



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**POSTPARTUM DÖNEMDE
ADÖLESLANLARA VERİLEN
ÜREME SAĞLIĞI EĞİTİMİNİN ETKİNLİĞİ**

SERAP TOPATAN
DOKTORA TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç Dr. Nurdan DEMİRCİ

İSTANBUL-2012

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans () Doktora (X)

Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

Tez Sahibi : Serap TOPATAN

Tez Başlığı : Postpartum Dönemde Adölesanlara Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Etkinliği

Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Sınav Tarihi : 15.03.2012

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

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç.Dr.Nurdan DEMİRCİ

Kurumu

M.Ü. SBF Hemşirelik Bölümü

İmza

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof.Dr.Nezihe Kızılkaya BEJİ

İ.Ü. Hemşirelik Fakültesi

Prof.Dr.Hacer KARANİSOĞLU

İ.Ü. SBF Ebelik Bölümü

Yrd.Doç.Dr.Hatice YILDIZ

M.Ü. SBF Hemşirelik Bölümü

Yrd.Doç.Dr.Feride YİĞİT

Maltepe Ü. Hemşirelik

Yüksekokulu

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 22./03/2012 tarih ve 27 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

F. Arıcıoğlu.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN FORMU

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

Serap TOPATAN

İstanbul-2012

TEŞEKKÜR

Tüm doktora eğitimim boyunca ve çalışmanın yürütülmesi sırasında, her aşamada verdiği destek, gösterdiği hoşgörü için, tezimde büyük emeği olan danışmanım Sayın Doç.Dr. Nurdan DEMİRCİ'ye,

Tez izleme komitesinde görev alarak çalışmaya verdikleri değerli katkılarından dolayı, Sayın Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji ve Sayın Yard.Doç.Dr. Hatice Yıldız'a,

Sevgili annem, babam ve ağabeyime eğitim hayatım boyunca desteklerini esirgemedikleri için,

Sonsuz teşekkür ederim.

Serap TOPATAN

İstanbul-2012

İÇİNDEKİLER

BEYAN	
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	10
4.1. Üreme Sağlığı	10
4.1.1. Üreme sağlığının tanımı	10
4.1.2. Üreme hakları	12
4.2. Adölesan Dönem ve Üreme Sağlığı Sorunları	15
4.2.1. Adölesan dönem	15
4.2.2. Adölesan üreme sağlığı	18
4.2.2.1. Adölesan cinsellik	20
4.2.2.2. Adölesan evlilik	20
4.2.2.3. Adölesan kontrasepsiyon	21
4.2.2.4. Adölesan gebelik ve annelik	23
4.2.2.5. Adölesan ve genital yol enfeksiyonları	26
4.2.2.6. Adölesan ve jinekolojik sorunlar	27
4.3. Adölesan Annelerde Üreme Sağlığı Eğitiminin Önemi ve Hemşirelik Yaklaşımı	33
4.3.1. Adölesanlar ve üreme sağlığı hizmetleri	33
4.3.2. Adölesan annelere verilen üreme sağlığı eğitiminin önemi ve hemşirelik yaklaşımı	36
5. GEREÇ VE YÖNTEM	40
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	40
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	40
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	40

5.4.	Araştırmanın Hipotezleri	41
5.5.	Veri Toplama Araçları	42
5.5.1.	Tanımlayıcı bilgi formu	42
5.5.2.	Kadın Sağlığı Bilgi Testi	42
5.5.3.	Eğitim Değerlendirme Formu	42
5.5.4.	Her 3 aylık dönem izlem formu	43
5.5.5.	Evli Kadınların Üreme Sağlığı Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ)	43
5.5.6.	Aile Planlaması (AP) Tutum Ölçeği	44
5.6.	Veri Toplama Yöntemi	45
5.7.	Verilerin Analizi	48
5.8.	Araştırmanın Sınırlılıkları	49
5.9.	Araştırmanın Etik İlkeleri	49
6.	BULGULAR	50
6.1.	Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	51
6.2.	Eğitim Değerlendirme Formu ve Kadın Sağlığı Bilgi Testi'ne İlişkin Bulgular	57
6.3.	Her 3 Aylık Dönem İzlem Formu	58
6.4.	Evli Kadınların Üreme Sağlığı Tutumlarını Belirleme Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	63
6.5.	Aile Planlaması Tutum Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	70
7.	TARTIŞMA	75
7.1.	Adölesanların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	76
7.2.	Adölesanların Kadın Sağlığı Bilgi Testi'ne İlişkin Bulguların Tartışılması	80
7.3.	Adölesanların Her 3 Aylık Dönem İzlem Formuna İlişkin Bulguların Tartışılması	80
7.4.	Adölesanların Evli Kadınların Üreme Sağlığı Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması	85

7.5. Adölesanların Aile Planlaması Tutum Ölçeği'ne İlişkin	
Bulguların Tartışılması	90
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	94
9. KAYNAKLAR	99
EKLER	110
ÖZGEÇMİŞ	131

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AÇS	: Ana Çocuk Sağlığı
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome- Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu
AP	: Aile Planlaması
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
CS/ÜS	: Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DS	: Doğum Sonrası
GDSHM	: Gençlik Danışma ve Sağlık Hizmet Merkezi
HIV	: Human İmmunodeficiency Virus-İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
HÜKSAM	: Hacettepe Üniversitesi Kadın Sağlığı Araştırma Merkezi
ICPD	: International Conference on Population and Development- Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
IPPF	: International Planned Parenthood Federation- Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu
KKMM	: Kendi Kendine Meme Muayenesi
LAM	: Laktasyonel Amenore Metodunu
PKOS	: Polikistik Over Sendromu
RIA	: Rahim İçi Araç
SB	: Sağlık Bakanlığı
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences- Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi
TAPD	: Türk Aile Planlaması Derneği
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜBA	: Türkiye Bilimler Akademisi
TÜSP	: Türkiye Üreme Sağlığı Programı
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund - Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

- UNFPA** : United Nations Population Fund - Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
- Üİ** : Üriner inkontinans
- ÜSBÖ** : Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo No		Sayfa No
Tablo 4.1.	Amerikan Kanseri Birliği Meme Kanseri Tarama Rehberi	30
Tablo 5.1.	Araştırmanın Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	48
Tablo 6.1.1	Adölesanların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması	51
Tablo 6.1.2	Adölesanların Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması	52
Tablo 6.1.3	Adölesanların Obstetrik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 6.1.4	Adölesanların Jinekolojik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı	54
Tablo 6.1.5	Adölesanların Aile Planlamasına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	55
Tablo 6.1.6	Adölesanların KKMM ile İlgili Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı	56
Tablo 6.2.1	Deney Grubundaki Adölesanların Eğitim Programı Değerlendirme Ölçütlerinin Dağılımı	57
Tablo 6.2.2	Adölesanların Kadın Sağlığı Bilgi Testi Puan Ortalamalarının Uygulama Zamanına ve Gruplara Göre Karşılaştırılması	58
Tablo 6.3.1.	Adölesanların Jinekoloğa Gitme Davranışlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	59
Tablo 6.3.2.	Adölesanların KKMM Uygulama Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	59
Tablo 6.3.3.	Adölesanların Pap Smear Yaptırma Durumlarının Gruplara Göre Dağılımı	60
Tablo 6.3.4.	Adölesanların Tekrar Gebe Kalma Durumlarının Gruplara Göre Dağılımı	60

Tablo 6.3.5.	Adölesanların Genital Yol Enfeksiyonu Geçirme Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	61
Tablo 6.3.6.	Adölesanların Etkin AP Yöntemi Kullanma Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	62
Tablo 6.4.1.	Adölesanların ÜSBÖ Ölçeği I.Uygulama Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	63
Tablo 6.4.2.	Adölesanların ÜSBÖ Ölçeği II.Uygulama Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	64
Tablo 6.4.3.	Adölesanların ÜSBÖ Ölçeği III.Uygulama Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	65
Tablo 6.4.4.	Deney Grubundaki Adölesanların ÜSBÖ Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Uygulama Zamanına Göre Karşılaştırılması	66
Tablo 6.4.5.	Kontrol Grubundaki Adölesanların ÜSBÖ Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Uygulama Zamanına Göre Karşılaştırılması	66
Tablo 6.4.6.	Deney Grubundaki Adölesanların Yaş Ortalamaları ile ÜSBÖ II.Uygulama Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	67
Tablo 6.4.7.	Deney Grubundaki Adölesanların Yaş Ortalamaları ile ÜSBÖ III.Uygulama Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	67
Tablo 6.4.8.	Deney Grubundaki Adölesanların Eğitim Durumları ile ÜSBÖ II. uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	68
Tablo 6.4.9.	Deney Grubundaki Adölesanların Eğitim Durumları ile ÜSBÖ III. Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	68
Tablo 6.4.10.	Deney Grubunun Yaş, Eğitim Durumu, Sabit Gelir, Aile Tipi, Sosyal Güvence Değişkenlerinin, ÜSBÖ Ölçeği III.Uygulama Toplam Puan Ortalamasına Etkisi	69

Tablo 6.5.1.	Adölesanların AP Tutum Ölçeği Toplam ve Alt boyut Puan Ortalamalarının Uygulama Zamanı ve Gruplara Göre Karşılaştırılması	70
Tablo 6.5.2.	Deney Grubundaki Adölesanların AP Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Uygulama Zamanına Göre Karşılaştırılması	71
Tablo 6.5.3.	Kontrol Grubundaki Adölesanların AP Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Uygulama Zamanına Göre Karşılaştırılması	72
Tablo 6.5.4.	Adölesanların Doğum Sonrası Kullanmayı Düşündükleri Aile Planlaması Yöntemi ile AP Tutum Ölçeği I. Uygulama Toplam Puan Ortalamasının Gruplara Göre Karşılaştırılması	73
Tablo 6.5.5.	Etkin AP Yöntemi Kullanma Durumu ile Aile Planlaması Tutum Ölçeği II. Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması	74

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 5.1 : Araştırmanın Akış Şeması

47

1.ÖZET

Araştırmamız, postpartum dönemde adölesanlara verilen üreme sağlığı eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yarı deneysel ve prospektif olarak yapılmıştır. Çalışmamız Samsun Çarşamba Devlet Hastanesi'nde doğum yapan 15-19 yaş arası 120 adölesan (60 deney, 60 kontrol grubu) ile başlamıştır. Her 3 aylık periyodlarda olmak üzere 12 ay süresince izlem yapılmış, izlemlere tam olarak katılan 55 deney ve 46 kontrol grubu ile çalışmamız tamamlanmıştır. Araştırmanın sonucunda; deney (103.10 ± 11.43) ve kontrol (99.15 ± 9.53) grubunun eğitim öncesi üreme sağlığı bilgilerinin benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Eğitim sonrası deney grubunun Evli Kadınların Üreme Sağlığı Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ) toplam puan ortalaması 6.ayda 122.74 ± 10.89 , 12.ayda 119.98 ± 11.79 , kontrol grubunun ise 6.ayda 100.10 ± 10.31 , 12.ayda 99.52 ± 10.47 olarak belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). ÜSBÖ toplam puanını etkileyen sosyo-demografik değişkenler çoklu regresyon analizi yapılarak değerlendirilmiş ve en çok etkileyen değişkenin yaş daha sonra eğitim durumu olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubunun eğitim öncesi ve sonrası AP Tutum Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.001$). Bu çerçevede, postpartum dönemde verilen üreme sağlığı eğitiminin ve yapılan izlemlerin adölesanların üreme sağlığı davranışlarını geliştirmede, AP tutumuna yönelik bilgi ve bilincin oluşmasında etkili olduğu ancak mevcut sağlık sisteminin destekleyici rolüne gereksinim duyulduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, aile planlaması, Evli Kadınların Üreme Sağlığı Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği, postpartum dönem, üreme sağlığı.

2. SUMMARY

The Efficiency of Reproduction Health Education Given to Adolescents during the Postpartum Period

Our research, partly experimental and partly prospective, was conducted with the purpose of evaluating the efficiency of reproduction health education given to adolescents during the postpartum period. The study was made with 120 adolescents aged between 15 and 19 (60 experiment, 60 control group) who gave birth in Samsun Carsamba State Hospital. Follow-up was made every three months for a total of 12 months and the study was concluded with the complete participation of 55 individuals from the experiment group and 46 individuals from the control group. At the end of the research, it was found that the reproduction health knowledge of the experiment (103.10 ± 11.43) and control (99.15 ± 9.53) groups before education were similar. After education, the scale determining the reproduction health protective behavior of women total point averages was found to be 122.74 ± 10.89 in the 6th month and 119.98 ± 11.79 in the 12th for the experiment group, and 100.10 ± 10.31 in the 6th month and 99.52 ± 10.47 in the 12th month for the control group. The difference between them is statistically significant ($p < 0.001$). The socio-demographic variables affecting the total points for the scale determining the reproduction health protective behavior of women were evaluated by multiple regression analysis, and the most effective variables found to be as age and education status. A statistically significant difference was also found between the total points for the family planning behavior scale of the experiment and control groups before and after education ($p < 0.001$). From this, it was understood that reproduction health education given during the postpartum period and the follow-up have a positive effect on adolescents' developing reproduction health behaviors and on creating knowledge and awareness related with family planning behavior, but that this requires the supportive role of the current health system.

Key words: Adolescent, family planning, postpartum period, reproduction health, scale determining the reproduction health protective behavior of women.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Toplumsal gelişim ve gelecek nesillerin sağlıklı olması annelerin sağlığı ile yakından ilişkilidir. Çünkü sağlıklı bir toplumun temeli, kendi sağlığının değerini bilen ve koruyup sürdürebilen, sağlık hizmetlerinden yararlanabilen annelerin yetiştireceği çocuklar ile kurulabilir (<http://sbu.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 10 Haziran 2009). Ülkemiz genç bir nüfusa sahip olduğu için anne ve anne adayı nüfusumuz da oldukça fazladır (www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008, Erişim tarihi: 20 Ağustos 2009). Sağlıklı annelerin toplumdaki sayısının artması öncelikle üreme çağında yaşayabileceği gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde karşılaşacağı riskleri ve komplikasyonları en aza indirmek ile gerçekleştirilebilir. Çünkü üreme çağı olarak kabul edilen 15-49 yaş aralığı kadın hayatında, menarş ile başlayan gebelik, doğum, doğum sonrası ve menopoz döneminde yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişimlerden kaynaklanan üreme sağlığı sorunları nedeni ile önemli bir yer tutmaktadır (Taşkın 2004, www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008, Erişim tarihi: 20 Ağustos 2009).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üreme sağlığını, “üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır” şeklinde tanımlamaktadır (http://www.who.int/topics/reproductive_health/en, Erişim tarihi: 15 Haziran 2009).

Ülkemiz üreme sağlığına ilişkin ayrıntılı, güncel bilgileri Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 1968 yılından bu yana 5 yıl ara ile gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) ile elde etmektedir. Son yapılan TNSA (2008) verilerine göre, nüfusun büyük bir bölümünü 10-29 yaş arası grup oluşturmakta ve bu grup içinde 13.227.500 adölesan bulunmaktadır ([http://www.hips.hacettepe.edu.tr/Turkiyenin DemografikDonusumu_220410.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/Turkiyenin_DemografikDonusumu_220410.pdf), Erişim tarihi: 12 Temmuz 2009). Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) dünya nüfusunun beşte birini 1.2 milyar ile 10-19 yaş arası gençlerin oluşturduğunu bildirmektedir (<http://www.unfpa.org.tr/turkeytr/unfpa.htm>, Erişim Tarihi: 13 Ağustos 2009). Adölesan dediğimiz bu dönem, insan yaşamının aktif, yeni yetenekler edindiği ve birçok yeni durumla karşı karşıya kaldığı hızla gelişimin

gerçekleştiği bir dönemdir. Ancak bu dönem, adölesanlara sadece ilerlemek için fırsatlar sunmaz, aynı zamanda sağlık ve iyilik konusundaki riskleri de beraberinde getirir (Yıldırım kaya 2008, http://www.who.int/topics/reproductive_health/adolescent/, Erişim tarihi: 6 Temmuz 2009).

Adölesan ve gençlik dönemine özgü riskli sağlık davranışlarından olan sigara ve madde bağımlılığı, bilgi kaynakları ve sağlık hizmetlerine ulaşmada yetersizlik, cinsel istismar ve şiddet, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, cinsel aktivitenin daha erken yaşlara kayması ve bunun sonucunda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), adölesan gebelikler, adölesan anneler ve yetersiz kontrasepsiyon gibi cinsel/üreme sağlığı (CS/ÜS) sorunları gelecekte erişkin dönem sağlık sorunlarına dönüşecektir (Özcebe 2007, <http://www.unicef.org.tr/tr/content/detail/63/adolescents-their-environment-and-their-health.html>, Erişim tarihi: 6 Ağustos 2011). Özellikle erken yaşta cinsel ilişkiye başlamak beraberinde adölesan evlilikleri, istenmeyen gebelikleri ya da yüksek riskli doğumları ve bebekleri beraberinde getirdiği için bu döneme özgü sorunların başında gelmektedir. O nedenle güvenli ve tatmin edici cinsel yaşam sürmek üreme sağlığını başarı ile yaşamının içinde yer almaktadır. Diğer bir ifade ile cinsel sağlık ile üreme sağlığı kavramları iç içedir (Pedersen and Samuelsen 2003, www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008, Erişim tarihi: 20 Ağustos 2009).

Dünyada ve ülkemizde cinsel aktiviteye başlama yaşı giderek düşmektedir. Dünyanın bütün bölgelerinde genç insanların çoğunun 10-20 yaşları arasında cinsel ilişkiye başladıkları tahmin edilmektedir. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591420_eng.pdf, Erişim tarihi: 12 Aralık 2010). Bazı bölgelerde evlenmeden önce yaşanan cinsel ilişki ahlaki bir sorun olarak kabul edilirken, erken yaşta evlilikler bir sorun olarak görülmemektedir (www.tbmm.gov.tr, Erişim tarihi: 24 Ağustos 2010, <http://apps.who.int/rhl/adolescent/en/>, Erişim tarihi: 29 Ağustos 2010, Abalı ve Beji 2011). Ülkemizin erken yaş evlilik oranlarına baktığımızda 1998 TNSA sonuçlarında %15.2 olan 15-19 yaş evlilikleri, 2003'te %11.9 ve 2008'de %9.6'dır (www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008, Erişim tarihi: 20 Ağustos 2009).

Cinsel gelişim yaşının düşmesi, erken cinsel aktivitelerin başlaması ve evlilik yaşının yükselmesi nedeniyle başta CYBE olmak üzere tüm genital yol enfeksiyonlarının oluşumunda bir artış meydana gelmektedir (www.cetad.org.tr,

Erişim tarihi:14 Ağustos 2010, Abalı ve Beji 2011). Bu enfeksiyonlar, güvenli olmayan plansız korunmasız cinsel ilişki, sağlıklı koşullarda gerçekleşen doğum, küretaj, hijyen yetersizliği, genital organlarla ilgili yanlış inanç ve uygulamalar, sağlık hizmetlerine ulaşmada gecikme ya da ekonomik yetersizlikler nedeni ile ulaşamama ve genital organ hastalıklarını saklama ve çekingen davranma gibi nedenlerden dolayı oluşmaktadır (www.cetad.org.tr, Erişim tarihi: 14 Ağustos 2010).

CYBE; yaş, cinsiyet ve sosyal durum fark etmeksizin tüm insanları etkileyebilmekte ve hızlıca artmaktadır (Santelli, Lindberg, Abma, McNeely and Resnick 2000, Kırmızıtoprak ve Şimşek 2011). Dünyada Human İmmunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonlarının yarısından daha fazlası 15-24 yaş grubunda görülmektedir (Santelli et al. 2000).

Üreme sağlığı sorunlarının içinde yer alan bir konuda jinekolojik hastalıklar ve jinekolojik kanserlerdir. Özellikle 15-49 yaş döneminde çeşitli nedenler ile düzenli sağlık kontrollere gitmemek, jinekolojik kanser riskleri ile ilgili bilgi yetersizliği ve kendi vücudunu tanımamaktan dolayı kadınlar ciddi sorunlarla karşılaşmaktadır (Tuncer 2007). Oysa 15-49 yaş olarak kabul edilen üreme çağında kadınların eğitimle bilinçlendirilmesi, düzenli sağlık kontrolleri ve sağlık tedbirlerini almaları birçok jinekolojik kanser riskini ortadan kaldırmakta ya da en aza indirmektedir (Aslan 2009). Özellikle meme kanseri, kadınlar arasında en yaygın olan kanser türüdür ve kanserden ölümler arasında akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır (Parkin, Bray, Ferlay and Pisani 2005, <http://www.natlbcc.org/>, Erişim tarihi: 15 Aralık 2011). Ülkemizde ise meme kanseri kadınlarda görülen kanserler arasında 1. sırada yer almaktadır. Meme kanserinin kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile erken dönemde tanınması yapılabilmekte ve sağ kalım oranları artmaktadır (Hamzaoglu ve Özcan 2006, Pınar, Algier, Çolak ve Ayhan 2008). Yine serviks kanseri, çok basit bir yöntem olan pap smear testi ile erken tanılama yapılabilmekte ve gençlik döneminden başlayarak güvenli cinsellik ile de serviks kanseri riski azaltılabilmektedir (Doğan 2008, Kaya ve Akın 2009).

Evlilik öncesi ya da evlilik ile birlikte erken yaşta cinsel ilişki beraberinde erken yaşta doğurganlığı da getirmektedir. Erken yaşta cinsel yaşamı olan ve kontraseptif kullanmayan gençlerin bir yıl içinde gebe kalma olasılıkları %90'dır (Akın 2001, Türkiye Üreme Sağlığı Programı Gençlik Danışmanlık ve Sağlık

Hizmet Merkezleri CS/ÜS Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi 2007). Her yıl 15–19 yaş grubunda 15 milyon genç kız doğum yapmaktadır. Anne ölüm hızı 18 yaş altı gebeliklerde, daha geç yaşta olan gebeliklere göre 2-3 kat daha yüksektir (Türkiye Üreme Sağlığı Programı Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CS/ÜS Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi 2007, http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591455_eng.pdf. Erişim tarihi: 24 Ekim 2011). TNSA (2008) verilerine göre gebe kalanların yüzdesi 17 yaş için %3.1, 18 yaş için %3.1, 19 yaş için %3.5'tir. 1993 yılı TNSA verilerine göre %93 olan 15-19 yaş doğurganlık yüzdesi %35'e düşerek %30'luk azalma gerçekleşmiştir. Ancak adölesan yaş grubunun nüfus içindeki oranı arttığı için erken yaş doğurganlık ve sonuçları ile ilgili sorunlar devam etmektedir (www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008, Erişim tarihi: 20 Ağustos 2010). Adölesan doğurganlık, sağlık ve sosyal sonuçları dikkate alındığında önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Adölesan annelik, kadının eğitime ve çalışma hayatına devam edememesine yol açmaktadır. Erken yaşta çocuk sahibi olan annelerde ve çocuklarında birçok olumsuz sağlık sonuçları yaşanma riski vardır. Erken yaşta annelik maternal ölüm riskini ve ergen annelerin çocuklarında da morbidite ve mortalite riskini arttırmaktadır (www.tbmm.gov.tr. Erişim tarihi: 24 Eylül 2011, Koyun, Taşkın ve Terzioğlu 2011).

Adölesanlar gebeliğe hazır olmadıkları için ya da evlilik dışı olduğu için istenmeyen gebelikleri düşük şeklinde sonlandırmayı tercih etmektedirler (Özcebe 2002). Gelişmekte olan ülkelerde her yıl 2-4.4 milyondan fazla adölesan isteyerek düşük yapmaktadır (Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000, 2004). Kayıtlara göre tüm düşüklerin yaklaşık %10'u adölesan yaş dönemine ait iken, bu oran birçok ülkede %25'e kadar çıkabilmektedir (www.saglik.gov.tr, Erişim tarihi: 2 Eylül 2011). Ülkemizde ise 15-19 yaş evli kadınların isteyerek düşük oranları TNSA 1993'de %3.8, 1998'de %5.8, 2003'de %3.4 ve 2008'de %3.2 olarak belirlenmiştir. İsteyerek düşüklerin azaltılması, öncelikle aile planlaması (AP) yöntemlerinin kullanılması ile olasıdır. TNSA (2008) sonuçları incelendiğinde kontraseptif yöntem kullanma davranışının yaşla birlikte arttığı görülmektedir. Herhangi bir yöntem kullanımı 15-19 yaş grubundaki evli kadınlar arasında en düşük düzeyde iken (%40),

30-34 yaş grubunda ise en yüksek seviyeye (%84) ulaşmaktadır (www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008, Erişim tarihi: 20 Ağustos 2010).

Yetişkin dönem üreme sağlığı sorunlarının yaşanmasında bireyin adölesan dönemdeki cinsel ve üreme sağlığına yönelik davranışları etkin rol oynamaktadır. Bu nedenle adölesan gebeler, gebeliğin başlangıcından itibaren doğum sonu dönemde dahil olmak üzere düzenli danışmanlık almalıdırlar (Demirgöz ve Canbulat 2008). Bu danışmanlık ve bilgilendirme ile onların karşılaşacağı riskli davranışların birçoğunu ortadan kaldırmak mümkün olacaktır. Ancak günümüzde adölesanlara yönelik her bölge için kapsamlı bir üreme ve cinsel sağlık eğitimi verilmek üzere hazırlanmış kliniklerin, danışmanlık alabilecekleri kurumların sayısının az ve niteliklerinin yetersiz olması nedeni ile bu bilinçlendirme yapılamamaktadır (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı 2005, Aslan 2009). Ayrıca ülkemizde adölesan evliliklerin ve bu evlilik birliği içinde ki doğumların beklendik bir durum olarak gerçekleşmesi, gebeliğin ve doğumun basit bir olay olarak kabul edilmesi nedeni ile sağlık personeline gitme ihtiyacının hissedilmemesi, dini veya kültürel yasaklar, geleneklerden dolayı kadının ailesinin ve eşinin izni olmadan sağlık kuruluşuna gidememesi gibi çeşitli sebepler kadınların doktor veya hastaneye başvurmasını geciktirmekte ancak çok ciddi bir sorun ile karşılaşıldığında çare aramaktadırlar (Eliş, Çelik, Ercan ve Çarkoğlu 2008). Aynı zamanda 18 yaş altı evliliklerin bir çoğunun resmi nikah olmadan gerçekleşmesi ve adölesan çift ve ailesinin de yasalar önünde bazı prosedürlere maruz kalmaları sağlık kuruluşuna başvurmalarını geciktiren diğer faktörler arasındadır (Akın 2002).

Ülkemizde dini nikah oranı 1998 yılında %7.4 iken 2008 yılında %3.3 ile azalma gösterse de halen resmi nikahı olmayan çiftler vardır (www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008, Erişim tarihi: 20 Ağustos 2010). Gebe adölesanlar ancak gebelik süresince bir sağlık problemi yaşadıklarında ya da doğum zamanı geldiğinde hastaneye başvurumaktadırlar. O nedenle bu gruptaki adölesanlara ancak böyle zamanlarda izlem, eğitim ve danışmanlık verme fırsatını bulmamız mümkün olacaktır (http://www.gopa-group.com/prod/fileadmin/templates/GOPA _Project_1/gopa_upload/documents/Publications/FinalReport_t.pdf, Erişim tarihi: 14 Ağustos 2009).

Özellikle gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde yaşanan fiziksel ve ruhsal değişiklikler ile anneliğe uyum süreci adölesanın eğitim ve danışmanlığa en çok ihtiyacı olduğu dönemlerden birisidir (Koyun, Taşkın ve Terzioğlu 2011). Ayrıca bu dönemde meydana gelen bu değişiklikler adölesanın kendi bedenine odaklanmasını ve kendi üreme sağlığı sorunlarını fark edebilmesini de sağlayacağından, vereceğimiz üreme sağlığı eğitimi daha iyi anlaşılacak ve benimsenecektir (www.saglik.gov.tr, Erişim tarihi: 12 Temmuz 2009, Pınar ve Pınar 2009).

Annelerin evde oldukları bu dönemde belirtilerin gözden kaçması ve erken tanılamanın yapılamaması olasıdır. Bu nedenle, doğumdan sonra annenin risk faktörleri açısından değerlendirilmesi, gerekli önlemlerin erken dönemde alınması önemlidir (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı 2005, Beydağ 2007). Ama ülkemizde doğum sonu dönemde, sadece bebeğin bakım ve kontrollerinin yapılması akla gelmektedir. TNSA (2008) sonuçlarına göre, bütün sosyo-demografik gruplar temelinde de bebeklerin annelerinden daha yüksek oranda doğum sonrası bakım hizmeti aldığı görülmektedir. Batı'da, İstanbul'da özellikle eğitilmiş anneler arasında %95'in üzerinde olan doğum sonrası bakım hizmetinden yararlanma oranı, kırsal bölgede, doğuda, yüksek paritelerde ve eğitimsiz anneler arasında azalarak %70'lere kadar gerilemektedir. Doğum sonu bakım alma oranları doğurganlık çağındaki kadınlarımızın gebelik ve doğuma bağlı nedenlerle ölüm oranlarının azalması için yeterli değildir. Hemşirenin doğum sonrası (DS) döneme ait özellikleri, normal ve normalden sapmaları değerlendirebilmesi, gerekli girişimlerde bulunabilmesi, önlem alabilmesi ve gereksinimleri doğrultusunda kişileri bilgilendirip, destek olabilmesi gerekir. Çünkü kadının ileriki yaşamındaki üreme sağlığı düzeyi aldığı bakımın niteliği ve kalitesi ile yakından ilgilidir (Özcebe 2002, http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/turkce/SayfaDosya/ureme_sagliginda_yasam_b_oyu.pdf, Erişim tarihi: 17 Haziran 2010).

Adölesan annelerin, verilen eğitimin etkinliğini algılaması kadar, bilgilerin gerekliliğini fark etmesi de önemlidir. Postpartum dönemde anneler bir yandan taburcu olmak için sabırsızlanırken, bir yandan da kendisi ve çocuğunun bakımını nasıl yapacağı konusunda merak ve endişe içindedir (Balkaya 2002). O nedenle hastanede kalış süresi ne kadar kısa da olsa anne bu dönemde verilecek eğitime olan ihtiyacından dolayı ve endişelerini azaltmak için motivasyonunu yüksek tutacaktır.

Ayrıca bu dönemde verilen eğitim ile üreme sağlığı bilinci oluşacak ve adölesan annelerin doğum sonrası tabuculuğunun ardından belli aralıklarla bebeğinin aşı ve izlemleri için sağlık kuruluşuna gelmesi, bize verdiğimiz eğitimin sonuçlarını izleme fırsatı sağlayacaktır. Araştırmamızı bu şartlar göz önünde bulundurularak adölesanlara doğum sonrası verilen üreme sağlığı eğitimin etkinliğini ölçmek amacıyla yarı deneysel ve prospektif olarak yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1.Üreme Sağlığı

4.1.1. Üreme sağlığı tanımı ve önemi

Üreme Sağlığı, üreme hakları ve cinselliği de içeren bir kavramdır ve ilk kez 1994 Uluslararası Kahire Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda (ICPD) geliştirilmiştir. Üreme sağlığı bireylerin mutlu ve güvenli bir cinsel yaşamları, üreme yeteneklerini korumaları, bu yetenekleri kullanıp kullanmayacakları ve ne zaman, ne sıklıkla kullanacakları konusunda karar verme özgürlüklerinin olması demektir (<http://www.un.org/popin/icpd5.htm>, Erişim tarihi: 12 Haziran 2011). Son 30 yıllık dönemde, sağlık alanındaki önemli gelişmeler sonucunda; beklenen yaşam süresi artmış, anne ve çocuk ölümlerinde azalma kaydedilmiştir

(Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı 2005). Ancak, bu olumlu gelişmelerden tüm insanlar eşit şekilde yararlanamamıştır. Bölgeler arası ve kır-kent farklılığının yanı sıra, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yoksullar, sağlık riski en yüksek grubu oluşturmaktadır (Akın 2001, www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008, Erişim tarihi: 20 Ağustos 2009, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap40.pdf>, Erişim tarihi: 20 Ağustos 2009, <http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/index2.asp>, Erişim tarihi: 20 Eylül 2009).

Başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm dünya 1960'lı yıllarda, kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri konusuna odaklanmaya başlamıştır. 1970'lerde demografi yönündeki yaklaşım, 1980'lerde yerini sağlıkla ilgili endişelere, 1990'larda ise, artık insanların hak ve ihtiyaçları üzerine yoğunlaşmaya başlamıştır. Bu süreçte; Bükreş'te (1974), Mexico City'de (1984) ve Kahire'de (1994) yapılan üç büyük konferansta, nüfus ve aile planlamasının, genel kalkınma için önemli olduğu ortaya konulmuştur (<http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/populatin/icpd.htm>, Erişim tarihi:12 Haziran 2011).

1994'te Kahire'de yapılan ICPD'de kalkınmanın temel ve vazgeçilmez bir insan hakkı olduğu vurgulanmıştır. Toplantıda nüfus politikalarının temelinde, bireylerin yaşam kalitesini yükseltilmesinin gerekliliği kabul edilmiştir. Yoksulluğun

yok edilmesi için bütün ülkelerin işbirliği yapması, kadınlarla kız çocuklarına özel olarak önem verecek şekilde eğitimin herkesin hakkı olduğu ve önceliğin çocuklara verilmesi gerektiği gibi ilkeler kabul edilmiştir. Konferansın sonuçları 1995’de Pekin’de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı’nda da bir kez daha vurgulanmış ve bu konferanslardan sonra eylem programları hazırlanmıştır. Eylem programlarının ana konularını; kalkınma ve nüfus ilişkisi, kadınların güçlendirilmesi, cinsiyetler arası eşitlik ve hakkaniyetin sağlanması, kadınlara yönelik şiddetin önlenmesi, üreme sağlığı ve aile planlaması, kız çocuklar, gençler ve yaşlılar oluşturmuştur. Eylem programında ayrıca, AP çalışmalarının, daha geniş bir kavram olan “Üreme Sağlığı” içerisine dahil edilmesinin gerçeği vurgulanmıştır. Üreme sağlığı hizmetlerinin, temel sağlık hizmetleri aracılığı ile uygun yaştaki herkese sağlanması şart koşulmuştur. DSÖ’nün “üreme sağlığı” tanımından da anlaşılabileceği gibi, üreme sağlığı herkesi ilgilendirmektedir. Kadın ve erkek herkes, yaşamları boyunca, normal büyüme ve gelişme sürecinden kaynaklanan üreme ve cinsel sağlık gereksinimlerine sahiptir. Bu yaklaşımda, doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/02_USG.pdf, Erişim tarihi: 12 Aralık 2011, <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/>, Erişim tarihi: 20.02.2012).

Erkeklerin toplumdaki statü ve rolleri, üreme sağlığını etkilemektedir. Ancak birçok fizyolojik ve ruhsal değişimin yaşandığı doğurganlık olayı, kadının bedeninde gerçekleştiği için üreme sağlığı kadınlar açısından daha önemlidir (sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/02_USG.pdf, Erişim tarihi: 12 Ekim 2009, Aslan 2009). Ayrıca üreme sistemi ile ilgili rahatsızlıklar kadında hem fiziksel hem de psikososyal baskı ve sıkıntılar yaratır. Çünkü kadın, gebeliği süresince fiziki rahatsızlıklarının yanı sıra doğurganlığını ve cinselliğini kaybetme korkusu, abortus ve infertilite korkusu, mahremiyetinin tehdit altında olması gibi pek çok duygusal sorun da yaşayabilir. Bu nedenle üreme sağlığı kadın açısından hayati bir öneme sahiptir ve kadının üreme sağlığının korunması; sağlıklı ve mutlu aileler, dolayısıyla sağlıklı bir toplum ve gelecek anlamına gelmektedir (Taşkın 2009).

Temel sağlık hizmetleri kapsamında ele alınması planlanan üreme sağlığı konuları aşağıdaki gibidir;

- ❖ Güvenli annelik (acil obstetrik hizmetler de dahil olmak üzere)
- ❖ Aile planlaması
- ❖ CYBE ve HIV
- ❖ Adölesan CS/ÜS
- ❖ Erkeklerde CS/ÜS ile ilişkili sorunlar
- ❖ İnfertilite
- ❖ Postmenopozal durumlar
- ❖ Yaşlılıkta CS/ÜS
- ❖ Üreme sistemi kanserleri (meme ve serviks kanseri başta olmak üzere)
- ❖ Kadın ticareti
- ❖ Cinsel taciz ve cinsel şiddet, cinsiyete dayalı şiddet
- ❖ Göçmen, mülteci vb. gruplarda CS/ÜS

Üreme sağlığı kapsamı genellikle yukarıdaki konuları içerse de hizmet sunulan kitleye göre çeşitlilik gösterebilir ve multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirir (sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/01_USEP.pdf. Erişim tarihi: 1 Ekim 2009).

Kahire Konferansı'nda üreme sağlığı ile ilgili ele alınan bir diğerk kavram üreme haklarıdır. Bu kapsamda, bireylerin ve çiftlerin çocuklarının sayısı ve aralığına özgürce karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet, baskı ve ayrımcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri ve özellikle adölesan dönemden başlayarak postmenopozal ve yaşlılık dönemi de dahil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmaları yer almaktadır (http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale_alanlari/genclik/dokumanlar.asp, Erişim Tarihi: 17 Ekim 2009, www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008, Erişim tarihi: 20 Ağustos 2009).

4.1.2.Üreme hakları

Üreme hakları, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Konferansı (1993), ICPD (Kahire 1994), Birleşmiş Milletler Sosyal Kalkınma için Dünya Zirvesi (Kopenhag 1995) ve Birleşmiş Milletler 4. Dünya Kadın Konferansı (Beijing 1995)

toplantılarında dünya kamuoyunda konsensüs kazanmıştır. International Planned Parenthood Federation (IPPF) üreme hakkını on iki maddede özetlemiştir. Bunları oluştururken temel insan haklarından üreme hakkına uyarlamalar yapmıştır. Bu haklar bir önem sırası göstermeksizin aşağıda sunulmuştur (<http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/6C9013D5-5AD7-442A-A435-4C219E689F07/0 charter.pdf>, Erişim tarihi: 17 Ekim 2009);

Yaşam hakkı: Hiçbir kadının yaşamı gebelik nedeni ile riske/tehlikeye girmemelidir. Çok sayıda doğum, çok geç ya da çok erken doğum, kısa aralıklı doğum gibi risk faktörleri önlenerek bu hak herkese sağlanmalıdır. Hiçbir çocuğun yaşamı tehlikede olmamalıdır, özellikle de cinsiyeti nedeniyle böyle bir sorun yaşamamalıdır. Hiç kimsenin yaşamı sağlık hizmetine, yeterli bilgi ve danışmanlığa ulaşamadığı için son bulmamalıdır.

1. **Bireyin bağımsızlık ve güvenlik hakkı:** Tüm insanlar, başkalarının haklarına saygılı olmak koşuluyla cinsel ve üreme yaşantılarını özgürce kontrol etme ve mutlu olma hakkına sahiptir. Tüm insanlar cinsel ve üreme sağlıklarına yönelik tüm tıbbi girişimlere, tam aydınlatılmış onamları olmadığı sürece maruz kalmamalıdır.
2. **Eşitlik hakkı, tüm ayrımcılıklardan uzak olma hakkı:** Hiç kimse ırk, renk, cinsiyet, medeni durum, sosyal konum, yaş, dil, din, siyasi görüş, milliyet, mülkiyet veya diğer bir özelliği nedeniyle cinsel veya üreme yaşamı ile ilgili sağlık hizmetine ulaşma konusunda ayrımcılığa uğramamalıdır.
3. **Özel yaşam hakkı:** Bilgilendirme ve danışmanlığı da kapsayan tüm üreme sağlığı hizmetleri hizmeti alanlara özel olmalıdır ve buradaki kişisel bilgilerin gizliliği sağlanmalıdır.
4. **Özgür düşünme hakkı:** Tüm insanlar cinsel ve üreme yaşamları konusunda düşünce ve ifade özgürlüğüne sahip olmalıdırlar.
5. **Bilgi ve eğitim hakkı:** Tüm insanlar üreme ve cinsel yaşamları konusunda doğru bilgilendirme ve eğitim hakkına sahiptirler. Tüm kararlarını alırken tam olarak aydınlatılmış olma hakkına sahiptirler.
6. **Evlenme, aile kurma konusunda özgür seçim hakkı:** Kişinin tam ve özgür iradesi olmadan evlenmeme hakkı vardır. Herkesin, infertil olanlar veya

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

7. Çocuk sahibi olma veya zamanlaması konusunda karar verme hakkı:

Tüm kadınların üreme sağlığının korunması, güvenli annelik ve güvenli kürtaj alanlarında ulaşılabilir, ucuz, kolay ve kabul edilebilir hizmetler konusunda bilgilendirme ve eğitim hakkı vardır.

8. Sağlık hizmeti alma ve sağlığın korunması hakkı: Tüm insanların, üreme sağlığını da kapsayacak olası en yüksek kalitedeki sağlık hizmetini alma hakkı vardır. Herkesin birincil sağlık hizmeti kapsamında ulaşılabilir, kişinin özel yaşamına, onuruna ve rahatlığına saygı gösteren bir üreme sağlığı hizmeti almaya hakkı vardır.

9. Bilimsel gelişmelerden yararlanma hakkı: Tüm insanların en son bilimsel gelişmelerin sunduğu olanaklara erişme hakkı vardır. İnfertilite, kontrasepsiyon ve kürtaj konularında bu olanaklara ulaşamamanın yaşam ve sağlık üzerine olumsuz etkileri olacaktır.

10. Toplantı yapma ve siyasal katılım hakkı: Tüm insanların cinsel yaşam ve üreme sağlığı ve hakları konusunda birlik oluşturma hakkı vardır. Ayrıca kişiler hükümetlerin bu konulara öncelik vermesi için kamuoyu oluşturma hakkına da sahiptir.

11. İşkence ve kötü muameleden uzak kalma hakkı: Tüm çocuklar her türlü tacizden özellikle cinsel tacizden korunma hakkına sahiptir. Hiç kimse kontraseptif yöntemler veya teknikler konusunda kendi onayı olmadan bir tıbbi müdahaleye alınmamalıdır. Gençlere üreme haklarının neler olduğu, bu haklardan nasıl yararlanacakları konusunda yol göstermesi açısından üreme sağlığı danışmanlığı hizmetlerinin önemi büyüktür.

Üreme haklarının neler olduğu ve bu haklardan nasıl yararlanılacağı konusunda verilecek olan üreme sağlığı danışmanlığı tüm insanlar için önemlidir. Ancak gençlerin ve kadınların iyilik hali ve sağlık düzeyi bir ülkenin en önemli başarı göstergelerinden biri olduğu için özellikle iki gruptur (http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale_alanlari/genclik/dokumanlar.asp, Erişim Tarihi: 17 Ekim 2009).

4.2. Adölesan Dönem ve Üreme Sağlığı

4.2.1. Adölesan dönem

DSÖ, 10-19 yaş grubunu “ Adölesan ”, 15-24 yaş grubunu “Genç” ve 10-24 yaş grubunu “Genç insanlar“ olarak tanımlamaktadır (<http://www.who.int/child-adolescent-health>, Erişim tarihi: 28 Eylül 2011). Hızlı bir fiziksel gelişimin yaşandığı puberte dönemi adölesan dönem ile karıştırılmamalıdır. Sonuç olarak, puberte dönemi bittiğinde birey fiziksel olarak yetişkin bir görünümüne sahip olurken, adölesan dönemde puberteden farklı olarak bireyin yetişkin gibi düşünmesi ve davranmasını sağlayan psikososyal değişikliklerde gerçekleşir (Türkiye Üreme Sağlığı Programı Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CS/ÜS Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi 2007). O nedenle adölesan dönemde gerçekleşen büyüme ve gelişmeyi şöyle gruplandırabiliriz:

- Fiziksel büyüme
- Cinsel gelişme
- Psiko-sosyal gelişme

Fiziksel büyüme ve cinsel gelişim, puberte ile eş anlamlı tutulabilir ve puberte kızlarda ortalama 8-13, erkeklerde 9-14 yaş arasında başlar Kızlar ve erkeklerde pubertal gelişimi değerlendirmede Tanner tarafından geliştirilen tanımlayıcı standartlar kullanılmaktadır. Bu amaçla kızlarda meme gelişimi ve pubik kıllanma; erkeklerde genital bölge gelişimi ile pubik kıllanma değerlendirilir (Ercan 2008).

Pubertenin kızlardaki ilk fiziki işareti meme gelişimidir. Meme gelişiminde ilk evre evre 1 olup, prepubertal dönemi ifade eder, meme gelişimi yoktur. Evre 2 ile birlikte meme gelişimi başlar ve evre 5’te erişkin kadın biçimini alır. Pubik kıllanma genellikle meme gelişiminden altı ay sonra başlar ve benzer şekilde beş evrede sınıflandırılır: Evre 1’de pubik kıllanma yokken, evre 2’de pubik kıllanma başlar ve evre 5’te erişkin tipinde tüm pubik bölgeye ve uyluk iç yüzlerine yayılmış kıllanma olur. Kızlarda meme gelişimine ek olarak, vajinal mukoza kalınlaşır ve pigmentasyonu artar. Vajinal mukoza hücreleri içinde glikojen deposu artarak laktik asid üreten bakterilerin büyümesine fırsat verir ve böylece vajinanın asit pH’sını oluşturur. Labia majorler, klitoris ve uterus gelişir, overler de genişleyerek hacimleri artar. Periyodik vajinal kanama olan menarş genellikle meme tomurcuklanmasından yaklaşık 2 yıl sonra ve boy uzamasındaki sıçramayı takiben görülür (Öcal 2003,

Akyol 2006, Ercan 2008, Gönç 2009). Ortalama menarş yaşı 12.5-13 arasında değişmektedir. Ülkemizde TNSA (2008) sonuçlarına göre menarş yaşı 13.3 olarak tespit edilmiştir. Tekgül, Saltık, Şen ve Kurt (2005) 15-49 yaş kadınlarda yaptıkları çalışmalarında, ortalama menarş yaşını 13.3 ile ülkemiz ortalamasına paralel olarak bulmuştur. Genetik ve çevre faktörleri menarşı etkiler. Beslenme önemli bir faktördür ve şişman kızlarda menarş, zayıflarinkinden daha erken başlar (Saka ve Neyzi 2005). Yüksek rakımlı bölgelerde yaşayan kız çocukları, deniz seviyesinde yaşayanlara göre daha geç puberteye girmektedirler. Siyah ırk kızlarında ise puberte daha erken başlamaktadır. Herhangi bir kronik hastalığa sahip olmak durumu dolaylı olarak beslenme durumunu veya doku oksijenizasyonunu bozduğu için puberteyi ve dolayısıyla menarşı geciktirir (Dündar, Anı, Akyol, Eren ve Dündar 2008). Menarşın 8 yaşından önce görülmesi erken, 16 yaşından sonraya kayması ise geç menarş olarak yorumlanmaktadır. Kızlarda 13, erkeklerde 14 yaşında pubertenin hiçbir bulgusunun olmaması gecikmiş puberte olarak tanımlanırken, pubertenin ilk bulgusunun kızlarda 8 yaşından önce erkeklerde 9 yaşından önce başlaması erken puberte olarak değerlendirilir (Akyol 2006, Dündar ve ark. 2008, Gönç 2009).

Ovülasyon, menarştan 1-1.5 yıl sonra başlar. Menarş sonrası 1-2 yıl adet düzensizlikleri olabilir. Menarş öncesinde (premenstural sendrom) kramplar, göğüslerde duyarlılık, baş ağrısı, kendini kötü hissetme ve huzursuzluk gibi ani duygusal değişiklikler görülebilir. Adölesana bu tür değişikliklerin olabileceği açıklanarak kendini diğer adölesanlardan farklı hissetmemesi sağlanmalıdır (Parent et al.2003, Gönç 2009).

Erkeklerde sekonder cinsel gelişme, testis ve penis büyümesi ile pubik kıllanmayı içerir. Erkekler skrotum ve testislerin büyümesi ile başlar, penis boyunun uzaması ve kalınlaşması ile devam eder, prostat ve meni keseciğinin gelişmesi ile tamamlanır. Testis büyümesi; seminifer tübülülerin, leydig ve sertoli hücrelerinin sayısının artmasına bağlıdır (Parent et al. 2003, Gönç 2009). Erkeklerde de pubertenin Tanner sınıflamasına göre beş evresi vardır. Evre 1 prepubertal iken evre 2’de testisler, evre 3’te penis büyümeye başlar, evre 5’te testis, skrotum ve penis erişkin boyutuna ulaşır. Daha sonra pubik bölgede kıllanma başlar. Koltuk altı ve yüzde bıyık ve sakal çıkması pubik bölgede kıllanmadan yaklaşık iki yıl sonra görülür. Ortalama ilk ejakülasyon yaşı ise 12.5-14 arasında olmakla beraber; psikolojik, kültürel ve

biyolojik faktörlerden etkilenir. İlk ejakulasyon penisin büyümeye başlamasından yaklaşık bir yıl sonradır. Erkek çocuklarında büyüme patlaması genellikle kız çocuklarına göre daha geç olur, ortalama 14 yaşında ve Tanner sınıflamasına göre evre 4'te büyüme patlaması görülür. Boyda uzama atağı testislerin büyümeye başlamasından yaklaşık bir yıl sonra başlar. Erkek çocuklarda puberte gelişiminde kas ve kemik kitlesinde artış kız çocuklarından daha belirgindir (Çetin 2006, Derman 2008, Gönç 2009). Larinks ve farinksdeki hızlı büyüme ve akciğerlerde genişleme ile erkek çocuklarda ses değişiklikleri ve kalınlaşması görülür. Erkeklerde omuzlar genişler. Erkek çocukların %75'inde pubertenin ilk evrelerinde değişen derecelerde jinekomasti bulunabilir. Çoğu olguda meme dokusu 2 yıl içinde geriler (Ercan 2005).

Sekonder cinsiyet karakterlerinin gelişimi her iki cinste de ortalaması 17-18 yaşlarında tamamlanır. Adölesan dönem fiziksel ve cinsel gelişimin yanı sıra psikososyal gelişimi de kapsar (Çetin 2006, Derman 2008).

Adölesanların psikososyal gelişimini 3 dönemde inceleyebiliriz (Ercan 2005, Çetin 2006, Derman 2008).

Erken ergenlik: Fiziksel değişiklikler endokrin sistem değişiklikleri ile başlar ve 12-14 yaşları arasını kapsar. Bu dönemde fiziksel ve fizyolojik değişimler ön planda olduğu için genç bedensel değişimlere odaklanır ve bu değişikliklere ayak uydurmak durumunda kalır. Bu dönemde beden gelişmesi, dürtülerin artması ve cinsel kimliğin algılanması gencin toplum içinde bazı cinsiyet rollerini üstlenmesini sağlar.

Orta ergenlik: Yaklaşık 15-18 yaşlarına rastlamaktadır. Bu dönemde anne babadan duygusal olarak kopma ve bağımsızlığa adım atma başlar ve kendisi için olabilecek riskleri küçümseyerek daha fazla risk alırlar. Ergen için, yaşlılarının, grup kararları, giyimi, davranış biçimleri önemli olmaktadır. Akran ilişkileri özellikle de duygusal ilişkileri artmaya başlar, günlük tutma eğilimleri sıklıkta.

Geç ergenlik: 18 yaş dolaylarında başlayan bu dönemde fiziksel gelişim düzene girmiş, biyolojik olgunluğa erişilmiştir. Bu dönem gencin kimlik edinmesi ile sona erecektir. Kimlik oluşumu ergenlik dönemi boyunca yaşanan duygular, kazanılan beceriler ve kurduğu özdeşimleri harmanlayıp sentez etmesi sonucu kimlik oluşturur. Geç ergen dönem, kişinin yaşamda yolunu çizdiği, kendi sınırlarını diğer

insanlarla karşılaştırarak deneme-yanılma yolu ile genişletme olanağı bulduğu bir dönemdir. Ergen kendini ve toplumdaki rolünü tanımaya çalışır ve bu dönemde kültürel gelenekleri kabul etme ve ahlak kavramı gelişir. Ahlak kavramı çoğu bireyde geç adölesan ve erken erişkinlik döneminde oluşur.

4.2.2.Adölesanlarda üreme sağlığı

Adölesan dönem, gençlerin ileri yaşlardaki gelişimlerini ve sağlıklarını etkileyecek olan bilgi, beceri ve doğru davranış biçimlerini benimsemeleri açısından çok önemli bir dönemdir. Bu nedenle adölesanların sağlık sorunlarını özellikle de üreme sağlığı sorunlarını yakından takip etmek gereklidir (<http://www.who.int/whr/1998/en/index.html>, Erişim tarihi: 12 Eylül 2010). Erken yaşta cinsel ilişki, erken evlilik, istenmeyen gebelikler, erken yaşta doğurganlık, CYBE, cinsel istismar ve şiddet gibi üreme sağlığı sorunları ile karşılaşma açısından en riskli grup adölesanlardır diyebiliriz (Başer 2000). Bu risk nedeni ile WHO hedefleri arasında kadın ve kız çocuklarının acil ilgi gerektiren cinsiyete dayalı güvenlik açıklarının karşılanması ilk sıralarda yer almaktadır Bu açık adölesanların cinsel ve üreme sağlığı konularında bilinçlendirilmesi ile gerçekleştirecekleri doğru davranış biçimleri ile azalacak ve yetişkin dönem üreme sağlığı sorunlarına dönüşmeyecektir. Ya da tam tersi bir durum ile adölesanlar riskli davranışlara karşı hiçbir önlem almayacak ve bu dönemde ki üreme sağlığı sorunları yetişkin döneme artarak aktarılacaktır (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı 2005, <http://www.who.int/whr/1998/en/index.html>, Erişim tarihi: 12 Eylül 2010). Avrupa'da gençlerin üreme ve cinsel sağlık konularında yaşadıkları güçlükler şu şekilde sınıflandırılmaktadır (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı 2005, Özcebe, Ünalın, Türkyılmaz ve Coşkun 2007);

- Ulusal politika ve programların açık ve net olmaması,
- Toplumun, ailenin, okul öğretmenlerinin, sağlık personelinin ve dini görevlilerin sosyal desteğinin yetersiz olması,
- Gençlerin cinsellik/üreme sağlığı ve hakları konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması,
- İnsan gücü ve finansal kaynak yetersizliği.

Dünyada özellikle gelişmekte olan ülkelerde gençlerin, genellikle kendi ve karşı cinsiyetin özellikleri, vücut işlevleri ve üreme özellikleri konularında yeterli bilgilerinin olmadığı belirlenmiştir (Brandurup-Lukanov 2002). Ülkemizde Dicle Üniversitesi (DÜ) ve Hacettepe Üniversitesi (HÜ) öğrencileri ile gerçekleştiren, Adölesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi sonuçlarına göre, her iki üniversitede de anne ve baba eğitimi arttıkça gencin CS/ÜS konularında aile ile konuşma oranlarının da arttığı belirlenmiş, HÜ’nde kız öğrencilerin %2.3’ü ve erkek öğrencilerin %12.8’i cinsel ilişki deneyimi olduğunu ifade etmiştir. DÜ’nde aynı yüzdeler sırasıyla %2.3 ve %12.8’dir Gebelik öyküsü DÜ’nde %6.1, HÜ’nde %4.5 olarak tespit edilmiştir (Akın ve Özvarış 2004).

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Bankası tarafından; Kamboçya, Endonezya, Marshall Adaları, Nauru, Papua Yeni Gine, Filipinler, Samoa, Solomon Adaları, Doğu Timor, Tuvalu ve Vietnam olmak üzere 11 ülkenin nüfus raporları incelendiğinde; kadınların önemli bir kısmının cinsel aktiviteye başlama ve adölesan dönem doğurganlığın yüksek olduğu, kontraseptif kullanımının düşük, karşılanmamış aile planlaması gereksiniminin yüksek olduğu saptanmıştır. Adölesan kadınların yetişkin kadınlara göre kontraseptif kullanımının daha düşük, aile planlaması ile ilgili bilgi ve hizmetlerine erişimlerinin daha az olduğu belirlenmiştir. Gebeliği önlemek için düşük ve orta gelirli ülkelerde halen evli adölesanların üçte birinden daha azı modern bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır (Kennedy, Gray, Azzopardi and Creati 2011). Dünyada her yıl 14 milyonun üzerinde 15-19 yaş ergen kadın doğum yapmaktadır. Adölesan doğumlar, tüm doğumların %11’ini kapsar. Gebelik, doğumla ilgili hastalık yükü ise %23 oranındadır. Maternal sebepler 15-19 yaş arası kadınlar arasında önde gelen ölüm nedenidir. Adölesan annelerin bebekleri yetişkin kadınlardan doğan bebekler ile karşılaştırıldığında daha yüksek perinatal morbidite oranlarına sahiptir (Singh, Darroch, Ashford and Vlassoff 2009). Adölesan dönemde gerçekleşen gebeliklerin kötü sağlık sonuçlarının yanında eğitim, istihdam ve ekonomik fırsatların kaybedilmesi, cinsiyet eşitsizliği ve yoksulluk gibi aileleri ve toplumları etkileyebilecek olumsuz sosyo-ekonomik sonuçları da vardır (http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591455_eng.pdf, Erişim tarihi: 21 Ağustos 2011).

4.2.2.1. Adölesan cinselliği

Adölesanların cinsel davranışları ülkeler arasında farklılık gösterebilmektedir. Çünkü cinsel davranış; toplumun sosyal yapısı, kültürel özellikleri, dini ve geleneksel normları gibi birçok değişkenle ilişkilidir (Özcebe ve ark. 2007, [http://www. tapd org.tr](http://www.tapd.org.tr), Erişim tarihi: 12 Ocak 2011). Evlilik öncesi cinsel ilişkinin ahlaki bir sorun olduğu, ancak adölesan yaş grubunda evlenmenin toplumsal değer yargılarına göre bir sorun olmadığını kabul eden ülkeler kız çocuklarını erken yaşta evlendirmektedirler (<http://www. tapd org.tr>, Erişim tarihi: 12 Mart 2011).

Gelişmiş ülkelerin çoğunda adölesanlar evlilik öncesi cinsel ilişkiyi ahlaki bir sorun olmadan yaşamaktadırlar (Brandurup-Lukanov 2002, <http://www.cdc.gov/nchs/nsfg.htm>, Erişim tarihi: 11 Ocak 2011). DSÖ istatistiklerine göre, 15-19 yaş arası adölesanların ilk cinsel ilişkiye başlama oranları, Tayland'da %15, Brezilya'da %33, Britanya'da %60 ve Amerika'da %50'dir (www.who.int/reproductivehealth/publications/RHR_01_8/sexual_relationsamongyoung_people_developing_countries.pdf, Erişim tarihi: 12 Kasım 2011).

Esgin (2000) üniversite öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada erkeklerin %35'inin, kızların %5'inin evlilik öncesi cinsel ilişki deneyimi olduğunu saptamıştır. Yine Orçun, Aras ve Açık (2003) Dokuz Eylül Üniversitesi'nde adölesanlar ile yaptıkları bir çalışmada, kızların %18.3'ünün erkeklerin ise %61.2'sinin cinsel deneyimlerinin olduğunu tespit etmişlerdir. Bertan ve ark. (2006) 8 üniversitenin 1. Sınıf öğrencileri ile yaptıkları araştırmada kızların %5.7, erkeklerin ise %31.9 oranında cinsel deneyim yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Ögel ve ark. (2005) İstanbul'da liseli gençler üzerinde yaptıkları çalışmada, cinsel deneyim yaşayan erkeklerin oranını %34.5, kızların oranını ise %4.4 olarak saptamıştır.

4.2.2.2. Adölesan evlilikler

Ülkemizde ve dünyada birçok bölgede evlilikler, eşlerin, ailelerin onayı ve kararı ile gerçekleşmektedir. TNSA sonuçlarına baktığımızda kadınların kendi rızası ile gerçekleştirdiği evlilik oranları 1998 yılında %36.1, 2008 yılında ise %41.0'dır ve 10 yıllık bir sürede %5 oranında ki bu artış düşük kabul edilebilecek düzeydedir. Çünkü bu sonuçlara göre ülkemizde halen %59 oranında kadın, yani yapılan tüm

evliliklerin yarısından fazlası kendi rızaları olmadan gerçekleşen evliliklerdir (www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008, Erişim tarihi: 20 Ağustos 2010). İnsan hakları kuruluşları uzun yıllardır minimum evlilik yaşı konusunda, kural ve yaptırım belirleme yoluna gitmeye çalışsalar da yasalar daha çok aile rızasının olmadığı durumlarda uygulanmaktadır (Özcebe 2000).

Sahraaltı Afrika'da 15-19 yaş evlenme oranı ortalama %40, Asya'da %50, Orta Doğu'da %25 ve Latin Amerika'da %30 oranındadır (http://www.un.org/esa/population/publications/worldmarriage/worldmarriage.htm, Erişim tarihi: 1 Aralık 2011). Ülkemizde de TNSA 1998'e göre araştırma tarihinde 25-49 yaşında olan kadınların % 35'i; TNSA 2008'e göre ise %24'ü 18 yaşından küçük evlenmiştir. TNSA (2008) verilerine göre ilk evlenme yaşı doğuda 19.6 iken batıda 21.3 olarak belirlenmiştir. Ancak, 15-19 yaş grubu kadınlarda eğitim düzeyi ile evlenme yaşı arasında ters bir ilişki vardır ve eğitim düzeyi arttıkça evlenme deneyimi azalmaktadır (www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008, Erişim Tarihi: 20 Ağustos 2010). Erken evliliklerin yaygın olduğu birçok ülkede evlilik öncesi cinsel ilişki ahlaki bir sorun olarak kabul edilirken, adölesan yaş grubunda evlenmek toplumsal değer yargılarına uygun düşmektedir. Bu toplumlarda kadınların toplum içinde statü kazanmaları çocuk sahibi olmak ile sağlanabilmektedir (www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008, Erişim Tarihi: 20 Ağustos 2010, www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/komisyon_rapor.pdf, Erişim Tarihi: 20 Ağustos 2011).

4.2.2.3. Adölesanlarda kontrasepsiyon

Adölesanlarda doğurganlığın kontrolünde aile planlamasına ilişkin bilgi yetersizliği çok önemli yer tutmaktadır. Sağlıksız düşükler, sık doğumlar ve gereksiz küretaj ancak yeterli aile planlaması ile önlenebilecek üreme sağlığı sorunlarıdır (Türkiye Üreme Sağlığı Programı Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CS/ÜS Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi 2007, www.saglik.gov.tr, Erişim tarihi: 12 Aralık 2011). Düşüğün yasal olmadığı ülkelerde özel araştırma teknikleri ile adölesan yaş grubundaki düşük hızını saptayabilmek oldukça zordur (www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008, Erişim tarihi: 20 Ağustos 2011).

Birçok ülkede cinsellik bir tabu olarak kabul edilmekte, bu nedenle adölesan yaş grubunun cinsellik ve aile planlaması yöntemleri hakkındaki bilgisi de oldukça sınırlı kalmaktadır (Türkiye Üreme Sağlığı Programı Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CS/ÜS Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi 2007). Sözü edilen konular örgün eğitim sistemi içerisinde çok sınırlı olup, okul dışı gençliğin ise buna ulaşmasının hemen hemen hiç olanağı bulunmamaktadır. Bu nedenle topluma dayalı sağlık hizmeti sunulması ve 10-24 yaş grubu gençlerin bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Uluslararası ve ulusal kuruluşların tüm çabalarına karşın gençlerin üreme sağlığı sorunları göz ardı edilmekte olup bilgi ve hizmetlere ulaşmaları istenen düzeyde değildir (http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale_alanlari/genclikgenel_bilgi.asp, Erişim tarihi: 29 Mayıs 2011). Oysa ki gençlerin, edindikleri bilgi ve becerileri hayata geçirme yetenekleri çok fazladır. Bu durum büyük ölçüde ergenlerin cinsel davranışları konusundaki toplumsal inanç ve tutumlardan ve adölesanların hizmet alabilmelerini engelleyen yasal düzenlemelerden kaynaklanmaktadır (Vural ve Zencir 2010). Her ülke kendi adölesan grubunun özelliklerini ve ihtiyaçlarını belirleyip ona uygun hizmetler sunmalıdır. Genç insanların cinsellik, karşı cinsle ilişkiler, üreme sağlığı hizmetleri ve bilgilerine ulaşabilmeleri için yeterli ve etkin eğitim programlarına gereksinimleri vardır. Cinsel sağlık ve sosyal sorumluluklar konusunda eğitim almış genç insanların evlilikten önce riskli cinsel davranışta bulunma olasılığının daha az olacağı tahmin edilmektedir. Cinsel eğitim süreklilik oluşturacak şekilde her yaş grubuna yönelik bir biçimde aşamalı olarak verilmelidir (http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale_alanlari/genclik/genel_bilgi.asp, Erişim tarihi: 21 Eylül 2011, http://www.who.int/child-adolescent-ealth/OVERVIEW/AHD/adh_over.htm, Erişim tarihi: 15 Eylül 2011).

Evlilik öncesi cinsel ilişkinin kabul edilmediği toplumlarda, gençlerin aile planlaması hizmetlerinden yararlanması zorlaşmaktadır. Ayrıca adölesanların yeterli maddi olanaklara sahip olmaması, yalnız başına sağlık kurumuna başvuramaması da aile planlaması hizmetinden yararlanmasını engelleyen önemli faktörler arasında sayılmaktadır (Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CS/ÜS Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi 2007). DSÖ'nün Adölesan CS/ÜS Stratejileri ve Avrupa'da Uygulanması adlı çalışmada birçok ülkede adölesanların büyük bir

kısının cinsel ilişki sırasında etkili kontraseptif yöntemlerden herhangi birini kullanmadığını ve kontraseptif yöntem kullanma davranışının yaşla birlikte arttığını göstermektedir (www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008, Erişim tarihi: 20 Ağustos 2011).

Gelişmiş ülkelerde aile planlaması yöntemi kullanımı gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksektir. Adölesan yaş grubunda yöntem kullanım oranı İspanya'da %7, Macaristan'da %19, Danimarka'da %70 ve İngiltere'de %91'dir (Avery and Lazdane 2008). Amerika'da son 10 cinsel ilişkide kondom kullanım oranı adölesan kızlarda %58.1, erkeklerde ise %79.1'dir (Reece et al. 2010)

TNSA (2008) sonuçlarına göre, herhangi bir AP yöntemi bilme durumu incelendiğinde 15-19 yaş grubunda bu oranın %94.8, 20-24 yaş grubunda ise %99.8 olduğu görülmektedir. Gençlerin herhangi bir modern yöntem kullanma durumları 15-19 yaşları arasında %17.6, herhangi bir yöntem kullanma durumu ise %40.2 olarak belirlenirken, 20-24 yaşları arasında %31.4 olarak saptanmıştır. Tüm yaş gruplarındaki kadınlar arasında en revaçta olan gebeliği önleyici yöntem, geri çekmedir (www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008, Erişim tarihi: 20 Ağustos 2011).

Tezcan, Özcebe, Subaşı, Üner ve Telatar (2006) Hacettepe Üniversitesi gençlerinin riskli, sağlık davranışlarının incelendiği çalışmalarında, korunmasız cinsel ilişkide bulunma oranları erkek öğrencilerde %53.6, kız öğrencilerde ise %34.1 olarak saptanmıştır.

Ankara'da yapılan bir araştırmada yöntem kullanan kadınlardan yarı kentsel bölgede oturanların %75.7'si, kentsel bölgede oturanların %67'si modern yöntem kullanmaktadır. Yöntem kullanan kadınlar arasında yarı kentsel bölgede ve kentsel bölgede en çok tercih edilen modern yöntem (Rahim İçi Araç) RİA, ikinci sırada tercih edilen ise kondomdur. 15-24 yaş grubunda en çok yöntem kullanmama nedeni, çocuk sahibi olmak istenmesi olarak belirlenmiştir (İlhan, Yıldırım ve Maral 2002).

4.2.2.4. Adölesan gebelik ve annelik

Evlilik öncesi erken yaşta cinsel ilişki veya erken yaşta yapılan evlilikler erken yaşta doğurganlığı da beraberinde getirmektedir Erken yaşta cinsel yaşamı olan ve kontraseptif kullanmayan gençlerin bir yıl içinde gebe kalma olasılıkları %90'dır (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı 2005, Türkiye

Üreme Sağlığı Programı Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CS/ÜS Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi 2007).

Erken yaşta evlenen gençler genelde çocuk sahibi olmaları konusunda sosyal bir baskıya maruz kalmaktadırlar. Çünkü evlilik sonrası hemen çocuk sahibi olmanın evliliğin geleceğini garanti altına alacağı inancı çok yaygındır. Erken yaşta oluşan gebeliklerde, adölesan anneler daha fazla tıbbi sorunlar yaşamaktadırlar. Gebelik, doğum ve sağlıksız düşüğe bağlı komplikasyonlar 15-19 yaş grubundaki annelerin temel ölüm nedenleri arasında yer almakta olup, bu yaş grubunda anne ölümleri 20'li yaşlara göre iki kat daha yüksektir (Mayor 2004, sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/06_Adolesan.pdf, Erişim Tarihi: 12 Temmuz 2011). TNSA (2008) sonuçlarına göre bebek ve 5 yaş altı çocuk ölüm oranının 20 yaş altında anne olanlarda %0.33, tüm yaş gruplarında %0.45 olması dikkat çekicidir.

Dünyada ortalama 15-19 yaş doğum oranı %0.65, Avrupa'da %0.25, Orta Doğu ve Kuzey Afrika'da %0.56, Asya'da %0.59, Latin Amerika'da %0.78 ve Sahraaltı Afrika'da %0.143, Amerika Birleşik Devletleri'nde ise %0.53'tür (www.who.int/child_adolescent_health/./discussion/en/index.html, Erişim tarihi: 16 Ekim 2011).

TNSA (2008)'na göre, 15-19 yaş grubundaki kadınların %8'inin doğurganlık davranışına başladığı görülmektedir. Bu kadınların %6'sı çocuk sahibi olmuş, %2'si ise araştırma tarihinde ilk çocuklarına gebe. Anne olma oranlarının adölesan dönemde yaşla birlikte hızla arttığı görülmektedir; 16 yaşında bu oran %1 iken, 17 yaşında %3'e, 18 yaşında %8'e, 19 yaşında ise %17'ye yükselmektedir. Adölesan doğurganlık seviyesi ile yerleşim yeri arasında belirgin bir ilişki görülmemektedir. Bölgeler arasında en yüksek adölesan doğurganlık oranı Ortadoğu Anadolu'da (%10.4), en düşük oranı Doğu Karadeniz (%3.1) olarak gözlenmektedir. Araştırmanın yapıldığı Batı Karadeniz Bölgesi'nde ise adölesan doğurganlık %8.3 oranındadır. Eğitimle adölesan doğurganlık düzeyi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. İlköğretimin birinci basamağından daha az eğitim almış; 15-19 yaş grubundaki kadınların %15'i anne olmuş ya da ilk çocuklarına gebe iken en az lise eğitimi almış kadınlarda bu oran %3'e düşmektedir (www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008, Erişim tarihi: 20 Ağustos 2011). Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği'nin (CETAD), 2006 yılında yaptığı CS/ÜS araştırmasında 15-19 yaş

grubunda, yoksul aileden gelen kızların diğerlerinden daha çok cinsel ilişkide bulundukları ve gebelik risklerini, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olanlardan daha az bildikleri görülmekte, dolayısıyla evlilik öncesi cinsel deneyim gelişmiş ve geliştirmekte olan ülkelerdeki gençler arasında önemli bir problem olarak yaygınlaşmaya başlamaktadır. Günümüzde cinsel yakınlıklar toplumun genelinde ve gençler arasında giderek daha kabul edilebilir olmuştur (www.cetad.com.tr, Erişim Tarihi: 16 Ağustos 2011). Özellikle kızlar ve erkeklerin cinsel olgunluğa erken yaşta ulaşmaları ve menarş yaşının da küçülmesi ile erken yaş gebelikleri sık görülmektedir (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO 1991).

Doğurganlığın erken yaşlara kayması ana ölüm hızının da genç yaşlarda daha yüksek seyretmesine neden olmaktadır (Türkiye Üreme Sağlığı Programı Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CS/ÜS Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi 2007).

Adölesan gebeliklerin sonucunda hem anneler hem de bebekler açısından riskli durumlar yaşanabilmektedir. Adölesan annelerin karşılaşılabileceği tıbbi riskler vücut ağırlığı artışının yetersiz olması ya da aşırı artış, preeklampsi, anemi, CYBE, baş-pelvis uyuşmazlığı doğum sonrası sorunlar ve sık gebeliklerdir (Tezcan, Özcebe, Subaşı, Üner ve Telatar 2006). En sık rastlanan psikososyal sorunlar ise eğitime devam edememe, sosyal aktivitelerde sınırlılık, yoksulluk, boşanma ve ayrılma, sosyal izolasyon, stres/depresyon, madde kullanımıdır (www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/komisyon_rapor.pdf, Erişim tarihi: 12 Haziran 2011).

Bebek açısından meydana gelebilecek tıbbi riskler ise ani bebek ölümü sendromu, akut enfeksiyonlar, siyanoz, mekonyum aspirasyonu, kazalar, bebek ölümleridir. Düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu %47.1 ve preterm eylem yaşama oranı %21.1'dir. Yapılan bir çalışmada genç annelerde preterm eylem, düşük doğum ağırlığı ve yeni doğan gelişme geriliği en sık rastlanan riskler olarak literatürü desteklemektedir (www.huksam.hacettepe.edu.tr/.../kadinin_statusu_anne_olumleri, Erişim tarihi: 12 Haziran 2011).

Psikososyal sorunları ise gelişme geriliği, istismar, davranış bozuklukları/madde kullanımı, okul başarısızlığı ve okulu bırakma, işsizlik/yoksulluk, istenmeyen gebeliklerdir

(www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/komisyon, ErişimTarihi: 12 Haziran 2011). Ergen annelerin çocuklarında çok sayıda gelişimsel gecikme bulunmuştur. Çocuk doğurmanın başladığı yaş; anne ve çocuğun sağlığı ve yaşam kalitesi açısından olduğu kadar genel olarak toplumda demografik değişimlere de neden olur. Birçok ülkede ilk doğumların ertelenmesinin toplam doğurganlık hızının azalması üzerinde etkili olduğu gözlenmiştir (Türkiye Üreme Sağlığı Programı Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CS/ÜS Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi 2007).

Toksöz, Ceylan ve Bozyel (2006) adölesan gebelerin gebelik, doğum, beslenme sorunları ve bunların yenidoğana etkileri isimli çalışmalarında gebelerin %6.4'ünde kanama, %4.8'inde preeklampsi ve %4.8'inde idrar yolu enfeksiyonu olmuştur. Gebeliğin; %84.8'i normal doğum, %12.0'si sezeryan, %2.4'ü düşük, %0.8'i ölü doğum ile sonuçlanmıştır. Gebelerin %78.7'sinde herhangi bir problemle karşılaşılmaşken, %7.4'ünde travayda prematür doğum, %5.8'inde sefalo-pelvik uyumsuzluk, %3.3'ünde fetal stres, %3.3 oranında gebede prezentasyon anomalisi, %1.6'sında fetal anomali görölmüştür.

4.2.2.5. Adölesanlar ve genital yol enfeksiyonları

Adölesan dönemde yaşanan erken yaşta cinsel ilişki ve bilinçsiz cinsel davranışların sonucu olarak gelişen CYBE, tüm dünyada görölme sıklığının fazla olmasından dolayı önemli bir sorundur (Gölbaşı 2005). CYBE'in tüm dünyada görölme sıklığının artış nedenleri; özellikle gelişmekte olan ülkelerde, cinsel eğitim programlarının yetersizliği, cinsel ilişki yaşının küçölmesi, evlilik öncesi cinsel ilişki ve dolayısıyla cinsel eş sayısında artış, kondom dışı kontraseptiflerin kullanımında artış, tanı ve tedavi olanaklarının gelişmesiyle hastalıkların daha doğru ve sık olarak saptanmasıdır (Santelli et al. 2009). İlk cinsel ilişki yaşı ve yaşam boyu partner sayısının, CYBE ve HIV riskiyle karşılaşmada büyük etkisi olduğu belirlenmiştir (Türkiye'de Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS'in Sürveyans Sistemine İlişkin Durum Analiz Raporu 2007).

Amerika'da 2008 yılında 10-19 yaş arası adölesanlarda 36 klamidy, 30 gonore ve 31 HIV vakası bulunmaktadır (<http://www.cdc.gov/std/stats09/adol.htm>, Erişim tarihi:12 Aralık 2011). Dünyada, 2009 yılı verilerine göre her gün 7000 yeni HIV enfekte vaka bildirilmektedir. Bu vakaların %97'si düşük ve orta gelirli

ülkelerde yaşamakta, yaklaşık %51'ini kadınlar ve %41'ini 15-24 yaş arası gençler oluşturmaktadır (http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm, Erişim tarihi: 12 Aralık 2011). Türkiye'de 2010 yılındaki 15-19 yaş arası HIV enfekte vaka sayısı ise erkeklerde 29, kadınlarda 40'dır (Türkiye'de Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS'in Sürveyans Sistemine İlişkin Durum Analiz Raporu 2007).

CYBE'nin kontrolüne yönelik programlar kapsamında, genç dostu erken tanı ve tedavi merkezlerinin kurulması, toplumsal cinsiyet eğitimi çalışmaları, şiddet ve cinsel istismara yönelik danışmanlık, ruh sağlığı çalışmaları, sağlık davranışı teorilerini temel alan cinsellik ve sorumlu cinsel davranış konusunda sağlık personelinin ve gençleri bilgilendirme ve davranış değişikliğine yönelik eğitim programları yer almalıdır. Özellikle ev ziyaretleri ile gençlere ulaşılması, kondom kullanma oranlarının yükseltilmesi ve CYBE açısından diğer risklerin (çok eşlilik vb.) ortadan kaldırılması için önemlidir (Karl ve Gabriele 2005, Aslantekin ve Aslan 2006, Gregson et al. 2006, Türkiye'de Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS'in Sürveyans Sistemine İlişkin Durum Analiz Raporu 2007, Song and Ji 2010).

4.2.2.6. Adölesanlar ve jinekolojik sorunlar

Adölesan dönemde yaşanan başlıca jinekolojik sorunlar şöyle sıralanabilir (Sebanti, Rekha ve Sibani 2005, Tekirdağ 2010).

1. Meme hastalıkları
2. Menstrual Siklusa ilişkin bozukluklar
 - Amenore
 - Dismenore
 - Menstrual düzensizlikler
 - Disfonksiyonel uterus kanamaları
3. Polikistik over sendromu
4. Vajinal enfeksiyonlar

Adölesan kızlarda en yaygın meme sorunları fibroadenom ve fibrokistlerdir. Adölesan dönem fibroadenomları birden bire belirir ve hızlı büyürler. Memede artan büyüklükle birlikte ağrı yakınması görülebilir. Muayenede meme büyümüş ve meme başı yer değiştirmiş olarak bulunur (Şimşek ve Tuğ 2002).

Adölesan dönemde ki diğer meme problemleri, meme asimetrisi, meme küçüklüğü, meme büyüklüğü, meme başının ve dokusunun fazlalığı veya yokluğu, memede ağrı, memede kitle ve meme başı akıntılarıdır. Erkek adölesanlarda ise en sık karşılaşılan meme problemi meme dokusunun büyüklüğü olan jinekomastidir. Üreme hormonlarının etkisi ile geçici olan meme büyümesi olgularının %10'unda yetişkin hayatta da devam edecek kalıcı büyümeler olabilmektedir (Şimşek ve Tuğ 2002, Ercan 2005).

Kızlarda en sık karşılaşılan menstrual problemler; amenore, dismenore, menstrual düzensizlikler ve disfonksiyonel uterus kanamalarıdır (Tekirdağ 2010). Kızlarda en sık karşılaşılan menstrual problemler; amenore, dismenore, menstrual düzensizlikler ve disfonksiyonel uterus kanamalarıdır. Sebanti ve ark. (2005) 124 adölesanın jinekolojik sorunlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, menstrual sorunların %58 ve vajinal infeksiyonların %19 oranında en sık görülen sorunlar olarak tespit etmiştir. Tekirdağ (2005) 10-19 yaş grubu 2171 adölesan üzerinde yaptığı bir çalışmada, menstrual bozukluk yakınması ile hastaneye başvuran adölesanların sayısını 725(%33.4) olarak tespit etmiştir. Adet düzensizlikleri, önemsiz fizyolojik değişiklikler nedeni ile ortaya çıkabildiği gibi, önemli hastalıkların bir belirtisi de olabilir. Bu nedenle adet düzensizliklerinin önemle üzerinde durulmalıdır (Taşkın 2009).

Adölesanların yaşadığı bir diğer sorun da Polikistik Over Sendromu (PKOS)'dur. PKOS, birçok genetik ve çevresel etmenin etkili olduğu kronik anovulasyon ve hiperandrojenizm ile nitelenen bir bozukluktur ve hirsutizm, menstruasyon düzensizlikleri, obezite ve polikistik over ile karakterizedir. Erken perimenarşial dönemde fizyolojik anovulasyonu PKOS'a bağlı anovulasyondan ayırmak zor olabilir çünkü menarştan sonraki ilk iki yıl anovulasyon çok sık görülür. PKOS ve hirsutizm ile başvuran olgularda öncelikle hiperandrojenizmin nedeni bulunmalı ve nedene yönelik tedavi planlanmalıdır (Kurtoğlu, Hatipoğlu ve Akın 2009, Evliyaoğlu 2011).

Kanser hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde oldukça önemli bir sağlık sorunudur. Dünyada meme kanseri, kadınlarda görülen kanser türleri arasında ilk sırada, kanser nedeniyle oluşan ölümlerde ise akciğer kanserinden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Ülkemizde ise meme kanseri %23.8 oranıyla kadınlarda

görülen kanserler arasında 1. sırada yer almaktadır (www.kanser.gov.tr, Erişim tarihi: 23 Temmuz 2011). ABD’de, dokuz kadından birisi meme kanserine yakalanmaktadır. Bu oran Avrupa ülkelerinde on kadında birdir (http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/, Erişim Tarihi 13 Ağustos 2011). Bu nedenle meme kanseri için uygun tarama yöntemleriyle erken tanı son derece önemlidir. Henüz belirti vermeden tarama ile erken evrelerde tanı koyulan kanserlerin birçoğunun etkin tedavi ile tamamen yok edilmesi mümkündür. Çünkü erken tanı ve tedavisinin yapılması genellikle iyi sonuç verir ve hayatta kalma oranını da arttırır. Memedeki kitlelerin %90’ını kadınların kendisinin saptadığı ve bu kitlelerin %25’inin malignensi olduğu bilinmektedir (www.kanser.gov.tr/folders/file/Türkiyede%20kanser%20kontrolü.pdf, Erişim tarihi: 17 Ağustos 2011). Bu nedenle kadınlar meme kanserinin belirtileri ve KKMM konusunda bilgilendirilmelidir. Gençler arasında yapılan çalışmalarda, gençlerin meme kanserine yakalanma ihtimallerini çok düşük olarak algıladıklarından KKMM uygulamasını benimsemedikleri ya da çok az uyguladıkları tespit edilmiştir (Aydın 2004).

Amerikan Kanser Birliği tarafından önerilen meme kanseri tarama rehberin dünyada ve ülkemizde kabul görmüştür (www.türkiye.gov.tr, Erişim tarihi: 13 Aralık 2011).

Meme kanserinde Amerikan Kanser Birliği tarafından önerilen meme kanseri tarama rehberi:

Tablo 4.1. Amerikan Kanser Birliği Meme Kanseri Tarama Rehberi

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

Sağlığı koruyucu davranışların benimsenmesinde ve gençlerin sağlık sorumluluklarını almasında önemli adımlardan biri olan KKMM eğitimi, gerekliliği ve uygulaması hakkında gençlerin bilgilendirilmesi gereklidir. Amerikan Kanser Birliği'nin belirlediği ve ülkemizin kabul ettiği Meme kanseri tarama programına göre KKMM'ne 20 yaşında başlanması ve aynı zaman da hemşirelerin kadınları KKMM konusunda eğitmekten sorumlu olduğunu belirtmektedir (www.türkiye.gov.tr, Erişim tarihi: 23 Ağustos 2011). Yapılan çalışmalar KKMM eğitimi sonrası en yüksek puanı 20-29 yaş grubundaki kadınların aldığını tespit etmiştir (Çadır ve Eksen 2004, Dolgun, Kabataş ve Ertem 2009).

KKMM'nin yapılma oranı ülkemizde yaş ve kültürden oluşan gruplarda yapılan çalışmada %15-40 oranında değişmektedir. Eğitim düzeyi yüksek kadınların düzenli KKMM yapılmadığını ya da yanlış bir teknik uyguladığını saptanmıştır (Beydağ ve Karaoğlan 2007, www.kanser.gov.tr, Erişim tarihi: 12 Temmuz 2011). Seçginli (2002) çalışmasında kadınların %31.5'inin bazen, %5.5'inin düzenli olarak KKMM yaptıklarını ifade etmişlerdir.

Jinekolojik kanserler arasında tüm dünyada ikinci, gelişmekte olan ülkelerde ise ilk sırada yer alan serviks kanseri erken dönemde ki tanılama kolaylığı ile hayatta kalma oranları yüksek olan kanserler arasındadır (Kalyoncu, Işıklı, Özalp ve Küçük 2003, Kaya ve Akın 2009).

Ülkemizde kadın jinekolojik kanserleri içinde uterus korpusu %5.2, over %4.0 ve serviks %3.1 olarak belirlenmiştir (www.kanser.gov.tr, Erişim tarihi: 12 Ağustos 2011). Serviks kanserinin erken tanısında en etkin yöntem pap smear testi yaptırmaktır. Yapılan çalışmalar, pap smear testinin serviks kanserinin erken tanısında C-III düzeyinde etkili olduğu gösterilmiştir (www.cancer.org/.../FindCancerEarly/CancerScreeningGuidelines/american-cancer-society-guidelines-for-the-early-detection-of-cancer, Erişim tarihi: 01.03.2010).

Sağlık Bakanlığı (SB) 2009-2015 hedefleri arasında kanserle savaş strateji yer almaktadır. Bu hedefi gerçekleştirmek için adölesan yaş grubuna yönelik etkinlik olarak sağlıklı cinsel ilişki bilincinin geliştirilmesi ve savunuculuğunun artırılması planlanmıştır. Bu yaş grubu içinde olası engelin kültürel kabul görmede yaşanabilecek sorun olduğu düşünülmektedir (www.kanser.gov.tr, Erişim tarihi: 12 Ağustos 2011).

Amerikan Kanser Birliği, 18 yaş ve üstünde tüm kadınlar ile 18 yaşından küçük fakat aktif cinsel yaşamı olan tüm kadınların yıllık pap smear testi ve pelvik muayene yaptırmalarını önermektedir (<http://www.cancer.org/cancer/cervicalcancer/index>, Erişim tarihi: 14 Ağustos 2010).

Pap smear testinin gerekliliği ve önemi adölesan dönemde anlatılarak üreme çağı boyunca rutin kontrollerin yapılması için bilinçlendirilmelidir. Serviks kanseri pap smear testi ile erken dönemde tanılanabilse de aslında adölesan dönemden başlayarak alınacak bazı önlemler ile serviks kanserine yakalanma riskide büyük ölçüde azaltılabilir. Sık partner değiştirmemek, kondom kullanmak, güvenli cinsel ilişki, erken yaşta cinselliğe başlamamak gibi önlemler serviks kanseri riskini azaltabilmektedir (Kaya ve Akın 2009, <http://www.kanser.gov.tr/folders/file/T%C3%BCrkiyede%20kanser%20kontrol%C3%BC.pdf>, Erişim tarihi: 14 Ağustos 2011). Ayrıca 9-26 yaşlarında hiç cinsel ilişkide bulunmamış gençlere de HPV aşısı ile serviks kanserinden korunabilmektedirler. Ülkemizde HPV aşısı rutin aşılar içerisinde yer almamakta ve halen tartışılmaktadır. Ulusal aşı takvimine yeni bir

aşının eklenmesi ile ilgili ana tartışma konuları aşağıdaki gibidir (www.kanser.gov.tr, Erişim tarihi: 14 Ağustos 2011).

- Bilim çevresi, kamuoyu ve medya baskısı
- Teknik karar
- Politik kararlılık
- Lojistik
- Yeni aşının aşı şeması ve politikası üzerine etkisi
- Devamlılık

Üreme sağlığı koruyucu davranışlardan biri olan düzenli jinekolojik muayeneye gitme oranına bakıldığında çalışmada kadınların %17.7 ile bazen, %13.6'sının çoğu zaman ve %9.5'inin her zaman düzenli jinekolojik muayene yaptırdığını belirlemiştir (Demirci, Özden, Yücel, Yaltı ve Demirci 1999). Ülkemizde yapılan diğer çalışmaların sonuçları da periyodik kontrol ve taramaların yetersiz olduğunu göstermektedir (Turan ve ark. 1996, Gümüş ve Çam 2010).

Üreme sağlığı sorunlarının içinde yaygın görülen ve kadın hayatında sosyal, emosyonel ve seksüel sonuçlara neden olan bir sağlık sorunu da üriner inkontinanstır (Üİ). (Şen 2011). Kişinin yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyen Üİ nedenleri arasında sık ve çok doğum yapmak, geçirilmiş doğum travması, histerektomi, östrojen eksikliği, pelvis sinir bağlantılarının kesilmesi ve yaşlanma yer almaktadır. Adölesanlarda pelvis gelişimi devam ettiğinden, yetişkin ölçülerine tamamen ulaşmamış olması zor doğumlara neden olabilmektedir. Zor doğuma bağlı olarak fistül, idrar ve gaita inkontinansı görülmektedir (Sarı 2007, Taşkın 2009). Hampel, Wienhold, Benken, Eggersman ve Thürröf (2002) 48 epidemiyolojik araştırmayı incelemiş ve Üİ görülme sıklığının %12-53 oranında değişim gösterdiğini belirtilmiştir. Yine yapılan bir çalışmada 18-44 yaş arasında ki kadınların Üİ prevalansını %24.5 olarak bulunmuştur (Turan, Zorlu, Ekin, Hançerlioğlu ve Saraçoğlu 1996) Demirci ve ark. (1999) 20-46 yaş arasındaki kadınların Üİ prevalansını %25.5 ile diğer çalışmalara paralel bir sonuca ulaşmıştır.

Günümüzde pediatrik ve adölesan jinekolojisi, yalnızca gelişim fizyolojisi ile değil, üreme sağlığı sorunları ile de yakından ilişkilendirilmektedir (Tekirdağ 2010).

4.3. Adölesan Üreme Sağlığı Eğitiminin Önemi ve Hemşirelik Yaklaşımı

4.3.1. Adölesanlar ve üreme sağlığı hizmetleri

ICPD (1994) ve kadının toplumdaki konumunun tartışıldığı Pekin Kadın Konferans'ı sonuç bildirgesinde (1995) “Gençlerin cinsellik ve üreme sağlığı konusunda bilgilendirme ve hizmetlere ulaşma hakkında korunması ve desteklenmesi” kararlaştırılmış ve Türkiye'nin de içinde olduğu 180'den fazla ülkenin temsilcisi üreme sağlığının kapsamlı bir tanımı üzerinde anlaşmaya varmıştır (Abrejo 2008).

DSÖ, UNICEF ve UNFPA tarafından adölesan dönemde sağlığı geliştirmek amacıyla programlar geliştirilmekte ve uygulanmaktadır. Bu programların amacı gençlerin sağlık ihtiyaçları konusunda bilgi elde etmek, risk alma davranışlarını önlemek için sağlıklı yaşam becerileri geliştirmek, kriz durumlarında danışmanlık vermek, kapsamlı ve güvenli sağlık hizmetlerine ulaşmalarını sağlayıcı düzenlemeler yapmak, güvenli ve destekleyici çevrede yaşamalarını sağlamaktır (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetler Katılımcı Kitabı 2005, [www:http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale_alanlari/genclik/aktiviteler.asp](http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale_alanlari/genclik/aktiviteler.asp), Erişim tarihi: 20.04.2011).

Türkiye Cumhuriyeti SB tarafından uygulanan ve Avrupa Birliği (AB) tarafından finanse edilen Türkiye Üreme Sağlığı Programı (TÜSP) kapsamında geliştirilen dış ulaşım rehberi, 10-24 yaş grubundaki gençlere yönelik CS/ÜS hizmetlerini yürütmektedir. SB'nın uluslararası ve ulusal kuruluşlarla işbirliği çerçevesinde 2002 yılından bugüne kadar birinci basamak sağlık kuruluşlarında 24 Adölesan/Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi (GDSHM) kurulmuştur ve hizmet sunumuna bu merkezlerde devam edilmektedir

(Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri için Dış Ulaşım Rehberi - Gençlere Erişim Etkinlikleri Rehberi 2007).

Yine 2002 yılında UNFPA'nın desteği ile Türkiye'de Üniversite Sağlık Merkezleri'nde Genç Dostu CS/ÜS Hizmet Modeli oluşturulması amacı ile 8 üniversitede (Hacettepe, Osmangazi, Dicle, Bilkent, Boğaziçi, Yeditepe, Koç, Ege Üniversiteleri) bir çalışma yürütülmüştür. Bir yıl süren hazırlık çalışmasından sonra ön görülen “hizmet modeli” 8 üniversitede, 10 merkezde 2003 yılında uygulamaya başlanmış ve 2 yıl süre ile izlenmiştir. Bu merkezlerin gençlerin önemli bir hizmet gereksinimini karşılamasının yanı sıra, üniversitede sağlık merkezlerinin genel

kullanımını da arttırdığı tespit edilmiştir (http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale_alanlari/genclik/aktiviteler.asp, Erişim tarihi: 20.04.2011).

Bu olumlu sonuçlar göz önüne alınarak 2006 yılında gençlerin sağlık hizmet gereksinimini önemli ölçüde karşılayacak olan “Gençlik Danışma Birimleri”nin ülkedeki diğer 5 üniversitede de (Cumhuriyet, Çukurova, Dokuz Eylül, Erciyes, Gazi) yaygınlaştırılması amacı ile Hacettepe Üniversitesi Kadın Sağlığı Araştırma Merkezi’nin (HÜKSAM) öncülüğünde, finans desteği Avrupa Birliği (AB) Komisyonu tarafından sağlanan Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında bir çalışma daha yapılmıştır (Akın 2007). Daha sonra bu merkezlerde kısa süre içinde klinik hizmetlerinin yeterli olmadığı anlaşılmış, bu nedenle de çeşitli dış ulaşım aktivitelerine başlanmıştır. Gençler için hizmetlerin yetersiz kalmasına neden olan faktörlerden biri de eğitilmiş personel eksikliğidir. Adölesanlara hizmet veren sağlık personelinin %71’i adölesanlarla ilgili herhangi bir eğitim almamıştır; eğitim almış olan personelin yalnızca %33’ü adölesanlarla çalışabilecek yeterlilikte olduğunu düşünmektedir.

AB tarafından desteklenen Türkiye Üreme Sağlığı Program’ı kapsamında ülke genelinde hizmet sunuculara GDSHM’leri ve bu merkezlerin dış ulaşım aktiviteleri aracılığıyla gençlere yeterli cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmeti verilmesine ilişkin eğitim verilmektedir (Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri için Dış Ulaşım Rehberi Gençlere Erişim Etkinlikleri Rehberi 2007). Gençlerin büyük çoğunluğunun bu tür merkezlere başvurmuyor olması bu hizmetlere ihtiyaç duymadığı anlamına gelmemektedir. Merkezde yürütülen ya da sabit çalışmalar çoğunlukla gençlerin yaşam tarzları ve ihtiyaçlarına uygun değildir ve bu merkezlerin hizmetlerine en çok ihtiyaç duyan savunmasız gruplar bu hizmetlerden yararlanmada isteksiz olabilirler ya da bu hizmetleri hiç bir şekilde kullanamayabilirler. GDSHM’nin asıl amacı da, hizmet kullanımının önündeki engellerin aşılması için aktivitelerin planlanması ve uygulanması ile hedef grupların GDSHM’lere gelmesini beklemek yerine bu grupların bulundukları yerlere hizmet götürülmesini sağlamaktır.

Bu programların içerik, tarz ve yaklaşım açısından farklı olmaları gerekir çünkü gençler birbirlerinden farklıdır ve farklı deneyim, ihtiyaç ve yaşam tarzları vardır. Uzun süreli bir beraberliği olan 23 yaşındaki bir üniversite öğrencisiyle,

köyde yaşayan 17 yaşındaki yeni evli bir genç kadının ihtiyaçları farklıdır. Gençler için etkili programlar hazırlanabilmesi için gençlerin farklı ihtiyaç ve sorunlarının anlaşılması gereklidir. Bu amaçla yürütülen çalışmaların büyük bir kısmı okullarda eğitim verilmesi şeklinde hazırlanmış bu da cinselliğe ilişkin daha hassas konulara yeterince değinilememesine neden olmuştur. Ayrıca bazı bölgelerde adölesanların birçoğu okula devam etmemektedir.

Gençlere Yönelik CS/ÜS Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri Durum Analizi Raporu (2007) sonunda aşağıdaki bilgiler ve dış ulaşım önerileri geliştirilmiştir;

Aktif web sayfası tasarımları, tanıtım toplantıları, broşürler, posterler, yerel radyo ve TV kanallarında tanıtım programları merkezlere gelen gençlerin sayısının artmasını sağlayacaktır.

- Dış ulaşım ve tanıtım aktivitelerine önem verilmelidir.
- Genç erkekler için dış ulaşım aktiviteleri planlanmalıdır. Tanıtım materyallerinde kadın ve kız çocuklarının resimlerinin yanı sıra genç erkeklerin resimleri de kullanılmalıdır.

Böylece AP, CYBE’lerden korunma vb. aktivitelere erkeklerin katılımı sağlanabilecektir. Özellikle erkeklere yönelik dış ulaşım aktiviteleri planlanabilir. “Tamamen kadınlara yönelik” imajın değiştirilmesi için merkezlerde çalışan personelin cinsiyet dengesinin kurulması gereklidir.

- Okula gitmeyen, daha çok evlerinde kalan, engelli ve sokakta çalışan gençler için özel programlar hazırlanmalıdır. Dış ulaşım aktivitelerinin Milli Eğitim Bakanlığı, Kuran Kursları, Halk Eğitim Merkezleri gibi kuruluşlarla işbirliği içinde yürütülmesi gereklidir.
- Akran eğitimi GDShm’leri programlarına dahil edilmelidir. Türkiye’de UNFPA, Türk Aile Planlaması Derneği (TAPD) ve üniversiteler bu tür programlara örnek olabilecek bir çok çalışma yürütmüştür. SB’na bağlı GDShm’leri bu tecrübeden yararlanmalı ve bu girişimlerle temasa geçmelidir.

GDShm’nin gençler için yaratacağı imajda çok önemlidir. Çünkü bu hizmetlerin imajı olumsuz ise insanlar bu hizmetleri almayacaklardır (Örneğin; insanlar CYBE kliniklerine seks işçilerinin ve birden fazla cinsel eşi bulunanların gittiği yerler olarak algıladıkları için gitmek istememektedirler).

- Sadece hastalar için değil sağlıklı gençler içindir de; çoğu tedaviye değil bilgi ve danışmanlığa ihtiyaç duymaktadır;
- Yalnızca çok ciddi sorular için değil aynı zamanda çok basit sorular nedeniyle de gidilebilecek bir yerdir (Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri için Dış Ulaşım Rehberi - Gençlere Erişim Etkinlikleri Rehberi 2007).

4.3.2.Adölesan annelere verilen üreme sağlığı eğitiminin önemi ve hemşirelik yaklaşımı

Cinsellik ve üreme sağlığı eğitimlerinde ülke ve kültürlere göre farklı konu başlıkları yer almaktadır. Her ülke vurgulamak istediği konunun kendi kültürü için önemini ön plana çıkarmalı ve üreme sağlığı eğitimi her yaş grubuna uygun olarak verilmelidir

(<http://www.k4health.org/pr/j41/j41print.shtml>, Erişim Tarihi: 21 Aralık 2011).

Dünyada sıklıkla erken yaşta ki gebelikleri önlemek, CYBE ve cinsiyete dayalı şiddet, ergenlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı gençlere yönelik verilecek eğitim konularının başında gelmektedir (http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/06_Adolesan.pdf, Erişim tarihi: 23 Haziran 2011).

Türkiye’de üniversite öğrencilerinin CS/ÜS konusundaki bilgi, görüş ve düşüncelerinin saptamak ve var olan öğrenci sağlık merkezlerinde genç dostu hizmet modeli oluşturmak amacıyla 2001 yılında HÜ ve DÜ birinci sınıf öğrencileri arasında DSÖ ve Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nın ortak çalışması ile “Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Araştırması” planlanmış ve yürütülmüştür. Bu araştırma her iki üniversitede de sağlıkla ilgili olmayan fakültelerin birinci sınıfında okuyan toplam 3666 öğrenci ile görüşmeler yapılarak, üniversite öğrencilerinin sağlık merkezini kullanımı, CS/ÜS konularında bilgi, görüş ve davranışlarının, hizmet gereksinimi ve hizmetle ilgili beklentilerinin profili çıkarılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre gençlerin CS/ÜS ile ilgili riskli davranışları olup, mevcut bilgileri yetersizdir. Adölesanların büyük çoğunluğu bu dönemde ortaya çıkan fiziksel ve duygusal değişiklikler hakkında bilgilendirilmemiştir.

Türkiye Bilimler Akademisi’nin yaptığı bir çalışmada, genç kızların CS/ÜS ile ilgili bilgileri çoğunlukla anneden alırken genç erkeklerin daha çok arkadaşan

aldıkları belirlenmiştir. Genç kızlarda 12-14 yaş grubu için en önemli sorun arkadaş ilişkileri, 15-17 yaş grubunun ise kendileri ve karşı cinsiyettir. Okul ve parasal sorunları ön planda olan yaş grubu ise 18-21'dir (www.tuba.gov.tr, Erişim tarihi: 21 Temmuz 2011).

Koluçak, Güneş ve Pehlivan (2010) İnönü Üniversitesi öğrencilerinin üreme sağlığı konularında bilgi düzeyleri ve hizmetten beklentilerine yönelik yaptıkları çalışmada öğrenciler; üniversite bünyesinde bir "Gençlik Danışma Merkezi" ya da "Üreme Sağlığı Merkezi" adı altında bir birim oluşturulması, bu merkezin, fizik ortam olarak uygun, ulaşımı kolay ve ücretsiz olması, görev yapacak personelin iyi eğitilmiş, konusunda yeterli, uygun iletişim becerisine sahip, gelişmeleri takip eden güvenilir birisi olmasını talep etmişlerdir. Yine merkezde verilecek hizmetin, öğrencilerin ihtiyaç duydukları konularda yoğunlaşmasını, tedavi ve danışmanlık hizmetinin hem erkek hem de kadın uzmanlar tarafından sunulmasını, mahremiyete önem veren ve tutarlı kişiler olmasını istemişlerdir. Çalışma sonuçları öğrencilerin bu hizmete katılımlarının artması için, üniversite alanı içerisinde posterler, afişler, duyuruların yapılması gerekliliği ve verilen eğitimlerin tekrarlanması, farklı eğitim tekniklerinin kullanılması ve öğrencilerin bu konuda fikirlerinin alınmasının onları eğitime ilgilerini artırmaya katkıda bulunacağını göstermektedir.

DSÖ'nün gelişmekte olan ülkelere ait verilerine göre, adolesanların üreme sağlığı konularında ki bilgi kaynakları sorulduğunda en sık arkadaş ve medyayı belirttiklerini ortaya koymaktadır (Saroj, Rajesh, Indarjeet ve Arun 2005). Gençlerin büyük çoğunluğu bu konudaki bilgileri üniversite sağlık merkezlerinden almak istemektedirler (Akın ve Özvarış 2004).

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Uluslararası Çocuk Merkezi (2005) 8 üniversitede (Adnan Menderes, Harran, Kırıkkale, Kocaeli, Mersin, Ondokuz Mayıs, Osman Gazi ve Yüzüncü Yıl) yürüttükleri çalışmada, üniversite birinci sınıf öğrencilerinin adolesan dönemi ve üreme sağlığı hakkında bilgileri ve gençlerin riskli davranışları değerlendirilmiştir. Öğrencilerin %61.6'sı yeterli CS/ÜS bilgisi olmadığını ve %91.9'u CS/ÜS hizmeti almak istediklerini bildirmiştir. Öğrencilerin %50.1'i ilk cinsel ilişkilerinde gebeliği

önleyici yöntem kullanmadıkları, %4.4'ünün halen aktif cinsel yaşam sürdüğü saptanmıştır (Bertan ve ark.2007).

Yapılan çalışmalar hemşirelerin gençlerin üreme sağlığı sorunlarına yönelik üreme sağlığı eğitimi programlarının planlaması, yürütülmesi aşamalarında etkin rol alması gerektirdiğini göstermektedir (Ford, Wirawan, Suastina, Reed and Muliawan 2000, Brieger, Delano, Lane, Oladepo and Oyediran 2001, Lou, Wang, Shen and Gao 2004, Karl and Gabriele 2005, Saroj et al. 2005). Birçok araştırma üreme sağlığı eğitimi ile üreme sağlığı bilgi düzeyinde artış olduğu ve olumlu sağlık davranışı geliştirildiğini göstermektedir (Kayacı, Demirci ve Özbaşaran 2007, Koştu ve Taşçı 2009, Erbil ve Göktaş 2007, Saroj et al. 2005).

Ford ve ark. (2000) kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmasına yönelik yaptıkları çalışmada, kadınlarda yapılan üreme sağlığı eğitimi ile AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) bilgi düzeyinde ve kondom kullanımında artış bulmuştur. Gölbaşı (2003) adölesan kızlara yönelik okula dayalı üreme sağlığı eğitim programının etkinliğini belirlemek için yaptığı çalışmasında adölesan ve gençlerin eğitim öncesine göre eğitim sonrasında toplam üreme sağlığı bilgi puanında artış saptanmıştır. Özcebe (2001) kırsal alanda adölesan ve gençlerin üreme sağlığı konusunda bilgi düzeyini saptamaya yönelik yaptığı çalışmasında, adölesan ve gençlerin üreme sağlığı bilgi puanlarının üreme sağlığı eğitimi sonrasında önemli düzeyde arttığını belirtmiştir.

ABD'de 1991-2007 yıllarını kapsayan bir çalışmada lise öğrencilerine verilen cinsel eğitimin etkinliği ölçülmüş ve kontraseptif kullanım oranının arttığı, geri çekme ve acil kontrasepsiyonda kullanımının ise azaldığı belirlemiştir (Santelli et al. 2009).

Arslan (2001) yaptıkları çalışmada evlilik öncesi çiftlerin üreme sağlığına yönelik bilgi ve uygulamalarının yetersiz olduğu ve bu konuda danışmanlık gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır. Yine kırsal alanda yaşayan evli kadınların üreme sağlığını etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan çalışmalarda, kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarının istenen düzeyde olmadığı ve bu konuda eğitime gereksinimi duydukları saptanmıştır (Erbil ve Göktaşlar 2007, Kayacı ve ark. 2007).

Ebe ve hemşireler, özellikle doğurganlık davranışına başlayan adölesanlara doğum öncesi ve doğum anındaki bakım hizmetleri yanında doğum sonrası bakım ve hizmetler ile bütüncül bir yaklaşımda bulunarak üreme sağlığına ilişkin bilgileri annelere vermelidir (sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale_alanlari/.../genel_bilgi.asp, Erişim tarihi: 13 Ağustos 2011). Günümüzde erken taburculukla birlikte, normal ya da sezaryen doğum sonrası kadın ve ailesine hastanede verilen bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetleri için var olan süre kısal mıştır (Gölbaşı 2003). Erken taburculuk, ev ziyaretinin yapılmadığı sağlık sistemlerinde eleştirilen bir durumdur ve ülkemizde doğum sonrası ev ziyaretlerinin yapılmadığı bir sağlık sistemine sahiptir (Karaçam ve Kıtış 2008).

Arslan (2001)'ın yaptığı çalışmada; annelerin en sık bebeklerle ilgili konularda danışmanlık istedikleri, bebekle ilgili olarak danıştıkları konuların başında ise bebek beslenmesi, hastalığı, dışkılama alışkanlığı, banyosu, vücut bakımı ve bebekle iletişim konularının olduğu saptan mıştır. Bergamachi, Gambi, Gentilini, Monti ve Stampi (2000) adölesanlara erken postapartum dönemde verdiği eğitimin sonucunda, emzirmede yalnızca ilk 3 gün zorluk yaşandığı ancak 6. ve 7. günlerde emzirme ile ilgili sorunların ortadan kalktığını saptamış, bu dönemde annenin, sıklıkla fiziksel bakıma, bilgi ve duygusal desteğe gereksinimlerinin olduğunu belirlemiştir.

Yıldız (2008) alışmasında doğum sonrası primipar annelere, planlı hemşirelik eğitimi uyguladığında, annelerin %85.3'ünün aldıkları bilgidен çok memnun olduklarını belirtmiştir. Yine aynı çalışmada annelerin doğum sonrası 7. günde yüksek olan kayęı düzeylerinin de verilen planlı eğitim ve danışmanlık hizmeti sonucunda birinci ay ve üçüncü ayda daha düşük olduğunu saptamıştır. Mossman, Heaman, Dennis ve Morris (2008) adölesanlara postpartum dönemde verdikleri eğitimin emzirmenin sürdürülmesinde ve geliştirilmesinde etkili olduğunu saptamıştır.

5.GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, postpartum dönemde ki adölesanlara verilen üreme sağlığı eğitiminin etkinliğini ölçmek amacıyla yarı deneysel ve prospektif olarak planlanmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2010).

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın verileri, Samsun ilinde 200.000 kişilik nüfusa hizmet veren ve bebek dostu bir sağlık kompleksi olan Çarşamba İlçe Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Lohusa kliniğinde, Ağustos 2010-Aralık 2011 tarihleri arasında toplanmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Samsun Çarşamba Devlet Hastanesi'ne ilk doğum için başvuran 15-19 yaş adölesanlardan oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğü hesaplanırken, 15-19 yaş adölesanların hastane kayıtlarına ulaşamaması nedeni ile evrendeki birey sayısının bilinmediği örneklem genişliği formülü kullanılmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2010).

$$n: \frac{(z)^2 \cdot (SD)^2}{d^2} \text{ formülüne göre hesaplanmıştır.}$$

$$n: \frac{(1.96)^2 \cdot (10)^2}{(3)^2} \approx 43$$

Formülde;

- n Örneklem alınacak birey sayısı
- z Belirli serbestlik derecesinde ve saptanın yanılma düzeyinde tablosundan bulunan teorik değer (1.96)
- d Hata payı
- SD Standart sapma

Formüle göre araştırmanız için yaklaşık olarak her gruba en az 43 kişi alınması gerekmektedir. Ancak izlemlerde katılımcılara ulaşılamaması ve kayıpların olacağı düşünceği ile her gruba 60 adölesan alınmış, araştırmanın ikinci aşamasası olan 3.,6.,9. ve 12. aydaki izlemler 120 adölesan ile başlamıştır.

Örneklem seçim kriterleri

- 15-19 yaş aralığında, sağlıklı ve tek canlı doğum yapmış olması,
- Primipar (ilk doğumunu yapmış) olması,
- Tedavi gerektirecek düzeyde sistemik veya kronik bir hastalığı bulunmaması,
- Ablasyo plasenta, plasenta previa, ölü doğum ve preklampsi/eklampsi durumu bulunmaması,
- Evli olması,
- Soruları algılayıp cevaplayabilecek düzeyde olması,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması.

Araştırma dışı bırakma kriterleri

Araştırma kapsamına alınan adölesanlar araştırmanın ikinci aşamasası olan doğum sonrası 3.,6.,9. ve 12.ayda yapılan izlemlerden herhangi birine katılmadığı durumda araştırma dışı bırakılmıştır.

5.4.Araştırmanın Hipotezleri

1. **H₀:** Deney ile kontrol grubundaki adölesanların 6.aydaki ÜSBÖ toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur.
2. **H₁:** Deney ile kontrol grubundaki adölesanların 6.aydaki ÜSBÖ toplam puan ortalamaları arasında fark vardır.
3. **H₀:** Deney ile kontrol grubundaki adölesanların 12.aydaki ÜSBÖ toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur.
4. **H₁:** Deney ile kontrol grubundaki adölesanların 12.aydaki ÜSBÖ toplam puan ortalamaları arasında fark vardır.
5. **H₀:** Deney grubundaki adölesanların eğitim öncesi ve sonrası ÜSBÖ toplm puan ortalamaları arasında fark yoktur.
6. **H₁:** Deney grubundaki adölesanların eğitim öncesi ve sonrası ÜSBÖ toplm puan ortalamaları arasında fark vardır.

7. H_0 : Deney ile kontrol grubundaki adölesanların 12.aydaki AP Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında fark yoktur.

8. H_1 : Deney ile kontrol grubundaki adölesanların 12.aydaki AP Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında fark vardır.

Araştırmanın hipotezleri kapsamında bulgular tartışılmış olup, elde edilen veriler doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın yapıldığı kurumun Kadın Hastalıkları ve Lohusa servisinde normal veya sezaryen ile ilk doğumunu yapan ve örneklem seçim kriterlerine uyan adölesanlara, araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı onamları (Ek-13) alınmıştır. Veri toplama formları, araştırmaya katılmayı kabul eden adölesanlarla bire-bir görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır. Verilerin toplanması haftanın belirli günlerinde örneklem sayısına ulaşınca kadar devam etmiştir.

Veri toplama aracı olarak Tanımlayıcı bilgi formu (Ek-1), Kadın Sağlığı Bilgi Testi (Ek- 2), Eğitim Değerlendirme Formu (Ek-3), Her 3 aylık dönem izlem formu (Ek-4), Evli Kadınların Üreme Sağlığı Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ) (Ek-5) ve Aile Planlaması (AP) Tutum Ölçeği (Ek-6) kullanılmıştır.

5.5.1. Tanımlayıcı bilgi formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan form, pilot uygulama yapıp yeniden düzenlendikten sonra araştırma için hazır hale getirilmiştir. Tanımlayıcı bilgi formu, adölesanların sosyo-demografik özelliklerini (18 soru), obstetrik özelliklerini (15 soru) ve jinekolojik özelliklerini (14 soru) belirlemeye yönelik toplam 47 sorudan oluşmaktadır.

5.5.2. Kadın Sağlığı Bilgi Testi

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Araştırmaya katılan adölesanların, üreme organları anatomisi (2), menstrual siklus (1), aile planlaması yöntemleri (2), üreme organ kanserleri (3) ve üreme organ enfeksiyonları (3) ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik açık uçlu 11 sorudan oluşan bir formdur.

5.5.3.Eğitim Değerlendirme Formu

Deney grubundaki adölesanlara verilen üreme sağlığı eğitiminin amacı, eksiklikleri, süresi ve kullanılan eğitim materyalini değerlendirmeleri için araştırmacı tarafından hazırlanan 5 soruluk bir formdur.

5.5.4.Her 3 aylık dönem izlem formu

Araştırmaya katılan adölesanlara doğum sonrası 3.,6.,9. ve 12.ayda olmak üzere toplam 4 kez uygulanan, üreme sağlığı koruyucu davranışlar (12), aile planlaması (9) ve bebek bakımına (3) yönelik 24 sorudan oluşan bir formdur.

5.5.5. Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği (ÜSBÖ)

ÜSBÖ, Hülya Demirci ve Hacer Karanisoğlu tarafından ülkemiz evli kadınlarına özgü üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla 2004 yılında geliştirilmiştir (Demirci ve Karanisoğlu 2004).

ÜSBÖ; kadınların kendi kendilerine yanıtlayabilecekleri, anlaşılması kolay, 39 maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Kadınlardan üreme sağlıklarını korumaya yönelik tutum ve davranışlarıyla ilgili uygulamalarını sıklığına göre ifade etmeleri ve her bir maddeyi okuyarak kendine uygun olan “1=Hiçbir zaman, 2=Nadiren (Çok seyrek), 3=Bazen, 4=Çoğu zaman ve 5=Her zaman/Düzenli” seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir. Bu ölçekte **5, 10, 16 ve 28.** maddeler ters puanlanmıştır. Diğer bir ifadeyle; yanıt 1 ise 5, 5 ise 1, 2 ise 4, 4 ise 2 olacak şekilde yeniden puanlanmış ve 3 aynı kabul edilmiştir.

Ölçekten alınabilecek puan en az 39, en fazla 195’tir. Yine her bir alt boyutun ham puanı, alt boyut altında yer alan maddeler toplanarak elde edilir. Ölçekten alınan total ve alt boyut puanlarının artması, kadınların üreme sağlığını koruyucu tutum ve davranışlarının olumlu yönde olduğunu göstermektedir.

ÜSBÖ, 5 alt boyuttan oluşmakta ve yapılacak araştırmanın özelliğine göre istenilen alt boyut kullanılabilir. Araştırmamızda ÜSBÖ’nin tüm alt boyutları kullanılmıştır. ÜSBÖ alt boyutları;

1. Üreme Sağlığını İlgilendiren Konularda Doktora Gitme Davranışı
2. Üreme Organ ve Meme Kanserinden Korunma
3. Üreme Sağlığını Korumaya Yönelik Genel Sağlık Davranışları

4. Genital Yol Enfeksiyonlarından Korunma

5. İstenmeyen Gebeliklerden Korunma.

1. **Alt Boyut** “Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı” 13, 14, 15, 16, 24, 25, 33, 39. soruları,
2. **Alt Boyut** “Üreme organ ve meme kanserinden korunma” 20, 21, 22, 23. soruları,
3. **Alt Boyut** “Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları” 1, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38. soruları,
4. **Alt Boyut** “Genital yol enfeksiyonlarından korunma” 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 18, 19. soruları,
5. **Alt Boyut** “İstenmeyen gebeliklerden korunma” 26, 27, 28. soruları içermektedir.

Demirci'nin çalışan evli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı $\alpha=0.82$ bulunurken, çalışmamızda Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı $\alpha=0.79$ olarak belirlenmiştir.

5.5.6.AP Tutum Ölçeği

Özlem Örsal ve Gülümser Kubilay tarafından Türk toplumuna özgü AP tutumunu ölçebilmek amacıyla 2006 yılında geliştirilmiştir (Örsal ve Kubilay 2006). AP tutum ölçeği 34 maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir. Anlaşılması kolay olan bu ölçekte, "Tamamen Katılıyorum yanıtı 1 puan ", "Katılıyorum 2 puan", "Kararsızım 3 puan", "Katılmıyorum 4 puan", "Tamamen Katılmıyorum yanıtı 5 puan " almaktadır. Ölçekte tersine kodlanması gereken madde bulunmamaktadır.

Ölçekten en az 34, en fazla 170 puan alınabilmektedir. Yine her bir alt boyutun ham puanı, alt boyut altında yer alan maddeler toplanarak elde edilir. Ölçekten alınan total ve alt boyut puanları arttıkça, kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının da olumlu yönde geliştiğini göstermektedir.

AP Tutum Ölçeği alt boyutları:

1. Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu
2. Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum
3. Doğuma İlişkin Tutum

1. **Alt Boyut** “Toplumun Aile Planlamasına İlişkin Tutumu” 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15. sorular,
2. **Alt Boyut** “Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutum” 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26.sorular,
3. **Alt Boyut** “Doğuma İlişkin Tutum” 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 ve 34. soruları içermektedir.

Örsal’ın Ankara ilindeki 15 yaş üstü kişiler üzerinde yaptığı çalışmada, ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı $\alpha=0.87$ bulunurken, çalışmamızda Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı $\alpha=0.88$ olarak belirlenmiştir.

5.6.Verİ Toplama Yöntemi

Kuruma başvuran primipar adölesanlar erken postpartum dönemde araştırma kapsamına alınmıştır. Deney (60) ve kontrol (60) grubu olmak üzere toplam 120 adölesana ulaşılmıştır. Veri toplama sürecinde 3.,6.,9. ve 12.aydaki izlemlerden herhangi birine gelmedikleri için 19 adölesan araştırma dışı bırakılmış, sonuç olarak 55 adölesan araştırmanın deney grubunu, 46 adölesan ise kontrol grubunu oluşturmuştur.

Araştırmanın ilk aşamasında her iki gruba Tanımlayıcı bilgi formu, ÜSBÖ, AP Tutum Ölçeği, Kadın sağlığı bilgi testi (ön test) uygulanmıştır. Deney grubundaki adölesanlara erken postpartum dönemde üreme sağlığı eğitim programı, sabah ve öğleden sonra olmak üzere 2 gün dört oturum halinde verilmiştir. Deney grubundaki adölesanlar ile hastane taburculuğundan 6-8 hafta sonra bağlı bulunduğu aile sağlığı merkezine doğum sonrası kontrole geldiğinde tekrar görüşülmüş, bir saat süren bu görüşmede üreme sağlığı kapsamındaki eğitim programı (Ek-7) tamamlanmıştır. Adölesanlara eğitim sonunda araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan eğitim broşürleri verilmiştir (Ek 8). Eğitim programının ardından adölesanlara verilen üreme sağlığı eğitimini değerlendirmeleri için Eğitim Değerlendirme Formu uygulanmıştır.

Kontrol grubuna ise yalnızca klinikte uygulanan doğum sonu (DS) rutin taburculuk eğitim verilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı kurumun doğum sonu taburculuk eğitimi aşağıdaki konuları içermektedir;

1. Reçete edilen ilaçların kullanımı
2. Bebeği ve kendisi için kontrole gelme zamanı
3. Emzirme ve anne sütünün önemi
4. Meme bakımının nasıl yapılacağı
5. Sezaryen ile doğum yapan kadınlarda insizyon bakımı
6. Doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama zamanı
7. Epizyotomi ve perine bakımı
8. Loşianın özelliği
9. Menstruel kanamanın başlama zamanı

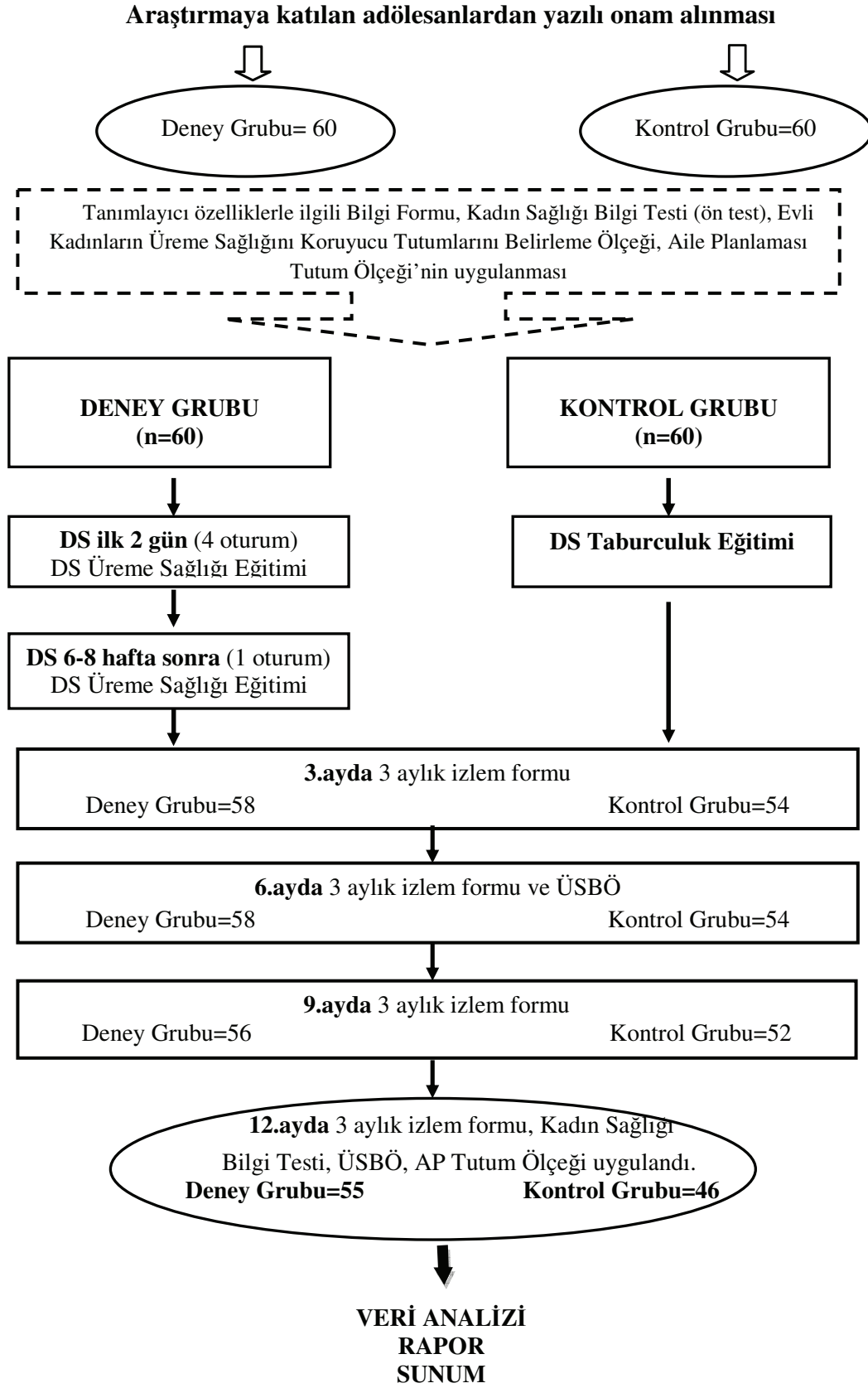
Deney ve kontrol grubunda ki adölesanlarla doğum sonrası 3.,6.,9. ve 12. ayda tekrar görüşülmüş, bu izlemlerde tüm katılımcıların aşağıdaki konu başlıkları ile değerlendirmesini sağlayan her üç aylık dönem izlem formu uygulanmıştır.

1. Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı
2. Üreme organ ve meme kanserinden korunma
3. Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları
4. Genital yol enfeksiyonlarından korunma
5. İstenmeyen gebeliklerden korunma

Her 3 aylık dönemdeki izlem formunun uygulanmasının ardından deney ve kontrol grubunun kendisi ve bebeği ile ilgili soruları cevaplandırılmıştır. Bu dönemde deney grubuna, kontrol grubundan farklı olarak bilgi edinmek istedikleri herhangi bir konu ile ilgili eğitim alma fırsatı da sunulmuştur.

Araştırma kapsamındaki deney ve kontrol grubundaki adölesanların 3.aylık izlemde her 3 aylık dönem izlem formu, doğum sonrası 6.ayda ÜSBÖ ve her 3 aylık dönem izlem formu, 9.ayda da her 3 aylık dönem izlem formu uygulanmıştır. Doğum sonrası 12 aylık izlem sonunda ise her iki gruba da ÜSBÖ, AP Tutum Ölçeği, Her 3 Aylık Dönem İzlem Formu ve Kadın Sağlığı Bilgi Testi (son test) uygulanmıştır.

Şekil 5.1 Araştırmanın Akış Şeması



5.7. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Analizlerde $p < 0.05$ düzeyindeki değerler istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir (Kalaycı 2010). Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov Testi yapılarak değerlendirilmiş ve nonparametrik testlerin kullanımına karar verilmiştir (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2002). Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel testler Tablo 5.1’de gösterilmiştir.

Tablo 5.1. Araştırmanın Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değerlendirilen Bulgular	Kullanılan İstatistiksel Yöntemler
Verilerin normal dağılıma uygunluğu	Kolmogorov Smirnov Testi
Sosyo-demografik, sosyo-ekonomik, doğurganlık, jinekolojik, aile planlaması ve KKMM’ne ilişkin bulgular	Frekans, yüzdelik, ortalama ve standart sapma ($\bar{X} \pm SS$), Ki-kare test
Eğitim Değerlendirme Formu’na ilişkin bulgular	Frekans, yüzdelik, ortalama ve standart sapma ($\bar{X} \pm SS$)
Kadın Sağlığı Bilgi Testi’ne ilişkin bulgular	Mann whitney U-test
Her 3 Aylık Dönem İzlem Formu’na ilişkin bulgular	Frekans, yüzdelik, ortalama ve standart sapma ($\bar{X} \pm SS$), Ki-kare test
Grupların ÜSBÖ puanlarına ilişkin bulgular	Cronbach alfa katsayısı, Mann whitney U-test, Kruskal wallis test, Friedman test, Spearman korelasyon, Çoklu regresyon analizi
Grupların AP Tutum Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular	Cronbach alfa katsayısı, Mann whitney U-test, Kruskal wallis test, Wilcoxon signed ranks test

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Doğum sonrası hastanede kalış süresinin kısa olması,
- Doğum sonrası verilen üreme sağlığı eğitiminin 3'er aylık periyodlarla izlemi için adölesanlarla görüşme süresinin sınırlı olması,
- Doğum sonrası verilen üreme sağlığı eğitiminin 3'er aylık periyodlarla izleminin yapıldığı aile sağlığı merkezlerinde görüşme için ayrı bir odanın bulunmaması.

5.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Etik Kurul Komisyonu'ndan etik kurul izni (Ek-9), araştırmanın uygulanması için Çarşamba Devlet Hastanesi'nden yazılı kurum izni alınmıştır (Ek- 10).

Araştırmada kullanılacak “Evli Kadınların Üreme Sağlığını Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği” için Hülya Demirci'den (Ek- 11) ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği” için Özlem Örsal'dan (Ek- 12) elektronik ortamda kullanım izni alınmıştır.

Her katılımcıya çalışmanın amacı, çalışmanın nasıl sürdürüleceği, istedikleri zaman rahatlıkla çalışmadan ayrılacakları, alınan bilgilerin gizli kalacağı açıklanmış, merak ettikleri sorular yanıtlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden adölesanlardan “Bilgilendirilmiş Birey Onam Formu”nu imzalamaları istenmiştir (Ek-13).

6. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar halinde gruplandırılarak verilmiştir.

6. 1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

6. 2. Eğitim Değerlendirme Formu ve Kadın Sağlığı Bilgi Testi'ne İlişkin Bulgular

6. 3. Her 3 Aylık Dönem İzlem Formuna İlişkin Bulgular

6. 4. Evli Kadınların Üreme Sağlığı Tutumlarını Belirleme Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

6. 5. Aile Planlaması Tutum Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

6.1. Adölesanların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmaya katılan adölesanların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Bu başlık altında adölesanların sosyo-demografik, sosyo-ekonomik, obstetrik, jinekolojik ve aile planlamasına ilişkin özellikleri incelenmiştir.

Tablo 6.1.1. Adölesanların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		* χ^2 ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Yaş $\bar{X} \pm SS$	17.76 $\pm$ 1.08		17.93 $\pm$ 1.04		17.84 $\pm$ 1.06		
15-16	8	14.5	6	5.9	14	13.8	$\chi^2=0.91$ p=0.341
17-19	47	85.5	40	94.1	87	86.2	
Eğitim Durumu							$\chi^2=0.750$ p=0.687
Okur yazar	23	41.8	22	47.8	45	44.6	
İlköğretim	23	41.8	19	41.3	42	41.6	
Lise	9	16.4	5	10.9	14	13.8	
Evlilik yaşı $\bar{X} \pm SS$	16.43 $\pm$ 0.99		16.89 $\pm$ 0.84		16.64 $\pm$ 0.95		
Resmi nikah							$\chi^2=0.394$ p=0.339
Evet	35	63.6	32	69.6	67	66.3	
Hayır	20	36.4	14	30.4	34	33.7	
Akraba evliliği							$\chi^2=0.003$ p=0.579
Evet	11	20.0	9	19.6	20	19.8	
Hayır	44	80.0	37	80.4	81	80.2	
Aile tipi							$\chi^2=0.529$ p=0.306
Çekirdek aile	18	32.7	12	26.1	30	29.7	
Geniş aile	37	67.3	34	73.9	71	70.3	

*Ki-kare test uygulandı.

Tablo 6.1.1’de araştırmaya katılan adölesanların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, adölesanların yaş ortalamaları 17.84 $\pm$ 1.06 (min:15-max:19), evlilik yaşı ortalamaları ise 16.64 $\pm$ 0.95 olarak belirlenmiştir. Adölesanların %44.6’sı okuryazar ya da ilkokul mezunu olduğunu, %33.7’si resmi nikahının olmadığını, %19.8’i akraba evliliği yaptığını ve %70.3’ü geniş aileye sahip olduğunu ifade etmiştir. Araştırmamızda, hane halkı kişi sayı ortalaması 4.4 $\pm$ 1.9 (min:2-max:9) kişidir. Sosyo-demografik özellikler açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 6.1.2. Adölesanların Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

Sosyo-Ekonomik Özellikler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		* χ^2 ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Çalışma durumu							
Evet	10	18.2	11	23.9	21	20.8	$\chi^2=0.500$ p=0.322
Hayır	45	81.8	35	76.1	80	79.2	
Eş çalışma durumu							
İşçi	31	56.4	24	52.2	55	54.5	$\chi^2=3.370$ p=0.338
Memur	4	7.3	3	6.5	7	6.9	
Serbest meslek	17	30.8	19	41.3	36	35.6	
Sözleşmeli	3	5.5	-	-	3	3.0	
Aylık sabit gelir							
Evet	34	61.8	28	60.9	62	61.4	$\chi^2=0.010$ p=0.542
Hayır	21	38.2	18	39.1	39	38.6	
Sağlık sigortası							
Evet	36	65.5	25	54.3	61	60.4	$\chi^2=1.292$ p=0.176
Hayır	19	34.5	21	45.7	40	39.6	

*Ki-kare test uygulandı.

Tablo 6.1.2’de adölesanların sosyo-ekonomik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde %20.8’inin çalıştığı, %54.5’inin eşlerinin işçi olarak çalıştığı, %61.4’ünün aylık sabit bir gelire ve %60.4’ünün de sağlık sigortasına sahip olduğu belirlenmiştir. Sosyo-ekonomik özellikler açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.1.3. Adölesanların Obstetrik Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		χ^2 ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Küretaj olma Durumu							
Evet	3	5.5	2	4.3	5	5.0	**p= 0.585
Hayır	52	94.5	44	95.7	96	95.0	
Doğum şekli							
Normal doğum	34	61.8	31	67.4	65	64.4	$\chi^2=0.339$ p=0.355
Sezeryan	21	38.2	15	32.6	36	35.6	
Doğum zamanı							
Erken doğum	5	9.1	-	-	5	5.0	$\chi^2=4.411$ p=0.110
Miyadında	47	85.4	43	93.5	90	89.1	
Miyad geçmesi	3	5.5	3	6.5	6	5.9	
Travayda sorun yaşama durumu							
Evet	5	9.1	6	13.0	11	10.9	$\chi^2=0.403$ p=0.375
Hayır	50	90.9	40	87.0	90	89.1	

*Ki-kare test uygulandı. ** Fisher's exact test uygulandı.

Tablo 6.1.3'te adölesanların obstetrik özellikleri incelendiğinde %5'inin gebelik öncesinde küretaj olduğu belirlenmiştir. Adölesanların gebelikte sorun yaşama oranları %48.5, travayda sorun yaşama oranları ise %10.9'dur. Adölesanların %64.4'ünün normal doğum ve %89.1'nin doğumunu miyadında yaptığı belirlenmiştir. Gebelikte sorun yaşama durumları açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0.05$), diğer obstetrik özelliklerde ise gruplar arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmamızda adölesan doğurganlık oranı 15 yaşında %1, 19 yaşında ise %33 oranındadır.

Tablo 6.1.4. Adölesanların Jinekolojik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı

Jinekolojik Özellikler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Menarş yaşı $\bar{X} \pm SS$	12.58 $\pm$ 0.89		12.54 $\pm$ 0.68		12.56 $\pm$ 0.80	
10	2	3.6	-	-	2	2.0
11	3	5.5	2	4.3	5	5.0
12	17	30.9	20	43.5	37	36.6
13	27	49.1	21	45.7	48	47.5
14	6	10.9	3	6.5	9	8.9
Menstrual siklus sıklığı						
24 gün ve daha kısa	11	20.0	6	13.1	17	16.8
25-33 gün arası	31	56.4	37	80.4	68	67.3
34 ve daha uzun	13	23.6	3	6.5	16	15.9
Menstruasyon süresi						
0-2 gün	2	3.6	6	13.1	8	7.9
3-7 gün	50	90.9	38	82.6	88	87.1
8 ve daha fazla	3	5.5	2	4.3	5	5.0
Menstruasyon döneminde sorun yaşama durumu						
Evet	20	36.4	13	28.3	33	32.7
Hayır	35	63.6	33	71.7	68	67.3

Tablo 6.1.4’te adölesanların jinekolojik özelliklerinin gruplara göre dağılımı verilmiştir. Adölesanların ortalama menarş yaşı 12.5 $\pm$ 0.8 yıl olarak belirlenmiştir. Menstrual siklus sıklığının %67.3’ünün 25-33 gün arasında ve menstruasyon sürelerinin %87.1 oranında 3-7 gün sürdüğü ve %32.7’sinin menstruasyon döneminde sorun yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 6.1.5. Adölesanların Aile Planlamasına İlişkin Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı

Aile Planlaması Özellikleri	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Gebelik öncesi AP yöntem kullanma durumu						
Evet	15	27.3	9	19.6	24	23.8
Hayır	40	72.7	37	80.4	77	76.2
Gebelik öncesi kullandığınız AP yöntemi*						
Oral kontraseptif	2	13.3	-	-	2	8.3
Kondom	3	20.0	4	44.4	7	29.2
Geri çekme	10	66.7	5	55.6	15	62.5
AP bilgi kaynağı*						
Eş,dost	10	66.7	5	55.6	15	62.5
Doktor, ebe,hemşire	5	33.3	4	44.4	9	37.5
Doğum sonrası kullanmayı düşündüğünüz AP yöntemi						
Oral kontraseptif	1	1.8	1	2.2	2	2.0
Ria	7	12.7	3	6.5	10	9.9
Kondom	7	12.7	6	2.2	13	12.9
Aylık ve 3 aylık iğne	-	-	1	13,0	1	1.0
Geri çekme	7	12.7	3	6.5	10	9.9
AP yöntemine karar vermeyen	33	60.0	32	69.6	65	64.4

**Gebelik öncesi Aile planlaması yöntemi kullananlar değerlendirildi.*

(Deney grubu=15, Kontrol grubu=9)

Tablo 6.1.5'te adölesanların aile planlaması ile ilgili özelliklerinin dağılımı incelendiğinde %23.8'inin gebelik öncesi AP yöntemi kullandığı ve en çok kullanılan aile planlaması yönteminin %62.5 oranında geri çekme, etkili yöntem kullanım oranının ise %37.5 olduğu belirlenmiştir. Doğum sonrası AP yöntemi kullanmayı düşünen adölesanların oranı ise %35.6 olarak tespit edilmiştir. Adölesanların AP ile ilgili bilgiyi %62.5 oranında eş, dosttan, %37.5 oranında da sağlık personelinen aldıkları saptanmıştır.

Tablo 6.1.6. Adölesanların KKMM ile İlgili Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı

KKMM ile İlgili Özellikler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
KKMM bilme durumu						
Evet	8	14.5	6	13.0	14	13.9
Hayır	47	85.5	40	87.0	87	86.1
KKMM uygulama sıklığı*						
Her ay düzenli yapan	-	-	-	-	--	
Bazen yapan	-	-	4	8.7	4	28.6
Biliyorum ama yapmıyorum	8	14.5	2	4.3	10	71.4

**KKMM uygulayanlar değerlendirildi (Deney grubu=8, Kontrol grubu=6)*

Tablo 6.1.6’da adölesanların KKMM ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde %13.9’unun KKMM uygulamasını bildiği ve bilenlerin %28.6’sının bazen uyguladığı belirlenmiştir.

6.2. Adölesanların Eğitim Değerlendirme Formu'na ve Kadın Sağlığı Bilgi Testi'ne İlişkin Bulgular

Bu bölümde deney grubunda ki adölesanlara verilen eğitimin değerlendirildiği eğitim değerlendirme formu ile deney ve kontrol grubuna ilk görüşmede ve 12.aydaki izlemde uygulanan Kadın Sağlığı Bilgi Testi'nden elde edilen bulgular sunulacaktır.

Tablo 6.2.1. Deney Grubundaki Adölesanların Eğitim Programı Değerlendirme Ölçütlerinin Dağılımı

Eğitim Değerlendirme Ölçütleri	Deney Grubu		
	Min.	Max.	$\bar{X} \pm SS$
Eğitimin Amacına Ulaşımı	3	5	4.40±0.56
Kişisel Beklentilere Ulaşım	3	5	4.36±0.52
Eğitimde Kullanılan Materyal	3	5	4.38±0.65
Eğitimin Yapıldığı Yer	3	5	3.38±0.80
Eğitimin süresi	n		%
Çok uzun	14		25.5
Çok kısa	3		5.5
Uygun	38		69.1

Tablo 6.2.1'de deney grubunda ki adölesanların üreme sağlığı eğitim programı değerlendirme ölçütlerinin dağılımı incelendiğinde, eğitim programının amacına ulaşımı ile ilgili puan ortalaması 4.40±0.56, adölesanların beklentilerine cevap verme puan ortalaması 4.36±0.52, eğitimde kullanılan materyalleri yeterli bulmaya ilişkin puan ortalaması 4.38±0.65, eğitim programının yapıldığı yerin uygunluğuna ilişkin puan ortalaması 3.38±0.80 olarak bulunmuştur. Deney grubunu oluşturan adölesanların %69.1'i eğitim süresini uygun bulurken, %25.5'i çok uzun bulmuştur. Eğitim süresini kısa bulan adölesanların oranı ise %5.5'tir.

Tablo 6.2.2. Adölesanların Kadın Sağlığı Bilgi Testi Puan Ortalamalarının Uygulama Zamanı ve Gruplara Göre Karşılaştırılması

Kadın Sağlığı Bilgi Testine İlişkin Puanlar	Deney Grubu $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu $\bar{X} \pm SS$	*Z ve p değeri
I.Uygulama (ilk görüşme) Kadın Sağlığı Bilgi Puanı	17.30±1.63	16.91±1.70	Z=-1.385 p=0.166
II.Uygulama(12.ay görüşme) Kadın Sağlığı Bilgi Puanı	26.10±2.55	19.04±2.10	Z=-8.285 p<0.001

**Mann-Whitney U-Test uygulandı.*

Tablo 6.2.1’de adölesanların kadın sağlığı bilgi testi puan ortalamalarının uygulama zamanı ve gruplara göre karşılaştırılması incelendiğinde, adölesanların I.uygulama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), deney ve kontrol grubundaki adölesanların kadın sağlığı bilgi testi II. uygulama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.001$).

6.3. Her 3 aylık Dönem İzlem Formuna İlişkin Bulgular

Bu bölümde adölesanlara doğum sonrası her 3 aylık dönemde uygulanan değerlendirme formuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 6.3.1. Adölesanların Jinekoloğa Gitme Davranışlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Her 3 aylık dönemde Jinekoloğa gitme davranışı		Deney Grubu		Kontrol Grubu		χ^2 ve p değeri
		n	%	n	%	
3.ay	Jinekoloğa Giden	52	94.5	41	89.1	**p=0.263
	Jinekoloğa Gitmeyen	3	5.5	5	10.9	
6.ay	Jinekoloğa Giden	7	12.7	6	13.0	$\chi^2=0.002$ p=0.596
	Jinekoloğa Gitmeyen	48	87.3	40	87.0	
9.ay	Jinekoloğa Giden	3	5.5	1	2.2	**p=0.379
	Jinekoloğa Gitmeyen	52	94.5	45	97.8	
12.ay	Jinekoloğa Giden	-	-	5	10.9	**p=0.067
	Jinekoloğa Gitmeyen	55	100.0	41	89.1	

*Ki-kare test uygulandı. **Fisher's exac test uygulandı.

Tablo 6.3.1'de adölesanların jinekoloğa gitme davranışlarının gruplara göre karşılaştırılması incelendiğinde, 3.,6.,9. ve 12. aylarda deney ve kontrol grubundaki adölesanların jinekoloğa gitme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 6.3.2. Adölesanların KKMM Uygulama Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Her 3 aylık dönemde KKMM Uygulama Durumu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		χ^2 ve P değeri
		n	%	n	%	
3.ay	KKMM uygulayan	38	69.1	6	17.4	$\chi^2=32.006$ p<0.001
	KKMM uygulamayan	17	30.9	40	82.6	
6.ay	KKMM uygulayan	40	72.7	10	21.7	$\chi^2=26.052$ p<0.001
	KKMM uygulamayan	15	27.3	36	78.3	
9.ay	KKMM uygulayan	38	69.1	10	21.7	$\chi^2=22.522$ p<0.001
	KKMM uygulamayan	17	30.9	36	78.3	
12.ay	KKMM uygulayan	43	78.2	13	28.3	$\chi^2=25.270$ p<0.001
	KKMM uygulamayan	12	21.8	33	71.7	

*Ki-kare test uygulandı.

Tablo 6.3.2’de adölesanların 3.,6.,9. ve 12. ayda KKMM uygulama durumları incelendiğinde, deney ve kontrol grubunun KKMM uygulama durumu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0.001$).

Tablo 6.3.3. Adölesanların Pap Smear Yaptırma Durumlarının Gruplara Göre Dağılımı

Her 3 aylık dönemde Pap smear yaptırma durumu		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
		n	%	n	%
3.ay	Pap smear yaptıran	-	-	-	-
	Pap smear yaptırmayan	55	100.0	46	100.0
6.ay	Pap smear yaptıran	-	-	-	-
	Pap smear yaptırmayan	55	100.0	46	100.0
9.ay	Pap smear yaptıran	-	-	-	-
	Pap smear yaptırmayan	55	100.0	46	100.0
12.ay	Pap smear yaptıran	-	-	-	-
	Pap smear yaptırmayan	55	100.0	46	100.0

Tablo 6.3.3’te adölesanların pap smear yaptırma durumlarının gruplara göre dağılımı verilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki adölesanların doğum sonrası 12 aylık dönemde pap smear testi yaptırmadıkları belirlenmiştir.

Tablo 6.3.4. Adölesanların Doğum Sonrası Tekrar Gebe Kalma Durumlarının Gruplara Göre Dağılımı

Her 3 aylık dönemde Gebe Kalma Durumları		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
		n	%	n	%
3.ay	Gebe kalan	-	-	-	-
	Gebe kalmayan	55	100.0	46	100.0
6.ay	Gebe kalan	-	-	-	-
	Gebe kalmayan	55	100.0	46	100.0
9.ay	Gebe kalan	-	-	-	-
	Gebe kalmayan	55	100.0	46	100.0
12.ay	Gebe kalan	-	-	-	-
	Gebe kalmayan	55	100.0	46	100.0

Tablo 6.3.4’te adölesanların doğum sonrası tekrar gebe kalma durumlarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde deney ve kontrol grubunun doğum sonrası 12 aylık dönemde gebe kalmadıkları belirlenmiştir.

Tablo 6.3.5. Adölesanların Genital Yol Enfeksiyonu Geçirme Durumlarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Her 3 aylık dönemde Genital yol Enfeksiyon Geçirme Durumu		Deney Grubu		Kontrol Grubu		*p değeri
		n	%	n	%	
3.ay	Enfeksiyon Geçiren	3	5.5	1	2.2	p=0.379
	Enfeksiyon Geçirmeyen	52	94.5	45	97.8	
6.ay	Enfeksiyon Geçiren	1	1.8	-	-	p=0.545
	Enfeksiyon Geçirmeyen	54	98.2	46	100.0	
9.ay	Enfeksiyon Geçiren	-	-	-	-	- -
	Enfeksiyon Geçirmeyen	55	100.0	46	100.0	
12.ay	Enfeksiyon Geçiren	-	-	3	6.5	p=0.091
	Enfeksiyon Geçirmeyen	55	100.0	43	93.5	

**Fisher exact test uygulandı.*

Tablo 6.3.5'te adölesanların genital yol enfeksiyonu geçirme durumlarının gruplara göre karşılaştırılması incelendiğinde deney ve kontrol grubundaki adölesanların 3.,6. ve 12. ay da genital yol enfeksiyonu geçirme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.3.6. Aile Planlaması Yöntem Kullanma Durumunun Gruplara Göre Karşılaştırılması

Doğum Sonrası Her 3 aylık Dönemde Etkin Yöntem Kullanım durumları		Deney Grubu		Kontrol Grubu		* χ^2 ve p değeri
		n	%	n	%	
3.ay	Etkin yöntem kullanan	11	20.0	5	10.9	**p=0.164
	Etkin yöntem kullanmayan	44	80.0	41	89.1	
6.ay	Etkin yöntem kullanan	24	43.6	10	21.7	$\chi^2=5.739$ p=0.017
	Etkin yöntem kullanmayan	31	56.4	36	78.3	
9.ay	Etkin yöntem kullanan	28	50.9	14	30.4	$\chi^2=4.323$ p=0.030
	Etkin yöntem kullanmayan	27	49.1	32	69.6	
12.ay	Etkin yöntem kullanan	32	58.2	13	28.3	$\chi^2=9.078$ p=0.002
	Etkin yöntem kullanmayan	23	41.8	33	71.7	

**Ki-kare test uygulandı. **Fisher exact test uygulandı.*

Tablo 6.3.6'da adölesanların doğum sonrası her 3 aylık dönemde etkin yöntem kullanma durumlarının gruplara göre karşılaştırılması verilmiştir. Doğum sonrası 3.ayda deney ve kontrol grubunun etkin yöntem kullanma durumu arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamış ($p>0.05$), 6., 9. ve 12. ayda ise deney ve kontrol grubunun etkin yöntem kullanma durumu arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

6.4. Evli Kadınların Üreme Sağlığı Davranışlarını Belirleme Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan adölesanların üreme sağlığı davranışlarına yönelik uygulamalarını belirlemek amacıyla kullanılan ÜSBÖ'ye ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 6.4.1. Adölesanların ÜSBÖ I.Uygulama Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

I.Uygulama (İlk görüşme) ÜSBÖ Toplam ve Alt boyutları	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Toplam	*Z ve p Değeri
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora. gitme	25.43±3.36	25.30±3.68	25.37±3.49	Z=-0.206 p=0.156
Üreme organ ve meme kanserinden korunma	4.70±1.16	4.52±1.11	4.62±1.13	Z=-0.867 p=0.386
Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları	21.58±3.07	20.54±3.35	21.10±3.23	Z=-1.487 p=0.137
Genital yol enfeksiyonlarından korunma	42.32±6.35	40.67±4.62	41.57±5.66	Z=-1.380 p=0.167
İstenmeyen gebeliklerden korunma	9.05±2.58	8.10±3.21	8.62±2.91	Z=-1.540 p=0.123
Toplam ÜSBÖ	103.10±11.43	99.15±9.53	101.30±10.74	Z=-1.420 p=0.156

**Mann-Whitney U-Test uygulandı.*

Tablo 6.4.1'de adölesanların ÜSBÖ'nden ilk görüşmede elde edilen. toplam ve 5 alt boyut puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması incelendiğinde, I. ÜSBÖ toplam ve 5 alt boyut puan ortalamaları ile deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 6.4.2. Adölesanların ÜSBÖ II.Uygulama Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

II.Uygulama (6.ay görüşme) ÜSBÖ Toplam ve Alt boyutları	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Toplam	*Z ve p değeri
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme	30.20±3.41	25.08±3.50	27.87±4.28	Z=-6.115 p<0.001
Üreme organ ve meme kanserinden korunma	6.07±1.52	4.73±1.30	5.46±1.57	Z=-4.764 p<0.001
Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışı	27.70±4.81	20.32±3.26	24.34±5.56	Z=-6.802 p<0.001
Genital yol enfeksiyonlarından korunma	48.18±4.29	40.93±5.26	44.88±5.96	Z=-6.112 p<0.001
İstenmeyen gebeliklerden korunma	10.58±3.16	9.02±4.00	9.87±3.64	Z=-1.852 p=0.064
Toplam ÜSBÖ	122.74±10.89	100.10±10.31	112.43±15.50	Z=-7.406 p<0.001

*Mann-Whitney U-Test uygulandı.

Tablo 6.4.2’de adölesanların ÜSBÖ II.uygulama toplam ve alt boyut puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması incelendiğinde deney ile kontrol grubu arasında istenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutu hariç, toplam ve diğer alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.001). İstenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutunda ise deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 6.4.3. Adölesanların ÜSBÖ III.Uygulama Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

III.Uygulama (12.ay görüşme) ÜSBÖ Toplam ve Alt boyutları	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Toplam	*Z ve p değeri
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme	28.34±3.68	25.17±3.27	26.90±3.80	Z=-4.249 p<0.001
Üreme organ ve meme kanserinden korunma	6.45±1.73	4.73±1.30	5.67±1.76	Z=-5.327 p<0.001
Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışı	26.32±4.35	20.17±2.93	23.52±4.85	Z=-6.668 p<0.001
Genital yol enfeksiyonlarından korunma	48.05±4.20	40.41±5.09	44.57±5.98	Z=-6.557 p<0.001
İstenmeyen gebeliklerden korunma	10.80±2.74	9.02±3.69	9.99±3.31	Z=-2.364 p=0.018
Toplam ÜSBÖ	119.98±11.79	99.52±10.47	110.66±15.14	Z=-6.912 p<0.001

**Mann-Whitney U-Test uygulandı.*

Tablo 6.4.3'te adölesanların ÜSBÖ III.uygulama toplam ve alt boyut puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması incelendiğinde deney ve kontrol grubu arasında istenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutu hariç istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.001). İstenmeyen gebeliklerden korunma alt boyutunda ise deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 6.4.4. Deney Grubundaki Adölesanların ÜSBÖ Toplam Puan Ortalamalarının Uygulama Zamanına Göre Karşılaştırılması

Deney Grubu n=55	ÜSBÖ Uygulama Zamanı ve Toplam Puanı			*Friedman ve p değeri
	I.Uygulama $\bar{X} \pm SS$	II.Uygulama $\bar{X} \pm SS$	III.Uygulama $\bar{X} \pm SS$	
	103.10±11.43	122.74±10.89	119.98±11.79	Fr.=82.219 p<0.001

**Friedman Test uygulandı.*

Tablo 6.4.4'te deney grubundaki adölesanların ÜSBÖ toplam puan ortalamalarının uygulama zamanına göre karşılaştırılması incelendiğinde, deney grubundaki adölesanların ÜSBÖ I.uygulama toplam puan ortalaması ile üreme sağlığı eğitiminin ardından uygulanan II. ve III. toplam puan ortalamalarında meydana gelen artışın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.001).

Tablo 6.4.5. Kontrol Grubundaki Adölesanların ÜSBÖ Toplam Puan Ortalamalarının Uygulama Zamanına Göre Karşılaştırılması

Kontrol Grubu n=46	ÜSBÖ Uygulama Zamanı ve Toplam Puanı			*Friedman ve p değeri
	I.Uygulama $\bar{X} \pm SS$	II.Uygulama $\bar{X} \pm SS$	III.Uygulama $\bar{X} \pm SS$	
	99.15±9.53	100.10±10.31	99.52±10.47	Fr.=1.682 p=0.431

**Friedman Test uygulandı.*

Tablo 6.4.5'te kontrol grubundaki adölesanların ÜSBÖ toplam puan ortalamalarının uygulama zamanına göre karşılaştırılması incelendiğinde kontrol grubundaki adölesanların ÜSBÖ I., II. ve III. uygulama toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05).

Tablo 6.4.6. Deney Grubundaki Adölesanların Yaş Ortalamaları ile ÜSBÖ II.Uygulama Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Deney Grubu n=55	ÜSBÖ II. Toplam	Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı	Üreme organ ve meme kanserinden korunma	Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları	Genital yol enfek. korunma	İstenmeyen gebeliklerden korunma
Yaş						
*r ve p değeri	r=.543 p<0.001	r= .184 p=0.178	r=.327 p=0.015	r=.346 p=0.010	r=.471 p<0.001	r=.338 p=0.012

**Spearman Korelasyon uygulandı.*

Tablo 6.4.6'da deney grubundaki adölesanların yaş ortalamaları ile ÜSBÖ II.uygulama toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiş ve üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranış alt boyutu hariç, diğer alt boyutların yaş ile ilişkisinin istatistiksel yönden anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 6.4.7. Deney Grubundaki Adölesanların Yaş Ortalamaları ile ÜSBÖ III.Uygulama Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Deney Grubu n=55	ÜSBÖ III Toplam	Üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı	Üreme organ ve meme kanserinden korunma	Üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları	Genital yol enfek. korunma	İstenmeyen gebeliklerden korunma
Yaş						
*r ve p değeri	r=.401 p=0.002	r=.309 p=0.022	r=.369 p=0.006	r=.455 p<0.001	r=.342 p<0.001	r=.487 p<0.001

**Spearman Korelasyon uygulandı.*

Tablo 6.4.7'de deney grubundaki adölesanların yaş ortalamaları ile ÜSBÖ II.uygulama toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiş ve aralarındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 6.4.8. Deney Grubunda ki Adölesanların Eğitim Durumları ile ÜSBÖ II.Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Adölesan eğitim durumu	Deney grubu n=55	ÜSBÖ II.uygulama toplam puanı $\bar{X} \pm SS$	*KW ve p değeri
Okur yazar	23	116.69±10.73	KW=16.592 p<0.001
İlköğretim	23	124.56±8.91	
Lise	9	133.55±4.41	

**Kruskal Wallis Test uygulandı.*

Tablo 6.4.8’de deney grubundaki adölesanların eğitim durumları ile ÜSBÖ II.uygulama toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiş ve aralarındaki farkın istatistiksel yönden ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.001).

Tablo 6.4.9. Adölesan Eğitim Durumları ile ÜSBÖ III.Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Adölesan eğitim durumu	Deney grubu n=55	ÜSBÖ III.uygulama toplam puan $\bar{X} \pm SS$	*KW ve p değeri
Okur yazar	23	114.04±11.77	KW=17.667 p<0.001
İlköğretim	23	120.95±9.17	
Lise	9	132.66±6.38	

**Kruskal-Wallis Test uygulandı.*

Tablo 6.4.9’da deney grubundaki adölesanların eğitim durumları ile ÜSBÖ III.uygulama toplam puan ortalamaları incelenmiş ve aralarında istatistiksel yönden ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.001).

Tablo 6.4.10. Deney Grubunun Yaş, Eğitim Durumu, Sabit Gelir, Aile Tipi, Sosyal Güvence Değişkenlerinin ÜSBÖ III.Uygulama Toplam Puan Ortalamalarına Etkisi

ÜSBÖ Toplam Puan					
Değişkenler	B	Std. Error	Beta	T	p değeri
Yaş	8.345	1.947	.770	4.286	.000
**Eğitim durumu	4.482	2.056	.276	2.180	.034
Aylık sabit gelir	-4.336	2.806	-.180	-1.545	.129
Resmi nikah	4.884	3.569	.201	1.368	.178
Aile tipi	-1.542	3.200	-.062	-.482	.632
Sosyal güvence	3.780	3.806	.154	.993	.326
*Model Özeti	F:16.943	p<0.001			
R=.733 R²=.537	Adjusted R Square: 0.479		Std. Error: 8.50917		

**Çoklu Regresyon Analizi uygulandı.*

***Eğitim durumu okuryazar ve ilköğretim- lise olmak üzere 2 gruba ayrıldı.*

Tablo 6.4.10'da deney grubunun yaş, eğitim durumu, sabit gelir, aile tipi, sosyal güvence değişkenlerinin ÜSBÖ III.uygulama toplam puan ortalamalarına etkisi çoklu regresyon analizi ile incelendiğinde; yaş, eğitim durumu, sabit gelir, aile tipi, sosyal güvence değişkenlerinin toplam varyansın %53.7'sini açıkladığı belirlenmiştir. Bu regresyon grubuna göre, yaş ortalamasında meydana gelecek bir birimlik artış ÜSBÖ III.uygulama toplam puanını 0.770 puan, eğitim durumunun yükselmesinde meydana gelecek bir birimlik artış ÜSBÖ III.uygulama toplam puanını 0.276 puan artırmaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısı incelendiğinde (Beta= β) ÜSBÖ III.uygulama toplam puan ortalamasını etkileyen değişkenler önem sırasına göre yaş ve eğitim durumudur.

6.5. Aile Planlaması Tutum Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan adölesanların aile planlaması tutumlarını belirlemeye yönelik kullanılan AP Tutum Ölçeği'ne ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 6.5.1. Adölesanların AP Tutum Ölçeği Toplam ve Alt boyut Puan Ortalamalarının Uygulama Zamanı ve Gruplara Göre Karşılaştırılması

AP Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları ile Uygulama Zamanları	Deney Grubu $\bar{X} \pm SS$	Kontrol Grubu $\bar{X} \pm SS$	Toplam $\bar{X} \pm SS$	*Z ve p değeri
I.Uygulama (İlk görüşme) Toplunun AP İlişkin Tutumu	43.52±6.73	43.60±4.82	43.56±5.91	Z=-0.646 p=0.518
AP Yöntemlerine İlişkin Tutum	32.20±5.70	33.58±3.95	32.83±5.00	Z=-1.949 p=0.051
Doğuma İlişkin Tutum	24.30±3.99	23.19±3.19	23.80±3.67	Z=1.445 p=0.148
Toplam AP	100.03±14.5	100.39±8.7	100.19±12.23	Z=-0.662 p=0.945
II.Uygulama (12.ay görüşme) Toplunun AP İlişkin Tutumu	48.18±6.69	44.15±5.08	46.34±6.31	Z=3.431 p<0.001
AP Yöntemlerine İlişkin Tutum	42.60±5.86	36.02±4.07	39.60±6.07	Z=5.624 p<0.001
Doğuma İlişkin Tutum	29.27±3.81	23.73±2.89	26.75±4.39	Z=6.526 p<0.001
Toplam AP	120.05±13.14	104.00±8.10	112.64±13.69	Z=-6.274 p<0.001

**Mann-Whitney U-Test uygulandı.*

Tablo 6.5.1'de adölesanların AP Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması incelendiğinde I.uygulamada istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubunun AP Tutum Ölçeği'nden 12.aydaki görüşmeden elde edilen II.uygulama toplam ve 3 alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 6.5.2. Deney Grubundaki Adölesanların AP Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Uygulama Zamanına Göre Karşılaştırılması

Deney grubu n=55	AP Tutum Ölçeği Uygulama Zamanı ve Toplam Puanları		*Z ve p Değeri
	I.Uygulama (İlk görüşme) $\bar{X} \pm SS$	II.Uygulama (12.ay görüşme) $\bar{X} \pm SS$	
Toplunun AP İlişkin Tutumu	43.52±6.73	48.18±6.69	Z=-5.766 p<0.001
AP Yöntemlerine İlişkin Tutum	32.20±5.70	42.60±5.86	Z=-6.462 p<0.001
Doğuma İlişkin Tutum	24.30±3.99	29.27±3.81	Z=-6.166 p<0.001
Toplam AP	100.03±14.58	120.05±13.14	Z=-6.454 p<0.001

*Wilcoxon Signed Ranks Test uygulandı.

Tablo 6.5.2’de deney grubundaki adölesanların AP Tutum ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının uygulama zamanına göre karşılaştırılması incelendiğinde deney grubundaki adölesanların ilk görüşmede elde edilen I. uygulama puan ortalamaları ile 12.ayda elde edilen II.uygulama puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir (p<0.001).

Tablo 6.5.3. Kontrol Grubundaki Adölesanların AP Tutum Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Uygulama Zamanına Göre Karşılaştırılması

Kontrol grubu	AP Tutum Ölçeği Uygulama Zamanı ve Toplam Puanları		*Z ve p değeri
	I.Uygulama (İlk görüşme) $\bar{X} \pm SS$	II.Uygulama (12.ay görüşme) $\bar{X} \pm SS$	
Toplunun AP İlişkin Tutumu	43.60±4.82	44.13±5.09	Z=-1.383 p=0.167
AP Yöntemlerine İlişkin Tutum	33.58±3.95	35.60±4.18	Z=-5.237 p<0.001
Doğuma İlişkin Tutum	23.19±3.19	24.13±3.03	Z=-1.903 p=0.057
Toplam AP	100.39±8.78	104.00±8.10	Z=-5.479 p<0.001

*Wilcoxon Signed Ranks Test uygulandı.

Tablo 6.5.3'te kontrol grubundaki adölesanların AP Tutum ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının uygulama zamanına göre karşılaştırılması incelendiğinde kontrol grubundaki adölesanların ilk görüşmede elde edilen I. uygulama puan ortalamaları ile doğum sonrası 12.ayda elde edilen II.uygulama puan ortalamaları arasında yalnızca AP Tutum ölçeği toplam puan ortalaması ile AP yöntemlerine ilişkin tutumun değerlendirildiği 2.alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derece de fark belirlenmiştir (p<0.001).

Tablo 6.5.4. Adölesanların Doğum Sonrası Kullanmayı Düşündükleri AP Yöntemi İle AP Tutum Ölçeği I.Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Ap Tutum Ölçeği I.Toplam Puanı AP Yöntemi Kullanma Durumu	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	n	$\bar{X} \pm SS$	n	$\bar{X} \pm SS$
Modern Yöntem	15	107.33 $\pm$ 15.34	11	108.36 $\pm$ 7.61
Geleneksel Yöntem	7	92.14 $\pm$ 7.01	3	100.00 $\pm$ 4.35
Yöntem kullanmına karar vermeyen	33	98.39 $\pm$ 14.33	32	97.68 $\pm$ 7.87
*KW ve p değeri	KW=7.091 p=0.029		KW=14.237 p<0.001	

*Kruskal-Wallis Test uygulandı.

Tablo 6.5.4'te adölesanların doğum sonrası kullanmayı düşündükleri aile planlaması yöntemi ile AP Tutum Ölçeği I.uygulama toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiş, deney grubundaki adölesanların doğum sonrası kullanmayı düşündükleri aile planlaması yöntemi ile AP Tutum Ölçeği I.uygulama toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubundaki adölesanların doğum sonrası kullanmayı düşündükleri aile planlaması yöntemi ile AP Tutum Ölçeği I.uygulama toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 6.5.5. Etkin AP Yöntemi Kullanma Durumu İle AP Tutum Ölçeği II.Uygulama Toplam Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Karşılaştırılması

Ap Tutum Ölçeği II.Toplam Puanı Etkin Yöntem Kullanım Durumu	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	n	$\bar{X} \pm SS$	n	$\bar{X} \pm SS$
Etkin Yöntem Kullanan	32	125.87 $\pm$ 12.34	13	114.15 $\pm$ 5.82
Etkin Yöntem Kullanmayan	23	111.95 $\pm$ 9.57	33	100.00 $\pm$ 4.61
*Z ve p değeri	Z=-3.765 p<0.001		Z=-5.045 p<0.001	

*Mann-Whitney-U Test uygulandı.

Tablo 6.5.5'te deney ve kontrol grubundaki adölesanların doğum sonrası etkin AP yöntemi kullanma durumu ile AP tutum ölçeği II.uygulama toplam puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırılması incelendiğinde istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.001).

7. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırma sonucunda elde edilen bulgular beş başlık altında ve literatür doğrultusunda tartışılmıştır;

7.1. Adölesanların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması (Tablo 6.1.1, Tablo 6.1.2, Tablo 6.1.3, Tablo 6.1.4, Tablo 6.1.5, Tablo 6.1.6)

7.2. Adölesanların Eğitim Değerlendirme Formu ve Kadın Sağlığı Bilgi Testi'ne İlişkin Bulgularının Tartışılması (Tablo 6.2.1, Tablo 6.2.2)

7.3. Adölesanların Her 3 Aylık Periyoddaki Üreme Sağlığına İlişkin Bulgularının Tartışılması (Tablo 6.3.1, Tablo 6.3.2, Tablo 6.3.3, Tablo 6.3.4, Tablo 6.3.5, Tablo 6.3.6)

7.4. Adölesanların Evli Kadınların Üreme Sağlığı Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması (Tablo 6.4.1, Tablo 6.4.2, Tablo 6.4.3, Tablo 6.4.4, Tablo 6.4.5, Tablo 6.4.6, Tablo 6.4.7, Tablo 6.4.8, Tablo 6.4.9, Tablo 6.4.10)

7.5. Adölesanların Aile Planlaması Tutum Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması (Tablo 6.5.1, Tablo 6.5.2, Tablo 6.5.3, Tablo 6.5.4, Tablo 6.5.5)

7.1. Adölesanların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde; araştırmaya katılan adölesanların sosyo-demografik, sosyo-ekonomik, obstetrik, jinekolojik ve aile planlaması ile ilgili özelliklerine ait bulgular tartışılmıştır.

7.1.1. Adölesanların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamıza katılan adölesanların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamaları 17.84 ± 1.06 (min:15-max:19) olarak belirlenmiştir. Deney (17.76 ± 1.08) ve kontrol (17.93 ± 1.04) grubunda ki adölesanların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 6.1.1). Deney ve kontrol grubunda ki adölesanların yaş ortalamaları birbirine benzerdir.

Araştırmamıza katılan 15-19 yaş arasındaki adölesanların ilk evlilik yaşı ortalaması 16.64 ± 0.95 olarak bulunmuş, TNSA (2008) verilerine göre ilk evlenme yaşı 20.8, araştırmanın yapıldığı Karadeniz Bölgesi'nde ise 21.3'dür. Adölesan grup ile çalışma yaptığımız için evlilik yaşı ortalamasının genel popülasyondan küçük olması beklenen bir durumdur (Tablo 6.1.1).

Araştırmamıza katılan adölesanların %44.6'sı ilköğretim mezunu ve %13.8'i lise mezunudur. TNSA (2008) verilerine göre; 15-19 yaş grubunda ki kadınların eğitim durumları %48.2 oranında ilköğretim mezunu, %12.4 lise mezunu ile çalışmamızla benzer özelliktedir. Adölesan gebelik ve annelik kadının eğitime devam etmesini engelleyen en önemli faktördür (Tablo 6.1.1).

Araştırmamızda adölesanların %70.3'ü geniş aile tipinde olup, hane halkı kişi sayısı ortalaması 4.4 ± 1.9 (min:2-max:9) kişidir. TNSA (2008) verilerine göre ülkemizde kır hane halkı büyüklüğü de ortalama 4.2 kişi ile araştırma sonuçlarımıza benzer özelliktedir. Araştırmanın yapıldığı bölge olan Karadeniz Bölgesi'nde hane halkı kişi sayısı ortalaması ise 3.9 olarak bulunmuştur. Araştırmamıza katılan adölesanların büyük bir bölümü kırsal bölge yaşadıkları için hane halkı büyüklüğü Karadeniz Bölgesi'ne oranla daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma kapsamında ki adölesanların resmi nikah olmadan gerçekleştirdiği evliliklerin oranı %33.7 iken, Türkiye Cinsel Sağlık Araştırması (2007)'na göre 15-

24 yaş grubu için resmi nikah olmadan gerçekleştirilen evliliklerin oranı %12'dir. Bizim araştırmamızda oranın daha yüksek olması, araştırma grubumuzun kırsal bölgede yaşıyor olmasından ve grubumuz içinde yasal olarak evlilik için gerekli olan 17 yaş şartını karşılayamayan adölesanların bulunmasından kaynaklanmaktadır (Tablo 6.1.1).

Araştırmamıza katılan adölesanlarda akraba evliliği oranı %19.8 olup, TNSA (2008) verilerine göre Kuzey Anadolu'da akraba evliliği oranı %20.1 ile benzerlik göstermektedir (Tablo 6.1.1).

7.1.2. Adölesanların Sosyo-Ekonomik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamıza katılan adölesanların %79.1'inin ev hanımı olduğu, benzer şekilde TNSA (2008) verilerine göre 15-19 yaş aralığında ki adölesanların da %80.5'nin ev hanımı olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.1.2).

Araştırmamızda adölesanların %60.4'ünün sağlık sigortasının olduğu ve benzer şekilde TNSA (2008) sonuçlarında da 15-19 yaş grubu kadınların %69.1 oranında sağlık sigortasına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.1.2).

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubunda ki adölesanların sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel özelliklerinin birbirine benzer olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 6.1.1-Tablo 6.1.2). Bu benzerliğin çalışmanın örneklem grubunu aynı bölgede yaşayan adölesanların oluşturmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yine araştırmamıza alınan adölesanların sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri incelendiğinde, TNSA (2008) verilerine benzerliği dikkati çekmekte ve bu benzerlik araştırma sonuçlarımızın Türkiye genelini yansıtabileceğini düşündürmektedir.

7.1.3. Adölesanların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamıza katılan adölesanların obstetrik özellikleri incelendiğinde; ilk doğumdaki yaş ortalamaları, 17.84 ± 1.06 (min:15-max:19) olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.1.1). Araştırmamızda 15 yaşında %1 olan adölesan doğurganlık oranı, 19 yaşında %33'e yükselmekte, benzer şekilde TNSA (2008) verilerine göre; 15-19 yaş aralığında ki adölesanların doğurganlık oranları yaş ile birlikte giderek artmakta ve

15 yaşında %1'den bile az olan bu oran, 19 yaşındaki kadınlar arasında %13'e yükselmektedir. Aynı sonuçlara göre adölesan doğurganlık oranı %5.9, araştırmanın yapıldığı Karadeniz Bölgesi'nde ise %8.3 olarak bulunmuş, adölesan anneliğin, kırsal yerleşim yerlerinde kentsel alanlara göre daha yaygın olduğu belirlenmiştir. Bizim araştırmamızda da adölesan doğurganlık oranının TNSA (2008) sonuçlarına göre yüksek oluşu, araştırmamızın kırsal bölgede yapılmış olmasından ve Karadeniz Bölgesi'ndeki yüksek adölesan doğurganlık oranından kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırmamıza katılan adölesanların %5'inin bu gebeliklerinden önce kendiliğinden düşük ve buna bağlı küretaj yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 6.1.3). TNSA (2008) sonuçlarında da 15-24 yaş grubunun kendiliğinden düşük oranı %8.7'dir. Bu grup 24 yaşa kadar alındığı için kendiliğinden düşük oranı bizim grubumuzdan daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmamıza katılan adölesanların sezaryen doğum oranı %35.4 bulunurken, TNSA (2008) verilerine göre 20 yaş altı kadınlarda sezaryen oranı %26.6'dır. Ancak tüm doğumlar içinde sezaryen oranı %36.6 olup araştırmanın yapıldığı Karadeniz Bölgesi'nde ise %44.3 olarak belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarımızda ki sezaryen oranının 20 yaş altı kadınların sezaryen oranından yüksek bulunması, Karadeniz Bölgesi'nin tüm doğumlar içindeki sezaryen oranının da Türkiye geneline oranla daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (Tablo 6.1.3)

7.1.4. Adölesanların Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamıza katılan adölesanların ortalama menarş yaşı 12.56 ± 0.80 iken TNSA (2008) sonuçlarına göre menarş yaşı 13.3 olarak tespit edilmiştir (Tablo 6.1.4). Araştırmamıza katılan adölesanların menarş yaşının TNSA (2008) verilerine göre daha düşük bulunmuş olması, menarşın ve pubertenin erken yaşlarda görülmesinin, doğurganlık davranışına da erken başlanabileceğinin bir göstergesi niteliğindedir.

7.1.5. Adölesanların Aile Planlaması Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamıza katılan adölesanların gebelikten önce %23.8'inin aile planlaması yöntemi kullandıkları ve kullanılan yöntemlerin oranı ise %62.5 oranında geri çekme

ve %29.2 ile kondomdur (Tablo 6.1.5). TNSA (2008) verilerine göre 15-19 yaş evli kadınların %48.2 geri çekme, %26.3 oranında da kondom kullandığı belirlenmiştir. Kondom kullanım oranı araştırmamızla paralellik göstermektedir. Araştırmamıza katılan adölesanların gebe kalmış olmaları, geri çekme yöntemini kullanma oranlarının yüksek olmasının bir göstergesi niteliğindedir. Araştırmamızda adölesanların aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgiyi %62.5 ile eş dosttan, %37.5 oranında sağlık personelinden elde ettikleri belirlenmiştir (Tablo 6.1.5). Araştırmamıza katılan adölesanların doğumdan sonra kullanmayı düşündükleri AP yöntemi %12.9 kondom, %9.9 RİA ve %9.9 ile geri çekme yöntemi olduğu belirlenirken, TNSA (2008) sonuçlarına göre 15-29 yaş grubu yöntem kullanmayan kadınların %30.2 ile RİA, %11.4 kondom, %12.8 ile geri çekme yöntemini kullanmayı düşündükleri belirlenmiştir. Bu sonuçlar adölesanların doğumdan sonra bile etkin yöntem kullanma gerekliliğinin bilincinde olmadıklarını göstermektedir (Tablo 6.1.5).

7.2. Adölesanların Eğitim Değerlendirme Formu ve Kadın Sağlığı Bilgi Testi'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde deney grubunda ki adölesanlara verilen eğitimin değerlendirildiği eğitim değerlendirme formu ile deney ve kontrol grubuna ilk görüşmede ve 12.aydaki izlemde uygulanan Kadın Sağlığı Bilgi Testi'nden elde edilen bulgular tartışılacaktır.

7.2.1. Adölesanların Eğitim Değerlendirme Formu'na İlişkin Bulguların Tartışılması

Deney grubunda ki adölesanların üreme sağlığı eğitim programı değerlendirme ölçütlerinin dağılımı incelendiğinde eğitim programının büyük ölçüde amacına ulaştığı (4.40 ± 0.56), adölesanların beklentilerine cevap verdiği (4.36 ± 0.52), eğitimde kullanılan materyalleri yeterli bulduklarını belirlenirken (4.38 ± 0.65), eğitim programının yapıldığı yerin uygunluğuna ilişkin puan ortalaması daha düşük bulunmuştur (3.38 ± 0.80) (Tablo 6.2.1). Bunun nedeni adölesanlara aile sağlığı merkezlerinde eğitim verilmesi için ayrılmış özel bir odanın olmaması ve kimi zaman boş bir oda temini için beklenilmesidir (Tablo 6.2.1).

7.2.2. Adölesanların Kadın Sağlığı Bilgi Testi'ne İlişkin Bulgularının Tartışılması

Adölesanların ilk görüşmeden elde edilen Kadın Sağlığı Bilgi Testi I.uygulama puan ortalamaları aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış, kadın sağlığı bilgilerinin benzer özellikte olduğu belirlenmiştir ($P>0.05$). Kadın Sağlığı Bilgi Testi'nin 12.aydaki görüşmeden elde edilen II. uygulama puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.001$). Bu sonuç deney grubuna verilen üreme sağlığı eğitiminin beklenen bir sonucudur.

7.3. Adölesanların Her 3 Aylık Dönem İzlem Formu'na İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan adölesanlara (deney grubuna üreme sağlığı eğitimi verilerek, kontrol grubuna ise üreme sağlığı eğitimi verilmeksizin) 3.,6.,9. ve 12. aylarda izlem yapılan ve her 3 aylık dönemde kullanılan değerlendirme formu uygulanması ile elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Adölesan dönem sorumlulukların başladığı, çocukluk çağıdan erişkinlik çağına geçilen bir dönemdir. Üreme sistemi, özellikle adölesan çağda erişkine göre gerek anatomik, gerek fizyolojik, gerekse de fonksiyon olarak farklılıklar içermektedir. Bu nedenlerle ortaya çıkan yakınmalar ve bulgular kesinlikle dikkate alınmalı ve güvenli bir adölesan sağlığı için rutin jinekolojik muayene yapılmalıdır (Tekirdağ 2010).

Araştırmamıza katılan deney ve kontrol grubundaki adölesanların 3.,6.,9. ve 12.aydaki jinekoloğa gitme davranışları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6.3.1). Adölesanların ilk 3 aylık izlemlerinde jinekoloğa gitme oranları yüksek bulunurken sonraki 3'er aylık dönemlerde her iki grup içinde belirgin ölçüde azalmıştır. Bu sonuç özellikle ilk üç ayda vajinal doğumda epizyotomi ya da sezaryen sonrası insizyon varlığı nedeni ile kontrol amaçlı jinekoloğa gitmelerinden, daha sonraki aylarda ise jinekolojik kontrole çağırılmamalarından dolayı adölesanları güdüleyici bir faktörün olmaması ve herhangi bir şikayet yaşamadan kontrole gitmemelerinden kaynaklanmaktadır (Tablo 6.3.1).

Her kadının adölesan dönemden başlayarak düzenli olarak ayda bir kez KKMM yapması meme kanseri başta olmak üzere meme ile ilgili birçok hastalığın erken tanısında yardımcıdır. Adölesan dönemde düzenli KKMM uygulamaya başlamanın en önemli faydası da genç kızın kendi memesinin normalde nasıl hissettiğini, normal durumunun ne olduğunu öğrenmesini ve herhangi bir değişiklik meydana geldiğinde en kısa sürede belirlemesini sağlamasıdır (Aslan 2009). Araştırmamıza katılan adölesanların KKMM bilme düzeyleri %13.9, KKMM’ni yapma oranı ise %8.7’dir. Deney grubunda ise eğitim öncesi KKMM bilme durumu %14.5 iken, KKMM uygulayan adölesan olmamasına karşın, eğitim sonrası ilk 3 ayda KKMM uygulama oranı %69.1’e, 12.ayki izlemde %78.1’e yükselmiştir. Kontrol grubunda ise ilk 3 ayda %17.4, 12.ayda %28.3’e ulaşmıştır. Deney grubunun 3.,6.,9. ve 12. aylarda KKMM uygulama oranı gittikçe artarken, kontrol grubunda bu oranda bir artış olmamış ve deney grubu ile kontrol grubunun 3.,6.,9. ve 12. aylardaki KKMM uygulama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 6.3.2). Bu sonuç verilen üreme sağlığı eğitimi ile periyodik izlemlerin, KKMM uygulama bilincinin ve davranışının kazanılmasında etkili olduğunun göstergesidir (Tablo 6.3.2).

Ersin (2008) yaptığı çalışmada, üniversite gençlerine verdiği üreme sağlığı eğitiminden önce KKMM yapma oranını %22.9, eğitim sonrası ise KKMM yapma durumunu %71.2 olarak saptamıştır. Yine Öztürk, Engin, Kışioğlu ve Yılmaz (2000) 25 yaş üstü kadınlara uyguladığı eğitim sonrasında KKMM yapma oranını %19’dan %67.7’ye yükseldiğini belirlemiştir. Tuna (2002) üniversite öğrencilerinin KKMM öğrenmelerine yönelik yaptığı çalışmada eğitim alan öğrencilerin KKMM yapma oranını eğitim öncesi %2.66, eğitim sonrası ise %66 olarak saptamıştır. Ayrıca Gölbaşı, Kutlar ve Akdeniz (2007) yaptıkları çalışmada, öğrenci hemşireler tarafından bir halk eğitim merkezinde verdikleri eğitimin öncesinde kadınların yalnızca %4.3’ünün düzenli KKMM yaptığını, eğitim sonrasında ise bu oranın %51.6’ya yükseldiğini belirlemiştir. Araştırmamızda eğitim öncesi ve sonrasındaki KKMM uygulama oranlarının diğer benzer çalışma sonuçlarına göre yüksek oluşu, verilen üreme sağlığı eğitiminin içeriğinden ve adölesanların bir sağlık personeli tarafından belirli periyodlarla izlenmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çünkü

adölesanlara mevcut sağlık sisteminde KKMM eğitimi ve rutin izlemleri sunulmamaktadır.

Araştırmamızda ÜSBÖ'ndeki KKMM ile ilgili 2 sorunun, eğitim öncesi ve eğitim sonrası puan ortalamaları değerlendirilmiş ve eğitim öncesi puan ortalaması 2.21 ± 0.56 , eğitim sonrası ise 3.94 ± 1.36 ile artış göstermiştir. Dolgun ve ark.(2009) 20 yaş ve üzeri kadınlarda KKMM hakkında verilen eğitimin değerlendirdikleri çalışmalarında, KKMM bilgi test puanları 15.57 ± 12.11 'den 45.42 ± 9.0 'a yükseldiği belirlenmiştir. Beydağ (2007) benzer olarak yurttan kalan kız öğrencilerde yaptığı çalışmada eğitimden önce KKMM bilgi test puanları 39.17 ± 11.78 iken, eğitim sonrası 53.30 ± 11.84 puan bulunmuştur. Gölbaşı ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada, ön test bilgi puan ortalaması 4.48, ikinci test bilgi puan ortalaması 5.57 ve son test bilgi puan ortalaması 7.27 olup, hem ön test-ikinci test hem de ikinci test-son test bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptamıştır ($p < 0.001$).

Çalışmalardaki artış oranlarının farklı olması gençlerin bu konuda daha önce eğitim alma durumlarından, hazırlanan eğitimlerin içeriğinden, ölçüm araçlarının farklı olmasından, gençlerin yaşları gereği meme kanserine yakalanma ihtimallerini çok düşük olarak algılamalarından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca doğum ve kadın hastalıkları hemşiresinin meme kanserinin erken tanısında eğitici ve uygulayıcı olması, kadın olması ve sağlık personeli içinde kolay ulaşılabilir kişi olarak görülmesi gençlerin farkındalıklarını arttırmış ve davranış değişikliği oluşturmalarına yardımcı olmuştur.

Günümüzde yaygın olarak kullanılan bir sitoloji yöntemi olan pap smear jinekolojide ilk olarak 1943'te öncelikle serviks kanseri taraması için kullanılmaya başlanmıştır. Ayrıca servikal ve vajinal inflamasyonun değerlendirilmesinde, hormonal durumun belirlenmesinde, genital kanserlerin tedavisi (radyoterapi) sırasında ve sonrasında tedavi sonuçlarının izleminde kullanılır (Güner 1992, Oruç ve İlvan 2008). Bu nedenle düzenli jinekolojik kontrollerin ve pap smear testinin adölesan dönemden başlayarak yapılması kadın üreme ve cinsel sağlığının korunması açısından son derecede önemlidir.

Doğum sonrası 12 aylık dönemde deney ve kontrol grubunda ki adölesanlardan pap smear testi yaptırmadıkları belirlenmiştir (Tablo 6.3.3). Bunun

sebebinin jinekolojik muayenenin yarattığı duygusal gerilim ile yaşları gereği kansere yakalanma ihtimallerini çok düşük olarak algılamalarından, sağlık sistemi kapsamında, düzenli jinekolojik kontrollere çağırılma ve muayeneye gidildiğinde şikayeti olmasa da kontrol amaçlı pap smear testi yaptırmanın yer almamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu nedenle gençlerin bilgilendirilmeleri tek başına yeterli olmamakta, sağlık sisteminin işleyişinde adölesana özgü jinekolojik kontrolede pap smear testinin rutin olarak yer alması gerekmektedir.

Araştırma kapsamında ki adölesanların doğum sonrası 12 aylık dönem içerisinde yeniden gebe kalmadıkları belirlenmiştir (Tablo 6.3.4). Bu durum emzirme oranlarının yüksek olmasından ve kısmen de aile planlaması yöntemi kullanmalarından kaynaklanmaktadır.

Genital yol enfeksiyonları kadın sağlığını, cinsel yaşamı ve aile hayatını olumsuz etkilemektedir. Genital yol enfeksiyonları, tedavi edilebilir, önlenabilir ya da erken tanı ve tedavi ile komplikasyonları azaltılabilen hastalıklardır. Özellikle gebelikte görülen enfeksiyonlar, zamanında ve uygun tedavi edilmezlerse, üreme sistemi enfeksiyonlarına, gebelikte komplikasyonlara, servikal patolojilere ve postoperatif enfeksiyonlara neden olmaktadır. Kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi için genital yol enfeksiyonlarının erken tanı ve tedavisinin yapılması ve gerekli önlemlerin alınması önemlidir (Pınar, Çakmak, Saygun, Pınar ve Ulu 2009).

Doğum sonrası genital yol enfeksiyonu geçirme oranı deney grubunun 3.ay izleminde %5.5 olurken, 12.ayda ise gözlenmemiştir. Kontrol grubunda ise genital yol enfeksiyonu geçirme oranı 3.ayda %2.2, 12.ayda %6.5'tir. Aralarında ki fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber kontrol grubunun genital yol enfeksiyon geçirme oranı 12.ayda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.3.5). Bu sonucun üreme sağlığı eğitimi kapsamında verilen genital hijyen eğitiminden kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Adölesan gebelikler, hem anneler hem de bebekler için riskli durumlara, ciddi sağlık ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir. Özellikle doğurganlık yaşı, anne ve çocuğun sağlığı ve yaşam kalitesini etkilediği kadar, toplumda demografik değişimlere de neden olmaktadır. Birçok ülkede ilk doğumların ertelenmesinin toplam doğurganlık hızının azaltılması üzerinde etkili olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle adölesan dönemde etkin aile planlaması yöntemi kullanma bilinci

oluşturmak ayrıca önem taşımaktadır (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008>, Erişim tarihi: 12 Aralık 2011).

Doğum sonrası 3. ayda etkin yöntem kullanım oranı deney grubunda %20 iken, kontrol grubunda %10.9 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6.3.6). TNSA (2008) verilerine göre adölesan etkin yöntem kullanım oranı 15-19 yaş dönemi için %17.6'dır. Her iki grubunda ilk 3 ay benzer davranış göstererek etkin yöntem kullanmamaları, düzenli cinsel ilişkiye yeni başlıyor olmalarından ve emzirmeleri nedeni ile etkin aile planlaması yöntemi kullanmak yerine, Laktasyonel Amenore Metodunu (LAM) tercih etmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Adölesanların doğum sonrası 6., 9. ve 12. ayda etkin yöntem kullanma oranları karşılaştırıldığında, deney grubunun etkin yöntem kullanım oranının kontrol grubundan daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 6.3.6). Bu fark deney grubuna verilen üreme sağlığı eğitimi kapsamındaki aile planlaması eğitiminin beklenen bir sonucudur.

Ford ve ark. (2000) CYBE korunmaya yönelik yaptıkları çalışmada; kadınlarda akran eğitimiyle AIDS bilgi düzeyinde ve kondom kullanımında artış saptamıştır. Ersin (2008) gençlerin eğitim öncesi aile planlaması bilgi puanı 5.09 ± 3.38 , eğitim sonrası 14.53 ± 3.72 puan ile artmış olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Lou ve ark. (2004) deney gruplarında müdahale sonrası aile planlaması bilgi puanının eğitim öncesi 8.55 eğitim sonrası 24.87 olarak artış gösterdiğini belirtmiştir. Saroj ve ark. (2005) adölesanların aile planlaması bilgilerine yönelik yaptıkları çalışmada, gençlerin eğitim sonrası aile planlaması bilgi puanını 8.76'dan 18.32'ye yükseldiğini belirtmiştir. Kırmızıtoprak ve Şimşek (2007), gençlerin aile planlaması bilgi ve davranışlarını içeren çalışmasında eğitim sonrası aile planlaması bilgi puanında artış olduğu, bekar ve aktif cinsel yaşamı olan gençlerin modern yöntem kullanma oranının %53.8'den %80.8'e yükseldiği, hiçbir yöntem kullanmayanların oranının ise %28'den %11.8'e düştüğünü saptamıştır.

Naçar, Çetinkaya ve Öztürk (2003) çalışmalarında yeni doğum yapan annelere verilen eğitim sonrasında, deney grubunun yöntem kullanma oranında, müdahale grubunda eğitim sonrasında %62.0'dan %88.3'e kontrol grubunda ise %61.0'dan %71.6'ya yükseldiğini belirtmiştir. Eğitim öncesi etkili yöntem kullanma

oranı müdahale grubunda %32.8, kontrol grubunda %6.6 iken, eğitim sonrası müdahale grubunda %54.7, kontrol grubunda %10.6'ya ulaşmıştır.

Her 3 aylık dönemde adölesanları değerlendirerek elde ettiğimiz sonuçlar literatürle paralellik göstermiş ve üreme sağlığı eğitiminin üreme sağlığı bilinci oluşturmada etkili olduğu belirlenmiştir.

7.4. Adölesanların, Evli Kadınların Üreme Sağlığı Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeği'ne (ÜSBÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, adölesanlara (deney grubuna üreme sağlığı eğitimi verilerek, kontrol grubuna ise üreme sağlığı eğitimi verilmeksizin) ilk görüşmede, doğum sonrası 6.ayda ve 12.ayda uygulanan ÜSBÖ'nden elde edilen bulgular tartışılmıştır.

7.4.1. Adölesanların, (ÜSBÖ)'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Adölesanların nüfus içinde ki oranlarının hızla artması ve üreme sağlığı sorunlarının başında gelen, erken yaşta cinsel ilişki, erken evlilik, istenmeyen gebelikler, erken yaşta doğurganlık, CYBE, cinsel istismar ve şiddet ile karşılaşma açısından riskli grupta olmaları, adölesanların ayrı olarak değerlendirilmelerini gerektirmektedir. Özellikle ülkemizde evli adölesanların oranının yüksek oluşu doğurganlığın erken başlamasına ve üreme sağlığı sorunları ile de karşılaşma riskinin artmasına neden olmaktadır (Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı 2005). Evli adölesanların üreme sağlığını değerlendirmek için araştırmamızda kullanılan ÜSBÖ, 3 kez uygulanmış ve sonuçları aşağıda tartışılmıştır.

Adölesanlarla ilk görüşmede elde edilen Uygulama ÜSBÖ toplam ve 5 alt boyut puan ortalamaları ile deney (103.10 ± 11.43) ve kontrol (99.15 ± 9.53) grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiş ve adölesanların üreme sağlığı bilgi düzeylerinin benzer olduğu görülmüştür ($p > 0.05$) (Tablo 6.4.1).

Kayacı ve ark. (2007) kırsal alanda yaşayan kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörleri incelemek amacı ile yaptıkları çalışmada toplam ÜSBÖ puan ortalamasını 127.8 ± 21.1 , Koştü ve Taşçı (2004) 15-49 yaş grubu evli kadınların ÜSBÖ'nden aldıkları toplam puan ortalamasını 122.1 ± 19.6 , Demirci (2004) çalışmasında, kadınların ÜSBÖ toplam puan ortalamalarını 138.12 ± 13.41 olarak bulunmuştur. Erbil ve Göktaş (2010) evli kadınlarda yaptıkları çalışmada ÜSBÖ toplam puan ortalamasını 142.8 ± 20.7 olarak belirlemiştir. Er, Şen, Taşpınar ve Şirin

(2008) lisansüstü evli kadınların üreme sağlığını belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, ÜSBÖ toplam puan ortalamasını 156.0 ± 17.3 ile diğer gruplardan yüksek olarak saptamıştır. Araştırmamızda ÜSBÖ toplam puanlarının diğer çalışma sonuçlarına göre düşük olmasını, çalışma grubumuzun adölesan olmalarından, eğitim durumlarından ve yaşadıkları kırsal bölgeden kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Araştırma sonuçlarımıza göre adölesanların ÜSBÖ alt boyutlarından üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı puan ortalaması 25.37 ± 3.49 ; üreme organ ve meme kanserinden korunma puan ortalaması 4.62 ± 1.13 ; üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları puan ortalaması 21.10 ± 3.23 ; genital yol enfeksiyonlarından korunma puan ortalaması 41.57 ± 5.66 ; istenmeyen gebeliklerden korunma puan ortalaması 8.62 ± 2.91 olarak belirlenmiştir (Tablo 6.4.1). Kayacı ve ark.(2007) çalışmalarında, üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı puan ortalamasını 30.7 ± 7.5 ; üreme organ ve meme kanserinden korunma puan ortalamasını 6.9 ± 3.6 , üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları puan ortalamasını 28.2 ± 6.7 , genital yol enfeksiyonlarından korunma puan ortalamasını 50.2 ± 9.2 , istenmeyen gebeliklerden korunma puan ortalamasını ise 11.7 ± 3.6 olarak belirlemiştir. Koştı ve Taşçı (2009) çalışmalarında, üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı puan ortalamasını 28.25 ± 6.54 ; üreme organ ve meme kanserinden korunma puan ortalamasını 7.17 ± 3.61 , üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları puan ortalamasını 28.70 ± 6.42 , genital yol enfeksiyonlarından korunma puan ortalamasını 47.47 ± 7.30 , istenmeyen gebeliklerden korunma puan ortalamasını ise 10.55 ± 2.07 olarak belirlemiştir. Erbil ve Göktaş (2010) 15-49 yaş kadınlar ile yaptıkları çalışmada, üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı alt boyut puan ortalamasının 32.75 ± 6.25 , üreme organ ve meme kanserinden korunma alt boyut puan ortalamasının 8.82 ± 4.26 , üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları alt boyut puan ortalamasının 31.87 ± 7.28 , genital yol enfeksiyonlarından korunma alt boyut puan ortalamasının 58.47 ± 7.57 ve istenmeyen gebeliklerden korunma alt boyut puan ortalamasının 10.87 ± 3.52 olduğunu belirlemiştir. Araştırmamızda ÜSBÖ tüm alt boyut puan ortalamalarının diğer çalışmalara göre daha düşük olması grubumuzun tamamının adölesan olmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmamıza katılan deney grubunda ki adölesanların ÜSBÖ toplam puan ortalamaları eğitim öncesi 103.10 ± 11.43 , eğitim sonrası 6.ayda 122.74 ± 10.89 ve eğitim sonrası 12.ayda 119.98 ± 11.79 puan olarak bulunmuştur (Tablo 6.4.4). ÜSBÖ alt boyutlarından üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı puan ortalaması eğitim öncesi 25.43 ± 3.36 ; eğitim sonrası 6.ay 30.20 ± 3.41 ve 12.ay 28.34 ± 3.68 puan; üreme organ ve meme kanserinden korunma puan ortalaması eğitim öncesi 4.70 ± 1.16 ; eğitim sonrası 6.ay 6.07 ± 1.52 ve 12.ay 6.45 ± 1.73 puan; üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları puan ortalaması eğitim öncesi 21.58 ± 3.07 , eğitim sonrası 6.ay 27.70 ± 4.81 ve 12.ay 26.32 ± 4.35 puan, genital yol enfeksiyonlarından korunma puan ortalaması eğitim öncesi 42.32 ± 6.35 , eğitim sonrası 6.ay 48.18 ± 4.29 ve 12.ay 48.05 ± 4.20 puan, istenmeyen gebeliklerden korunma puan ortalaması eğitim öncesi 9.05 ± 2.58 , eğitim sonrası 6.ay 10.58 ± 3.16 ve 12.ay 10.80 ± 2.74 puan olarak saptanmıştır (Tablo 6.4.1- 6.4.2- 6.4.3). Demirci (2004) çalışmasında, kadınların ÜSBÖ toplam puan ortalamaları eğitim öncesi 138.12 ± 13.48 eğitim sonrası 151.14 ± 15.07 puan olarak bulunmuştur. Kadınların üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı puan ortalaması eğitim öncesi 29.8 ± 6.1 puan eğitim sonrası 31.8 ± 5.1 puan; üreme organ ve meme kanserinden korunma puan ortalaması eğitim öncesi 6.6 ± 2.4 puan, eğitim sonrası 8.1 ± 3.0 puan; üreme sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları puan ortalaması eğitim öncesi 30.2 ± 4.7 puan, eğitim sonrası 35.3 ± 5.8 puan; genital yol enfeksiyonlarından korunma puan ortalaması eğitim öncesi 60.8 ± 5.8 puan, eğitim sonrası 64.1 ± 3.3 puan; istenmeyen gebeliklerden korunma ortalaması eğitim öncesi 11.2 ± 2.9 puan, eğitim sonrası 11.7 ± 2.6 puan olarak saptanmıştır. Araştırmamız sonuçlarında eğitim sonrası ÜSBÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarında Demirci (2004)'nin çalışmasına benzer şekilde belirgin bir artış göstermiştir. Ancak Demirci (2004)'nin çalışmasında istenmeyen gebelikler alt boyutunda elde edilen puan artışının diğer alt boyutlarına göre daha az olduğu, bizim çalışmamızda ise üreme organ ve meme kanserlerinden korunma alt boyutundaki artışın diğer alt boyutlara göre daha az olduğu dikkati çekmektedir. Bu sonuç, araştırma grubumuzun adölesanlardan oluşması ve kansere yakalanma risklerini düşük algılamalarından, Demirci'nin çalışma grubunun ise yetişkin olması, o nedenle gebelik ve aile

planlamasına ilişkin deneyim ve uygulamalarının fazla olmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmamızın deney grubunu oluşturan adölesanların eğitim sonrası 6.ayda ve 12.ayda uygulanan ÜSBÖ toplam puan ortalamaları ile ilk görüşmede ÜSBÖ'nden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 6.4.4). Bu bulguya dayanarak **“Deney grubundaki adölesanların eğitim öncesi ve eğitim sonrası ÜSBÖ toplam puan ortalamaları arasında fark vardır.”** şeklinde ifade edilen **H₁ hipotezi** kabul edilmiştir. Üreme sağlığı eğitimi sonrası 6.ayda deney grubundaki adölesanların ÜSBÖ puan ortalamalarının yükselmesinin yanı sıra, 12.aydaki ÜSBÖ puan ortalamalarının da 6.ay ile paralellik göstermesi, adölesanların üreme sağlığı konularında bilgilerinin daha iyi pekiştiğini ve olumlu davranış değişikliğine dönüştüğünü göstermektedir (Tablo 6.4.4). Eğitim verilmeyen kontrol grubundaki adölesanların ise ilk görüşme ile 6. ve 12.aydaki görüşmelerden elde edilen ÜSBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6.4.5).

Deney ve kontrol grubundaki adölesanların 6.ayda uygulanan ÜSBÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 6.4.2). Bu bulguya dayanarak **“Deney ile kontrol grubundaki adölesanların 6.aydaki ÜSBÖ toplam puan ortalamaları arasında fark vardır”** şeklinde ifade edilen **H₁ hipotezi** kabul edilmiştir. Aynı şekilde, deney ve kontrol grubundaki adölesanların 12.ayda uygulanan ÜSBÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark da istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 6.4.3). Bu bulguya dayanarak **“Deney ile kontrol grubundaki adölesanların 12.aydaki ÜSBÖ toplam puan ortalamaları arasında fark vardır”** şeklinde ifade edilen **H₁ hipotezi** kabul edilmiştir.

Deney ve kontrol grubunun 6. ayda uygulanan ÜSBÖ toplam ve 4 alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0.001$), istenmeyen gebelikler alt boyutunda ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ($p>0.05$), 12. ayda uygulanan ÜSBÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 6.4.2-Tablo 6.4.3). Deney ve kontrol grubu arasında 6.aydaki ÜSBÖ

istenmeyen gebelikler alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmamış olması, kontrol grubundaki adölesanlara doğum sonrası aile sağlığı merkezinde verilen AP eğitiminden kaynaklanmaktadır. Ancak 12.ayda deney ve kontrol grubu arasında ÜSBÖ toplam ve tüm alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olması, verilen eğitiminin yanısıra belirli periyodlarla yapılacak olan izlemlerin uzun vadede olumlu sağlık davranışının gelişmesine büyük katkı sağladığını göstermektedir.

Deney grubundaki adölesanların yaş ortalamaları ile 6.ayda uygulanan ÜSBÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı alt boyutu hariç, toplam ve diğer alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 6.4.6). Deney grubundaki adölesanların yaş ortalamaları ile 12.ayda uygulanan ÜSBÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde ise, aralarındaki farkın istatistiksel yönden ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, yaş arttıkça adölesanların üreme sağlığı koruyucu tutumlarının da olumlu yönde arttığının bir göstergesidir. Ancak deney grubundaki adölesanlara 6.ayda uygulanan ÜSBÖ'nin üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı alt boyutu ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken, 12.ayda üreme sağlığını ilgilendiren konularda doktora gitme davranışı alt boyutu ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunması, yaş arttıkça eğitim sonrası bilgilerinin, yapılacak izlemlerle davranış değişikliğine dönüşme oranının da artacağını göstermektedir ($p<0.001$) (Tablo 6.4.6-Tablo 6.4.7).

Araştırmamızda eğitim durumları yüksek olan adölesanların ÜSBÖ II. ve III. uygulama toplam puan ortalamalarının da daha yüksek ve bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p>0.001$) (Tablo 6.4.8- 6.4.9). Bu sonuç, eğitim durumu arttıkça üreme sağlığını koruyucu davranışlarının da pozitif yönde arttığını, eğitim düzeyinin artması ile bireylerin sağlık arayışı davranışlarının daha iyi olduğunu ve eğitim almış kişilerin sağlıkla ilgili uygulamalara daha fazla dikkat ettiklerini göstermektedir.

Erbil ve Göktaş (2010) çalışmasında eğitim durumu ile ÜSBÖ puanları arasında, Kayacı ve ark.(2007) yaptığı çalışmada da yaş ve eğitim durumu ile ÜSBÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamıştır ($p<0.05$). Koştu ve

Taşçı (2009) araştırmalarında eğitim durumu lise/üniversite olanların üreme sağlığını korumaya yönelik davranış puanı diğer gruplara göre yüksek bulmuştur.

Deney grubunda ki adölesanların, demografik özelliklerinden yaş, eğitim durumu, sabit gelir, sosyal güvence, resmi nikah ve aile tipinin ÜSBÖ III.uygulama toplam puanı üzerindeki etkilerini çoklu regresyon analizi ile değerlendirdiğimizde; yaş ve eğitim durumu değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p>0.001$) (Tablo 6.4.10). Bu analiz sonucuna göre sırasıyla adölesanlarda yaş ve eğitim değişkeninin üreme sağlığı koruyucu davranışların üzerinde en önemli etken olduğunu söyleyebiliriz.

Mishra ve Mukhopadhyay (2011) adölesanların sosyo-demografik özelliklerinin üreme sağlığı üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında, yaş ve ekonomik durumun üreme sağlığını ve üreme sağlığı koruyucu davranışlarını etkilediğini saptamıştır.

Araştırmamızda sabit gelir ve sosyal güvencenin ÜSBÖ puanına etkisi değerlendirilmiş, istatistiksel olarak anlamlı kabul edilebilecek derecede etkilemediği belirlenmiştir. Bu sonucun sosyo-ekonomik düzeyin ölçülebildiği kesin bir aracın kullanılmamış olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

7.5. Adölesanların AP Tutum Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, ilk görüşmede ve doğum sonrası 12.ayda (deney grubuna üreme sağlığı eğitimi verilerek, kontrol grubuna ise üreme sağlığı eğitimi verilmeksizin) adölesanlara uygulanan AP Tutum Ölçeği'nden elde edilen bulgular tartışılmıştır.

7.5.1. Adölesanların AP Tutum Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Tutum, kişinin bir fikre, bir nesneye veya bir sembole ilişkin olumlu ya da olumsuz duygularını ve eğilimlerini ifade eder. Kişinin bir olaya karşı tutumunun oluşması için o olay hakkında öncelikle bilgi sahibi olması gerekir. Kişi aldığı ve düzenlediği bilgileri kendi yapısal özelliğine göre değerlendirecek ve kullanmak üzere saklayacaktır. Sonuçta olumlu veya olumsuz yönde ve belirli değerde tutum oluşacaktır. Bilgi öncelikle ebeveynlerden, eğitimcilerden ve etkilenilen diğer kişilerden alınır. İnanç ise kişisel deneyime veya dış kaynaklara dayanan doğru veya yanlış bilgileri, görüşleri kapsar ve tutumlarda doğal olarak inançları da etkiler. Yukarıda saydığımız tüm değişkenler insanlarda davranışların oluşmasında etkilidir.

Aile planlaması kişisel bir uygulama olmakla beraber bireyin ve çiftin tutumlarını da yansıttıkları bir alandır. Erkeklerde ve kadınlarda aile planlaması ile ilgili davranış değişikliği oluşturmak için ilk aşama, doğurganlık ve yöntemlere ilişkin tam ve doğru bilgi sahibi olmaktır (Şankazan ve Yıldız 2002, Akın ve Özvarış 2004, Örsal ve Kubilay 2004).

Deney (100.03 ± 14.58) ve kontrol (100.39 ± 8.78) grubundaki adölesanların AP Tutum Ölçeği'nden ilk görüşmede elde edilen I.uygulama toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı, iki grubun AP tutumlarının benzer özellikte olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 6.5.1).

Apay, Nazik, Özdemir ve Pasinlioğlu (2010)'nın 18-35 yaş arası kadınlarla yaptıkları çalışmada AP Tutum ölçeği, Toplumun AP tutumuna ilişkin alt boyut puan ortalamasını 51.88 ± 0.52 , AP yöntemlerine ilişkin tutum puan ortalamasını 36.72 ± 0.29 , Doğuma ilişkin tutum alt boyut puan ortalamasını 28.73 ± 0.26 ve AP Tutum Ölçeği toplam puan ortalamalarını ise 116.25 ± 17.93 olarak saptamıştır. Ayaz ve Efe (2009) 15-49 yaş grubu kadınlar ile yaptıkları çalışmalarında AP tutum ölçeği Toplumun AP tutumuna ilişkin alt boyut puan ortalamasını 54.80 ± 8.15 , AP yöntemlerine ilişkin tutum puan ortalamasını 36.81 ± 5.2 , Doğuma ilişkin tutum alt boyut puan ortalamasını 28.50 ± 4.2 ve grubundaki kadınların AP tutum toplam puan ortalamalarını ise 120.11 ± 13.8 olarak saptamıştır. Bizim sonuçlarımızda AP Tutum Ölçeği puan ortalamasının daha düşük olması, çalışma grubumuzun adölesanlardan oluşmasından kaynaklanmaktadır.

Deney grubu ile kontrol grubunun 12.ayda uygulanan II.AP Tutum ölçeği toplam ve 3 alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 6.5.1). Bu bulguya dayanarak **“Deney ile kontrol grubundaki adölesanların 12.aydaki AP Tutum Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında fark vardır”** şeklinde ifade edilen **H₁ hipotezi** kabul edilmiştir. Bu anlamlı fark üreme sağlığı eğitimi sonrası artan bilgi düzeyinin AP tutumunu değiştirebileceğinin bir göstergesidir.

Araştırmamızda AP tutumuna yönelik alt boyut puan ortalaması eğitim öncesi 43.52 ± 6.73 , eğitim sonrası 48.18 ± 6.69 , yöntem kullanımına ilişkin tutum alt boyut puan ortalaması eğitim öncesi 32.20 ± 5.70 , eğitim sonrası 42.60 ± 5.86 , doğuma ilişkin tutum alt boyut puan ortalaması eğitim öncesi 24.30 ± 3.99 , eğitim sonrası ise

29.27±3.81'dir. AP tutum ölçeğinin toplam puan ortalaması ise eğitim öncesi 100.03±14.58, eğitim sonrası 120.05±13.14'dür (Tablo 6.5.1).

Çiftçioğlu ve Karataş (2009) evli çiftlere verdikleri AP eğitiminin tutumlarına etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, kadın katılımcıların eğitim öncesi aldıkları puan ortalamalarının 96.48±17.13 iken, eğitim sonrası 109.96±17.03 olduğunu saptamıştır. Toplumun AP tutumuna yönelik alt boyut puan ortalaması eğitim öncesi 36.64 ± 8.86, eğitim sonrası 46.65 ± 9.07, yöntem kullanımına ilişkin alt boyut puan ortalaması eğitim öncesi 35.16 ± 6.36, eğitim sonrası 41.35 ± 5.15, doğuma ilişkin tutum alt boyutu ise eğitim öncesi 24.64 ± 5.07, eğitim sonrası 30.64 ± 3.94 puandır. Çalışma grubumuzdaki adölesanların eğitim sonrası AP Tutum Ölçeği puan artışının Çiftçioğlu ve Karataş (2000)'in çalışmasına göre daha fazla olması, verilen eğitimin üreme sağlığı bilinci oluşturmaya yönelik ve grubun yaş ortalamasının daha küçük ve eğitime açık bir grup olmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmamızda deney grubundaki adölesanların ilk görüşme ile 12.ayda uygulanan AP Tutum Ölçeği toplam ve 3 alt boyutu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 6.5.2). Kontrol grubunun ise ilk görüşmede elde edilen AP tutum ölçeği I.uygulama toplam puanı ile 12.ayda yapılan II uygulama toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmuş, bu farkın AP Tutum Ölçeği yöntem kullanma alt boyutundaki istatistiksel yönden anlamlı olan puan artışından kaynaklandığı düşünülmektedir ($p<0.001$) (Tablo 6.5.3). Kontrol grubundaki adölesanlara, aile sağlığı merkezlerinde gebe takipleri ve postpartum dönemde verilen aile planlaması eğitiminin içeriği nedeni ile yalnızca Yöntem Kullanma Tutum alt boyutunda anlamlı bir artış belirlenmiş, diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p<0.001$) (Tablo 6.5.3). Deney grubunda ise verilen üreme sağlığı eğitiminin ardından AP tutum ölçeği tüm alt boyutlarında ileri düzeyde anlamlılık tespit edilmiştir. Bu sonuç bize AP tutumunun değiştirebilmesi için gerekli olan bilginin sadece aile planlaması yöntemleri ile değil, doğurganlık özellikleri başta olmak üzere üreme sağlığı eğitiminin bir bütün olarak verilmesi ile gerçekleştirilebileceğini düşündürmektedir.

Araştırmamızda deney grubundaki adölesanların doğum sonrası kullanmayı düşündükleri aile planlaması yöntemi ile AP Tutum Ölçeği I.uygulama toplam puan ortalaması arasında ki ilişki incelenmiş ve istatistiksel yönden anlamlı bir fark

bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 6.5.4). Aynı şekilde, kontrol grubundaki adölesanların doğum sonrası kullanmayı düşündükleri aile planlaması yöntemi ile AP Tutum Ölçeği I.uygulama toplam puan ortalaması arasında ki ilişki incelenmiş ve istatistiksel yönden ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 6.5.4). Bu fark AP ile ilgili düşüncelerinin tutumlar üzerinde etkili olduğunun bir göstergesidir.

Deney grubundaki adölesanların doğum sonrası etkin AP yöntemi kullanma durumları ile aile planlaması tutum ölçeği II. uygulama toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 6.5.5). Aynı şekilde kontrol grubundaki adölesanların doğum sonrası etkin AP yöntemi kullanma durumları ile aile planlaması tutum ölçeği II. uygulama toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 6.5.5). Bu sonuca göre aile planlaması tutum ölçeğinden yüksek puan alanların etkin yöntem kullanım oranlarının da yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Ayaz ve Efe (2009) çalışmalarında, herhangi bir yöntem kullanan kadınlarda AP tutum ölçeği toplam puan ortalamasının yöntem kullanmayanlara göre daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Altıparmak ve Adıgüzel (2006)'ın çalışması ile Şimşek, Kurçer, Ersin, Gözükara ve Kayahan (2003)'nın çalışmasında eğitim düzeyi yükseldikçe herhangi bir AP yöntemi kullanma oranının arttığı, Giray ve Keskinoglu (2006)'nın çalışmasında da eğitim düzeyi arttıkça etkili yöntem kullanma oranının arttığı belirlenmiştir.

8.SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Araştırma postpartum dönemdeki adölesanlara verilen üreme sağlığı eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma verilerimiz doğrultusunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Araştırmamıza katılan adölesanların yaş ortalamaları 17.84 ± 1.06 , evlilik yaşı ortalamaları ise 16.64 ± 0.95 olarak belirlenmiştir. Adölesanların %44.6'sının okuryazar ya da ilkokul mezunu olduğu, %79.2'sinin çalışmadığı, %33.7'sinin resmi nikahının olmadığı, %19.8'inin akraba evliliği yaptığı ve %70.3'ünün geniş aileye sahip olduğu saptanmıştır. Araştırmamıza katılan deney ve kontrol grubundaki adölesanlar arasında sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).
- Adölesanların doğurganlık yaş ortalamalarının 17.84 ± 1.06 olduğu ve %64.4'ünün normal doğum yaptığı belirlenmiştir.
- Adölesanların %23.8'inin gebelik öncesi AP yöntemi kullandığı ve yöntem kullanan adölesanların en çok tercih ettikleri yöntemin geri çekme (%62.5) olduğu belirlenmiştir.
- Adölesanların ilk 3 aylık izlemlerinde jinekoloğa gitme oranları yüksek bulunurken sonraki 3'er aylık dönemlerde her iki grup içinde belirgin ölçüde azalma görülmüştür. Jinekoloğa gitme davranışları açısından 3., 6., 9. ve 12. ayda deney ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).
- Deney grubunun 3., 6., 9. ve 12. ayda KKMM yapma oranları kontrol grubuna göre belirgin bir şekilde artmış ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$).
- Deney ve kontrol grubunda ki adölesanlardan doğum sonrası 12 aylık dönem içerisinde pap smear testi yaptırmadıkları belirlenmiştir.
- Deney ve kontrol grubunda ki adölesanların doğum sonrası 12 aylık dönem içerisinde yeniden gebe kalmadıkları belirlenmiştir.

- Doğum sonrası 12 aylık dönemde genital yol enfeksiyon geçirme oranları açısından deney ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).
- Deney ve kontrol grubunda ki adölesanların doğum sonrası 3.ayda etkin yöntem kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Doğum sonrası 6., 9. ve 12. aylarda ise deney grubunun etkin yöntem kullanım oranının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.01$).
- Araştırmamızda üreme sağlığını değerlendirmek için ÜSBÖ 3 kez uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubunun ilk görüşmede elde edilen I. ÜSBÖ toplam ve 5 alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ve adölesanların eğitim öncesi üreme sağlığı bilgi düzeylerinin benzer olduğu görülmüştür ($p>0.05$).
- Araştırmamıza katılan deney ile kontrol grubunun II. ve III. uygulamadan elde edilen ÜSBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$).
- Deney grubundaki adölesanların I., II. ve III. ÜSBÖ toplam puan ortalamaları arasında bir artış belirlenmiş, bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.001$).
- Kontrol grubundaki adölesanların I., II. ve III. ÜSBÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).
- Deney grubundaki adölesanların yaş ortalamaları ile ÜSBÖ II. ve III. toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu, yaş arttıkça ÜSBÖ puan ortalamalarının da yükseldiği saptanmıştır ($p<0.001$).
- Deney grubundaki adölesanların eğitim durumları ile ÜSBÖ II. ve III. toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu, eğitim durumu yükseldikçe ÜSBÖ puan ortalamalarının da yükseldiği belirlenmiştir ($p<0.001$).

- Deney grubundaki adölesanların demografik özelliklerinden yaş, eğitim durumu, sabit gelir, sosyal güvence, resmi nikah ve aile tiplerinin ÜSBÖ III.değerlendirme toplam puanı üzerinde ki etkilerini çoklu regresyon analizi ile değerlendirdiğimizde, ÜSBÖ toplam puanını en fazla etkileyen değişkenin yaş, daha sonra ise eğitim durumu olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).
- Deney ve kontrol grubunun ilk görüşmede elde edilen AP Tutum Ölçeği toplam ve 3 alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı, iki grubunda eğitim öncesi AP tutumu açısından benzer özellik gösterdiği saptanmıştır ($p>0.05$).
- Deney grubunun 12.ayda uygulanan AP Tutum ölçeği toplam ve 3 alt boyut puan ortalaması, kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$).
- Araştırmamızda deney grubundaki adölesanların ilk görüşme ile 12.aydaki değerlendirmelerinden elde edilen AP Tutum Ölçeği toplam ve 3 alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$).
- Kontrol grubunun ilk görüşmede elde edilen AP Tutum Ölçeği toplam puan ortalaması ile 12.ay toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede fark bulunmuş, bu farkın AP Tutum Ölçeği, AP Yöntem Kullanma alt boyutundan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.001$).
- Araştırmamızda AP Tutum Ölçeği I.uygulama toplam puanı ile doğum sonrası kullanmayı düşündükleri aile planlaması yöntemi karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.01$).
- Araştırmamızda AP Tutum Ölçeği II. uygulama toplam puan ile doğum sonrası etkin AP yöntemi kullanma oranları karşılaştırılmış, AP Tutum Ölçeği II. uygulama toplam puan ortalaması yüksek olan adölesanların doğum sonrası etkin AP yöntem kullanım oranının da yüksek olduğu ve istatistiksel yönden de anlamlılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.01$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Koruyucu sağlık hizmetleri ile rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerinin yürütüldüğü 1.basamak sağlık kuruluşu olan aile sağlığı merkezleri, üreme sağlığı eğitiminin verilmesi için uygun yerler olarak değerlendirilmelidir.
- Doğum sonrası dönem, adölesan annelerin bebek izlemi ve aşıları için aile sağlığı merkezlerine düzenli gitme gereklilikleri nedeni ile eğitim verilebilecek ve eğitim sonuçlarını izleme fırsatı sağlayacak uygun zaman olarak değerlendirilmelidir.
- Adölesanlar için doğum sonrası dönemde, üreme sağlığı eğitimi kapsamında özel aile planlaması danışmanlığı verilerek 2 yıl süresince tekrar gebe kalmamaları için her 3 aylık periyodlarla izlemler yapılmalıdır.
- Adölesanlara doğum sonrası dönemde, üreme sağlığı eğitimi kapsamında jinekolojik kanserlerden korunmak için alınması gereken önlemler anlatılmalı, KKMM'nin önemi açıklanarak düzenli KKMM yapma bilinci oluşturulmalıdır.
- Sağlık sistemi, adölesanların rutin kontrol için jinekolojik muayene ve pap smear testi yaptırmalarına olanak sağlamalı, teşvik edici olmalıdır.
- Adölesanlara uygun, sürekliliği olan bölge ve yerleşim birimleri arasındaki farklılıkların azaltılmasına yönelik üreme sağlığı eğitim programları düzenlenmeli, belirli periyodlarla izlem ve danışmanlık sağlanmalıdır.
- Özellikle evli ya da doğurganlık davranışına başlayan, adölesanların üreme sağlığı sorunlarına yönelik geniş çaplı araştırmalar yapılarak, elde edilen sonuçlar sağlık sistemine uyarlanmalı ve ülke çapına yaygınlaştırılmalıdır.
- Adölesanların uzun vadede temel eğitim düzeyini ve toplumsal statüsünü yükseltmek için, eğitim olanaklarından yararlanmaları yasal ve toplumsal olarak desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Abalı S, Beji NK. (2011). Adölesan cinselliği. *Androloji Dergisi*, 44:77-81.
2. Abrejo FG, Shaikh BT, Saleem S. (2008). Reproductive health ICPD to MDGs: Missing links and common grounds. *Reproductive Health*, 5:4.
3. Akın A. (2001). Aile planlamasından üreme sağlığına geçiş. *Aktüel Tıp Dergisi*, 6(1):4-8.
4. Akın A.(Ed). (2002). Türkiye’de Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları. Hacettepe Üniversitesi Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, UNFPA, Ankara.
5. Akın A. (2007). Dünyada ve Türkiye’de Adölesan ve Gençlerin Sağlığı, 5. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 47-50, Ankara.
6. Akın A, Özvarış ŞB. (2004). Adölesanların cinsel ve üreme sağlığını etkileyen faktörler projesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve DSÖ, Proje No: A05153, Ankara.
7. Akyol P. (2006). Isparta’daki Kız Çocuklarında Ortalama Puberte ve Menarş Başlama Yaşlarının Saptanması ve Menarş Başlama Yaşını Etkileyen Faktörler İle Menstrüal Siklus Özelliklerinin Belirlenmesi. Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (Danışman: Doç. Dr. BN DÜNDAR)
8. Altıparmak S, Adıgüzel Z. (2006). Manisa’da yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınların aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları: Kırsal alan örneği. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetri Dergisi*, 20(3): 142-149.
9. Apay SE, Nazik E, Özdemir F, Pasinlioğlu T. (2010). Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13:3.
10. Arslan F. (2001). Primipar Annelere Gebelikte ve Doğum Sonu Bebek Bakımı Konusunda Verilen Danışmanlık ve Eğitim Hizmetinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi”. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof.Dr.S Hatipoğlu).
11. Aslan D. (2009). Halk sağlığı ile ilgili güncel sorunlar ve yaklaşımlar. Ankara Tabip Odası Yayınları. Grafker Matbaası. Ankara.
12. Aslantekin F, Aslan G. (2006). Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda sağlık eğitiminin önemi ve ebeinin eğitimci rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1):88-89.
13. Avery L, Lazdane G. (2008). What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13, 1, 58-70.

14. Ayaz S, Efe ŞY. (2009). Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler. *J Turkish German Gynecol Assoc*, Cilt: 10 Sayı: 3 137-141.
15. Aydın İ. (2004). Üniversite öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi hakkındaki bilgileri ve uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7: 3.
16. Balkaya NA. (2002). Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2).
17. Başer M. (2000). Adölesan cinselliği ve gebelik. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (1).
18. Bergamaschi A, Gambi A, Gentilini F, Monti C, Stampi S. (2000). Tobacco smoking among high school students in Romagna (Italy) and evaluation of a prevention compaign. *Substance Use And Misuse*, 35: 1277-1295.
19. Bertan M, Özcebe H, Doğan BG, Haznedaroğlu D, Kırcalıoğlu N, Bülbül SH, İnan G, Aral YZ, Gürel S, Ünivar T, Karazeybek H, Şimşek Z, Altındağ A, Şanlı C, Hamzaoglu O, Çağlayan Ç, Yılgör E, Kanık A, Aslanköylü AE, Erdoğan S, Güven A, Kural N, Yıldız B Cesur. (2007). Üniversite Birinci Sınıf Öğrencilerinin Adölesan Dönemi Konusundaki Bilgi ve Yaşam Tarzlarının Belirlenmesi Araştırması. Uluslar arası Çocuk Merkezi (ICC), Meteksan Matbaacılık, Ankara. 118-123.
20. Brandurup-Lukanov A. (2002). WHO regional strategy on sexual and reproductive health. *Entrenous*. 52:4-5.
21. Brieger WR, Delano GE, Lane CG, Oladepo O, Oyediran KA. (2001). West African youth initiative: Outcome of a reproductive health education program. *Journal Of Adolescent Health*, 29:439-446.
22. Beydağ KD. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülten*, 6(6) 479.
23. Beydağ KD, Karaoğlu H. (2007). Kendi kendine meme muayenesi eğitiminin öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisi. *Koruyucu Hekimlik Bülten*. 6 (2): 106-111.
24. Çadır G, Eksen M. (2004). Muğla Merkez, Bayır, Yerkesik ve Yeşilyurt Sağlık Ocağı bölgelerinde yaşayan kadınların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi konusundaki bilgi ve uygulama durumlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 1:1. [Elektronik Dergi], www.InsanBilimleri.com.
25. Çetin FÇ. (2006). Ergenlikte psikososyal gelişim. I. Ulusal Adölesan Sağlığı Kongre Kitabı, s: 40-45, Ankara.
26. Çiftçioglu G. (2009). İleri Doğurganlık Yaşındaki Kadınların ve Erkek Nüfusun Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Bu Konuda Verilen Eğitimin Etkisinin Değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, (Danışman: Yard.Doç.Dr. B Karataş).

27. Demirci F, Özden S, Yücel, N, Yaltı S, Demirci E. (1999). Prevalence of urinary incontinence in Turkish menopausal women. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 3;138-142.
28. Demirci H. (2004). Çalışan Evli Kadınlarda Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışların Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr.H Karanisoğlu).
29. Demirgöz M, Canbulat N. (2008). Adölesan gebelik. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28(6):947-52.
30. Derman O. (2008). Ergenlikte psikososyal gelişim. *İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi*, no:63 19-22.
31. Doğan M. (2008). Kadın Sağlık Çalışanlarının Serviks Kanseri Risk Faktörleri ve Pap Smear Konusundaki Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Yard.Doç.Dr. M Bekar).
32. Dolgun E, Kabataş SM, Ertem G. (2009). 20 yaş ve üzeri kadınlara kendi kendine meme muayenesi hakkında verilen planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 5: 3.
33. Dünder B, Anıl H, Akyol P, Eren E, Dünder N. (2008). Isparta'daki kız çocuklarında ortalama menarş yaşının ve menarşı etkileyen etmenlerin saptanması. *Türk Ped Arşiv*; 43: 50-4.
34. Eliş B, Çelik K, Ercan H, Çarkoğlu A. (2008). Türkiye'de gençlik. Ankara Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Türkiye İnsani Gelişme Raporu. Desen Ofset A.Ş., Ankara.
35. Er S, Şen S, Taşpınar A, Şirin A. (2008). Lisansüstü eğitime devam eden evli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7(3):231-236.
36. Erbil N, Göktaşlar Z. (2007). Evli Kadınların üreme sağlığını koruyucu tutumlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. V. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 273.
37. Ercan G. (2005). Puberte Fizyolojisi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi*. No: 43; s. 9-16.
38. Ercan O. (2008). Adölesanın Fiziksel Gelişimi. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikler Sempozyum dizisi*, no:63,s:13-18.
39. Esgin A. (2000). "Üstü Örtülü Bir Sorun Alanı: Gençlik ve Cinsellik. *Popüler Bilim*, Sayı: 82, s. 25-33.

40. Ersin F. Gençlere Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Üreme Sağlığı Bilgi ve Davranışlarına Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof.Dr.Z Bahar).
41. Evliyağlu O. (2011). Polikistik over sendromu ve hirsutizm. *Türk Ped Arşivi*. 46: 97-102.
42. Ford K, Wirawan DN, Suastina SS, Reed BD, Muliawan P. (2000). Evaluation of a peer education programme for female sex workers in Bali, Indonesia. *Int Jour STD&AIDS*, 11(11):731-733.
43. Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı. (2005). Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri, Ankara.
44. Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri için Dış Ulaşım Rehberi - Gençlere Erişim Etkinlikleri Rehberi. (2007). Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri, Ankara.
45. Giray H, Keskinoglu P. (2006). Işıkkent Sağlık Ocağı'na başvuran 15-49 yaş evli kadınların etkili aile planlaması yöntemi kullanımı ve etkileyen etmenler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(2):23-26.
46. Gölbaşı Z. (2003). Sağlıklı gençlik ve toplum için bir adım: Cinsel sağlık eğitimi. *Sağlık ve Toplum*, 2(6):33-41.
47. Gölbaşı Z. (2005). Adölesan dönem üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (1):100-108.
48. Gölbaşı Z, Kutlar Z, Akdeniz H, (2007). Öğrenci hemşireler tarafından bir halk eğitim merkezinde verilen eğitimin kadınların meme kanseri/kendi kendine meme muayenesine yönelik bilgi ve uygulamalarına etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, Cilt:3 Sayı:2 s:53-57.
49. Gönc EN. (2009). Normal puberte gelişimi ve puberte prekoks. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40:164-168.
50. Gregson S, Garnett GP, Nyamukapa CA, Hallett TB, Lewis JJ, Mason PR, Chandiwan SK, Anderson RM. (2006). HIV decline associated with behavior change in Eastern Zimbabwe. *Science*, 311: 664-666.
51. Gümüş AB, Çam O. (2010). Kadınların serviks kanseri için erken tanı tutumları ile benlik saygısı, beden algısı ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiler. *Nobel Medicus*, 21(7): 3

52. Güner H. (1992). Serviks Kanseri. İçinde: Klinik Jinekoloji. Ed: Yıldırım M. 2.baskı, Türkiye Klinikleri Yayınevi, Ankara.
53. Hampel C, Wienhold N, Benken C, Eggersman C, Thürröf JW. (1997). Definition of overaktivite bladder and epidemiology of urinary incontinence. *Urology*, 50:4-14.
54. Hamzaoğlu O, Özcan U. (2006). Türkiye Sağlık İstatistikleri. Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara.
55. İlhan MN, Yıldırım A, Maral I. (2002). Ankara'da yarı kentsel ve kentsel bölgede yaşayan 15-49 yaş grubundaki kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve yöntem kullanmama nedenleri. *Türkiye Klinikleri Jinekolojik Obstetrik Dergisi*, 12(1):66-72.
56. Kalaycı Ş. (2010). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti. Ankara.
57. Kalyoncu C, Işıklı B, Özalp S, Küçük N. (2003). Osmangazi Üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuranların pap smear hakkında bilgi, tutum ve davranışları. *Sağlık ve Toplum*, 13: 60-66.
58. Karaçam Z, Kıtış Y. (2008). Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçe'de Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19 (2): 187-196.
59. Karl LD, Gabriele R. (2005). Sexually transmitted infections among adolescents, The Need for Adequate Health Service, WHO.
60. Kaya M, Akın A. (Eds), (2009). Halk sağlığı yaklaşımı ile servikal kanser. Hüksam Yayınları, Ankara.
61. Kayacı M, Demirci H, Özbaşaran F. (2007). Kırsal alanda yaşayan evli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. V. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Özet Kitabı, s: 265, Ankara.
62. Kennedy E, Gray N, Azzopardi P, Creati M. (2011). Adolescent fertility and family planning in East Asia and the Pacific: A review of DHS reports. *Reproductive Health*. 8:11.
63. Kırmızıtoprak E, Şimşek Z. (2011). Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve güvenli cinsel yaşam konusunda gençlerin bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 10(4): 463-472.

64. Koca B. (2010). KKMM bilmenin kadın sağığı açısından önemi. *Yeni Tıp Dergisi*. 27:10-14.
65. Koluacı S, Güneş G, Pehlivan E. (2010). İnönü üniversitesi öğrencilerinin üreme sağığı konularında bilgi düzeyleri ve hizmet beklentileri. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17: 1.
66. Koştı N, Taşcı KD. (2009). 15-49 yaş evli kadınların üreme sağığını koruyucu tutumlarının belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 12(1):91-97.
67. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1):67-99.
68. Kurtoğlu S, Hatipoğlu N, Akın L. (2009). Çocukluk çağında hirsutizm ve polikistik over sendromuna yaklaşım. *Türk Ped Arşiv*, 46:1.
69. Lou CH, Wang B, Shen Y, Gao ES. (2004). Effects of community based sex education and reproductive health service program on contraceptive use of unmarried youths in Shanghai. *Journal Of Adolescent Health*, 34:433-440.
70. Mayor S. (2004). Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. *BMJ*, 328:1152.
71. Mishra SK, Mukhopadhyay S. (2008). Media and socio-demographic factors on sexual and reproductive health awareness among adolescents in Sikkim, India. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 1 (3): 253-263.
72. Mossman M, Heaman M, Dennis Cl, Morris M. (2008). The influence of adolescent mothers' breastfeeding confidence and attitudes on breastfeeding initiation and duration. *J Hum Lact*. 24(3):268-77.
73. Naçar M, Çetinkaya F, Öztürk Y. (2001). Kırsal alanda evli erkeklerin aile planlamasına bakış açıları. "I. Uluslararası & II. Ulusal Üreme Sağığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, 23, Antalya.
74. Orçun E, Aras Ş, Açık R. (2003). Üniversiteli gençlerin cinsel tutum ve davranışları. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*. 17: 169-74.
75. Oruç N. İlvan Ş. (2008). Jinekolojik sitoloji. İçinde: *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Eds: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K. 2.baskı, Güneş Kitabevi, Ankara.

76. Öcal G. (2003). Pediatrik Endokrinoloji. İçinde: Pubertal fizyoloji. Eds: Günöz H, Öcal G, Yordam N, Kurtoğlu S. I. Baskı. Pediatrik Endokrinoloji ve Oksoloji Derneği Yayınları, Kalkan Matbaacılık, Ankara: 137-155.
77. Ögel K, Eke C, Erdoğan N, Taner S, Erol B. (2005). İstanbul'da gençler arasında cinsellik araştırması raporu. *Yeniden Yayın* no:16, İstanbul.
78. Örsal Ö, Kubilay G. (2007). Aile planlaması tutum ölçeğinin geliştirilmesi. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, Cilt 15 - Sayı 60: 155-164.
79. Özcebe H. (2000). Kırsal alanda adölesan ve gençlerin üreme sağlığı konusunda bilgi düzeyinin saptanması ve bilgi düzeyinin artırılması için bir müdahale: Adölesan ve genç sağlık gönüllüsü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. E Kınık).
80. Özcebe H. (2001). Kırsal kesimde erkek adölesanların bazı üreme sağlığı bilgileri ve cinsel ilişki deneyimleri. *Nüfusbilim Dergisi*, 23: 41-58.
81. Özcebe H. (2002). Birinci basamakta adölesan sorunlarına yaklaşım. *Temel Tıp Bilimleri Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11:374-377.
82. Özcebe H. (2007). Adölesanlar ve riskli davranışlar. 11.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Özet Kitabı, Denizli.
83. Özcebe H, Ünal T, Türkyılmaz AS, Coşkun Y. (2007). Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması. Nüfusbilim Derneği ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic.Ltd.Şti., Ankara.
84. Öztürk M, Engin VS, Kişioğlu AN, Yılmaz G. (2000). Effects of education on knowledge and attitude of breast self examination among 25 + years old women. *Eastern Journal of Medicine*, 1:3-17.
85. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. (2005). Global cancer statistics 2002. *A Cancer Journal For Clinicians*, 55:74-108.
86. Parent AS, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek NE, Toppari J, Bourguignon JP. (2003). The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: variations around the world, secular trends, and changes after migration. *Endocrine Reviews*. 24(5): 668-93.
87. Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. (2008). Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 3: 18.

88. Pınar G, Pınar T. (2009). Yeni doğum yapmış kadınların empatik iletişim beklentilerinin ebe/hemşireler tarafından karşılanma durumu. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 7 (3) :132-140.
89. Pınar T, Çakmak ZA, Saygun M, Pınar G, Ulu N. (2009). Gebelikte anormal vajinal akıntı üzerine etkili risk faktörleri. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 7 (2) :79-86.
90. Pedersen W, Samuelsen SO. (2003). New patterns of sexual behaviour among adolescents. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 123:3006–3009.
91. Reece M, Herbenick D, Schick V, Sanders SA, Dodge B, Fortenberry JD. (2010). Condom use rates in a national probability sample of males and females ages 14 to 94 in the United States. *J Sex Med*, 7(5):266–276.
92. Saka HN, Neyzi O. (2005). Puberte başlangıç yaşı değişiyor mu?. *Türk Pediatri Arşivi*, 40: 7-14.
93. Santelli JS, Lindberg LD, Abma J, McNeely CS, Resnick M. (2000). Adolescent sexual behavior: estimates and trends from four nationally representative surveys. *Family Planning Perspectives*, 32(4):156-165.
94. Santelli JS, Orr M, Lindberg LD, Diaz DC. (2009). Changing behavioral risk for pregnancy among high school students in the United States, 1991-2007. *Journal Of Adolescent Health*, 44(7):25-32.
95. Sarı D. (2007). Taban kas egzersizlerinin üriner inkontinans ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Prof. Dr. L KHORSHID).
96. Saroj P, Rajesh K, Indarjeet W, Arun A. (2005). Reproductive health education intervention Trial. *Indian Journal Pediatrics*, 72(4):287-291.
97. Sebanti G, Rekha D, Sibani S. (2005). A profile of adolescent girls with gynecological problems. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 55(4):353-5.
98. Seçginli S. (2002). Kadınlarda meme kanseri tarama davranışları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman Doç. Dr. N Nahcivan).

99. Singh S, Darroch J, Ashford L, Vlassoff M. (2009). Adding it up: The costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health. Guttmacher Institute and UNFPA. New York.
100. Song Y, Ji C. (2010). Sexual intercourse and high-risk sexual behaviours among a national sample of urban adolescents in China. *Journal of Public Health*, 1-10.
101. SPSS Inc. (2007). SPSS for Windows. Version 15.00, Chicago.
102. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. (2010). Biyoistatistik. 14.bs, Hatipoğlu Basım ve Yayım San. Tic. Ltd. Şti, Ankara.
103. Şankazan Ş, Yıldız A. (2002). Ankara ili deliler köyündeki evli erkeklerin aile planlaması ile ilgili bilgi tutum ve davranışları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 55(1): 41-50.
104. Şen E. (2011). Kadınlarda idrar kaçırma korunma ve tedavide cerrahi dışı yöntemler. *Sted*, 20(1)7-13.
105. Şimşek Ş. Tuğ T. (2002). Memenin iyi huylu tümörleri: Fibroadenomlar. *Sted*, 11-3.
106. Şimşek Z, Kurçer MA, Ersin F, Gözükar F, Kayahan M. (2003). Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı bölgesindeki 15-49 yaş arası evli kadınların aile planlaması yöntemleri hakkında bilgileri ve yöntem kullanmalarını etkileyen faktörler. *Sağlık ve Toplum*, 13(1) 75-80.
107. Taşkın L. (2004). Uluslararası sözleşmeler ışığında kadının durumu. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (2)16.
108. Taşkın L. (2009). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 9. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
109. Taşkın L, Eroğlu K, Terzioğlu F, Vural G, Kutlu Ö. (2004). Hemşire ve Ebeler İçin Doğum ve Kadın Sağlığı Uygulama Rehberi, Palme Yayıncılık, Ankara, 99-110.
110. Tekgül N, Saltık D, Şen Y, Kurt S. (2005). 15-49 yaş kadınlarda ortalama menarş yaşı. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 14: 4 -77.
111. Tekirdağ Aİ. (2010). Adolesanlarda sık karşılaşılan jinekolojik sorunlara yaklaşım. *JOPP Derg*, 2(1):13-20.

112. Tezcan S, Özcebe H, Subaşı N, Üner S, Telatar TG. (2006). Hacettepe Üniversitesi öğrencilerinin ruhsal sağlık düzeyleri ve madde kullanım boyutlarının saptanması. *Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi*, (Proje No: 0302101004).
113. Toksöz P, Ceylan A, Bozyel ÖA. (2006). Adölesan gebelerin gebelik, doğum, beslenme sorunları ve bunların yeni doğana etkileri. V.Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongre Kitabı, 12-15, Ankara.
114. Tuna A. (2002). Üniversite öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesini öğrenmelerinde akran eğitim modelinin etkinliğinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Yard.Doç.Dr. A Dicle)
115. Tuncer AM. (2007). Türkiye’de Kanser Kontrolü. Onur Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara.
116. Turan, C, Zorlu CG, Ekin M, Haçerlioğlu, N, Saraçoğlu, F. (1996). Urinary incontinence in women of reproductive age. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 41;132-134.
117. Türkiye Üreme Sağlığı Programı Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CS/ÜS Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi. (2007). T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri, Ankara.
118. Türkiye’de Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS’in Sürveyans Sistemine İlişkin Durum Analiz Raporu. (2007). Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri, Ankara.
119. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (1991). Adolescence Education: Sex Roles-Module Three, UNESCO Principal Regional Office for Asia and the Pacific, Bangkok, UNFPA. Proje no: RAS/92/P05. Thailand.
120. Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000. (2004). 4th ed. World Health Organization, Geneva.
121. Vural BK, Zencir G. (2010). Cinsel sağlık eğitim modeli: IBM. *Gaziantep Tıp Dergisi*, (16) 3; 01-05.

122. Yıldırımkaş G. (2008). Türkiye’de karşılanmamış cinsel sağlık bilgisi ihtiyacının adölesan sağlığına yansıması ve UNFPA. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, (63) 47-50.
123. Yıldız D. (2008). Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi*; 50: 294-298.

EKLER

EK-I TANITICI BİLGİ FORMU

Adölesanların Sosyo-demografik Özellikleri

1-Yaşınız:

2-Eğitim durumunuz.

a-Okur yazar+ilkokul b-İlköğretim c-Lise d-Üniversite

3-Eşinizin eğitim durumu

a-Okur yazar+ilkokul b-İlköğretim c-Lise d-Üniversite

4- Çalışma durumunuz

a-Evet

b-Hayır

5-Eğer 4. soruya cevabınız evet ise nerede çalışıyorsunuz?

a-Ailesine ait tarla yada bahçede,

b-Fabrikada işçi olarak,

c-Günlük ev temizliğine giderek ,

d-Diğer

6- Eşinizin çalışma durumu

a-İşçi

b-Memur

c-Serbest meslek

d-

Sözleşmeli

7- Aylık sabit bir gelirin var mı?

a-Evet

b-Hayır

8-Kaç yıllık evlisiniz?

9-Evlilik yaşı kaç?

10-Resmi nikahınız var mı?

a-Evet

b-Hayır

11-Aile tipiniz nasıl?

a-Geniş aile

b-Çekirdek aile

12-Eğer cevabınız geniş aile ise birlikte yaşadığınız birey sayısı?

13- Sosyal güvenceniz var mı?

a-Evet

b-Hayır

14-Sigara kullanıyor musunuz?

a-Evet

b-Hayır

15-Eğer 14.soruya cevabınız evet ise ne kadar içiyorsunuz?

Günde; a-0-5

b-6-10

c-11-20

d-Bir paket ve üzeri.

16-Eşinizin sigara içme durumu?

a-Evet

b-Hayır

17-Eğer cevabınız evet ise eşiniz ne kadar içiyor?

Günde; a-0-5

b-6-10

c-11-20

d-Bir paket ve üzeri.

18-Eşiniz ile aranızda kan bağı (akrabalık) var mı?

a-Evet

b-

Hayır

Adölesanların Obstetrik Özellikleri

19-Şu anki gebeliğinizden önce herhangi bir nedenle küretaj oldunuz mu?

a-Evet

b-

Hayır

20-Eğer cevabınız evet ise nedeni nedir?

a-Kendiliğinden düşük b-İsteğe bağlı düşük c-Ölü doğum d-İstenmeyen gebelik

21- Gebelikte herhangi bir sorun yaşadınız mı?

a-Evet b-Hayır

22-Cevabınız evet ise yaşadığınız sorun nedir?

.....

23-Doğum şekliniz nedir?

a- Normal Doğum b-Section

24-Doğum zamanınız nedir?

a-Erken doğum b-Miyadında c-Miyad Geçmesi

25-Travay süresince bir sorun yaşadınız mı

a-Evet b-Hayır

26-Cevabınız evet ise yaşadığınız sorun nedir?

.....

27-Doğum Kilosu: Doğum Boyu:

28-Yenidoğanın Cinsiyeti:

1-Kız 2-Erkek

29-Bebğinizin Cinsiyetinden memnun musunuz?

a-Evet b-Hayır

30-Eşiniz bebeğinizin cinsiyetinden memnun mu?

a-Evet b-Hayır

31-Yenidoğanın Sağlık Durumu

a-Sağlıklı Annesinin Yanında

b-Sorunlu Yenidoğan Ünitesine Sevk Edildi

c-Gözlem amaçlı küvözde

32-Eğer sevk edildi ise bebeğin sevk edilme nedeni

33-İlk emzirme zamanınız

a-İlk yarım saat b- İlk yarım saat- 2 saat c-İlk iki-dört saat arası d-İlk 4-6 saat arası

Adölesanların Jinekolojik Özellikleri

34-İlk adet yaşıınız:

35-Kaç günde bir adet görürsünüz?

a-24 gün ve daha kısa b-25-33 gün arası c-34 ve daha uzun

36-Adet kanamanız kaç gün sürer

a-0-2 gün b-3-7 gün c-8 ve daha fazla

37-Adet döneminizde karşılaştığınız bir sorun var mı?

a-Evet b-Hayır

38-Eğer cevabınız evet ise hangi sorunları yaşıyorsunuz?

a-Dismenore b-Hipomenore c-Hipermenore d- Menoraji e-Metroraji e-Diğer

39-Gebelik öncesi cinsel yaşamınızda herhangi bir sorunla karşılaştınız mı?

a-Evet b-

Hayır

40-Eğer cevabınız evet ise hangi sorun ile karşılaştınız

a- Cinsel ilişki sonrası kanama b- Cinsel ilişki sırasında ağrı c- Cinsel ilişki sonrası ağrı

d- Cinsel İsteksizlik

e-Diğer

41-Gebelik öncesinde aile planlaması yöntemi kullandınız mı?

a-Evet b-Hayır

42-Eğer cevabınız evet ise hangi aile planlaması yöntemini kullandınız?

.....

43- Bu yöntemi nasıl seçtiniz?

a-Eczaneden b-Eş,dosttan duyarak c-Doktor/Ebe-hemşire

44-Doğum sonrası kullanmayı düşündüğünüz aile planlaması yöntemi nedir?

.....

45-KKMM uygulamasını biliyor musunuz? a-Evet b-Hayır

46- Eğer cevabınız evet ise KKMM menstrüal siklusun hangi döneminde yapıyorsunuz?

a-Adet döneminden önce b-Adet dönemi sırasında c-Adet döneminden sonra

47- Eğer cevabınız evet ise KKMM hangi sıklıkla yapıyorsunuz?

a-Her ay düzenli olarak yapıyorum

b-Bazen yapıyorum (3-6 ayyla yapıyorum)

c-Biliyorum ama yapmıyorum

EK-2 KADIN SAĞLIĞI BİLGİ TESTİ

1-Kadın üreme organlarından hangilerini biliyorsunuz?

.....

2-Adet döneminde temizlik açısından nelere dikkat edilmelidir?

.....

3-Erkek üreme organlarından hangilerini biliyorsunuz?

.....

4-Kadınlar için normal olan akıntı nasıldır?

.....

5-Üreme organlarının enfeksiyonlarından korunmak için neler yapılmalıdır?

.....

6-Üreme organları enfeksiyonlarının belirtileri nelerdir?

.....

7-Kadınların kullanabileceği doğum kontrol yöntemleri nelerdir?

.....

8-Erkeklerin kullanabileceği doğum kontrol yöntemleri nelerdir?

.....

9-Üreme organlarının kanserleri için kimler daha çok risk altındadır

.....

10-Üreme organ kanserlerinden korunmak için neler yapılmalıdır?

.....

11-Meme kanserini erken dönemde belirlemek için neler yapılmalıdır?

.....

EK- 3 EĞİTİM DEĞERLENDİRME FORMU

Sizlere verilen eğitimin değerlendirilebilmesi için aşağıdaki formu doldurunuz. Her rakamın anlamı aşağıda belirtilmiştir.

5-Mükemmel

4- Çok iyi

3- İyi

2- Orta

1-Kötü

1-Eğitim programı amacına ulaşımı	5	4	3	2	1
-----------------------------------	---	---	---	---	---

2-Kişisel beklentilere ulaşma	5	4	3	2	1
-------------------------------	---	---	---	---	---

3-Eğitim programında kullanılan materyaller	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

4-Eğitimin yapıldığı yer	5	4	3	2	1
--------------------------	---	---	---	---	---

5-Eğitim programının süresi	Çok uzun	Çok kısa	Uygun
-----------------------------	----------	----------	-------

EK- 4 HER 3 AYLIK DÖNEM İZLEM FORMU

1-Doğum Sonrası Jinekologa gittiniz mi?

a-Evet b-Hayır

2-Eğer cevabınız evet ise ne amaçla gittiniz? -----

3-Pap smear yaptırdınız mı?

a-Evet b-Hayır

4-Düzenli olarak KKMM muayenesi yaptınız mı?

a-Evet b-Hayır

5-Vajinal akıntı şikayetiniz oldu mu?

a-Evet b-Hayır

6-Genital yol enfeksiyonu geçirdiniz mi?

a-Evet b-Hayır

7-Cinsel ilişki sırasında kanama yaşadınız mı

a-Evet b-Hayır

8-Cinsel ilişki sonrasında kanama yaşadınız mı

a-Evet b-Hayır

9- Cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadınız mı

a-Evet b-Hayır

10- Adet dönemleriniz dışında ara kanamanız oluyor mu

a-Evet b-Hayır

11-Pis kokulu et suyu manzarasında akıntınız var mı

a-Evet b-Hayır

12-Şu anda kullandığınız bir aile planlaması yöntemi var mı?

a-Evet b-Hayır

13-Eğer cevabınız evet ise şu anda kullandığınız modern aile planlaması yöntemi nedir?

a-Oral kontraseptif	f- Kondom
b-Ria	g-Sperisit
c-3 aylık iğneler	h-Diyafram
d- Ayık iğneler	I- Vazektomi
e- İmplant	İ- Tüpligasyon

14- 12.soruya cevabınız evet ise şu an kullandığınız geleneksel aile planlaması yöntemi nedir?

a-Geri çekme b-Takvim yöntemi c- LAM d- Diğer

15-Kullandığınız aile planlaması yönteminden memnun musunuz?

-Evet -Hayır -Kısmen

16-Bu yöntemi neden seçtiniz?

-Uygulaması kolay - Güvenli -Eşim tercih ettiği için

17-Kullandığınız Aile Planlaması yöntemini, değiştirmeyi düşünür müsünüz?

--Evet --Hayır

18- Kullandığınız Aile Planlaması yönteminin herhangi bir yan etkisini gördünüz mü?

a-Evet b-Hayır c-Kısmen

19-Doğum sonrası tekrar gebe kaldınız mı?

a-Evet b-Hayır

20-Cevabınız evet ise gebeliği sonlandırdınız mı?

a-Evet b-Hayır

21-Cevabınız hayır ise tekrar gebe kalmayı düşünür müsünüz?

a-Hayır düşünmüyoruz

b-Ben istemiyorum ama eşim tekrar gebe kalmamı istiyor.

c-İkimizde tekrar çocuk sahibi olmak istiyoruz.

d-Biz istemiyoruz ama eşimin ailesi istiyor.

22-Bebek beslenmesi

a-İlk iki ay sadece anne sütü

b-Anne sütü +Mama

c-Sadece Mama

d-Anne sütü+Mama+Ek gıda

e-Anne sütü ve ek gıda

23-Persantilleri

24-Bebeğin herhangi bir sorunu oldu mu?

a-Evet b-Hayır

EK-5 EVLİ KADINLARIN ÜREME SAĞLIĞI KORUYUCU TUTUMLARINI BELİRLEME ÖLÇEĞİ (ÜSBÖ)

Aşağıda üreme sağlığını korumaya yönelik tutumlarınızla ilgili ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeye sizin için en uygun olan cevabı vermeye ve boş bırakmamaya özen gösteriniz. Her bir ifadenin karşısında ve size uygun olan seçeneğin altında bulunan kutucuğun içini X şeklinde işaretleyiniz. Size verilen ölçek üzerine adınızı yazmayınız. Cevaplarınız gizli tutulacak, hiç kimse neyi işaretlediğinizi bilmeyecektir. Katıldığınız için teşekkür ederim.

	Hiç bir zaman	Nadiren (Çok seyrek)	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman / Düzenli
1. Kadın sağlığı ilgili çeşitli kitap, dergi ve gazete haberi okurum.					
2. Tuvalete girmeden önce ellerimi su ve sabunla yıkarım.					
3. Tuvaletten çıktıktan sonra ellerimi su ve sabunla yıkarım.					
4. Adetliyken banyo yaparım.					
5. Halka açık yerlerde klozet tipi tuvaletlere otururum.					
6. Külotumu değiştirmek için kirlenmesini beklemem, her gün değiştirmeye özen gösteririm.					
7. Dış üreme organlarımı kuru tutmak için taharetlendikten sonra tuvalet kağıdı ile kurularım.					
8. Külotumun pamuklu kumaştan yapılmış olmasına dikkat ederim.					
9. Külotlarımı ütülerim.					
10. Yüzmeye gittiğimde, zorunlu kalırsam, arkadaşımın mayosunu giyebilirim.					
11. Evdeki tuvalet, banyo ve lavaboların temizliğinde çamaşır suyu gibi mikrop öldürücü maddeler kullanırım.					
12. Taharetlenmeyi idrar yaptığım bölgeden büyük abdestimi yaptığım bölgeye doğru yaparım.					
13. Alışılmış miktardan fazla akıntım olursa hemen doktora giderim					
14. Kötü kokulu akıntım olursa hemen doktora giderim.					
15. Üreme organlarımda kaşıntı olursa hemen doktora giderim.					
16. Akıntıyla ilgili bir şikayetim olsa da utandığım için doktora gitmem.					
17. Akıntım için doktora gidersem doktorun verdiği tedaviyi sonuna kadar eksiksiz uygulardım.					
18. Adetliyken kullandığım ped veya bezi 3-4 saatte bir değiştiririm.					
19. Hazneme herhangi bir ilaç uygulamam gerekirse önce ellerimi yıkarım.					

20. Şikayetim olmasa da her yıl düzenli olarak kadın hastalıkları doktoruna muayene olurum.					
21. Yılda bir kez kontrol amacıyla akıntı örneği aldırırım.					
22. Şikayetim olmasa da meme muayenesi yaptırmak için doktora giderim.					
23. Her ay kendi kendime meme muayenesi yaparım.					
24. Adet kanaması dışında ara kanamam olursa hemen doktora giderim.					
25. Kürtaj olmam gerekirse hastaneye/doktora giderim					
26. İstemediğim bir gebelikten korunmak için sağlık personelinin (doktor, ebe, hemşire) bilgi alırım.					
27. Gebe kalmamak için etkili bir yöntem (doğum kontrol hapı, spiral, prezervatif, tüplerin bağlanması) kullanırım.					
28. İstemediğimiz bir gebelikten korunmak için eşimin korunması (geri çekme) yeterlidir.					
29. Hazne akıntımı izleyerek hangi günlerde gebe kalacağımı anlayabilirim.					
30. Adetimin ilk gününü unutmamak için her ay takvim üzerinde işaretlerim.					
31. Adetliyken ayaklarımı sıcak tutmaya özen gösteririm.					
32. Hazne, idrar yolu ve makat çevresindeki kaslarımı güçlendirmek için bu kasları kasıp gevşetme şeklinde egzersiz yaparım.					
33. İdrarımı yaparken ağrı, sızı, yanma gibi şikayetlerim olursa doktora giderim.					
34. Günde en az 6-8 bardak su içerim.					
35. İdrarım geldiğinde hemen tualete giderim.					
36. Kabız olmamaya özen gösteririm.					
37. Cinsel ilişkide sırasında, bulaşıcı hastalıklardan korunmak için prezervatif (kılıf) kullanmanın gerekli olduğuna inanırım.					
38. Cinsel ilişki sırasında kuruluk ve ağrı olursa, kayganlaştırıcı kremler kullanırım.					
39. Cinsel ilişki sırasında ağrı ve kanamam olursa hemen doktora giderim.					

EK-6 AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda Aile Planlaması tutumlarınızla ilgili ifadeler verilmiştir. Lütfen her ifadeye sizin için en uygun olan cevabı vermeye ve boş bırakmamaya özen gösteriniz. Her bir ifadenin karşısında ve size uygun olan seçeneğin altında bulunan kutucuğun içini X şeklinde işaretleyiniz. Size verilen ölçek üzerine adınızı yazmayınız. Cevaplarınız gizli tutulacak , hiç kimse neyi işaretlediğinizi bilmeyecektir.

Katıldığınız için teşekkür ederim

	Tamamen Katılıyor m	Katılıyor m	Kararsızım	Katılmıyor um	Tamamen Katılmıyor um
1. Fazla çocuk erkeğin gücünü gösterir.					
2. Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar.					
3. Aileler iş yükünü paylaşmak için fazla çocuğa sahib olmak isterler.					
4. Çocuklar birbirine bakabileceğinden ailenin çok çocuğu olmasında sakınca yoktur.					
5. Ailede çok çocuk olması ilerde kardeşlerin birbirini destekleyeceği anlamına gelir.					
6. Mal varlığının bölünmemesi için erkek çocuk şarttır.					
7. Kadının asli görevi doğurmak özdeyişi doğrudur.					
8. Ailenin iki kız iki erkek çocuğu olmalıdır.					
9. Doğan her çocuğun rızkını “Allah” verir.					
10. Doğum kontrol yöntemi batılı ülkelerin dayatmasıdır.					
11. Kaynanalar doğum kontrol yöntemi kullnmaya izin vermez.					
12. Erkek çocuk varsa çocuğum var denilir.					
13. Erkek adamın erkek damadı olur.					
14. Erkek adamın erkek çocuğu olur.					
15. Kız çocuğum varsa çocuğum var denilir.					
16. Spiral baş ağrısı yapar.					
17. Spiralin ipi cinsel ilişkiyi azaltır.					
18. Spiralin mideye kaçacağından kurtulur.					
19. Doğum kontrol haplarının kansere neden olacağından korkulur.					

20. Doğum kontrol yönteminin cinsel ilişkiyi olumsuz etkileyeceği düşünülür.					
21. Doğum kontrol yöntemi kullanan çiftlerin cinsel hazzı/arzusu az olur.					
22. Doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların bir daha çocuk sahibi olmaları zordur.					
23. Kanallarını bağlatan erkek cinsel ilişkiden zevk almaz.					
24. Kanallarını bağlatan kadın cinsel ilişkiden zevk almaz.					
25. Kanalları bağlanan erkekler cinsel güçlerini kaybederler.					
26. Kanalları bağlanan kadınların cinsel güçlerini kaybolur /erkekleşir.					
27.İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın çocuk sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanıyorum.					
28. İki yıldan az aralıklarla gebe kalmanın anne sağlığı açısından sakıncası olduğuna inanıyorum.					
29. Gebelik kadını çekici hale getirir.					
30. Çok çocuğu olan anneler her çocuğun gelişimini yakından takip edebilir.					
31. Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir.					
32.Evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir.					
33.Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir.					
34.Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum.					
29. Gebelik kadını çekici hale getirir.					
30. Çok çocuğu olan anneler her çocuğun gelişimini yakından takip edebilir.					
31. Sağlık açısından doğurmak, doğum kontrol yöntemi kullanmaktan daha iyidir.					
32.Evli olmayanların aile planlaması yöntemi alması doğru değildir.					
33.Doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi sahibi olmayan kızlarla evlenilmelidir.					
34.Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum.					
34.Doğum kontrol yöntemi öğrenmeye ihtiyaç olmadığını düşünüyorum.					

EK- 7 POSTPARTUM DÖNEMDE ADÖLESLANLARA VERİLEN ÜREME SAĞLIĞI EĞİTİM PROGRAMININ İÇERİĞİ

Eğitim programı katılımcıların üreme sağlıklarını koruma ve geliştirmeye yönelik bilgi ve beceri ve tutum kazanmaları amacıyla düzenlenmiştir.

Eğitim Programı Hedefleri

Kadının kendi vücudunu ve erkek üreme organlarını tanıması,
Kadınların üreme sağlığı koruyucu tutum ve davranışlar kazanması,
Kadınlara aile planlaması eğitimi vererek doğum kontrolü için olumlu değişiklikler edinmesi,
Kadın üreme kanserlerinden korunmak için alınması gereken önlemleri anlaması,
Düzenli jinekolojik muayeneye gitmelerinin sağlanması,
Meme kanserini erken teşhis etmek için kendi kendine meme muayenesini yapabilme becerisini kazanması,
Hijyen konusunda ve üreme organ enfeksiyonları hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamak.

Öğrenim Programı Hedefleri

Katılımcılar verilen eğitim programını bitirdiklerinde;
Kadın ve erkek üreme organları ve işlevlerini sayabilecek,
Genital yol enfeksiyonlarından korunmak için yapılması gerekenleri bilecek,
AP yöntemlerini bilecek ve kendine uygun olan yöntemin seçimine karar verebilecek,
Üreme organ kanserlerinden korunma yöntemlerini bilecek,
Meme kanserinin erken teşhisi için önemli olan KKMM yapabilecek,
Düzenli jinekolojik kontrollerine gidebilecek

Eğitim Öğretim Yöntemleri

- Sunum
- Power point
- Soru-cevap

Eğitim Araçları

- Bilgisayar
- Sağlık Bakanlığı Aşap Genel Müdürlüğü, AP Danışmanlığı Resimli Rehber
- Broşür

EĞİTİM PROGRAMI İÇERİĞİ

1.Oturum

Eğitimin süresi 45 dk.

Tanışma

Eğitimin amaç ve hedefleri
Üreme sağlığı eğitiminin önemi ve eğitim kapsamında anlatılacak konular açıklandı.
Kadın üreme organları
Menstrual siklus
Erkek üreme organları
Gebeliğin oluşumu anlatıldı.

2.Oturum

Eğitimin süresi 45 dk.

Oturum sonunda gebelikten korunma yöntemlerini anlatan yazılı bir materyal dağıtılır.

Kadına ait gebelikten korunma yöntemleri

RİA

Oral Kontreseptifler

Aylık ve 3 aylık iğneler

Diyafram

Spermisitler

LAM (Laktasyonel Amenore Metodu)

Tüpligasyon

Erkeğe ait gebelikten korunma yöntemleri

Kondom

Vazektomi

Geri çekme anlatıldı.

3.Oturum

Eğitimin süresi 45 dk.

Oturum sonunda genital hijyen davranışlarını anlatan yazılı materyal dağıtılır.

Kadınlar için normal vajinal akıntı ve özellikleri,

Menstruasyon ile ilgili öneriler

Genital organ enfeksiyonlarının erken teşhisi,

Genital organ enfeksiyonlarından korunma yolları anlatıldı.

4.Oturum

Eğitimin süresi 45 dk.

Oturum sonunda doğum sonu ve kegel egzersizlerini anlatan yazılı bir materyal dağıtılır

İdrar yolları hakkında genel bilgiler

İdrar yollarının sağlığını korumaya yönelik öneriler

Barsakların sağlıklı çalışmasına yönelik öneriler

Alt karın kaslarının güçsüzleşme nedenleri

Kadınlar için alt karın kası egzersizleri

Egzersizlerin yararları ve nasıl uygulanacağı anlatılır.

5.Oturum

Eğitimin süresi 60 dk.

Oturum sonunda jinekolojik kanserlerden korunma ve KKMM'nin nasıl yapılacağını anlatan yazılı bir materyal dağıtılır.

Kadın sağlığını korumaya yönelik genel sağlık davranışları,

Üreme organ kanserleri risk faktörleri,

Üreme organ kanserlerinden korunma,

Jinekolojik muayenenin önemi ve nasıl yapılacağı,

Jinekolojik muayene ve kontrollerin hangi aralıklarla yapılması gerektiği,

-Pap smear testi önemi ve nasıl yapıldığı

Meme kanseri risk faktörleri

Meme kanserinde erken tanı

-Kendi kendine meme muayenesi

-Klinik meme muayenesi

-Mammografi

EK –8 ÜREME SAĞLIĞI EĞİTİM MATERYALLERİ ve BROŞÜRLER

GENİTAL HİJYEN DAVRANIŞLARI

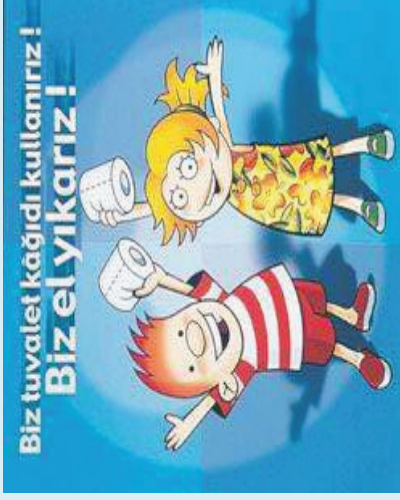
**Genital Yol Enfeksiyonları Kadın
Sağlığını, Cinsel Yaşamı Ve Aile
Hayatını Olumsuz
Etkilemektedir.**



Öğr.Gör.Serap TOPATAN

- Her eliminasyondan önce ve sonra eller yıkanmalıdır.

- Vulva her zaman kuru ve temiz tutulmalıdır. Bunun için her eliminasyondan sonra vulva önden arkaya doğru yani, önce vulva sonra anal bölge temizlenmeli ve kuru lanmalıdır. Anal bölgeden tekrar vulvaya dönülmesi, vajene ve uretraya organizmaların taşınmasına neden olur.



- Yıkama ve kurulama işlemi tuvalet kağıdı aracılığı ile olmalıdır. Böylece el – vulva – anal bölge arasındaki kontaminasyon zinciri kırılmış olur. Ayrıca vajinal enfeksiyonun el ile vücudun diğer bölgelerine taşınması da önlenir

- Beyaz ve parfümsüz tuvalet kağıdı ve hijyenik bağlar tercih edilmelidir.

- Her gün banyo yapılmalı, iyi yıkanmış, iyi durulanmış hafif ve sıkmayan pamuklu kü lot kullanılmalı ve her gün değiştirilmelidir.
- Banyo sırasında vulva dikkatlice yıkanmalıdır. Çünkü yağlı ifrazat vulva katları ara sında birikmeye eğilimlidir.



- Külotun yıkanmasında deterjan, fazla beyazlatıcı ve yumuşatıcı kullanılmamalıdır.

- Menstruasyon sırasında pedler günde en az 3-4 kez değiştirilmeli ve her değiştirme de vulva temizlenmelidir.

- Klorlu suda, havuzda ve denizde yüzdükten sonra mutlaka hemen duş alınmalı ve kuru mayo giymelidir.

Genital yol enfeksiyonları, tedavi edilebilir, önlenebilir ya da erken tanı ve tedavi ile komplikasyonları azaltılabilen hastalıklardır

- Bornozlar ya da havlular kuru tutulmalı ve kuru giyilmelidir.
- Başkasına ait havlu ya da çamaşırlar kullanılmamalıdır.
- Sıkı giyecekler perineal ventilasyonu önleyerek nemli bir ortam yaratacakları için tercih edilmemelidir.
- Cinsel eş temiz olmalı, şüpheli bir durum varsa mutlaka kondom kullanılmalıdır.
- Tek eşli cinsel yaşam, kondom ile enfeksiyonlardan korunmak, doğurganlığı planlamak, erken yaşta cinsel ilişki ve gebelikten sakınmak üreme sağlığı için alınması gereken önlemlerdir.

•Tuvaletleri her zaman temiz tutmalıyız.

•Klozetin kapağını kapattıktan sonra suyu çekmeliyiz. Çünkü sıçrayan su hepatit A, tifo vs. hastalıklara neden olabilir.



- Vulvayı renk, şekil değişikliği ve anormal bulgular yönünden ayna aracılığı ile inspeksiyon ve palpasyonla kontrol etmeli normalin dışındaki durumlar için doktora başvurmalıdır.
- Vajina kendini sürekli yenileyen bir organdır. Bu nedenle vajinanın içine bazı maddelerin sokularak 'temizlik' yapmaya çalışılması vajinada laktobasil/asit ortamının zarar görmesine neden olabilir.

KAYNAKLAR

1. Ege E, Eryılmaz G. (2006). Kadınlara verilen planlı eğitimin genital hijyen davranışlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9 (3): 8-16.
2. Taskın, L. (2009). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 6. Baskı. Sistem Ofset, Matbaacılık, Ankara.
3. Young FB (2002). Vaginal Health. Nursing Standart 16(23): 47-55.

✚ Servikal kanser, 40-55 yaş grubundaki kadınlarda görülmekle birlikte gittikçe genç yaştaki kadınlarda da görülmeye başlamıştır.

✚ **Servikal kanser oluşmaya başladığında belirti vermez. Yıllar sonrasında belirti vermeye başlar**

✚ Türkiye’de jinekolojik kanserler içinde 3. sırada yer almaktadır.

SERVİKS KANSERİNDE RİSKLİ KİŞİLER

- ✚ 30-55 yaş grubunda olmak
- ✚ Kötü hijyen
- ✚ Erken yaşta cinsel ilişkiye başlama(18 yaş altı)
- ✚ HPV varlığı(Human Papilloma Virüsü)
- ✚ Çok eşlilik
- ✚ Fazla doğum(3 den daha fazla olması)
- ✚ Sigara kullanımı

SERVİKS KANSERİNDE KLİNİK BULGULAR

- ✚ Genelde ilerlemiş evrede bulgu verir
- ✚ Ağrılı cinsel ilişki
- ✚ İlişki öncesi, ilişkisi sırasında veya adet sonu kanama
- ✚ Sulu, kötü kokulu akıntı

SERVİKS KANSERİNDEN KORUNMA

- ✚ Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon hastalıklarından ve gebelikten korunmak için etkin bir aile planlaması yöntemi kullanma (kondom-Prezervatif)
- ✚ Tek eşli cinsel yaşam
- ✚ Cinsel ilişki yaşının geciktirilmesi.
- ✚ Anormal kanamalara ve akıntılara özellikle cinsel ilişki sonrası lekelenme kanamalarına kanserin erken belirtisi olabileceğinden dikkat edilmesi
- ✚ Sigara ve alkol kullanımının bırakılması
- ✚ Kişisel hijyen
- ✚ Pap smear testinin yapılması

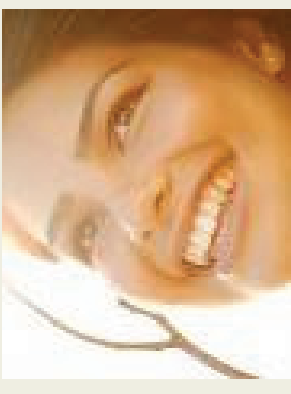
SERVİKS KANSERİNDEN KORUNMADA BESLENME;

- ✚ Vitamin A, C ve Folik asit yönünden zengin bir diyet uygulanması
- selenyum ve sülfürofenli yiyecekler birlikte alındığında etki 13 kat artıyor.



(RAHİM AĞZI KANSERİ)

SERVİKS KANSERİ



Erken teşhis hayat kurtarır!

Öğr.Gör.Serap TOPATAN

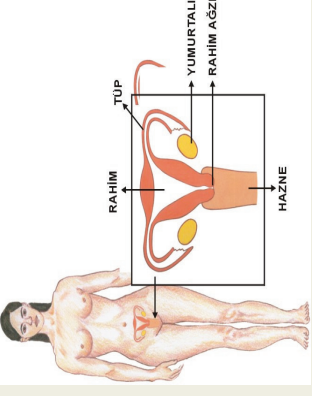
✚ sülfürofen, brokoli, briüksellâhanası, kabak ve su teresinde yüksek oranda mevcut. Selenyum ise fındık, balık, yumurta, ayçiçeği çekirdeği, mantar ve kümes hayvanlarının etinde bolca bulunuyor.

**Kanser oluşmadan
tanınmasında PAP smear
oldukça hassas bir testtir.**

KİMLER PAP SMEAR TESTİ YAPTIRMALI?

- ✚ Cinsel olarak aktif her kadın,
- ✚ Yaşlı ve tıbbi kontrolden uzak kadınlar,
- ✚ Birden çok cinsel eşlilik,
- ✚ Sigara kullanan kadınlar,
- ✚ HIV virüsü taşıyan kadınlar,
- ✚ Cinsel yolla bulaşan hastalıklara maruz kalan kadınlar,
- ✚ Menapoza girmiş veya 18 yaş üzeri;

**TÜM KADINLARIN YILDA BİR
KEZ PAP SMEAR YAPTIRMASI
GEREKİR.**



PAP SMEAR TESTİ NE ZAMAN ALINMALIDIR?

- ✚ Vajinal kanamanın olmadığı zamanlarda
- ✚ Cinsel ilişkiden, vajinal ftil kullanımdan 3 gün sonra
- ✚ Vajinal duş yapmadan alınmalıdır.

**20-35 yaş arası kadınlarda üst
üste 3 kez yapılan
incelemelerde hiç anormal
hücre saptanmazsa, PAP
SMEAR(servikal yayma) 2
yilda bir yapılabilir**

KAYNAKLAR

1. www.kanser.gov.tr (Erişim Tarihi:12 Mayıs 2010)
2. <http://www.cancer.org> (Erişim Tarihi:12 Mayıs 2010)
3. Taşkın L. (2009). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 9. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.

Kendinizin Doktoru olun!

 Meme kanseri birçok ülkede kadınlarda en sık görülen kanser türüdür.

 Aile bireylerinde meme kanseri olanlarda, hiç doğum yapmamış veya ilk doğumunu 30 yaşın üzerinde yapanlarda meme kanseri görülme olasılığı artar.

 Nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte; kalıtsal, hormonal, çevresel etkenlerin meme kanserine neden olabileceği düşünülmelidir.

Gözlemleyin....

 Memenizin yapısında veya şeklinde değişme var ise,

 Meme derisinde girintiler(portakal kabuğu gibi) var ise,

 Meme üzerindeki toplardamarlar belirginleşmiş ise,

 Meme başında akıntı var ise,

 Meme başında veya etrafında kırmızılık, içe çökme var ise,

 Koltuk altında şişlik var ise,

Hemen doktorunuza başvurunuz.

Memede ele gelen kitlelerin çoğu kanser değildir! Memede belirleyeceğiniz kitlenin niteliğini ancak doktorunuz saptayacak ve takip edecektir.

MEME KANSERİ TARAMA YÖNTEMLERİ

- 1- Kendi kendine Meme Muayenesi ne zaman yapılmalıdır?

20 YAŞINDAN SONRA HER KADIN KKKMM YAPMALIDIR

-  Adet kanaması görüyorsa, adet ilk günü itibarıyla 7-10. günler arasında bir gün,
-  Adet kanaması görmüyor ise her ayın belli bir gününü seçerek kendi kendine meme muayenesi yapması gerekir.

2-Klinik Meme Muayenesi:

-  Klinik meme muayenesi kadınların düzenli sağlık kontrollerinin bir parçası olmalıdır.
-  20 yaşında itibaren her kadına 3 yılda bir, 40 yaşında sonra yılda bir hekim tarafından klinik meme muayenesi yapılmalıdır.

Meme Sağlığına Özen Göstermeniz Hayatınızı Kurtarabilir.

3-Mamografi;

-  Kendi kendine meme muayenesi önemli olmasına karşın, Meme kanserinin erken tanısında en etkili yöntemin mamografi olduğunu unutmayınız.
-  Eğer 40 yaşın üzerindeyseniz 1-2 yılda bir mamografi yaptırmayı hayatınızı kurtarabilir.
-  Riskli grupta bulunan kadınlarda ise doktorun belirleyeceği yaş ve sıklıkta mamografi çekilir.



KADINLARDA EN SIK GÖRÜLEN KANSER MEME KANSERİDİR!

MEME KANSERİNDE ERKEN TEŞHİS HAYAT KURTARIR

Öğr.Gör.Serap TOPATAN

MEME KANSERİNDEN KORUNMA

- Yeterli ve dengeli beslenin
 - Güneşten Yararlanalım
- Her gün en az 15 dakika güneşlenmek meme kanserinden korur.
- Yeterli D vitamini sağlayarak osteoporozdan korur.
 - **Sigara ve tütün kullanmayınız.**
 - **Alkollü içeceklerden uzak durunuz.**
 - Aşırı kilodan kaçınma,
 - **Düzenli Sağlık Kontrollerinizi Yaptırınız.**

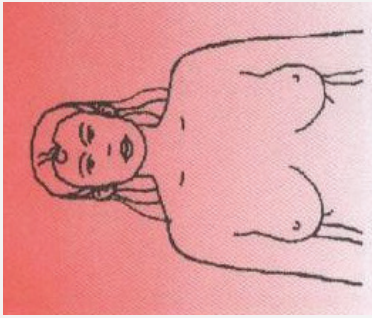
KENDİ KENDİNE MEME

MUAYENESİ NASIL YAPILIR?

1. Doğru şekilde durma

- Kollar iki yanda sarkık ve gevşek
- Kollar belde
- Kollar her iki yanda başın üzerine kaldırılmış

2-Ayna karşısında ki pozisyonlarda her iki meme için gözlem yapılır.



Gözlem sırasında;

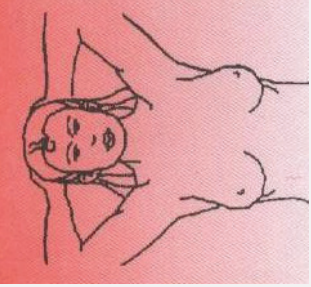
Memenizde; gözle görülen şişlik var mı? **Meme derisinde;** gözle görülen kızarıklık, buruşma, gamzeleşme, portakal kabuğu

görüntüsü var mı?

Memelerinizin şekil ve boyutunu

gözlemleyin. İki meme arasında küçük

farklılıklar normalde olabilir. Ancak



memenin birinde görülen **büyüme**, memelerin birinin **diğerinden sarkık** olması var mı?

Meme ucunda; renk değişikliği, çukurlaşma, kanlı akıntı var mı?

Meme ucunu baş ve işaret parmağı arasında hafifçe sıkarak akıntıyı kontrol edin.

3-ELLE MUAYENE ŞEKİLLERİ

Memenin elle muayenesinde orta üç parmağınızın iç yüzeyini kullanın. Muayene edilen meme tarafındaki elinizi başınızın üstüne koyun ve şekilde gösterilen doğrultulardan birisini uygulayarak meme dokusu içinde olağan dışı bir kitle ya da sertlik olup olmadığına bakın.

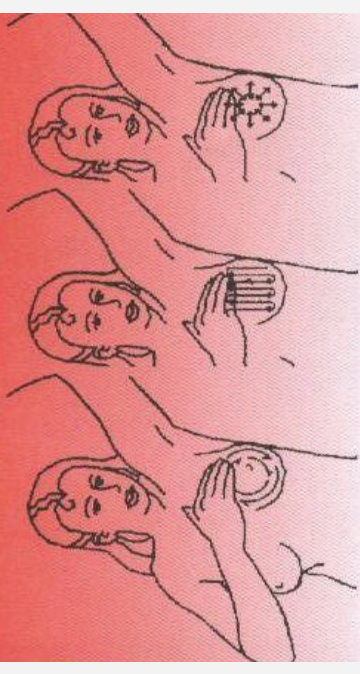
Paralel: Memeyi hem dikey olarak, hem de Yatay olarak muayene edin.

Dairesel(sirküler) :Parmaklarınızı hem kendi etrafında, hem de meme etrafında daireler çizerek hareket ettirin. Hareket

ettirirken memenizden kaldırmayın, bu şekilde tüm memeyi kontrol edin.

İşinsal(Tekerlek) :Meme başından dışarı ve/veya meme başına doğru tüm memeyi işinsal olarak tarayın.

Bu muayene şekillerinden hangisi kolay geliyor ise onu seçin.



4-Sırt üstü yataarken koltuk altını derinlemesine elle muayene etme



KAYNAKLAR

1. www.kanser.gov.tr (Erişim Tarihi: 12 Mayıs 2010)
2. <http://www.cancer.org> (Erişim Tarihi: 12 Mayıs 2010)
3. Taşkın L. (2009). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 9. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.

LOHUSALIK EGZERSİZLERİ

Lohusalık egzersizlerinin yararları :

- Gebelik süresince gerilmiş olan karın ve perine kaslarını güçlendirir.
- Gebelikte bozulmuş olan beden imajının düzelmesini sağlar.
- Bel ağrılarının ve olası damar sorunlarını önler.
- Fazla yağların yakılmasını sağlar.
- Göğüs şeklinin muhafaza edilmesini sağlar.
- Psikolojik durumunun düzelmesine yardım eder.

Lohusalık egzersizleri konusunda bilinmesi gereken önemli noktalar :

- Egzersiz yaparken odanın iyi havalandırılması, rahat elbiseler giyilmesi, mesanenin ve göğüslerin boşaltılmış olması gereklidir.
- Egzersizlere doğumdan 24 saat sonra başlanır ve en az 6 hafta devam edilmelidir.
- Pelvik taban egzersizlerine (Kegel) doğumdan 6 saat sonra başlanabilir.
- Her egzersize günde en az iki kez (sabah-akşam) olmak üzere iki tekrarla başlanır.
- Egzersizler yavaş ve ani hareketlerden kaçınarak yapılmalıdır.
- Bir egzersiz aşaması tolere edilince diğerine geçilmelidir.

Normal doğum yapan lohusa aşağıdaki egzersiz aşamalarını uygulamalıdır:

I. Aşama Egzersizleri:

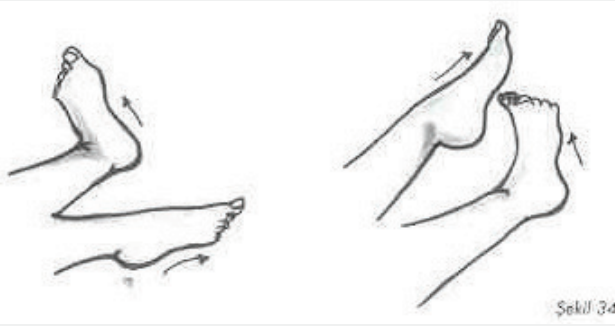
- Doğumdan sonra ayağa kalkmadan önce bacakları sarkıtarak yatak kenarında birkaç dakika oturun.
- Ayağa ilk kalkıp yürürken karın, kalçalar ve pelvik taban kaslarını sıkın.
- Derin solunum (Şekil-1-), ayak egzersizleri (Şekil-2-), sırt kaslarını kasma egzersizleri (sırtı kasarak yere değdirme), kegel egzersizleri ve pelvik eğilme (tilt) (Şekil-3-) egzersizlerini yapın.

Şekil –1- Derin solunum egzersizi :

1. Sırt üstü ya da yarı oturur pozisyonda yat.
2. Bir eli karına koyarak burundan nefes alırken karnı şişir.
3. Ağızdan soluk ver, elle destekleyerek diyaframı yükseltmeye yardım et.



Şekil –2–Ayak egzersizleri : Ayakları yukarı bükme, germe ve çevirme hareketleri.



Şekil-3- Pelvik tilt :

1. Sırt üstü dizler bükük pozisyonda yat.
2. Derin nefes alırken belini yere veya yatağa değecek biçimde düzleştirerek kalçanı geriye doğru çek.
3. Nefesini 3-5 saniyelik bir sürede yavaş yavaş verirken karın kaslarını kas ve kalçalarını sıkıştır.
4. Gevşe.



II. Aşama Egzersizleri:

Ayakları çekip uzatın.

Diz, ayak ve bacak çevirme ve köprü kurma egzersizlerini yapın. (Şekil -4–5-6-ve -7-)

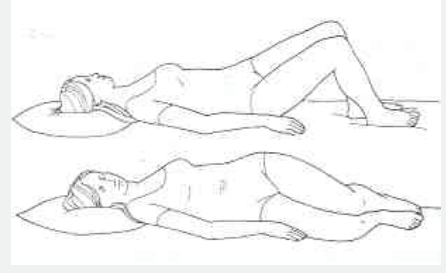
Şekil –4- Köprü kurma :

1. Sırt üstü yat.
2. Karın, kalça ve bacaklar aynı hizada olacak şekilde, kalçaları yerden kaldı.
3. Bu sırada nefesini tut ve normale dönerken nefesini ver.



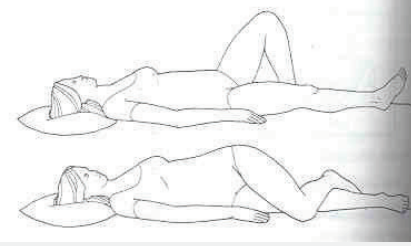
Şekil – 5- Her iki dizi çevirme :

1. Sırt üstü bacaklar düz pozisyonda yat.
2. Omuzları düz ve ayakları sabit tutarak her iki dizi yatağın sağ tarafına degecek şekilde çevir.
3. Bu defa sağ bacağı yatağın sol tarafına dokunduracak biçimde çevir.
4. Başlangıç pozisyonuna dön ve gevşe.



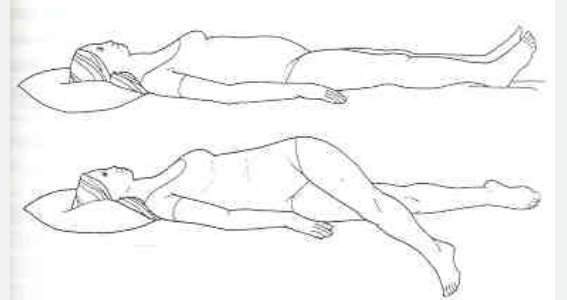
Şekil – 6- Tek dizi çevirme :

1. Sırt üstü sağ bacak düz, sol bacak dizden bükük pozisyonda yat.
2. Omuzları düz tutarak sol dizi yatağın sağ tarafına degecek şekilde çevir.
3. Bacakların pozisyonunu değiştir, sol bacağı düz, sağ diz bükük pozisyonda tut ve yatağın sol tarafına dokunduracak biçimde çevir.



Şekil- 7- Bacak kaydırma egzersizi :

1. Sırt üstü bacaklar düz pozisyonda yat.
2. Omuzları düz tutmak koşuluyla, sol bacağı gergin tutarak kaldır ve yumuşak bir hareketle yatağın sağ tarafına dokunduracak şekilde çevir.
3. Başlangıç pozisyonuna dön ve gevşe.
4. Bu defa sağ bacağı yatağın sol tarafına dokunduracak biçimde çevir.
5. Başlangıç pozisyonuna dön ve gevşe.



III. Aşama Egzersizleri:

Mekik hareketini yapın (Şekil-8-)

Köprü kurun (Şekil-4-)

İleri karın egzersizlerine geçin (Şekil-9-)

Şekil- 8- Mekik hareketi :

1. Sırt üstü dizler bükük pozisyonda yat.
2. Derin nefes alırken çeneyi göğüse daya.
3. Nefes verirken kolları düz biçimde dizlere doğru uzatarak baş ve omuzları yaklaşık 15-20 cm. yükselt.
4. Bu sırada belini sabit tut.
5. Baş ve omuzları yavaşça eski pozisyonuna getir ve gevşe.



Şekil- 9- İleri karın hareketleri :

1. Sırt üstü dizler bükük pozisyonda yat.
 2. Kollarını göğsünde birleştir.
 3. Yan biçimde dizlere doğru uzatarak baş ve omuzları yaklaşık 15-20 cm. yükselt.
 4. Baş ve omuzları yavaşça eski pozisyonuna getir, gevşe.
- Bu hareketi kolları ensede birleştirerek öne ve yana doğru yapılabilir.



Sezeryanla doğum yapan lohusa aşağıdaki egzersiz aşamalarını uygulamalıdır:

- Mümkün olduğunca erken dönemde ayağa kalkmalı ve yürümelidir.
- Hareket esnasında kesi yerine dikkat ederek 1-2 gün elle destek olabilir.
- Sol yan tarafa yatarak (dizler bükük pozisyonda) rahatlanabilir ve gazın barsaklarda ilerlemesi kolaylaşır.
- Egzersizlere anesteziye çıkar çıkmaz başlanabilir.
- Başlangıçta her egzersiz iki kez yapılır, sonra giderek artırılır.
- Her egzersiz arasında derin soluma ve gevşeme yapılmalıdır.

I. Aşama Egzersizleri:

- Solunum egzersizleri yapın. (Şekil-1-)
- Sırtı yastıklarla destekleyerek bacağa yönelik kasılma egzersizleriyle başlayın (Şekil –2-) Ayağa kalkıp dolaşana kadar devam
- Kegel egzersizlerine başlayın.

II. Aşama Egzersizleri:

- Sırtı yastıkla destekleyerek pelvik tilt yapın. (Şekil-3-)
- Ayağa kalkmadan önce dizler bükük olarak kollara dayanarak oturun.

III. Aşama Egzersizleri:

- Köprü kurma ve yastıkla mekik hareketlerini yapın. (Şekil –4- ve -8-)
- Diz çevirme ve bacak kaydırma egzersizleri yapın. (Şekil –5-6-ve-7-)
- İleri karın egzersizlerine geçin. (Şekil –9-)

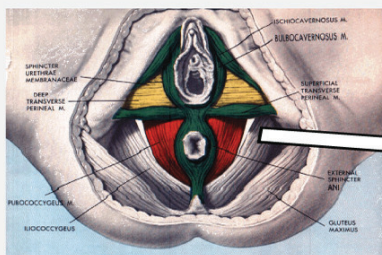
KEGEL EGZERSİZLERİ

Kegel egzersizlerinin yararları :

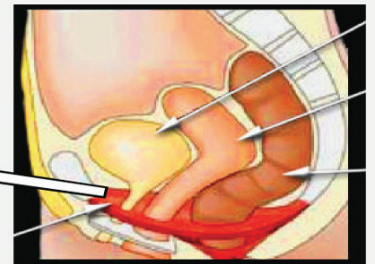
- İdrar kaçırmayı önler,
- Cinsel ilişkiden zevk almayı sağlar,
- Üreme organlarının sarkmasını önlediği için kadın yaşamında son derece önemlidir, gebelikte, lohusalıkta ve menopoz döneminde düzenli olarak yapılmalıdır.

Egzersiz aşağıda belirtilen aşamalarla uygulanmalıdır :

- Mesanenizi boşaltın, rahat edebileceğiniz giysiler giyin.
- Eğer egzersizi yatarak yapacaksanız başınızı hafif bir yastıkla yükseltin.
- Dizler bükük şekilde uzanın . Ayakta ya da oturarak da yapabilirsiniz.
- Önce derin bir nefes alın.
- Vücudunuzu gevşetmeye odaklanın ve vajina-anüs (Hazne ve makat) etrafındaki kaslara konsantre olun.
- Hazne ve makat etrafındaki kaslarınızı birlikte kasın, ama bu sırada karın ve bacak kaslarınızı kasmayın. (aşağıdaki resimlerdeki kas grubu)
- Doğru kas grubunu kastığınızdan emin olmak için işaret ve orta parmağınızı haznenize koyarak egzersiz yapabilirsiniz.
- Bu egzersiz paketini bir günde 6-8 kez ya da saat başı tekrarlamanız önerilir.
- Egzersizleri günde 300 kez yapabilirsiniz.
- Kasılma esnasında nefesinizi tutmayın, kalça ve karın kaslarınızı kasmayın.



Pelvik taban kasları



KAYNAKLAR

Taşkın L. (2009). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 9. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.

Taşkın L, Eroğlu K, Terzioğlu F, Vural G, Kutlu Ö. (2004). Hemşire ve Ebeler İçin Doğum ve Kadın Sağlığı Uygulama Rehberi, Palm e Yayıncılık, Ankara, 99-110.

www.saglik.gov.tr (Erişim tarihi 10 Mayıs 2010)

EK- 9 ETİK KURUL İZNİ

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMA ETİK KOMİSYONU

Sayı: 256

01.10.2010

Sayın: Doç.Dr.Nurdan DEMİRCİ

Etik Komisyonumuza sunmuş olduğunuz “Postpartum dönemde adölesanlara verilen üreme sağlığı eğitiminin etkinliği” başlıklı, Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu 2010/104 Karar nolu **ANKET** nitelikli araştırma projeniz; ; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, OMÜ-TAEK yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse, 6 aylık bildiriminin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza bildirilmesine 26.08.2010 tarihli etik komisyonumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Abdulkarim BEDİR
Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu
Başkanı

EK-10 KURUM İZİNİ



**T.C.
ÇARŞAMBA KAYMAKAMLIĞI
DEVLET HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI**

SAYI : B-10-4-ISM-4-55-45-01-

ÇARŞAMBA

**KONU: Serap TOPATAN'ın
T.C.Kimlik No: 44698832666
Doktora Tezi hk.**

22/03/2010

HASTANE KONSEYİ BAŞKANLIĞI'NA

Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora öğrencisi Serap TOPATAN'ın, 'Postpartum Dönemde Adölesanlara Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Etkinliği' adlı tezini hazırlamak üzere Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan kurumumuza verilmiş olan 18/02/2010 tarihli ve 24 sayı numaralı yazı ilişikte sunulmuştur. Doktora Tezini Hastanemizde yapması için, hastanemiz konseyi tarafından uygun görülmesi hususunda;

Bilgilerinizi rica ederim.

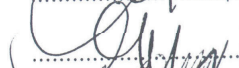
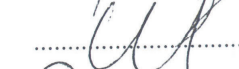
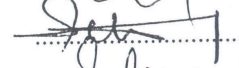
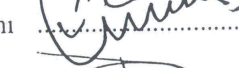
Op.Dr. Mahmut ULUBAY
Baştabip V.

Ek: 1 Adet Dilekçe

Kavakdibi Mevkii ÇARŞAMBA /SAMSUN
e-posta adresi: samsundhs5@saglik.gov.tr
web adresi : www.carsambadh.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: Personel Şefliği
Tel Santral : (0362) 8334265
Fax: (0362) 8331159

HASTANE KONSEYİ

<u>ADI SOYADI</u>	<u>BÖLÜM</u>	<u>İMZA</u>
1- Op.Dr.Dursun M.MEHEL	Baştabip	
2- Op.Dr.Mahmut ULUBAY	Üroloji Uzmanı	
3- Op.Dr. Yunus ÖZTÜRK	Genel Cerrahi Uzmanı	
4- Uzm.Dr.İlkay KAHRAMAN	Dahiliye Uzmanı	
5- Op.Dr.Selçuk TEPE	Ortopedi Uzmanı	
6- Op.Dr.İpek GENÇ	Göz Hastalıkları Uzmanı	
7- Uzm.Dr.Özgür SAKARYA	Çocuk Hastalıkları Uzmanı	
8- Uzm.Dr.Doğan Ali USLU	Radyoloji Uzmanı	
9- Uzm.Dr.Turgut ÇAYKARA	Cildiye Uzmanı	
10- Uzm.Dr.Zekeriya BAHÇE	Psikiyatri Uzmanı	
11- Uzm.Dr.Zeliha TEKCAN	Anestezi Uzmanı	
12- Uzm.Dr.İ.Tuba SAYICI	Enfeksiyon Hast.Uzmanı	
13- Uzm.Dr.Ahmet YILMAZ	Nöroloji Uzmanı	
14- Dt.Serhan ÇEVİKER	Diş Tabibi	
15- Sadık BOZOK	Hastane Müdürü	
16- Şengül BEŞİRLİ	Başhemşire	
17-Semra DİNÇ	Kalite Birim Sorumlusu	

EK-11 ÜSBÖ KULLANIM İZNİ

Evli kadınların üreme sağlığı koruyucu tutumlarını belirleme ölçeği kullanım izni

Gelen Kutusu

10 Ocak 2010 11:52

serap topatan

<s.topatan@gmail.com>

Kime: cbu_ebelik@hotmail.com CS_INSTRUCTION_3

[Yanıtla](#) | [Yanıtı tüm alıcılara gönder](#) | [Yönlendir](#) | [Yazdır](#) | [Çöp kutusuna gönder](#) | [Orijinali göster](#)

Merhaba hocam, ben Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu'nda öğretim görevlisiyim. Aynı zamanda Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği'nde Doç.Dr.Nurdan DEMİRCİ'nin danışmanlığında doktora tezimi yürütüyorum. Sizden geliştirmiş olduğunuz "Evli kadınların üreme sağlığı koruyucu tutumlarını belirleme ölçeği"nin kullanımı için izin istiyorum.

Tezim bittiğinde size de bir adet ulaştıracağım hocam ama sormak istediğiniz bir şey olursa da numaram:

Öğr.Gör.Serap TOPATAN

0 532 403 27 23

İlginize teşekkür ederim hocam,
iyi çalışmalar.

[Yanıtla](#) | [Yanıtı tüm alıcılara gönder](#) | [Yönlendir](#) | [Yazdır](#) | [Çöp kutusuna gönder](#) | [Orijinali göster](#)

10 Ocak 2010 19:41

Hülya DEMİRCİ

<cbu_ebelik@hotmail.com>

Kime: s.topatan@gmail.com CS_INSTRUCTION_3

[Yanıtla](#) | [Yanıtı tüm alıcılara gönder](#) | [Yönlendir](#) | [Yazdır](#) | [Çöp kutusuna gönder](#) | [Orijinali göster](#)

Sayın Topatan,

Tez çalışmanızda, tarafımdan geliştirilen "Evli Kadınların Üreme Sağlığı Koruyucu Tutumlarını Belirleme Ölçeğini" kullanmanıza izin veriyorum. Çalışmalarınızda başarılar dilerim, Saygılarımla.....

Yrd.Doç.Dr.Hülya DEMİRCİ

Celal Bayar Üniversitesi

Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü Tel: 0.236 239 13 18

EK-12 AP TUTUM ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

serap topatan

21 Eylül 2009 11:05

<s.topatan@gmail.com>

Kime: ozlorsal@yahoo.com, ozlorsal@gmail.com CS_INSTRUCTION_3

[Yanıtla](#) | [Yanıtı tüm alıcılara gönder](#) | [Yönlendir](#) | [Yazdır](#) | [Çöp kutusuna gönder](#) | [Orijinali göster](#)

Merhaba Özlem hanım nasılsınız?

Sizden bir ricada bulunacağım.

Ben marmara üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum anabilim dalında doktora öğrencisiyim ve AP tutum ölçeğinizi doktora tezimde kullanmak istiyorum. Ölçeğinizi kullanmak için sizden izin istiyorum.

Şimdiden teşekkür ederim.

İyi çalışmalar.

24 Eylül 2009 14:25

ozlem orsal

<ozlorsal@yahoo.com>

Kime: serap topatan <s.topatan@gmail.com> CS_INSTRUCTION_3

[Yanıtla](#) | [Yanıtı tüm alıcılara gönder](#) | [Yönlendir](#) | [Yazdır](#) | [Çöp kutusuna gönder](#) | [Orijinali göster](#)

Sevgili Serap,

Aksiliklerden dolayı üzgünüm. Danışmanlarına bol selamlarımı iletirsen sevinirim. Doktora çalışmada başarılar dilerim.

En iyi dileklerle

Yrd.Doç.Dr. Özlem Örsal

From: serap topatan <s.topatan@gmail.com>

To: ozlorsal@yahoo.com; ozlorsal@gmail.com

Sent: Monday, September 21, 2009 1:05:02 PM

Subject: ap tutum ölçeği

- Alıntılanan metni göster -

EK-13 BİLGİLENDİRİLMİŞ BİREY ONAM FORMU

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir

Çalışmanın konusu: Postpartum dönem kadınların hem fiziksel hemde ruhsal anlamda bir çok değişikliği bir arada yaşadıkları bir dönem olması sebebi ile çok önemlidir. Özellikle adolesanlar her anlamda kendi gelişimlerini tamamlamamadıkları için gebelik ve postpartum döneme, yeni dir bireyin varlığına uyum sağlamakta yetişkinlere oranla daha büyük sıkıntılar çekecektir. Bu dönemi daha sağlıklı atlatabilmeleri içinde adolesanlara üreme sağlığı eğitimi vermenin etkili olacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada, postpartum dönemde verilen üreme sağlığı eğitiminin adolesanlarda ki etkinliğini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma sürecinde sizlere 2 ölçek, 2 anket formu uygulanacak ve daha sonra 3'er aylık periyodlar şeklinde 1 yıl süre ile verilen eğitimin davranışa geçip geçmediği ve etkisi, eğitim öncesi yapılan ölçekler ile tekrar değerlendirilecektir.

Çalışmayı yürüten araştırmacı sizden maliyet olarak hiçbir talepte bulunmayacak ve size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

Çalışma verileri size özel bir numara olan bir kod ("Kod") numarası kullanımıyla korunacaktır. Sizin çalışma verilerinize ulaşmak için gerekli olan kod anahtarı araştırmacının elindedir. Adınız ve soyadınız kesinlikle saklı tutulacaktır. Araştırmacınız çalışma verilerinizi yalnızca çalışma için kullanacaktır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılma kararımı tamamen gönüllü olarak veriyorum. Bu çalışmaya katılmayı reddedebileceğimin veya katıldıktan sonra istediğim zaman, bu tedavi kurumunda göreceğim bakım ve tedaviler etkilenmeksizin ve hiçbir sorumluluk almadan ayrılabilceğimin bilincindeyim. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Araştırmacı saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Araştırmacı tarafından şahsıma anlatılan tüm bu bilgiler doğrultusunda doğum sonu dönemde bana verilecek üreme sağlığı eğitiminin uygulanmasını kabul ediyorum.

İMZA:/..../2010

ARAŞTIRMACI: Öğr. Gör. Serap TOPATAN

İMZA:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Serap	Soyadı	TOPATAN
Doğum Yeri	Samsun	Doğum Tarihi	01.06.1981
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	44698832666
E-mail	s.topatan@gmail.com	Tel	0 532 403 27 23

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora	Marmara Üniversitesi	-----
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi	2007
Lisans	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	2005
Lise	Samsun Atatürk Sağlık Meslek Lisesi	1999

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Öğretim Görevlisi	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu	2009- halen
2.	Ebe	Samsun Çarşamba İlçesi Toplum Sağlığı Merkezi	2008-2009(3 ay)
3.	Ebe	Samsun Çarşamba Devlet Hastanesi	2001-2008
4.	Ebe	Sinop Türkeli Sağlık Ocağı	2001-(6ay)

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	İyi

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
63								

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	74.234	72.792	71.350

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	Çok iyi
SPSS Programı	İyi