Evet	3	4,1	9	12,9	3,65	0,06
Hayır / Fikrim yok	71	95,9	61	87,1		
Toplam**	74	100,0	70	100,0		
GÖY'ün temin edildiği yerler***	n=74		n=73			
Eczane	46	62,2	45	61,6		
Market	32	43,2	20	27,4		
Sağlık Ocağı	8	10,8	7	9,6		
Diğer	7	9,5	1	1,4		
Fikrim yok	0	-	5	6,8		

* Beş katılımcı son cinsel ilişkide kondom dışında bir GÖY kullanıp kullanmadıklarını belirtmemişlerdir.
** Üç katılımcı istenmeyen gebelik yaşayıp yaşamadıklarını belirtmemişlerdir.
*** Birden fazla seçenek işaretlenmiş olup; yüzdeler cinsel ilişkide bulunduğunu belirten kişi sayıları (n) üzerinden alınmıştır.

Cinsel ilişkide bulunduğunu belirten eğitimcilerin % 9,5'i (n=7) ve katılımcıların % 23,5'i (n=16), son cinsel ilişkilerinde kondom dışında bir GÖY kullandıklarını ifade etmişlerdir (p=0,02). Bu yöntemlerin arasında oral kontraseptif (n=7) bulunmaktadır. Diğer yandan, belirtilen yöntemler içerisinde "geri çekme" (n=6) ve "ertesi gün hapı" (n=6) dikkati çekmektedir.

Cinsel ilişkide bulunduğunu belirten cevaplayıcıların % 8,3'ü (n=12), kendilerinin ya da partnerlerinin istenmeyen gebelik yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Bunlardan 8'i isteyerek düşük, 2'si kendiliğinden düşük, 1'i ise canlı doğumla sonuçlanmıştır. 1 kişi ise istenmeyen gebeliğin nasıl sonuçlandığını belirtmemiştir.

"Siz veya birlikte olduğunuz kişi, hiç ertesi gün hapı kullandınız mı?" sorusuna dört katılımcı "her cinsel ilişki sonrası kullanıyorum" ya da "sık sık kullanıyorum" yanıtını vermiştir. Cevaplayıcıların % 30,5'i (n=43), bir kere kullanmış olduğunu, % 54,6'sı (n=77) ise hiç kullanmadıklarını belirtmiştir. "Ertesi gün hapı" kullandığını belirtenlerin % 71,7'si (n=38) bunu temin ederken bir danışmanlık hizmeti almadıklarını ifade etmişlerdir.

Cinsel ilişkide bulunduğunu belirtenlerin, GÖY'ü temin ettiği yerlerin başında eczane (% 61,9) ve ikinci sırada market (% 35,3) gelmektedir.

Tablo 4.5.4. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların CSÜS bilgi puanlarının cinsel ilişkide bulunma durumuna göre dağılımı. (2009)

CSÜS Bilgi Puanı	Cinsel İlişkide Bulunma				Toplam	χ^2	p-değeri
	Evet		Hayır				
	Sayı	%	Sayı	%			
CSÜS bilgi puanı							
Düşük	18	12,2	46	25,8	64	19,65	**0,00**
Orta	65	44,2	92	51,7	157		
Yüksek	64	43,5	40	22,5	104		
Toplam*	147	100,0	178	100,0	325		

* Sekiz eğitimci ve on dört katılımcı araştırma tarihine kadar cinsel ilişki deneyimi olup olmadığını belirtmemişlerdir.

Cevaplayıcıların, CSÜS Bilgi Puanlarının, cinsel ilişkide deneyimlerinin olup olmadığına göre dağılımına bakıldığında, cinsel ilişkide bulunmuş olanların % 43,5'inin, CSÜS Bilgi Puanının "yüksek" olduğu gözlenmiştir. Cinsel ilişkide bulunmamış olanların ise sadece % 22,5'inin CSÜS Bilgi Puanları "yüksek"tir. Bu fark, istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (0,00).

Tablo 4.5.5. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların kendi kendine meme muayenesi ya da kendi kendine testis muayenesi yapma durumuna göre dağılımı. (2009)

Kendi Kendine Muayene Yapma Durumu	Eğitimci		Katılımcı		χ^2	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
"Her ay düzenli olarak yapıyorum"	25	22,3	17	8,6	20,35	**0,00**
"Ara sıra yapıyorum"	78	69,6	133	67,2		
"Hiç yapmıyorum"	9	8,0	47	23,7		
Diğer*	0	-	1	0,5		
Toplam**	112	100,0	198	100,0		

* Diğer: "Normalden farklı bir durum varsa yapıyorum."
** On bir eğitimci ve yirmi altı katılımcı kendi kendine meme veya testis muayenesi yapma durumlarını belirtmemişlerdir.

Araştırmaya katılan eğitimcilerin % 22,3'ü, her ay düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi (KKMM) veya kendi kendine testis muayenesi (KKTM) yaptıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların ise % 8,6'sı her ay düzenli olarak KKMM veya KKTM yapmaktadır. Eğitimcilerin daha büyük bir bölümünün katılımcılara göre düzenli olarak KKMM veya KKTM yaptıkları söylenebilir (p=0,00).

Cinsiyetin KKMM ve KKTM yapma durumuna etkisine bakıldığında ise (Tablo 4.5.6.), erkekler ve kadınlar arasında belirgin bir fark gözlenmemektedir (p=0,55). Araştırmaya katılan erkeklerin % 65,9'u, kadınların % 69,6'sı ara sıra KKMM veya KKTM yaptıklarını belirtmişlerdir.

Hiç KKMM veya KKTM yapmadığını belirtenlerin, muayene yapmama sebepleri arasında "alışkanlık haline getirmemiş olmak / unutmak" (n=21), "gerek görmemek" (n=18), "nasıl yapılacağını bilmemek" (n=5) bulunmaktadır.

Tablo 4.5.6. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların cinsiyetinin kendi kendine meme muayenesi ya da kendi kendine testis muayenesi yapma durumuna göre dağılımı. (2009)

Kendi Kendine Muayene Yapma Durumu	Erkek		Kadın		Toplam	χ^2	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%			
Her ay düzenli olarak yapıyorum.	21	16,3	21	11,6	42	2,09	0,55
Ara sıra yapıyorum.	85	65,9	126	69,6	211		
Hiç yapmıyorum.	23	17,8	33	18,2	56		
Diğer	0	-	1	0,6	1		
Toplam*	181	100,0	129	100,0	310		

* On bir eğitimci ve yirmi altı katılımcı kendi kendine meme veya testis muayenesi yapma durumlarını belirtmemişlerdir.

4.6. ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin CSÜS Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması'na Katılanların CSÜS Bilgi ve Hizmetlerine Ulaşımı ve ÜSAEP Hakkındaki Bazı Görüşleri

Bu bölümde, araştırmaya katılanların CSÜS bilgi ve hizmetlerine ulaşımı ve ÜSAEP hakkındaki bazı görüşleri sunulmaktadır.

Tablo 4.6.1. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların ÜSAEP öncesindeki CSÜS bilgi kaynaklarına göre dağılımı. (2009)

Bilgi Kaynakları	Eğitimci		Katılımcı	
	Sayı	%*	Sayı	%*
ÜSAEP öncesindeki bilgi kaynakları	n=123		n=223	
İnternet	97	78,9	143	35,2
Arkadaş	85	69,1	149	30,9
Kitap, gazete, dergi	81	65,9	128	29,4
Televizyon	46	37,4	64	16,7
Üniversite	28	22,8	63	10,2
Anne, baba	23	18,7	35	8,3
İlk / ortaöğretim	13	10,6	21	4,7
Gençlik danışmanlık hizmet birimi	10	8,1	14	3,6
Abla-ağabey-kardeş	9	7,3	28	3,3
Medikososyal sağlık birimi	8	6,5	7	2,9
Özel hastane	7	5,7	11	2,5
Sağlık ocağı / AÇSAP Merkezi	5	4,1	9	1,8
Devlet hastanesi	5	4,1	4	1,8
Aile hekimi / toplum sağlığı merkezi	4	3,3	7	1,5
Diğer	3	2,4	3	11

* Birden fazla seçenek işaretlenmiş olup; yüzdeler toplam eğitimci ve katılımcı sayıları (n) üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan eğitimci ve katılımcıların, ÜSAEP'ten önceki CSÜS bilgisine ulaştıkları başlıca kaynaklar arasında ilk sırada internet (% 69,2), ikinci sırada ise arkadaş (% 67,4) bulunmaktadır.

Tablo 4.6.2. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların CSÜS bilgisini almayı tercih ettikleri kişi ve kurumlara göre dağılımı. (2009)

Tercih Edilen Bilgi Kaynakları	Eğitimci		Katılımcı	
	Sayı	%*	Sayı	%*
Kişi ve kurumlar	n=123		n=223	
Sağlık ocağı / AÇSAP Merkezi	59	48,0	58	25,9
Gençlik danışmanlık hizmet birimi	57	46,3	53	23,7
İnternet	54	43,9	133	59,4
Özel hastane	39	31,7	76	33,9
Aile hekimi / toplum sağlığı merkezi	30	24,4	52	23,2
Medikososyal sağlık birimi	28	22,8	11	4,9
Kitap, gazete, dergi	20	16,3	80	35,7
Arkadaş	17	13,8	76	33,9
Devlet hastanesi	15	12,2	32	14,3
Üniversite	12	9,8	12	5,4
Anne, baba	5	4,1	23	10,3
Abla-ağabey-kardeş	3	2,4	7	3,1
İlk / ortaöğretim	3	2,4	0	-
Televizyon	0	-	9	4,0
Diğer	2	1,6	1	0,4

* Birden fazla seçenek işaretlenmiş olup; yüzdeler toplam eğitimci ve katılımcı sayıları (n) üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılanlardan, CSÜS konusunda bilgi almak için tercih ettikleri üç kişi / kuruluşu belirtmeleri istendiğinde ise; eğitimciler için ilk sırada sağlık ocağı / AÇSAP Merkezi (% 48), katılımcılar için ilk sırada internet (% 59,4) gelmektedir. Bunu eğitimcilerde gençlik danışmanlık hizmet birimi (% 46,3), katılımcılarda ise kitap, gazete, dergi (% 35,7) izlemektedir. Buna göre, eğitimcilerin öncelikle kurumsal bilgi kaynaklarını tercih ettikleri; katılımcıların ise öncelikle tek başlarına bilgi alabilecekleri kaynaklara yönlendikleri gözlenmiştir.

Tablo 4.6.3. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların kendi CSÜS bilgilerini ne düzeyde bulduklarına göre dağılımı. (2009)

CSÜS Bilgi Düzeyi	Eğitimci		Katılımcı		χ^2	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
İyi	96	84,2	122	58,4	23,71	**0,00**
Orta	18	15,8	78	37,3		
Düşük	0	-	9	4,3		
Toplam*	114	100,0	209	100,0		

* Dokuz eğitimci ve on beş katılımcı kendi CSÜS bilgilerini ne düzeyde bulduklarını belirtmemişlerdir.

Araştırmaya katılan eğitimcilerin % 84,2'si; katılımcıların ise % 58,4'ü kendi CSÜS bilgi düzeyini iyi bulduğunu ifade etmiştir (p=0,00). Ancak, alınan CSÜS Bilgi Puanlarıyla karşılaştırıldığında, eğitimcilerin % 63,4'ü; katılımcıların % 12,5'i, "yüksek" puan alabilmiştir. Dolayısıyla gerek eğitimcilerin, gerekse de katılımcıların arasında, CSÜS bilgi düzeyini olduğundan iyi görenlerin bulunduğu gözlenmiştir.

Tablo 4.6.4. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların ÜSAEP kapsamında gerçekleştirilen eğitimleri faydalı bulma durumlarına göre dağılımı. (2009)

Eğitimleri Faydalı Bulma Durumu	Eğitimci		Katılımcı		χ^2	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
Kendi için faydalı bulma durumu						
Evet	113	99,1	203	97,6	0,94	0,33
Hayır / Fikrim yok	1	0,9	5	2,4		
Toplam*	114	100,0	208	100,0		
Akranları için faydalı bulma durumu						
Evet	112	98,2	197	95,6	1,51	0,22
Fikrim yok	2	1,8	9	4,4		
Toplam**	114	100,0	206	100,0		

* Dokuz eğitimci ve on altı katılımcı ÜSAEP kapsamında aldıkları eğitimi kendileri için faydalı bulup bulmadıklarını belirtmemişlerdir.
** Dokuz eğitimci ve on sekiz katılımcı ÜSAEP kapsamında verilen eğitimleri akranları için faydalı bulup bulmadıklarını belirtmemişlerdir.

Araştırmaya katılanların % 98,1'i, ÜSAEP kapsamında gerçekleştirilen eğitimleri kendi için; % 96,6'sı da akranları için faydalı bulduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.6.5. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların ÜSAEP kapsamında adıkları bilgileri günlük yaşamlarında akranlarıyla paylaşma durumuna göre dağılımı. (2009)

Bilgileri Paylaşma	Eğitimci		Katılımcı		χ^2	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
Evet	113	99,1	193	92,8	6,26	**0,01**
Hayır	1	0,9	15	7,2		
Toplam	114	100,0	208	100,0		

* Dokuz eğitimci ve on altı katılımcı ÜSAEP kapsamında aldıkları bilgileri günlük yaşamlarında akranlarıyla paylaşıp paylaşmadıklarını belirtmemişlerdir.

Araştırmaya katılan eğitimcilerin % 99,1'i; katılımcıların % 92,8'i, ÜSAEP kapsamında aldıkları bilgileri günlük yaşamlarında akranlarıyla paylaştıklarını belirtmişlerdir. Eğitimciler ve katılımcılar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p=0,01).

Tablo 4.6.6. ÜSAEP kapsamında eğitim alan gençlerden araştırmaya katılanların gençlerin CSÜS ile ilişkili bilgi ve hizmetlere ulaşmalarını önemli bulma durumuna göre dağılımı. (2009)

Bilgileri Paylaşma	Eğitimci		Katılımcı		χ^2	p-değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
Evet	113	99,1	203	99,5	0,18	0,68
Hayır	1	0,9	1	0,5		
Toplam	114	100,0	204	100,0		

* Dokuz eğitimci ve yirmi katılımcı gençlerin CSÜS konularında bilgi ve hizmetlere ulaşmalarını önemli bulup bulmadıklarını belirtmemişlerdir.

Araştırmaya katılanların tamamına yakını (% 99,4) gençlerin CSÜS ile ilişkili uygun bilgi ve hizmete ulaşmasını önemli bulduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılanlara, gençlerin CSÜS alanında daha iyi ve doğru bilgi ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak için önerileri sorulmuştur. Araştırmaya katılanların bu konudaki önerileri şu şekilde özetlenebilir:

- Gençlerin, CSÜS konusunda, sağlık kuruluşları ve bu alandaki uzman kişiler tarafından bilgilendirilmeleri; böylelikle CSÜS ile ilgili kendi ihtiyaçlarının ve sorunlarının farkında olabilecekleri ve CSÜS alanında sağlık hizmetlerine olan talebin artırılabileceği (n=69).
- Gençlere yönelik "genç-dostu" sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, mevcut olanların kalitelerinin iyileştirilmesi ve bu alanda sağlık personelinin yetiştirilmesi (n=24).
- Gençlerin CSÜS ihtiyaçları konusunda ebeveynler, öğretmenler, karar vericiler ve gençlerle yakın ilişki içinde bulunan diğer kişilere yönelik farkındalığı artırıcı çalışmaların yapılması; CSÜS konusundaki tabuların azaltılması; (n=38).
- Gençlere yönelik, yaşa ve gelişim düzeyine uygun CSÜS eğitimlerinin verilmesi; mevcut ilköğretim ve ortaöğretim programlarının bu yönde geliştirilmesi (n=48).
- Gençlere yönelik CSÜS konusunda bilgilendirici akran eğitimi projelerinin ve benzeri eğitim çalışmalarının yaygınlaştırılması (n=82).
- Gençlere ulaşmak amacıyla internet başta olmak üzere kitle iletişim araçlarından ve "popüler kültür" olarak adlandırılan, gençlerin ilgisini çekebilecek kişi, ortam ve araçlardan (ünlüler, şarkı sözleri, kısa mesaj, konser, tiyatro, sinema, vb.) yararlanılması (n=40).
- Diğer: kırsal kesimdeki gençler de dahil olmak üzere daha fazla gence ulaşılması, gençlerin üstlerine düşen sorumluluğun farkında olmaları, gençlerin konuyla ilgili bilimsel çalışmalara ve araştırmaya teşvik edilmesi, gençlerin mevcut hizmetlere ulaşmalarının daha kolay hale gelmesi, vb. (n=27).

5. TARTIŞMA

Tartışma bölümü, yedi alt bölüm halinde sunulmaktadır:

5.1. Araştırmanın Yöntemine İlişkin Özellikler

5.2. Sosyodemografik Özellikler

5.3. ÜSAEP Kapsamında Üstlenilen Rollere İlişkin Özellikler

5.4. CSÜS Bilgi Durumuna İlişkin Özellikler

5.5. CSÜS'na İlişkin Bazı Değer ve Tutumlara İlişkin Özellikler

5.6. CSÜS'na İlişkin Bazı Deneyimlere İlişkin Özellikler

5.7. CSÜS Konusunda Bilgi ve Hizmetlere Ulaşım ile İlgili Özellikler

5.1. Araştırmanın Yöntemine İlişkin Özellikler

Araştırma verileri, 29 Kasım- 2 Ocak tarihleri arasında, internet ve posta yoluyla toplanmıştır. Araştırmaya katılma sıklığı, eğitimcilerde % 69,9; katılımcılarda % 45,2; toplamda % 51,6'dır. Bölüm 3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi Bölümü, Tablo 3.2.1'de (s. 34) açıklandığı üzere, araştırmanın evreninde yer alan eğitimcilerden 11 kişiye, katılımcılardan da 108 kişiye, e-posta ve telefon bilgileri geçerli olmadığı için hiç ulaşılamamıştır. Bu kişiler çıkarıldığında ise; cevaplama sıklığı, eğitimcilerde % 74,5; katılımcılarda % 57,7; toplamda ise % 62,7 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılanların % 98,6'si (n=342), anketleri internet üzerinden; % 1,4'ü (n=5) posta yoluyla doldurmuştur.

Veri toplama aşamasında, araştırma evrenindeki bireylere e-posta ile çalışma hakkında bilgi verilmiş ve anketi cevaplamayan kişilere en az iki kere hatırlatma mesajı gönderilmiştir. Telefon bilgisi bulunanlar, ayrıca, telefonla da aranarak bilgilendirilmişlerdir. Özellikle telefon yoluyla ulaşılabilenlerin, çalışmaya katılma düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Telefonla ulaşılamadığı halde anketi kendiliğinden dolduranların yüzdesi, % 2'yi geçmemektedir.

Bu bilgiler, internet tabanlı araştırmalara ilişkin literatür bilgileriyle de örtüşmektedir. Literatürde, internet üzerinden yapılan anket çalışmalarının cevaplama yüzdelerinin, % 30 civarında olmasının beklendiği; ancak hatırlatma mesajlarıyla bu

yüzdenin % 60'a kadar çıkabileceğine ilişkin bilgiler mevcuttur. Ayrıca, hedef grupla kişisel iletişim kurulmasının da cevaplama yüzdelerini artırdığı belirtilmektedir (78).

ÜSAEP kapsamında, Haziran 2009'a kadar yaklaşık 1148 kişiye eğitim verilmiş olmasına rağmen; bunlardan yalnızca 672'sinin iletişim bilgileri mevcuttur. Dolayısıyla, araştırmanın evrenini, ÜSAEP kapsamında eğitim alanların içerisinde iletişim bilgisi bulunanlardan oluşan bir alt küme oluşturmuştur. Bu nedenle, araştırmanın sonuçlarını ÜSAEP kapsamında eğitim almış tüm gençler için genellemek mümkün değildir. Yine de bu grup hakkında başka bir şekilde bilgi edinmek mümkün olmadığından; araştırma sonuçları, ÜSAEP kapsamında eğitim almış olanlar hakkında bir fikir edinmek ve bazı özelliklerini tanımlamak açısından önemlidir.

5.2. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya katılan eğitimcilerin % 49,6'sı erkek, % 50,4'ü kadındır. Katılımcılarda ise, erkekler, araştırmaya katılanların % 40,6'sını; kadınlar % 59,4'ünü oluşturmaktadır. Proje kayıtlarına göre; eğitimcilerin % 51,4'ü erkek, % 48,4'sı kadındır. Kasım 2008 tarihli ÜSAEP Ölçme ve Değerlendirme Raporuna bakıldığında, o tarihe kadar proje kapsamında eğitim almış olan ve saha kayıt formu bulunanların % 35'inin erkek ve % 65'inin kadın olduğu görülmektedir (79). Ancak, 2009'un ilk yarısına ait proje kayıtlarına göre, bu dönemde eğitimlere katılanların % 40,8'ini erkekler; % 59,2'sini ise kadınlar oluşturmaktadır. Dolayısıyla, Projenin ilk yıllarında, Projeye katılanlardaki kadın-erkek dağılımı arasındaki farkın, 2009 yılı ilk yarısı itibariyle kapanmaya başladığı görülmektedir. Bu durumun, araştırmaya katılanların cinsiyet dağılımına da yansıdığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 22,9 ± 2,5 yıl olarak bulunmuştur (en küçük- en büyük değer= 16-33). Bu bulgu, Ölçme ve Değerlendirme Raporunda belirtilmiş olan ortalama 22 yaş (en küçük- en büyük değer= 16-33) değeriyle uyumludur (79). Araştırmaya katılanların, % 65,9'u halen öğrenim görmekte olduğunu belirtmiştir. Kasım 2008 Ölçme ve Değerlendirme Raporunda ise, eğitim alan gençlerin % 91,3'ünün halen öğrenim görmekte oldukları ifade edilmiştir (79). Bu durum,

araştırmaya katılanların bir bölümünün rapor tarihinden sonra mezun olduklarını düşündürmektedir.

Cevaplayıcıların % 52,8'inin en son mezun olduğu okul lise, % 39,8'inin ise yüksekokul / üniversitedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2008 verilerine göre, araştırmaya katılanlarla benzer yaş grubu için (18-29 yaş), lise ve dengi okullardan mezun olanların yüzdesi, aynı yaş grubundaki toplam nüfusun % 36,7'sini; yüksekokul ve üniversite mezunları ise % 5,7'sini oluşturmaktadır (2). Buna göre, araştırmaya katılanların öğrenim düzeylerinin, benzer yaş grubundaki genel nüfusa göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Araştırmaya katılanların % 34,4'ünün annelerinin; % 54,4'ünün babalarının öğrenim düzeyi lise ve üzeridir. 2007 yılında, 15-24 yaş arası gençlerde yapılmış toplum tabanlı bir çalışmada ise; cevaplayıcıların % 7,2'sinin annelerinin, % 16,2'sinin babalarının öğrenim durumunun lise ve üzeri olduğu bildirilmiştir (46). Bu çalışmayla karşılaştırıldığında, araştırmaya katılanların anne ve babalarının öğrenim düzeylerinin görece daha yüksek olduğu söylenebilir.

Cevaplayıcıların % 4'ü, araştırma tarihine kadar en uzun süre yaşadıkları yerin köy olduğunu belirtmişlerdir. TÜİK verilerine göre, 15-29 yaş arası nüfusun % 23'ü kırsal kesimde ikamet etmektedir (2). Araştırmaya katılanların, benzer yaşa grubu için olan ulusal verilerle karşılaştırıldığında, daha büyük bir oranda, il ve ilçe merkezlerinde yaşadığı gözlenmektedir.

5.3. ÜSAEP Kapsamında Üstlenilen Rollere İlişkin Özellikler

Araştırmaya katılanların % 35,4'ünü, projede kapsamında ileri düzey eğitmen eğitimi ya da akran eğitici eğitimine katılmış "eğitimci"ler; % 64,6'sını ise, sadece yaygınlaştırma / saha eğitimlerine katılmış olan "katılımcı"lar oluşturmaktadır. Eğitimcilerin % 28,5'i (n=35), daha önce yaygınlaştırma eğitimlerine de katılmışlardır. Diğer bir deyişle, araştırmaya katılanların % 10'unu, projeye en alt düzey eğitimle (yaygınlaştırma eğitimi) dahil olup; daha sonra daha üst düzey eğitimlere katılarak; "eğitimci" olan kişiler oluşturmaktadır. Erkek eğitimcilerin içinde, yaygınlaştırma eğitimlerine katılmış olma yüzdesi (% 37,7), kadın eğitimcilere (% 19,4) oranla daha

yüksektir (p=0,02). Bu durum da; araştırmaya katılanlar içerisinde, yaygınlaştırma eğitimlerine katılarak projeye dahil olmuş eğitimcilerin büyük bölümünü erkeklerin oluşturduğunu göstermektedir. Araştırmaya katılan eğitimcilerin % 29,3'ü, Proje kapsamında iki kez gerçekleştirilmiş "HIV/AIDS ve sosyal ayrımcılık" ve "toplumsal cinsiyet ve cinsel yönelimler" konulu tematik eğitimlere de katılmışlardır.

Araştırmaya katılanların, projede kalma sürelerine (ÜSAEP kapsamında eğitim aldığı ilk tarih ile eğitim aldığı veya verdiği son tarih arasında geçen süre) bakıldığında; % 71,5'inin, projede kalma süresinin 6 aydan az olduğu göze çarpmaktadır. Bu gruptakilerin büyük bir bölümünün (n=224), ÜSAEP kapsamında sadece bir eğitime katıldıkları görülmektedir. Dolayısıyla, bu kişilerin ilk eğitim ve son eğitim tarihleri aynı olmakta ve projede kalma süreleri "0 gün" olarak hesaplanmaktadır. Proje kapsamında tek bir eğitime katılmış olanların % 92'sini (n=206) katılımcılar oluşturmaktadır. Tek bir eğitime katılmış olanlar içerisinde katılımcıların çoğunlukta olması beklenen bir sonuçtur; ancak geri kalan % 8'i oluşturan eğitimcilerin, Proje içerisinde aktif görev almamış olduğunu göstermektedir.

Son eğitimden sonra geçen süreye (ÜSAEP kapsamında eğitim alanların, katıldıkları son eğitimden, Aralık 2009'a kadar geçen süre) bakıldığında; araştırmaya katılan kadınların son eğitim tarihinden sonra geçen ortalama sürenin (22,6 ± 12,2 ay), erkeklere göre (19,7 ± 12,9 ay) daha uzun olduğu görülmektedir (p=0,03). Bu durum, erkeklerin, kadınlara göre daha büyük bir kısmının, daha yakın bir tarihte eğitim almış ya da vermiş olduğuna işaret etmektedir. Bu bulgu, Bölüm 5.2 Sosyo-demografik Özellikler'de bahsedilmiş olan, 2009 yılı ilk yarısındaki proje kayıtlarına göre, daha önceki yıllara oranla, erkeklerin eğitimlere katılanlar içindeki payının görece yükselmesi ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan eğitimcilerin, % 22'sinin (n=27) araştırma tarihine kadar hiç eğitim vermemiş olduğu görülmektedir. Bu durum, eğitimci eğitimlerine katılan yaklaşık olarak her beş kişiden birinin atıl kaldığını ya da Projeye katkı sağlayamadığını düşündürmektedir. Yukarıda belirtildiği üzere, Proje kapsamında tek bir eğitime katılmış olanların % 8'inin eğitimciler olması da bu düşünceyi desteklemektedir.

5.4. CSÜS Bilgi Durumuna İlişkin Özellikler

Üreme ve cinsellik davranışlarının başladığı gençlik döneminde, cinsellik, gebeliğin oluşumu, GÖY, CYBE ve HIV/AIDS'ten korunma konularında temel bilgilerin bilinmesi "güvenli cinsellik" yaklaşımını kuvvetlendirmektedir (46). Araştırma kapsamındaki bilgi sorularının seçiminde, konuların, ÜSAEP kapsamında verilen eğitimlerde anlatılan başlıkları ve mesajları içermesine özen gösterilmiştir. Bulgular, "eğitimciler" ve "katılımcılar" olmak üzere iki grupta ayrı ayrı incelenmiş ve istatiksel analizlerle iki grup arasında belirgin fark olup, olmadığı tespit edilmeye çalışılmıştır.

Araştırma kapsamında yöneltilen, "doğru", "yanlış", "fikrim yok" sorularına verilen doğru yanıtlara bakıldığında, 26 sorunun 19'unda, eğitimcilerin doğru yanıt yüzdesi, katılımcılarınkinden istatistiksel olarak belirgin derecede yüksek bulunmuştur.

Kadınların ilk cinsel ilişkisinde kanama olmayabileceği, CYBE'nin tek bir cinsel ilişki ile ve kan yoluyla da bulaşabileceği, HIV'in dokunarak bulaşmadığı, HIV'in bulaşma riskinin kondom kullanılarak azaltılabileceği, sağlıklı görünen bir kişinin de HIV taşıyor olabileceği ve her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılması gerektiği bilgileri, eğitimcilerin hemen hemen tamamı (% 99'undan fazlası) tarafından doğru olarak bilinmektedir. Türkiye'de 2007 yılında yapılan toplum tabanlı bir çalışmaya göre, "tek bir cinsel ilişki ile CYBE bulaşabileceği"ni gençlerin % 83,5'i; "kondom kullanımıyla HIV'in bulaşma riskinin azaltılabileceği"ni % 72,3'ü; "sağlıklı görünen bir kişide HIV bulunabileceği"ni ise % 74,4'ü, "doğru" olarak bilmiştir (46). Bu sorular çerçevesinde, araştırmaya katılan eğitimcilerin, benzer yaş grubundaki genel nüfusa oranla daha yüksek bir bölümünün, CYBE ve HIV konusundaki bilgi sorularına doğru yanıt verdiği gözlenmektedir.

Diğer yandan, sadece, "her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılması gerektiği" bilgisi katılımcıların % 99,5'i tarafından doğru olarak bilinmiştir. Türkiye'de, iki üniversitenin birinci sınıf öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada, aynı bilgi sorusunu doğru bilen öğrencilerin yüzdeleri, % 86,7 ile % 97,3 arasında değişiklik göstermektedir (44).

Eğitimcilerin, doğru yanıt yüzdesinin en düşük olduğu sorular içerisinde "CYBE'nin kadınlara daha kolay bulaşabileceği" (% 63,6'sı doğru yanıt vermiştir) ve

"CYBE'nin kadınlarda ve erkeklerde kısırlığa sebep olabileceği" (% 65'i doğru yanıt vermiştir) bilgileri yer almaktadır. Katılımcılar ise; yukarıdaki iki bilgiye (doğru yanıt yüzdeleri sırasıyla % 44,9 ve % 35,2) ilave olarak; özellikle, "cinsel ilişki sonrası vajinanın içinin yıkanmasının sağlık açısından sakıncalı olduğu" (% 57,5), "HIV'in sivrisinek ısırığı ile bulaşmayacağı" (% 53,2), "kondomun her türlü ortamda saklanmaması gerektiği" (% 64,4) ve "kondomun yağ-bazlı bir kayganlaştırıcı ile kullanılmaması gerektiği" (% 58,3) ile ilgili sorularda, diğer sorulara göre daha az doğru yanıt verebilmişlerdir. Diğer yandan, "CYBE'nin kadınlara daha kolay bulaşabileceği" ve "HIV'in sivrisinek ısırığı ile bulaşmayacağı" bilgileri, benzer yaş gruplarında yapılmış çalışmalarda da, doğru yanıt yüzdesi düşük olan sorular içinde yer almıştır (44, 46).

Araştırmaya katılan eğitimcilerin % 72,7'si; katılımcıların ise % 36,6'sı, UNAIDS'in, gençlerin HIV/AIDS konusundaki bilgi düzeylerini takip etmeye yönelik oluşturduğu göstergeden, beş sorunun tamamına doğru yanıt vererek, tam puan alabilmiştir. "15-24 yaş arası gençlerden, HIV'in cinsel yolla geçişinden korunma yollarını doğru olarak bilenler ve aynı zamanda HIV'in bulaş yollarına ilişkin belli başlı yanlış bilgileri inkâr edebilenlerin yüzdesi" olarak tanımlanan göstergeyi oluşturan sorulardan, en az doğru bilineni, eğitimcilerde "HIV taşımayan ve sadece birbirleriyle cinsel ilişki yaşayan bir çift için HIV bulaşma riski azalır" (% 86,0); katılımcılarda ise, "HIV sivrisinek ısırığı ile bulaşabilir" (% 53,2) ifadeleridir. Türkiye'deki 15-24 yaş arası gençler için HIV bilgisi göstergesi % 10,4 olarak bulunmuştur (46). Buna göre, her ne kadar araştırmaya katılan eğitimciler ve katılımcılar arasında HIV bilgisi göstergesi açısından belirgin bir fark olsa da (p=0,00); hem eğitimcilerin, hem de katılımcıların içinden tam puan alanların yüzdesinin, benzer yaş grubundaki genel nüfusa göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Üreme organları hakkında temel bilgi, istenmeyen gebeliklerden korunma ve güvenli cinsellik konularında bilgilendirme yapılabilmesi için gereklidir (46). Araştırma kapsamında, eğitimcilerin % 94,3'ü; katılımcıların % 78,6'sı, "bebeğin anne karnında büyüdüğü organ" sorusuna "uterus / rahim" yanıtını vermiştir (p=0,00). Türkiye'de 15-24 yaş arası gençlerin, % 41'i benzer soruya "uterus / rahim" yanıtını verebilmişlerdir

(46). Gerek eğitimcilerin gerekse de katılımcıların "bebeğin anne karnında büyüdüğü organ" konusunda, benzer yaş grubundaki genel nüfusa göre, daha yüksek oranda, doğru bilgiye sahip olduğu gözlenmektedir.

CYBE'lerin farkında olmak; CYBE'lerin muhtemel bireysel ve toplumsal sonuçlarının anlaşılması, CYBE'lerden korunma yolları bilgisinin yerleşmesi ve riskli cinsel davranışların azaltılması için temeli oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanlardan bildikleri CYBE'lerin isimlerini yazmaları istenmiştir. Hem eğitimciler, hem de katılımcılar tarafından en fazla belirtilen CYBE, HIV/AIDS olmuştur (p=0,14). Bu, yapılan benzer çalışmalarla paralellik göstermektedir (46). Diğer CYBE'lere göre, gerek medyada HIV/AIDS ile ilgili haberlere geniş verilmesi, gerekse de ÜSAEP kapsamındaki eğitimlerde HIV/AIDS konusunun özellikle vurgulanması, HIV/AIDS'in en fazla belirtilen CYBE olmasına neden olmuş olabilir. Diğer bir göze çarpan durum ise; eğitimcilerin belirttiği CYBE'lerin sayısının, katılımcılara göre belirgin bir şekilde yüksek olduğudur (p=0,00). Ancak, eğitimcilerin % 9,8'i; katılımcıların % 16,1'i bu soruya yanıt vermemişlerdir. Bu, hiçbir CYBE ismi bilmiyor olmalarından kaynaklanıyor olabileceği gibi; sorunun açık uçlu olması sebebiyle boş bırakılmasına da bağlı olabilir. Diğer yandan, eğitimcilerin % 9,8'inin, katılımcıların % 39,3'ünün yalnızca 1 veya 2 CYBE ismi belirtmiş olmaları da düşündürücüdür.

Gebeliği önleyici yöntemler (GÖY) hakkında bilgi sahibi olmak; hem bir GÖY kullanıp, kullanmama kararı, hem de hangi yöntemin kullanılacağı kararı açısından önemlidir (47). Gençlerin önemli bir bölümünün bu yaşlarda cinsel olarak aktif olmaya başlaması, istenmeyen gebeliklerden korunma açısından GÖY hakkında bilgilenmeyi gerektirmektedir. Araştırmaya katılanlardan bildikleri GÖY isimlerini yazmaları istenmiştir. Eğitimcilerin % 83,7'si, katılımcıların % 81,7'si ilk sırada "kondom"u belirtmişlerdir (p=0,63). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 sonuçlarına göre, evlenmiş veya evli kadınlar arasında en fazla bilinen modern yöntemlerin başında rahim içi araç, ikinci sırada oral kontraseptifler ve üçüncü sırada kondom gelmektedir (47). Genç kadın ve erkekleri (15-24 yaş arası) kapsayan bir çalışmada da, cevaplayıcıların duymuş oldukları yöntemler oral kontraseptif, rahim içi araç ve kondom şeklinde sıralanmaktadır (46). Bu araştırma kapsamında, kondomun ilk sırada belirtilmiş olması,

araştırmaya katılanların cinsiyet ve yaş özelliklerine bağlanabileceği gibi; ÜSAEP kapsamındaki eğitimlerde kondom yönteminin daha detaylı anlatılıyor olması ve model üzerinde kondom takma uygulamasının yapılıyor olmasına da bağlı olabilir. Diğer yandan, eğitimcilerin sadece % 1,6'sı (n=2) "geri çekme"yi bir yöntem olarak belirtmişken; katılımcıların % 9,8'inin (n=21), "geri çekme"yi belirtmiş oldukları görülmektedir (p=0,01). ÜSAEP kapsamındaki eğitimlerde, yalnızca modern gebeliği önleyici yöntemler anlatılmakta; geri çekme gibi geleneksel yöntemlerin etkinliğinin düşük olduğu vurgulanmaktadır. Benzer durum, "ertesi gün hapı" için de söz konusudur. "Ertesi gün hapı", ÜSAEP eğitmen eğitimlerinde bir acil kontrasepsiyon yöntemi olarak anlatılmakta; rutin kullanılabilecek bir GÖY olmadığı belirtilmektedir. Ancak, tez çalışmasının sonuçları katılımcıların, eğitimcilere göre daha büyük bir kısmının (sırasıyla % 29,5 ve % 11,4), GÖY'ler arasında "ertesi gün hapı"nı da belirttiği görülmektedir (p=0,00). Bu durum, yaygınlaştırma eğitimine katılanlara bu mesajların yeterince ulaştırılamadığını düşündürmektedir.

Eğitimciler ve katılımcıların belirttikleri GÖY'lerin sayısında da, CYBE'de olduğu gibi belirgin bir farklılık mevcuttur. Eğitimcilerin belirttiği ortalama GÖY sayısı 5,0 ± 2,7 yöntem iken; katılımcıların 2,8 ± 1,9 yöntemdir (p=0,00). Eğitimcilerin % 5,7'sinin (n=7), katılımcıların % 27,2'sinin (n=61) 2 ve daha az yöntem belirtmiş olmaları düşündürücüdür.

Gençlerin sağlıklarıyla ilgili kendi sorumluluklarının farkında olmaları, sağlığın korunması ve geliştirilmesi yaklaşımı açısından önem taşımaktadır. Bu sebeple, aşı ile korunulabilen enfeksiyonları bilmek önemlidir. Araştırma kapsamında, cevaplayıcılardan aşı ile korunulabilen CYBE'lerin isimlerini yazmaları istenmiştir. Günümüzde, CYBE'lerden Hepatit B ve HPV'ye karşı aşı mevcuttur ve Türkiye'de de uygunlanmaktadır. Eğitimcilerin % 63,4'ü Hepatit B aşısını belirtirken; sadece % 28,5'i HPV aşısını belirtmiştir. Katılımcılarda ise bu yüzdeler, sırasıyla % 26,5 ve % 4'tür. Eğitimciler ve katılımcılar arasında aşı ile korunulabilen CYBE'ler bilgisi açısından da anlamlı bir fark bulunmaktadır (p=0,00). Ancak, ÜSAEP kapsamındaki eğitimlerde, Hepatit B ve HPV aşılarının özellikle belirtildiği düşünüldüğünde; istenilen mesajın eğitimcilere de katılımcılara da yeterli ölçüde gitmediği gözlenmektedir. Diğer yandan,

katılımcılardan 23 kişi (% 10,3), HIV'e karşı bir aşı olduğunu düşünmektedir. Eğitimcilerde böyle bir yanlış bilgiye rastlanmamıştır.

Tez çalışması kapsamında, araştırmaya katılanların CSÜS bilgi düzeylerini çeşitli özellikleriyle karşılaştırabilmek amacıyla, bilgi sorularına verilen doğru yanıtlar hesaba katılarak, 30 puan üzerinden CSÜS Bilgi Puanı hesaplanmıştır. CSÜS Bilgi Puanının hesaplanması ile ilgili daha ayrıntılı bilgi, Bölüm 4.3, sayfa 71'de bulunabilir. Buna göre, araştırmaya katılan eğitimcilerin CSÜS Bilgi Puanları, katılımcılardan belirgin olarak yüksektir (p=0,00). Bu durum, ÜSAEP kapsamındaki eğitimci eğitimlerinde verilen mesajların, yaygınlaştırma eğitimlerine eşit oranda taşınamadığını düşündürmektedir.

CSÜS Bilgi Puanının yaşla birlikte yükseldiği görülmüştür (p=0,00). Bu, gençlerin zamanla ve öğrenim düzeylerinin yükselmesine paralel olarak edindikleri tecrübenin ve bilgilerin artmasına bağlı olabilir. Projede kalma süresi de CSÜS Bilgi Puanı üzerinde etkili bulunmuştur (p=0,00). Projede kalma süresi uzadıkça, CSÜS Bilgi Puanı da yükselmektedir. Bu durum, projede kalma süresi 6 aydan az olan grubun büyük bölümünün katılımcılardan oluşuyor olmasına bağlı olabilir. Buna karşın son eğitim tarihinden sonra geçen sürenin CSÜS Bilgi Puanı üzerindeki etkisi, istatiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,08). CSÜS Bilgi Puanı, eğitimcilerin vermiş oldukları eğitimlerin sayısından da etkilenmektedir (p=0,01). Daha çok eğitim verenlerin konuları daha sık tekrar ettikleri varsayılırsa, daha çok eğitim verenlerin bilgi puanları daha yüksek olmaktadır. Son olarak, CSÜS Bilgi Puanının cinsel ilişkide bulunma deneyiminden de etkilendiği gözlenmiştir (p=0,00). Cinsel ilişkide bulunduğunu ifade edenlerin CSÜS Bilgi Puanı, cinsel ilişkide bulunmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürde, cinsel sağlık bilgisi ile cinsel ilişkiye başlama arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmaların bir kısmında, kontrasepsiyon ve CYBE'ler hakkında bilgi sahibi olmanın cinsel ilişki yaşını ertelediği görülmüşken; diğer bir kısmında ise iki durum arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu çalışmaların büyük bir çoğunluğu kesitsel araştırmalar olduklarından, cinsel ilişkide bulunanların, kontrasepsiyon ve CYBE'lerden korunma ihtiyacı sebebiyle mi CSÜS

hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu hakkında yorum yapmak mümkün olmamaktadır (36).

Cinsiyet, medeni durum, en uzun süre ikamet edilen yer, ikamet edilen yerin büyükşehir olması, yaşadıkları ortam, öğrenim durumu ve gelir kaynağının, CSÜS Bilgi Puanı üzerinde belirgin bir etkisi gözlenmemiştir.

5.5. CSÜS'na İlişkin Bazı Değer ve Tutumlara İlişkin Özellikler

Araştırmaya katılanların, gençlerin CSÜS hakları, cinsellik, HIV ile yaşayanlar ve sosyal ayrımcılık, CSÜS konularında sağlık bilgisine ve hizmetlerine ulaşma konularında bazı değer ve görüşleri belirlenmeye çalışılmıştır.

Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu'nun (IPPF) hazırlamış olduğu Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Bildirgesi'ne göre; tüm insanlar, kendi cinsel yaşamlarını planlamada, kendi cinsel yaşamları ile ilgili karar vermede, kendini ifade etmede, güvenli olmada, çocuk sahibi olup olmamaya karar vermede, GÖY'lere karar vermede, bu konularda bilgi ve hizmetlere ulaşmada özgürdür (80).

Araştırmaya katılan eğitimcilerin % 91,4'ü; katılımcıların % 80,5'i erkeklerin; yine eğitimcilerin % 91,4'ü ve katılımcıların % 78,7'si kadınların cinselliklerini nasıl yaşayacaklarına kendilerinin karar verebilmeleri gerektiğine katıldıklarını ifade etmişlerdir. Türkiye'de gençlerde yapılan bir çalışmada, aynı ifadeler için bu yüzdeler; erkekler için % 78,6; kadınlar için % 72,7 bulunmuştur (46). Katılımcıların bu önermeye katılma durumlarının benzer yaş grubundaki genel nüfusa biraz daha yakın olduğu söylenebilir.

Evlilik dışı cinsel ilişki deneyimiyle ilgili görüşlere bakıldığında, gerek eğitimcilerin, gerekse de katılımcıların daha yüksek bir bölümünün, erkeklerin evlilik dışı cinsel ilişki yaşamalarına; kadınların evlilik dışı cinsel ilişki yaşamalarına göre daha olumlu baktıkları gözlenmektedir. Kadın katılımcılar, erkek katılımcılara göre, daha yüksek bir oranda, kadınların evlilik dışı cinsel ilişki yaşamalarını onaylamadıklarını belirtmişlerdir ($p=0,01$). Benzer şekilde, kadın katılımcıların yarısından fazlasının "evleneceğim zaman bekaret benim için önemlidir" ifadesine katıldıkları görülmektedir. Bu görüşler, kadınlar için bekaretin halen önemli bir toplumsal konu olduğuna işaret

etmektedir. Üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmalarda da, hem kadın, hem de erkek öğrenciler arasında erkeklerin evlenmeden cinsel ilişki deneyimi yaşayabileceğini kabul etme yüzdesi, aynı ilişkiyi kadınlar için kabul etme yüzdesinden daha yüksek bulunmuştur (81).

Güvenli olma ve GÖY'leri temin edebilme de CSÜS hakları arasında yer almaktadır. Eğitimciler ve katılımcıların tamama yakını, genç erkeklerin kondom satın almalarının ayıp olmadığını düşünürken; "genç kadınların kondom satın alması ayıp değildir" ifadesine katılımcıların daha az katıldığı görülmektedir (p=0,017). Bu da toplumsal cinsiyet rollerinin, CSÜS ve haklarına ve kadınların bu hizmetlere ulaşımına olan etkisine örnek teşkil etmektedir.

Özellikle internetin günlük yaşantıdaki yerinin hızla gelişmesiyle birlikte, piyasada satılan penis / meme büyütücü, cinsel istek artırıcı vb. ürünlere olan erişim de daha kolay hale gelmiştir. Ancak, bu ürünlerin uzun dönemde insan sağlığı üzerindeki etkileri tam olarak bilinmemektedir. Araştırmaya katılan katılımcıların, eğitimcilere göre daha fazla bu tür ürünleri kullanmaya meyilli oldukları görülmüştür (p=0,02).

HIV ile yaşayanlara ve farklı cinsel yönelimleri bulunanlara karşı sosyal ayrımcılığın önlenmesine ilişkin çalışmalar, ÜSAEP eğitmen eğitimlerinde önemli bir yer tutmaktadır. Araştırmaya katılan eğitimcilerin, tamamına yakını HIV taşıdığını öğrendiği biriyle arkadaşlığını devam ettireceğini, aynı okula gitmenin ya da işyerinde çalışmanın onun için sorun olmayacağını belirtmiştir. Ancak, bu kişinin, günlük yaşamında daha fazla role sahip olduğu durumlarda (günlük eşyaları ortak kullanmak, kız / erkek arkadaşının HIV taşıyor olması gibi), daha az eğitimcinin ilgili önermelere katıldığı dikkati çekmektedir. Katılımcılarda ise, HIV ile yaşayan kişilere karşı önyargıların ve sosyal ayrımcılığın daha belirgin olduğu gözlenmektedir. Örneğin, katılımcıların sadece yarısı, HIV (+) biriyle çatal-bıçak gibi günlük eşyaları ortak kullanmaya devam edeceklerini belirtmiştir. Bu durum katılımcıların sadece % 36,6'sının HIV Bilgisi Göstergesinden tam puan almış olmasıyla da uyumludur.

Gerek eğitimcilerin, gerekse de katılımcıların daha büyük bir bölümü, arkadaşlarının eşcinsel olması durumunu, kardeşlerinin eşcinsel olmasına göre daha fazla kabul edilebilir bulmaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da; her iki grupta

da ilgili önermelere, kadınların erkeklere göre daha fazla katıldıkları gözlenmektedir. Bu durumun, "eşcinsel" sözcüğünün, yalnızca "erkek eşcinseller" olarak algılanmış olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Eğitimciler ve katılımcılar arasında bu önermelere katılma açısından da belirgin bir fark bulunmaktadır (p=0,00 ve p=0,00)

Araştırmaya katılan eğitimciler ve katılımcılar, CSÜS'na ilişkin bir sorunları olması durumunda, bu sorunlarını öncelikle doktor, sevgili ve arkadaşlarıyla paylaşacaklarını belirtmişlerdir. Dolayısıyla, "sevgili" ve arkadaşların doğru yönlendirme yapmasının önem taşıdığı anlaşılmaktadır. Bu sorunla ilgili olarak eğitimcilerin başvuracaklarını belirttikleri sağlık kuruluşlarının başında gençlik danışmanlık ve hizmet birimleri; katılımcıların başvuracaklarını belirttikleri sağlık kuruluşlarının başında özel hastane gelmektedir. Gençlik danışmanlık hizmet birimlerinin, AÇSAP Merkezleri ve üniversite medikososyal sağlık birimleri bünyesinde hizmet veriyor olması, eğitimciler tarafından daha çok biliniyor olmasını getirmiş olabilir. Ayrıca, ÜSAEP kapsamındaki eğitimlerde, gençlerin CSÜS konularında yönlendirilebilecekleri merkezler arasında gençlik danışmanlık hizmet birimleri özellikle vurgulanmaktadır. Bu durum da, bu birimlerin eğitimcilerce daha fazla belirtilmiş olmasına yol açmış olabilir. Diğer yandan, katılımcıların ilk sıralarda özel hastane ve özel hekimi belirtmiş olmalarının nedenleri arasında, hastanelerde uzmanların daha fazla görev yapıyor olması ya da katılımcıların diğer kuruluşların verdiği hizmetlerle ilgili yeterince bilgi sahibi olmamaları olabilir.

5.6. CSÜS'na İlişkin Bazı Deneyimlere İlişkin Özellikler

Araştırmaya katılanların % 45,2'si, cinsel ilişki deneyimi yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Eğitimcilerin % 64,3'ünün; katılımcıların % 34,8'inin cinsel ilişki deneyimi olmuştur (p=0,00). İlk cinsel ilişki yaşı ortalaması 19,6±2,7 yaş, ortanca değeri 19,0 yaş olarak hesaplanmıştır. Türkiye'de ilk cinsel ilişki yaşına dair gençlerin tamamını temsil edebilecek bir araştırmadan elde edilmiş bir veri olmamasına rağmen; yapılmış çeşitli çalışmalarda, ilk cinsel ilişki yaşının ortalama 17 yaş civarında olduğuna dair bilgiler mevcuttur (24, 27).

UNGASS İlk Cinsel İlişki Yaşı Göstergesi, gençlerde riskli cinsel davranışların azaltılmasına yönelik programların etkisini ölçmek amacıyla UNAIDS'in ülkelerde ilk cinsel ilişki yaşındaki değişimi izlemek için önerdiği bir araçtır (76). Buna göre, araştırmaya katılanların % 2,8'i ilk cinsel ilişkisini 15 yaş ve altında; % 16,9'u ise; 18 yaş ve altında yaşamıştır. 15-18 yaş arasında, ilk cinsel ilişki deneyiminde önemli bir artış olduğu gözlenmektedir. TNSA 2008'e göre, 20-24 yaş grubundaki kadınların % 2,5'i evliliklerini 15 yaşından önce; % 14'ü ise 18 yaşından önce yapmışlardır (47). TNSA verileri, sadece evlenmiş kadınları temsil ettiğinden, bu yüzdeler, belirtilen yaşa kadar cinsel ilişki deneyimi yaşamış olanların en alt değerini ifade etmektedir. Evlilik öncesi cinsel ilişki deneyimi yaşayanlar da göz önünde bulundurulduğunda; bu yüzdelerin gerçekte biraz daha yüksek olması beklenmektedir. Tez çalışmasında elde edilen ilk cinsel ilişki yaşına ait bulgular, bu yönden ulusal verilerle örtüşmektedir denilebilir.

Araştırmaya katılan ve cinsel ilişkide bulunduğunu ifade edenlerin % 63,9'u her cinsel ilişkisinde kondom kullandığını belirtmiştir. Cinsel ilişki deneyimi olanların son cinsel ilişkilerinde kondom kullanma yüzdeleri ise eğitimcilerde % 74,3; katılımcılarda % 65,7'dir. Üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada, cinsel ilişkisi bulunan öğrenciler arasında herhangi bir kontraseptif kullanma sıklığının % 30 ile % 45 arasında değiştiği bulunmuştur (44). Bir başka çalışmada cinsel ilişki yaşayan öğrencilerin % 50'sinin ilk cinsel ilişkilerinde yöntem kullanmadıkları belirtilmiştir (27). Bu bulgularla karşılaştırıldığında, tez çalışmasına katılan ve cinsel ilişkisi bulunanların daha yüksek bir sıklıkla cinsel ilişkilerinde kondom kullandıkları görülmektedir.

Kendi kendi meme muayenesini (KKMM) 20 yaşından itibaren her kadının yapması önerilmektedir (82). Böylelikle, kadının erken yaşlardan itibaren meme dokusunu tanıması sağlanmış olmakta ve herhangi bir değişikliği daha erken dönemde tespit etmesi mümkün olmaktadır (83). Kendi kendine testis muayenesinin (KKTM) ise, testis kanserlerinden ölümleri önlemedeki önemi konusunda henüz yeterli çalışma olmamasına rağmen; genellikle ergenlikle birlikte her ay düzenli olarak yapılmaya başlanması önerilmektedir (84). ÜSAEP kapsamındaki eğitmen eğitimlerinde KKMM ve KKTM'nin önemi anlatılmakta ve her ikisi için de muayene yöntemleri model

üzerinde gösterilmektedir. Tez çalışması kapsamında eğitimcilerin % 22,3'ünün; katılımcıların % 8,6'sının KKMM veya KKTM yaptığı görülmüştür (p=0,00). Ulusal literatürde, üniversite öğrencileri arasında, KKMM'nin % 7,5 ile % 27 arasında değiştiğine dair; lise öğrencilerinde ise her ay düzenli KKMM yapanların yüzdesinin % 6,7 olduğuna dair bilgiler mevcuttur (83). Bu doğrultuda, tez çalışmasının bulguları literatür bilgileriyle de uyumludur. Diğer yandan, eğitimciler ve katılımcılar arasındaki belirgin fark, yaygınlaştırma eğitimlerinde KKMM, KKTM konularının yeterince aktarılamadığına işaret etmektedir.

5.7. CSÜS Konusunda Bilgi ve Hizmetlere Ulaşım ile İlgili Özellikler

Araştırma bulgularına göre, araştırmaya katılanların ÜSAEP öncesinde, CSÜS konularındaki başlıca bilgi kaynakları internet, arkadaşlar ve kitap, gazete ve dergidir. Bu bulgular, Türkiye'de yapılmış benzer çalışmalarda elde edilen verilerle uyumludur (44, 46).

CSÜS bilgisini almak isteyecekleri kişi ve kuruluşlara bakıldığında ise; eğitimciler için ilk sıralarda sağlık ocağı / AÇSAP Merkezi ve gençlik danışmanlık hizmet birimi; katılımcılarda ise internet ve kitap, gazete, dergi bulunmaktadır. Eğitimcilerin daha çok kurumsal bilgi kaynaklarına; katılımcıların ise bireysel kaynaklara yöneldiği görülmektedir. ÜSAEP eğitmen eğitimlerinde; eğitimcilere gençleri yönlendirebilecekleri kurumların başında sağlık ocağı, AÇSAP Merkezleri ve gençlik danışmanlık hizmet birimlerinin bulunduğu bilgisi verilmektedir. Bu mesaj eğitimcilerin tercihlerini etkilemiş olabilir. Diğer yandan, katılımcıların kimliklerini açığa çıkarmadan bilgi alabilecekleri kaynakları tercih ediyor olmaları da düşündürücüdür. Mahremiyet kaygısı, katılımcıların tercihlerinde etkili olmuş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

ÜSAEP Kapsamında Eğitim Alan Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Araştırması, 29 Kasım 2009- 2 Ocak 2010 tarihleri arasında yürütülmüştür. Nisan 2006-Haziran 2009 tarihleri arasında ÜSAEP kapsamında CSÜS konularında eğitim almış olan özel bir gruba ulaşılmaya çalışılmış; bu grubun bazı sosyo-demografik özellikleri, projede üstlendikleri roller, CSÜS konularındaki bazı bilgileri, tutum ve davranışlarına ilişkin bulgular elde edilmiştir. ÜSAEP kapsamında, ölçme ve değerlendirme amacıyla, eğitim almış kişilere, eğitimlerden belli bir süre sonra ulaşmak suretiyle yapılmış bu büyüklükte ve kapsamda başka bir bilimsel çalışma olmadığından; gerçekleştirilen tez çalışması, Projenin sonuçlarına ilişkin fikir vermesi açısından da önem taşımaktadır.

1) Sosyodemografik Özelliklerle İlişkili

Araştırmaya katılanların % 43,8'i erkek; % 56,2'si kadındır. Yaş ortalamaları 22,9 ± 2,5 yaştır. Gençlerin ergenlikle birlikte riskli davranışlarda bulunma eğilimlerinin arttığı göz önünde bulundurularak; gençlere daha erken yaşlarda ulaşmayı sağlayacak yöntemlere ve çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Araştırmaya katılanların üçte ikisinin, bugüne kadar en uzun süre yaşadığı yerin bağlı olduğu il Ankara, İstanbul ve İzmir dışındaki illerdir. Gençlere yönelik programlar oluşturulurken; çalışmaların sadece bu üç büyükşehirde toplanmamasına özen gösterilmeli, mümkün olduğunca kapsayıcı olunmalıdır. Diğer yandan Türkiye'nin farklı bölgelerinde yaşayan gençlerin ihtiyaçlarının tespit edilmesi ve bölgeler arasındaki başta sağlık ve eğitim hizmetlerine ulaşım olmak üzere farkların azaltılmasına yönelik çalışmaların güçlendirilmesi gereklidir.

Araştırma kapsamındaki gençlerin % 43,6'sı halen aileleriyle birlikte yaşamaktadır. Ebeveynler, gençlerin sağlık gelişiminde, çevreyle sağlıklı bir iletişim kurmalarında önemli bir rol oynamaktadırlar. Ebeveynler birçok sağlık davranışı ile ilgili olarak risk etkeni ya da koruyucu etken olabilmektedir. Dolayısıyla, ebeveynlerin, ergenlerin büyüme ve gelişme sürecini anlamaları, onların ihtiyaçlarının farkında

olmaları ve onlar için destekleyici ortam oluşturmaları önemlidir. Bu amaçla ebeveynlere yönelik farkındalığı artırıcı çalışmalara gereksinim vardır.

2) CSÜS Bilgi Durumuyla İlişkili

Araştırmaya katılanların ortalama CSÜS Bilgi Puanları 30 tam puan üzerinden 23,7 ± 5,5 puan olarak hesaplanmıştır. UNAIDS HIV Bilgisi Göstergesinden tam puan alanlar ise araştırmaya katılanların % 49,6'sıdır. Katılımcıların bilgi düzeyinin, eğitimcilere göre belirgin olarak düşük olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, araştırmaya katılan eğitimcilerin de özellikle bazı konularda bilgi sorularına beklenenden daha az doğru yanıt verdiği gözlenmiştir. Eğitimcilerin, bu belirli konulardaki bilgi eksikliklerinin giderilmesi, yanlışlarının düzeltilmesi önem taşımaktadır. Bu amaçla halen projede aktif olan eğitimcilere yönelik toplantılar düzenlenebilir ya da eğitimcilere bilgi içerikli e-postalar gönderilebilir. Diğer yandan, araştırma kapsamındaki bilgi sorularında, katılımcılara eksik ya da yanlış giden mesajlar da ortaya çıkmıştır. HIV'in ne şekilde bulaşmayacağı, "ertesi gün hapı", modern GÖY'ler, aşı ile korunulabilen CYBE'ler gibi konuların eğitimciler tarafından bilinmesine rağmen, katılımcılar tarafından daha az bilindiği gözlenmiştir. Bu bilgilerin bundan sonraki yaygınlaştırma eğitimlerinde daha net verilmesine özen gösterilmelidir.

Araştırma kapsamında hesaplanan CSÜS Bilgi Puanının, yaşın artmasıyla birlikte yükseldiği gösterilmiştir. Projede kalma süresinin de CSÜS Bilgi Puanını etkilediği görülmektedir. ÜSAEP kapsamında, bu sürenin uzatılmasına yönelik çalışmalar yapılabilir. Yaygınlaştırma eğitimi alanlara tekrar ziyaretleri yapılarak; ya da eğitimler tek bir seferde değil, belli bir zaman dilimi içinde verilerek, projede kalma süresi uzatılabilir. Bu faktörlerin birbirlerine olan etkilerini anlamaya yönelik daha kapsamlı araştırmalara ve müdahale çalışmalarına ihtiyaç vardır.

3) CSÜS'na İlişkin Bazı Değer ve Tutumlarla İlişkili

Araştırmaya katılanların CSÜS'na ilişkin tutum ve değerlerinde toplumsal cinsiyet rollerinin önemli rol oynadığı gözlenmiştir. Özellikle CSÜS haklarına ilişkin görüşlerde ve katılımcılarda, aynı önerme "kadın" ve "erkek" için ayrı ayrı

sorulduğunda, aradaki fark daha belirgin olmaktadır. Örneğin, katılımcıların büyük çoğunluğu, "erkeklerin kondom alması ayıp değildir" ifadesine katılırken; "kadınların kondom alması ayıp değildir" ifadesine katılanların sıklığının daha az olduğu görülmektedir. Bekaret konusunun hem erkekler, hem de kadınlar arasında önemini koruduğu gözlenmiştir. Toplumsal cinsiyet bakış açısının rol oynadığı görüş farklılıklarının ve ayrımcılığın sonucu ortaya çıkabilecek ve cinsiyetlerden birinin olumsuz etkilenmesine yol açabilecek kalıplar, düşünceler ve davranışların değiştirilebilmesi için konunun toplumun her kesiminde, daha geniş bir çerçevede ele alınması gerekmektedir. Buna yönelik, toplumun her kesiminde, özellikle aile ve okul seviyesinde ve diğer eğitim programları içinde uygulamaları içerecek plan ve programların geliştirilmesine ve uygulanmasına gereksinim vardır.

HIV ile yaşayanlara ve cinsel yönelimlere ilişkin önyargılar ve sosyal ayrımcılığı işaret eden görüşlerin, katılımcılarda daha belirgin olmak üzere, araştırmaya katılanların önemli bir bölümünde mevcut olduğu görülmüştür. Bu konuda da öncelikle doğru bilginin toplumun her kesimine ulaştırılması önemlidir. Önyargıların ve sosyal ayrımcılığın oluşmasında ve önlenmesinde kitle iletişim araçlarının rolü çok büyüktür; bu konuda medyayla daha güçlü bir işbirliği yapılması ve doğru mesajların topluma ulaştırılması gerekmektedir.

4) CSÜS'na İlişkin Bazı Deneyimlerle İlişkili

Araştırmaya katılanların % 45,2'sinin cinsel ilişki deneyimi vardır. İlk cinsel ilişki yaşı ortalaması 19,6 ± 2,7 olarak hesaplanmıştır. UNGASS İlk Cinsel İlişki Yaşı Göstergesine göre, araştırmaya katılanların % 2,8'i ilk cinsel ilişkisini 15 yaş ve altında; % 16,9'u 18 yaş ve altında yaşamıştır. Cinsel ilişkisi olanların % 8,4'ü hiçbir zaman kondom kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. Gençlerin, cinsel ilişki deneyimlerine başlamadan önce, cinsel gelişim, güvenli cinsellik ve ihtiyaçları halinde kondom ve diğer kontraseptiflere nasıl ulaşabilecekleri konularında bilgilenmeleri gereklidir.

5) CSÜS Konusunda Bilgi ve Hizmetlere Ulaşım ile İlişkili

Araştırmaya katılanların önemli bir bölümü CSÜS bilgisini internetten, arkadaşlarından ve "kitap, gazete ve dergi"lerden aldığını belirtmiştir. CSÜS bilgisini almak isteyecekleri kişi ve kuruluşlar arasında ise internet, sağlık kuruluşları, "kitap, gazete, dergi" ve arkadaşlar ilk sıralarda yer almaktadır. Diğer yandan, araştırmaya katılanların önemli bir bölümü kendi önerileri arasında, gençlere okullarda ulaşmak gerektiğini dile getirmişlerdir.

Gençlerin, yaşa ve gelişim düzeyine uygun bir şekilde CSÜS konularında bilgi edinebilmeleri için çeşitli uygulama ve programların birarada yürütülmesi gerekmektedir. Gençlerin büyük bir bölümüne ulaşabilmek açısından, örgün eğitim önem taşımaktadır. İlköğretim ve ortaöğretim programlarının, yaşa ve gelişim düzeyine uygun bir şekilde CSÜS eğitimlerinin verilmesi yönünde güçlendirilmeleri; bu konuda eğitimleri yürütebilecek öğretmenlerin yetiştirilmeleri; CSÜS dersinin yer aldığı eğitim fakültelerinin sayısının artırılması gerekmektedir.

Gençlerin CSÜS konularında bilgilenmeleri, bu konuda kendi ihtiyaçlarını anlamalarını sağlayacak ve sağlık hizmeti talebini artıracaktır. Sağlık kuruluşları, gençlerin bilgi ve hizmetlere ulaşabilmeleri açısından önem taşımaktadır. Gençlere yönelik CSÜS hizmeti veren birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısının artırılması, mevcut hizmetlerin kalitesinin iyileştirilmesi ve bu kuruluşlarda çalışan personelin eğitimi için yürütülmekte olan çalışmaların devamı sağlanmalıdır. Ayrıca, Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde geçilmekte olan aile hekimliği sistemi içinde "genç-dostu" sağlık hizmetlerinin devamı için gerekli çalışmalar yürütülmelidir.

Arkadaşlar, araştırmaya katılanların bilgi kaynakları arasındaki yerini korumaktadır. Araştırmaya katılanların tamamına yakını ÜSAEP'in kendileri ve akranları için yararlı olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. ÜSAEP ve benzeri akran eğitimi çalışmaları devam etmelidir. Ancak, akran eğitiminin tek başına etkisinin istenilen düzeyde olması mümkün değildir. CSÜS alanındaki akran eğitimi çalışmaları gençlerin bilgi ve hizmet ihtiyacını karşılamaya yönelik diğer çalışmaların birer tamamlayıcısı olarak yürütülmelidir. Akran eğitimi çalışmaları, ihtiyaçları halinde

gençleri sağlık kuruluşlarına yönlendirmek, sağlık hizmetlerine olan talebi artırmak amacıyla da etkili bir araç olabilir.

Araştırmaya katılanlar internetin, bilgi almak isteyecekleri bir kaynak olduğunu belirtmişlerdir. Gençlerin internet aracılığıyla CSÜS konularında bilgi sahibi olmalarını sağlayacak internet sitelerinin ve çalışmaların sayısı artırılabilir; mevcut olanların daha iyi bir şekilde duyurulması sağlanabilir.

Gençlerin CSÜS konularında bilgi ve hizmetlere ulaşımını kolaylaştırmak amacıyla; ebeveynlerin, gençlerle yakın ilişki içinde bulunan toplumun diğer kesimlerinin, karar vericilerin de gençlerin CSÜS hakları ve ihtiyaçları konusunda farkındalık geliştirmelerine, dolayısıyla bu konuda savunuculuk çalışmaları yürütülmesine gereksinim vardır.

Gençlerin kendi içlerinde homojen bir grup olmadığı göz önünde bulundurularak; farklı özelliklerde gençlerin (ergen yaş grubu, okul dışı gençler, kırsal kesimde yaşayanlar, vb.) mevcut durumlarını ve farklı ihtiyaçlarını anlamaya yönelik daha geniş çaplı çalışmalar yürütülmeli; bunların sonuçları, gençlere yönelik plan ve politikaların oluşturulmasında kullanılmalıdır.

6) ÜSAEP ile İlişkili

Bu çalışma ile ÜSAEP'in tam anlamıyla bir değerlendirilmesini yapmak mümkün değildir. Tez çalışması, tanımlayıcı tipte bir araştırma olduğu için; araştırmaya katılanların Projenin amaçları kapsamındaki bazı özelliklerini tanımlamıştır. ÜSAEP kapsamında eğitim alanların, eğitim öncesindeki bilgi, tutum ve davranışlarına ilişkin veriler bulunmadığından, eğitimlerin başarısına ilişkin bir sonuç çıkarmak mümkün değildir. Ancak, elde edilen bulgular çerçevesinde, ÜSAEP'in değerlendirmesine katkıda bulunulmaya çalışılmış ve bazı öneriler geliştirilmiştir:

Araştırmaya katılanların % 35,4'ünü eğitimciler; % 64,6'sını katılımcılar oluşturmaktadır. Eğitimcilerin % 35,8'i ileri düzey eğitmen; geri kalanı ise akran eğitimcidir. Araştırmaya katılan eğitimcilerin % 22'si, araştırma tarihine kadar hiçbir eğitim vermemiştir. Eğitimci eğitimi alan kişilerin Projede mutlaka aktif görev üstlenmelerine yönelik stratejiler geliştirilmelidir.

Yukarıda aktarıldığı gibi, eğitimciler ve katılımcıların CSÜS bilgi düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bilgi eksikliklerinin sebepleri araştırılmalı; eğitimlerde yaşanan sıkıntılar varsa, bunlar giderilmeye çalışılmalıdır. Yaygınlaştırma eğitimlerinde, güçlü bir süpervizyon desteğinin verilmesine özen gösterilmelidir.

Projede ortalama kalma süresi 5,2 ± 9,3 aydır. Projede 6 aydan az kalanların büyük bir bölümünü katılımcılar oluşturmaktadır. Katılımcılara bir kereden daha fazla ulaşmayı sağlayacak yöntemler geliştirilmeli; bunların sonuçları değerlendirilmelidir.

Tez çalışması, Proje için bir izleme ve değerlendirme aracının oluşturulması açısından önemli bir deneyim olmuştur. Yaygınlaştırma eğitimlerinden sonra katılımcılara e-posta ve telefon aracılığıyla ulaşılabildiği gösterilmiştir. Ancak, bu yöntemin daha etkili kullanılabilmesi açısından, yaygınlaştırma eğitimlerine katılanların iletişim bilgilerinin doğru ve eksiksiz toplanması gerekmektedir. Bu konuda eğitimcilerin duyarlılığının artırılması sağlanmalıdır. Ayrıca, katılımcılara, eğitimlerden belli bir süre sonra eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla kendileriyle temasa geçileceğini belirtmek, onların bu sürece katılımını artıracaktır.

Eğitimlerin tam anlamıyla ölçme ve değerlendirmesini yapabilmek amacıyla, eğitim öncesinde katılımcılara, eğitimin öğrenim hedefleri doğrultusunda hazırlanmış ve tutum ve davranışları da içeren bir eğitim öncesi soru formunun uygulanması; bunun eğitimlerden belli bir süre sonra tekrar edilmesi gerekmektedir.

Gençlere yönelik CSÜS alanında etkili stratejilerin, plan ve programların geliştirilmesinde; ÜSAEP ve benzeri müdahale programlarının sonuçlarının kullanılması önemlidir. Bu sebeple, bu tür programların sonuçlarının anlaşılmasına yönelik çalışmaların güçlendirilmesi; iyi örneklerin ve edinilen derslerin ortaya çıkarılması ve paylaşılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. UNFPA. (2007). *Supporting Adolescents and Youth*. Erişim: 16 Aralık 2009, http://www.unfpa.org/adolescents/

2. TUİK. *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi*.(2008). Erişim: 16 Aralık 2009, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11

3. UN Population Division. *World Population Prospects: 2008 Revision Population Database*. (2009). Erişim: 16 Aralık 2009, http://esa.un.org/unpp/index.asp

4. UNFPA. (t.y.). *Supporting Adolescents and Youth*. *Making the Case for Investing in Young People: Advocating for Youth-Friendly Policies*. Erişim: 16 Aralık 2009, http://www.unfpa.org/adolescents/policy.htm

5. Can, A., Taş, S., Bal, T. (2009). Kalkınma ve Sağlık İlişkisi. U. Kerman, Y. Altan, S. Kanat, H. Kiriş, Y. Ural ve R. Dağ (Haz.). *Uluslararası Davraz Kongresi Küresel Diyalog 2009 Bildiri Kitabı*. (s.644-653). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F

6. Çelik, Y. (2006). Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 9(1), 19-37.

7. World Bank. *Public Health at a Glance. Adolescent Health*. (2002). Erişim: 16 Aralık 2009. http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGAdolescentHealth.pdf

8. Özvarış, Ş. (2006). Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Ç. Güler ve L. Akın (Ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (s. 1132-1139). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi

9. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi. (1998). *Health 21: An Introduction to the Health for All Policy Framework for the WHO European Region* [Elektronik Sürüm]. Kopenhag

10. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development. (2001). *The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development*. (s. 4). Erişim: 21 Aralık 2009. http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_FRH_ADH_98.18_Rev.1.pdf

11. WHO. (2008). 10 Facts on Adolescent Health. Erişim: 21 Aralık 2009. http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/en/index.html

12. Harden, A., Oakley, A., Oliver, S. (2001). Peer-delivered health promotion for young people: A systematic review of different study designs.[Elektronik Sürüm]. *Health Education Journal,* 60, 339-353.

13. Speizer, I. S., Magnani, R. J., Colvin, C. E. (2003). The effectiveness of adolescent reproductive health interventions in developing countries: a review of the evidence. [Elektronik Sürüm]. *Journal of Adolescent Health*, 33(5), 324-348.

14. UNFPA. (2003). *State of World Population 2003: Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health and Rights*. New York: UNFPA.

15. UNFPA. *Supporting Adolescents and Youth*. (t.y.). Erişim: 23 Aralık 2009, http://www.unfpa.org/adolescents/overview.htm

16. UN. (t.y). *World Programme of Action for Youth*. Erişim: 23 Aralık 2009, http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/wpay_text_final.pdf

17. UN, Department of Economic and Social Affairs. (2003). Youth and Health Issues. *World Youth Report 2003: The Global Situation of Young People.* (ST/ESA/287). (s.98-129). Erişim: 28 Aralık 2009, http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/ch04.pdf

18. Pekcan, H. (2006). Adolesan (Delikanlı) Sağlığı. Ç. Güler ve L. Akın (Ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (s. 482-506). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.

19. Derman, O. (2003). Physical Growth and Sexual Development in Adolescence. International Children's Center (Ed.). *Adolescence and Adolescent Reproductive*

Health: Teaching Materials for the Training Courses. (s.60-67). Ankara: Meteksan A.Ş.

20. Büyükgebiz, A. (2004). Pubertenin Değerlendirilmesi. O. Kadayıfçı, O. Derman, F. Ürünsak, N. Kanbur, D. Haznedaroğlu, H. Serim ve diğerleri (Ed.). *Ergen Sağlığı ve Gelişimi Kaynak Kitabı*. (s.5-17). T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Basımevi.

21. Stang, J., Story, M. (2005). Adolescent Growth and Development. J. Stang, M. Story (Ed.). *Guidelines for Adolescent Nutrition Services*. (s.1-8). Erişim: 30 Aralık 2009. http://www.epi.umn.edu/let/pubs/img/adol_ch1.pdf

22. Çuhardaroğlu, F. (2003). Psychosocial Development in Adolesence. International Children's Center (Ed.). *Adolescence and Adolescent Reproductive Health: Teaching Materials for the Training Courses*. (s.114-117). Ankara: Meteksan A.Ş.

23. Wilson, D.M., Killen, J.D., Hayward, C., Robinson, T.N., Hammer, L.D., Kraemer, H.C., ve diğerleri. (1994). Timing and rate of sexual maturation and the onset of cigarette and alcohol use among teenage girls. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 148(8):789-795.

24. Özcebe, H. (2007). Gençlerde Riskli Davranışlar ve Sağlığın Geliştirilmesi: Türkiye'de Gençlerin Sağlığına Genel Bir Bakış. *XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 23-26 Ekim 2007*.(s.149-153). Denizli.

25. Jessor, R. (1998). New Perspectives in Adolescent Risk Behaviour. R. Jessor (Ed.). New Perspectives in Adolescent Risk Behaviour. [Elektronik Sürüm].(s.1-10). Cambridge: Cambridge University Press.

26. Alikaşifoğlu, M., Ercan, O. (2009). Ergenlerde Riskli Davranışlar. [Elektronik Sürüm]. *Türk Pediatri Arşivi*. 44: 1-6.

27. Şimşek, Z., Koruk, İ., Altındağ, A., (2007). Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fen-Edebiyat Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Riskli Sağlık Davranışları. [Elektronik Sürüm]. Toplum Hekimliği Bülteni. 26(3): 19-24.

28. WHO, Child and Adolescent Health and Development. (2010). Which health problems affect adolescents and what can be done to prevent and respond to them?. Erişim: 1 Ocak 2010. http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/dev/en/index.html

29. Çuhardaroğlu, F. (2003). Common Psychiatric Disorders and Risk Factors in Adolescence. International Children's Center (Ed.). *Adolescence and Adolescent Reproductive Health: Teaching Materials for the Training Courses*. (s.118-124). Ankara: Meteksan A.Ş.

30. Özcebe, H. (2003). Adolescence and Violence. International Children's Center (Ed.). *Adolescence and Adolescent Reproductive Health: Teaching Materials for the Training Courses*. (s.142-154). Ankara: Meteksan A.Ş.

31. UNFPA. (2004). Programme of Action: Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. [Elektronik Sürüm]. (s. 45).

32. Akın, A., Özvarış, Ş. (2006). Üreme Sağlığı. Ç. Güler ve L. Akın (Ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (s. 208-215). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.

33. WHO, Sexual and Reproductive Health. (2010). Promoting Sexual and Reproductive Health of Adolescents. Erişim: 1 Ocak 2010. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/en/index.html

34. WHO. (2006). Policy Brief 4: Promoting and safeguarding the sexual and reproductive health of adolescents. Erişim: 1 Ocak 2010. http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/RHR_policybrief4_eng.pdf

35. Blanc, A.K., Way, A.A. (Haziran 1998). Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. [Elektronik Sürüm]. *Studies in Family Planning*. 29(2): 106-116.

36. Blum, R.W., Mmari, K.N. (2005). *Risk and Protective Factors Affecting Adolescent Reproductive Health in Developing Countries.* [Elektronik Sürüm]. İsviçre: Department of Population and Family Health Sciences Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health ve WHO.

37. Özalp, S., Tanır, H.M. (2003). Reproductive Health Risks of Adolescents. International Children's Center (Ed.). *Adolescence and Adolescent Reproductive Health: Teaching Materials for the Training Courses*. (s.33-42). Ankara: Meteksan A.Ş.

38. UNFPA. (t.y.). Preventing HIV/AIDS. Erişim: 2 Ocak 2009. http://www.unfpa.org/hiv/people.htm

39. UNFPA. (2003). UNFPA and Young People, Imagine 2003. [Elektronik Sürüm]. New York

40. TÜİK. (2008). *Ölüm İstatistikleri*. Erişim: 2 Ocak 2010. http://www.tuik.gov.tr/demografiapp/olum.zul

41. UNDP. (2008). İnsani Gelişme Raporu, Türkiye 2008: Türkiye'de Gençlik. Ankara: Desen Ofset A.Ş.

42. Dünya Bankası. (Haziran 2008). *Türkiye'nin Gelecek Nesillerine Yatırım Yapmak: Okuldan İşe Geçiş ve Türkiye'nin Kalkınması.* (Rapor No. 44048-TU). Erişim: 3 Ocak 2010. http://siteresources.worldbank.org/TURKEYEXTN/Resources/361711-1216301653427/5218036-1216302388732/Youth_Employment_Study-tr.pdf

43. Ergüder, T., Soydal, T., Uğurlu, M., Çakır, B., Warren, C.W. (2006). Tobacco use among youth and related characteristics, Turkey. *Soz Praventiv Med*. 51(2):91–98.

44. Akın, A., Özvarış, Ş.B., Aslan, D., Esin, Ç., Çelik, K. (2004). Adolesanların/Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi Özet Raporu. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dünya Sağlık Örgütü Üreme Sağlığı İşbirliği Merkezi, WHO-HRP, UNFPA.

45. Askun, D., Ataca, B. (2007). Sexuality Related Attitudes and Behaviours of Turkish University Students. [Elektronik Sürüm]. *Arch Sex Behav*. 36:741-752.

46. Özcebe, H., Ünalan, T., Türkyılmaz, S., Coşkun, Y. (2007). 2007 Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması. Ankara: Nüfusbilim Derneği, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu.

47. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2009). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Başbakanlık DPT Müsteşarlığı ve TÜBİTAK.

48. Çamur, D., Üner, S., Çilingiroğlu, N., Özcebe, H. (Eylül-Aralık 2007). Bir Üniversitenin Bazı Fakülte ve Yüksek Okullarında Okuyan Gençlerde Bazı Risk Alma Davranışları. [Elektronik Sürüm]. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 26(39):32-38.

49. Türkiye Üreme Sağlığı Programı (2005). 10-24 Yaş Grubundaki Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Güçlendirilmesi. Erişim: 3 Ocak 2010. http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale_alanlari/genclik/genel_bilgi.asp

50. UN Office of the High Commissioner for Human Rights. (2009). İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. Erişim: 3 Ocak 2010. http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=trk

51. UN Office of the High Commissioner for Human Rights. (2007). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Erişim: 3 Ocak 2010. http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm

52. Öztek, Z., Eren, N. (2006). Sağlık Yönetimi. Ç. Güler ve L. Akın (Ed.). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (s. 994-1017). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.

53. UN Office of the High Commissioner for Human Rights. (2007). Convention on the Elimination All Forms of Discrimination Against Women. Erişim: 3 Ocak 2010. http://www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm

54. UNFPA. (t.y.). *Supporting Adolescents and Youth*. *International Commitments to Adolescents and Youth*. Erişim: 3 Ocak 2009, http://www.unfpa.org/adolescents/intlagreement.htm

55. UNFPA. (t.y.). *ICPD & the MDGs: Master Plans for Development*. Erişim: 3 Ocak 2010. http://www.unfpa.org/icpd/index.cfm

56. UNFPA. (t.y.). *Master Plans for Development*. Erişim: 3 Ocak 2010. http://www.unfpa.org/icpd/mdgs-basics.cfm

57. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2005). Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Sağlık Sektörü için Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015. Ankara: Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık.

58. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development. (2004). Key Issues in the Implementation of Programmes for Adolescent Sexual and Reproductive Health. [Elektronik Sürüm]. Cenevre.

59. WHO. (2002). Global Consultation of Adolescent Friendly Health Services, A Consensus Statement, Geneva, 7-9 March 2001. (WHO/FCH/CAH/02.18). [Elektronik Sürüm]. Cenevre.

60. Vaughan, P.W., Rogers, E.M., Singhal, A., Swalehe, R.M. (2000). Entertainment-education and HIV/AIDS prevention: A field experiment in Tanzania. [Elektronik Sürüm]. *J Health Commun*. 5(Suppl):81–100.

61. Kirby D. (2001). Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Sexual Risk-Taking and Teen Pregnancy. [Elektronik Sürüm]. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy Task Force on Effective Programs and Research. Washington, DC.

62. Türk Dil Kurumu. (t.y.). *Akran*. Erişim: 4 Ocak 2010. http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=akran&ayn=tam

63. Svenson, G.R. (1998). European Guidelines for Youth AIDS Peer Education. İsveç: European Commission.

64. Y-PEER ve UNFPA. (2004). *Akran Eğitimi, Eğitimci Eğitimi Rehberi*. (Ö. Karadağ, Çev.). Ankara: Semih Ofset.(2003)

65. Turner, G., Shepherd J. (1999). A method in search of a theory: peer education and health promotion. [Elektronik Sürüm]. *Health Education Research*. 14:235-247.

66. Stakic, S., Zielony, R., Bodiroza, A., Kimzeke, G. (2003). Peer Education within a Frame of Theories. *Entre Nous, Does Peer Education Work in Europe?* 56:4-6.

67. Medley, A., Kennedy, C., O'Reilly, K., Sweat, M. (2009). Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. [Elektronik Sürüm]. *AIDS Education and Prevention*. 21(3):181-206.

68. Özcebe, H., Akın, L., Aslan, D. (2004). A peer education example on HIV/AIDS at a hight school in Ankara. [Elektronik Sürüm] *The Turkish Journal of Pediatrics*. 45:54-59.

69. Svenson, G., Burke, H. (2005). Formative Research on Youth Peer Education Program Productivity and Sustainability. Youth Research Working Paper No.3. [Elektronik Sürüm]. Family Health International ve USAID. A.B.D

70. Stakic, S. (2005). *A Qualitative Assessment of A Sexual and Reproductive Health Peer Education Network in Eastern Europe and Central Asia,*. Doktora yeterlik tezi, Columbia University, New York, A.B.D.

71. Y-PEER. (2005). *Standards for Peer Education Programmes.* UNFPA ve Family Health International. New York, A.B.D.

72. Sustainable Research and Development Center. (2008). *Y-PEER Consolidated Evaluation Report.* UNFPA ve Y-PEER.

73. Üreme Sağlığı Akran Eğitimleri Projesi. (2010). Erişim: 21 Ocak. 2010. Toplum Gönüllüleri Vakfı. http://ureme.tog.org.tr/abs/templates/bos_sayfa.asp?articleid=206&zoneid=30

74. UNFPA. (t.y). Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. Erişim: 21 Ocak 2010. http://www.unfpa.org.tr/turkeytr/unfpa.htm

75. Toplum Gönüllüleri Vakfı. (2008). *Üreme Sağlığı Akran Eğitimleri Projesi, Teknik Rapor 2008*. Toplum Gönüllüleri Vakfı ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu.

76. UNAIDS. (2009). Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: *Guidelines on Construction of Core Indicators: 2010 Reporting* [Elektronik Sürüm]. Cenevre, İsviçre

77. UNFPA. (t.y.). Erişim: 15 Aralık 2009, http://www.unfpa.org/icpd/mdgs-basics.cfm

78. Cook, C., Heath, F., Thompson, R.L. (2000). A Meta-Analysis of Response Rates in Web- or Internet-Based Surveys. [Elektronik Sürüm] *Educational and Psychological Measurement.* 60: 821.

79. Akman, E. (Kasım 2008). Toplum Gönüllüleri Vakfı. Üreme Sağlığı Projesi Ölçme ve Değerlendirme Süreci, Sonuç Raporu. Toplum Gönüllüleri Vakfı ve Bileşmiş Milletler Nüfus Fonu.

80. International Planned Parenthood Federation. (2003). IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights. [Elektronik Sürüm]. Londra, İngiltere.

81. Hacettepe Üniversitesi. (2006). Genç Dostu Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Hizmet Modeli ve İlgili Araştırmaların Sonuçları. A. Akın. (Ed.).Ankara: Damla Matbaacılık Reklamcılık ve Yayıncılık.

82. KETEM. (t.y). Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi: Meme Kanserinde Erken Teşhis hayat Kurtarır. Erişim: 20 Ocak 2010. http://ketem.org/meme_kanseri.php

83. Karayurt, Ö., Özmen, D., Çetinkaya, A.Ç. (2008). Awareness of breast cancer risk factors and practice of breast self examination among high school students in Turkey. [Elektronik Sürüm] *BMC Public Health*. 8:359.

84. American Cancer Society. (2009). Can Testicular Cancer Be Found Early? Erişim: 20 Ocak 2010.

85. http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_3X_Can_Testicular_Cancer_Be_Found_Early_41.asp?sitearea=

EK 1: Anket Formu

Değerli katılımcı,

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü'ne bağlı bir çalışma olarak Toplum Gönüllüleri Vakfı- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliğiyle yürütülen Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Projesi kapsamında eğitim almış gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanındaki bazı bilgi, tutum ve davranışlarını anlamaya yönelik bir araştırma planlanmıştır. Soruları doğru ve eksiksiz yanıtlamanız araştırma açısından çok önemlidir. Araştırma sonuçları sadece gençlerin CSÜS alanında geliştirilen ve yürütülen çalışmaların iyileştirilmesi amacı ile kullanılacaktır. Anket formlarına isminizi yazmak zorunda değilsiniz. Bu anketteki soruları yanıtlayarak, çalışmaya katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

1) Cinsiyetiniz: □K □E
2) Doğum tarihiniz: Ay: _____ Yıl: _____
3) Medeni durumunuz:
   □ Bekar □ Sözlü / nişanlı □ Evli
   □ Diğer (lütfen açıklayınız) _____
4) Eğer varsa yaşayan çocuk sayısı: _____
5) Halen herhangi bir okulda öğrenim görüyor musunuz?
   □ Evet □ Hayır
   5. soruya yanıtınız "hayır" ise lütfen 8. soruya geçiniz:
6) Öğrenim görmekte olduğunuz okulun türü:
   □ Lise □ Yüksekokul / Üniversite
   □ Yükseklisans / Doktora
   □ Diğer (lütfen açıklayınız) _____
7) Öğrenim görmekte olduğunuz okulun statüsü:
   □ Devlet okulu (lütfen açıklayınız: Anadolu Lisesi, meslek lisesi, fen lisesi, devlet üniversitesi vb.) _____
   □ Özel okul (özel lise, vakıf üniversitesi, vb.)

8) En son mezun olduğunuz okulun türü:

□ İlköğretim terk □ İlköğretim □ Lise

□ Yüksekokul / üniversite □ Yükseklisans / Doktora

□ Diğer (lütfen açıklayınız) _____

9) Annenizin en son mezun olduğu okulun türü:

□ Okuryazar değil □ İlkokul terk □ İlkokul □ Ortaokul

□ Lise □ Yüksekokul / üniversite □ Yükseklisans / Doktora

10) Babanızın en son mezun olduğu okulun türü:

□ Okuryazar değil □ İlkokul terk □ İlkokul □ Ortaokul

□ Lise □ Yüksekokul / üniversite □ Yükseklisans / Doktora

11) Bugüne kadar en uzun süre ikamet ettiğiniz yer:

□ İl □ İlçe □Köy

□ Diğer (lütfen açıklayınız) _____

12) Bugüne kadar en uzun süre yaşadığınız yerin bağlı olduğu ilin adı: _____

13) Bundan beş sene önce farklı bir yerde yaşıyorduysanız, yaşadığınız yerin bağlı bulunduğu ilin adı:_____

14) Şu anda yaşamakta olduğunuz ortam:

□ Ailemle birlikte evde □ Abla-ağabey-kardeş ile birlikte evde

□ Arkadaş(lar)ımla birlikte evde □ Akrabalarımla birlikte evde

□ Tek başıma evde □ Yurtta / misafirhanede

□ Diğer (lütfen açıklayınız) _____

15) Gelir kaynağınız (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

□ Aile □ Burs □ Tam zamanlı iş □ Yarı zamanlı iş (part-time)

□ Sezonluk iş □ Diğer (lütfen açıklayınız) _____

16) Elinize geçen aylık toplam geliriniz / harçlığınız: _____TL

17) Ailenizin ekonomik durumu sizce aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?

□ Çok kötü □ Kötü □ Orta □ İyi □ Çok iyi

18) Toplum Gönüllüleri Vakfı- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliğiyle yürütülen Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Projesi kapsamında hangi düzey akran eğitimlerine katılımcı olarak katıldınız? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

□ İleri düzey eğitmen eğitimi (7 günlük)

□ Akran eğitici eğitimi (5 günlük)

□ Yaygınlaştırma eğitimi / saha eğitimi (süresini belirtiniz: _____)

□ Diğer (lütfen açıklayınız) _____

19) 18. soruda "yaygınlaştırma eğitimi / saha eğitimi" seçeneğini işaretlediyseniz; katıldığınız bu eğitimin süresini belirtiniz:

□ Yarım gün

□ 1 tam gün

□ 2 tam gün

□ Diğer (lütfen açıklayınız)_____

20) Toplum Gönüllüleri Vakfı- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliğiyle yürütülen Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Projesi kapsamında katıldığınız ilk eğitimin tarihi neydi?

Ay: _____ Yıl: _____

21) Toplum Gönüllüleri Vakfı- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliğiyle yürütülen Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Projesi kapsamında katılımcı veya eğitimci olarak yer aldığınız son eğitimin tarihi neydi?

Ay: _____ Yıl: _____

22) Toplum Gönüllüleri Vakfı- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliğiyle yürütülen Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Projesi kapsamında "eğitimci" kademelerinde görev aldınız mı?

□ Evet □ Hayır

22. soruya "hayır" şeklinde yanıt verdiyseniz, lütfen 25. soruya geçiniz.

23) Toplum Gönüllüleri Vakfı- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliğiyle yürütülen Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Projesi kapsamında hangi kademelerde "eğitimci" olarak görev yaptığınızı belirtiniz (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

□ İleri düzey eğitmen eğitiminde

□ Akran eğitici eğitiminde

□ Yaygınlaştırma eğitimi / saha eğitiminde

□ Diğer (lütfen açıklayınız) _____

24) Toplum Gönüllüleri Vakfı- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliğiyle yürütülen Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Projesi kapsamında "eğitimci" olarak bulunduğunuz eğitimlerin sayısını belirtiniz:

□ 0 □ 1-2 □ 3-4 □ 5-6 □ 7-9 □ 10 ve daha fazla

25) Toplum Gönüllüleri Vakfı- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliğiyle yürütülen Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Projesi kapsamında süpervizör olarak görev aldınız mı?

□ Evet □ Hayır

25. soruya "hayır" şeklinde yanıt verdiyseniz, lütfen 28. soruya geçiniz.

26) Toplum Gönüllüleri Vakfı- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliğiyle yürütülen Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Projesi kapsamında hangi düzey eğitimlerde süpervizör olarak görev yaptığınızı belirtiniz (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

□ Akran eğitici eğitiminde

□ Yaygınlaştırma eğitimi / saha eğitiminde

□ Diğer (lütfen açıklayınız) _____

27) Toplum Gönüllüleri Vakfı- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliğiyle yürütülen Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Projesi kapsamında "süpervizör" olarak görev yaptığınız eğitimlerin sayısını belirtiniz:

□ 0 □ 1-2 □ 3-4 □ 5 ve daha fazla

Lütfen 28-53. soruları "doğru", "yanlış" "fikrim yok" şıklarından size uygun olanını seçerek yanıtlayınız:

	Doğru	**Yanlış**	**Fikrim yok**
28) Mastürbasyon sağlığa zararlı değildir.			
29) Kadınların ilk cinsel ilişkisinde mutlaka kanama olur.			
30) Cinsel ilişki sonrası vajinanın içinin yıkanması sağlık açısından faydalıdır.			
31) Geri çekme yöntemi etkili bir gebelikten korunma yöntemi değildir.			
32) Tek bir cinsel ilişkiyle gebe kalınmaz.			
33) "Ertesi gün hapı" cinsel ilişki sonrası ilk 72 saat içinde uygulanmalıdır.			
34) İlk cinsel ilişkide gebeliği önleyici bir yöntem kullanılmasa da gebe kalınmaz.			
35) Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların hiçbirinin tedavisi tam olarak mümkün değildir.			
36) Bir kişide hiçbir belirti olmadan da cinsel yolla bulaşan enfeksiyon olabilir.			
37) Cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyonu olan kişilerin cinsel ilişkide bulunduğu kişi / kişiler de tedavi olmalıdır.			
38) Heteroseksüel bir ilişkide cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar kadınlara daha kolay bulaşır.			
39) Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar tek bir cinsel ilişkiyle dahi bulaşabilir.			

40) Bazı cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar kan yoluyla da bulaşabilir.			
41) Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar kadınlarda ve erkeklerde kısırlığa sebep olabilir.			
42) AİDS'in kesin bir tedavisi vardır.			
43) HIV(+) veya AIDS olan birine dokunursanız virüs bulaşabilir.			
44) HİV taşımayan ve sadece birbirleriyle cinsel ilişki yaşayan bir çift için HIV bulaşma riski azalır.			
45) HİV bulaşma riski kondom (prezervatif) kullanımı ile azaltılabilir.			
46) Sağlıklı görünen bir kişide HIV bulunabilir.			
47) HIV sivrisinek ısırığı ile bulaşabilir.			
48) HIV veya AIDS ile yaşayan biriyle aynı yemeği paylaşmakla HIV bulaşabilir.			
49) Kondom her türlü ortamda güvenle saklanabilir.			
50) Kondom, ne zaman üretildiğine bakılmaksızın istenilen zamanda kullanılabilir.			
51) Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılmalıdır.			
52) Üst üste iki kondom takmak cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı daha iyi korur.			
53) Kondomun üzerine yağ-bazlı bir kayganlaştırıcı sürülebilir.			

54) Hamilelik sırasında bebek anne karnındaki hangi ORGANDA büyür?

_____

55) Bildiğiniz cinsel yolla bulaşan hastalıkların isimlerini yazınız.

_____
_____
_____
_____

56) Bildiğiniz gebeliği önleyici yöntemlerin isimlerini yazınız.

_____
_____
_____
_____

57) Aşı ile korunulabilen cinsel yolla bulaşan hastalıkların isimlerini yazınız.

_____
_____

Lütfen aşağıdaki ifadelerden size en yakın olanını seçiniz.

	Kesinlikle katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Fikrim yok**	**Katılıyorum**	**Tamamen katılıyorum**
58) Cinsel ihtiyaçlarımı gidermek için mastürbasyon yapmaya sıcak bakarım.					
59) Çocuk sahibi olmak istemediğim zamanda, korunma yöntemlerini öğrenmek ve bizim için en uygun korunma yöntemine karar vermek için partnerimle birlikte danışmanlık hizmeti almak üzere bir uzmana / sağlık kuruluşuna başvururum.					
60) İstemediğim bir gebeliğim olursa / partnerimin istenmeyen gebeliği olursa, gebeliği sonlandırırım (kürtaj yaptırırım).					
61) AİDS virüsü (HİV) taşıdığını öğrendiğim biriyle arkadaşlığımı devam ettiririm.					
62) HİV ile yaşayan biriyle aynı okula gitmek veya aynı işyerinde çalışmak benim için sorun oluşturmaz.					
63) HİV taşıdığını öğrendiğim biriyle çatal-bıçak gibi günlük eşyaları ortak kullanmaya devam ederdim.					
64) İleride çocuğumun okulda HİV ile yaşayan bir çocukla aynı sınıfta okumasında bir sakınca görmem.					
65) Kız / erkek arkadaşımın HİV ile yaşadığını öğrenirsem onunla ilişkimi devam ettiririm.					

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim yok	katılıyorum	Tamamen katılıyorum
66) En yakın arkadaşımın eşcinsel olduğunu öğrenirsem, onunla arkadaşlığımı devam ettiririm.					
67) Kardeşimin eşcinsel olduğunu öğrenirsem, bu benim için sorun oluşturmaz.					
68) Genç erkekler cinselliklerini nasıl yaşayacaklarına kendileri karar verebilmelidirler.					
69) Genç kadınlar cinselliklerini nasıl yaşayacaklarına kendileri karar verebilmelidirler.					
70) Erkekler evli olmadan da cinsel ilişki deneyimi yaşayabilirler.					
71) Kadınlar evli olmadan da cinsel ilişki deneyimi yaşayabilirler.					
72) Genç kadınların kondom satın alması ayıp değildir.					
73) Genç erkeklerin kondom satın alması ayıp değildir.					
74) Kadın, erkeğin kondom kullanmasını isteme hakkına sahiptir.					
75) Evleneceğim zaman bekaret benim için önemlidir.					
76) Kadınlar doğum yapıp yapmama konusunda kendi bedenleri üzerinde karar verme hakkına sahiptir.					
77) Medeni durumu ne olursa olsun tüm gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır.					

78) Aynı zaman diliminde birden fazla partnere (cinsel eşe) sahip olmak bir sorun oluşturmaz.					
79) Cinsel yolla bulaşan bir hastalığımın olduğunu düşünürsem; bir sağlık kuruluşuna / doktora başvururum.					
80) Cinselliğimle ilgili kaygılarımı gidermek için piyasada satılan penis/ meme büyütücü, cinsel istek artırıcı vb. ürünlere başvurabilirim.					

81) Cinsel sağlık / üreme sağlığına ilişkin bir sorununuz olduğunu düşünseniz bunu birisiyle paylaşır mıydınız?

□ Evet □ Hayır

82) 81. soruya "Evet" şeklinde yanıt verdiyseniz bu sorununuzu kiminle / kimlerle paylaşırdınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

□ Anne □ Baba □ Kız kardeş □ Erkek kardeş

□ Kız arkadaş □ Erkek arkadaş

□ Sevgili / özel arkadaş / "çıktığım kişi" □ Kadın yakın akraba (teyze, yenge, vb.)

□ Erkek yakın akraba (dayı, amca, vb.) □ Öğretmen □ Doktor

□ Hemşire / ebe □ Psikolog □ Diğer (lütfen açıklayınız) _____

83) Bu sorununuz için bir sağlık kuruluşuna başvurur muydunuz?

□ Evet □ Hayır

84) 83. soruya "Evet" şeklinde yanıt verdiyseniz nereye / nerelere başvururdunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

□Sağlık ocağına / Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine

□Aile hekimine / toplum sağlığı merkezine

□ Devlet hastanesine □ Özel hastaneye / Özel doktora

□ Okul / işyeri doktoruna, hemşiresine □ Medikososyal sağlık birimine

□ Gençlik danışmanlık hizmet birimine

□ Diğer (lütfen açıklayınız) _____

85) Bir arkadaşınızın korunmasız cinsel ilişkide bulunduğunu öğrenseniz, onu ve partnerini "ertesi gün hapı" temin edebilmeleri için nereye yönlendirirdiniz?

□ Eczaneye

□ Sağlık ocağına / Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezine

□ Aile hekimine / toplum sağlığı merkezine

□ Devlet hastanesine □ Özel hastaneye / Özel doktora

□ Okul / işyeri doktoruna, hemşiresine □ Medikososyal sağlık birimine

□ Gençlik danışmanlık hizmet birimine

□ Diğer (lütfen açıklayınız) _____

86) Sizce bir ailenin kaç çocuk sahibi olacağına kim karar vermelidir?

□ Kadın □ Erkek □ İkisi birlikte

□ Aile büyükleri □Diğer (lütfen açıklayınız) _____

87) Şimdiye kadar hiç birleşmeyle sonlanan cinsel ilişkide bulundunuz mu?

□ Evet □ Hayır

87. soruya yanıtınız "evetse" lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Yanıtınız "hayırsa" lütfen 98. soruya geçiniz.

88) İlk kez kaç yaşında cinsel ilişkide bulundunuz? _____

89) Siz veya birlikte olduğunuz kişi cinsel ilişki sırasında kondom (prezervatif) kullanıyor musunuz?

□Evet, her zaman kullanıyorum / kullanıyor

□Arada sırada kullanıyorum / kullanıyor

□Hayır, hiçbir zaman kullanmıyorum / kullanmıyor

□Fikrim yok

90) Siz veya birlikte olduğunuz kişi <u>son</u> cinsel ilişkinizde kondom (prezervatif) kullandınız mı?

□ Evet □ Hayır □ Fikrim yok

91) Eğer kullanmadıysanız, son cinsel ilişkinizde kondom (prezervatif) kullanmama nedeniniz nedir? Lütfen belirtiniz.

_____

92) Son cinsel ilişkinizde kondom (prezervatif) dışında herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullandınız mı? Lütfen belirtiniz.

□Evet (yöntem: _____)

□Hayır

□Fikrim yok

93) Sizin / eşinizin veya birlikte olduğunuz kişinin istenmeyen gebeliği oldu mu?

□ Evet □ Hayır □ Fikrim yok

94) Bir önceki soruya yanıtınız "evet"se; en son istenmeyen gebelik nasıl sonuçlandı?

□ İsteyerek düşük (kürtaj)

□ Kendiliğinden düşük

□ Erken doğum

□ Ölü doğum

□ Canlı doğum

95) Siz veya birlikte olduğunuz kişi, daha önce hiç "ertesi gün hapı" kullandınız mı?

□Evet, her cinsel ilişki sonrası kullanıyorum / kullanıyor

□Evet, sık sık kullanıyorum / kullanıyor

□Evet, arada bir kullanıyorum / kullanıyor

□Evet, bir kere kullanmıştım / kullanmıştı

□Hayır, hiç kullanmadım / kullanmadı

□Fikrim yok

□Diğer (lütfen açıklayınız) _____

96) Siz veya birlikte olduğunuz kişi daha önce "ertesi gün hapı" kullandıysanız; bunu temin etmek için bir sağlık personelinden danışmanlık hizmeti aldınız mı?

□ Evet □ Hayır □ Fikrim yok

97) Gebeliği önleyici yöntem kullanıyorsanız, bunu nereden temin ediyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

□ Sağlık ocağından/ Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezinden

□ Aile hekiminden / Toplum sağlığı merkezinden

□ Eczaneden □ Marketten □ Fikrim yok

□Diğer (lütfen açıklayınız) _____

98) Kadınsanız her ay düzenli olarak kendi kendinize meme muayenesi; erkekseniz düzenli olarak kendi kendine testis muayenesi yapıyor musunuz?

□ Her ay düzenli olarak yapıyorum.

□ Ara sıra yapıyorum.

□ Hiç yapmıyorum.

□ Diğer (lütfen açıklayınız) _____

99) 98. soruya "hiç yapmıyorum" yanıtını verdiyseniz; düzenli olarak kendi kendinize meme veya testis muayenesi yapmama nedeniniz nedir? Lütfen belirtiniz:

_____

_____

100) Toplum Gönüllüleri Vakfı- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliğiyle yürütülen Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Projesi öncesinde cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında bilgiye nereden ulaşıyordunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

□ Arkadaşlar □ Abla-ağabey-kardeş □ Anne-baba

□ Kitap, gazete-dergi □ Televizyon, radyo □ İnternet

□ İlk/ ortaöğretim □ Üniversite

□Sağlık ocağı / Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi

□Aile hekimi / toplum sağlığı merkezi

□Kamu hastaneleri (devlet, SSK, askeri, diğer sağlık kuruluşları)

□Özel hastane / doktor

□Medikososyal sağlık birimi

□Gençlik danışmanlık hizmet birimi

□Diğer (lütfen açıklayınız) _____

101) Cinsel sağlık / üreme sağlığı konusundaki bilginizi ne düzeyde buluyorsunuz?

□ Çok iyi □ İyi □ Orta □ Az □ Çok az

102) Cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda bilgi almak için tercih edeceğiniz 3 kişi / kurumu işaretleyiniz.

□ Arkadaşlar □ Abla-ağabey-kardeş □ Anne-baba

□ Kitap, gazete-dergi □ Televizyon, radyo □ İnternet

□ İlk/ ortaöğretim □ Üniversite

□Sağlık ocağı / Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi

□Aile hekimi / toplum sağlığı merkezi

□Kamu hastaneleri (devlet, SSK, askeri, diğer sağlık kuruluşları)

□Özel hastane / doktor

□Medikososyal sağlık birimi

□Gençlik danışmanlık hizmet birimi

□Diğer (lütfen açıklayınız) _____

103) Toplum Gönüllüleri Vakfı- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliğiyle yürütülen Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Projesi kapsamında aldığınız eğitimin kendiniz için faydası olduğunu düşünüyor musunuz?

□ Evet

□Hayır (lütfen açıklayınız) _____

□ Fikrim yok

104) Toplum Gönüllüleri Vakfı- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliğiyle yürütülen Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Projesi kapsamında verilen eğitimlerin akranlarınıza faydası olduğunu düşünüyor musunuz?

□Evet

□Hayır (lütfen açıklayınız) _____

□Fikrim yok

105) Toplum Gönüllüleri Vakfı- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu işbirliğiyle yürütülen Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Projesi kapsamında aldığınız bilgileri günlük hayatınızda, eğitim ortamı dışında hiç akranlarınızla paylaştınız mı?

□ Evet □ Hayır

106) Gençlerin (yaşıtlarınızın) cinsel sağlık ve üreme sağlığıyla ilişkili uygun bilgiye ve hizmetlere ulaşmasını önemli buluyor musunuz?

□ Evet □ Hayır

107) Gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin daha iyi ve doğru bilgi ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak için neler önerirsiniz?

_____

_____

Katkınızdan dolayı teşekkür ederiz...

İlgili Makama,

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) Türkiye Ofisinde, Program Koordinatörü olarak görev yapmakta olan Dr. Selen Örs Reyhanioğlu'nun, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü altında yürütmekte olduğu Halk Sağlığı Yükseklisans Programı kapsamında, halen Toplum Gönüllüleri Vakfı ile işbirliği halinde yürütmekte olduğumuz akran eğitimi projesi ile ilgili olarak, "Toplum Gönüllüleri Vakfı- Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Projesi Kapsamında Eğitim Almış Gençlerin Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları" konulu tez çalışmasını yürütmesinde, bu çalışmada eğitim almış olan gençlerin iletişim bilgilerini kullanmasında, çalışmanın sonuçlarını yükseklisans tezi olarak yayınlamasında herhangi bir sakınca bulunmamaktadır.

United Nations Population Fund
Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu Türkiye Temsilciliği
UNFPA

Dr. T. Türeg Tüzer
Temsilci Vekili

5 Kasım 2009

Birlik Mahallesi 2. Cadde No:11 06610 Çankaya, Ankara / Turkey • Phone: +90 312 496 14 79 - 496 14 81 • Fax: +90 312 496 14 85 • www.unfpa.org.tr • unfpa@un.org.tr

2903

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

ANKARA

Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : B.30.2.HAC.0.70.00.01/431.10-2843 16.12.09

Konu :

Tıp Fakültesi Dekanlığına,

İlgi: 13.10.2009 tarih ve 2498 sayılı yazınız.

Fakülteniz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi **Prof.Dr. Levent AKIN**'ın sorumlu araştırmacı olduğu "**Toplum Gönüllüleri Vakfı-Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Projesi Kapsamında Eğitim Almış Gençlerin Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları**" isimli anket çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun 10 Aralık 2009 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Sevil GÜRGAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı