



**T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**EVLENMEK İÇİN BAŞVURAN ÇİFTLERİN AİLE  
PLANLAMASI VE CİNSEL YOLLA BULAŞAN  
HASTALIKLAR HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Hatice Nur LALE**

**KAYSERİ-2018**



**T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**EVLENMEK İÇİN BAŞVURAN ÇİFTLERİN AİLE  
PLANLAMASI VE CİNSEL YOLLA BULAŞAN  
HASTALIKLAR HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Hazırlayan  
Dr. Hatice Nur LALE**

**Danışman  
Prof. Dr. Osman GÜNAY**

**KAYSERİ-2018**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, tecrübe ve sevgilerini esirgemeyen çok saygıdeğer hocalarıma, bu araştırmanın planlanması, yürütülmesi sırasında bana yol gösteren ve destek olan değerli tez danışmanım Prof. Dr. Osman Günay’a, uzmanlık eğitim süresini birlikte geçirdiğim her türlü destekleriyle yanımda olan sevgili asistan arkadaşlarıma ve tüm Halk Sağlığı Anabilim Dalı çalışanlarına, bugünlere gelmemde en büyük role sahip her anımda yanımda olan annem Jale Saydan ve babam Eyüp Saydan’a, varlıklarıyla hayatıma anlam katan çocuklarım Elif Lale ve Eyüp Kaan Lale’ye, sevgili eşim Azmi Lale’ye minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

**Hatice Nur Lale**

**Şubat 2018, KAYSERİ**

# İÇİNDEKİLER

|                                                                                                                           |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| TEŞEKKÜR .....                                                                                                            | i    |
| İÇİNDEKİLER .....                                                                                                         | ii   |
| KISALTMALAR .....                                                                                                         | iv   |
| TABLolar LİSTESİ .....                                                                                                    | v    |
| ÖZET .....                                                                                                                | viii |
| ABSTRACT.....                                                                                                             | ix   |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ .....                                                                                                    | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                                                                                                    | 5    |
| 2.1. EVLİLİK .....                                                                                                        | 5    |
| 2.2. ÜREME SAĞLIĞI.....                                                                                                   | 10   |
| 2.2.1. Üreme Sağlığının Tarihsel Gelişimi .....                                                                           | 11   |
| 2.2.2. Dünyada Üreme Sağlığı Düzeyi .....                                                                                 | 13   |
| 2.2.3. Gençler ve Üreme Sağlığı .....                                                                                     | 13   |
| 2.3. AİLE PLANLAMASI.....                                                                                                 | 17   |
| 2.3.1. Aile Planlaması Yöntemleri ve Yöntem Kullanımını Etkileyen Bazı<br>Faktörler .....                                 | 17   |
| 2.3.2. Aile Planlamasının Yararları ve Karşılanmamış Aile Planlaması<br>İhtiyacından Doğan Sağlıkla İlgili Sorunlar ..... | 20   |
| 2.3.3. Dünyada Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanım Durumu .....                                                        | 23   |
| 2.3.4. Türkiye’de Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanım Durumu .....                                                     | 25   |
| 2.3.5. Türkiye’de Aile Planlamasının Siyasal Süreci .....                                                                 | 27   |
| 2.4. CİNSEL SAĞLIK .....                                                                                                  | 29   |
| 2.4.1. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Bulaşını Etkileyen Biyolojik Ve<br>Davranışsal Faktörler.....                   | 31   |
| 2.4.2. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Semptomları.....                                                                | 33   |
| 2.4.3. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Boyutu ve Önemi .....                                                           | 33   |
| 2.4.4. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Komplikasyonları.....                                                           | 37   |
| 2.4.5. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Tanı ve Tedavisi.....                                                           | 38   |

|                                                                                                                                                                   |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.4.6. Gençlerde Cinsel Sağlık .....                                                                                                                              | 39         |
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>                                                                                                                                    | <b>41</b>  |
| 3.1. Araştırmanın Türü.....                                                                                                                                       | 41         |
| 3.2. Araştırmanın Yer ve Zaman Özellikleri.....                                                                                                                   | 41         |
| 3.3. Araştırma Evreni Ve Örneklemi .....                                                                                                                          | 41         |
| 3.4. Verilerin Toplanması, Veri Toplama Aracı .....                                                                                                               | 42         |
| 3.5. Verilerin Değerlendirilmesi Ve İstatistiksel Analiz .....                                                                                                    | 42         |
| 3.6. Araştırmanın Etik Boyutu .....                                                                                                                               | 43         |
| <b>4. BULGULAR.....</b>                                                                                                                                           | <b>44</b>  |
| 4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri .....                                                                                                         | 44         |
| 4.2. Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Aile Planlaması ile İlgili Bilgi<br>ve Düşüncelerinin Karşılaştırılması .....                                       | 46         |
| 4.3. Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan<br>Hastalıklarla İlgili Çeşitli Konulardaki Bilgi ve Düşüncelerinin<br>Karşılaştırılması ..... | 56         |
| <b>5. TARTIŞMA.....</b>                                                                                                                                           | <b>65</b>  |
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>                                                                                                                                  | <b>94</b>  |
| <b>KAYNAKLAR .....</b>                                                                                                                                            | <b>97</b>  |
| <b>EKLER .....</b>                                                                                                                                                | <b>118</b> |
| <b>TEZ ONAY SAYFASI.....</b>                                                                                                                                      | <b>126</b> |

## KISALTMALAR

|                |                                                                            |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>AIDS</b>    | : Acquired Immune Deficiency Syndrome / Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu |
| <b>AP</b>      | : Aile Planlaması                                                          |
| <b>CYBH</b>    | : Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar                                         |
| <b>DALY</b>    | : Disability Life Adjusted Years / Engelliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı         |
| <b>DSÖ</b>     | : Dünya Sağlık Örgütü                                                      |
| <b>HBV</b>     | : Hepatit B Virüs                                                          |
| <b>HCV</b>     | : Hepatit C Virüs                                                          |
| <b>HIV</b>     | : Human Immunodeficiency Virus / İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü              |
| <b>HPV</b>     | : Human Papilloma Virüs                                                    |
| <b>HSV</b>     | : Herpes Simpleks Virüs                                                    |
| <b>OKS</b>     | : Oral Kontraseptif                                                        |
| <b>RIA</b>     | : Rahim İçi Araç                                                           |
| <b>TAYA</b>    | : Türkiye Aile Yapısı Araştırması                                          |
| <b>TGCSÜSA</b> | : Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması             |
| <b>TNSA</b>    | : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması                                      |

## TABLÖLAR LİSTESİ

|                  |                                                                                                                                           |    |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 1.</b>  | Dünyada ve Gelişmişlik Düzeyi Farklı Olan Ülkelerde Doğurganlıkla İlgili Göstergeler (2017) .....                                         | 23 |
| <b>Tablo 2.</b>  | Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Yaşlarının Karşılaştırılması .....                                                               | 44 |
| <b>Tablo 3.</b>  | Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Sosyodemografik Özellikleri .....                                                                | 45 |
| <b>Tablo 4.</b>  | Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Aile Planlamasının Amaçlarına Yönelik Sorulara Verdikleri Cevapların Karşılaştırılması .....     | 46 |
| <b>Tablo 5.</b>  | Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Çocuk Tercihlerinin Karşılaştırılması .....                                                      | 47 |
| <b>Tablo 6.</b>  | Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Çocuk Cinsiyeti Tercihlerinin Çocuk Sayısına Göre Karşılaştırılması .....                        | 47 |
| <b>Tablo 7.</b>  | Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Toplam Çocuk Sayısı Tercihlerinin Karşılaştırılması .....                                        | 48 |
| <b>Tablo 8.</b>  | Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Çocuk Sahibi Olmayı Düşündükleri Sürelerin Karşılaştırılması .....                               | 48 |
| <b>Tablo 9.</b>  | Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Çocuk Sahibi Olmayı Düşündükleri Sürelerin Dağılımının Karşılaştırılması .....                   | 48 |
| <b>Tablo 10.</b> | Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Gebelik ve Aile Planlaması ile İlgili Bazı Düşünce ve Tercihlerinin Karşılaştırılması .....      | 49 |
| <b>Tablo 11.</b> | Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanmayı Düşünmeyen ya da Bu Konuda Kararsız Olan Bireylerde Cinsiyete Göre Sebeplerin Karşılaştırılması ..... | 50 |
| <b>Tablo 12.</b> | Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemleri Duyma Durumlarının Karşılaştırılması .....                          | 51 |
| <b>Tablo 13.</b> | Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Kullanmayı Düşündükleri Gebeliği Önleyici Yöntemlerin Karşılaştırılması .....                    | 52 |
| <b>Tablo 14.</b> | Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların En Etkili Buldukları Gebeliği Önleyici Yöntemlerin Karşılaştırılması .....                       | 52 |
| <b>Tablo 15.</b> | Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemleri Seçme Nedenlerinin Karşılaştırılması .....                          | 53 |

|                                                                                                                                                                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 16.</b> Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Kaynaklarının Karşılaştırılması.....                                                                                               | 53 |
| <b>Tablo 17.</b> Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Aile Planlaması Hakkında Bilgi Düzeylerine Yönelik Sorulara Verdikleri Cevapların Karşılaştırılması .....                                                            | 54 |
| <b>Tablo 18.</b> Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Aile Planlaması Konusunda Bilgi Almak İçin Başvurmayı Düşündükleri Kaynakların Karşılaştırılması .....                                                               | 55 |
| <b>Tablo 19.</b> Araştırma Grubundaki Erkek Ve Kadınların Gençlerin Aile Planlaması Konusunda Bilgi Almasını Uygun Buldukları Kaynakların Karşılaştırılması .....                                                              | 55 |
| <b>Tablo 20.</b> Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Denildiğinde İlk Akla Gelen Hastalıkların Karşılaştırılması ....                                                                    | 56 |
| <b>Tablo 21.</b> Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Olarak Düşündükleri Enfeksiyonların Karşılaştırılması.....                                                                             | 57 |
| <b>Tablo 22.</b> Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların HPV ve Aşısını Duyma Durumlarının Karşılaştırılması .....                                                                                                            | 57 |
| <b>Tablo 23.</b> Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların AIDS Hastalığının Bulaş Yoluyla İlgili Düşüncelerinin Karşılaştırılması .....                                                                                        | 58 |
| <b>Tablo 24.</b> Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Bulaş Şekilleri, Hastalığın Seyri Gibi Konulardaki Sorulara Verdikleri Cevapların Karşılaştırılması.....                          | 59 |
| <b>Tablo 25.</b> Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan Korunma Konusundaki Bilgilerinin Karşılaştırılması .....                                                                         | 61 |
| <b>Tablo 26.</b> Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Şimdiki ve İlerde Sahip Olmak İstedikleri Bilgi Düzeylerine Yönelik Sorulara Verdikleri Cevapların Karşılaştırılması ..... | 62 |
| <b>Tablo 27.</b> Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Kaynaklarının Karşılaştırılması .....                                                                             | 63 |

|                                                                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 28.</b> Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi Almak İçin Başvurmayı Düşündükleri Kaynakların Karşılaştırılması ..... | 64 |
| <b>Tablo 29.</b> Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Çocuklara Cinsel Konularda Eğitim Verilme Dönemi Hakkındaki Düşüncelerinin Karşılaştırılması .....                      | 64 |



# EVLENMEK İÇİN BAŞVURAN ÇİFTLERİN AİLE PLANLAMASI VE CİNSEL YOLLA BULAŞAN HASTALIKLAR HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada, Kayseri’de evlilik aşamasındaki çiftlerin aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi, tutum ve düşüncelerini belirlemek ve çiftler arasında uyum düzeyini saptamak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmada, Kayseri ili Mustafa Kızıklı Aile Sağlığı Merkezi’ndeki Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Birimi’ne evlenmek için başvuran 18 yaş ve üzeri 447 çiftten, 59 sorudan oluşan anket formu uygulanarak sosyodemografik özellikler, aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi ve tutumlar ile ilgili bilgiler toplanmıştır.

**Bulgular:** Çiftlerin, dörtte birinin AP hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve üçte birinin ileride kullanılacak aile planlaması yöntemi konusunda kararsız oldukları bulunmuştur. AP yöntemi kullanacak çiftler arasında geleneksel yöntemleri tercih edenlerin oranı %15 olarak bulunmuştur. Çiftlerin yaklaşık tamamı HIV/AIDS’i biliyor olsa da diğer CYBH daha az oranda bilinmektedir. Çiftler arasında CYBH ile ilgili yanlış inanışlar olduğu saptanmıştır. Çiftlerin çoğunun AP ve CYBH hakkındaki bilgilerini görsel medyadan edindiği ve yaklaşık yarısının, özellikle sağlık personelinin, bilgi almak istedikleri bulunmuştur.

**Sonuç:** Üreme sağlığını güçlendirmek için, evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri, gereksinimlere göre düzenlenip yaygınlaştırılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Evlilik, Aile Planlaması, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

# KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT FAMILY PLANNING AND SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES OF THE PREMARITAL COUPLES

## ABSTRACT

**Aim:** In this study, it was aimed to determine the knowledge, attitudes and thoughts about family planning and sexually transmitted diseases of premarital couples in Kayseri and to determine the level of consistency between couples.

**Materials and Methods:** In this descriptive study, a questionnaire consisting of 59 questions included sociodemographic characteristics, knowledge and attitudes about family planning and sexually transmitted diseases, was applied on 447 couples, who are 18 years old and older also applied for marriage to Maternal Health and Family Planning Unit in Mustafa Kızılıklı Family Health Center in Kayseri.

**Results:** One in four of the couples found that they did not have enough information about the family planning and that one third of them were undecided about the family planning method to be used in the future. Among the couples who will use the family planning method, the rate of those who prefer traditional methods is 15%. Whereas couples almost all know HIV / AIDS, the other sexually transmitted diseases are less well known. There was a false belief among the couples regarding sexually transmitted diseases. It has been found that most of the couples obtain information about family planning and sexually transmitted diseases from the visual media, and about half of them want to receive information, especially from health personnel.

**Conclusion:** To strengthen reproductive health, premarital counseling services should be organized and disseminated according to needs.

**Keywords:** Marriage, Family Planning, Sexually Transmitted Diseases

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bireylerin sosyal yaşantısının bir parçası olan evlilik, yaşamın dönüm noktalarından biri olarak da ifade edilebilmekte olup, bireylere birçok görev ve sorumluluklar yüklemektedir (1). Evrensel bir davranış biçimi olan evliliğin amacında, cinsel gereksinimlerin karşılanması, cinsel yaşamın devam ettirilmesi, nesli devam ettirme isteği, ekonomik kalkınma gibi bazı insan gereksinimleri bulunmaktadır (2-4). Doğurganlık davranışı için evlenme bir önkoşul olmamakla ve özellikle erken yaşlarda evlilik dışı doğumlar da artmakla beraber, dünyanın genelinde doğumların büyük çoğunluğu evlilik kurumu içerisinde gerçekleşmektedir (5, 6). Bu nedenle aile planlaması (AP) ve cinsel sağlık bu grupta ayrı bir önem taşımaktadır.

Cinsellik, insanlığın var oluşundan beri üremek ve çoğalmak için yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır ve her insan, cinsel sağlık ve AP'yi içine alan üreme haklarına sahiptir. 1994'de Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda, üreme sağlığı ve üreme haklarına detaylı yer verilmiştir. Konferansta, erkek ve kadınların, temel sağlık hizmetleri aracılığıyla, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) için tedavi hizmeti alabilecekleri, doğurganlıklarının kontrolünü güvenli, etkin, uygun ve kabul edilebilir yöntemlerle gerçekleştirebilecekleri, bu konularla ilgili bilgi alabilecekleri uygun sağlık hizmetlerine erişimi sağlayacak bir takım hedefler konulmuştur. Üreme sağlığı hizmetlerinde gençlere ve erkeklere ayrıca değinilmiştir. Erkeklerin aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardaki sorumluluklarını almalarının sağlanması gerekliliği vurgulanmıştır. Gençlere, CYBH ve erken yaşta meydana

gelebilecek gebelik risklerini azaltmak için eğitim hizmetlerinin verilmesi önerilmiştir (7).

Fiziksel büyüme, cinsel ve psikososyal gelişme gibi çok önemli değişikliklerin yaşandığı çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilen adölesan ve gençlik döneminde yaşanan üreme sağlığını etkileyecek temel olumsuzluklar; yetersiz bilgilendirilme, sağlık hizmetlerine yetersiz erişim ve yol göstericiliğin olmamasıdır (6, 8). Bu bilgisizlikle cinsel yaşamın başlaması, istenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler, erken yaşta çocuk doğurma, riskli cinsel davranışlar, Human Immunodeficiency Virus (HIV) /Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) ve diğer CYBH'nın yaygınlaşması gibi üreme sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (6). Dünyada doğurganlık azalsa da, karşılanmamış AP ihtiyacı, istenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler gençler arasında yaygınlığını korumaktadır (9). Gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar genç kadınlarda daha ağır seyretmekte, CYBH daha çok gençler arasında görülmektedir (10). Dünyada, 20-24 yaş genç yetişkinlerin ölüm sebepleri arasında HIV/AIDS, erkeklerde %7.0'lık, kadınlarda %10.1'lik paya sahiptir (11). Gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar, 20-24 yaş grubu kadınların ölüm nedenlerinin başında gelmektedir ve %17.1'inden sorumludur (12). Dünyada 20-24 yaş genç yetişkinlerin, engelliğe ayarlanmış yaşam yılı (DALY) için önde gelen risk faktörleri incelendiğinde, güvenli olmayan cinsel davranışların, 1990 yılında dokuzuncu sırada yer alırken, 2013 yılında %83 artış ile dördüncü sıraya yükseldiği görülmektedir (12). Bu komplikasyonların ve ölümlerin çoğu, yalnızca acil ve uygun tıbbi bakım sağlayarak değil, aynı zamanda, AP danışmanlığı ve hizmetleri sunarak önlenabilir (13, 14). AP yöntemleri, kadınların istenmeyen gebelikleri, yüksek riskli gebelikleri, güvenli olmayan düşük ve kürtajları önlemelerine ve kendilerini HIV dâhil CYBH'dan korunmalarına izin vererek anne ölümlerinin en az % 30'unu önleyebilir (15). Bunlara rağmen dünyada her on kadından birinin (%12) karşılanmamış AP ihtiyacı vardır ve en az gelişmiş ülkelerde, bu ihtiyaç iki katına kadar çıkmaktadır (16).

Türkiye'de 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA) göre, ortalama ilk evlenme yaşı 21, ortalama ilk doğum yapma yaşı 22.9'dur (17). DSÖ, 15-24 yaş aralığındaki bireyleri genç, 10-19 yaş aralığındaki bireyleri ergen-adölesan olarak sınıflamaktadır ki, buna göre Türkiye'de kadınların yarısı genç ya da ergen yaşta evlenip çocuk doğurmaktadır (18). Evli kadınlar arasında karşılanmamış AP ihtiyacı

%5.9 iken, genç yaşlarda artmakta, 15-19 yaşta %12.4, 20-24 yaşta %9.6 oranında görülmektedir. AP yöntemi kullanan kadınların ise, her dördünden biri geleneksel bir AP yöntemi kullanmaktadır (17).

AP hizmetlerinin amacına ulaşması için erkeklerin katılımı önemli bulunmaktadır. Erkeklerin doğurganlıkla ilgili bilgi ve tutumlarının, kadınların AP yöntemi kullanmasının belirleyici faktörlerinden olduğu bilinmektedir (19). AP yöntemleri konusunda eş ile konuşmanın herhangi bir yöntem kullanımını ve herhangi bir modern yöntem kullanımını arttırdığı bulunmuştur (20). Bununla birlikte, ülkemizdeki çeşitli çalışmalara göre; erkeklerde evlilik öncesi, daha çok riskli cinsel deneyimin yaygın olduğu ancak AP yöntemlerini evlendikten sonra eşlerinden öğrendikleri bulunmuştur (21-23).

DSÖ'nün verilerine göre, tüm dünyada yıllar içinde görülen CYBH artmakta olup yeni vakalar içinde, yaş grubu açısından (özellikle HIV için) genç nüfusun, cinsiyet açısından erkek nüfusun oranı yüksek bulunmaktadır (24-26). Dünyada, CYBH en çok, 15-24 yaş insanlarda saptanmakta, yeni gelişen enfeksiyonların yaklaşık %60'a varan oranının ve HIV ile enfekte olan kişilerin yarısının bu yaş grubunda olduğu görülmektedir (27-29). Gençlerin CYBH'ya karşı özellikle savunmasız olmasının nedenlerinden biri, CYBH'dan korunma eğitimi de dâhil olmak üzere cinsel eğitimin eksikliğidir (30). Cinsellikle ilgili bilgi eksikliği evlilik hayatında da önemli sorunlara neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda, evliliklerinde cinsel sorunlar yaşayan çiftlerin cinsellikle ilgili bilgilerinin yeterli olmadığı ve evlilik uyumlarının düşük olduğu belirlenmiştir (31-34). Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği'nin yaptığı çalışma sonuçlarına göre, cinsel sağlık veya üreme sağlığı sorunu yaşama ve buna bağlı yardım alma, evliliğin ilk yıllarında, kadınlarda daha fazla olmak üzere toplamda %14'dür (35). Evlilik hazırlığı yapan çiftler üzerinde yapılan çalışmada, çiftlerin cinsellikle ilgili bilgi eksikliklerinin olduğu, bilgi eksikliğinin kadınlarda daha belirgin olduğu ve çiftlerin CYBH hakkında yanlış inanışlara sahip oldukları belirlenmiştir (34). Evlilik aşamasında olan çiftlerde yapılan başka bir çalışmada, çiftlerin evlilik öncesinde; evliliğe hazırlık ve uyum, AP, cinsellik gibi konularda uzman kişilerden danışmanlık almak istedikleri saptanmıştır (36). Ülkemizde gençlerin %91.6'sı, evli olmayan gençlere yönelik sunulan cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerini yararlı bulmakta, hizmet kapsamında en çok bilgilendirme (%76.0) yapılmasını istemektedirler (37).

Bu çalışmada evlenecek çiftlerde, aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili bilgi, tutum ve dūřüncelerin belirlenmesi; çiftler arasında bilgi, tutum ve dūřünceler açısından uyumun olup olmadığının ortaya konulması amaçlanmıştır.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. EVLİLİK**

Toplumsal kurumlar, temel ihtiyaçları, beklentileri ve amaçları gerçekleştirmeye yönelik olarak oluşturulmuş yapılar olup, toplumun varlığını sürdürmesi ve gelişebilmesi açısından gerekli ve zorunlu olan ilişkiler ağıdır (38). Bir toplumsal kurum olarak evlilik kurumu, toplumun en önemli ve en temel kurumu olarak da ifade edilen aile kurumunun bir alt kurumudur (39). Evlilik, sosyokültürel yapılara göre farklı şekillerde gerçekleşmekle beraber, bireylerin aile kurumu oluşturmalarının toplumca kabul gören ve yaptırıma bağlanmış en meşru şeklidir (40). Evlilik, yasalara uymak şartı ile aile kurmayı, çocuk sahibi olmayı, bu çocuklara belli bir statü sağlamayı ve kültürel, sosyoekonomik, psikolojik, biyolojik amaçları hedefleyen, karşılıklı anlaşma ve dayanışmaya dayanan bir kurumdur (41).

Evlenmenin yaygın olduğu ve doğumların neredeyse hepsinin evlilik içinde meydana geldiği ülkemizde, gebelik riski altına girmenin başlangıcı anlamına gelen ilk evlenme yaşı, önemli bir demografik göstergedir (6). Ayrıca cinsel hayatın başladığı yaş, üreme sağlığını etkileyen önemli faktörlerden biridir (42). 1926 yılında çıkarılan Türk Medeni Kanunu'nda kadınlar için 17 yaş, erkekler için 18 yaş olan yasal evlenme yaşı, 1938'de reşit olmayanlar için ailenin izni alınmak kaydıyla kadınlar için 15, erkekler için 17'ye düşürülmüştür (43). 2001'den bu yana geçerli olan son halinde ise, her iki cinsiyet için 17 yaş yasal sınır olsa da, veli rızasıyla ve/veya hâkim kararıyla bu yaş sınırı 16'ya gerileyebilmektedir (44, 45). Ancak, ayırt etme gücüne sahip olmayanlar ile 16 yaşını doldurmayan bireyler, mahkemece ergin kılınsa dahi evlenemezler (45). 2007 Türkiye

Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması'na (TGCSÜSA) göre 15-19 yaş grubunda erkekler arasında halen evli olanların oranı %1'in altında iken kadınlar arasında %7.5 oranındadır, 20-24 yaş grubunda kadınların yaklaşık yarısının evli olmasına karşılık erkeklerin yedide birinden daha azı evlidir (37). Bununla birlikte, belirtilen ideal ilk evlenme yaşı, kadınlar için ortalama 22.2, erkekler için ise ortalama 24.3'tür (37). Ülkemizde, halen görülmeye devam etse de, çok erken yaşta yapılan evliliklerde belirgin bir azalma saptanmaktadır. Kadınların ilk evlenme yaşı da yıllar içinde artmıştır; 45-49 yaş grubunda 20.2 olan ortalama ilk evlenme yaşı, 25-29 yaş grubundaki kadınlarda 22'ye yükselmektedir. Ayrıca, hiç evlenmemiş kadın oranının yaşla birlikte hızla düşmesi de ülkemizde evliliğin çok yaygın olduğunu göstermektedir (17).

Evlilik, bir toplumun sağlıklı idamesinde önemli bir kurumdur ve kanunlarla korunmuştur. Anayasamızın 41. maddesinde “Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilâtı kurar” ifadesi yer almaktadır (46). Evlilik kurumu üzerinde devlet sorumluluk üstlenmekle birlikte, evlenecek bireylerden de, hukuksal olarak geçerli bir evlilik yapabilmeleri için, bazı şartları yerine getirmeleri beklenmektedir. 07.11.1985 tarih ve 18921 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Evlendirme Yönetmeliği'nin 15. maddesinde, evlenme engelleri arasında resmi sağlık kurulu raporunun bulunmaması yer almaktadır (45). 17/8/1931 tarihinde Bakanlar Kurulu kararı ile yürürlüğe konulan Evlenme Muayenesi Hakkında Nizamname'de, 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 123. ve 124. maddelerinde yer alan evlenmeye engel olacak hastalıklar belirtilmiş olup, bu hastalıklar; frengi, bel soğukluğu, yumuşak şankr, cüzzam, akıl hastalığı ve verem olarak belirlenmiştir (47). Bunlar dışında, evlenme engeli teşkil etmeyen ancak dikkat edilmesi gereken bulaşıcı hastalıklar veya etkenler, HIV/AIDS, hepatit B enfeksiyonu (HBV), hepatit C enfeksiyonudur (HCV) (47-49).

Bazı sağlık problemleri evlenmeye engel oluşturabildiği gibi, bazıları da evlilik ve çocuk sahibi olmakla beraber artmaktadır. Genel başlıklarla evlilikle ilgili sağlık riskleri şöyle sıralanabilir;

1. Enfeksiyon Hastalıkları; CYBH, tüberküloz, lepra

2. Genetik Geçişli Hastalıklar; metabolik hastalıklar, hemoglobinopatiler, kromozom anomalileri, diğer kalıtsal hastalıklar
3. Kan Uyuşmazlığı; Rh uyuşmazlığı, ABO uyuşmazlığı
4. Psikiyatrik Hastalıklar (47-49).

Evlilikle ilgili sağlık riskleri açısından dikkat edilmesi gereken bir konu da akraba evlilikleridir. Akraba evliliği, eşler arasında kan bağı bulunması, yani aynı atadan gelme durumudur (50). Akraba evliliği, genel olarak iki derecede incelenir. İlki 1. derece akraba evliliği (kuzen evlilikleri) denilen, çiftin anne veya babalarından birinin kardeş olduğu evliliklerdir. Büyükanne veya büyükbabaların kardeş olmasından doğan akrabalığın mevcut olduğu evliliklere ise, 2. derece akraba evliliği (torun evlilikleri) denir. Türk Medeni Kanunu'nun 145. maddesine, eşler arasında evlenmeye engel olacak derecede hısımlığın bulunması durumunda, yani ilk yeğenden yakınların evlenmesi butlan sebep sayılarak evlilik hukuken geçersiz sayılır (51). Türkiye Aile Yapısı Araştırması (TAYA) 2011 verilerine göre, tüm evlilikler içinde akraba evliliklerinin çoğu birinci derece ve baba tarafıyla olup, sıklığı %21'dir (52). Ailede saf soyun korunması, asaletin devamı, güçlü görünme, mal dağılımının önlenmesi, kızın yabancıya gitmemesi, ailede daha iyi anlaşma (geçim) olur düşüncesi gibi nedenlerle akraba evliliklerinin yapıldığı tespit edilmiştir (53, 54). Akraba evliliklerinde, sadece dini nikâh yapma, daha genç yaşta evlenme, geniş ailede yaşama, evliliğe evlenecek bireyler dışındakilerin karar vermesi daha yaygın görülmektedir (2, 55). Toplumlarda akraba evliliği sıklığının toplumların eğitim düzeyi, gelenek-görenekleri, dini inançları, yerleşim yerinin büyüklüğü, coğrafi konumu, sosyoekonomik düzeyi gibi birçok faktörün etkisinde ve zamana bağlı olarak değiştiği görülmüştür (51, 53, 56, 57). Öğrenim düzeyi yükseldikçe akraba evliliği yapma oranı düşmektedir. Eğitimli olmayanlarda akraba evliliği yapma oranı %31 iken, yükseköğrenimlilerde %12'ye düşmektedir (52).

Eş seçiminin tamamen serbest olduğu ve kişilerin kendi eğilimlerine bırakıldığı toplumlarda, insanların çok azının akrabaları ile evlendikleri bulunmuştur (50, 58). Öğrenim düzeyinin artışı, okul, iş ve arkadaş çevresi gibi sosyal çevrelerin edinilmesini ve çeşitlenmesini sağlamaktadır. Eşlerin birbiriyle tanışıp evlendiği sosyal çevreler arasındaki ilişkide de öğrenim düzeyi belirleyici olmaktadır. Öğrenim düzeyinin

yükselmesi ile kişilerin tanışıp evlendikleri sosyal çevrelerin, aile ve komşu çevresinden uzaklaşıp, okul, iş ve arkadaş çevresine kaydığı anlaşılmaktadır. Ayrıca öğrenim düzeyi arttıkça kendi seçimiyle evlenenlerin oranı yükselmekte görücü usulüyle evlenenlerin oranı (kendi kararı ile ve kendi görüşü sorulmadan) azalmaktadır (52). Evli ve bekâr bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, evlenilecek kişide aranan özellikler arasında, evlenilecek kişinin ailenin onayından geçmiş biri olmasının az önemsenen bir özellik olduğu bulunmuştur (1). Aynı çalışmada bekâr erkekler eşlerinin bir işte çalışıyor olmasını evli erkeklerden daha çok istemekte veya tercih etmektedir (1).

Aile kavramının Türk toplumu açısından önemi, Jezz tarafından, “Türk milletinin elinden aile nizamını alınız, geriye hiçbir şey kalmaz” diyerek ifade edilmiştir (59). Ülkemizde, aile yapısında, son 50 yıldır önemli değişimler meydana gelmiştir. 1960-1970’li yıllarda %58-60 oranında olan çekirdek ailenin, günümüzde %70’lere yükseldiği, çekirdek aile ve dağılmış aile oranlarının sırası ile %15 ve %53 arttığı, geniş aile oranının ise %61 azaldığı saptanmıştır. Aile yapısının dönüşümü sürecinde etkili olan gelişmelerin bazıları; kentleşme, ekonomik yaşamda sanayi ve hizmet sektörlerinin ön plana çıkması, kadının istihdam oranının artması, kişi başına düşen gelirin artması gibi sosyoekonomik değişim, ilk evlilik yaşının yükselmesi, doğurgalığın azalması, boşanma hızlarının artması ve doğumda beklenen yaşam süresinin artması gibi demografik dönüşümler ve zihniyet değişimidir (60, 61).

Günümüzde, aile kurumunun oluşmasında esas görülen evliliğin popülaritesi de azalmaktadır. Buna rağmen, evliliğin, sosyal, ailesel ve bireysel pek çok yararı vardır. Evli insanlar bekâr veya yalnız yaşayanlara göre, fiziksel ve psikolojik olarak daha sağlıklı, daha mutlu, daha uzun yaşayan, ekonomik olarak daha varlıklı ve daha doyumlu seksüel ilişkileri olan bireylerdir (62, 63). Evliliği oluşturan temel bağlardan biri de cinsel yaşamdır. Cinsel hayatında doyuma ulaşmış eşler, toplumsal hayatta daha verimli ve olumlu davranışlar göstermekte, bu da evlilik uyumunu ve memnuniyetini etkilemektedir. Cinsel sorunlar, evlilikte olumsuzluklara neden olmakta, boşanma nedenleri arasında belirtilmektedir (64-66). Bununla beraber, ülkemizde, evlendikten hemen sonra cinsellikle ilgili görevlerini yerine getirmesi beklenen gençler, evleninceye kadar toplumda kabul görmüş cinsel yasaklarla büyütülmektedir. Kadınların çoğu, ilk cinsel yakınlığı yaşadığı erkekle evlidir (67). Erkeklerde ise durum biraz daha farklı

olup, evlenince mahcup olmama gibi sebeplerle, cinsel yaşama kadınlara göre daha erken dönemlerde başlamaktadır (21, 23).

Evlilikte mutluluk ve doyum beklentilerinin gerçekleşmesi, karşılıklı uyum ile mümkün olmaktadır. Birbiriyle etkileşen, evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda fikir birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çözebilen çiftlerin evliliği, uyumlu bir evlilik olarak tanımlanmaktadır (68). Evlenmek üzere karar vermiş çiftler, birbirleriyle uyum sağlayıp, sağlam bir denge oluşturacakları bazı temel özelliklere sahip oldukları takdirde sağlıklı aile kurabilmektedir. Bu temel özellikler arasında, fiziksel ve cinsel uyum ve çocuk sahibi olmak ve yetiştirmek konusunda ortak niyet ve istek yer almaktadır (69).

Evlilikle ilgili veya aile içi sorunların varlığında, eş terapisi, evlilik ve aile terapisi gibi müdahaleler yaygın iken, evlilik öncesi eğitim ve evliliğe hazırlık programlarına dair çok az çaba bulunmaktadır (70). Birçok ülke, boşanmaların da artmasıyla evlilik için daha iyi bir temel sağlamak amacıyla, evlilik öncesi danışmanlığa önem vermektedir (71). Gelişmiş toplumlarda evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri ile ülke ekonomisine yük getirecek istenmeyen sağlık problemlerinin önüne geçilebilmekte, sağlıklı ve eğitilmiş bir toplumun oluşumuna katkıda bulunmaktadır (47). Amerika Birleşik Devletleri'nde evlilik öncesi danışmanlık veren ekip din adamları, ruh sağlığı çalışanları ve hekimlerden oluşmaktadır. Hekimler bu görevlerinde AP ve cinsel konular hakkında çiftlere evlilik öncesi danışmanlık hizmeti vermektedir (71).

Ülkemizde evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerine yönelik olarak; 18.03.2002 tarih ve 4134 sayılı Sağlık Bakanlığı Genelgesi'nde "... evlilik öncesi sağlık kurumuna yapılacak başvurular, günümüzde önemi artan bulaşıcı hastalıklar ve genetik geçişli hastalıklarla ilgili bir danışmanlık hizmeti verilmesi için fırsat olarak değerlendirilmeli, kişiler olası riskler, sonuçları, korunma yolları konusunda bilinçlendirilmelidirler." ifadesi yer almaktadır (48). 2014 yılında, Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından evlilik öncesi danışmanlık genelgesi yayınlanarak, evlenebilmek için sağlık raporu almak üzere sağlık kurum veya kuruluşuna başvuran kişilere, güvenli annelik, bulaşıcı hastalıklar, genetik geçişli hastalıklar ve gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili danışmanlık hizmeti verilmesi amaçlanmıştır (47, 72). Evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri ile sağlıklı aile yapısı, üreme sağlığı, gebeliği önleyici

yöntemler, günümüzde artan bulaşıcı hastalıklar, akraba evliliği, genetik geçişli hastalıklar ve kalıtsal kan hastalıklarıyla ilgili danışmanlık hizmeti verilmesi, kişilerin olası riskler, sonuçları ve korunma yolları konularında bilinçlendirilmesi, gebelik isteği ile başvuran çiftlere de gebelik öncesi danışmanlık verilmesi ve gerekirse tıbbi yaklaşım önerilecek durumların tespit edilmesi amaçlanmıştır (47, 49).

Ülkemizde, 2023 hedeflerine ve Onuncu Kalkınma Planının amaçlarına ulaşabilmek için “Öncelikli Dönüşüm Programları” tasarlanmıştır. Ailenin ve dinamik nüfus yapısının korunması programı bunlardan biridir. Programın hedefleri arasında, aileye yönelik hizmetlerin geliştirilmesi, evlilik öncesi eğitim, aile eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması yer almaktadır. Programdan sorumlu kuruluş (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü) tarafından yürütülen “Evlilik Öncesi Eğitim 2017-2018 Yaygınlaştırma Projesi”, evlilik öncesi eğitimlerin önemine vurgu yapmakta ve eğitici eğitimlerini içermektedir. Proje kapsamında Türkiye genelinde yapılan toplantıların ikincisi de, evliliğin ilk yıllarında boşanma oranı bakımından Türkiye’de ilk on şehir içinde olan Kayseri’de gerçekleşmiştir (73).

## **2.2. ÜREME SAĞLIĞI**

Adölesanlarda yapılan çalışmalarda, erkek için sperm yapımı 13-14 yaşlarında başlarken, kızlarda menarş 12-14 yaşlarında başlayarak üreme kapasitesi kazanırlar (74, 75). Ancak, üreme sağlığı dediğimizde yaş ve cinsiyet ayrımı söz konusu değildir. Üreme sağlığı oldukça geniş bir kavramdır. Kadın erkek herkesi kapsar ve doğumdan ölüme kadar tüm yaşamı içerir. DSÖ tanımına göre üreme sağlığı; “yalnızca üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili hastalığın ve sakatlığın olmaması değil, üremenin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde tamamlanması”dır (76). Üreme sağlığı, insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşama sahip olması, üreme yeteneğini en iyi şekilde geliştirip özgürce kullanabilmesi demektir. Üreme sağlığı hizmetleri ise, üreme sağlığı sorunlarını önleyerek ve çözerek üreme sağlığına ve iyi olma durumuna katkıda bulunan yöntem, teknik ve hizmetleri kapsar. Üreme sağlığının kapsam ve amaçları içinde;

- Güvenli doğum, doğum öncesi ve sonrası bakım,
- Anne sütünün desteklenmesi, anne-bebek sağlığına ilişkin eğitim,

- Aile planlaması danışmanlık, bilgi, eğitim ve iletişim desteği,
- İnfertilitenin önlenmesi ve uygun yöntemlerle tedavisi,
- Düşüğün önlenmesi ve sonuçlarının tedavisi,
- Üreme sistemi enfeksiyonlarının önlenmesi ve tedavisi,
- Üreme sağlığı ve sorumlu ebeveynlik konusunda eğitim ve danışmanlık,
- Üreme sistemi kanserlerinin erken tanı ve tedavisi,
- Erkeklerin katılımını artırmak, cinsiyetler arası eşitliğe dayanan cinselliğin yeterince gelişmesini sağlamak,
- Kadın ve erkeklerin cinsel sağlık, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak için gerek duydukları bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşmalarını sağlamak,
- Gençlere bilinçli ve sağlıklı üreme ve cinsel davranışı özendirmek, hizmet ve danışmanlık sağlamak (7, 77, 78).

Üreme sağlığının küresel olarak izlenmesine ilişkin DSÖ tarafından kullanılan göstergelerin bazıları; toplam doğurganlık hızı, kontrasepsiyon prevalansı, HIV'den korunma yollarının bilinmesi, erkeklerde üretrit insidansı ve HIV ile enfekte gebe prevalansıdır (79, 80).

### **2.2.1. Üreme Sağlığının Tarihsel Gelişimi**

Yirminci yüzyılın son çeyreğinde, çevre kirliliği ve nüfus artışı gibi tüm dünyayı ilgilendiren sorunlar gündeme gelmiş, çözüm yolları aranmaya başlanmıştır (81). 1960'lı yıllarda, kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri, tüm dünyaca dikkat çekmiştir (77). 1974 yılında, Bükreş'te ilki yapılan Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'ndan başlayarak, tıbbi olmaktan çok sosyal, ekonomik ve politik olan “nüfus planlaması” çalışmaları başlamıştır. 1984 yılında, Meksika'da 2.'si yapılan Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda, nüfus planlaması programlarının sonuçları değerlendirilmiş, sosyoekonomik ve politik temele oturtulan programlardan uzaklaşarak, insan sağlığını ve bireysel haklarını önemseyen yeni bir yaklaşım benimsenmiş, böylece nüfus planlamasından isteyen istediği kadar çocuk yapmasını hedefleyen “aile planlaması” anlayışına geçiş yapılmıştır. Bu yeni anlayışla eyleme konan, anne ve çocukları sağlıklı yaşatma uğraşlarını da kapsayan yaygın programlar, “ana çocuk sağlığı ve aile planlaması” kavramı ile ifade edilmeye başlanmıştır (81).

Kahire’de 5-13 Eylül 1994’de 179 hükümetin katıldığı Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda, yaşam kalitesini iyileştirmek ve sürdürülebilir sosyal ve ekonomik büyüme ve gelişmeyi sağlamak için üreme hakları, toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadınların yetkilendirilmesinin şart olduğu kabul edilmiştir. Toplantıda, nüfus politikalarının temelinde bireylerin yaşam kalitesini yükseltme hedefinin yer alması gerektiği düşüncelerinin yanında, nüfus, kaynaklar, çevre ve kalkınma arasındaki karşılıklı ilişkilerin bilincinde olunması gerektiği ilkeleri kabul edilmiştir. Konferansın sonuçları daha sonra, 1995’de Pekin’de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı’nda bir kez daha vurgulanmış ve bu konferanslardan sonra 2015 yılına dek uygulanmak üzere, bir takım önerileri içeren eylem programı hazırlanmıştır. Eylem programını kabul eden ülkeler arasında, Türkiye de yer almaktadır (81). Eylem programlarının ana konuları arasında; üreme sağlığı ve aile planlaması yer almıştır. Eylem programında ayrıca, aile planlaması çalışmalarının, daha geniş bir kavram olan “Üreme Sağlığı” içerisine dâhil edilmesinin gereği vurgulanmıştır. Üreme sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri aracılığı ile uygun yaştaki herkese sağlanması şart koşulmuştur (77, 82, 83).

Üreme hakları, Uluslararası İnsan Hakları kapsamında yer almakta olup, çiftlerin ve bireylerin, çocuklarının sayısına ve doğum aralığına özgürce ve sorumlu bir şekilde karar vermeleri için gereken bilgiye sahip olabilme, yüksek standartlarda AP ve cinsel sağlık hizmetlerine ulaşabilme, şiddet, baskı ve ayrımcılıkla karşılaşmaksızın üremeyle ilgili kararlarını verebilme hakkıdır (83). Birçok insanın, çeşitli nedenlerle üreme sağlığına erişemedikleri ve üreme sağlığı haklarını kullanamadıkları dikkati çekmektedir. Nedenler arasında; bilgi yetersizliği, uygun olmayan ya da niteliksiz üreme sağlığı hizmetleri, yüksek riskli cinsel davranışlar, kadınlara karşı ayrımcı toplumsal uygulamalar ve birçok kadının kendi cinsel yaşam ve üreme yaşamları üzerindeki etkinliklerinin sınırlı olması sayılabilir (84). 1994 yılından bu yana, üreme sağlığı konusunda ilerleme kaydedildiği, ancak özellikle gruplar için hedeflere ulaşamadığı kabul edilmiştir (85). İlerleme kaydedilmesi için, yasal ve politika ortamlarının etkinleştirilmesi, bilgi, eğitim ve hizmetlere erişimde engellerin kaldırılması ve insanların bilgi kaynaklarının güçlendirilmesi ve tam katılımlarının sağlanmasının gerekliliği üzerinde durulmuştur (85).

### 2.2.2. Dünyada Üreme Sağlığı Düzeyi

Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'ndan sonra yirmi yılı aşkın bir süredir, üreme haklarının tam olarak kullanılabilmesi milyonlarca kadın için hala bir istektir. Dünyada her gün 100 milyonun üzerinde cinsel ilişki yaşandığı ve bunun yaklaşık 900 000'inin gebelikle sonuçlandığı tahmin edilmektedir. Yarısı planlanmamış olan bu gebeliklerin %25'i istenmeyen doğumlara neden olmaktadır. İstenmeyen gebeliklerin yarıdan fazlası ise isteyerek düşükle sonlanmakta, bu düşüklerin üçte biri sağlıklı olmayan koşullarda gerçekleşmektedir. Sonuç olarak dünya genelinde her gün yaklaşık 830 kadın gebelik ve doğumla ilgili önlenebilir nedenlerden ölmektedir ve anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (77, 86-89). Anne ölümlerinin %8'i düşüklere bağlı gelişirken, %5'i HIV/AIDS'e bağlı gelişmektedir (90).

Üreme sağlığını tehdit eden sorunlardan biri olan CYBH, akut semptomların ötesinde kısırlık ve ölüme sebebiyet verebilen ciddi üreme sağlığı sorunlara neden olabilmektedir (91). Dünyada her gün 1 milyondan fazla cinsel yolla bulaşan enfeksiyon görülmektedir (92). CYBH, seconder infertiliteğin önemli nedenleri arasındadır. Üreme sağlığı hedefleri içinde yer alan infertilite, küresel olarak 50 milyondan fazla kişiyi etkilediği tahmin edilmektedir ve çoğu insan ihtiyaç duydukları müdahalelere erişememektedir (93). 2010 yılında, 48.5 milyon kadının infertil olduğu bulunmuştur. 20-44 yaş kadınlarda, primer infertilite oranı %1.9 iken, seconder infertilite %10.5 oranında görülmektedir (90, 94) .

### 2.2.3. Gençler ve Üreme Sağlığı

Genç insanlar çok sağlıklı bir grup olarak ve sağlık hizmetlerine gereksinimi olmayan bir grup olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, gençlerin çok az bir grubuna ve çok dar bir alanda hizmet sunulmaktadır. Ancak;

- Bazı sağlık sorunları gençlerde, çocuklar ve erişkinlere göre daha sık görülmektedir.
- Gençlerin bazı hastalıklar için sahip oldukları risk faktörleri erişkinlere göre daha farklıdır.

- Gençlerin sağlık sorunlarının sonuçları erişkin dönemdekine göre çok daha ciddi sonuçlara neden olmaktadır.

- Gençlerin sağlık sorunlarının çözümü erişkin ve çocukluk dönemlerine göre farklıdır.

Gençler, kendi sağlıkları için sorumluluk almanın bilincinde değildirler ve hastalıkların önemini göz ardı etmektedirler. Bununla birlikte, sağlıkla ilgili konularda nerden ve nasıl destek almaları gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip değildirler. Gençlerin sağlık problemi yaşadıklarında tedavi edilmemelerinin altında, tedaviden korkma, toplum tarafından dışlanma endişesi ya da tedavi edilebileceğine inanmama düşüncesi de yer alabilir. Sonuç olarak, gençler mevcut sağlık sorunları için de sağlık hizmetini en az kullanan gruplar arasında yer almaktadırlar (6).

Gençler, koruyucu sağlık hizmetlerini de en az kullanan gruplardan biridir. Birçoğu toplumsal ve kültürel nedenlerle üreme sağlığına erişememekte ve üreme sağlığı haklarını kullanamamaktadır (95). Üreme sağlığı açısından risk grupları arasında gençler de yer almaktadır. Karşılanmamış AP ihtiyacı ve buna bağlı gelişen sağlık problemleri ile CYBH gençler arasında azımsanmayacak düzeydedir. Erken yaşlarda başlayan cinsel ilişki ve evlilikler, erken bir zamanda gebeliğe ve komplikasyonlarına neden olmakta, daha iyi bir yaşam için eğitim ve diğer fırsatlara kapıyı kapatmaktadır. Ergen ve gençler kapsamlı cinsellik eğitimi alamamakta, kocalarının ve / veya ebeveynlerinin izni olmaksızın her zaman özgürce hizmetlere erişememektedir (93). Erken yaşta aktif cinsel yaşamı olan ve kontraseptif kullanmayan gençlerin bir yıl içinde gebe kalma olasılıkları % 90'dır. Bu kadınlar genellikle gençlik dönemleri bitmeden ikinci gebeliklerini de yaşamaktadırlar. Halbuki genç kadınların daha ileri yaştaki kadınlara göre, gebelik ile ilgili komplikasyon ve ölüm riski daha yüksektir (87). Erken yaşta başlayan cinsel aktif yaşam cinsel sağlık açısından risk oluşturmaktadır. Cinsel ilişkide bulunmuş gençlerde, biyolojik faktörler nedeniyle en fazla human papilloma virüs (HPV) olmak üzere, en az bir CYBH'nın varlığı gösterilmiştir (96).

Bekâr gençler her an evlenebilir bir grup olmasına ve cinsel yaşamlarının etkin olmasına bağlı olarak üreme sağlığı açısından birçok risk taşımaktadırlar (42). Ülkemizde gençlerle ilgili bazı özellikler şu şekildedir:

- Toplam nüfus içindeki payı yüksektir (1/5)

- Kadınlarda erken yaşta evlilik oldukça yüksektir (25-49 yaşlarındaki kadınların %41'i 20 yaşından önce evlenmişlerdir)
- Evli olan genç kadınların öğrenim düzeyleri düşüktür.
- Gençlerde evliliğin ilk yıllarında çocuk sahibi olma istenmektedir ve modern gebeliği önleyici yöntem kullanımı düşüktür (15-19 yaş grubunda %16.9 ve 20-24 yaş grubunda %31.4).
- Evlilik deneyimi olan kadınların %14,4'ü gebelik döneminde doğum öncesi bakım hizmetlerine ulaşamamakta, %20.8'i evde doğum yapmakta ve %17.1'i sağlık personeli yardım olmaksızın doğum yapmaktadır.
- Evli olmayan gençlerin evlilik öncesi cinsel yaşamları başlamakta ve istenmeyen gebelikler oluşmaktadır.
- Evli olmayan gençlerin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak için bariyer yöntemleri kullanım hızları düşüktür.
- Erkeklerde kadınlara göre cinsel yaşam daha erken yaşta başlamaktadır. Kızlar erkeklere göre daha geç yaşlarda cinsel ilişkide bulunmaktadırlar. Erkekler ve kızların çoğunun “güvenli cinsellik” davranışları göstermedikleri görülmektedir.
- Kız ve erkeklerin cinsel/üreme sağlığı konusunda bilgileri yetersizdir. Kendi bedenlerinin değişimleri konusunda yorum yapamamaktadırlar.
- Gençlerin üreme sağlığı bilgi kaynaklarının farklı olduğu bilinmektedir. Kentsel kesimde yapılan araştırmalarda lise öğrencilerinin cinsellik ile ilgili bilgilerine ait bilgi kaynakları şu şekilde bulunmaktadır: arkadaş, gazete-dergi, televizyon ve kitap.
- Üniversite öğrencilerinde bilgi kaynakları bir miktar daha farklıdır, arkadaş, anne ve baba çok daha arka planlarda kalmaktadır ve yazılı materyal daha ön sıralara geçmektedir.
- Sosyoekonomik durum yükseldikçe de bilgi kaynaklarının sıralamasının değiştiği görülmektedir. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki gençler tarafından yazılı bilgi kaynaklarının daha fazla kullanıldığı vurgulanmaktadır (6).

Adolesan/gençlik dönemi (10-24 yaş grubu), çocukluktan yetişkinliğe geçişte, sağlık alışkanlıkların ve cinsel davranışların şekillenmeye başladığı bir dönem olması

nedeniyle cinsel/üreme sağlığı konularında öncelikli olarak ele alınması gereken bir dönemdir. Bu dönemdeki, cinsellik ve gebeliği önleyici yöntemler hakkındaki bilgi eksikliği, erken cinsel aktivite ve evlilik, cinsel sömürü, taciz, istenmeyen gebelikler ve CYBH'ya yakalanma riskinin artması gibi üreme sağlığı sorunlarına neden olmaktadır. Bu sorunların çözümünü sağlayabilecek halen karşılanmamış ihtiyaçlar ise, bilgilendirme, hizmet sunumu ve gençlerin katılımıdır (97, 98).

Ülkemizde gençlerin % 91.6'sı evli olmayan gençlere yönelik sunulan cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerini yararlı bulmaktadırlar (37). Gençlerin yaş grupları, yerleşim yerleri, öğrenim ve hane halkı refah düzeylerine göre evli olmayan gençlere sunulan cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin yararlılığı konusundaki görüşlerinde belirgin bir farklılık da bulunmamıştır (37). Gençlerin üreme ve cinsel sağlık hizmetleri kapsamında sunulmasını istedikleri hizmetler: bilgilendirme danışmanlık hizmeti (%22.7), cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tedavisi (%20.1), gebeliği önleyici hizmetler (%12.9) ve gebelik ve doğum hizmetleridir (%11.9) (37). Gençlerin bu hizmetin mekân olarak en çok okullarda hizmeti verecek kişi olarak da en çok sağlık personellerince verilmesini istemektedirler (37).

Ülkemizde üreme sağlığı ile ilgili bilgiler eğitim müfredatında kısıtlı olarak yer almaktadır. Sistemli ve devamlı bir eğitim olmasa da proje kapsamında eğitimlere yer verilmektedir. Örneklerden biri Ergenlik Döneminde Değişim Projesi çerçevesinde adolesan üreme/cinsel sağlığı konusunda verilen eğitimidir (6).

Kalkınma planlarındaki politikaların geneline bakıldığında üreme sağlığı kavramının Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'na entegre olduğu görülmektedir. Bu çerçevede “Nüfus, Demografi Yapısı, Göç Özel İhtisas Komisyonu”na bağlı olarak bir “Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Alt Komisyonu” oluşturulmuştur. Bu Komisyonun raporu doğrultusunda; “Ülke çapında adolesanlara ve gençlere yönelik CSÜS hizmetlerine öncelik ve önem verilmesi gündeme alınmıştır. 2001’de “Adolesan/Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler” projesi uygulanmıştır. 2003-2007 yıllarında Avrupa Birliği Türkiye Temsilciliği ile T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye Üreme Sağlığı Programı geliştirilmiştir. Bu kapsamda ülke genelinde eğitilmiş sağlık personelinin yer aldığı 23 ilde 38 adet Gençlik Danışma ve Sağlık Hizmet Merkezi kurulmuş, özel bir eğitim programı hazırlanmış ve uygulanmıştır(99). Ergenleri ve gençleri özel ilgi isteyen grup olarak gören Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ)

21.yüzyılda ulaşmayı amaçladığı öncelikli 21 sağlık hedefi listesinin başında; ‘yaşama sağlıklı başlangıç ve gençlerin sağlığının geliştirilmesi’ ifadesi yer almaktadır (99).

### **2.3. AİLE PLANLAMASI**

1984 yılında Meksika’da yapılan Uluslararası Nüfus Ve Kalkınma Konferansı’nda, aile planlaması, bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri zaman ve sayıda çocuğa sahip olmaları, doğumlarının arasını belirlemeye serbestçe ve sorumlu olarak karar vermeleri ve bu amaçla gerekli bilgi, eğitim ve olanaklara sahip olmaları olarak tanımlanmıştır (100-102). AP hizmetleri, 1978 yılında çıkarılan Alma Ata Bildirgesi’ne göre Temel Sağlık Hizmetleri içinde belirtilmiştir (103). AP hizmetleri, oluşabilecek hastalıkları ve ölümleri önlemede, kolay, ucuz ve basit koruyucu TSH’lerinin başında gelmektedir (104).

AP’nin amaçları;

- Çiftlere gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi vermek,
- İstenmeyen gebelikleri ve bunlara bağlı anne ve bebek ölümleri gibi olumsuz sonuçları önlemek,
- Her aileye istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleri için yardım ve danışmanlık hizmeti sunmak,
- Bedenen ve ruhen sağlıklı çocuklar yetiştirmek,
- Hızlı nüfus artışını önlemek,
- Aşırı doğurganlığın ve buna bağlı ortaya çıkan kansızlık, jinekolojik hastalıklar, doğuma bağlı oluşabilecek rahatsızlıkların azaltılmak,
- Çok ve sık gebelikleri önleyerek, çok ve sık gebeliklerin anne ve çocuk sağlığına olan olumsuz etkilerini gidermek,
- Riskli gebeliklerin önlenmek,
- Doğum yaşının ayarlanmasını sağlamak,
- Çocuğu olmayan ailelere çocuk sahibi olmaları için yol göstermek,
- Ailelerin dolayısıyla toplumun yaşam standartlarını yükseltmektir (100).

#### **2.3.1. Aile Planlaması Yöntemleri ve Yöntem Kullanımını Etkileyen Bazı Faktörler**

Her kadının birkaç çocuk sahibi olması beklendiğinden, üreme yıllarının çoğu gebeliği engellemeye çalışmakla geçecektir (105). İnsanın doğal bir ihtiyacı olan cinselliğin beraberinde bazı sorunları getirmesi insanları doğum kontrol yöntemlerini bulmaya

teşvik etmiştir. Kültürün, toplumsal yapının ve dinlerin çeşitlenmesiyle bu yöntemler  o almış ve farklılaşmıştır (106). Günümüzde çeşitli doğum kontrol yöntemleri bulunmaktadır. Kontraseptif yöntemler modern–geleneksel, geçici-kalıcı, kadın-erkek yöntemleri şeklinde sınıflandırılabilir (102). Geçici yöntemler; takvim yöntemi, geri çekme, doğal olarak oluşan kısırlık dönemlerini ( rne in emzirme dönemi ve doğum sonrası amenore) kullanma, üreme hormonlarını ( rne in oral haplar ve uzun etkili enjeksiyonlar) kullanma, implantların rahim içine yerleştirilmesi (bakırlı ve hormonlu rahim içi araçlar), spermin üst kadın genital bölgeye geçmesini engelleyen bir bariyerin (kondom, diyafram ve spermisid) kullanılmasıdır (102). Kalıcı kontrasepsiyon yöntemleri ise erkek sterilizasyonunu (vazektomi) ve kadın sterilizasyonunu (tüplerin ba lanması) içerir (102). Modern yöntemler; kadının tüplerinin ba lanması, erkeğin kanallarının ba lanması, hap (OKS), rahim içi araç (R A), enjeksiyon, deri altı implantları, kadın ve erkek kondomu ve diyafram yöntemlerini içerirken, geleneksel yöntemler; takvim yöntemi, emzirme ve geri çekme yöntemlerini içermektedir (17). Erkek AP yöntemleri; geri çekme, kondom ve vazektomi iken, diğer yöntemler kadın AP yöntemleridir. Acil kontrasepsiyon yöntemleri, korunmasız cinsel ilişki, muhtemel kontraseptif başarıssızlık endişeleri, kontraseptiflerin yanlış kullanımı ve cinsel saldırı sonrasında gebeliği önlemek için kullanılabilecek kontrasepsiyon yöntemlerini ifade eder. Acil kontrasepsiyon yöntemleri; bakırlı R A ve acil kontraseptif haplardır (107). Sürekli ve doğru kullanıldıklarına kontraseptifler gebeliği önlemeye karşı oldukça etkili yöntemlerdir (108).

Kadınların evlilik süreleri arttıkça, erkeklerin kullandığı yöntemlerin yerini kadınların kullandığı yöntemler almaktadır. Evliliğin ilk bir yılında %75 oranında erkek AP yöntemi tercih edilirken, 10 yıl ve daha fazla süredir evli olan kadınlarda bu oran %51'e düşmektedir.  ocuk sayısındaki artış ile erkek ap yöntemlerinden kadın ap yöntemlerine geçildiği görülmüştür. Tek çocuklu kadınların %72'si erkek ap yöntemi kullanırken, bu oran üç ve daha fazla  ocuk sahibi olan kadınlarda %46'ya düşmektedir (109). Seçilen yöntemin etkili olması, plansız gebeliklerden kaçınmak için önemlidir. Erkek AP yöntemlerinden olan geri çekme için bildirilen başarıssızlık oranı 3 yıllık kullanımda %41'lere ulaşmaktayken, kadın AP yöntemlerinden R A ve hormon enjeksiyonlarında başarıssızlık oranı 3 yıllık kullanımda %5'in altındadır (110). Ülkemizde planlanmadan oluşan gebeliklerin üçte ikisi do umla sonuçlansa da çok azı istenmektedir (17).

Gelişmekte olan ülkelerde, erkeklerin büyük bir bölümü AP sorumluluğunun çiftlerin paylaşımında olduğunu kabul etmekle birlikte, gebelikten korunma yöntemlerini kadınların kullanması gerektiğine inanmaktadırlar. Hâlbuki aile planlaması hizmetlerinde erkeklerin önemli rolleri olduğu yaygın bilinen bir durumdur. Erkeklerin aile planlaması yönteminin kullanımına karar verme sürecinden başlayarak yöntemin seçimi, kullanımı ve izlemi aşamalarında da kadınlarla birlikte hareket etme gereği vurgulanmakta olup, bu konuda kadın ve erkeğin toplumsal konumlarının önem taşıdığı bilinmektedir. Erkeklerin AP konusunda olumlu yaklaşım içinde ve kadının yanında bulunması kadınların AP hizmetlerine ulaşabilmelerini ve kullanabilmelerini kolaylaştırarak AP hizmetlerinin kullanılabilirliğini ve devamlılığını arttıracaktır (111, 112).

Ülkemiz de dâhil olmak üzere dünyadaki çiftlerin önemli bir bölümü güvenilirliği düşük geleneksel yöntemler ile korunmaya devam etmektedirler (100). Gelişmiş ülkelerde en sık kullanılan yöntemler modern yöntemler iken, gelişmekte olan ülkelerde geleneksel yöntemler azalmakla birlikte günümüzde önemini korumaktadır (113-115). Gelişmekte olan ülkelerde gebelikten kaçınmak isteyen milyonlarca kadın kontraseptif modern bir yöntem kullanmamaktadır. Kontraseptif yöntem kullanmama nedenleri şunları içerir;

- AP yöntemlerinin çeşitliliğinin az olması,
- Özellikle gençler, nüfusun daha yoksul kesimleri veya evlenmemiş insanlar arasında doğum kontrolüne sınırlı erişim,
- Korku veya yan etki deneyimi,
- Kültürel veya dini düşünceler,
- Mevcut hizmetlerin kalitesiz olması,
- Kullanıcı ve sağlayıcı önyargısı,
- Cinsiyete dayalı engeller,
- Seyrek cinsel aktivite,
- Yetersiz danışmanlık ya da kontrasepsiyon hakkında bilgi eksikliği (93, 100, 116).

Bu konuda gebeliği önleyici araçlara ve hizmetlere erişimin genişletilmesi, aile planlaması talebini karşılamak için tek başına yeterli bulunmamaktadır. Modern yöntemlerin tümü hakkında kullanıcılara bilgi ve danışmanlık sağlamak, gerektiğinde yöntem değişikliğini desteklemek ve mevcut modern yöntemlerin genişletilmesini

sağlamak, yalnızca karşılanmamış gereksinimi azaltmak için değil, aynı zamanda daha etkili yöntemlerin kullanımını sağlamak için gerekli görülmektedir (116).

Doğurganlığın gönüllü kontrol edilebilmesine olan gereksinim uluslararası düzeyde onaylanmakta ve desteklenmektedir (117). Doğurganlığın kontrolüne ilişkin olarak aile planlaması hakkında bilgi sahibi olunması, AP yöntemlerine ulaşılması yöntemin etkili olarak kullanılması ve AP yöntemlerinin kullanım oranlarını istenilen düzeye ulaşması için oldukça önemli bir adımdır. Etkili bir danışmanlık, kişilerin korunma yöntemlerini anlamalarını sağlayarak kendi durumlarına en uygun korunma yöntemini seçmelerine yardımcı olacaktır. (118). Genellikle herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayan çiftlerin %80'i ilk bir yıl içinde, %5'i ise ikinci yılda gebe kalabilmektedir (49). Evliliğin ilk yıllarında, özellikle birinci yılında görülen gebelikler, mutluluğu olumsuz yönde etkileyen önemli faktörler arasında yer almaktadır (118). Arslan ve ark.'nın evlilik aşamasındaki çiftler üzerinde yaptığı çalışmada, çiftlerin %91'inin evlendikten hemen sonra çocuk sahibi olmak istemediklerini ancak, %54'ünün kullanacakları gebeliği önleyici yöntemler hakkında karar veremedikleri saptanmıştır (36). Kocaöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evlilik süresi 4 yıldan az, daha önce düşük yapan ve küretaj olan kadınların gebelik öncesi dönemde daha az kontraseptif yöntem kullandıkları belirlenmiştir (119). Toplumumuzda cinsellik ayıp, günah, güç göstergesi ve hatta sözel ve davranışsal saldırı aracı olarak görülebilmektedir. Cinselliği ilgilendiren sorunlar diğer bedensel sorunlar gibi doğal ifade edilmemekte ve dolayısıyla bu konuda yardım almaktan çekinilmektedir. Ancak hem insan yaşamının pek çok yönünü etkileyen hem de üremeyi sağlayan cinsel olayları yok kabul etmek doğaya aykırıdır (120). Evlilik kurumunun yaygın olduğu ülkemizde evleninceye kadar cinsel yasaklarla büyütülen kadından, evlendikten hemen sonra cinsellikle ilgili görevleri yerine getirmesi beklenmektedir (120, 121). Bu nedenle evlilik öncesi genç adaylara verilecek aile planlaması hizmetleri ayrıca önem taşımaktadır.

### **2.3.2. Aile Planlamasının Yararları ve Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacından Doğan Sağlıkla İlgili Sorunlar**

Aile planlamasının teşvik edilmesi ve tercih edilen kontraseptif yöntemlere erişimin sağlanması, toplulukların sağlığını ve gelişimini desteklerken, kadınların ve ailelerinin refahını da sağlamaktadır. AP'nın bazı faydaları şöyle sıralanabilir;

- İnsanların istenen sayıda çocuğa ulaşmasına ve gebelik aralıklarını belirlemelerine olanak tanır ve bu haklarını güçlendirir,
- İstenmeyen gebelikleri önler ve kadınlarda gebelikle ilgili sağlık risklerini azaltır, yaşam kalitesini artırır,
- Kürtaj ihtiyacını azaltır,
- Genç ve ileri yaştaki riskli gebelikleri azaltır,
- Anne ve çocuk ölümlerini azaltır,
- Ailelerinin boyutlarını sınırlamak isteyen kadınlara yardımcı olur,
- İnsanlara cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkında bilinçli tercihler yapmalarını sağlar,
- Kondom gibi bazı aile planlaması yöntemleri kontrasepsiyonun yanında HIV/AIDS gibi CYBH'yı önlemeye yardımcı olur,
- Nüfus artış oranındaki yavaşlama, bunun sonucunda ekonomi, çevre ve ulusal ve bölgesel kalkınma çabaları üzerindeki olumsuz etkileri azaltır (100).

Bazı yöntemler aynı zamanda kanser ve ölümle sonuçlanabilen HPV, HIV gibi CYBH'yı önlemeye ve menstrüasyonun olumsuz etkilerini azaltmaya yardımcı olur. Aile planlaması ayrıca çocuk sağlığının iyileştirilmesine katkıda bulunur. Çocukların yeterli yiyecek, giyim, konut ve eğitim olanaklarına erişebilme olasılıklarını artırır (108). Kontrasepsiyona erişim, toplumun görünümünü, toplumsal cinsiyet dinamikleri ve aile oluşumlarındaki eğilimleri değiştirerek kapsamlı ve derin sonuçlar doğurmuştur. Kadınların daha fazla eğitim alabilmesini ve daha fazla süre ve tutarlılıkla işgücüne katılmasını sağlayarak finansal ve sosyal eşitliğe katkıda bulunmuştur. Üremenin etkin kontrolü, bir kadının çocuk doğurma dışındaki amaçlarına ulaşması için gereklidir. Aile planlaması, diğer sağlık ve sosyal müdahalelerin çoğuna yapılan yatırımlarla karşılaştırıldığında, sağlık ve yaşam kalitesindeki bu gelişmeleri maliyet-etkin bir şekilde gerçekleştirir (105, 108).

Aile planlaması hizmetlerine olan ihtiyaçlarını karşılayamayan kadınların çoğunun istenmeyen gebeliklerin sonucunu üstlenmeleri gerekir. AP hizmetlerine ulaşamayan kadınların gebe kaldıklarında, doğum öncesi bakım, kaliteli doğum ve güvenli kürtaj hizmetleri alma olasılıkları da düşüktür (122). Aşırı doğurganlığın olduğu ülkelerde; erken yaşta evlilikler, adölesan gebelikler, ileri yaş gebelikleri, iki yıldan kısa aralıklarla ve çok sayıda yapılan ve istenmeyen gebeliklerin görülme sıklığının arttığı

gözlenmektedir (123). Aşırı doğurganlık ve bunun getirdiği ekonomik ve sosyokültürel sorunlar, ana-çocuk sağlığını bozan önemli faktörler arasında yer almaktadır (123).

AP, kadının sağlık düzeyini gösteren temel göstergelerden birisidir (124). Gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar, doğurganlık çağındaki kadınların en önemli hastalık ve ölüm nedenlerindendir (125). Anne ölümleri, üreme çağındaki kadınların ikinci en sık ölüm nedenidir. Her yıl yaklaşık 287 000 kadın, gebelik ve doğumdaki komplikasyonlar yüzünden ölmekte ve ölümlerin %99'u gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir (126).

İstenmeyen gebelikler, üreme sağlığını tehdit eden sorunların başında gelmektedir ve aile planlamasında karşılanmamış gereksinim olarak ifade edilmektedir (91). Gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık 225 milyon kadının henüz karşılanmamış AP ihtiyacı bulunmaktadır (93). En az gelişmiş ülkelerde, gebelik istemeyen ya da bir sonraki gebeliğini ertelemek isteyen 10 kadından 6'sı, herhangi bir AP yöntemi kullanmamaktadır (127). Bu da başta istenmeyen gebelikler, istemli düşükler, istenmeyen doğumlar olmak üzere doğurganlıkla ilgili pek çok soruna neden olmaktadır (91).

2012'de ölü doğum da dâhil olmak üzere yaklaşık 350.000 istenmeyen doğum gerçekleşmiştir (128). 2010-2014 yıllarında dünyada gebeliklerin %25'i düşükle son bulmuştur (129). Kontrasepsiyon gereksinimi karşılanamamasından kaynaklanan istenmeyen gebelik, kadınların ve ailelerinin hayatını ve refahını tehdit eder ve karşılanmamış AP ihtiyacı anne ölümlerinin en yüksek olduğu yerlerde en yüksek seviyededir (127). İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi uzun dönemde bebek mortalitesini ve morbiditesini de azaltmaktadır. Günümüzde gelişmekte olan ülkelerdeki modern kontrasepsiyon yöntemlerine karşı henüz karşılanmamış ihtiyacı olan tüm kadınlara hizmetin sağlanması, 54 milyon istenmeyen gebeliği, 21 milyon plansız doğumu, 26 milyon kürtajı (bunlardan 16 milyonunun güvensiz olacağı) ve 7 milyon düşüğü önleyecektir. Bu da 79.000 anne ölümünü ve 1.1 milyon bebek ölümünü önleyecektir (127). Bu durum ayrıca, gebelikle ilişkili tıbbi komplikasyonlar açısından daha yüksek risk altındaki genç kadınlara, komplikasyonlardan kaçınmanın dışında eğitim ve istihdamdan taviz vermeyi ve yoksullaşmayı önleyerek fayda sağlayacaktır (130-132).

AP'ye erişim ve AP yöntemlerinin kullanımı bireylerin cinsellik, sağlık ve üreme konularında kontrolü ele geçirmelerine katkıda bulunur ve böylece sorumlu, güvenli ve tatmin edici bir cinsel yaşam elde etmelerine yardımcı olur (8).

### 2.3.3. Dünyada Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanım Durumu

Dünyada ve gelişmişlik düzeyi farklı ülkelerde doğurganlıkla ilgili veriler Tablo.1'de gösterilmektedir.

**Tablo 1.** Dünyada ve Gelişmişlik Düzeyi Farklı Olan Ülkelerde Doğurganlıkla İlgili Göstergeler (2017)

|                                                             | Dünya | Gelişmiş Ülkeler | Gelişmekte Olan Ülkeler | Az Gelişmiş Ülkeler |
|-------------------------------------------------------------|-------|------------------|-------------------------|---------------------|
| <b>Herhangi bir Yöntem Kullanım</b>                         | 63    | 69               | 62                      | 40                  |
| <b>Modern Yöntem Kullanım</b>                               | 58    | 63               | 57                      | 36                  |
| <b>Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı</b>               | 12    | 10               | 12                      | 21                  |
| <b>Karşılanmış Aile Planlaması İhtiyacı</b>                 | 85    | 88               | 84                      | 65                  |
| <b>Modern Yöntemle Karşılanmış Aile Planlaması İhtiyacı</b> | 78    | 80               | 78                      | 58                  |
| <b>Toplam Doğurganlık Hızı</b>                              | 2.5   | 1.7              | 2.6                     | 4                   |
| <b>Nüfus Artış Hızı (Binde)</b>                             | 12    | 3                | 14                      | 24                  |

\* United Nations Department of Economic and Social Affairs World Family Planning 2017 Highlights

Dünyadaki üreme çağındaki evli ya da birlikteliği olan kadınların herhangi bir kontrasepsiyon kullanma oranı % 63 olarak bulunmuştur. Kontraseptif kullanımı, Orta Doğu ve Batı Afrika'da %25'in altında iken Avrupa, Latin Amerika ve Karayipler ve Kuzey Amerika'da %70'in üzerinde bulunmuştur. Yıllara göre kontraseptif kullanım, dünyanın birçok yerinde, özellikle Asya ve Latin Amerika'da artmışken, Sahra altı Afrika'da düşük seviyelerde seyretmeye devam etmiştir.

Küresel olarak modern kontrasepsiyon kullanımı 1990'da % 54 iken 2017'de % 58'e yükselmiştir. Modern bir aile planlaması yöntemini kullanan kadınlar, kontraseptif kullanıcıların %92'sini oluşturmuştur. Modern yöntemler, Çad, Somali ve Güney Sudan'da % 5 veya daha düşük iken, Çin ve Birleşik Krallık'ta %80 veya daha yüksek oranda kullanılmıştır. Karayipler, Doğu Afrika, Güney Amerika, Güney Afrika ve Batı

Avrupa'da yoğunlaşmış olan 45 ülke veya bölgede, modern yöntemler neredeyse tüm kontraseptif kullanımının tamamını (% 95 veya üzeri) oluşturmuştur.

Dünya genelinde üreme çağındaki evli ya da birlikteliği olan kadınlar arasında, modern yöntemlerle karşılanan aile planlaması talebinin oranı %78'dir. Bu oran Afrika'daki %56 iken, diğer bölgelerde %75'in üzerindedir.

Dünyada en sık kullanılan modern yöntemler sırasıyla; tüplerin bağlanması (en sık Okyanusya, Amerika), RİA (en sık Asya), OKS (en sık Avrupa), erkek kondomudur (en sık Asya). Enjeksiyon, en çok Afrika bölgesinde, geri çekme, en çok Güney Avrupa'da ve Batı Asya'da bazı ülkelerde yaygın olarak uygulanmıştır. Orta Afrika'da ise, takvim yöntemi daha yaygındır. Genel olarak, hap, enjektabl ve erkek kondomu gibi kısa vadeli ve geri dönüşümlü yöntemler, Afrika ve Avrupa'daki diğer yöntemlerden daha yaygın kullanılmakla birlikte sterilizasyon, implantlar ve RİA gibi uzun etkili veya kalıcı yöntemler, Asya ve Kuzey Amerika'da yaygın olarak uygulanmıştır (16, 133).

2015'te tüplerin bağlanması (%19) ve RİA (%14), dünyada, kadınlar tarafından en yaygın kullanılan iki yöntemdir. Kısa vadeli yöntemler daha az yaygındır. Kadınların %9'u hapları, %8'i erkek kondomu, %5'i enjeksiyonu kullanmıştır. Dünya genelinde yalnızca %6'sı takvim yöntemi veya geri çekme kullanmıştır (16). Erkekler tarafından kullanılan kontrasepsiyon oranı, kadınlara göre oldukça düşük bulunmuştur (100).

Dünyada her dört ülkenin en az birinde, kadınlar arasındaki kontraseptif kullanımının en az yarısı tek bir yöntemden oluşmaktadır. Tek bir metodun AP yöntem kullanımının %50 veya daha fazlasını oluşturduğu 45 ülke veya alanda dominant yöntemler; OKS (15 ülke), enjeksiyon (10 ülke), RİA (7 ülke) ve daha az sayıda ülkede, kadın sterilizasyonu, erkek kondomu, geri çekme veya diğer geleneksel yöntemlerdir.

Dünyada en az üç kadından biri uzun etkili ya da kalıcı yöntemler kullanmaktadır. Bunlar kadın ve erkek sterilizasyonu, RİA ve implantlardır. Bu yöntemler, kontraseptif kullanımının %56'sını oluşturmuştur. Yöntem kullanımı yaygınlaştıkça, tüm yöntemlerin içinde uzun etkili veya sürekli yöntemlerin payı artma eğilimi gösterir (16, 133).

Tüm bunlarla birlikte, dünyada on kadından birinden fazlasının aile planlaması için karşılanmayan ihtiyacı vardır. Bu oran Afrika'da beş kadından birine kadar düşmektedir. Genel olarak, kontraseptif kullanım yaygınlığının düşük olduğu yerde karşılanmamış ihtiyaç yüksektir (16). Bu eşitsizlik, hem artan bir nüfus hem de aile planlaması hizmetlerinin yetersizliği tarafından tetiklenmektedir (16, 133).

#### **2.3.4. Türkiye’de Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanım Durumu**

Ülkemizde gebeliği önleyici yöntem kullanımı, 1988-1998 yılları arasındaki 10 yıllık dönemde %63 oranlarında iken, 2003’de %71’e, 2013 yılında da %74’e ulaşmıştır. Modern yöntem kullanımında da benzer bir artış söz konusu olup son 25 yıllık dönemde %31’den 2013 yılında %47’ye yükselmiştir. Modern yöntem kullanımındaki bu artışa uygun bir biçimde geleneksel yöntem kullanımında da düşüş saptanmış olsa da, geri çekme yöntemi yaklaşık aynı seviyede kalmıştır. Son 20 yılda gözlenen genel artışın büyük bir kısmı kondomun ve tüplerin bağlanması yöntemlerinin daha çok kullanılmasından kaynaklanmaktadır. 1993 yılından bu yana OKS, RİA ve her 4 evli çiftten biri tarafından kullanılan geri çekme yöntemlerinin kullanım oranları çok değişmemiştir. Kırsal ve kentsel yerleşim yerlerinde ve tüm bölgelerde, son 20 yıl içinde gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve modern yöntem kullanımı artmıştır. Geleneksel yöntem kullanımındaki değişimler ise, bu dönemde daha düzensiz olmakla beraber, 2003 ve 2013 yılları arasında Batı bölgesi hariç tüm bölgelerde azalmıştır. Genel olarak, son 20 yılda gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki artış en fazla kırsal alanlarda (%22), Orta ve Doğu bölgesinde gözlemlenmiştir (sırasıyla %26 ve %47).

Aile planlaması yöntemleri ülkemizdeki kadınların hemen hepsi tarafından bilinmektedir. Ortalama bilinen yöntem sayısı tüm kadınlar (7.6) ve halen evli kadınlar (8.2) için benzerlik göstermektedir. Tüm kadınlarda en çok bilinen gebeliği önleyici modern yöntemler hap, kadının tüplerinin bağlanması ve erkek kondomu iken halen evli kadınlar arasında RİA, hap, kadının tüplerinin bağlanması ve erkek kondomu en çok bilinen modern yöntemler arasında yer almaktadır. Türkiye’de yeni sayılabilecek yöntemler arasında olan vajinal halka ve kadın kondomu en az bilinen modern yöntemlerdendir. Geleneksel yöntemler arasında geri çekme görüşme yapılan tüm kadınlar ve halen evli kadınlar arasında en fazla bilinen yöntemdir

Günümüzde geri çekme yöntemi, tüm yaş gruplarındaki kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntemler arasında kullanımı en yaygın (%25.5) olan yöntemdir. Evli kadınlar tarafından en çok kullanılan modern yöntem RİA ve erkek kondomudur. Tüplerin bağlanması yöntemini kullanan evli kadınların oranı %9.4 iken, bu oran hap kullanan evli kadınlardan (%4.6) daha yüksektir.

Gebeliği önleyici yöntem kullanımı kadının yaşına göre farklılaşmaktadır. Halen evli kadınlar arasında yöntem kullanımı veya modern bir yöntem kullanımı üreme döneminin başında en düşük seviyelerdeyken kırklı yaşlara kadar yaşla doğru orantılı olarak artmaktadır. Ayrıca kullanılan yöntemler incelendiğinde 25 yaş ve altı halen evli kadınlarda, daha ileri yaşlardaki kadınlardan farklı olarak, geleneksel yöntem kullanımının modern yöntem kullanımından fazla olduğu görülmektedir. Evlenmiş kadınların üçte birinden fazlası (% 36.9) ise, gebeliği önleyici bir yöntemi, ilk kez, bir çocuk sahibi olduktan sonra kullanmışlardır.

AP yöntem kullanımı, kentsel ve kırsal yerleşimlere, bölgelere, eğitim düzeyine ve yaşayan çocuk sayısına göre farklılaşmaktadır. Eğitim düzeyinin artması ile birlikte genel yöntem kullanım oranının artmasının yanı sıra, eğitim düzeyinin kadınları daha çok modern yöntem kullanmaya yönelttiği de görülmektedir.

15-49 yaş evlenmiş kadınların yalnız %8.6'sı hiçbir gebeliği önleyici yöntem kullanmamışken, bu oran 15-19 yaş grubundaki kadınlarda %33.7, 20-24 yaş grubundaki kadınlarda %21.8'dir. Yöntem kullanmayanların %44.5'i gelecekte de yöntem kullanmak istemediğini, %4.5'i karasız olduğunu belirtmiştir. Gelecekte yöntem kullanacak olanlarınsa %14.4'ünün kullanacağı yöntemi bilmediği saptanmıştır. Yöntem kullanmayan ve kullanmayı düşünmeyen 15-29 yaş kadınlar arasında nedenlere bakıldığında kısır olduğunu beyan etme (%48) ilk sıradayken, diğer nedenler arasında eşinin karşı çıkması (%7.0), dini nedenlerle karşı olma (%6.3), yöntemlerle ilgili yan etki ve sağlık kaygısı (%6.8), bilgi eksikliği (%1.0) yer almaktadır.

Gebeliği önleyici yöntem kullananların yaklaşık üçte biri (%32), yöntemi kullanmaya başladıktan sonraki 12 ay içerisinde yöntemi bırakmışlardır. Yöntem bırakma hızı hap için en yüksek iken (%48), bunu geri çekme (%34) ve kondom (%33) takip etmektedir. AP yöntemlerini bırakanlar arasında başka bir yönteme geçme oldukça yaygındır (%13). Yan etkiler ve daha etkili bir yöntem kullanma isteği, modern yöntemlerin

bırakılmasında en sık belirtilen nedenlerdendir. Yöntem başarısızlığı, en çok geri çekme ve takvim yönteminde daha sonra kondomda diğer yöntemlere kıyasla daha yaygındır. Hap, RİA ve iğne için ise sıklıkla, yan etkiler dile getirilmiştir.

Gebeliklerin %14'ünün en az bir kez isteyerek düşükle sonuçlanması genellikle gebeliği önleyici yöntemlerin etkisiz kullanımı, etkisiz gebeliği önleyici yöntem kullanımı veya hiçbir yöntem kullanmama sonucunda gerçekleşmektedir. Kadınların yaklaşık üçte biri bu ayda herhangi yöntem kullanmamıştır. Buna rağmen, kadınların neredeyse yarısının (%48) isteyerek düşük sonrası yöntem kullanmadığını göstermektedir. Kadınlar isteyerek düşükten önceki ayda en çok geri çekme (%37), kondom (%17), RİA (%6) ve OKS (%4) yöntemlerini kullanmışlardır.

15-49 yaşlarındaki halen evli kadınların %79'unun aile planlaması hizmeti talebi olup, %93'ünün bu talebi karşılanmıştır. Talebin %60'ı modern yöntem ile karşılanmıştır. Halen evli kadınların %6'sının aile planlamasına yönelik hizmet ihtiyaçları karşılanmamıştır. 15-24 yaş kadınlarda karşılanmamış aile planlaması talebi iki katına kadar çıkmakta, talebin modern yöntemle karşılanma oranı düşmektedir (17).

Aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak hem gebeliği önleyici bir yöntem kullanıp kullanmama kararı, hem de hangi yöntemin kullanılacağı kararı açısından oldukça önemlidir. Doğurganlığın kontrolüne ilişkin olarak bilgi sahibi olunması, bu yöntemlere ulaşılması ve de uygun bir gebeliği önleyici yöntemin kullanılması için oldukça önemli bir adımdır. (17).

### **2.3.5. Türkiye’de Aile Planlamasının Siyasal Süreci**

Türkiye Cumhuriyeti’nin kurulmasından itibaren nüfus politikaları da gündeme gelmiştir. Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı sürecindeki ağır insan kayıpları ve yüksek bebek, çocuk ölüm hızları da, Türkiye’yi 1950’lerin sonuna kadar pronatalist bir nüfus politikası izlemeye yönlendirmiştir. Nüfus artışını doğrudan veya dolaylı yollarla teşvik eden çok sayıda kanun bu dönemde kabul edilmiştir. Bu kanunlar 5 ve daha fazla sayıda çocuk sahibi kadınlara para ödülü, vergi indirim teşvikleri ve sağlık nedenleri dışında gebeliği önleyici yöntemlerin reklamının, ithalatının ve satışının yasaklanması ile sağlık sorunları dışında gebeliklerin isteyerek sonlandırılmasının yasaklanmasını içermiştir. 1955-1960 yılları arasında doğum hızının artması, nüfus artış hızının %3’e

ulaşması, yanı sıra istemli yapılan düşüklerin artışını ve anne ölümlerindeki artışı da getirmiştir. Özellikle istemli düşüklere bağlı anne ölümlerinin artması, nüfus politikalarının doğurganlığın azaltılması yönünde değiştirilmesi gereğini ortaya koymuştur (17, 134). Kent nüfusunun hızla artması ve istihdam sorunları da hükümetlerin bu konudaki tutumlarını antinatalist politika yönünde değiştirmelerinde önemli rol oynamıştır (17). Türkiye’ de AP hizmetlerinin temelleri, 1965 yılında çıkarılan 557 nolu ilk “Nüfus Planlanması Hakkında Yasa” ile atılmış ve AP politikalarının yürütülmesi, hizmetlerin örgütlenmesi ve geliştirilmesi sorumluluğu Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir. Bu yasaya göre; AP yöntemleri ile ilgili bilgi ve eğitim verilmesi, cerrahi sterilizasyon yöntemleri hariç tüm AP yöntemlerin sunulması ve yalnızca tıbbi nedenlerle istemli düşüklere ve cerrahi sterilizasyona izin verilmesi konuları yasal hale gelmiştir. Ayrıca modern gebeliği önleyici yöntemlerin ithaline, devletin sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak hizmet sunumuna ve çiftlerin aile planlaması konusunda sağlık eğitimlerinin desteklenmesine izin verilmiştir. Bunlara ek olarak bu tarihlerde Devlet Planlama Teşkilatı da Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda nüfus planlaması düşüncesini ele almıştır (17). Bu yasadan sonra AP yöntemi kullanımı artmıştır. Ancak yasal olmamasına karşın istemli düşüklerin giderek arttığı görülmüş ve provoke düşüklere bağlı anne ölümleri görülmeye devam etmiştir. 1981 yılında 450 bin kadının düşük yaptığı ve bunun neredeyse 300 bininin isteyerek düşük olduğu tahmin edilmektedir. Bunların sonucunda, 1965’te yürürlüğe giren yasanın Türkiye’de isteyerek düşüğü önlemekte yetersiz kaldığı düşünüldükçe, 1983’te halen günümüzde geçerli olan 2827 nolu İkinci Nüfus Planlaması Yasası kabul edilmiştir. Bu yasaya göre; on haftaya kadar olan gebelikleri isteğe bağlı olarak sonlandırma, on haftanın üzerindeki gebelikleri tıbbi nedenlerle sonlandırma, hemşire ve ebelerle RİA uygulayabilme, erkek ve kadınlara gönüllü cerrahi sterilizasyon izni verilmiştir. Özellikle 1990’lı yıllarda kadın sağlığı ve aile planlamasının kapsamı, uluslararası platformlarda gerçekleştirilen konferanslarda alınan kararlar sonucunda dünyada olduğu gibi ülkemizde de değişmiştir. 1994 yılında Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus Ve Kalkınma Konferansı ile üreme sağlığı konusunda daha kapsamlı bir tanım geliştirilmiş, yaş ve cinsiyet ayrımı ortadan kaldırılmıştır (135).

2013 yılında TBMM tarafından hazırlanan Aile Planlaması Program Stratejisi, Onuncu Kalkınma Planı’na (2014-2018) göre; 2006 yılında (nüfus artış hızı binde 12.2) 2.12

çocuk olan toplam doğurganlık hızı 2012 yılında (nüfus artış hızı binde 12.0) 2.08'e gerileyerek nüfusun kendini yenileme seviyesi olan 2.10'un altına inmiştir tedbir alınmaması durumunda 2038 yılından itibaren çalışma çağı nüfusunun, 2050 yılından sonra ise toplam nüfusun azalmaya başlayacağı tahmin edilmektedir. Buna göre nüfus alanında uygulanacak politikalarla özellikle kadınların çalışma hayatını dikkate alarak, toplam doğurganlık hızının kademeli olarak artırılmasını amaçlayan politikalar yapılması hedeflemiştir. 2014-2018 yıllarını kapsayan Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı da, tedbir alınmaması durumunda 2038 yılından itibaren çalışma çağı nüfusunun, 2050 yılından sonra ise toplam nüfusun azalmaya başlayacağı tahmin edilmektedir. Bu çerçevede nüfus politikalarıyla doğurganlık hızının artırılması ve yaşlanan nüfusa yönelik etkin ve uygun zamanlı politikaların geliştirilmesi ihtiyacı bulunmaktadır (17, 136).

#### **2.4. CİNSEL SAĞLIK**

Cinsellik özellikle gençler arasında konuşulması tabu sayılan, hâlbuki içgüdüsel olarak merak edilip keşfedilmeye çalışılan, yalnızca üremek için değil duygusal tatminkârlık, hayatı zenginleştirme gibi yönleri de olan önemli bir konudur (137, 138). Duygusal açıdan sağlıklı cinsellik; bireylerin kendilerini ve başkalarını zorlamadan isteklerine göre cinselliklerini yaşamalarıdır. Bedensel olarak sağlıklı cinsellik; cinsellik yaşanırken dokuların zarar görmemesi, cinsel yolla bulaşan hastalıkları başkalarına bulaştırmamak, başkalarından hastalık almamak ve istemeden gebe kalmamaktır (139, 140).

DSÖ'ne göre cinsel sağlık; sadece hastalık, fonksiyon bozukluğu veya sakatlığın olmaması değil, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak cinsellikle ilgili iyilik halidir. Cinsel sağlık, cinsellik ve cinsel ilişkilere olumlu ve saygıdeğer bir yaklaşım getirmenin yanı sıra zorlama, ayrımcılık ve şiddetten uzak, özgür olarak keyifli ve güvenli cinsel deneyime sahip olmayı gerektirir. Bu nedenle cinsel sağlık, yalnızca üreme ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla sınırlı tıbbi bakım ve danışmanlığın ötesinde, kişisel ilişkiler ve yaşamın güçlendirilmesi anlamını taşır. Cinsel sağlığın sağlanması ve sürdürülmesi için, tüm kişilerin cinsel hakları korunmalı ve yerine getirilmelidir (141).

Cinsel ilişki sonrasında ortaya çıkabilecek olan CYBH, olmaması istenen ve müdahale edilmesi gereken önemli bir sağlık sorunudur (140). Başlıca bulaşma yolunun koruyucu

bariyer olmadan cinsel organ penetrasyonu ile gerçekleşen cinsel ilişki olduğu bir grup bulaşıcı hastalık CYBH olarak tanımlanmaktadır (142). CYBH arasında en yaygın olarak bilinenleri gonore, sifiliz, klamidy ve HIV olmasına karşın cinsel yolla bulaşma özelliği olan genital, oral, anal, faringeal, oftalmik ya da sistemik enfeksiyon/hastalık durumlarına neden olabilen virüs, bakteri, protozoon gibi 30'dan fazla mikroorganizma belirlenmiştir (140, 143). Bu patojenlerden sekizi dünyada cinsel yolla bulaşan hastalıkların en büyük insidansına sahiptir. Bunlar; sifiliz, gonore, klamidy ve trikomoniaz, HBV, herpes simpleks virüsü (HSV), HIV ve HPV'dir (92).

Bu mikroorganizmalar vücuda vajen, rahim ağzı, üretra, rektum ve boğaz gibi mukoza ile kaplı bölgelerden girerler. Her türlü cinsel temas en önemli bulaş yoludur. Hastalık etkenleri kimyasal ve fiziksel faktörlere duyarlıdır ve pratik olarak çevrede serbest olarak bulunmazlar. Bilinen bir hayvan rezervuarları yoktur (144). Bazı CYBH cinsel olmayan yollarla da yayılabilir. Sifiliz, HIV, HBV ve HCV, kan ve organ aktarımları ve benzer şekilde, hasta kişinin kanı veya vücut sıvıları ile kirlenmiş kesici-delici aletler (tırnak makası, tıraş bıçağı, dövme aletleri, akupunktur iğneleri, diş tedavisinde kullanılan aletler, cerrahi girişimlerde kullanılan aletler, kulak delme aletleri, ortak kullanılan enjektörler vb.) ile yaralanma ile bulaşabilir. Yine birçok CYBH, gebelikte (HIV enfeksiyonu, HBV, HCV ve sifiliz), doğum sırasında (gonore, klamidy, genital herpes, genital siğil) ve doğumdan sonra (HIV enfeksiyonu) anneden çocuğa bulaşabilir (47, 92). CYBH'dan bazıları, hastalığa bağlı yaraların bulunduğu bölgeye temas etme (doğrudan temas) yoluyla da bulaşabilir. CYBH hem hastanın kendisinde, hem cinsel eşlerinde hem de hasta olan kişi anne aday veya anne ise bebeğinde çok ciddi zararlı etkilere yol açabildiklerinden bu hastalıkların sadece bireysel değil, toplumsal zararlara da neden olabildikleri unutulmamalıdır (92). Özellikle HIV/AIDS başta olmak üzere CYBH toplum normlarına uygun olmayan cinsel ilişki ve yaşam tarzı kalıplarını çağrıştırmaktadır ve bu durum hasta bireylerin toplum tarafından damgalanmasına, dışlanmasına ve ayrımcılığa uğramasına neden olmaktadır (140, 145). Ayrıca, hasta bireyin hak ve menfaatlerine ulaşmasında sıkıntılara neden olurken bildirimlerin ve tedavinin gecikmesi gibi nedenlerle toplum için hastalık riskini arttırmaktadır (145). Bunun önüne geçilebilmesi adına bu hastalıklar hakkında yanlış bilgi ve düşünceleri ortadan kaldırmak önemlidir. Örneğin HIV birçok vücut sıvısında bulunmasına rağmen sadece kan, anne sütü, meni ve vajinal sekresyonlar gibi enfekte kişilerin vücut sıvıları

aracılığı ile bulaşabilmektedir (146). Dokunmak, öpüşmek (ağız mukozasında kan veya yara olmaması durumunda), mukozal hasar olmaksızın oral-oral temas (ağızdan ağıza resüsitasyon gibi), kucaklaşmak, el sıkışmak, aynı yerde oturmak, aynı saunayı, havuzu, banyoyu, tuvaleti paylaşmak, giysilerin kişisel eşyaların ortak kullanımı, yiyecek veya su paylaşımı gibi olağan günlük temaslarla, sivrisinek, böcek, arı sokması ile HIV bulaşmamaktadır (146-148).

CYBH, dolaylı olarak HIV'in cinsel yolla bulaşmasını kolaylaştırmaktadır (146). Bu hastalıklar sırasında genital bölgede meydana gelen yaralar bu bölgelerin doğal savunma mekanizmalarını bozup HIV'e karşı daha duyarlı olunmasına neden olmaktadır (144). Tedavi edilmemiş bir CYBH'nın varlığı, HIV'in hem kazanılması hem de iletilmesi riskini 10 kata kadar artırır. Ayrıca, CYBH'nın önlenmesi, HIV insidansını genel nüfusta yaklaşık %40 oranında azaltabilir (149). Bu nedenle tedavisi kolay olan cinsel yolla bulaşan diğer hastalıkların önleminin alınması HIV/AIDS'den korunma yönünden de önem teşkil etmektedir (147).

#### **2.4.1. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Bulaşını Etkileyen Biyolojik Ve Davranışsal Faktörler**

Kadınlarda vajinanın anatomik olarak geniş mukazal yüzeyinin olması, genç kadınlarda servikal ektopinin görülmesi ve kadının toplumsal cinsiyet rolü/ayrımcılığı gibi sosyal faktörlerden dolayı penetratif bir cinsel ilişkide, kadınların enfekte olma olasılıkları erkeklere göre dolayı yüksektir. Yani bir erkekten kadına CYBH geçme olasılığı, enfekte bir kadından erkeğe bulaşma olasılığına göre daha fazladır (140). Çoğu CYBH'nın erkekten kadına bulaşma oranının fazla olması, kadın kontrollü CYBH önleyici yöntemlerin bulunmaması ve cinsel ilişki yaşanma koşullarında kadınların belirleme yeteneğini sınırlayan toplumsal cinsiyet güç dinamikleri nedeniyle, kadınlar erkeklerden daha çok CYBH'ya maruz kalabilmektedir (150).

Örneğin gonore ile enfekte kadınla bir kez vajinal ilişkisi olan bir erkeğin enfekte olma olasılığı %20 iken mikroorganizma taşıyan bir erkekle ilişkisi olan kadının enfekte olma olasılığı %50-90 gibi daha yüksek oranlarda seyretmektedir (144). Erkekler için sünnetsiz olmak, prepişyumun CYBH etkenleri için bir rezervuar oluşturması ve keratinize olmayan çok sıralı epitelin fiziki travmalara karşı duyarlı olması nedeniyle sünnetli bireylere göre riski arttırmaktadır (140).

Bazı hastalıklarla ve sağlıkla ilgili bazı sorunlarla karşılaşma ve etkilenme olasılığını artıran davranışlar olarak tanımlanan riskli davranışlar, CYBH’da da vardır. Özellikle kondom kullanmadan penetratif vajinal, oral, anal cinsel ilişkiye girmek CYBH’ya yakalanma olasılığını arttırır (140). Diğer riskli davranışlardan bazıları şunlardır;

- Erken yaşta cinsel ilişkiye başlamak,
- Yakın zamanda cinsel eş değiştirmek,
- Birden fazla cinsel eşe sahip olmak,
- Cinsel eşin birden fazla cinsel eşinin olması,
- Son bir yıl içinde geğirilmiş CYBH öyküsü,
- Seks işçileri ile onların müşterileri ile ya da kimlerle ilişkisi olduğu bilinmeyenlerle cinsel ilişkide bulunmak,
- CYBH belirtisi olanlarla cinsel ilişkiyi sürdürmek,
- Para, mal, yiyecek ya da ilaç karşılığı cinsel ilişkiye girmek,
- Vajinayı kurutucu ajanlar kullanmak,
- Piercing (vücuda küpe takılması), dövme(steril olmayan araç gereç kullanılması) yaptırma,
- Manikür, pedikür aletleri ve jilet gibi eşyaları ortak kullananma,
- Sünnet, akupunktur, epilasyon yapılırken kullanılan aletlerin temizlenmeden kullanılması,
- Diş tedavisinde kullanılan aletlerin temizlenmeden kullanılması,
- Cinsel ilişki öncesi ve sırasında alkol uyuşturuu kullanılması (kondom kullanma kararını etkileyebildiği için),
- Kan ve kan ürünleri transfüzyonu (140).

Kişi riskli davranışlar göstermese bile, eğer cinsel eş veya eşlerinin riskli davranışları varsa CYBH’ya maruz kalabilir (140). CYBH büyük ölçüde cinsel temasla bulaştığı için, hastalığın bulaşma şekilleri nüfusun içinde homojen bir yayılım göstermek yerine dahaok cinsel ilişki ağlarını izler. CYBH’nın yayılmasında çekirdek grupların cinsel

yönden aktif olmalarının yanı sıra hastalık yayılımına yol açacak sıklıkta cinsel partner değiştirmeleri de gerekir (151, 152).

#### **2.4.2. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Semptomları**

CYBH'nın yaygın belirtileri arasında vajinal akıntı, üretral akıntı veya yanma, genital ülser ve karın ağrısı sayılabilir. Bir kişide birden fazla semptom aynı anda görülebileceği gibi birden fazla etken de aynı anda var olabilir (153). Ancak CYBH çoğu asemptomatiktir veya hafif semptomlara neden olur (92). Bir kişi belirgin hastalık semptomları olmaksızın bir CYBH geçiriyor olabilir (92). Bu nedenle bu enfeksiyonların toplumda belirlenmeleri ve hastalık sıklığının ölçümü kolay değildir (140). Belirtisi olmayan grubun çoğunluğunu kadınlar oluşturur (140). Klamidya enfeksiyonlu erkeklerin %30'u, kadınların %80-90'u belirtisizdir. Gonore enfeksiyonlu erkeklerin %10'u, kadınların %50-70'si belirtisizdir (92, 140). Asemptomatik enfeksiyonlar ancak laboratuvar testleri kullanılarak tanınabilir. Ayrıca asemptomatik enfeksiyonlar, kolaylıkla diğerlerine bulaşabilir (140).

#### **2.4.3. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Boyutu ve Önemi**

Tüm dünyada sorun olmalarına karşın CYBH'nın büyük kısmı gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (144). Gelişmekte olan ülkelerdeki kadınlarda, gelişmiş ülkelerde yaşayanlara oranla, sifiliz sıklığı 10-100 kat, gonore sıklığı 10-15 kat, klamidya sıklığı 2-3 kat fazladır (140, 154). CYBH prevalansı kırsaldan çok kentsel bölgede yaşayanlarda, evlenmemiş bireylerde daha yüksek oranda görülme eğilimindedir (24). Kadınların anatomik yapıları nedeniyle hastalıklara karşı daha duyarlı oldukları bilinse de cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla enfekte olan kadın ve erkeklerin sayısı, dünyada bazı bölgesel farklılıklara rağmen, benzerdir (144, 146, 155). Bununla birlikte, dünya genelinde HSV enfeksiyonu kadınlarda daha fazla, sifiliz, gonore, klamidya ve trikomonas, Afrika ve Amerika hariç diğer bölgelerde erkeklerde daha fazla görülmektedir (146). CYBH, bireylerin yaşamlarının en üretken en verimli çağlarında üretkenliğini azaltmaktadır (140). CYBH, en çok insanların genç ve cinsel yönden aktif oldukları 15 ile 35 yaş arasında görülmektedir (156). CYBH'nın üçte biri 25 yaş altı gençlerde görülmektedir (144). CYBH, cinsel aktivite kalıplarındaki farklılıklar ve bir cinsiyet ile diğer cinsiyet arasındaki göreceli bulaş oranlarındaki farklılıklar nedeniyle erkeklere kıyasla kadınlarda daha genç yaşta görülür (24, 156).

CYBH'nın dünyadaki cinsel sağlık ve üreme sağlığı üzerinde derin etkisi vardır (92). Bu konu gelişmiş ve gelişmekte olan ölkelerde aynı önem derecesindedir ve çoğunun bildirimi (HIV/AIDS, sfiliz, gonore, klamidyal hastalıklar ile B ve C tipi hepaptitler) zorunludur (142). Dünyada her gün 1 milyondan fazla CYBH edinilir (92). Dünyada her yıl 15-49 yaş arasındaki bireylerde yalnız 4 tedavi edilebilir CYBH (sifiliz, gonore, klamidy ve trikomoniaz) için, daha çok Batı Pasifik Bölgesi, Amerika, Afrika 'da olmak üzere 357 milyon yeni vakanın meydana geldiği tahmin edilmektedir (Chlamydia trachomatis-131 milyon, Neisseria gonorrhoeae-78 milyon, sfiliz-6 milyon veya Trichomonas vaginalis-142 milyon) (146).

Bazı viral CYBH'nın prevalansları benzer şekilde yüksektir. Dünya genelinde 15-49 yaşlarında tahmini 417 milyon kişi (%11) HSV ile enfektedir (146, 155). Diğer viral CYBH etkeni olan HPV ile çoğu insan, genellikle cinsel yönden aktif hale geldikten kısa bir süre sonra enfekte olur (157). Dünya genelinde HPV ile enfekte yaklaşık 291 milyon kadın bulunmaktadır (146). Gençler de dâhil olmak üzere yaklaşık her yıl 14 milyon insan, HPV ile enfekte olmaktadır ve HPV üreme sisteminin en yaygın viral enfeksiyonudur (158, 159) HPV prevalansı, kadınlarda dünya genelinde %1.6 ile %41.9 arasında değişmekle birlikte normal sitolojik bulguları olan kadınlarda dünya genelinde HPV yaygınlığı % 11.7 olarak hesaplanmıştır (155, 160). HPV'nin erkeklerde, %20'den fazla oranda görüldüğü saptanmıştır (161). Yaşa özel HPV prevalansı, daha genç yaşta (<25 yaş) pik yapmaktadır (155). Yaklaşık tüm servikal kanser vakaları (%99) HPV ile genital enfeksiyona bağlıdır (158). HPV ayrıca erkeklerde ve kadınlarda genital siğiller ve diğer anogenital kanserler türlerine (vajına, vulva, anüs, penis), baş ve boyun kanserlerine neden olabilir (158). Tahminler, 2012 yılında 570.000 (% 90)'inin kadınlarda 61.000 (% 10)'inin erkeklerde olmak üzere 630.000 yeni HPV ilişkili kanser vakasının meydana geldiğidir (162). Kadınlarda görülen kanserlerin 530.000 (% 84)'i serviks kanseridir (162). Serviks kanseri tüm kanserler içinde dünyada yedinci, kadınlarda dünyada dördüncü, kadınlarda az gelişmiş ölkelerde ikinci (%12) en sık görülen kanserdir (158, 163, 164). 2012'de yeni servikal kanser vakalarının 445.000 (%84)'i yine az gelişmiş ölkelerde meydana gelmiştir (158, 163). Dünyada tüm kadın kanserinden ölümlerin % 7.5'ini temsil etmektedir ve servikal kansere bağlı ölümlerin yaklaşık onda dokuzu (%87) az gelişmiş ölkelerde meydana gelmektedir (158, 163, 164).

Bulaş yolları içinde cinsel ilişkinin de yer aldığı HBV enfeksiyonu, karaciğere etki eden, akut ve kronik hastalığa, siroza ve karaciğer kanserine neden olabilen yaşamı tehdit edebilecek viral bir enfeksiyondur (165). Riskli cinsel uygulamalar ve cinsel ilişki dünyadaki farklı bölgelerdeki HBV enfeksiyonu ile ilişkilidir (166-169). HBV'ye karşı, 1982'de plazma türevli aşılar, 1986'dan itibaren de halen kullanılan rekombinant aşılar kullanıma sunulmuştur (170). Aşıya rağmen tahminler 2015 yılında dünyada 257 milyon (%3.5) insanın HBV enfeksiyonu ile yaşadığıdır (165, 170). HBV enfeksiyonu ile yaşayan kişilerin %9'u (22 milyon) tanısını bilmektedir (165). 2015 yılında HBV enfeksiyonu, çoğunlukla komplikasyonlardan dolayı 887220 ölümlle sonuçlanmıştır (165, 170). Ülkemizin de arasında bulunduğu DSÖ Avrupa Bölgesi'nde HBV enfeksiyonu prevalansı %1.6'dır (165, 170).

Diğer önemli bir CYBH, HIV enfeksiyonudur. HIV bağışıklık sistemini hedef alan ve insanların savunma sistemlerini enfeksiyonlara ve bazı kanser türlerine karşı zayıflatan bir virüstür. HIV enfeksiyonunun en gelişmiş aşaması, AIDS'dir ve bireye bağlı olarak gelişmesi 2 ila 15 yıl sürmektedir. HIV/AIDS şimdiye kadar 35 milyondan fazla kişinin hayatını kaybettiği önemli bir küresel halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Yalnız 2016'da dünyada 1 milyondan fazla insan HIV ile ilgili nedenlerden ötürü hayatını kaybetmiştir. 2016 yılı sonunda HIV ile yaşayan küresel kişi sayısı yıl içindeki 1.8 milyon yeni vakayla beraber yaklaşık 36.7 milyona ulaşmıştır. Dünyada HIV enfeksiyonlarının yaklaşık üçte ikisi Afrika bölgesinde görülmektedir (146).

Bununla birlikte, HIV ile enfekte insanların yalnızca %70'inin durumunu bildikleri tahmin edilmektedir. %90 hedefine ulaşmak için 7.5 milyon insanın HIV test hizmetlerine erişmesi gerekiyor. HIV enfeksiyonu için herhangi bir tedavi yoktur. Bununla birlikte, etkin antiretroviral ilaçlar virüsü kontrol altına alabilir ve bulaşmayı önleyebilir (146).

Ülkemizde ilk defa 1985 (dünyada 1981) yılında 2 HIV/AIDS hastası bildirilmiş, daha sonra her yıl vaka sayılarında giderek artma gözlenmiştir (171). 2016 yılında tespit edilen HIV pozitif yeni vaka sayısı (2470), 2011 yılında tespit edilenin (661) dört katından daha fazladır (172). Ülkemizde 2016 sonunda HIV ile enfekte kişi sayısı 13.158 ve AIDS'li kişi sayısı 1.537 olarak saptanmıştır. Toplam vakaların %78.2'si erkek, %21.8'i kadından oluşmuştur. Vakaların en fazla görüldüğü yaş grubu 30-34 ve

25-29 yaş grubudur (172). 2016 yılı içinde tespit edilen 2470 HIV (+) ve 103 AIDS vakası olmak üzere toplam 2573 yeni vakanın ise %84.8'i erkek, %15.2'si ise kadındır. Vakaların %12.2'si yabancı uyrukludur. Yaş gruplarına göre 2016 içindeki yeni vakalarda 25-29 yaş grubu çoğunluğu oluşturmaktadır (172).

Ülkemizde sifiliz için 2003 yılında 3756, 2006'da 4179 (%62.2'si erkek, %37.8'i kadın) toplam vaka sayısı bildirilmiştir. Yıl içinde tanı alan sfiliz vakaları 2006'da 507 olup bu yıldan sonra en yüksek düzeye 2009'da (682) en düşük düzeye 2012'de (281vaka) ulaşmış olup dalgalı bir seyir izlerken, 2012'den bu yana vaka sayıları artmaktadır (171, 172). Sfiliz özellikle seks işçilerinde ve homoseksüel erkeklerde diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur (152). 2002 yılı itibariyle sfiliz tanı testi evlilik öncesi testlere eklenmiştir (152). HBV için, 2003'de 5234, 2006'da 6612 (morbidite 100000'de 10.5, en sık 20-44 yaşta) ve gonore için 2003'de, yalnız genelev taramalarında 412, 2006'da 322'si genelev olmak üzere 452 vaka (morbidite 100000'de 0.7) bildirilmiştir (140, 171).

Genel olarak, ülkemizde saptanan HIV ve sifiliz vakalarında da göze çarptığı gibi, cinsel faaliyete erken başlanılan ve evlilik dışı ilişkilere kapalı olan geleneksel toplumlarda erkekler yüksek CYBH riski altındadır (152).

2011 yılında Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi tarafından 3500 kişide yapılan taramalarda HPV ile enfekte kişi prevalansı %2.9'dur (173). Ülkemizde 2014 verilerine göre serviks kanseri 100000'de 4.0'lık insidansla kadınlarda en sık görülen kanserler içinde 9. sırada olup, %2.4'ünü oluşturmaktadır (174).

Tüm bunlarla birlikte cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların büyük çoğunluğunda belirtinin olmamasından dolayı kişilerin toplumda belirlenmeleri ve hastalık sıklığının ölçümü kolay değildir. Ayrıca yakınması ve belirtisi olan kişiler CYBH'ya karşı oluşmuş ön yargılar nedeniyle utanırlar, eczacılar ya da geleneksel iyileştiriciler gibi kaydolmadan kullanabilecekleri alternatif tedaviler ararlar (140). Ülkemizde bunların dışında kayıt ve bildirim sisteminin yetersiz çalışıyor olması verilerimizin ve surveyansın yetersiz olmasına sebep olmaktadır (144).

#### **2.4.4. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Komplikasyonları**

CYBH, bireyin kendisini, cinsel eşini ve çocuklarını etkileyen, yalnızca biyolojik ve tıbbi problemlere değil, sosyal ve politik problemlere de yol açan küresel bir halk sağlığı sorunudur (142). HIV dâhil olmak üzere, bir yılda görülen CYBH, dünyada erkek, kadın ve çocuklarda 51 milyon yıla eşdeğer sağlıklı yaşam kaybından sorumludur (175). CYBH, her iki cinsiyeti de etkilese de özellikle kadınlarda ciddi komplikasyonlara neden olmaktadır (146, 155). Kadınlarda, HIV hariç CYBH'ya bağlı meydana gelen DALY'nin %80'ini CYBH'ya bağlı gelişen komplikasyonlar oluşturmaktadır (150). Bazı CYBH tedavi edilmediklerinde pelvik enfeksiyona, infertiliteye, rahim ağzı kanserine, karaciğer sirozu ve kanserine hatta ölüme sebep olabilmektedir (140). Anne ve çocuk arasında CYBH bulaşları, düşük, ektopik gebelik, ölü doğum, yenidoğan ölümü, düşük doğum ağırlığı, prematürite, sepsis, pnömoni, neonatal konjonktivit ve konjenital deformitelere neden olabilir (92). Bunlar dışında toplumda damgalanma, iş kaybı, boşanma, ev gibi barınak kaybı gibi psikososyal sonuçlara da sebep olmaktadır (140, 145).

Cinsel yolla bulaşan patojenlerden kaynaklanan dünya genelindeki morbidite ve mortalite yükü, yaşam kalitesinin yanı sıra cinsel sağlık, üreme sağlığı, yenidoğan ve çocuk sağlığını tehdit etmektedir (146). Gebelikte sifiliz, her yıl 300 000 fetal ve neonatal ölümle sonuçlanır ve erken ölüm riski yüksek 215 000 bebek dünyaya gelir (146). Bazı ülkelerde yenidoğan morbiditesi ve mortalitenin başlıca nedenlerinden biri konjenital sifilizdir (150). HPV enfeksiyonu, serviks kanserinin gelişimi için kanıtlanmış bir ön koşuldur (176). HPV enfeksiyonu, her yıl tahmini 530 000 servikal kanserden ve 264 000 servikal kansere bağlı ölümden sorumludur (146). CYBH, dünya genelinde pelvik inflamatuvar hastalığın ve infertilitenin önemli nedenleridir (92, 146). Kadınlarda tedavi edilmemiş gonokoksik ve klamidyal enfeksiyonlar %40'a varan oranlarda pelvik inflamatuvar hastalıklara neden olmaktadır ve bunların dörtte biri infertiliteyle sonuçlanmaktadır (177). Gonore ve klamidya servisi olan annelerden doğan bebeklerde, neonatal konjunktivit ve klamidya pnömonisi gelişmektedir (140). Dünyada her yıl, tedavi edilmemiş maternal gonokoksik ve klamidyal enfeksiyonlara bağlı 4000 yenidoğan bebekte körlük geliştiği tahmin edilmektedir (177). Ciddi hastalıklar olmaktan başka, CYBH, HIV'in bulaşını artırır (149).

Gelişmekte olan ülkelerde CYBH ve komplikasyonları yetişkinlerin sağlık hizmeti almaya zorlayan ilk beş hastalık kategorisindedir. CYBH, gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık çağındaki kadınlarda ölüm ve sağlıklı yaşam kaybına yol açan nedenler arasında, gebelik ve doğuma bağlı faktörlerden sonra ikinci sırada gelmektedir (150). CYBH, orta ve düşük gelirli ülkelerde hem hane halkı hem de ulusal sağlık sistemleri bütçelerine önemli miktarda baskı uygulamaktadır (146). Bazı Afrika ülkelerinde, CYBH'yı tedavi etmek için kullanılan antibiyotik giderleri genel sağlık bütçesinin %70'ini oluşturmaktadır (140).

#### **2.4.5. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Tanı ve Tedavisi**

CYBH'nın tanısı için, mikroskopi ve kültür gibi çeşitli kesin tanı testleri yüksek gelirli ülkelerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Kesin tanı testleri, asemptomatik enfeksiyonları da belirleyebilmek için gereklidir (92). Düşük ve orta gelirli ülkeler, sendromik vaka yönetim laboratuvar testleri kullanılmaksızın, bulgu ve semptomlar üzerinden tanı konulmakta ve konulan bu tanı çoğunlukla ön tanı niteliğinde kalmaktadır. Bu sendromik vaka yönetimi olarak adlandırılmaktadır (92). Bununla birlikte, bu yaklaşım herhangi bir semptom göstermeyen CYBH'nın büyük çoğunluğunu gözden kaçırmaktadır (92).

Bakteriyel etkenli CYBH, antibiyotiklerle tedavi edilebilen, dolayısıyla kontrol altına alınması daha kolay olan hastalıklardır. Virüslerle meydana gelenlerin ise tamamen tedavisi ve kontrolü mümkün olamamaktadır (144). CYBH, HIV bulaş etkinliğini arttırdığı için, bu enfeksiyonların kontrolü AIDS yayılmasını içeren en önemli müdahalelerden biridir (150). Ayrıca, CYBH'nın yönetimindeki iyileşme, genel nüfusta HIV enfeksiyonunun görülme sıklığını yaklaşık %40 azaltabilir (149). CYBH riskini azaltan ve istenmeyen, planlanmamış gebelikleri engelleyen her türlü davranışı içeren güvenli cinsel davranışları benimsemek, bulaşı arttıran riskli davranışlardan kaçınmak, CYBH'dan korunmada önemli bir paya sahiptir. Güvenli cinsel ilişki aynı anda eş ya da sevgili olan cinsel partneri de korumaktır (178). Bunun dışında, CYBH'dan olan HBV ve HPV için güvenli ve yüksek etkili aşılar mevcut olup, etkili bağışıklama ile her yıl 1.1 milyon insanda HBV ve HPV'ye bağlı gelişecek kanserlerin önlenebileceği tahmin edilmektedir (179).

#### 2.4.6. Gençlerde Cinsel Sağlık

Dünyada bildirilen CYBH'nın en yüksek oranda, 15-24 yaş insanlarda görüldüğü ve yeni gelişen enfeksiyonların yaklaşık %60'a varan oranının ve HIV ile enfekte kişilerin yarısının bu yaş grubunda olduğu saptanmıştır (27-29). Gençler arasında morbidite ve mortalitenin başlıca nedenleri arasında cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunları da gelmektedir (180). Gençlerin CYBH'ya karşı özellikle savunmasız olmasının nedenlerinden biri, CYBH'dan korunma eğitimi de dâhil olmak üzere cinsel eğitimin eksikliğidir (30). Cinsel sağlık eğitiminin gerekliliği, ilk kez 1995 yılında IV. Dünya Kadın Konferansı'nda ele alınmış olup ebeveynlerin de bu konularda çocuklarına destek olmasıyla birlikte cinsel eğitime önem verilmesi gerektiği vurgulanmış, " özellikle kendi cinselliklerini olumlu ve sorumlu bir biçimde kullanabilmeleri için ergenlik çağındakilere gereken eğitim ve hizmetlerin verilmesine dikkat edilmelidir" ifadesine yer verilmiştir (7).

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda gençler arasında evlilik öncesi cinsel deneyim yaşamanın normal karşılandığı, erken yaşlarda cinsel ilişki deneyimi olan gençlerin yıllar içinde arttığı ve riskli davranışlar sergilendiği, özellikle erkeklerde ilk cinsel ilişki yaşının düştüğü ve yaş trendinin gelişmiş ülkelerle benzer olduğu bulunmuştur (23, 181-183). Cinselliğin evlilikle bağdaştırılıp, evli olmayan gençler arasında konuşulmasının tabu sayılması, gençlere yönelik örgün eğitim programı içinde yapılandırılmış bir cinsel eğitim programının olmaması, çocuğun eğitiminin ilk başladığı yer olan aile içerisinde otorite, utanma, bilgi yetersizliği gibi nedenlerle cinselliğin yer bulmaması, gençlere verilecek cinsel eğitimin daha erken cinsel yaşama başlama açısından risk barındırdığı düşüncesi gençlerin üreme sağlığını olumsuz etkilemektedir (21, 34, 97, 121, 137, 184, 185). Gençlerin genellikle kendilerini sağlıklı görmeleri, sağlık açısından az risk taşıdıkları inancı, gençlerin sorunlarıyla ilgili nereye, kime başvuracaklarını bilmiyor olmaları da sağlık hizmeti almaları önündeki engellerdendir (37, 184) . Ülkemizde yapılan çalışmalarda, gençlerde cinsel sağlıkla ilgili bilgilerin yetersiz olduğu gösterilmekte olup, bilgi eksikliklerinin giderilmesi için çabalar önerilmektedir (180, 181, 186, 187). Ülkemizde genç nüfus üzerinde yapılan bazı çalışmalarda cinsel bilgi kaynağının en çok arkadaş, medya gibi informal kaynaklar olduğu ve ailenin eğitim düzeyiyle ters orantılı olarak aileden bilgi alma durumunun düştüğü, sağlık çalışanlarından bilgi alma oranlarının düşük olduğu gösterilmiştir (23,

37, 42, 188). Ayrıca, gençlerin dörtte üçünden de fazlasının cinsel sağlık/üreme sağlığı konusunda herhangi bir hizmet almadıkları bulunmuştur (188). Hizmet almayanların yarısı gerek duymamış olmasını neden gösterse de, dörtte birinden daha fazlası gidebileceği bir yer olmadığı için hizmet almadığını ifade etmiştir (188).

Cinsellikle ilgili bilgi eksikliği evlilik hayatında da önemli sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Yapılan çalışmalarda, evliliklerinde cinsel sorunlar yaşayan çiftlerin cinsellikle ilgili bilgilerinin yeterli olmadığı ve evlilik uyumlarının düşük olduğu belirlenmiştir (31-34). Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği'nin yaptığı çalışma sonuçlarına göre, cinsel sağlık veya üreme sağlığı sorunu yaşama ve buna bağlı yardım alma, evliliğin ilk yıllarında, kadınlarda daha fazla olmak üzere toplamda %14'dür (35).

Küçük yaşlardan başlayarak kapsamlı bir cinsel eğitim, cinsel davranışlarla ilgili bilinçli ve sorumlu kararlar alabilme, cinsel konular hakkında rahat bir şekilde konuşabilme, uygun ve uygun olmayan cinsel davranışları anlayabilme gibi olumlu bilgi, davranış kazanabilme adına gerekmektedir (189). Çocukların, cinsel konularla ilgili soru sormaya başladıkları andan itibaren aile içinde başlayarak yaşına uygun ve doğru şekilde bilgilendirilmesi gerektiği düşünülmektedir (120). Okullardaki cinsel eğitim etkinlikleri, özellikle cinsel konuların tabu olduğu ve aile arasında rahat bir şekilde konuşulmadığı toplumlarda önemlidir (189). Çeşitli ülkelerde 9-24 yaş bireylere verilen cinsel eğitimin etkilerine bakıldığında, eğitimlerin, olumlu cinsel davranış geliştirdiği, cinsel aktiviteyi hızlandırmadığı veya arttırmadığı hatta bunun yerine cinsel aktiviteyi ertelediği veya azalttığı ve kondom, gebeliği önleyici yöntem kullanımını arttırdığı görülmüştür (190).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Bu araştırma, tanımlayıcı nitelikte kesitsel bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yer ve Zaman Özellikleri**

Bu çalışma, Kayseri ilinde İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı Kocasinan Toplum Sağlığı Merkezi Ek Hizmet Binası'nda yer alan Çocuk, Ergen ve Kadın Üreme Sağlığı Birimi'nde yapılmıştır. Araştırma verileri 1-31 Haziran 2017 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### **3.3. Araştırma Evreni Ve Örneklemi**

Bu araştırmada evreni, Kayseri İli Kocasinan Toplum Sağlığı Merkezi Ek Hizmet Binası'nda yer alan Çocuk, Ergen ve Kadın Üreme Sağlığı Birimi'ne ilk kez evlenmek için başvuran çiftler oluşturmuştur. Örneklem, 1-31 Haziran 2017 tarihleri arasında, Kayseri İli Kocasinan Toplum Sağlığı Merkezi Ek Hizmet Binası'nda yer alan Çocuk, Ergen ve Kadın Üreme Sağlığı Birimi'ne evlenmek için başvurmuş, 18 yaşını doldurmuş, ilk kez evlenecek olan ve araştırmaya katılmaya eşlerin her ikisinin de gönüllü olduğu bireylerden oluşmaktadır. Evlendikten sonra herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayı düşünenlerin oranı %50 düzeyinde olduğu kabul edilerek,  $\alpha:0.05$  ve sapma değeri  $\pm\%5$  olarak alınmış ve minimum örneklem büyüklüğü 768 kişi / 384 çift olarak hesaplanmıştır. 1-31 Haziran 2017 tarihleri arasında 1549 kişi evlenmek için başvurmuştur. Başvuran kişilerin %2.6'sını (41 kişi) 18 yaş altı bireyler

oluşturmuştur. 18 yaşını doldurmuş 1508 kişiden, eşiyle aynı anda araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırmaya alınma şartlarını yerine getiren 894 kişi (447 çift) araştırmaya dâhil edilmiştir.

### **3.4. Verilerin Toplanması, Veri Toplama Aracı**

Evlenmek üzere başvuran 18 yaşını doldurmuş olanlara, ilk evliliklerini yapacak olan çiftlere; çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek, katılmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Çalışmada veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından hazırlanan, sosyodemografik özellikleri, cinsel sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışları belirlemeye yönelik açık uçlu ve çoktan seçmeli soruların yer aldığı toplam 59 soruluk bir anket formu kullanılmıştır (EK 1). Anket formunda yer alan soruların 11 tanesi sosyodemografik özelliklerle, 24 tanesi aile planlamasıyla, 24 tanesi cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgilidir. Çalışmaya katılmak isteyen bireylerden gönüllü onam formu (EK 2) alınıp anket formu tanıtılarak, soruları nasıl cevaplandıracakları anlatılmıştır. Adayların birbirlerinden etkilenmemeleri ve gerçek düşüncelerini ifade etmelerini sağlamak için formu yalnız olarak doldurmaları istenmiştir. Anket formları yüzyüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur.

### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz**

Veriler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package For the Social Sciences) istatistiksel analiz programı 21.0 versiyonunda değerlendirilmiştir. Bireylerin anketlerde belirttiği tanımlayıcı kişisel bilgiler sayı ve yüzde dağılımları belirtilerek verilmiştir. Sosyodemografik özelliklerle ilgili kısımda, şimdiki (evlenmeden önce) aile yapısını çekirdek ve geniş aile dışında kalan bir aile yapısı olarak beyan eden kişiler (%0.7) analizlerde çekirdek aile kapsamında değerlendirilmiştir. Nicel verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Simirnov testi ile test edilmiştir. Nicel veriler analizlerde dağılımın özelliğine göre ‘ortalama  $\pm$  standart sapma’ veya ‘ortanca (min-max)’ şeklinde tanımlanmış olup eşler arası farkın analizinde Wilcoxon T testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin analizinde çalışmaya katılan eşler birbirleriyle bağımlı olarak değerlendirilmiş olup iki seçenekli değişkenlerin analizinde Mc Nemar, çok seçenekli değişkenlerin analizinde Mc Nemar Bowker testi kullanılmıştır. Eşlerin bağımlılığının göz ardı edildiği bazı kategorik verilerin karşılaştırmasında Ki Kare testi kullanılmıştır. Eşlerin verdikleri cevapların uyumunu değerlendirmek için Cohen’s

Kappa analizi yapılmıştır. Kappa analizinde aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda ileriye yönelik sergileyecekleri tutum ve davranışlarla ilgili sorulara verdikleri cevaplar analiz edilmiştir. Analizde elde edilen K değeri, “ $K < 0$ : Şansa bağlı olabilecek uyumdan daha kötü uyum olması”, “ $K = 0.01-0.20$ : Önemsiz düzeyde uyum olması”, “ $K = 0.21-0.40$ : Zayıf düzeyde uyum olması” , “ $K = 0.41-0.60$ : Orta düzeyde uyum olması”, “ $K = 0.61-0.80$ : İyi düzeyde uyum olması”, “ $K = 0.81-1.00$ : Çok iyi düzeyde uyum olması” şeklinde yorumlanmıştır (191, 192). Bütün analizlerde  $p < 0.05$  değerleri istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Etik Boyutu**

Çalışmaya başlamadan önce, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik onay (EK 3) ve Kayseri Halk Sağlığı Müdürlüğü’nden kurum izni (EK 4) alınmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Toplam 447 çift araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya çiftler dâhil edildiğinden kadın ve erkek sayıları eşittir.

**Tablo 2.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Yaşlarının Karşılaştırılması

| Cinsiyet | n   | Yaş (yıl)   |                     | z     | p      |
|----------|-----|-------------|---------------------|-------|--------|
|          |     | Ortalama±SD | Ortanca (min – max) |       |        |
| Erkek    | 447 | 27.3±4.2    | 27 (18–45)          | 14.81 | <0.001 |
| Kadın    | 447 | 24.1±4.2    | 24 (18–38)          |       |        |

Tablo 2’de erkek ve kadınların yaşları karşılaştırılmıştır. Erkeklerde yaş ortancası ve ortalaması kadınlara göre 3 yaş daha büyük olup, aradaki fark önemli bulunmuştur.

**Tablo 3.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

| Özellikler            | Gruplar         | Erkek<br>(n=447) |      | Kadın<br>(n=447) |      | McNemar<br>(Bowker) | p      |
|-----------------------|-----------------|------------------|------|------------------|------|---------------------|--------|
|                       |                 | Sayı             | %    | Sayı             | %    |                     |        |
| Yaş grupları<br>(yıl) | < 20            | 6                | 1.3  | 68               | 15.2 | 167.98              | <0.001 |
|                       | 20-24           | 112              | 25.1 | 176              | 39.4 |                     |        |
|                       | 25-29           | 214              | 47.9 | 156              | 34.9 |                     |        |
|                       | ≥ 30            | 115              | 25.7 | 47               | 10.5 |                     |        |
| Öğrenim<br>düzeyi     | İlkokul ve altı | 22               | 4.9  | 23               | 5.1  | 19.13               | 0.004  |
|                       | Ortaokul        | 105              | 23.5 | 72               | 16.1 |                     |        |
|                       | Lise            | 132              | 29.5 | 139              | 31.1 |                     |        |
|                       | Üniversite      | 188              | 42.1 | 213              | 47.7 |                     |        |
| Çalışma<br>durumu     | Çalışıyor       | 444              | 99.3 | 174              | 38.9 | 266.03              | <0.001 |
|                       | Çalışmıyor      | 3                | 0.7  | 273              | 61.1 |                     |        |
| Ekonomik<br>durum     | İyi             | 214              | 47.9 | 207              | 46.3 | 3.20                | 0.362  |
|                       | Orta            | 218              | 48.8 | 230              | 51.5 |                     |        |
|                       | Kötü            | 15               | 3.4  | 10               | 2.2  |                     |        |
| Sağlık<br>güvencesi   | Var             | 407              | 91.1 | 366              | 81.9 | 19.28               | <0.001 |
|                       | Yok             | 40               | 8.9  | 81               | 18.1 |                     |        |
| Yaşadığı yer          | İl merkezi      | 332              | 74.3 | 285              | 63.8 | 21.58               | 0.001  |
|                       | İlçe merkezi    | 90               | 20.1 | 124              | 27.7 |                     |        |
|                       | Kasaba          | 9                | 2.0  | 14               | 3.1  |                     |        |
|                       | Köy             | 16               | 3.6  | 24               | 5.4  |                     |        |
| Önceki aile<br>yapısı | Çekirdek aile   | 333              | 74.5 | 340              | 76.1 | 0.29                | 0.589  |
|                       | Geniş aile      | 114              | 25.5 | 107              | 23.9 |                     |        |

Tablo 3’de araştırma grubundaki erkek ve kadınların sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, yaş, öğrenim düzeyi, çalışma durumu ve yaşadığı yer açısından erkek ve kadınlar arasındaki farklar önemli bulunmuştur. Buna karşılık, ekonomik durum ve evlenmeden önceki aile yapısı arasında eşler arasında önemli fark bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan çiftlerin %51.2’sinin arkadaş ortamında, %7.2’sinin iş ortamında, %1.8’inin internet ortamında, %0.7’ünün bu durumlardan farklı bir şekilde tanıştığı; %39.1’inin ise görücü usulü ile evlenme kararı aldığı belirlenmiştir.

Eşler arasındaki akrabalık durumu incelendiğinde; akraba evliliği oranı %8.3 bulunmuştur. Eşlerin %3.6'sının birinci derece (kardeş çocukları), %1.6'sının ikinci derece (kardeş torunları), %1.6'sının uzak akraba olduğu saptanmıştır.

#### 4.2. Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Aile Planlaması ile İlgili Bilgi ve Düşüncelerinin Karşılaştırılması

**Tablo 4.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Aile Planlamasının Amaçlarına Yönelik Sorulara Verdikleri Cevapların Karşılaştırılması

| Sorular                                                                                           | Erkek (n=447)       |                      |                             | Kadın (n=447)       |                      |                             | McNemar Bowker  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------|
|                                                                                                   | Evet<br>Sayı<br>(%) | Hayır<br>Sayı<br>(%) | Fikri<br>yok<br>Sayı<br>(%) | Evet<br>Sayı<br>(%) | Hayır<br>Sayı<br>(%) | Fikri<br>yok<br>Sayı<br>(%) |                 |
| Aile planlaması istenmeyen gebeliklerin önlenmesini amaçlar mı?                                   | 251<br>(56.2)       | 56<br>(12.5)         | 140<br>(31.3)               | 257<br>(57.5)       | 59<br>(13.2)         | 131<br>(29.3)               | 1.09<br>p=0.779 |
| Aile planlaması çocuk sahibi olamayan çiftlerin çocuk sahibi olmalarına yardım etmeyi amaçlar mı? | 184<br>(41.2)       | 123<br>(27.5)        | 140<br>(31.3)               | 180<br>(40.3)       | 135<br>(30.2)        | 132<br>(29.5)               | 2.77<br>p=0.429 |
| Aile planlaması ülke nüfusunun azaltılması amaçlar mı?                                            | 36<br>(8.1)         | 270<br>(60.4)        | 141<br>(31.5)               | 34<br>(7.6)         | 281<br>(62.9)        | 132<br>(29.5)               | 2.09<br>p=0.554 |
| Aile planlaması ana sağlığı açısından yararlı mıdır?                                              | 394<br>(88.1)       | 5<br>(1.1)           | 48<br>(10.7)                | 399<br>(89.3)       | 6<br>(1.3)           | 42<br>(9.4)                 | 2.41<br>p=0.492 |
| Aile planlaması çocuk sağlığı açısından yararlı mıdır?                                            | 391<br>(87.5)       | 6<br>(1.3)           | 50<br>(11.2)                | 406<br>(90.8)       | 8<br>(1.8)           | 33<br>(7.4)                 | 5.24<br>p=0.073 |
| Aile planlaması toplumdaki kürtaj talebini azaltır mı?                                            | 323<br>(72.3)       | 25<br>(5.6)          | 99<br>(22.1)                | 321<br>(71.8)       | 26<br>(5.8)          | 100<br>(22.4)               | 1.31<br>p=0.727 |

Tablo 4’de erkek ve kadınların aile planlamasının amaçlarına yönelik sorulara verdikleri cevaplar karşılaştırılmıştır. Erkeklerin ve kadınların yaklaşık yarısının aile planlaması hizmetlerinin amaçlarını doğru bildiği, %90 kadarının aile planlamasını ana-çocuk sağlığı açısından yararlı bulduğu ve %70 kadarının bu hizmetlerin toplumdaki kürtaj talebini azaltacağına inandıkları belirlenmiştir. Aile planlamasının amaç ve kapsamıyla ilgili düşünceler açısından eşler arasında önemli bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 5.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Çocuk Tercihlerinin Karşılaştırılması

| Sorular                       | Erkek (n=447)<br>Ortanca(min-max)<br>Ortalama±SD | Kadın (n=447)<br>Ortanca (min-max)<br>Ortalama±SD | z    | p      |
|-------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------|--------|
| İdeal erkek çocuk sayısı      | 1 (0-4)<br>1.50±0.62                             | 1 (0-3)<br>1.28±0.52                              | 6.68 | <0.001 |
| İdeal kız çocuk sayısı        | 1 (0-3)<br>1.31±0.53                             | 1 (0-4)<br>1.32±0.52                              | 0.25 | 0.805  |
| İdeal toplam çocuk sayısı     | 3 (1-6)<br>2.81±0.95                             | 2 (1-6)<br>2.60±0.89                              | 4.23 | <0.001 |
| İstenilen erkek çocuk sayısı  | 1 (0-4)<br>1.51±0.65                             | 1 (0-3)<br>1.23±0.50                              | 7.93 | <0.001 |
| İstenilen kız çocuk sayısı    | 1 (0-3)<br>1.30±0.56                             | 1 (0-3)<br>1.27±0.51                              | 1.08 | 0.282  |
| İstenilen toplam çocuk sayısı | 3 (0-6)<br>2.82±0.99                             | 2 (0-6)<br>2.50±0.85                              | 5.90 | <0.001 |

Tablo 5’de erkek ve kadınların doğurganlıkla ilgili tercihleri gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, istenen kız çocuk sayısı açısından erkek ve kadınlar arasında önemli bir fark bulunmamıştır. Buna karşılık, erkeklerin istediği erkek çocuk ve toplam çocuk sayıları kadınlardan daha fazladır.

Tablo 6 ve 7’de erkek ve kadınların çocuk tercihlerinin çocuk sayısına göre dağılımı gösterilmiştir.

**Tablo 6.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Çocuk Cinsiyeti Tercihlerinin Çocuk Sayısına Göre Karşılaştırılması

|                                          |                                                  | Erkek (n=447)                                   |        |        |       | Kadın (n=447) |        |        |       |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------|--------|-------|---------------|--------|--------|-------|
|                                          |                                                  | 0                                               | 1      | 2      | ≥3    | 0             | 1      | 2      | ≥3    |
|                                          |                                                  | Sayı                                            | Sayı   | Sayı   | Sayı  | Sayı          | Sayı   | Sayı   | Sayı  |
|                                          |                                                  | (%)                                             | (%)    | (%)    | (%)   | (%)           | (%)    | (%)    | (%)   |
| Bir aile için ideal bulunan çocuk sayısı | Erkek                                            | 1                                               | 247    | 174    | 25    | 6             | 317    | 115    | 9     |
|                                          |                                                  | (0.2)                                           | (55.3) | (38.9) | (5.6) | (1.3)         | (70.9) | (25.7) | (2.0) |
|                                          | Kappa 0.303 p<0.001 McNemar Bowker 47.12 p<0.001 |                                                 |        |        |       |               |        |        |       |
|                                          | Kız                                              | 6                                               | 305    | 127    | 9     | 5             | 302    | 134    | 6     |
|                                          |                                                  | (1.3)                                           | (68.2) | (28.4) | (2.0) | (1.1)         | (67.6) | (30.0) | (1.3) |
|                                          |                                                  | Kappa 0.299 p<0.001 McNemar Bowker 3.63 p=0.603 |        |        |       |               |        |        |       |
| Sahip olunmak istenilen çocuk sayısı     | Erkek                                            | 5                                               | 237    | 178    | 27    | 9             | 331    | 101    | 6     |
|                                          |                                                  | (1.1)                                           | (53.0) | (39.8) | (6.0) | (2.0)         | (74.0) | (22.6) | (1.3) |
|                                          | Kappa 0.285 p<0.001 McNemar Bowker 67.47 p<0.001 |                                                 |        |        |       |               |        |        |       |
|                                          | Kız                                              | 11                                              | 302    | 123    | 11    | 11            | 309    | 123    | 4     |
|                                          |                                                  | (2.5)                                           | (67.6) | (27.5) | (2.5) | (2.5)         | (69.1) | (27.5) | (0.9) |
|                                          |                                                  | Kappa 0.245 p<0.001 McNemar Bowker 8.51 p=0.130 |        |        |       |               |        |        |       |

**Tablo 7.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Toplam Çocuk Sayısı Tercihlerinin Karşılaştırılması

|                           | Erkek (n=447)                                    |                  |                  |                  |                   | Kadın (n=447)    |                  |                  |                  |                   |
|---------------------------|--------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
|                           | 0<br>Sayı<br>(%)                                 | 1<br>Sayı<br>(%) | 2<br>Sayı<br>(%) | 3<br>Sayı<br>(%) | ≥4<br>Sayı<br>(%) | 0<br>Sayı<br>(%) | 1<br>Sayı<br>(%) | 2<br>Sayı<br>(%) | 3<br>Sayı<br>(%) | ≥4<br>Sayı<br>(%) |
| <b>İdeal bulunan sayı</b> | 0<br>(0.0)                                       | 3<br>(0.7)       | 215<br>(48.1)    | 112<br>(25.1)    | 117<br>(26.2)     | 0<br>(0.0)       | 8<br>(1.8)       | 262<br>(58.6)    | 89<br>(19.9)     | 88<br>(19.7)      |
|                           | Kappa 0.379 p<0.001 McNemar Bowker 21.94 p<0.001 |                  |                  |                  |                   |                  |                  |                  |                  |                   |
| <b>İstenilen sayı</b>     | 2<br>(0.4)                                       | 8<br>(1.8)       | 202<br>(45.2)    | 117<br>(26.2)    | 118<br>(26.4)     | 1<br>(0.2)       | 16<br>(3.6)      | 264<br>(59.1)    | 97<br>(21.7)     | 69<br>(15.4)      |
|                           | Kappa 0.309 p<0.001 McNemar Bowker 37.90 p<0.001 |                  |                  |                  |                   |                  |                  |                  |                  |                   |

Tablo 6 ve 7’de görüldüğü gibi, erkek ve kadınların çoğu biri erkek ve biri kız cinsiyette olmak üzere iki çocuk sahibi olmak istemiş ve bunu bir ailenin çocuğa ait özellikleri için ideal görmüşlerdir. Ancak istenilen ve ideal bulunan erkek ve toplam çocuk sayısı bakımından eşler arasındaki uyum zayıf, fark önemlidir.

Tablo 8 ve 9’da erkek ve kadınların çocuk sahibi olmak istedikleri zamana yönelik düşünceleri gösterilmiştir.

**Tablo 8.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Çocuk Sahibi Olmayı Düşündükleri Sürelerin Karşılaştırılması

| Sorular                                                        | Erkek (n=447)<br>Ortanca(min-max)<br>Ortalama±SS | Kadın (n=447)<br>Ortanca (min-max)<br>Ortalama±SS | z    | p      |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------|--------|
|                                                                |                                                  |                                                   |      |        |
| <b>Evlendikten sonra ilk gebelik için düşünülen süre (yıl)</b> | 1 (1-7)<br>1.70±0.93                             | 2 (1-6)<br>1.70±0.89                              | 0.03 | 0.980  |
| <b>İki gebelik arası için uygun görülen süre (yıl)</b>         | 2 (1-8)<br>2.61±1.15                             | 3 (1-8)<br>3.13±1.37                              | 7.41 | <0.001 |

**Tablo 9.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Çocuk Sahibi Olmayı Düşündükleri Sürelerin Dağılımının Karşılaştırılması

|                                                                | Erkek (n=447)                                    |                  |                  |                   | Kadın (n=447)     |                  |                  |                   |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|
|                                                                | ≤1<br>Sayı<br>(%)                                | 2<br>Sayı<br>(%) | 3<br>Sayı<br>(%) | ≥4<br>Sayı<br>(%) | ≤1<br>Sayı<br>(%) | 2<br>Sayı<br>(%) | 3<br>Sayı<br>(%) | ≥4<br>Sayı<br>(%) |
| <b>Evlendikten sonra ilk gebelik için düşünülen süre (yıl)</b> | 232<br>(51.9)                                    | 149<br>(33.3)    | 47<br>(10.5)     | 19<br>(4.3)       | 220<br>(49.2)     | 170<br>(38.0)    | 40<br>(8.9)      | 17<br>(3.8)       |
|                                                                | Kappa 0.333 p<0.001 McNemar Bowker 4.11 p=0.662  |                  |                  |                   |                   |                  |                  |                   |
| <b>İki gebelik arası için uygun görülen süre (yıl)</b>         | 64<br>(14.3)                                     | 175<br>(39.1)    | 121<br>(27.1)    | 87<br>(19.5)      | 34<br>(7.6)       | 136<br>(30.4)    | 124<br>(27.7)    | 153<br>(34.2)     |
|                                                                | Kappa 0.309 p<0.001 McNemar Bowker 53.54 p<0.001 |                  |                  |                   |                   |                  |                  |                   |

Tablo 8 ve 9’da görüldüğü gibi, erkek ve kadınların yarısı evlendikten sonra ilk bir yıl içinde ve sonunda çocuk sahibi olmayı istemişlerdir. Evlendikten sonra ilk gebelik için düşünülen süre açısından eşler arasında uyum zayıf, fark önemsizdir.

İki gebelik arası için uygun görülen süre açısından eşler arasındaki fark önemlidir. Erkeklerin çoğu iki gebelik arasında geçen sürenin iki yıl olmasını, kadınların çoğunluğu bu sürenin daha uzun olmasını istemişlerdir. İki gebelik arası için uygun görülen süre açısından eşler arası uyum zayıf ve fark önemlidir.

Tablo 10’da erkek ve kadınların gebelik ve aile planlaması ilgili bazı düşünce ve tercihleri gösterilmiştir.

**Tablo 10.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Gebelik ve Aile Planlaması ile İlgili Bazı Düşünce ve Tercihlerinin Karşılaştırılması

| Sorular                                        | Cevaplar          | Erkek<br>(n=447) |      | Kadın<br>(n=447) |      | Kappa           | McNemar          |
|------------------------------------------------|-------------------|------------------|------|------------------|------|-----------------|------------------|
|                                                |                   | Sayı             | %    | Sayı             | %    |                 |                  |
| İlk çocuk için istenilen cinsiyet              | Erkek             | 140              | 31.3 | 106              | 23.7 | 0.24<br>p<0.001 | 20.92<br>p<0.001 |
|                                                | Kız               | 70               | 15.7 | 119              | 26.6 |                 |                  |
|                                                | Fark etmez        | 237              | 53.0 | 222              | 49.7 |                 |                  |
| İstenilen doğum şekli                          | Normal doğum      | 386              | 86.4 | 378              | 84.6 | 0.27<br>p<0.001 | 20.32<br>p<0.001 |
|                                                | Sezaryen          | 11               | 2.5  | 35               | 7.8  |                 |                  |
|                                                | Kararsız          | 50               | 11.2 | 34               | 7.6  |                 |                  |
| Aile planlaması sorumluluğunun kime ait olduğu | Kadın             | 17               | 3.8  | 18               | 4.0  | 0.33<br>p<0.001 | 21.30<br>p<0.001 |
|                                                | Erkek             | 79               | 17.7 | 43               | 9.6  |                 |                  |
|                                                | Eşlerin her ikisi | 347              | 77.6 | 385              | 86.1 |                 |                  |
|                                                | Fikri yok         | 4                | 0.9  | 1                | 0.2  |                 |                  |
| Gebelikten korunmayı düşünme durumu            | Evet              | 142              | 31.8 | 170              | 38.0 | 0.37<br>p<0.001 | 14.03<br>p=0.003 |
|                                                | Hayır             | 149              | 33.3 | 116              | 26.0 |                 |                  |
|                                                | Kararsız          | 156              | 34.9 | 161              | 36.0 |                 |                  |
| Plansız bir gebelik olursa verilecek karar     | Sürdürmek         | 371              | 83.0 | 387              | 86.6 | 0.24<br>p<0.001 | 4.09<br>p=0.252  |
|                                                | Sonlandırmak      | 9                | 2.0  | 10               | 2.2  |                 |                  |
|                                                | Kararsız          | 67               | 15.0 | 50               | 11.2 |                 |                  |

Tablo 10’da görüldüğü gibi, sahip olacakları ilk çocuk için cinsiyet tercihi sorulduğunda, erkek ve kadınların yaklaşık yarısı cinsiyet tercihinin olmadığını belirtmiştir. Erkeklerin erkek çocuk tercih etme oranı kadınlardan daha yüksektir. İlk çocuk için cinsiyet tercihi açısından eşler arasında zayıf bir uyum olup, aralarındaki fark önemli bulunmuştur.

Doğum şekli ile ilgili tercihleri sorulduğunda, erkek ve kadınların büyük çoğunluğu normal doğumu tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Sezaryen tercih eden kadınların oranı erkeklerden yüksektir. Doğum şekli tercihi açısından eşler arasında zayıf uyum olup, aralarındaki fark önemli bulunmuştur.

Araştırma grubundaki erkek ve kadınların yaklaşık üçte biri evlendikten sonra gebelikten korunmayı düşündüğünü, üçte biri ise bu konuda kararsız olduğunu ifade etmiştir. Gebelikten korunmayı düşünen kadınların oranı erkeklerden yüksektir. Gebelikten korunma ile ilgili düşünceler açısından eşler arasında zayıf uyum olup, aralarındaki fark önemli bulunmuştur.

Gebelikten korunmayı düşünmeyen ya da bu konuda kararsız olan erkek ve kadınların gebelikten korunma konusunda isteksiz olmalarının nedenleri Tablo 11’de gösterilmiştir.

**Tablo 11.** Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanmayı Düşünmeyen ya da Bu Konuda Kararsız Olan Bireylerde Cinsiyete Göre Sebeplerin Karşılaştırılması

| <b>Gebelikten Korunmayı Düşünmeme Nedenleri</b>                 | <b>Erkek (n=305)</b> |      | <b>Kadın (n=277)</b> |      | <b>Toplam (n=582)</b> |      |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------|------|----------------------|------|-----------------------|------|
|                                                                 | Sayı                 | %    | Sayı                 | %    | Sayı                  | %    |
| <b>Çocuk istiyor</b>                                            | 193                  | 63.3 | 131                  | 47.3 | 324                   | 55.7 |
| <b>Gebeliği önleyici yöntemler hakkında yeterli bilgisi yok</b> | 98                   | 32.1 | 116                  | 41.9 | 214                   | 36.8 |
| <b>Gebeliği önleyici yöntemlerin sakıncalarından çekiniyor</b>  | 8                    | 2.6  | 17                   | 6.1  | 25                    | 4.3  |
| <b>Gebelikten korunmanın günah olduğunu düşünüyor</b>           | 6                    | 2.0  | 13                   | 4.7  | 19                    | 3.3  |

$$\chi^2 = 17.891 \text{ } p < 0.001$$

Tablo 11’de görüldüğü gibi, erkek ve kadınların çoğunluğu, çocuk istediği için gebelikten korunmayı düşünmediğini ifade etmiştir. Çocuk istediği için gebelikten korunma konusunda isteksiz olan erkeklerin oranı kadınlardan yüksektir. Buna karşılık,

gebeliği önleyici yöntemler hakkında yeterli bilgisi olmadığı için kullanmak istemeyen kadınların oranı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur.

Araştırma grubundaki erkeklerin %99.8'i, kadınların %98.4'ü en az bir gebeliği önleyici yöntemi duymuştur. Kadınlarda duyulan yöntem sayısının ortalaması  $4.1 \pm 2.38$ , ortancası 4 (min 0 max 13), erkeklerde bilinen yöntem sayısının ortalaması  $3.7 \pm 2.06$ , ortancası 3 (min 0 max 13)'dür. Duyulan gebeliği önleyici yöntem sayısı açısından eşler arasında fark önemlidir. Çeşitli gebeliği önleyici yöntemleri duymuş olanların cinsiyete göre dağılımı Tablo 12'de gösterilmiştir.

**Tablo 12.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemleri Duyma Durumlarının Karşılaştırılması

| Gebeliği Önleyici Yöntemler      | Erkek (n=447)     |      | Kadın (n=447)     |      | McNemar  | p      |
|----------------------------------|-------------------|------|-------------------|------|----------|--------|
|                                  | Sayı              | %    | Sayı              | %    |          |        |
| Kondom                           | 439               | 98.2 | 401               | 89.7 | 29.76    | <0.001 |
| Günlük hap                       | 297               | 66.4 | 357               | 79.9 | 28.53    | <0.001 |
| Geri çekme                       | 371               | 83.0 | 145               | 32.4 | 200.89   | <0.001 |
| Rahim içi araç                   | 131               | 29.3 | 244               | 54.6 | 65.00    | <0.001 |
| Tüplerin bağlanması              | 132               | 29.5 | 237               | 53.0 | 62.52    | <0.001 |
| Takvim yöntemi                   | 71                | 15.9 | 135               | 30.2 | 31.50    | <0.001 |
| Emzirme                          | 47                | 10.5 | 118               | 26.4 | 37.98    | <0.001 |
| Vajinal duş                      | 49                | 11.0 | 42                | 9.4  | 0.59     | 0.442  |
| Hormon enjeksiyonu               | 39                | 8.7  | 51                | 11.4 | 1.95     | 0.162  |
| Acil doğum kontrol hapi          | 39                | 8.7  | 45                | 10.1 | 0.48     | 0.488  |
| Spermisit                        | 36                | 8.1  | 27                | 6.0  | 1.42     | 0.233  |
| Vajinal halka                    | 29                | 6.5  | 25                | 5.6  | 0.23     | 0.635  |
| Vazektomi                        | 15                | 3.4  | 22                | 4.9  | *        | 0.210  |
| Norplant                         | 12                | 2.7  | 20                | 4.5  | *        | 0.152  |
| Ortanca bilinen yöntem sayısı ** | 3 (min-max: 0-13) |      | 4 (min-max: 0-13) |      | Z= -3.14 | 0.002  |

\*Hesaplanamamıştır

\*\* Wilcoxon T testi kullanılmıştır.

Tablo 12'de görüldüğü gibi, kadınların en az yarısı gebeliği önleyici yöntemlerden kondom, günlük hap, rahim içi araç ve tüplerin bağlanmasını duymuştur. Erkeklerin en az yarısında olmak üzere en çok duyulan gebeliği önleyici yöntemler ise kondom, günlük hap ve geri çekmedir. Kondom ve geri çekme erkeklerde kadınlara göre; günlük hap, rahim içi araç, tüplerin bağlanması, takvim yöntemi, emzirme kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla duyulan yöntemlerdir. Vajinal duş, hormon enjeksiyonu, acil doğum kontrol hapi, spermisit, vajinal halka, vazektomi ve norplant hem erkeklerin hem kadınların %10 ve daha azının duymuş olduğu gebeliği önleyici yöntemlerdir.

Erkek ve kadınların kullanmayı düşündükleri gebeliği önleyici yöntemler Tablo 13’de gösterilmiştir.

**Tablo 13.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların İleride Kullanmayı Düşündükleri Gebeliği Önleyici Yöntemlerin Karşılaştırılması

| Yöntemler             | Erkek ( n=447) |      | Kadın (n=447) |      |
|-----------------------|----------------|------|---------------|------|
|                       | Sayı           | %    | Sayı          | %    |
| <b>Kondom</b>         | 195            | 43.6 | 88            | 19.7 |
| <b>Günlük hap</b>     | 47             | 10.5 | 109           | 24.4 |
| <b>Geri çekme</b>     | 30             | 6.7  | 22            | 4.9  |
| <b>Rahim içi araç</b> | 9              | 2.0  | 23            | 5.1  |
| <b>Diğer*</b>         | 12             | 2.7  | 28            | 6.3  |
| <b>Kararsız</b>       | 154            | 34.5 | 177           | 39.6 |
| <b>McNemar Bowker</b> | 108.48 p<0.001 |      |               |      |
| <b>Kappa</b>          | 0.337 p<0.001  |      |               |      |

\* Takvim yöntemi, emzirme, hormon enjeksiyonu ve norplant.

Tablo 13’de görüldüğü gibi, erkeklerin yarısı gebelikten kaçınmak için kondom kullanmayı düşünmektedir. Kadınlar ise günlük hap ve kondomu tercih etmişlerdir. Yaklaşık olarak her üç erkek ve kadından biri kullanacağı gebeliği yöntem konusunda kararsızdır. Eşlerin kullanmayı düşündükleri gebeliği önleyici yöntemler açısından uyumu zayıftır. Erkek ve kadınların en etkili buldukları gebeliği önleyici yöntemler Tablo 14’de gösterilmiştir.

**Tablo 14.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların En Etkili Buldukları Gebeliği Önleyici Yöntemlerin Karşılaştırılması

| Yöntemler             | Erkek (n=447)  |      | Kadın (n=447) |      |
|-----------------------|----------------|------|---------------|------|
|                       | Sayı           | %    | Sayı          | %    |
| <b>Kondom</b>         | 201            | 45.0 | 60            | 13.4 |
| <b>Tüp bağlatma</b>   | 80             | 17.9 | 137           | 30.6 |
| <b>Günlük hap</b>     | 61             | 13.6 | 122           | 27.3 |
| <b>Rahim içi araç</b> | 27             | 6.0  | 50            | 11.2 |
| <b>Geri çekme</b>     | 18             | 4.0  | 8             | 1.8  |
| <b>Diğer*</b>         | 8              | 1.8  | 17            | 3.8  |
| <b>Kararsız</b>       | 52             | 11.6 | 53            | 11.9 |
| <b>McNemar Bowker</b> | 147.81 p<0.001 |      |               |      |
| <b>Kappa</b>          | 0.222 p<0.001  |      |               |      |

\* Spermisit, takvim yöntemi, emzirme, hormon enjeksiyonu, vazektomi ve norplant.

Tablo 14’de görüldüğü gibi erkekler gebeliği önleyici yöntemler içinde kondomu en etkili yöntem olarak düşünmüşlerdir. Kadınların en etkili buldukları yöntemler ise daha çok tüplerin bağlanması ve günlük haptır. Eşler arasında en etkili buldukları gebeliği

önleyici yöntemler açısından uyum zayıf, fark önemlidir. Erkek ve kadınların gebeliği önleyici yöntemleri seçme nedenleri Tablo 15’de gösterilmiştir.

**Tablo 15.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemleri Seçme Nedenlerinin Karşılaştırılması

| Nedenler                                 | Erkek (n=447) |      | Kadın (n=447) |      |
|------------------------------------------|---------------|------|---------------|------|
|                                          | Sayı          | %    | Sayı          | %    |
| <b>Sağlık açısından güvenilir olması</b> | 138           | 30.9 | 148           | 33.1 |
| <b>Etkili olması</b>                     | 90            | 20.1 | 83            | 18.6 |
| <b>Kullanılmasının kolay olması</b>      | 88            | 19.7 | 79            | 17.7 |
| <b>Temin edilmesinin kolay olması</b>    | 33            | 7.4  | 35            | 7.8  |
| <b>Diğer*</b>                            | 98            | 21.9 | 102           | 22.8 |
| <b>McNemar Bowker</b>                    | 21.98 p=0.015 |      |               |      |
| <b>Kappa</b>                             | 0.262 p<0.001 |      |               |      |

\*Bilinmeyen, cevapsız.

Tablo 15’de görüldüğü gibi, kullanılacak gebeliği önleyici yöntemlerin sağlık açısından güvenilir olması, tercihi etkileyecek en önemli faktördür. Gebeliği önleyici yöntemin etkili ve kolay kullanılabilir olması da erkeklerin ve kadınların yaklaşık %20’si tarafından önemsenmiştir. Gebeliği önleyici yöntemin temin edilmesinin kolay olması erkekler ve kadınlar tarafından yöntem tercihinin en az etkileyen faktör olarak belirtilmiştir. Gebeliği önleyici yöntemleri seçme nedenleri erkekler ve kadınlar arasında ilk bakışta benzer olsa da eşler arasında uyum zayıf ve fark önemlidir. Erkek ve kadınların aile planlaması konusundaki bilgi kaynakları Tablo 16’da gösterilmiştir.

**Tablo 16.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Kaynaklarının Karşılaştırılması

| Bilgi kaynakları                          | Erkek (n=447) |      | Kadın (n=447) |      | McNemar          |
|-------------------------------------------|---------------|------|---------------|------|------------------|
|                                           | Sayı          | %    | Sayı          | %    |                  |
| <b>Aile büyükleri</b>                     | 168           | 37.6 | 203           | 45.4 | 8.69<br>p=0.003  |
| <b>Görsel medya (tv, internet..)</b>      | 198           | 44.3 | 155           | 34.7 | 11.24<br>p=0.001 |
| <b>Arkadaşlar</b>                         | 147           | 32.9 | 124           | 27.7 | 3.01<br>p=0.083  |
| <b>Yazılı kaynaklar (kitap, gazete..)</b> | 130           | 29.1 | 139           | 31.1 | 0.51<br>p=0.474  |
| <b>Sağlık personeli</b>                   | 121           | 27.1 | 113           | 25.3 | 0.45<br>p=0.505  |
| <b>Öğretmenler</b>                        | 73            | 16.3 | 75            | 16.8 | 0.01<br>p=0.920  |
| <b>Hiçbir yerden</b>                      | 44            | 9.8  | 41            | 9.2  | 0.07<br>p=0.791  |

Tablo 16’da görüldüğü gibi, eşlerin aile planlaması konusunda en çok bilgi aldıkları ilk iki kaynak için fark önemlidir. Erkeklerin yaklaşık yarısı aile planlaması konusundaki bilgilerini görsel medya üzerinden almışken kadınların aile planlaması konusundaki bilgi kaynaklarının başında aile büyükleri gelmiştir.

Erkek ve kadınların aile planlaması hakkında bilgi düzeylerine yönelik sorulara verdikleri cevaplar Tablo 17’de gösterilmiştir.

**Tablo 17.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Aile Planlaması Hakkında Bilgi Düzeylerine Yönelik Sorulara Verdikleri Cevapların Karşılaştırılması

| Sorular                                                       | Erkek (n=447)       |                      |                         | Kadın (n=447)       |                      |                         | McNemar<br>bowker |
|---------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|-------------------------|---------------------|----------------------|-------------------------|-------------------|
|                                                               | Evet<br>Sayı<br>(%) | Hayır<br>Sayı<br>(%) | Kararsız<br>Sayı<br>(%) | Evet<br>Sayı<br>(%) | Hayır<br>Sayı<br>(%) | Kararsız<br>Sayı<br>(%) |                   |
| <b>Aile planlaması hakkında bilgilerini yeterli bulma</b>     | 246<br>(55.0)       | 92<br>(20.6)         | 109<br>(24.4)           | 201<br>(45.0)       | 128<br>(28.6)        | 118<br>(26.4)           | 18.58<br>p<0.001  |
| <b>Aile planlaması hakkında daha fazla bilgi almak isteme</b> | 144<br>(32.2)       | 246<br>(55.0)        | 57<br>(12.8)            | 218<br>(48.8)       | 181<br>(40.5)        | 48<br>(10.7)            | 38.48<br>p<0.001  |

Tablo 17’de görüldüğü gibi, erkek ve kadınların yarısı aile planlaması hakkında bilgilerini yeterli bulmuştur ve eşler arasında belirtilen bilgi düzeyleri arasındaki fark önemlidir. Erkeklerin yarısı aile planlaması hakkında bilgi almak istemezken kadınların yarısı bilgi almak istemiştir. Aile planlaması hakkında bilgi alma isteğine yönelik düşünceler açısından eşler arasındaki fark önemlidir. Erkek ve kadınların aile planlaması konusunda bilgi almak için başvurmayı düşündükleri kaynaklar Tablo 18’de gösterilmiştir.

**Tablo 18.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Aile Planlaması Konusunda Bilgi Almak İçin Başvurmayı Düşündükleri Kaynakların Karşılaştırılması

| Kaynaklar                          | Erkek (n=447) |      | Kadın (n=447) |      | Kappa            | McNemar         |
|------------------------------------|---------------|------|---------------|------|------------------|-----------------|
|                                    | Sayı          | %    | Sayı          | %    |                  |                 |
| Sağlık personeli                   | 214           | 47.9 | 240           | 53.7 | 0.349<br>p<0.001 | 4.28<br>p=0.039 |
| Eş (karı/koca)                     | 147           | 32.9 | 141           | 31.5 | 0.385<br>p<0.001 | 0.21<br>p=0.648 |
| Yazılı kaynaklar (kitap, gazete..) | 101           | 22.6 | 113           | 25.3 | 0.300<br>p<0.001 | 1.06<br>p=0.303 |
| Aile büyükleri                     | 107           | 23.9 | 83            | 18.6 | 0.321<br>p<0.001 | 5.19<br>p=0.023 |
| Görsel medya (tv, internet..)      | 80            | 17.9 | 51            | 11.4 | 0.175<br>p<0.001 | 8.43<br>p=0.004 |
| Arkadaşlar                         | 20            | 4.5  | 15            | 3.4  | 0.138<br>p=0.003 | 0.55<br>p=0.458 |
| Hiçbir yerden                      | 48            | 10.7 | 31            | 6.9  | 0.295<br>p<0.001 | 5.02<br>p=0.025 |

Tablo 18’de görüldüğü gibi, erkek ve kadınların aile planlaması konusunda bilgi almak için başvurmayı düşündükleri kaynakların başında sağlık personeli ve eş (karı/koca) gelmektedir. Sağlık personelinden bilgi almayı düşünme açısından eşler arasında uyum zayıf ve fark önemlidir. Eşten bilgi almayı düşünme açısından eşler arasında uyum zayıf ve fark önemsizdir. Erkek ve kadınların gençlerin aile planlaması konusunda bilgi almasını uygun buldukları kaynaklar Tablo 19’da gösterilmiştir.

**Tablo 19.** Araştırma Grubundaki Erkek Ve Kadınların Gençlerin Aile Planlaması Konusunda Bilgi Almasını Uygun Buldukları Kaynakların Karşılaştırılması

| Kaynaklar                          | Erkek (n=447) |      | Kadın (n=447) |      | Kappa            | McNemar          |
|------------------------------------|---------------|------|---------------|------|------------------|------------------|
|                                    | Sayı          | %    | Sayı          | %    |                  |                  |
| Sağlık personeli                   | 325           | 72.7 | 350           | 78.3 | 0.344<br>p<0.001 | 5.28<br>p=0.022  |
| Aile büyükleri                     | 159           | 35.6 | 158           | 35.3 | 0.291<br>p<0.001 | 0.000<br>p=1.000 |
| Yazılı kaynaklar (kitap, gazete..) | 106           | 23.7 | 108           | 24.2 | 0.300<br>p<0.001 | 0.01<br>p=0.925  |
| Öğretmenler                        | 81            | 18.1 | 59            | 13.2 | 0.174<br>p<0.001 | 4.50<br>p=0.034  |
| Görsel medya (tv, internet..)      | 68            | 15.2 | 44            | 9.8  | 0.290<br>p<0.001 | 7.56<br>p=0.006  |
| Arkadaşlar                         | 23            | 5.1  | 15            | 3.4  | 0.177<br>p<0.001 | 1.63<br>p=0.201  |
| Hiçbir yerden                      | 17            | 3.8  | 11            | 2.5  | 0.190<br>p<0.001 | *<br>p=0.286     |

\*Hesaplanamamıştır

Tablo 19’da görüldüğü gibi, gençlerin aile planlaması konusunda en çok sağlık personelinin bilgi alması uygun bulursa da de eşler arasında uyum zayıf ve fark önemlidir. Diğer en çok belirtilen kaynaklardan aile büyükleri ve yazılı kaynaklar açısından ise eşler arasında uyum zayıf ve fark yok denecek kadar azdır.

#### 4.3. Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Çeşitli Konulardaki Bilgi ve Düşüncelerinin Karşılaştırılması

**Tablo 20.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Denildiğinde İlk Akla Gelen Hastalıkların Karşılaştırılması

| Hastalıklar               | Erkek (n=447) |      | Kadın (n=447) |      |
|---------------------------|---------------|------|---------------|------|
|                           | Sayı          | %    | Sayı          | %    |
| <b>AIDS</b>               | 295           | 66.0 | 273           | 61.1 |
| <b>Hepatit</b>            | 21            | 4.7  | 22            | 4.9  |
| <b>Gonore</b>             | 10            | 2.2  | 5             | 1.1  |
| <b>Diğer hastalıklar*</b> | 4             | 0.9  | 15            | 3.4  |
| <b>Hiçbiri</b>            | 117           | 26.2 | 132           | 29.5 |
| <b>McNemar Bowker</b>     | 18.28 p=0.051 |      |               |      |

\* Mantar enfeksiyonu, sfiliz ve kanser.

Tablo 20’de erkek ve kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklar denildiğinde ilk akla gelen hastalıklar gösterilmiştir. Erkek ve kadınlar arasında ilk akla gelen cinsel yolla bulaşan hastalık AIDS’dir. Diğer akla gelen CYBH’den hepatiti, gonoreyi (bel soğukluğu), mantar enfeksiyonunu ve sfilizi (frengi) belirtenlerin oranları çok daha düşüktür. Ayrıca, ilk aklına gelen CYBH olarak kanseri belirtenlerin oranı (%0.4) sfilizi belirtenlerden (%0.2) fazladır. İlk akla gelen hastalıklar açısından eşler arasındaki fark önemsizdir. Erkek ve kadınların cinsel yolla bulaşan hastalık olarak düşündükleri enfeksiyonların Tablo 21’de gösterilmiştir.

**Tablo 21.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık Olarak Düşündükleri Enfeksiyonların Karşılaştırılması

|                               | Erkek (n=447) |      | Kadın (n=447) |      | McNemar          |
|-------------------------------|---------------|------|---------------|------|------------------|
|                               | Sayı          | %    | Sayı          | %    |                  |
| <b>AIDS</b>                   | 446           | 99.8 | 442           | 98.9 | *<br>p=0.219     |
| <b>Hepatit</b>                | 201           | 45.0 | 185           | 41.4 | 1.52<br>p=0.218  |
| <b>Gonore (bel soğukluğu)</b> | 249           | 55.7 | 125           | 28.0 | 17.82<br>p<0.001 |
| <b>Mantar enfeksiyonu</b>     | 175           | 39.1 | 169           | 37.8 | 0.16<br>p=0.687  |
| <b>Sfiliz (frengi)</b>        | 80            | 17.9 | 57            | 12.8 | 6.45<br>p=0.011  |
| <b>Kanser</b>                 | 25            | 5.6  | 31            | 6.9  | 0.63<br>p=0.429  |
| <b>Herpes</b>                 | 21            | 4.7  | 21            | 4.7  | *<br>p=1.000     |
| <b>Kızamık</b>                | 11            | 2.5  | 8             | 1.8  | *<br>p=0.629     |

\*Hesaplanamamıştır

Tablo 21’de görüldüğü gibi, erkeklerin tamamına yakını AIDS’i, yarısına yakını hepatit ve gonoreyi cinsel yolla bulaşan hastalık olarak düşünmüştür. Kadınların ise tamamına yakını AIDS’i, yarısına yakını hepatiti cinsel yolla bulaşan hastalık olarak düşünmüştür. Eşler arasındaki fark tüm belirtilen enfeksiyonlar içinde gonore (bel soğukluğu) ve sfilizde (frengi) önemliyken diğerleri için önemsizdir. Kanseri ve kızamığı bir cinsel yolla bulaşan hastalık olarak düşünen erkeklerin ve kadınların oranı oldukça düşüktür. Kanser ve kızamığın bir cinsel yolla bulaşan hastalık olarak düşünülmesi açısından eşler arasındaki fark önemsizdir. Erkek ve kadınların HPV ve aşısını duyma durumları Tablo 22’de gösterilmiştir.

**Tablo 22.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların HPV ve Aşısını Duyma Durumlarının Karşılaştırılması

|                                 | Erkek (n=447) |      | Kadın (n=447) |      | McNemar         |
|---------------------------------|---------------|------|---------------|------|-----------------|
|                                 | Sayı          | %    | Sayı          | %    |                 |
| <b>HPV’yi duyma durumu</b>      | 126           | 28.2 | 149           | 33.3 | 3.87<br>p=0.049 |
| <b>HPV aşısını duyma durumu</b> | 119           | 26.6 | 148           | 33.1 | 6.37<br>p=0.012 |

Tablo 22’de görüldüğü gibi, kadınlar hem HPV’yi hem aşısını erkeklerden daha fazla duymuşlardır ve eşler arası fark önemlidir. HPV aşısı olan kadınların oranı %4.5’dir (20

kadın). Erkek ve kadınların AIDS hastalığının bulaş yoluyla ilgili düşünceleri Tablo 23’de gösterilmiştir.

**Tablo 23.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların AIDS Hastalığının Bulaş Yoluyla İlgili Düşüncelerinin Karşılaştırılması

| Bulaş Yolu                        | Erkek (n=447) |      | Kadın (n=447) |      | McNemar         |
|-----------------------------------|---------------|------|---------------|------|-----------------|
|                                   | Sayı          | %    | Sayı          | %    |                 |
| <b>Cinsel ilişki</b>              | 446           | 99.8 | 442           | 98.9 | *<br>p=0.219    |
| <b>Kan nakli</b>                  | 223           | 49.9 | 188           | 42.1 | 8.82<br>p=0.003 |
| <b>Öpüşme</b>                     | 76            | 17.0 | 81            | 18.1 | 0.17<br>p=0.678 |
| <b>Sinek, böcek ısırması</b>      | 35            | 7.8  | 24            | 5.4  | 3.03<br>p=0.082 |
| <b>Aynı kaptan yemek tüketmek</b> | 12            | 2.7  | 18            | 4.0  | *<br>p=0.307    |
| <b>Su ve yiyecekler</b>           | 13            | 2.9  | 11            | 2.5  | *<br>p=0.815    |
| <b>Hava yolu</b>                  | 6             | 1.3  | 3             | 0.7  | *<br>p=0.508    |
| <b>Tokalaşma / Elele tutuşma</b>  | 1             | 0.2  | 2             | 0.4  | *<br>p=1.000    |

\* Hesaplanamamıştır.

Tablo 23’de görüldüğü gibi, AIDS hastalığının, erkeklerin tamamı ve kadınların tamamına yakını cinsel ilişkiyle bulaşacağını, erkeklerin ve kadınların yaklaşık yarısı kan nakli ile bulaşacağını düşünmüştür. Öpüşme, en sık yanlış düşünülen bulaş yoludur. Sinek, böcek ısırması, aynı kaptan yemek tüketmek, su ve yiyecekler, hava yolu, tokalaşma / elele tutuşma gibi AIDS için bulaş yolu kabul edilmeyen durumlar da erkek ve kadınlar arasında az bir sıklıkta da olsa AIDS için bulaş yolu olarak düşünülmüştür. Eşler arasında fark bulaş yolları içinde yalnız kan naklinde önemlidir. Erkek ve kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulaş şekilleri, hastalığın seyri gibi konulardaki sorulara verdikleri cevapları Tablo 24’de gösterilmiştir.

**Tablo 24.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Bulaş Şekilleri, Hastalığın Seyri Gibi Konulardaki Sorulara Verdikleri Cevapların Karşılaştırılması

| Sorular                                                                                             | Erkek (n=447)                |                |                    | Kadın (n=447) |                |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------|--------------------|---------------|----------------|--------------------|
|                                                                                                     | Evet Sayı (%)                | Hayır Sayı (%) | Fikri yok Sayı (%) | Evet Sayı (%) | Hayır Sayı (%) | Fikri yok Sayı (%) |
| <b>Cinsel ilişki ile erkekten kadına hastalık bulaşır mı?</b>                                       | 361 (80.8)                   | 19 (4.3)       | 67 (15.0)          | 352 (78.7)    | 15 (3.4)       | 80 (17.9)          |
|                                                                                                     | McNemar-Bowker 5.41 p=0.144  |                |                    |               |                |                    |
| <b>Cinsel ilişki ile kadından erkeğe hastalık bulaşır mı?</b>                                       | 380 (85.0)                   | 6 (1.3)        | 61 (13.6)          | 347 (77.6)    | 14 (3.1)       | 86 (19.2)          |
|                                                                                                     | McNemar-Bowker 14.22 p=0.003 |                |                    |               |                |                    |
| <b>Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak mümkün mü?</b>                                      | 346 (77.4)                   | 9 (2.0)        | 92 (20.6)          | 296 (66.2)    | 17 (3.8)       | 134 (30.0)         |
|                                                                                                     | McNemar-Bowker 19.16 p<0.001 |                |                    |               |                |                    |
| <b>Cinsel yolla bulaşan hastalıklar tedavi edilebilir mi?</b>                                       | 255 (57.0)                   | 32 (7.2)       | 160 (35.8)         | 225 (50.3)    | 34 (7.6)       | 188 (42.1)         |
|                                                                                                     | McNemar-Bowker 6.17 p=0.104  |                |                    |               |                |                    |
| <b>Sağlıklı görünen bir kişi cinsel yolla bulaşan hastalık bulaştırabilir mi?</b>                   | 261 (58.4)                   | 24 (5.4)       | 162 (36.2)         | 232 (51.9)    | 29 (6.5)       | 186 (41.6)         |
|                                                                                                     | McNemar-Bowker 6.89 p=0.075  |                |                    |               |                |                    |
| <b>Cinsel yolla bulaşan hastalıkların cinsel ilişki dışında bulaşma yolu var mıdır?</b>             | 178 (39.8)                   | 77 (17.2)      | 192 (43.0)         | 143 (32.0)    | 87 (19.5)      | 217 (48.5)         |
|                                                                                                     | McNemar-Bowker 8.38 p=0.039  |                |                    |               |                |                    |
| <b>Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ileride kalıcı sağlık problemine yol açabilir mi?</b>           | 299 (66.9)                   | 9 (2.0)        | 139 (31.1)         | 264 (59.1)    | 3 (0.7)        | 180 (40.3)         |
|                                                                                                     | McNemar-Bowker 14.55 p=0.002 |                |                    |               |                |                    |
| <b>Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, hasta olan anneden doğan bebek için bir risk oluşturur mu?</b> | 274 (61.3)                   | 8 (1.8)        | 165 (36.9)         | 281 (62.9)    | 8 (1.8)        | 158 (35.3)         |
|                                                                                                     | McNemar-Bowker 1.36 p=0.716  |                |                    |               |                |                    |
| <b>Cinsel yolla bulaşan hastalığı olan bireyde ileride kanser gelişebilir mi?</b>                   | 134 (30.0)                   | 253 (56.6)     | 60 (13.4)          | 119 (26.6)    | 252 (56.4)     | 76 (17.0)          |
|                                                                                                     | McNemar-Bowker 5.15 p=0.161  |                |                    |               |                |                    |
| <b>Cinsel yolla bulaşan hastalığı olan bireyde ileride kısırlık gelişebilir mi?</b>                 | 125 (28.0)                   | 262 (58.6)     | 60 (13.4)          | 98 (21.9)     | 273 (61.1)     | 76 (17.0)          |
|                                                                                                     | McNemar-Bowker 7.89 p=0.048  |                |                    |               |                |                    |
| <b>Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ileride ölüme neden olur mu?</b>                                | 311 (69.6)                   | 76 (17.0)      | 60 (13.4)          | 282 (63.1)    | 89 (19.9)      | 76 (17.0)          |
|                                                                                                     | McNemar-Bowker 6.52 p=0.089  |                |                    |               |                |                    |
| <b>Cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirdiniz mi?</b>                                             | 8 (1.8)                      | 439 (98.2)     | 0 (0.0)            | 1 (0.2)       | 446 (99.8)     | 0 (0.0)            |
|                                                                                                     | McNemar-Bowker * p=0.039     |                |                    |               |                |                    |

\*Hesaplanamamıştır

Tablo 24’de görüldüğü gibi, erkek ve kadınların çoğu cinsel ilişki ile hem erkekten kadına hem de kadından erkeğe hastalık bulaşabileceğini düşünmüş olup eşler arası fark yalnızca kadından erkeğe hastalık bulaşacağı düşüncesinde önemlidir. Erkek ve kadınların yarısı sağlıklı görünen bir kişinin cinsel yolla bulaşan hastalık bulaştırabileceği düşünmüştür ve eşler arasındaki fark önemsizdir. Erkek ve kadınların üçte biri cinsel yolla bulaşan hastalıkların cinsel ilişki dışında bulaşma yolu olduğunu düşünmüştür ve eşler arasındaki fark önemlidir. Erkek ve kadınların yarısı cinsel yolla bulaşan hastalıklar tedavi edilebileceğini düşünmüştür ve eşler arasındaki fark önemsizdir. Erkeklerin %1.8’i (8kişi), kadınların %0.2’si (1kişi) cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirdiğini belirtmiştir.

Erkek ve kadınların yarısından fazlası cinsel yolla bulaşan hastalıkların ileride kalıcı sağlık problemine yol açabileceğini düşünmüş olsa da eşler arasındaki fark önemlidir. Erkek ve kadınların yarısından fazlası cinsel yolla bulaşan hastalıkların hasta olan anneden doğan bebek için bir risk oluşturacağı düşünmüştür ve eşler arasındaki fark önemsizdir. Erkek ve kadınların yarısı cinsel yolla bulaşan hastalığı olan bireyde ileride kanser gelişmeyeceğini düşünmüştür ve eşler arasındaki fark önemsizdir. Erkek ve kadınların yaklaşık %60’ı cinsel yolla bulaşan hastalığı olan bireyde ileride kısırlık gelişmeyeceğini düşünmüş olsa da eşler arasındaki fark önemlidir. Erkek ve kadınların yarısından fazlası cinsel yolla bulaşan hastalıkların ileride ölüme neden olacağını düşünmüştür ve eşler arasındaki fark önemsizdir. Erkek ve kadınların çoğu cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmanın mümkün olduğunu düşünmüş olsa da eşler arasındaki fark önemlidir. Erkek ve kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için doğru buldukları davranışlar Tablo 25’de gösterilmiştir.

**Tablo 25.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan Korunma Konusundaki Bilgilerinin Karşılaştırılması

| Korunma şekli                                                                           | Erkek (n=447) |      | Kadın (n=447) |      | McNemar          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|---------------|------|------------------|
|                                                                                         | Sayı          | %    | Sayı          | %    |                  |
| Hastalık şüphesi olan kişilerle cinsel ilişkiden kaçınmak                               | 427           | 95.5 | 416           | 93.1 | 2.33<br>p=0.127  |
| Hastalık şüphesi olan kişilerle ilişkiye girerken kondom kullanmak                      | 286           | 64.0 | 179           | 40.0 | 60.74<br>p<0.001 |
| Başkaları ile ortak eşya (jilet, enjektör..) kullanmamak                                | 234           | 52.3 | 223           | 49.9 | 0.67<br>p=0.416  |
| Diş çektirme, dövme, manikür vb sırasında kullanılan aletlerin temizliğine dikkat etmek | 213           | 47.7 | 189           | 42.3 | 3.48<br>p=0.062  |
| Tek eşlilik                                                                             | 188           | 42.1 | 193           | 43.2 | 0.12<br>p=0.727  |
| Cinsel ilişkiden hemen sonra banyo yapmak                                               | 106           | 23.7 | 87            | 19.5 | 3.15<br>p=0.076  |
| Aşı olmak                                                                               | 64            | 14.3 | 73            | 16.3 | 0.72<br>p=0.396  |
| Hastalık şüphesi olan kişilerle aynı ortamda bulunmamak                                 | 67            | 15.0 | 44            | 9.8  | 7.68<br>p=0.006  |
| RİA kullanmak                                                                           | 32            | 7.2  | 30            | 6.7  | 0.02<br>p=0.888  |
| Antibiyotik kullanmak                                                                   | 13            | 2.9  | 19            | 4.3  | *<br>p=0.307     |
| Gebeliği önleyici hap kullanmak                                                         | 11            | 2.5  | 12            | 2.7  | *<br>p=1.000     |

\* Hesaplanamamıştır.

Tablo 25’de görüldüğü gibi, erkek ve kadınların tamamına yakını cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için hastalık şüphesi olan kişilerle cinsel ilişkiden kaçınmak gerektiğini düşünmektedir. Hastalık şüphesi olan kişilerle ilişkiye girerken kondom kullanmak, başkaları ile ortak eşya kullanmamak, diş çektirme, dövme, manikür vb. sırasında kullanılan aletlerin temizliğine dikkat etmek ve tek eşlilik erkeklerin ve kadınların en az %40’ının cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için doğru buldukları diğer davranışlardır. Hastalık şüphesi olan kişilerle ilişkiye girerken kondom kullanmanın korunmada doğru davranış olduğunu düşünenlerin oranı erkeklerde daha fazladır ve eşler arası fark önemlidir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma yollarından biri olan aşı için doğru davranış olduğunu belirten erkek ve kadınların oranları düşüktür ve eşler arası fark önemsizdir. Korunmada etkisi olmayan ancak araştırmaya katılanlar tarafından etkili olduğu düşünülen davranışların başında cinsel ilişkiden hemen sonra banyo yapmak, hastalık şüphesi olan kişilerle aynı ortamda

bulunmamak gelmektedir. Hastalık şüphesi olan kişilerle aynı ortamda bulunmamanın doğru davranış olduğunu düşünenlerin oranı erkeklerde fazladır ve eşler arası fark önemlidir.

**Tablo 26.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Şimdiki ve İlerde Sahip Olmak İstedikleri Bilgi Düzeylerine Yönelik Sorulara Verdikleri Cevapların Karşılaştırılması

| Sorular                                                                                                     | Erkek (n=447)                |                |                   | Kadın (n=447) |                |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------|-------------------|---------------|----------------|-------------------|
|                                                                                                             | Evet Sayı (%)                | Hayır Sayı (%) | Kararsız Sayı (%) | Evet Sayı (%) | Hayır Sayı (%) | Kararsız Sayı (%) |
| <b>Cinsel yolla bulaşan hastalık şüphesinde rahatlıkla bir sağlık kuruluşuna başvurur musunuz?</b>          | 377 (84.0)                   | 30 (6.7)       | 40 (8.9)          | 374 (83.7)    | 25 (5.6)       | 48 (10.7)         |
|                                                                                                             | McNemar bowker 1.53 p=0.676  |                |                   |               |                |                   |
| <b>Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilgili bilgilerinizin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?</b>       | 178 (39.8)                   | 136 (30.4)     | 133 (29.8)        | 121 (27.1)    | 180 (40.3)     | 146 (32.7)        |
|                                                                                                             | McNemar bowker 24.77 p<0.001 |                |                   |               |                |                   |
| <b>Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yolları ile ilgili daha fazla bilgi almak ister misiniz?</b> | 174 (38.9)                   | 183 (40.9)     | 90 (20.1)         | 212 (47.4)    | 134 (30.0)     | 101 (22.6)        |
|                                                                                                             | McNemar bowker 22.62 p<0.001 |                |                   |               |                |                   |
| <b>Daha önce cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi/eğitim aldınız mı?</b>                         | 224 (50.1)                   | 223 (49.9)     |                   | 152 (34.0)    | 295 (66.0)     |                   |
|                                                                                                             | McNemar 35.01 p<0.001        |                |                   |               |                |                   |

Tablo 26’da görüldüğü gibi, erkek ve kadınların cinsel yolla bulaşan hastalığa yakalandığından şüphe etmesi halinde rahatlıkla bir sağlık kuruluşuna başvurma oranı başvurmama ya da kararsız olma oranına göre daha fazladır ve eşler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Erkeklerde cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilgili bilgilerinin yeterli olduğunu düşünenlerinin oranı yüksekken kadınlarda düşünmeyenlerin oranı yüksektir ve eşler arasındaki fark önemlidir. Erkeklerde cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yolları ile ilgili daha fazla bilgi almak istemeyenlerin oranı fazlayken kadınlarda bilgi almak isteyenlerin oranı fazladır ve eşler arasındaki fark önemlidir. Daha önce cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi/eğitim almış olanların oranı erkeklerde daha fazla olup eşler arasındaki fark önemlidir. Erkek ve kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi kaynakları Tablo 27’de gösterilmiştir.

**Tablo 27.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Kaynaklarının Karşılaştırılması

| Bilgi kaynakları                   | Erkek (n=447) |      | Kadın (n=447) |      | McNemar          |
|------------------------------------|---------------|------|---------------|------|------------------|
|                                    | Sayı          | %    | Sayı          | %    |                  |
| Görsel medya (tv, internet..)      | 202           | 45.2 | 150           | 33.6 | 17.11<br>p<0.001 |
| Yazılı kaynaklar (kitap, gazete..) | 154           | 34.5 | 142           | 31.8 | 0.80<br>p=0.372  |
| Sağlık personeli                   | 159           | 35.6 | 122           | 27.3 | 9.89<br>p=0.002  |
| Öğretmenler                        | 122           | 27.3 | 124           | 27.7 | 0.01<br>p=0.929  |
| Arkadaşlar                         | 114           | 25.5 | 71            | 15.9 | 14.11<br>p<0.001 |
| Aile büyükleri                     | 90            | 20.1 | 85            | 19.0 | 0.17<br>p=0.682  |
| Hiçbir yerden                      | 64            | 14.3 | 101           | 22.6 | 13.97<br>p<0.001 |

Tablo 27’de görüldüğü gibi, erkek ve kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi kaynaklarının başında görsel medya gelmektedir. Görsel medyadan sonra en sık, erkeklerde sağlık personeli ve yazılı kaynaklar gelmekteyken kadınlarda yazılı kaynaklar ve öğretmenler bilgi kaynağı olmuştur. Bilgi kaynaklarından görsel medya, sağlık personeli ve arkadaşlar için eşler arası fark önemlidir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi kaynakları olarak aile büyükleri hem erkeklerde hem kadınlarda en az bildirilen kaynaktır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda hiçbir yerden bilgi almamış bireylerin oranı kadınlarda daha fazla olup eşler arasındaki fark önemlidir. Erkek ve kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi almak için başvurmayı düşündükleri kaynaklar Tablo 28’de gösterilmiştir.

**Tablo 28.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusunda Bilgi Almak İçin Başvurmayı Düşündükleri Kaynakların Karşılaştırılması

| Bilgi kaynakları                   | Erkek (n=447) |      | Kadın (n=447) |      | Kappa            | McNemar          |
|------------------------------------|---------------|------|---------------|------|------------------|------------------|
|                                    | Sayı          | %    | Sayı          | %    |                  |                  |
| Sağlık personeli                   | 298           | 66.7 | 319           | 71.4 | 0.400<br>p<0.001 | 3.48<br>p=0.062  |
| Yazılı kaynaklar (kitap, gazete..) | 123           | 27.5 | 121           | 27.1 | 0.414<br>p<0.001 | 0.01<br>p=0.922  |
| Eş (karı/koca)                     | 101           | 22.6 | 98            | 21.9 | 0.438<br>p<0.001 | 0.05<br>p=0.830  |
| Görsel medya (tv, internet..)      | 116           | 26.0 | 66            | 14.8 | 0.283<br>p<0.001 | 22.65<br>p<0.001 |
| Aile büyükleri                     | 78            | 17.4 | 77            | 17.2 | 0.337<br>p<0.001 | 0.000<br>p=1.000 |
| Arkadaşlar                         | 30            | 6.7  | 28            | 6.3  | 0.152<br>p=0.001 | 0.02<br>p=0.883  |
| Hiçbir yerden                      | 45            | 10.1 | 36            | 8.1  | 0.308<br>p<0.001 | 1.26<br>p=0.263  |

Tablo 28’de görüldüğü gibi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi almayı düşündükleri ilk 3 kaynak, erkeklerde sırasıyla sağlık personeli, yazılı kaynaklar ve görsel medya iken kadınlarda sırasıyla sağlık personeli, yazılı kaynaklar ve eştir. Eşler arasındaki uyum, yazılı kaynaklar ve eş için orta düzeyde; sağlık personeli, görsel medya, aile büyükleri için zayıf düzeyde; arkadaşlar için önemsiz düzeydedir. Eşler arasındaki fark yalnız görsel medya için önemlidir.

**Tablo 29.** Araştırma Grubundaki Erkek ve Kadınların Çocuklara Cinsel Konularda Eğitim Verilme Dönemi Hakkındaki Düşüncelerinin Karşılaştırılması

| Eğitime başlama zamanı ile ilgili düşünceler | Erkek (n=447) |       | Kadın (n=447) |      |
|----------------------------------------------|---------------|-------|---------------|------|
|                                              | Sayı          | %     | Sayı          | %    |
| Okul öncesi                                  | 47            | 10.5  | 33            | 7.4  |
| İlköğretim                                   | 196           | 43.8  | 191           | 42.7 |
| Lise                                         | 169           | 37.8  | 188           | 42.1 |
| Üniversite                                   | 15            | 3.4   | 18            | 4.0  |
| Hiçbir zaman                                 | 20            | 4.5   | 17            | 3.8  |
| McNemar Bowker                               |               | 13.14 | p=0.156       |      |
| Kappa                                        |               | 0.394 | p<0.001       |      |

Tablo 29’da görüldüğü gibi, erkek ve kadınların yaklaşık yarısı çocuklara cinsel konularda eğitimin ilköğretim döneminde verilmesi gerektiğini düşünmüştür. Çocuklara verilecek cinsel konularda eğitimin zamanı hakkında eşler arası uyum zayıf olsa da, aradaki fark önemsizdir.

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan erkeklerde yaş ortalaması  $27.30 \pm 4.22$  yıl, ortancası 27 (18-45) yıl bulunmuşken kadınlarda yaş ortalaması  $24.11 \pm 4.19$  yıl, ortancası 24 (18-38) yıl bulunmuştur. İlk evlilik yaşı gerek doğurganlığın başlaması gerek cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından önemlidir. 2013 TNSA verilerine göre kadınlarda ortanca ilk evlenme yaşı 21 olup çalışmamızda bulduğumuzdan daha düşüktür (17). 2013 TNSA’da halen evli kadınların eşleri kendilerinden ortalama 4.3 yıl daha büyüktür ve bu yaş farkı 25 yaş altı çiftlerde artmaktadır (17). Çalışmamızda ilk evlenme yaşı ile ilgili bulguların 2013 TNSA’dan farklı çıkmasının sebebi çalışmamıza yalnız 18 yaş ve üzeri bireylerin alınması ile daha erken yaşta evlenenlerin hesaplanmamış olması, çalışmamızın 2013 TNSA’dan daha sonra yapılmış olması ve ilk evlilik yaşının toplumumuzda artıyor olması olabilir. TÜİK verilerine göre, çalışmamızdakine benzer şekilde 2016’da ortalama ilk evlenme yaşı, erkekler için 27,1, kadınlar için 24.0 olup erkeklerde ilk evlenme yaşı kabaca 3 yaş daha fazladır (193). 2007 TGCSÜSA’da ideal olduğu beyan edilen ilk evlenme yaşının erkekler için kadınlara göre daha büyük olduğu görülmektedir. 2007 TGCSÜSA’ya göre, ilk evlenme yaşı çalışmamızda saptanandan daha düşük olup kadınlar için belirtilen ideal ilk evlenme yaşı ortalama 22.2 yıl, erkekler için ise ortalama 24.3 yıl olarak bulunmuştur (37). İlk evlenme yaşı açısından 2007 TGCSÜSA ile çalışmamızla olan farklılıklar öğrenim düzeyindeki farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir (37). Ülkemizde kadınlarda evlenme yaşı öğrenim düzeyi arttıkça ve genç kuşaklarda daha yaşlı kuşaklara göre artmaktadır (17).

Çalışmamıza katılanların %75.2'si lise mezunu ve üzeri öğrenim düzeyine sahiptir. Lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olan kadınların oranı erkeklerden fazladır. 2013 TNSA'da hanehalkı refah düzeyi arttıkça, kadının eşinden daha fazla eğitime sahip olma eğilimi de artmıştır. En yüksek refah düzeyindeki kadınların %23'ü eşlerinden daha eğitimliyken, en düşük refah düzeyindeki kadınların %14'ü eşlerinden daha eğitimlidir (17). Çalışmamızda da kadınların yalnız %2.2'si ekonomik durumunu kötü olarak ifade etmiştir.

Çalışmamızda kadınlar erkeklere göre daha yüksek öğrenim düzeyine sahip olsa da, erkeklerin tamamına yakını herhangi bir işte çalışırken kadınların %38.9'u çalışmaktadır. 2016 TÜİK verilerine göre, ülkemizde 25 yaş ve üzeri bireylerde yüksekokul veya fakülte bitirmiş olanların oranı çalışmamızdakinden daha düşük olup erkeklerde %17.9 iken kadınlarda %13.1'dir. İşgücüne katılım oranı ve istihdam oranı ise 15 yaş ve üzeri bireyler için sırasıyla erkeklerde %71.6 ve %65.0 iken kadınlarda %31.5 ve %27.5'dir. TÜİK verileri daha geniş yaş aralığını ve bölgeyi kapsıyor olması çalışmamız açısından yanıltıcı olsa da kadınlarda işgücüne katılımın öğrenim düzeyiyle arttığı, ancak erkekler kadar olmadığı bulgusu çalışmamızda çalışan kadınların oranının erkeklerden daha az, Türkiye geneline göre daha fazla olmasını açıklayabilir. Ayrıca, 2013 TNSA'da 20-24 yaş kadınların %25.6'sı, 25-29 yaş kadınların %35.0'i iş bırakma sebebi olarak evliliği göstermişlerdir (17). Sağlık güvencesi açısından erkek ve kadınların çoğunluğu sağlık güvencesine sahipken, herhangi bir işte çalışma durumuna paralel olarak sağlık güvencesine sahip olmayan kadınların oranı erkeklere göre fazladır.

Çalışmamızda il merkezi veya ilçe merkezinde yaşayanların oranı %92.9'dur. 2015 verilerine göre Türkiye nüfusunun %92.1'i il merkezi veya ilçe merkezinde yaşamaktadır (194). Bu durum çiftlerin Kayseri genelinde homojen dağıldığını gösteriyor olabilir.

Çekirdek aile yapısına sahip olan bireylerin oranı bu çalışmada %75.3 olarak saptanmıştır. Ülkemizde çekirdek aileden oluşan hanehalkı oranının en yüksek olduğu il, 2016 yılında %72.6 ile Kayseri olmuştur (195). Ülkemiz genelinde çekirdek ailenin oranı geniş ve dağılmış aile oranlarından fazla olup 2013 yılında %70.2, 2014 yılında %67.4 ve 2016 yılında %66.4 oranındadır (195, 196).

Çalışmaya katılan 447 çiftin evleneceği bireyle tanışma şekline bakıldığında %51.2'si arkadaş ortamında, %39.1'i görücü usulüyle, %7.2'si iş ortamında, %1.8'i internet ortamında tanışmıştır. 2016 TÜİK Aile Yapısı Araştırması'na göre; 15 yaş ve üzeri evlilik deneyimi yaşamış bireylerin eşleri ile tanışma şekline göre %49.8'inin aile ve akraba çevresinden, %28.2'sinin komşu ve mahalle çevresinden, %10.3'ünün eşleri ile arkadaş (okul ve iş dışı) çevresinden tanıştıkları görülmüştür (195). Çalışmamızda çiftlerin en sık tanışma şekli arkadaş ortamıdır. Öğrenim düzeyinin yüksek olduğu çalışmamızda bu oranın yüksek çıkmasının nedeni 'arkadaş ortamı' ifadesinde okul gibi önemli bir sosyal çevrenin dışlanmamış olması olabilir. 2007 TGCSÜSA'ya göre, genç erkeklerin dörtte üçü genç kadınların ise beşte üçüne yakın bir oranı evliliğe erkek ve kadının kendilerinin karar vermesi gerektiğini belirtmişlerdir (37). Gençlerde bu düşünce yapısı çalışmamızda arkadaş ortamında tanışma oranının görücü usulünden fazla olmasında rol oynamış olabilir. Çalışan kadın oranının erkeklere göre çok daha az olması, çalışmamızda iş ortamında tanışma durumunun az çıkmasının sebebi olabileceği gibi, 2011'de yapılan TAYA'ya göre, iş çevresinden tanışanların oranı %5.3'dür (197). 2016 TÜİK Aile Yapısı Araştırması'nda ilk evliliklerin %59.9'unun görücü usulü ile gerçekleştiği ve öğrenim düzeyi yükseldikçe görücü usulü evlilik oranının azaldığı bulunmuştur (63, 198). Kısa ve ark.'nın evlilik hazırlığı yapan çiftler üzerinde yaptığı çalışmada görücü usulü ile tanışarak evlenmeye karar veren çiftlerin oranı %15.7 iken bu çiftlerin yarıya yakını ebeveynlerinin görücü usulü ile evlendiklerini belirtmişlerdir (34). Çalışmamızla olan farklılıkların nedeni çalışmamıza katılan bireylerin çoğunluğunun öğrenim düzeylerinin yüksek olmasından ve Türkiye genelinde bölgesel farklılıkların olmasından kaynaklanıyor olabilir. 2016 yılında 15-24 yaş bireyler üzerinde yapılan TÜİK İstatistiklerle Gençlik sonuçlarına göre, internet aracılığı ile evlenen gençlerin oranı %3.0 (erkeklerde %5.7, kadınlarda %2.6 ) iken, 2011 yılında yapılan TAYA'da %0.1'dir (197, 199). Çalışmamızda çiftlerin yalnız %1.8'i internet ortamında tanışmıştır. Aradaki farklılıklar yıllar içinde internet kullanımının artışından, artan yaşla beraber internet kullanım sıklığının azalmasından kaynaklanıyor olabilir (200).

Çalışmamızdaki çiftlerin %3.6'sı birinci derece akraba olmak üzere çiftler arasında akraba olanların oranı %8.3'dür. 2008 TNSA'ya göre, 15-49 yaş kadınlar arasında birinci derece akrabalarıyla (amca kız-oğlu; teyze kız-oğlu) evlenme sıklığı %12.4'dür

(201). 15 yaş ve üzeri evlilik deneyimi yaşamış bireyler üzerinde yapılan 2016 TÜİK Aile Yapısı Araştırması sonuçlarına göre bireylerin %23.2'sinin eşi ile akraba olduğu saptanmıştır (195). Otozomal resessif kalıtsal hastalıklar ve bir dereceye kadar da multifaktöryel kalıtsal hastalıklar için önemli bir risk faktörü olan akraba evliliğinden kaçınmak bu hastalıklardan korunmak için önemli olsa da ülkemizde her yedi kişiden biri akraba evliliğini uygun bulmaktadır (43, 202). Akraba evliliği oranının erkeğin öğrenim düzeyinden çok fazla etkilenmezken kadının öğrenim düzeyinin yükselmesi ile azaldığı görülmüştür (202). Çalışmamızda akraba evliliği oranının az çıkmasının sebebi akraba evliliğine etki eden öğrenim düzeyinin yüksek olması ve henüz evlenen günümüz çiftlerini kapsıyor olması olabilir. Ayrıca ülkemizde yakın akraba evliliği yapanların oranı yaşanan sosyodemografik ve ekonomik dönüşümlerin etkisiyle azalmaktadır (196).

Olumsuz geleneksel yapılar, AP yöntemlerinin yeterince uygulanmaması, annelerin eğitim düzeyinin düşük olması, iş yükünü paylaşma, sosyal güvencenin olmaması nedeniyle yaşlılıkta ve diğer çocukların bakımında sosyal ve ekonomik açıdan destek bulma arzusu, soyun-neslin devam etmesi için özellikle erkek çocuk sahibi olma arzusu ve doğurganlığın toplumda kabul görmesi doğurganlığı arttıran nedenler arasında sayılabilir (3, 4, 196, 203). Ülkemizde 1960 ve 1970'li yıllarda günümüze göre daha fazla olan sahip olunan çocuk sayısı ile ideal çocuk sayısı arasında 2-3 çocuğa kadar varan önemli bir farklılık mevcutken, bu farkın giderek kapandığı görülmektedir (196, 204). 1980 ve öncesinde doğan çiftler arasında 3 ya da 4 çocuğu ideal çocuk sayısı olarak belirtenlerin oranı %68 iken 1990 ve sonrasında bu oran %37'e düşmüştür (134, 196). 2013 TNSA'ya göre, mevcut doğurganlık 2.3 iken ideal çocuk sayısı 2.8'dir (196). Çalışmamızda ise sahip olunmak istenen ortalama çocuk sayısı 2.66, ideal görülen ortalama çocuk sayısı ise 2.71'dir. Çalışmamızda ideal görülen çocuk sayısı %53.4 ile 2, %22.5 ile 3, %20.0 ile 4, %2.9 ile 5 ve üzeri çocuktur. Çalışmamızda istenilen toplam çocuk sayıları çoğunluğa göre sırasıyla %52.1 ile 2, %23.9 ile 3, %17.8 ile 4, %3.1 ile 5 ve daha üzeri, %2.7 ile 1 çocuktur. Hiç çocuk sahibi olmak istemeyenlerin oranı ise %0.3'dür. Çalışmamızda ideal görülen ve sahip olunmak istenen çocuk sayılarının oranları benzer olsa da cinsiyet bakımından erkekler eşlerine göre anlamlı derecede daha fazla erkek çocuk ve toplam çocuk sayısını ideal bulup istemektedirler. Bu durum çalışmamızdaki kadınlar için ileride sahip oldukları çocuk

sayısının istedikleri sayıdan fazla olmasına sebep olabilir. Bacanlı'nın yaptığı çalışmada da, erkekler kadınlara göre daha çok çocuk istediklerini bildirmişlerdir (205). Ayrıca çalışmamızda, çocuk sahibi olmak istemeyen bireyler de dâhil hiç kimse bir ailede çocuğun olmamasını ideal bulmamıştır. Bu da aile kavramının çocuk sahibi olmakla eş görülmesine, çocuk sahibi olmanın neslin devam ettirilmesi gibi bireyselden çok toplumsal gerekliliğine yönelik düşüncelerin bir yansıması olabilir.

2013 TNSA'ya göre 15-49 yaş grubunda hiç çocuk sahibi olmayan kadınlar çalışmamız bulgularına benzer olarak ideal çocuk sayısını sırasıyla %45.9 ile 2, %24.1 ile 3, %14.9 ile 4, %9.2 ile 1, %3.8 ile 5, %1.4 ile 0, %0.6 ile 6 ve üzeri olarak belirtmişlerdir (17). 2016 yılında yapılan TÜİK Aile Yapısı Araştırması'nda ikiden çok çocuk isteyenlerin oranı 2013 TNSA'ya göre artmış olup bireylerin en fazla %32 ile 2 çocuk sahibi olmayı, daha sonra çoğunluğa göre sırasıyla 3 (%31,4), 4 (%18.0), 5 ve üzeri (%14.9) ve 1 (%3,4) çocuk sahibi olmayı istediği, %0.3'ü ise hiç çocuk istemediği bulunmuştur (198). Bulgular kabaca benzer olsa da, aradaki farklılık bölgeler arası farklılıklardan ve değişen nüfus politikalarından kaynaklanıyor olabilir. TÜİK Aile Yapısı Araştırması'nda kadınların en fazla istediği ideal çocuk sayısı %33.1 ile 2 çocuk iken erkeklerin en fazla istediği ideal çocuk sayısı %31.6 ile 3 çocuktur (198). Çalışmamızda kadın ve erkeklerin çoğunluğu (sırasıyla %59.1 ve %45.2) 2 çocuk istemiştir.

Çalışmamızda tüm bireyler ele alındığında istenilen toplam çocuk sayısı ortalaması 2.66 olup, cinsiyete göre bakıldığında, erkeklerin sahip olmak istedikleri ortalama erkek çocuk sayısı 1.51, kız çocuk sayısı 1.30, toplam çocuk sayısı 2.82 iken; kadınların sahip olmak istedikleri ortalama erkek çocuk sayısı 1.23, kız çocuk sayısı 1.27, toplam çocuk sayısı 2.50'dir. 2007 TGCSÜSA'ya göre, gençlerin sahip olmak istedikleri ortalama toplam çocuk sayısı 2.4 olup erkeklerde 2.5, kadınlarda 2.3'dür. Kadınlar ortalama 1 kız, 1 erkek çocuk isterken, erkekler ortalama 1.1 erkek, 0.9 kız çocukları olmasını istemektedir (37). Çalışmamızda da, 2007 TGCSÜSA bulgularına benzer olarak, erkeklerin daha fazla çocuk sahibi olmak istedikleri ve bu farkın erkeklerin daha çok erkek çocuk istemelerinden kaynaklandığı bulunmuştur. Çalışmamızda sahip olmak istenilen ilk çocuğun cinsiyeti için katılımcıların yarısı önemli olmadığını düşünse de, erkeklerde daha fazla olmak üzere bireylerin %27.5'i erkek, kadınlarda daha çok olmak üzere %21.1'i kız çocuk olmasını istediklerini belirtmişlerdir. Sahip olmak istenilen ilk çocuğun cinsiyeti açısından eşler arasında anlamlı farklılık mevcuttur. Erkek çocuğun

ailenin soyunu devam ettirecek, yaşlılıkta güvence olacak, diğer kardeşlere yol gösterecek ve yardımcı olacak kişi olarak görülmesi kız çocuğundan ayrı bir statüde tutulmasında rol oynuyor olabilir (203). Atalay ve ark.'nın çalışmasında evlilik, genellikle neslin-soyun devamı (%63) ve gelecek güvencesi amacıyla çok çocuk ve özellikle erkek çocuk için istenmektedir (206, 207). Gazioğlu'nun genç yetişkinler üzerinde yaptığı çalışmada, erkeklerde daha yaygın olarak %24.2 ile "herkes evlenmelidir", %40.8 ile "evlendikten sonra mutlaka çocuk sahibi olunmalıdır", %3.1 ile "evlenir evlenmez çocuk sahibi olunmalıdır", %6.7 ile "erkek adamın erkek çocuğu olur", %24 ile "evlilik geleceğin sigortasıdır", %17.2 ile "çocuklar evliliği kurtarır", %37.7 ile "çocuk sahibi olduktan sonra karı koca olmak yerine anne, baba olmak daha çok önem kazanır" ifadelerine katılım saptanmış olup, Bacanlı'nın çalışmasındakine benzer şekilde, erkeklerin evlilik ve aile hayatı konusunda kadınlardan daha geleneksel görüşlere sahip olduğu çıkarımı yapılmıştır (205, 208).

Çalışmamızda, bireylerin %50.6'lık bir çoğunlukla 1 yıl içinde veya sonunda, %35.7'si 2 yıl, %9.7'si 3 yıl, %4.0'ü 4 yıl ve daha sonra çocuk sahibi olmak istemekte olup, eşler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ekşi'nin çalışmasında evlilik aşamasındaki bireylerin ne zaman çocuk sahibi olmak istedikleriyle ilgili olarak %7.5'i evliliğin ilk aylarında, %31.0'i bir sene sonra, %29.5'i iki sene sonra, %16.5'i üç sene sonra, %15.5'i kendilerini hazır hissettiklerinde çocuk sahibi olmak istediklerini belirtmişlerdir (3). Buna göre bireylerin çoğunluğu bir sene sonra çocuk sahibi olmayı istedikleri ve eşler arasında anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (3). Bu durum toplumumuzda çocuk sahibi olmanın evlilik kurumu içinde yaygın olmasının ve evliliğin çocuk sahibi olmakla özdeşleştirildiğinin bir göstergesi olabilir.

Çalışmamızda, iki gebelik arası uygun görülen süre erkeklerde ortalama 2.6 yıl iken, kadınlarda bu süre anlamlı olarak daha fazla olup 3.1 yıldır. Kadınların %92.4'ü, erkeklerin %85.7'si iki gebelik arası sürenin en az iki yıl olması gerektiğini düşünmektedir. Çalışmamızda, erkekler kadınlara göre daha sık aralıklarla daha çok çocuk sahibi olmayı istemektedirler. Bunun sebebi kadının doğasında olan gebelik ve doğum sürecinde erkeklerin sosyal ve fizyolojik açıdan kadınlar gibi etkilenmemeleri olabilir. 2013 TNSA'ya göre ülkemizde doğum aralıklarının yaklaşık olarak üçte ikisi bir önceki doğumdan en az 3 yıl sonra, yaklaşık %19'u bir önceki doğumdan 24-35 ay sonra, %18'i ise bir önceki doğumdan "çok kısa" bir süre sonra (<24 ay) sonra

gerçekleşmiş ve bu sürenin ortancası 45.0 ay olarak saptanmıştır. Doğum aralıkları bir önceki çocuğun cinsiyetine göre çok büyük farklılıklar göstermese de genel olarak annenin yaşı, önceki doğumda olan çocuğun yaşıyor olması ve çocuğun doğum sırası arttıkça artmaktadır. 24 aydan daha kısa bir sürede diğer doğumunu gerçekleştiren kadınların oranı 20-29 yaş grubunda % 24 iken 30-39 yaş grubunda %14'dür. Bir önceki çocuğun yaşaması durumunda 45 ay olan ortalama doğum aralığı, bir önceki çocuğun hayatta olmaması durumunda 31 aya düşmektedir (17). Altay ve ark.'nın evli erkekler üzerinde yaptığı çalışmada, erkeklerin %64.8'i uygun gebelik aralığının 2-3 yıl olduğunu belirtmiştir (209).

Gebelik olursa, istenilen doğum şekli hem erkek hem kadın bireylerde büyük çoğunlukla normal doğum iken, kadınların %7.8'i erkeklerin %2.5'i doğumun sezaryenla olmasını istemektedirler. Bununla birlikte ülkemizde sezaryen ile doğum oldukça yaygındır. 2013 TNSA'ya göre, ilk doğumların %52'si sezaryen ile yapılmıştır(17). Çalışmamızda sezaryen ile doğumu düşünenlerin oranı 2013 TNSA'ya göre sezaryen ile doğum yapmış olan kadınlardan düşük olsa da bazı çalışmalarda bizim çalışmamızı destekler nitelikte daha yüksek bulunmuştur. Yıldız ve ark.'nın gebe kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada daha önce hiç doğum yapmamış kadınların %74'ü normal (vajinal) doğumu, %26'sı sezaryeni tercih etmiştir (210). Karaca ve ark.'nın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada, normal doğumu tercih edenlerin oranı %82.4 iken, %17.6'sı sezaryeni tercih etmiştir (211).

Partnerlerin gebeliği önleyici yöntem kullanma kararına katılımı kullanılacak yöntemi de belirlemesi açısından önemlidir. Gebeliği önleyici yöntem kullanma kararını kadın tek başına aldığında, üçte iki oranında kadın AP yöntemleri; eşler birlikte ya da erkek tek başına karar aldığında ise büyük oranda geri çekme başta olmak üzere erkek AP yöntemleri tercih edilmektedir. Ayrıca, kullanılan ilk AP yöntemi, daha sonraki yöntem kullanımında da etkili olmaktadır (20, 212). Çalışmamızda, yaklaşık olarak her erkek ve kadından dördü, AP sorumluluğunun eşlerden her ikisine de ait olduğunu düşünmekteyken, ikinci en sık hâkim olan düşünce hem erkek (%17.7) hem kadın (%9.6) grupta sorumluluğun erkeğe ait olduğudur. Adölesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi'nde üniversite öğrencilerince bir cinsel ilişki sırasında gebelikten korunma sorumluluğunun çoğunluk tarafından her iki tarafa ait

olduğu savunulmuştur. Ayrıca, kadınların tek başına sorumlu olduğunu daha çok kadınlar, erkeklerin tek başına sorumlu olduğunu ise daha çok erkekler savunmuştur (188). 2007 TGCSÜSA’da, gerek erkeklerin (%90.5) gerekse kadınların (%93.1) büyük bir çoğunluğu, bir ailenin sahip olacağı çocuk sayısına çiftlerin birlikte karar vermeleri gerektiğini belirtmişlerdir (37). Altay ve ark.’nın evli erkekler üzerinde yaptığı çalışmada, erkeklerin %16.4’ünün kullanılan AP yöntemine kendisinin karar verdiği bulunmuştur (209). Gazioğlu’nun genç yetişkinler üzerinde yaptığı çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde kadınlarda daha fazla olmak üzere katılımcıların %94.3’ü çocuk yapma kararını eşlerin birlikte alması gerektiğini düşünmüştür. Aynı çalışmada, “doğum kontrolünün sorumluluğunu tek eş üstlenmelidir” ve “çocuk sahibi olmak için eşlerden birinin istemesi yeterlidir” diyen erkeklerin oranı çalışmamıza benzer şekilde kadınlardan fazladır ve çalışma genelinde bu ifadelere katılım daha düşük ve sırasıyla %4.6, %4.2’dir (208). Gazioğlu’nun çalışmasından farklı olarak çalışmamızda AP sorumluluğu konusunda erkek bireylerin kendilerini daha çok belirleyici olarak gördüğü düşünülebilir. Ayrıca, çalışmamızdaki kadınların erkeklere göre aile planlaması konusunda bilgilerini daha az oranda yeterli bulmaları AP sorumluluğunda daha az paya sahip çıkmalarına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda plansız bir gebelik söz konusu olursa, erkek ve kadınların çoğunluğu (sırasıyla %83.0, %86.6) gebeliği sürdürmeyi düşünmüştür. Kitapçioğlu ve ark.’nın doğum yapmış kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, ilk doğumların %84.7’si istemli gebelikler iken, yaş ve çocuk sayısı arttıkça gebeliklerin istenme oranında azalma saptanmıştır (213). 2013 TNSA’ya göre kadınların ilk doğumlarının %90.6’sının istenmiş, %1.6’sının istenmemiş, %6.0’sının daha sonra olmasının istenmiş olduğu saptanmış olup, anne yaşının küçük olduğu gebeliklerde, daha ileri yaş annelere göre gebeliğin istenme ya da daha sonra istenme oranı daha fazla olduğu, anne yaşı ilerledikçe de yaşanan gebeliklerin istenmeme oranının arttığı göze çarpmaktadır (17). Kitapçioğlu ve ark.’nın doğum yapmış kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada ilk doğumların %84.7’si, 15-24 yaş kadınlar arasındaki gebeliklerin %79.7’si, 25-34 yaş kadınlar arasındaki gebeliklerin %71.8’i istenmiştir (213). 2013 TNSA’ya göre toplam istenilen doğurganlık hızının (1.9) toplam doğurganlık hızından (2.3) düşük olması, gebeliklerin istenmemiş olsa da doğumla sonlandırıldığıının göstergesi olabilir. Ülkemizde isteyerek düşüklerle yaş ve yaşayan çocuk sayısı (refah düzeyi) arasında

doğru bir orantı mevcuttur. Yaş ve çocuk sayısı arttıkça isteyerek düşük sayısı artmaktadır. 2013 TNSA'ya göre, isteyerek düşük oranı 15-49 yaş evli kadınlarda %13.5 olup 25-29 yaş grubunda %5.2, hiç çocuğu olmayanlarda %3.8'dir (17). Çalışmamızda, plansız bir gebelik söz konusu olursa, kadınların %2.2'si gebeliği sonlandırmak isteyeceğini, %11.2'si kararsız olduğunu belirtmiştir. 2007 TGCSÜSA'da, evli genç kadınların (15-19 yaş grubunda % 7.5'u, 20-24 yaş grubunda kadınların neredeyse yarısı) isteyerek düşük yapma oranının çok daha yüksek (%14.5) olduğu bulunmuştur (37). 2013 TNSA'ya göre, isteyerek düşüklüklerde, düşüğe karar veren kişiler arasında eşler dışında %37.1'lik önemli bir paya sahip olan doktorun da yer alması, çalışmamızda plansız bir gebeliğin sonlandırılması gerektiğini düşünenlerinin oranının ülkemizde isteyerek düşük oranlarından daha düşük bulunmasını açıklayabilir (17).

Çalışmamızda, aile planlamasının amaç ve kapsamına yönelik olarak, erkeklerin %56.2'si, kadınların %57.5'i aile planlamasının istenmeyen gebelikleri önlemeyi amaçladığını, erkeklerin %41.2'si, kadınların %40.3'ü aile planlaması hizmetlerinin çocuk sahibi olamayan çiftlerin çocuk sahibi olmalarına yardım etme amacını kapsadığını bilmektedir. Erkek ve kadınların çoğunluğu (sırasıyla %60.4, %62.9) aile planlaması hizmetlerinin ülke nüfusunun azaltılması amacını içerdiği düşüncesine katılmadığı saptanmıştır. Bu durum bireylerin aile planlamasını nüfus politikalarından ayrı tuttuğunun bir göstergesi olabilir. Ancak, tüm katılımcıların yaklaşık üçte birinin yöneltile aile planlaması hizmetlerinin amaçlarına yönelik bir fikirlerinin olmadığı görülmüştür. Aile planlamasının ana ve çocuk sağlığı açısından yararlı olduğu ve kürtaj talebini azalttığına dair doğru bilgiler oldukça yüksek olup erkek ve kadınlarda birbirine yakındır. Katılımcılar aile planlaması hizmetlerinin amacını daha az oranda bilse de yararlı olduğunu düşünmektedirler. Öztaş ve ark.'nın 18-49 yaş evli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, katılımcıların %79.9'u aile planlamasının ne olduğunu bilmekte ve doğru tanımlayabilmekte iken, %6.1'i fikrinin olmadığını belirtmiştir (214). Babadağlı ve ark.'nın yeni doğum yapmış kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada ise aile planlamasını doğru tanımlayabilme oranı %55.5 bulunmuştur (123). Bu çalışmaların evli hatta çocuk sahibi olmuş ileri yaştaki kadınlar üzerinde yapılmış olması bilgi düzeyleri arasındaki farklılıkları açıklayabilir. Bununla birlikte Pınar ve ark.'nın Başkent Üniversitesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, % 87.6'lık bir oranla AP'nın tanımını doğru

yapıldığı bulunmuştur (23). Öztaş ve ark.'nın 18-49 yaş evli kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, kadınların %7.4'ünün aile planlamasını çocuk sayısının azaltılması olarak bildiği ortaya konmuş olup, çalışmamızda da benzer şekilde yorumlanabilecek olan AP hizmetlerinin ülke nüfusunun azalttığı düşüncesine kadınların %7.6'sı katılmıştır (214). Doğru ve ark.'nın kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada, kadınların %93.6'sının "aile planlamasının gerekli midir?" sorusuna evet yanıtını vermiş olup, çalışmamızdakine benzer olarak aile planlamasının yararlı olduğu çoğunluk tarafından kabul görmüştür (215). Ege ve ark.'nın ebelik son sınıf öğrencileri üzerinde yaptığı müdahale çalışmasında, öğrencilerin eğitim öncesi AP tanımını tam bilenler %6.9 iken eksik bilenler %69.0, bilmeyenler %24.1'dir (216). Öğrencilerin eğitim öncesinde AP hakkındaki olumlu düşüncelerinin başında kadın sağlığını koruması (%31), istenmeyen gebelikleri önlemesi (%31) gelmektedir (216).

Siklusun ovulasyon dönemine yakınlığına da bağlı olmak üzere, tek bir korunmasız ilişkinin yaklaşık dörtte birinin gebelikle sonuçlanacağı bilinmektedir (217). Ülkemizde bireylerin belli sayıda çocuk sahibi olmak istediğini düşününce, istenmeyen gebeliklerin ve dolayısıyla isteyerek düşüklerin de önlenmesi adına, üreme dönemi boyunca en az bir AP yöntemi kullanılacağı muhakkaktır. Aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak, gebeliği önleyici bir yöntem kullanıp kullanmama kararı ve hangi yöntemin kullanılacağı kararı bakımından oldukça önemlidir (17). Çalışmamızda, kadınların duydukları AP yöntem sayısı ortalama  $4.08 \pm 2.38$ , ortanca 4 (min 0 max 13), erkeklerin duydukları AP yöntem sayısı ortalama  $3.73 \pm 2.06$ , ortanca 3 (min 0 max 13)'dür. Eşler arasında bilinen yöntem sayısı açısından fark önemlidir. 2013 TNSA'da ortalama duyulan yöntem sayısı 15-49 yaş tüm kadınlarda 7.6 ve halen evli kadınlarda 8.2'dir (17). Ortalama duyulan yöntem sayısının 2013 TNSA'da yüksek olması hem evli kadınları hem de ileri yaştaki kadınları da kapsamından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamıza katılanların, tamamına yakını kondomu, yaklaşık dörtte üçü günlük hapı (OKS), kadınların yarısı RİA ve tüp bağlatmayı duymuştur. Erkekler kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla oranda erkek AP yöntemlerinden olan kondom ve geri çekmeyi bilirken, kadınlar erkeklere göre anlamlı olarak günlük hap, RİA, tüplerin bağlanması, takvim yöntemi ve emzirmeyi daha yüksek oranda bilmişlerdir. Birçok çalışmada olduğu gibi, çalışmamızda da az bilinen yöntemler olarak karşımıza çıkan vajinal duş, hormon enjeksiyonu, spermisit, vajinal halka, vazektomi, norplant ve acil

doğum kontrol yöntemi açısından eşler arasında önemli farklılık gözlenmemiş olup, bu yöntemlerden en az birini bilenler en fazla on kişiden bir kişidir (17, 123, 214).

2013 TNSA'da 15-49 yaş kadınlarda en çok duyulan gebeliği önleyici yöntemler sırasıyla OKS (%95.7), RİA (%92.1), tüplerinin bağlanması (%87.3), erkek kondomu (%86.2), geri çekme (%79.5) yöntemidir (17). 2013 TNSA'da, kadınların kondom hariç AP yöntemlerini bilme oranları çalışmamızdakinden yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni, 2013 TNSA'nın evli ve AP yöntemlerini kullanmaya başlamış kadınları da kapsıyor olması olabilir. Kondomu bilen kadınların oranının çalışmamızda yüksek bulunmasının sebebi, kondomun, çalışmamızda en sık belirtilen AP bilgi kaynakları arasında olan görsel medyada yer alıyor olması olabilir.

İlgün ve ark.'nın Celal Bayar Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin bildikleri AP yöntemleri sırasıyla OKS (kadınlarda %95.4 ve erkeklerde %96.1), kondom (kadınlarda %73.1 ve erkeklerde %79.4), RİA (kadınlarda %88.3, erkeklerde %56.9)'dır (218). İlgün ve ark.'nın çalışmasında, erkek AP yöntemlerinden olan kondom dışındaki AP yöntemleri çalışmamıza göre daha yüksek oranda bilinmiştir. Bunun sebebi İlgün ve ark.'nın çalışmasında kadınların oranının (%65.9) erkeklerden (%34.1) fazla olmasına bağlı olabilir.

Pınar ve ark.'nın Başkent Üniversitesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin en çok bildikleri AP yöntemleri sırasıyla OKS (%82.1), kondom (%78.0), RİA (%58.8), tüplerin bağlanması (%48.5), geri çekme (%38.4), enjeksiyon (%31.1), takvim yöntemi (%24.4), vazektomi (%19.2), spermisit (%19.2) olarak bulunmuştur. Pınar ve ark.'nın çalışmasında, kondom ve geri çekme dışındaki AP yöntemlerinin bilinme oranı, çalışmamızda bulunandan daha yüksektir. Pınar ve ark.'nın çalışmasında, ertesi gün hapını (acil kontrasepsiyon) bilme oranı çalışmamızdan çok daha yüksek olup erkeklerde %53.2, kızlarda % 50.7'dir. Pınar ve ark.'nın çalışmasında, genel olarak AP yöntemlerini bilenlerin oranının çalışmamıza göre daha yüksek bulunmasının sebebi, öğrencilerin yaklaşık yarısının (%42.3) cinsel hayatının başlamış olması ve cinsel ilişki deneyimi olanların da yaklaşık yarısının (%42.8) bir AP yöntemi kullanıyor olması olabilir (23).

2007 TGCSÜSA'da, genç kadınların bildikleri gebeliği önleyici yöntemler sırasıyla OKS (%79.9), RİA (%54.1) ve kondom (%50.6)'dur. Erkeklerin bildiği AP

yöntemlerinin sıklık sıralaması kadınlarınkine benzer olmakla beraber, oranlar çok daha düşüktür. Gençlerin %27.0'si (erkeklerde %30.7, kadınlarda %23.2)' acil kontrasepsiyonu duyduklarını belirtmiş olsa da acil kontrasepsiyonu bildiğini belirten gençler arasında en fazla belirttikleri yöntem %59.4 (erkeklerde % 64.7, kadınlarda %52.5) ile “ertesi gün hapi” olup verdikleri diğer yanıtlar yanlıştır (37). Çalışmamızda, OKS ve RİA yöntemlerini bilen kadınların oranı 2007 TGCSÜSA'ya benzer, kondomu bilen kadınların oranı ise 2007 TGCSÜSA'dan daha yüksek bulunmuştur. 2007 TGCSÜSA'ya benzer olarak erkekler, erkek AP yöntemleri dışındaki çoğu yöntemi kadınlara göre daha düşük oranda bilmişlerdir.

Özaydın ve ark.'nın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, çalışmamızdakine benzer şekilde, erkek öğrencilerin en fazla bildikleri AP yöntemleri sırasıyla kondom ve OKS; kadın öğrencilerin en fazla bildikleri OKS, kondom ve RİA'dır. Her iki cinsiyet için de kullanımı en fazla bilinen yöntem kondom, en az bilinen yöntem erkeklerde acil kontrasepsiyon, kızlarda vazektomidir. İlk cinsel ilişkilerinde erkeklerin %60.5'i ve kadınların %78.0'i daha çok kondom (%52.9) olmak üzere bir AP yöntemi kullanmıştır (219).

Aslan ve ark.'nın farklı şehir ve üniversitelerdeki sosyal bilimlerde eğitim gören üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, tüm yöntemlerde erkekler daha fazla olmak üzere yöntemlerin bilinme sıklığı sırasıyla hormonal yöntemler (%87.3), bariyer yöntemler (%84.8), geleneksel yöntemler (%57.9), RİA (%43.4) ve cerrahi yöntemler (%37.2)'dir (220).

Çalışmamızda, AP yöntemi kullanmayı düşünme durumu açısından eşler arasında fark önemlidir. Erkeklerin %31.8'i, kadınların %38.0'ı evlendikten sonra herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanacağını belirtmiştir. Erkeklerde yöntem kullanmayacağını belirtenlerin oranı kadınlara göre daha yüksektir. Erkeklerin ve kadınların üçte birinin yöntem kullanıp kullanmayacağı konusunda kararsız olduğu dikkat çekmektedir. herhangi bir AP yöntemi kullanmayacağını ya da kararsız olduğunu belirten erkek ve kadınlar birlikte ele alındığında, bireylerin yarısı çocuk sahibi olmak istediği için, üçte biri AP yöntemleri hakkında yeterli bilgisi olmadığı için herhangi bir AP yöntemi kullanmayacağı ya da kararsız olduğu saptanmıştır. Neden olarak, çocuk sahibi olmak istediğini belirtenler arasında erkekler, yöntemler hakkında bilgisinin olmadığını

belirtenler arasında kadınlar fazladır. Herhangi bir AP yöntemi kullanılmayacak olunmasının ve yöntem kullanma konusunda kararsız olunmasının nedenleri arasında az oranda da olsa AP yöntemlerinin sakıncalarından çekinme ve dini sebepler belirtilmiştir. 2013 TNSA’da, herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmayan ve gelecekte de kullanmak istemeyen 30 yaş altı evli kadınların, doğurganlıkla ilgili nedenler dışında en çok beyan ettikleri yöntem kullanmak istememe nedenleri sırasıyla; eşinin karşı çıkması (%7.0), sağlık kaygısı (%6.8) ve dini nedenler (%6.3) yer almaktadır (17). Ege ve ark.’nın Malatya Sağlık Yüksekokulu ebelik bölümü son sınıf öğrencileri üzerinde yaptığı müdahale çalışmasında, AP yöntemlerinin sağlık açısından zararlı olduğunu düşünenler eğitim öncesi %79.3 eğitim sonrası %41.4 olup olumsuz düşüncelerin başında eğitim öncesi %17.2, eğitim sonrası %41.4 ile AP yöntemlerinin yan etkisi gelmektedir (216).

Ülkemizde, yıllar içinde özellikle modern yöntem olmak üzere herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullananların oranı artsa da yöntem kullanma oranları genç kadınlar arasında daha düşüktür (17). Gebeliği önlemek amacıyla kullanılan ilk yöntem, daha sonraki yöntem kullanımında da etkili olmaktadır (212). Çalışmamızda, kadınlarda daha fazla olmak üzere, katılımcıların üçte biri kullanacakları AP yöntemi açısından kararsızdır. Katılımcıların %63’ünün kullanacak olduğu herhangi bir AP yöntemi içinde geleneksel yöntemlerin oranı kadınlarda erkeklere göre yüksek olup, %15.5’dir (kadınlarda %17.4, erkeklerde %13.6). En çok kullanılacağı bildirilen AP yöntemleri kadınlarda sırasıyla OKS (%24.4) ve kondom (%19.7) iken, erkeklerde büyük bir oranla ilk sırada kondom (%43.6) daha sonra OKS (%10.5) olarak bulunmuştur. Aynı zamanda çalışmamızda, erkekler kondomu ve kadınlar OKS’yi en etkili buldukları geri dönebilir AP yöntemleri olarak belirtmişlerdir. Çalışmamızda erkeklerin yaklaşık yarısı kondomu, kadınların %30.6’sı tüplerin bağlanmasını ve %27.3’ü OKS’yi en etkili AP yöntemi olarak belirtmişlerdir. Çiftlerin AP yöntemi seçerken yöntemin en çok sağlık açısından güvenilir olması (%32.0) ve etkili olması (%19.4) önemli iken, temin edilmesinin kolay olması (%7.6) en az önemsenen faktördür. 2013 TNSA’ya göre, yöntem bırakma nedenleri arasında gebe kalma ve gebelik arzusundan sonra, %11.8 ile yan etki/ sağlık kaygısı yer almıştır (17).

İlgün ve ark.’nın Celal Bayar Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin etkili olduğunu düşündükleri AP yöntemleri sırasıyla; %45.4 ile

RİA, %41.8 ile tüplerin bağlanması, %38.1 ile vazektomi, %36.1 ile kondom, %34.4 ile OKS, %8.7 ile geri çekme, %5.4 ile diyafram/köpük,/jel/fitil, , %3.0 ile norplanttır. En sık kullanılması düşünülen AP yöntemi erkek öğrenciler arasında %66.7 ile geri çekme, kız öğrenciler arasında %75.9 ile OKS'dir (218). Altay ve ark.'nın evli erkekler üzerinde yaptığı çalışmada, en çok kullanılan AP yöntemleri kondom (%40.3) ve geri çekme (%33.2) iken, OKS kullananların oranı yalnız %4.7 olarak bulunmuştur (209).

2013 TNSA'da, AP yöntemlerini duyma oranları yüksek olsa da, evli kadınlarda herhangi bir yöntem kullanım ve herhangi bir modern yöntem kullanım oranları daha genç yaşlarda daha düşük olup, 30 yaşından küçük evli kadınlarda herhangi bir yöntem kullanım oranı %65.7, herhangi bir modern yöntem kullanım oranı %39.4, kullanılan yöntemler içinde modern yöntemlerin oranı %60.0'dır (17). 2013 TNSA'da 30 yaşından küçük evli kadınlar göz önüne alındığında, bizim çalışmamızdaki beyanlara benzer oranlarda herhangi bir AP yöntemi kullanımı mevcutken, geleneksel yöntemleri tercih edeceklerini beyan edenlerin oranı TNSA'daki mevcut kullanımdan daha düşüktür. Bunun sebebi modern yöntemlerin akla daha uygun gelse de, uygulamayı etkileyecek faktörlerin varlığı olabilir.

2007 TGCSÜSA'ya göre, çalışmamıza da benzer olarak, gençlerin %54.8'i gelecekte gebeliği önleyici bir yöntem kullanmayı planlamakta olup, bu gençlerin %84.8'i (kadınlarda %79.3 ve erkeklerde %90.5) modern bir yöntem kullanacağını belirtmiştir (37). Kullanacakları yöntemler arasında kadınlar en çok OKS'yi (%40.2), erkekler en çok kondomu (%59.7) ve OKS'yi (%20.1) belirtmişlerdir. Ayrıca, evli olan kadınlarda halen herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı %60.6, halen herhangi bir modern gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı %45.4 olarak bulunmuştur (37).

Çalışmamızda, AP konusunda bilgi kaynaklarının başında eşler arasında fark anlamlı olsa da aile büyükleri (%41.5) ve görsel medya (%39.5) gelmekteyken, eşler arasında anlamlı farklılık olmaksızın sağlık personeli (%26.2) ve öğretmenler (%16.6) en az beyan edilen kaynaklar olarak bulunmuştur. Ayrıca, yaklaşık olarak her on kişiden birinin hiçbir yerden bilgi almadığı saptanmıştır. 2007 TGCSÜSA'da, gençlerin cinsellik, AP, CYBH/HIV/AIDS hakkında bilgi kaynakları arasında önemli bir yere sahip olan görsel basın gençler arasında %33.6 ile bilgi kaynağı olarak gösterilirken, bu oran erkeklerde çalışmamızdakine benzer şekilde daha yüksek saptanmıştır. Kadınların

kişi odaklı bilgi kaynakları sırasıyla; kız arkadaş (%30.3), anne (%21.2) ve kız kardeşken (%13.2), erkeklerin kişi odaklı temel kaynağı erkek arkadaş (%45.7) olarak bulunmuştur (37). Çalışmamızda, arkadaşları, erkekler daha yüksek oranda kaynak olarak gösterse de, eşler arasında önemli fark saptanmamıştır. Özalp ve ark.'nın Osmangazi Üniversitesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin AP yöntemleri hakkında bilgi kaynakları, %33.8'inde gazete ve kitap, %23'ünde televizyon, %18.9'unda internet, %18.7'sinde arkadaşları, %2.4'ünde danışma merkezi olarak bulunmuştur (187). İlgün ve ark.'nın Celal Bayar Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin AP yöntemleri hakkında bilgi kaynakları sırasıyla; arkadaş (%31.8), aile (%21.4), okul (%8.4), medya (%17.4) olarak tespit edilmiştir (218). Sonuç olarak, oranlar değişse de, AP konusunda en çok bilgi alınan kaynaklar çok değişmemekte ancak sağlık çalışanından ya da danışma merkezinden bilgi alanların oranının düşük olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda, erkeklerin %55.0'ı, kadınların %45.0'ı AP hakkında bilgilerini yeterli bulmuştur. Bununla birlikte yaklaşık olarak her iki kişiden biri AP hakkında bilgilerini yetersiz bulduğunu ya da yeterli olup olmadığı hakkında kararsız olduğunu belirtmiştir. Eşler arasında sahip olunduğı düşünülen AP bilgi düzeyi açısından fark önemlidir. Pınar ve ark.'nın Başkent Üniversitesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, AP konusundaki bilgi düzeyleri açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık bulunmamışsa da, kadın öğrencilerin %19.6'sının konu ile ilgili bilgilerinin “çok az düzeyde” olduğu, erkek öğrencilerin %40.7'sinin ise “yeterli düzeyde” olduğu saptanmıştır (23). İlgün ve ark.'nın Celal Bayar Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada ise, ölçülen AP bilgi düzeyi erkekler ve kadınlar arasında anlamlı olarak farklı olup, kadınların %58.9'unda yeterli iken erkeklerin %39.2'sinde yeterlidir (218).

Çalışmamızda, AP hakkında daha fazla bilgi almak isteyen erkeklerin oranı %32.2 iken, bu oran kadınlarda %48.8 olarak bulunmuştur. Bilgi almak için başvurmayı düşündükleri kaynakların başında sağlık personeli (%50.8) gelirken, hem erkeklerde hem kadınlarda ikinci en sık başvurulacak kaynak eştir (%32.2). Bilgi aldıkları kaynaklar arasında daha sık belirtilen görsel medya ve arkadaşlar bilgi almayı düşündükleri kaynaklar arasında sonlarda yer almıştır.

Çalışmamızda, katılımcıların gençler için AP konusunda bilgi almalarını uygun buldukları kaynakların başında yüksek bir oranda sağlık personeli (%75.5) daha sonra aile büyükleri (%35.5) gelirken, kendi bilgi kaynakları arasında önemli paya sahip olan görsel medya (%12.5) ve arkadaşlar (%4.3) daha az oranda belirtilmiştir. Gençlere AP konusunda bilginin öğretmenler tarafından verilmesinin uygun olduğunu düşünenlerin oranı %15.7'dir. Gençlerin AP konusunda bilgi almaması gerektiğini beyan edenlerin oranı ise oldukça düşüktür (%3.1). Ege ve ark.'nın ebelik son sınıf öğrencileri üzerinde yaptığı müdahale çalışmasında öğrenciler "AP hizmeti kimlere verilmeli?" sorusuna, eğitim öncesi %34.5 ile evli çiftler ve kadınlara, eğitim sonrası ise %86.2 ile korunmak isteyen herkese olarak cevap vermişlerdir (216).

Çalışmamızda, cinsel yolla bulaşan hastalıklar denildiğinde ilk akla gelen hastalık, erkeklerde %66.0 ile kadınlarda %61.1 ile HIV/AIDS olmuştur. Kadınlarda daha fazla olmak üzere yaklaşık her dört kişiden biri cinsel yolla bulaşan hastalıklar denildiğinde aklına bir hastalık gelmediğini belirtmiştir. Diğer akla gelen CYBH'dan hepatiti, gonoreyi (bel soğukluğu), mantar enfeksiyonunu ve sfilizi (frengi) belirtenlerin oranları çok daha düşüktür. Ayrıca, ilk aklına gelen CYBH olarak kanseri belirtenlerin oranı (%0.4) sfilizi belirtenlerden (%0.2) fazladır. Uzun ve ark.'nın meslek yüksek okulunda okuyan öğrenciler üzerinde yaptığı çalışmada, açık uçlu olarak sorulan CYBH'nın neler olduğu sorusuna birden fazla cevap verilmiş olup cevaplar, en çok %82.8 ile AIDS, daha sonra %26.9 ile gonore, %25.7 ile hepatit, %22.3 ile mantar, %16.9 ile genital siğil ve %9.1 sifilizdir (221). Uzun ve ark.'nın çalışmasında oranların yüksek çıkmasının sebebi CYBH hakkında bilgilerini yeterli bulanların oranının çalışmamızdakinden fazla olması olabilir.

Çalışmamızda, belirtilen bazı hastalık ve etkenlerin CYBH veya etkeni olup olmadığı sorulduğunda, erkek ve kadınların tamamına yakını HIV/AIDS'yi bilmişlerdir. Diğer en çok bilinen CYBH sırasıyla, hepatit, gonore (bel soğukluğu), mantar enfeksiyonu, HPV ve sfiliz (frengi) olarak bulunmuştur. CYBH olarak HSV'yi bilenlerin oranı %4.7 olup, çalışmamızda belirtilen CYBH ve etkenleri arasında en az bilinenidir. Kanser, ilk akla gelen CYBH arasında da yer almakta olup, HSV'den daha çok belirtilmiştir. Kızamığın bir CYBH olduğunu düşünenler de hem erkek hem kadınlar arasında çok az oranda da olsa bulunmaktadır.

Ekşi ve ark.'nın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde CYBH denilince ilk akla gelen %83.1 ile AIDS'dir. CYBH olarak bilinenler ise sırasıyla AIDS (%94), hepatit (%82.9), gonore (%65.1) ve sifiliz (%61.0)'dir. Ekşi ve ark.'nın çalışmasında, bilinen CYBH'nın sıklık sırası benzer olsa da oranlar çalışmamızdan yüksektir. Bu durum çalışmamızdaki bireylerin CYBH hakkında az bilgiye sahip olduklarını desteklemektedir. Ekşi ve ark.'nın çalışmasında en az bilinen CYBH, çalışmamıza benzer şekilde ve sıklıkta, genital siğiller (HPV) (%29.4), genital herpesdir (%6.0) (222). Pınar ve ark.'nın Başkent Üniversitesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, üniversite öğrencilerinin en çok bildiği CYBH'nın %97.1 ile AIDS, %62.8 ile bel soğukluğu (gonore), %62.8 ile hepatit olduğu saptanmıştır (23). Özalp ve ark.'nın Osmangazi Üniversitesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin %98.6'sı HIV/AIDS'i, %73.1'i HBV'yi, %20.2'si genital HSV'yi, %12.5'i gonoreyi CYBH olarak belirtmişlerdir (187). Demir ve ark.'nın Selçuk Üniversitesi öğrencileri üzerindeki çalışmasında, en fazla bilinen CYBH ve etkenlerinin AIDS (%40.8), sifiliz (%20.3), hepatit (%18.7), gonore (%15.7); en az bilinen CYBH ve etkenlerinin ise %4.5 oranında HPV/şankroid/vajinit olduğu görülmüştür (223). İlgün ve ark.'nın Celal Bayar Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin %98.3'ü HIV/AIDS'in, %53.5'i HBV'nin, %54.2'si sifilizin, %66.9'u gonorenin bir CYBH veya etkeni olduğunu bilirken, %1.7'si kanseri CYBH olarak belirtmişlerdir (218). CYBH'yı bilme oranlarının çeşitli çalışmalarda farklı farklı bulunması, ülkemizde standart bir cinsel eğitim programının yer almamasından ve bilgi kaynaklarının sosyodemografik özelliklere göre farklılaşmasına bağlanabilir.

2007 TGCSÜSA'da, kadınların %79.9'u, erkeklerin %87.5'i olmak üzere, gençlerin %83.7'si CYBH'dan en az birini duyduğunu belirtmiştir. En sık duydukları CYBH sırasıyla; HIV/AIDS (%90.6), hepatit (%27.8) ve gonoredir (%14.3). Çalışmada, herhangi bir CYBH duyan her 100 gençten 91'i HIV/AIDS'i bir CYBH olarak kendiliğinden belirtmiştir. HIV/AIDS'i kendiliğinden belirtmeyen dokuz gençten altısı hastalığın ismi söylenince hatırlamıştır (37)

Çalışmamızda, serviks kanserlerinin hemen hepsinde rol aldığı bilinen HPV'yi duyanların oranı erkeklerde %28.2, kadınlarda %33.3, aşısını duyanların oranı erkeklerde %26.6, kadınlarda %33.1'dur. Ayrıca, kadınların HPV aşısı olma oranı %4.5 bulunmuştur. Eşler arasında HPV'yi ve HPV aşısını duyma açısından anlamlı farklılık

bulunmuştur. Çetin ve ark.'nın ergen kadınların HPV ve aşısı hakkındaki bilgi düzeylerini ölçen çalışmasında, HPV'yi daha önce duyduğunu veya bilgisi olduğunu ifade edenlerin oranı %22.2, HPV'yi duymuş olanlar içerisinde HPV aşısını duyma oranı ise %11.7 olarak bulunmuştur. HPV aşısını yaptırdığını bildiren ise sadece bir (%0.9) kişidir (224). Çetin ve ark.'nın çalışmasında oranların az çıkmasının nedeni, çalışmanın daha genç yaşlardaki kadınlar üzerinde yapılmış olması olabilir. Rathfisch ve ark.'nın İstanbul Üniversitesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, HPV enfeksiyonunu duyan öğrencilerin oranı %48.8 iken, HPV aşısını duyan öğrencilerin oranı %44.5 bulunmuştur. Kadınların %48.0'ı ve erkeklerin %60.0'ı HPV'yi duymadıklarını belirtmişlerdir (225). Rathfisch ve ark.'nın çalışmasında HPV'yi duyan erkeklerin oranı çalışmamızdakine benzer olsa da, kadınlar HPV ve aşısını çalışmamızdakinden daha yüksek oranda bilmektedir. Bu farklılık çalışmanın daha farklı bölgede yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda, bireylerin dörtte üçünden fazlası her iki cinsiyetin de cinsel ilişki ile karşı cinse hastalık bulaştıracağı, yani cinsel ilişkinin bir bulaş yolu olduğu konusunda hemfikirken, CYBH'nin bulaşını etkileyen faktörler açısından erkeklerde, kadından erkeğe hastalık bulaşacağı yönünde baskın bir düşünce hâkimdir. Oysa biyolojik faktörlerden dolayı kadınlar hastalığa daha duyarlıdır. Adölesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi'ne göre CYBH'nin kadınlara daha kolay bulaşacağını düşünme oranı çalışmamızdakine benzer şekilde, her iki üniversitedeki erkek öğrencilerde kadınlara göre daha düşük olup Hacettepe Üniversitesi erkek öğrencilerinde %35.8, kadınlarında %40.5, Dicle Üniversitesi erkek öğrencilerinde %55.3, kadınlarında %59.0'dır (188).

Çalışmamızda, cinsel yolla bulaşan hastalıkların cinsel ilişki dışında bulaşma yolunun varlığıyla ilgili olarak, bireylerin yaklaşık yarısının bir fikri yokken, erkekler daha fazla olmak üzere, bireylerin yaklaşık üçte biri CYBH'nin cinsel ilişki dışında bulaş yolunun olduğunu bilmektedir. HIV, HBV gibi bazı CYBH etkenlerinin cinsel ilişki dışında da bulaşı mümkün olduğu için yanlış bir ifade olan 'CYBH sadece cinsel ilişki yolu ile geçer' ifadesine katılmayan öğrencilerin oranı Çalışkan ve ark.'nın çalışmasında %27.7 iken, diğer çalışmalarda %46.3 ile %72.7 arasında değişmektedir (226-229).

Çalışmamızda sağlıklı görünen bir kişinin CYBH bulaştırabileceği hem erkeklerin hem kadınların yarısı tarafından bilinmektedir. Kısa ve ark.'nın evlilik hazırlığı yapan çiftler üzerinde yaptığı çalışmada, sağlıklı görünmenin gerçekten sağlam olma, dolayısıyla bulaştırıcı olabilme ilişkisini inceleyen 'cinsel hastalık belirtilerinin kalkması cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların iyileştiği anlamına gelmez' ifadesine katılanların oranı kadınlarda %78.3, erkeklerde %80.9'dur (34). Üniversite ve meslek yüksek okulu öğrencilerinde yapılan çeşitli çalışmalarda, CYBH belirtilerinin her zaman farkedilmeyeceğini düşünenlerin oranı, Çalışkan ve ark.'nın çalışmasında %18.5 iken, diğer çalışmalarda %67.5 ile %69.8 arasında; her zaman bir kişinin genital organına bakarak onun bir CYBH'a sahip olup olmadığının söylenemeyeceğini düşünen öğrencilerin oranı %65.6 ile %94.6 arasında değişmektedir (226-229)

Çalışmamızda, HIV/AIDS'in olası bulaş yoluna yönelik olarak, erkekler daha fazla olmak üzere bireylerin hemen hemen tamamı cinsel ilişkiyle, yaklaşık yarısı kan nakliyle bulaşacağını belirtmiştir. Oranlar %20'nin altında olmak üzere sıklık sırasına göre, öpüşme, sinek, böcek ısırması, aynı kaptan yemek tüketmek, su ve yiyecekler, hava yolu, tokalaşma / elele tutuşma gibi AIDS için bulaş yolu olarak kabul edilmeyen durumlar da HIV/AIDS için bulaş yolu olarak düşünülmüştür.

Üniversite ve meslek yüksek okulu öğrencileri üzerinde yapılan çeşitli çalışmalarda, kapı kolundan, klozetten veya musluktan cinsel yolla bulaşan bir hastalığa veya HIV/AIDS'e yakalanılmayacağını bilenlerin oranı Bakır ve ark.'nın çalışmasında %32.3 iken, diğer çalışmalarda %55.4 ile %66.2 arasındadır. AIDS'li bir kişiye dokunarak HIV/AIDS hastalığına yakalanılmayacağını bilenlerin oranı Bakır ve ark.'nın ve Vural ve ark.'nın çalışmasında yaklaşık %66 iken Çalışkan ve ark.'nın ve Siyez ve ark.'nın çalışmasında sırasıyla %84.6 ve %83.3'tür (226-229).

Kısa ve ark.'nın evlilik hazırlığı yapan çiftler üzerinde yaptığı çalışmada, AIDS'li kişilerle aynı banyoyu ve tabağı kullanmanın hastalığın bulaşmasına neden olacağını düşünen kadınların oranı %46.3, erkeklerin oranı %49.2 olarak bulunmuştur. HIV/AIDS'in bulaş yollarını sorgulamayı amaçlayan, 'AIDS'li kişiyle cinsel ilişkiye girmedikçe AIDS bulaşmaz' ifadesine doğru diyen kadınların oranı %64.7, erkeklerin oranı %62.6'dır (34).

2007 TGCSÜSA'da, gençlerin HIV/AIDS hakkında bilgilerini ölçmek için Birleşmiş Milletlerin kabul gördüğü HIV/AIDS izlem indeksi kullanılmıştır (37, 230). Buna göre; gençlerin %83.1'i 'HIV/AIDS'ten korunmak için bir şeyler yapılabilir', %76.4'ü 'HIV virüsü taşımayan ve sadece birbirleriyle cinsel ilişki yaşayan çiftlerde bulaş riski azalır', %74.4'ü 'sağlıklı görünen bir kişide HIV virüsü bulunabilir', %72.3'ü 'kondom kullanma ile HIV/AIDS bulaşma riski azalır', %52.0'si 'hasta olan kişi ile yemek paylaşımı ile HIV virüsü bulaşmaz', %36.9'u 'sivrisinek ısırığı ile HIV virüsü bulaşmaz' ifadesini doğru bulmuştur. Ayrıca HIV/AIDS hastalığını duyan gençlerin %70.2'si HIV ile yaşayan bir kişi ile yanak yanağa öpüşmekten, %61.0'ı sarılmaktan, %57.9'u aynı odada bulunmaktan ve %45.4'ü ise tokalaşmaktan rahatsız olacaklarını belirtmişlerdir (37). Çalışmalar arasındaki farklılıklar yaş, bilgi kaynağı gibi faktörlere bağlı olabilir.

Çalışmamızda, erkek ve kadınların yarısında cinsel yolla bulaşan hastalıkların tedavi edilebileceği düşüncesi hâkimken, kadınlarda daha fazla olmak üzere üçte birinin bir fikri yoktur. Uzun ve ark.'nın meslek yüksek okulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin %83.2'si CYBH'nın tedavi edilebileceğini düşünmektedir (221). Üniversite ve meslek yüksek okulu öğrencilerinde yapılan çeşitli çalışmalarda, CYBH'nın bazılarının kolaylıkla tedavi edilebileceğini düşünenlerin oranı %41.7 ile %67.7, CYBH'nın hepsinin tedavi edilip iyileştirilebileceğinin yanlış olduğunu düşünenlerin oranı %47.9 ile %76.2 , eğer CYBH'a bir bakteri neden olduysa tedavi edilemeyeceğinin yanlış olduğunu düşünenlerin oranı ise Çalışkan ve ark.'nın çalışmasında %76.2 iken diğer çalışmalarda %31.5 ile %35.5 arasında değişmektedir (226-229)

Çalışmamızda, cinsel yolla bulaşan hastalıkların ileride kalıcı sağlık problemine yol açacağını düşünenlerin oranı, erkeklerde %66.9, kadınlarda %59.1 olarak bulunmuştur. Erkek ve kadınların yarısından çoğu, cinsel yolla bulaşan hastalığı olan bireyde ileride kanser ve kısırlık gelişebileceğini düşünmemektedirken, kanser gelişebilir diyenlerin oranı kısırlık gelişebilir diyenlerden ve bu ifadelerle katılan erkekler kadınlardan daha fazladır. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların, ileride ölüme neden olabileceğini ve hasta olan anneden doğan bebek için bir risk oluşturacağını erkek ve kadınların yarıdan çoğu bilmektedir. Çalışmamızda en çok bilinen CYBH'nın HIV/AIDS olması CYBH'nın komplikasyonlarına yönelik verilen yanıtları etkilemiş olabilir.

2007 TGCSÜSA'da, CYBH'yı duyan gençlerin (%83.7) tamamına yakını enfeksiyonların tedavi edilmediği durumlarda kalıcı sağlık sorunlarına neden olacağını belirtmişlerdir. CYBH'nın tedavi edilmediği durumlarda kadınların ve erkeklerin üçte biri ölümün, kadınların %11.5'i erkeklerin %15.5'i olmak üzere %13.6'sı kısırlığın, kadınların %5.6'sı erkeklerin %1.6'sı olmak üzere %3.5'i kanserin gelişebileceğini, kadınların %3.0'ü erkeklerin %1.4'ü olmak üzere %2.2'si gebelikte çocuğa bulaştırılacağını belirtmiştir. Kadınların %23.8'i erkeklerin %22.0'si olmak üzere %22.9'u tedavi edilmediği durumlarda kalıcı sağlık sorunlarına neden olacağını düşünse de ne gibi sağlık sorunlarına neden olacağını bilememiştir (37). 2007 TGCSÜSA'da, gençler, çalışmamıza benzer şekilde CYBH komplikasyonlarından en çok ölümü, az oranda da kısırlığı ve kanseri belirtmişlerdir. Çalışmamızdan farklı olarak ise, gebelikte çocuk için risk oluşturacağını düşünenlerin oranı daha düşüktür.

CYBH'nın sonuçlarını, Uzun ve ark.'nın çalışmasında meslek yüksek okulu öğrencilerinin %36.7'si gebelikte bebeğe bulaştırma, %33.4'ü infertilite, %31.7'si kanser olarak yanıtlamışlardır (221).

Üniversite ve meslek yüksek okulu öğrencilerinde yapılan çeşitli çalışmalarda, CYBH'nın tedavi edilmemesinin kısırlığa neden olabileceğini düşünenlerin oranı %25.2 ile %56.9, bebeğin görme engelli doğmasına neden olabileceğini düşünenlerin oranı ise %11.7 ile %32.3 arasında değişmektedir (226-229). İlgün ve ark.'nın Celal Bayar Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin %92.6'sı CYBH'nın öldürücü olabileceğini belirtmişlerdir (218).

Kısa ve ark.'nın evlilik hazırlığı yapan çiftler üzerinde yaptığı çalışmada, kadınların %67.5'inin, erkeklerin %64.9'unun cinsel hastalıkların yalnızca ahlak dışı veya yasak ilişkilerle bulaşacağı düşüncesini taşıdıkları bulunmuştur (34). Özellikle HIV/AIDS başta olmak üzere CYBH hakkında olumsuz düşünceler hasta bireyin sağlık kuruluşuna başvurmasını, tanı ve tedavisini etkileyebilir. Çalışmamızda, CYBH şüphesinde rahatlıkla bir sağlık kuruluşuna başvuracağını belirtenlerin oranı %84.0'dır. İlgün ve ark.'nın Celal Bayar Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada, AP ve/veya CYBH konularında bir sorunu olduğunda öğrencilerin %71.2'si hekime başvuracağını belirtmiştir (218). 2007 TGCSÜSA'da, CYBH'yı duyduğunu ve

hastalık belirtilerine yönelik bilgisi olduğunu beyan eden gençlerin dörtte üçü bu tür bir yakınması olan kişinin bu sorununu doktor ile paylaşması gerektiğini belirtmiştir (37).

Çalışmamızda, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmanın mümkün olduğunu düşünenlerin oranı, erkeklerde %77.4, kadınlarda %66.2'dir. Üniversite ve meslek yüksek okulu öğrencilerinde yapılan çeşitli çalışmalarda, 'cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma riskini azaltabilmek için yapabileceğiniz bir şeyler vardır' ifadesine katılan öğrencilerin oranı %83.1 ile %95.8 arasında değişmektedir (226-229). 2007 TGCSÜSA'da, CYBH'yı duyan gençlerin %85.1'i CYBH'den korunulabileceğini belirtmiştir (37).

Çalışmamızda, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmada doğru olduğu düşünülen en sık ilk 5 durum sırasıyla; hastalık şüphesi olan kişilerle cinsel ilişkiden kaçınmak , hastalık şüphesi olan kişilerle ilişkiye girerken kondom kullanmak , başkaları ile ortak eşya (jilet, enjektör..) kullanmamak, diş çektirme, dövme, manikür vb. sırasında kullanılan aletlerin temizliğine dikkat etmek ve tek eşlilik olarak bulunmuştur. CYBH'lardan korunmada aşı (HBV, HPV) olmayı doğru davranışlar arasında beyan edenlerin oranı %15.3'dür. Bunun sebebi, ülkemizde akut HBV vakalarının en fazla genç erişkinlik döneminde görülmesiyle cinsel yolla ve horizontal şekilde bulaşın önemli olduğunun düşünülmesine rağmen HBV'nin cinsel yoldan çok kan yoluyla bulaşının bilinmesi ve HPV aşısı farkındalığının fazla olmamasından kaynaklanıyor olabilir (224, 231, 232). Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmayla ilgili olarak, her beş kişiden biri, cinsel ilişkiden sonra banyo yapmanın doğru olduğunu düşünmektedir. Ayrıca, hastalık şüphesi olan kişilerle aynı ortamda bulunmamak, RİA kullanmak, antibiyotik kullanmak ve gebeliği önleyici hap kullanmak cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmada az oranda da olsa doğru bilinen yanlışlardır.

Kısa ve ark.'nın evlilik hazırlığı yapan çiftler üzerinde yaptığı çalışmada, 'her gün genital organların yıkanması cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma sağlamaz' ifadesine erkek ve kadınların yaklaşık dörtte üçü, 'genital bölge temizliğini sağlamak için sürekli yıkamak gerekli değildir' ifadesine kadınların %40.3'ü, erkeklerin %42.4'ü katılmaktadır (34).

2007 TGCSÜSA'da, CYBH duyan gençlerin %59.1'i, korunma yolu olarak kondomu belirtmişlerdir. CYBH duyan gençlerin %14.0'ı (kadınlarda %15.0 ve erkeklerde %13.1)

aşı ile korunulabilen cinsel yolla bulaşan enfeksiyon olduğunu belirtmiş olsa da, çok az sayıda genç aşı ile korunulabilen hastalık adı belirtmiştir (37).

Demir ve ark.'nın Selçuk Üniversitesi öğrencileri üzerindeki çalışmasında, CYBH'dan korunmak için yapılması gerekenleri, öğrencilerin %31.9'u hastalığı bulaştırma ihtimali olan riskli kişilerle ilişkiye girmemek, %31.5'i kondom kullanmak ve tek eşlilik, %3.9'u kimseyle cinsel ilişki kurmamak, %1.2'si ise gebeliği önleyici hap kullanmak olarak belirtmişlerdir (223).

Pınar ve ark.'nın Başkent Üniversitesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, üniversite öğrencilerinin % 76.2'si CYBH'dan korunma yollarından tek eşliliği, kondom kullanımını, sık kontrol yaptırmayı veya hijyeni belirtmişlerdir (23). Uzun ve ark.'nın meslek yüksek okulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada, AP yöntemlerinden CYBH'dan korunmada da etkili olduğu düşünülen yöntemler, %76.8 ile kondom, %11.2 ile vaginal duş/ jel, %7.0 ile geri çekme, %6.3 ile OKS, %5.3 ile RİA olarak belirtilmiştir (221).

Üniversite ve meslek yüksek okulu öğrencilerinde yapılan çeşitli çalışmalarda, birden fazla partnerin CYBH'ya yakalanma riskini arttıracak düşüncesi %77.2 ile %89.2, tek cinsel partnere sahip olmanın CYBH'ya yakalanma riskini azaltacak düşüncesi %67.1 ile %86.9 arasında değişen oranlarda hakimdir (226-229). Bu çalışmalarda, başkasının iğnesini kullanmanın CYBH'ya yakalanmada rol oynayabileceği ve kondomun CYBH'dan korunmada etkililiği yüksek bir yöntem olduğu önermelerine katılanların oranları sırasıyla %62.1-%83.1 arasında ve %59.6-%84.6 arasında değişmektedir (226-229). Bu çalışmalarda, öğrenciler %78.1 ile %93.8 arasında değişen oranlarda dövme ya da piercing yaptırmanın her zaman güvenli olduğu, %45.0 ile %64.6 arasında değişen oranlarda doğum kontrol haplarının (OKS) CYBH'ya karşı koruyucu etkiye sahip olduğu, %78.5 ile %85.4 arasında değişen oranlarda temiz ve titiz insanların cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalanmayacağı önermelerine katılmayarak doğru cevap vermişlerdir (226-229).

Çalışmamızda, erkeklerin yarısının, kadınların üçte birinin daha önce cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi/egitim almış olduğu bulunmuştur. Daha önce cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi/egitim almış olanlar arasında erkeklerin oranı kadınlardan anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Formal ya da informal hiçbir kaynaktan CYBH konusunda bilgi almadığını belirten erkeklerin oranı %14.3 iken,

kadınlarda %22.6 olarak saptanmış olup, bilgi almayan kadınların oranı erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda, belirtilen bilgi kaynakları açısından, ‘öğretmenler’ dışında bilgi kaynaklarından yararlanma erkeklerde daha fazladır. Tüm katılımcılar için, bilgi kaynağı olarak tv, internet gibi görsel medya en çok kullanılan kaynaktır. Bilgi kaynakları içinde daha güvenilir, ikinci bir şahısla paylaşma girmeden bilgiye ulaşılabileceğimiz nitelikte olan yazılı kaynaklardan bilgi alma oranı görsel medyadan sonra gelen en sık bilgi kaynağıdır. Genel olarak, en sık üçüncü sırada beyan edilen sağlık personelinin bilgi almış olan katılımcılar içinde erkekler anlamlı derecede daha fazladır. AP konusunda bilgi kaynakları arasında önemli paya sahip olan aile büyükleri, CYBH konusunda, özellikle erkeklerde en az bilgi alınan kaynaklardandır. Bu bulgular görsel medyanın hayatımızdaki kaçınılmaz etkisinin, cinsel konularda konuşmanın toplumumuzda özellikle kadın cinsiyet için tabu sayılmasının, aile içinde otoritenin sarsılması, utanma gibi nedenlerle cinsel konular hakkında konuşmaktan kaçınılmasının, formal eğitimin özellikle kadınlar üzerinde mevcut ve olabilecek etkisinin göstergesi olarak değerlendirilebilir (188, 233).

Bakır ve ark.’nın çalışmasında, üniversite öğrencilerinin %36.0’ünün cinsel sağlıkla ilgili eğitim aldığı saptanmıştır (234). Kısa ve ark.’nın evlilik hazırlığı yapan çiftler üzerinde yaptığı çalışmada, evlenecek çiftlerden kadın (%56.8) ve erkeklerin (%57.1) yaklaşık yarısı cinsellik ve üreme sağlığı konusunda bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir (34). Bilgi aldıkları kaynakların başında çalışmamıza benzer olarak büyük oranda (kadınlarda %80.6, erkeklerde %73.4) kitle iletişim araçları gelirken, sağlık personelinin bilgi alma oranları (kadınlarda %19.4, erkeklerde %26.6) daha düşüktür (34). Pınar ve ark.’nın Başkent Üniversitesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin %59.0’ının cinsel sağlıkla ilgili daha önce bilgi aldıkları görülmüştür (23). Cinsel sağlıkla ilgili bilgi kaynaklarının başında çalışmamıza benzer olarak medya, kitap /ansiklopedi, çalışmamızdan farklı olarak da arkadaş/çevre gelmektedir. Pınar ve ark.’nın çalışmasıyla başka bir benzerlik cinsel sağlık ile ilgili bilgi kaynağı olarak ‘aile’nin sonlarda yer almasıdır (23). Çalışmamıza benzer olarak Demir ve ark.’nın Selçuk Üniversitesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin CYBH konusundaki bilgilerini en az oranda arkadaşlarından (%9.4) edindikleri saptanmıştır (223). Ekşi ve ark.’nın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, CYBH hakkında bilgi kaynakları sırasıyla; %79.3 ile kitap/dergi/gazete, %61.6 ile

radio/televizyon, %44.4 ile internet, %36.6 ile arkadaşlar, %23.9 ile film / dizi, %19.3 ile okul eğitimi, %15.2 ile sağlık personeli, %10.7 ile anne ve babalar, %8.1 ile sevgili / eş, %2.8 ile kardeştir (222). 2007 TGCSÜSA'ya göre, gençlerin CYBH için belirttikleri bilgi kaynaklarının başında medya (%53.2 görsel basın, %21.0 yazılı basın) ve arkadaş gelmektedir (37). Ülkemizde yüksek sosyoekonomik düzeydeki gençler tarafından yazılı bilgi kaynaklarının daha fazla kullanıldığı, sosyoekonomik durumun bilgi kaynaklarının sıralamasını değiştirdiği görülmüştür. Lise öğrencilerinin cinsellik ile ilgili bilgi kaynakları genelde arkadaş, gazete-dergi, televizyon ve kitap oluşturmakta iken, üniversite öğrencilerinde, bilgi kaynakları bir miktar daha farklılaşmakta, yazılı materyaller daha ön sıralara çıkarken, arkadaş, anne-baba çok daha arka planlarda kalmaktadır (235).

Hacettepe ve Dicle üniversitelerinde sağlık dışı fakültelerden 3666 üniversite öğrencisi üzerinde yapılan, 'Adölesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi' sonuçlarına göre, gençlerin cinsel sağlık/üreme sağlığı konularında bilgi kaynakları ilk üç sırada kitap/dergi/ansiklopedi gibi yazılı kaynaklar, akran/arkadaş ve okul/öğretmen olduğu bulunmuştur. Doktor/uzmanlardan bilgi alanların oranı diğer kaynaklardan bilgi alanların oranına göre daha düşüktür. Bunun nedeni, 'doktor/uzman' güvenilir kaynak olarak görülse de, konuşmak, bilgi almak için doktora gitmenin alışılmamış davranış olarak görülmesi ve utanmadır. Doktor/uzmandan bilgi alınamadığı için diğer bilimsel kaynak olarak nitelendirilen yazılı kaynaklara başvurulduğu vurgulanmıştır. Bununla ilgili odak grup görüşmelerinde katılımcılardan alınan yorumlardan biri; "...mantıklı düşününce elbette uzmanlar, ama maalesef cinselliği tabu olarak gördüğümüzden o uzman sizi bulamıyor.." şeklindedir. Bilgi kaynaklarından 'anne/baba' ile ilgili olarak da gençlerin ebeveynleriyle bu konuda konuşmayı istedikleri ancak utandıkları, ebeveynlerin otoriter olmasalar bile konuşmaktan kaçındıkları ya da ebeveynlerin konuyla ilgili bilgilerinin yetersiz olduğunun düşünülmesi yer almaktadır. Her iki üniversitede, bilgi kaynağı olarak cinsel deneyimi, interneti, tv/radyo/video/kaseti ve akran/arkadaşı belirten erkeklerin oranı kendi üniversitelerindeki kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kadınlar ise kendi üniversitelerindeki erkeklere göre anne/baba, kardeş/diğer aile üyeleri, okul/öğretmen, doktor/uzman ve kitap/dergi/ansiklopediyi bilgi kaynağı olarak daha yüksek oranda beyan etmişlerdir (188). CYBH hakkında bilgi kaynakları açısından, 'Adölesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler

Projesi' sonuçları ile çalışmamız arasında farklılıklar mevcuttur. Çalışmamızda, internetin görsel medya içinde değerlendirilmiş olması, görsel medyayı kaynak olarak belirtenlerin oranının çalışmamızda daha yüksek olmasına katkıda bulunmuş olabilir. Çalışmamızda, sağlık çalışanı olan bireylerin analiz dışında tutulmamış olması, yalnız okuyan değil çalışıp ekonomik güce sahip olan ve cinsel konularda konuşmakta yardım almaktan çekinmeyecek daha ileri yaşlardaki bireyleri kapsıyor olması, sağlık personelinin bilgi alma oranının daha yüksek, okul/öğretmenlerden ve akran/arkadaştan bilgi alma oranının da daha düşük çıkmasında rol oynamış olabilir.

Çalışmamızda, daha önce cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi/egitim alma oranlarına paralel olarak yaklaşık her üç bireyden biri CYBH konusunda bilgisinin yeterli olup olmadığı konusunda kararsız olmakla beraber erkeklerde bilgisinin yeterli olduğunu düşünenlerin (%39.8), kadınlarda ise bilgisinin yetersiz olduğunu düşünenlerin oranı (%40.3) daha fazladır. Demir ve ark.'nın Selçuk Üniversitesi öğrencileri üzerindeki çalışmada, CYBH ile ilgili bilgilerde kendilerini yeterli gören öğrencilerin oranı %29.9'dur (223). Ekşi ve ark.'nın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada CYBH ile ilgili bilgilerini yeterli bulanların (%16.0) içinde erkeklerin, kısmen yeterli (%53.2) ve yetersiz (%30.9) bulanların içinde kadınların oranı daha fazladır (222). Uzun ve ark.'nın çalışmada, meslek yüksek okulunda okuyan öğrenciler arasında CYBH'lar ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu beyan edenlerin oranı %39.0 olup bu oran çalışmamızda (erkeklerde %50.1, kadınlarda %34.0) olduğu gibi erkek öğrencilerde (%42.5), kadınlardan (%32.4) daha fazladır (236). İlgün ve ark.'nın Celal Bayar Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, erkek öğrencilerin %67.7'si, kadın öğrencilerin %32.3'ü CYBH hakkında bilgilerinin yeterli olduğunu ifade etmiş olsalar da ölçüldüğünde kadınların %46.7'si, erkeklerin %51.0'i yeterli puan almışlardır ve bilgi düzeyi açısından aralarındaki fark anlamlı değildir (218). Üniversite ve meslek yüksek okulu öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda, CYBH'lara ilişkin ölçülen bilgi düzeyleri anlamlı olarak erkeklerde daha fazladır (226-229). Kadınlarda CYBH konusunda bilgilerini yeterli bulma oranlarının daha az olmasının sebebi, kadınların toplumumuzda cinsellikle ilgili konularda daha fazla baskı altında olmalarından, genellikle evlenince ya da daha ileri yaşta cinsel yaşama başlamaları nedeniyle bilgiye ihtiyaç duyulmamasından kaynaklanıyor olabilir (188). Türk toplumunda sosyokültürel yapı ve kadınların evlilik öncesi cinsel deneyimin

uygun karşılanmaması, bekaret gibi cinsellikle ilgili bazı değerler nedeniyle cinsellik konularında kadın ve erkekler arasında farklı yaklaşımlar vardır (23, 184, 237, 238).

Ülkemizde cinselliğin sosyal ve kültürel faktörler nedeniyle rahat konuşulamaması, yapılandırılmış bir cinsel eğitim programının olmaması, eğitim programlarında yalnızca bazı derslerin içinde sınırlı olarak konunun yer alması, aile içerisinde başlaması beklenen cinsel eğitimi verecek ebeveynlerin yeterli bilgi birikimine sahip olmamaları veya otorite kaygıları gibi nedenlerle ebeveynlerin bilgi vermek istememesi ya da bilgi açısından ebeveynlerin yetersiz görülmesi nedeniyle gençlerin ebeveynlerden bilgi almak istememesi bu konudaki bilgi eksikliğinin nedenlerinden sayılabilir (188, 233, 239). Sosyal iletişim deneyiminin yetersizliği, kendi bedenleri hakkında ve nereden yardım alacakları konusunda bilgisizlik sıklıkla genç insanların gereksinimleri olan hizmete ulaşmalarını sınırlamaktadır (240). ‘Adölesanların Cinsel Ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi’nde üniversite öğrencilerinin %85.0’nın cinsel sağlık/üreme sağlığı konusunda herhangi bir hizmet almadıkları bulunmuştur (188).

Çalışmamızda, CYBH konusunda bilgisini yeterli bulanların oranı erkeklerde %39.8, kadınlarda %27.1 iken, daha fazla bilgi almak isteyenlerin oranı erkeklerde %38.9, kadınlarda %47.4 olarak saptanmıştır. Demir ve ark.’nın Selçuk Üniversitesi öğrencileri üzerindeki çalışmasında, CYBH ile ilgili konularda eğitim almak isteyen öğrencilerin oranı %62.7 olup, cinsellikle ilgili bilgi verilmesi gerektiğini düşündükleri konular içinde CYBH ilk sıradadır (223). Pınar ve ark.’nın Başkent Üniversitesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, üniversite öğrencilerinin %81.9’u cinsel sağlık konularında bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir ve bilgi edinmek istedikleri konuların başında sırasıyla cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (%88.5) ve gebelikten korunma yöntemleri (%85.7) yer almıştır (23).

Ekşi ve ark.’nın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, kız öğrencilerin %71.4’ü ve erkek öğrencilerin %64.5’i CYBH’nın bulaş yolları ve korunma (%79.5), CYBH riskleri ve tedavileri (%69.5), CYBH isimleri ve semptomları (%68.5), sağlıklı / güvenli cinsellik (%51.7) olmak üzere çeşitli CYBH ile ilgili konularda eğitim verilmesini istemişlerdir. CYBH ile ilgili eğitimin %56.4 ile eğitilmiş uzman, %50.8 ile hekim, %12.6 ile hemşire ve %9 ile sosyal hizmet uzmanları tarafından verilmesini istemişlerdir (222).

Çalışmamızda, CYBH konusunda her iki cinsiyet için bilgi almayı düşünülen en sık iki kaynak sırasıyla sağlık personeli ve yazılı kaynaklardır. Eşinden bilgi almayı düşünenlerin oranı tüm bireyler göz önünde bulundurulduğunda %22.3 (her beş bireyden biri) bulunmuş olup, sağlık personeli ve yazılı kaynaklardan sonra en sık üçüncü tercih edilecek kaynaktır. Bu durum bir eşin diğerini bilgi düzeyine göre olumlu ya da olumsuz şekilde etkileyeceğinin de bir göstergesidir. ‘Adölesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi’nde üniversite öğrencilerinin bilgi almayı tercih ettikleri kaynakların başında her iki üniversitede de sırasıyla güvenilir kaynak olarak da bahsedilen doktor/uzman (Hacettepe Üniversitesi’nde %51.9, Dicle Üniversitesi’nde %38.4) ve kitap/dergi/ansiklopedi (Hacettepe Üniversitesi’nde %27.4, Dicle Üniversitesi’nde %23.9) yer almaktadır. Anne/baba her iki üniversitede kadınlar arasında daha fazla olmak üzere, Hacettepe Üniversitesi öğrencileri için %25.8 ile üçüncü sırada yer alırken, Dicle üniversitesi öğrencileri arasında okul/öğretmenlerden (%17.3) sonra %11.8’le dördüncü sırada yer almaktadır. Hacettepe üniversitesi öğrencileri arasında dördüncü en sık bilgi almak istenilen bilgi kaynağı olan okul/öğretmenlerin tercih edilme oranı %22.2’dir. Bu projede önemli bulgulardan biri, bilgi kaynağı olarak her iki üniversite de ikinci sırada yer alan ‘akran/arkadaş’ın bilgi almak istenilen kaynaklar arasında beşinci sıraya gerilemesidir (188). ‘Adölesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi’nde de bilgi almak için tercih edilen kaynakların başında doktor/uzman ve yazılı kaynaklar gelmesi, bilgi kaynağı olarak görsel medyanın erkeklerde daha fazla tercih edilmesi ve her iki cinsiyet için arkadaşların en az tercih edilecek bilgi kaynakları arasında olması çalışmamızla olan benzerliklerdir (188). Pınar ve ark’nın Başkent Üniversitesi öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, öğrenciler “cinsel sağlık ile ilgili bilgileri kimden almak isterdiniz” sorusuna sırasıyla sağlık personeli, basılı materyal ve anne-baba olarak cevap vermişlerdir (23). 2007 TGCSÜSA’da, gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularında bilgi almak istedikleri kaynaklar, erkeklerde sırasıyla; doktor, okul ve baba iken, kadınlarda sırasıyla; doktor, anne ve kız arkadaştır. Diğer taraftan, erkeklerin yüzde 9.1’i askerlikte bilgi almış olduklarını ifade ederken, tercih edilen bir bilgi kaynağı olarak askerlik %1.2’lik paya sahiptir (37).

Çalışmamızda hem erkek hem kadınlar, çocuklara cinsel konularda eğitimin ilk sırada ilköğretim (%43.3) ikinci sırada lise (%39.9) döneminde verilmesi gerektiğini

belirtmişlerdir. Eğitim verilmemesi gerektiğini düşünenlerin oranı, çalışmamız genelinde, %4.1 olarak bulunmuştur ve erkeklerin oranı kadınlardan daha yüksektir. Uzun ve ark.'nın meslek yüksek okulu öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, öğrencilerin %17.5'i ilköğretim, %51.0'ı orta okul, %27.3'ü lise, %3.2'si üniversite döneminde CYBH ile ilgili eğitim verilmesi gerektiğini, %1.0'ı eğitim verilmemesi gerektiğini ifade etmişlerdir (221). Tuğrul ve ark.'nın çocukların cinsel eğitimi ile ilgili anne görüşlerini inceledikleri çalışmada, 2-18 yaş grubunda çocuğu olan annelerin %7.5'i 0-3 yaşta, %17.4'ü 3-6 yaşta, %39.6'sı ilköğretim yıllarında, %27.8'i lise yıllarında, %7.7'si yetişkinlikte cinsel eğitim verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Hem kız hem de erkek çocuklara cinsellikle ilgili bilgilerin daha çok anneler tarafından verildiği belirlenmiştir. çocuğa cinsel konularla ilgili bilgi vermek için onun sormasını beklediğini ifade eden annelerin oranı %67.1 olarak bulunmuştur (241). Kısa ve ark.'nın evlilik hazırlığı yapan çiftler üzerinde yaptığı çalışmada, çiftlerin yarısından fazlasının gençlere verilen cinsel eğitimin erken cinsel aktiviteye neden olacağını düşünmektedir (34). 2007 TGCSÜSA'da, gençlerin %96.3'ü üreme ve cinsel sağlık hizmeti sunulmasını olumlu karşılamaktadır. Gençlerin sunulmasını istedikleri üreme ve cinsel sağlık hizmetlerinin; kapsam olarak en çok bilgilendirme (%76.0), danışmanlık hizmeti (%22.7), cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tedavisi (%20.1), gebeliği önleyici hizmetler (%12.9) ve gebelik ve doğum hizmetlerini (%11.9) içerir nitelikte olmasını; mekan olarak gençlerin yaklaşık yarısı (%49.0) bu hizmetin okulda verilmesini; bilgi veren kişi olarak en çok doktor tarafından verilmesini istemektedirler. Gençlerin %91.6'sı evli olmayan gençlere yönelik sunulan cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerini yararlı bulmaktadırlar (37).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada erkek ve kadınların yaklaşık üçte birinin yöneltile aile planlaması hizmetlerinin amaçlarına yönelik bir fikirlerinin olmadığı görülmüştür. Bu konunun evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri sırasında göz önünde bulundurulması ile çiftlerin aile planlaması hakkında doğru bilgilere sahip olmaları sağlanabilir.

Çalışmada en çok bilinen AP yöntemleri; erkeklerde kondom ve geri çekme, kadınlarda kondom ve günlük haptır. Diğer yöntemler çiftlerin ancak yarısından daha azı tarafından bilinmektedir. Çiftlerin, bildikleri AP yöntemleri ve AP yöntemleri için önemli buldukları özellikler de farklıdır. Bu durumlar çiftlerin AP yöntemine karar verme aşamasını olumsuz etkileyebilir.

Gebelikten korunmayı düşünme durumu açısından eşler arası uyum zayıftır. Çalışmada erkek ve kadınların üçte biri, ileride hangi aile planlaması yöntemini kullanacağı konusunda kararsız olduklarını belirtmiştir. Ayrıca, her 5 kişiden 4'ünün plansız bir gebeliği sürdüreceğini de beyan etmesi göz önüne alınarak istenmeyen gebelikler bu çalışmadaki çiftler için risk olabilir. Bu nedenle, kişilere danışmanlık hizmeti verilerek uygun modern aile planlaması yöntemlerinden birini kullanmaları sağlanabilir.

Çiftlerin kullanmayı düşündükleri AP yöntemleri daha çok kondom ve OKS'dir. Çiftlerin kullanmayı düşündükleri AP yöntemleri açısından uyumları zayıftır. Herhangi bir yöntem kullanacak çiftlerin %15'i ise geleneksel aile planlaması yöntemleri tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Doğru kullanılmadığında başarısızlık oranının ve bırakma hızının yüksek olduğu bu yöntemlere özel danışmanlık verilmesi önemlidir.

Korunmanın başarısız olduğu ya da hiç korunma olmadığı durumda başvurulabilecek yöntemler olan acil kontraseptif yöntemlerini yalnız 10 kişiden 1 kişi bilmektedir.

Eřler arasında; istenilen ocuk sayısı, evlendikten sonra ilk gebelik için dűřünűlen sűre ve iki gebelik arası uygun gűrűlen sűre açısından uyum zayıftır. Erkekler, kadınlara gűre daha çok ocuk isteyip daha az AP yűntemi bilse de her 5 erkekten biri AP sorumluluđunun kendinde olduđunu belirtmiřtir. AP yűntemleriyle ilgili danıřmanlık hizmetinde erkeklerin de danıřmanlık almasına űzen gűsterilmelidir. Ayrıca erkeklere yűnelik AP yűntemlerinin geniřletilmesi gebeliđi űnleyici yűntem kullanımını arttırabilir.

Erkek ve kadınlardan dűrtte biri AP hakkında bilgilerini yeterli bulmamakta ve yaklaşık yarısı AP hakkında daha fazla bilgi almak istemektedir. Çiftlerin ođu AP ile ilgili bilgilerini ailelerinden ve gűrsel medyadan edinmiş olmaları nedeniyle bu kiři ve kurumların daha eğitimli ve duyarlı olması gerekmektedir. Medya gűcű kullanılarak da kişilerin aile planlaması ile ilgili doğru ve yararlı bilgiler elde etmesi sağlanabilir. Sağlık personeli, AP ile ilgili bilgi kaynakları arasında son sıralarda, bilgi almak istedikleri kaynaklar arasında ilk sırada yer almaktadır. Aile planlaması ile ilgili kaliteli bilgiye ulaşmak açısından bu konuda sağlık personellerinin verdikleri hizmetlerin artırılması gerekliliği ortadadır.

Çiftlerin yaklaşık tamamı HIV/AIDS'i bilirken, diğer CYBH'yı bilenlerin oranı hızla dűřmektedir. Erkek ve kadınlardan űte biri HPV ve aşısını bildiklerini belirtmiş olsalarda kadınlar arasında aşılanma oranı yalnız %4.5 bulunmuştur. Bu durum gençlerin erken yaştan itibaren CYBH hakkında farkındalıklarının oluşturulması gerektiğini gűstermektedir.

Çiftler arasında, CYBH'nın bulař yollarının, kısırlıđa ve kansere neden olabileceđi gibi komplikasyonlarının az bilindiđi saptanmıřtır. Erkeklerin dűrtte űű, kadınlarınsa űte ikisi CYBH'dan korunmanın műmkűn olduđunu dűřűnse de CYBH korunmada űnemli bir koruyucu olan kondomun riskli cinsel iliřkilerde kullanılması gerektiđini erkeklerin %64.0'ı ve kadınların %40.0'ı bilmektedir. Ayrıca erkek ve kadınlar arasında CYBH'dan korunma sađlayacađı dűřűnűlen yanlış inanıřlar saptanmıřtır. CYBH hakkında bilgi kaynađının çođunda gűrsel medya olduđu ve erkeklerin %39.8'inin, kadınların %27.1'inin bilgilerini yeterli bulduđu gűrűlműřtir. Çiftlerin CYBH hakkında

bilgi almak istedikleri kaynak, diğ er kaynaklara g ore çok daha y uksek bir oranla, sağlık personelidir. Bu konuda çiftlerin, özellikle de kadınların, CYBH hakkında bilgilerini arttırmak için gerekli müdahalelerin yapılması gerekmektedir.

Çiftlerin tamamına yakını çocuklara cinsel konularda eğitim verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Eğitimin en çok ilköğretim ve lise döneminde verilmesi gerektiği düşünmektedir. Bu konuda, henüz sürekli bir cinsel eğitimin yer almadığı örgün eğitim programının değerlendirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda 18 yaş altı çiftlerin değerlendirilmemiş olması, AP ve CYBH hakkında bilgi düzeylerinin beyana yönelik belirlenmiş olması kısıtlılıklardandır.



## KAYNAKLAR

1. Bilgin V. Türk Toplumunun Evlilik Konusunda Bilgilenme ve Bilinçlenme Düzeyleri. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2000;9(1) :565-568
2. Tezcan S, Coşkun Y. Türkiye’de 20. Yüzyılın Son Çeyreğinde Kadınlarda İlk Evlenme Yaşı Değişimi Ve Günümüz Evlilik Özellikleri, Nüfusbilim Dergisi\Turkish Journal of Population Studies 2004; 26:15-34
3. Behice E. Evliliğe Hazırlık Aşamasındaki Karı-Koca Adaylarının Evlilik ve Anne-Baba Olma Üzerine Düşünceleri. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2005;8:75-85
4. Altun E. Sağlıklı toplumlar için sağlıklı aileler, Sivas Rektörlük Basımevi 1994:15-22
5. Terry-Humen E, Moore KA. Births outside of marriage: Perceptions vs. reality. Women 2001
6. Türkiye Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Türkiye Üreme Sağlığı Programı 2007 Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi. Ankara. 2007: 19-29
7. United Nations Population Fund. Programme of Action of the International Conference on Population Development. 20th Anniversary Edition. 2014:3-9
8. Türkiye Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Türkiye Üreme Sağlığı Programı Hizmet Çerçevesi Raporu. Ankara 2004:79 -82
9. Darroch JE, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents 2016: 4-8
10. Mazoyer A. International technical guidance on sexuality education An evidence-informed approach. 2 ed. Fontenoy Paris France United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO); 2018: 2-7
11. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Lancet 2009;374(9693):881-892.

12. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 2016;387(10036):2383-2401.
13. Kahraman K, Göç G, Taşkın S, Haznedar P, Karagözlü S, Kale B, et al. Factors influencing the contraceptive method choice: a university hospital experience. *Journal of the Turkish German Gynecological Association* 2012;13(2):102 – 105
14. Salter C, Johnston HB, Hengen N. Care for postabortion complications: Saving womens lives. *Population Reports Series L: Issues in World Health* 1997; 10:1-31.
15. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *The Lancet*. 2012;380(9837):149-156.
16. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015 New York 2015: 8-11
17. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Ankara 2014
18. World Health Organization, Orientation programme on adolescent health for health care providers 2006: 5-6
19. Depe Y, Erenel A. Erkeklerin aile planlamasına ilişkin görüş ve davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2006;10(3):29-36.
20. Akın L, Özaydın N, Aslan D. Türkiye'de evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006;48(1):63-69.
21. Bulut A, Ortaylı N. Bir Araştırmanın Düşündürdükleri Cinsel Sağlık Ama Nasıl? *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2004; 13(2):60-63
22. Şimşek Z, Koruk İ, Altındağ A. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Fen-Edebiyat Fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin riskli sağlık davranışları. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2007;26(3):19-24.

23. Pınar G, Doğan N, Ökdem Ş, Algier L, Öksüz E. Özel bir üniversitede okuyan öğrencilerin cinsel sağlıkla ilgili bilgi tutum ve davranışları. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2009;7(2):105-113.
24. World Health Organization, Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates. Geneva'World Health Organization 1995: 1-3
25. World Health Organization, Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections. Geneva 2008:1-3
26. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Global HIV statistics. Fact sheet 2017 Erişim Tarihi: 02.02.2018
27. Dehne KL, Riedner G, Berer M, Organization WH. Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services. 2005: 13-17
28. Bearinger LH, Sieving RE, Ferguson J, Sharma V. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. Lancet 2007;369(9568):1220-1231.
29. World Health Organization, The second decade: improving adolescent health and development. 2001:4-9
30. Dehne KL, Riedner G. Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services. Reproductive Health Matters. 2001;9(17):170-83.
31. Khazaei M, Rostami R, Zaryabi A. The Relationship between sexual dysfunctions and marital satisfaction in Iranian married students. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2011;30:783-785.
32. Doğan S, Saraçoğlu GV. Yaşam Boyu Vajinismusu Olan Kadınlarda Cinsel Bilgi, Evlilik Özellikleri, Cinsel İşlev ve Doyumun Değerlendirilmesi. Medical Journal of Trakya University/Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009;26(2):151-158
33. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Alpkan L, Eradaımlar N. Cinsellik ve çift uyumu arasındaki ilişki: üç grup evli çiftte karşılaştırmalı bir çalışma. Düşünen Adam 2005;18(2):72-81.

34. Kısa S, Zeyneloğlu S, Yılmaz D, Verim E. Evlilik hazırlığı yapan çiftlerin cinsellikle ilgili bilgi ve inanışları. TAF Preventive Medicine Bulletin 2013;12(3):297-306.
35. Karabey S, Müftüoğlu N. Gençlik ve cinsellik. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) Bilgilendirme Dosyası. 2006;19-45.
36. Arslan H, Engin F, Can Ö. Evlilik Öncesi Çiftlerin Üreme Sağlığına Yönelik Eğitim ve Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi. I. Uluslararası & VIII Antalya: Ulusal Hemşirelik Kongresi 2000:94-98.
37. Özcebe H, Ünalın T, Türkyılmaz S, Coşkun Y. Türkiye’de gençlerde cinsel sağlık ve üreme sağlığı araştırması Nüfus Bilim Derneği Yayını, Ankara. 2007.
38. Türkkahraman M. Teorik Ve Fonksiyonel Açıdan Toplumsal Kurumlar Ve Kurumlararası İlişkiler. Suleyman Demirel University Journal Of Faculty Of Economics & Administrative Sciences 2009;14(2):25-46
39. Güler D, Ulutak N. Aile Kavramının TarihselGelişimi Ve Türk Toplum Yaşantısında Aile Kurgu Dergisi 1992; 11;51-76
40. Sezen L. Türkiye’de evlenme biçimleri. Atatürk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi. 2005;11(27):185-195
41. İbrahimoglu D. Evliliğin Kitabı, Hayat Yayınları Baskı (1) 2010;10-11
42. Kaya F, Serin Ö, Genç A. Eğitim fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin cinsel yaşamlarına ilişkin yaklaşımlarının belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(6):441-448.
43. Türkiye İstatistik Kurumu, Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri, TÜİK Yayın No:4154 Ankara 2013
44. Erdoğan D. Türkiye’de Çocuk Gelinler Sorunu. Nesne Psikoloji Dergisi (NPD) 2014; 2(3):27-38
45. Evlendirme Yönetmeliği 1985, Bakanlar Kurulu Kararı No:85/9747, 10.07.1985
46. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1982 Madde:41, Kanun No:2709, 07.11.1982
47. Evlilik Öncesi Danışmanlık Genelgesi, Karar No:57536863/233/2, 2014

48. İstanbul Tabip Odası, Evlilik Raporları (Atölye Çalışması Raporu). Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2002;11(6):210-214.
49. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi Ankara, 2014.
50. Uskun E. Akraba evlilikleri Sürekli tıp Eğitimi Dergisi 2001;10(2):54-56.
51. Kalyoncu C. Akraba Evlilikleri ve Doğuştan Kusurlar. Balkan Medical Journal 1980(2):152-165
52. T.C. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile Ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler Öneriler 2013.
53. Akın G. 'Denizli Kırsal Kesiminde Akraba Evliliği ve Bunu Etkileyen Faktörler. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi 2000;40(3-4):67-80.
54. Budak T, Alp M, Çelik Y, Elbistan M. Kan Yakını Evliliklerinin Diyarbakır Toplumundaki Sıklığı ve Bazı Etkileri Üzerine Araştırmalar. Diyarbakır Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1985;12(3-4):149-160.
55. Ayan D, Şen RB, Yurtkuran S, Ünal G. Akraba Evliliğinin Kültür Birikiminde ve Toplum Hayatındaki Bazı Görünümleri: Dil, Din ve Tıp. Aile ve Toplum Dergisi 2002;5:77-87.
56. Tunçbilek E. Türkiye'de Akraba Evlilikleri. Katkı 1985;6(2):129-136.
57. Şaylı B, Başaran N. Türkiye'deki Kan Yakını Evlenmelerin Sıklığına Dair İlk Bulgular. Türkiye Tıp Akademisi Dergisi. 1972;7(4):87-88
58. Timur S. Türkiye'de aile yapısı Hacettepe Üniversitesi Yayınları 1972
59. Sarı E. Osmanlı'da Çocuk, Nokta Kitap Yayınları 2016: 20-30
60. Koç İ. Türkiye'de Aile Yapısının Değişimi: 1968-2011. Türkiye Aile Yapısı Araştırması: Tespitler, Öneriler, İstanbul: TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü Araştırma ve Sosyal Politika Serisi. 2014 (7):24-54.
61. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Aile 2015 Sayı:21523 11 Mayıs 2016.
62. Ramboz BD. Premarital education: Participation, attitudes, and relation to marital adjustment in a sample from northern Utah State University Logan. 2003,

63. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Kadın 2016 Sayı:24643 07 Mart 2017.
64. Gülsün M, Ak M, Bozkurt A. Psikiyatrik açıdan evlilik ve cinsellik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2009(1):68-79
65. Uçan Ö. Boşanma sürecinde kriz merkezine başvuran kadınların retrospektif olarak değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2007;10(1):38-45.
66. Abalı S. Boşanmak için başvuran kadınların evlilikteki cinsel yaşamlarını boşanma nedeni olarak görme durumları. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi) Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. 2006
67. Arslan H, Engin F, Can Ö. Evlilik Öncesi Çiftlerin Üreme Sağlığına Yönelik Eğitim ve Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi. I. Uluslararası & VIII Antalya: Ulusal Hemşirelik Kongresi 2000:94-98.
68. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Eradaımlar N, Alpkan RL. Evlilik uyumu. Düşünen Adam 2005;18(1):39-47.
69. Gökdağ D. Aile Psikolojisi ve Eğitimi, Anadolu Üniversitesi Yayın No:1542 Eskişehir 2002;1-10.
70. Martin PD, Specter G, Martin D, Martin M. Expressed attitudes of adolescents toward marriage and family life. Adolescence 2003;38(150):359-367
71. Stahmann RF. Premarital counselling: a focus for family therapy. Journal of Family Therapy 2000;22(1):104-116.
72. T.C. Sağlık Bakanlığı,Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi. Ankara.2014.
73. T.C. Kalkınma Bakanlığı. Öncelikli Dönüşüm Programları. Ankara.2015:341-343.
74. Adalı T, Koç İ. Menarcheal age in Turkey: Secular trend and socio-demographic correlates. Ann Hum Biol. 2011;38(3):345-353.
75. Ercan O. Adolesanın Fiziksel Gelişimi.“. Adolesan Sağlığı, II İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri” Sempozyum Dizisi 2008(63):13-18.
76. World Health Organization, Progress report: reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets 2010:1-3

77. Özvarış Ş, Ertan A. Üreme sağlığında yaşam boyu yaklaşım. Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın. HÜKSAM Hacettepe Yayınları. 2003:113-125.
78. Akın A, Koçoğlu GO. Üreme Sağlığı Uluslararası Kararlar ve Türkiye Uygulamaları. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2002:23-24
79. World Health Organization, Reproductive health indicators guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring 2006;
80. Yardım N, Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Aydın S, Ünüvar N. 21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek. Ankara, TC Sağlık Bakanlığı Yayın No:211 2007
81. Aydın S. Erkek Üreme Sağlığı Van Tıp Dergisi 2000 7 (3): 117-119
82. Taşkın L. Uluslar Arası Sözleşmeler Işığında Kadının Durumu. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;8(2):16-22.
83. Fathalla MF, Sinding SW, Rosenfield A, Fathalla MM. Sexual and reproductive health for all: a call for action. Lancet 2006;368(9552):2095-2100.
84. Ertem G SÜ. Üreme sağlığı ve üreme haklarına bakış. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiriler İstanbul 2005: 233-234.
85. United Nations Population Fund the Office of the High Commissioner on Human Rights, ICPD Beyond 2014 International Conference on Human Rights 2014
86. Özvarış ŞB AA. Üreme sağlığı. Sağlık ve Toplum 1998;8(3-4):23-26.
87. World Health Organization, Maternal Mortality Factsheet 2016 Erişim Tarihi: 12.12.2017
88. Magowan BA, Thomson A, Owen P. Clinical Obstetrics and Gynaecology 2014:203-204
89. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı-Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı 2005-2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve UNFPA yayını, Ankara. 2005.
90. Black RE, Levin C, Walker N, Chou D, Liu L, Temmerman M. Reproductive, maternal, newborn, and child health: key messages from Disease Control Priorities 3rd Edition. The Lancet. 2016;388(10061):2811-2824.

91. Özvarış ŞB. Doğurganlığın düzenlenmesi. Sağlık ve Toplum 1998;8(3-4):45-48.
92. World Health Organization, Sexually transmitted infections (STIs) Factsheet 2016  
Erişim Tarihi: 12.11.2017
93. World Health Organization. HRP annual report 2016 Erişim Tarihi: 12.11.2017
94. World Bank. Disease Control Priorities:Volume 2 Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health. 3rd ed. 2016:25-71
95. Koçoğlu M. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar. Toplum Hekimliği Bülteni 2000;21(1). :20-22
96. Forhan SE, Gottlieb SL, Sternberg MR, Xu F, Datta SD, McQuillan GM, et al. Prevalence of sexually transmitted infections among female adolescents aged 14 to 19 in the United States. Pediatrics. 2009;124(6):1505-12.
97. Akın A, ŞB Ö. Adolesanların/gençlerin cinsel ve üreme sağlığını etkileyen faktörler projesi (özet rapor). HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı. 2004.
98. Koluçak S, Güneş G, Pehlivan E. İnönü Üniversitesi öğrencilerinin üreme sağlığı konularında bilgi düzeyleri ve hizmetten beklentileri. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010;17 (1) :7-14
99. Ersin UD. Sağlık Bakanlığı'nın Adolesan Sağlığına Yaklaşımı. Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi 2008 (63):23-27.
100. World Health Organization, Family Planning and Contraception Factsheet 2016  
Erişim Tarihi: 20.12.2017
101. Aksu H. Kontraseptif yöntemler. Kadın Sağlığı 2008;1:288-330.
102. World Health Organization, Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health used in the WHO regional office for Europe. 2000.
103. Öztekin Z. Temel sağlık hizmetleri. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No:92/2 1992:13-18
104. Pınar G, Öktem M, Algier L, Doğan N, Zeyneloğlu H. Sağlık Personelinin Acil Kontrasepsiyona ilişkin bilgi görüş ve uygulamaları. Turkish Journal Of Obstetrics And Gynecology. 2005;2(3):204-209.

105. Berek J, Adashi E. Hillard; Aile Planlaması, Novak Jinekoloji, 1998:227-278.
106. Kuloğlu BU, Cansu Ç, Kılıç D, Aydın S, Önel Z. Geçmişten günümüze doğum kontrol yöntemleri.
107. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research. Family Planning: A Global Handbook for Providers: Evidence-based Guidance Developed Through Worldwide Collaboration: Johns Hopkins Ccp-Info; 2007: 45-50
108. Kavanaugh ML, Anderson RM. Contraception and beyond: The health benefits of services provided at family planning centers. New York: Guttmacher Institute; 2013: 6-14
109. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye'de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması 2010.
110. Ali MM, Cleland JG, Shah IH. Causes and consequences of contraceptive discontinuation: evidence from 60 demographic and health surveys. Geneva: World Health Organization.2012:13-15
111. Özcebe H, Akın A. Kadın-erkek Eşitsizliği ve Erkeklerin Üreme Sağlığına Katılımı: 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara, Bayt yayıncılık. 2003:85-89.
112. Depe Y, Erenel Aş. Erkeklerin Aile Planlamasına İlişkin Görüş Ve Davranışları, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006, 10 (3):29-36
113. Mosher WD, Martinez GM, Chandra A, Abma JC, Willson SJ. Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982–2002. Adv Data 2004;350(1):1-36.
114. Skouby S. Contraceptive use and behavior in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care 2004;9(2):57-68.
115. Özgür S, Bozkurt A, Şahinöz S, Özçirpici B, Şahinöz T, Saka G, et al. Family planning in the Southeast Anatolian Project region. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care 2004;9(2):78-88.

116. Sedgh G, Hussain R. Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Studies in Family Planning* 2014;45(2):151-169
117. Ceber Türkistanlı E, Mermer G, Yıldız FE. Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15-49 yaş arası evli kadınların aile planlaması yöntem kullanma durumları. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi.453-457
118. Ozyurda F. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı (National Family Planning Service Guide, Family Planning and Reproductive Health), Damla Matbaacılık, 3rd Edn, Ankara. 2000;1.
119. Kocaöz S, Peksoy S, Atabekoğlu Cs. Kadınların Gebelikten Önce Kullandığı Ve Doğum Sonrası Dönemde Kullanmayı Tercih Ettiği Kontraseptif Yöntemler, *Balikesir Saglik Bilimleri Dergisi* 2013;2(1):1-8
120. Babacan SS. İnsan seksüalitesinin kültürel ve psikososyal yönleri. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2003;11(1):131-136.
121. Set T, Dağdeviren N, Aktürk Z. Ergenlerde cinsellik. *Genel Tıp Dergisi* 2006; 16(3):137-141
122. Singh S, Darroch JE, Ashford LS, Vlassoff M. Adding It Up: The costs and Benefits of Investing in family Planning and maternal and new born health. Guttmacher Institute, 2009.
123. Babadağlı B, Şahin S. Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi ile SSK İzmit Hastanesi'nde Doğurganlık Dönemi Kadınların Aile Planlaması ve Danışmanlığı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Karşılaştırılması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2006;1(2):51-64.
124. Rehimli S, Ocakoğlu G, Sığırlı D, Büyükuysal MÇ. Türkiye ve OECD'ye üye ülkelerin kadın sağlığı göstergeleri bakımından değerlendirilmesi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 2008;15(4):261-266
125. Toker SO. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Aile Planlaması Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* 2005;8(8):101-110

126. World Health Organization, Women's health Factsheet 2013 Erişim Tarihi: 15.12.2017
127. Singh S, Darroch JE. Adding it up: Costs and benefits of contraceptive services. Guttmacher Institute and UNFPA. 2012.
128. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, et al. Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. Public Library Of Science Medicine 2013;10(2):e1001396.
129. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. Lancet 2016;388(10041):258-267.
130. World Health Organization, Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries: What the evidence says. 2012.
131. Boden JM, Fergusson DM, John Horwood L. Early motherhood and subsequent life outcomes. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2008;49(2):151-160.
132. Chen X-K, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. Int. J. Epidemiol. 2007;36(2):368-373.
133. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World Family Planning 2017 Highlights. New York. 2017:1-3
134. Eryurt MA, Canpolat ŞB, Koç İ. Türkiye'de Nüfus ve Nüfus Politikaları: Öngörüler ve Öneriler. Amme İdaresi Dergisi 2013;46(4):129-156.
135. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı Ankara 2014;
136. Kalkınma Bakanlığı Devlet Planlama Teşkilatı Onuncu kalkınma planı (2014-2018), 2013;
137. Tuğrul B, Artan İ. Çocukların cinsel eğitimi ile ilgili anne görüşlerinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2001;20(20).

138. Şatıroğlu H. Ergenlikte Cinsellik İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi, 2008, s.41-46
139. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2011(5):37-46
140. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı Ankara 2014;
141. World Health Organization. Developing sexual health programmes: a framework for action 2010.
142. Özgülnar N. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarda Tedavi İlkeleri, Antibiyotik Ve Kemoterapi Merkezi Dergisi 2012;26(Ek 2):198-202
143. World Health Organization, Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections – 2008.Geneva.2012
144. Zarakolu P. HIV/AIDS dışında cinsel yolla bulaşan diğer infeksiyonlar. Hacettepe Üniversitesi AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi (HATAM) 2008;s.7-8
145. Oran NT, Şenuzun F. Toplumda kırılması gereken bir zincir: HIV/AIDS stigmatı ve baş etme stratejileri. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2008;5(1):1-16.
146. World Health Organization, HIV / AIDS Factsheet 2016 Erişim Tarihi: 18.12.2017
147. Tümer A, Serhat Ü. HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2001(4):97-104
148. Sayin-Kutlu S. İnsan Immün Yetmezlik Virusuna Karsi Profilaksi. Klimik Dergisi 2016;29(3):100-106
149. Gilson L, Mkanje R, Grosskurth H, Mosha F, Picard J, Gavyole A, et al. Cost-effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza Region, Tanzania. The Lancet 1997;350(9094):1805-1809.
150. World Bank. 1993. World Development Report 1993: Investing in Health. New York: Oxford University Press: 115-116

151. Brunham R, Roland AR. Epidemiology of Sexually Transmitted Diseases in Developing Countries 1993;80-83
152. Akın L. Türkiye'de Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2006;26(6):655-665.
153. Zarakolu P. HIV/AIDS dışında cinsel yolla bulaşan diğer enfeksiyonlar. Hacettepe Üniversitesi AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi (HATAM). Erişim: [Http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/diger.shtml](http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/diger.shtml). Erişim tarihi. 2017
154. Laga M. Epidemiology and control of sexually transmitted diseases in developing countries. Sexually Transmitted Diseases. 1994;21(2 Suppl):45-50.
155. World Health Organization, Herpes Simplex Virus Factsheet 2016 Erişim Tarihi: 01.01.2018
156. World Health Organization, Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections. Overview and Estimates. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2001.
157. World Health Organization, Hepatitis B vaccines: WHO position paper Weekly epidemiological record 2017 27(92):369–392
158. Friciu M, Roullin V, Leclair G, Huntley G, Heindel G, Trella J, et al. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017. Weekly Epidemiol Rec. 2017;92(19):241-68.
159. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National and state vaccination coverage among adolescents aged 13-17 years--United States, 2012. MMWR. Morbidity and mortality weekly report. 2013 Aug 30;62(34):685.
160. Bruni L, Diaz M, Castellsagué M, Ferrer E, Bosch FX, de Sanjosé S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. J Infect Dis. 2010;202(12):1789-1799.
161. Dunne EF, Nielson CM, Stone KM, Markowitz LE, Giuliano AR. Prevalence of HPV infection among men: a systematic review of the literature J Infect Dis. 2006;194(8):1044-1057.

162. Saslow D, Castle PE, Cox JT, Davey DD, Einstein MH, Ferris DG, Goldie SJ, Harper DM, Kinney W, Moscicki AB, Noller KL. American Cancer Society Guideline for human papillomavirus (HPV) vaccine use to prevent cervical cancer and its precursors. CA: a cancer journal for clinicians. 2007 Jan 1;57(1):7-28.
163. World Health Organization, Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer Factsheet 2016 Erişim Tarihi: 25.12.2017
164. World Health Organization. All cancers (excluding non-melanoma skin cancer); Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012.
165. World Health Organization, Hepatitis B Factsheet 2016 Erişim Tarihi: 25.12.2017
166. Todd CS, Nasir A, Stanekzai MR, Bautista CT, Botros BA, Scott PT, et al. HIV, hepatitis B, and hepatitis C prevalence and associated risk behaviors among female sex workers in three Afghan cities. AIDS (London, England) 2010;24:69-75
167. Nuttbrock L, Hwahng S, Bockting W, Rosenblum A, Mason M, Macri M, et al. Lifetime risk factors for HIV/STI infections among male-to-female transgender persons. JAIDS AND HR. 2009;52(3):417-421
168. Nguyen CH, Ishizaki A, Chung PTT, Hoang HT, Nguyen TV, Tanimoto T, et al. Prevalence of HBV infection among different HIV-risk groups in Hai Phong, Vietnam. Journal of Medical Virology 2011;83(3):399-404.
169. dos Ramos Farías MS, Garcia MN, Reynaga E, Romero M, Vaulet MLG, Fermepín MR, et al. First report on sexually transmitted infections among trans (male to female transvestites, transsexuals, or transgender) and male sex workers in Argentina: high HIV, HPV, HBV, and syphilis prevalence. International Journal of Infectious Diseases 2011;15(9):e635-e40.
170. World Health Organization, Hepatitis B vaccines: WHO position paper Weekly epidemiological record 2017 27(92):369–392
171. Tümer A. HIV/AIDS nedir. Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi 2015
172. <http://www.thsk.gov.tr/component/k2/353-istatiksel-veriler/bulasici-hastaliklar-daire-baskanligi-istatiksel-veriler.html> Erişim Tarihi: 22.12.2017

173. Forman D, de Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine*. 2012;30:F12-F23.
174. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015 Ankara 2015 ([http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY\\_2015.pdf](http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf) Erişim Tarihi: 25.12.2017)
175. Chinsebu KC. Sexually transmitted infections in adolescents. *The Open Infectious Diseases Journal* 2009;3(1):107-117.
176. Association WH. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. Geneva, Switzerland. 2007:6-7.
177. Seale A, Broutet N, Narasimhan M. Assessing process, content, and politics in developing the global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021: implementation opportunities for policymakers. *PLoS medicine*. 2017 Jun 27;14(6)
178. Gençlik C. cinsellik bilgilendirme dosyası 4. Güvenli Cinsellik. Özgülnar N, Pektaş H.(Editörler)[serial online] 2007.
179. World Health Organization, 10 facts about cancer (<http://www.who.int/features/factfiles/cancer/en/#&gid=1&pid=6>) Erişim Tarihi: 28.12.2017
180. Saraçoğlu GV, Erdem I, Doğan S, Tokuc B. Youth Sexual Health: Sexual Knowledge, Attitudes, and Behavior Among Students at a University in Turkey. *Noropsikiyatri Arşivi-Archives of Neuropsychiatry* 2014;51(3):222-228.
181. Orcin E, Aras S, Açık R. Üniversiteli gençlerin cinsel tutum ve davranışları. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*. 2003;17(3):169-74.
182. Aras S, Semin S, Gunay T, Orcin E, Ozan S. Sexual Attitudes and Risk-Taking Behaviors of High School Students in Turkey. *Journal of school health*. 2007;77(7):359-66.
183. Çetin SK, Bildik T, Erermis S, Demiral N, Özbaran B, Tamar M, et al. Erkek Ergenlerde Cinsel Davranış ve Cinsel Bilgi Kaynakları: Sekiz Yıl Arayla Değerlendirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008;19(4):390-7.

184. Giray H, Kılıç B. Bekar kadınlar ve üreme sağlığı. *Sted*. 2004;13(8):286-98.
185. Gürsoy E, Gençalp Ns. Cinsel sağlık eğitiminin önemi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* 2010(23):29-36
186. Sağlık C. Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara. 2005:33-38.
187. Özalp S, Tanır Hm, Ilgın H, Karataş A, Ilgın B. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Ve Mühendislik Fakültesi Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Ve Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Duzce Medical Journal* 2012;14(3): 19-24
188. Akın A, Özvarış B, Aslan D, Esin Ç, Çelik K. Adölesanların cinsel ve üreme sağlığını etkileyen faktörler projesi. Rapor Dünya Sağlık Örgütü, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi Ankara. 2003.
189. Gölbaşı Z, Sağlıklı Gençlik Ve Toplum İçin Bir Adım: Cinsel Sağlık Eğitimi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* 2003;(6):265-291
190. Kirby DB, Laris B, Roller LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health* 2007;40(3):206-217.
191. Kılıç S. Kappa Testi. *Journal of Mood Disorders* 2015;5(3):142-144
192. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *biometrics*. 1977;159-174.
193. Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü, Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2016, Sayı: 24642, 2017 (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24642>) Erişim Tarihi: 11.12.2017
194. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Türkiye Turkey in Statistics 2015. Ankara. 2015
195. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Aile, 2016, Sayı: 24646, 2017 Erişim Tarihi: 11.12.2017

196. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması. Ankara. 2015
197. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Aile Yapısı Araştırması TAYA 2011. Ankara. 2014
198. Türkiye İstatistik Kurumu, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Aile Yapısı Araştırması, 2016, Sayı: 21869, 2017 Erişim Tarihi: 11.12.2017
199. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Gençlik, 2016, Sayı: 24648, 2017 Erişim Tarihi: 11.12.2017
200. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Bilgi Toplumu Dairesi Başkanlığı, Bilgi Toplumu İstatistikleri, Ankara, 2011
201. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara. 2009
202. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Genetik Hastalıklar Sağlık Personeli İçin El Kitabı Ankara 2002.
203. İzmir G, Fazlıoğlu A. Çocuk Cinsiyeti Nedeniyle Kadın Üzerinde Oluşturulan Psikolojik Şiddet, Başlık Parası ve Geleneksel Evlilikler Hakkında Komisyon Raporu. TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu; 2011.
204. Gürsel S, Kolaşın GU, Güner D. Üç Çocuk Hayal. Bahçeşehir Üniversitesi Toplumsal Araştırmalar Merkezi, 2010.
205. Bacanlı H. Eş tercihleri. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2016;2(15):7-16.
206. Atalay B, Kontaş M, Beyazıt S, Madenoğlu K. Türk Aile Yapısı Araştırması. Sosyal Planlama Genel Müdürlüğü Araştırma Dairesi, Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara. 1993.
207. Yapıcı Ş. Türk Toplumunda Aile Ve Eğitim İlişkisi. Turkish Studies 2010;5(4):1544-1570.
208. Gazioğlu İ, Esra A. Genç Yetişkinlerin Evlilik Ve Aile Hayatına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 2006;23(23):107-23.

209. Altay B, Gönener D. Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi 2009;14(1): 56-64.
210. Yıldız Ş, Çaypınar SS, Cengiz H, Dağdeviren H, Kanawati A. Awareness and perceptions of Turkish women towards delivery methods Journal of Clinical and Experimental Investigations 2014; 5 (2): 173-178 223.
211. Karaca PP, Koyuncu RG. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda Okuyan Öğrencilerin Doğum Şekli Tercihlerine Yönelik Düşüncelerinin Belirlenmesi İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi 2015;5(5):4-11
212. Ergocmen B, Koc I, Senlet P, Yigit E, Roman E. A closer look at traditional contraceptive use in Turkey. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care 2004;9(4):221-244.
213. Kitapçioğlu G, Yanikkerem E. Manisa Doğumevinde doğum yapan kadınların doğurganlık öyküleri, aile planlaması davranışı ve doğum sonrası aile planlaması danışmanlığı. Ege Journal of Medicine 2008;47:87-92.
214. Öztaş Ö, Artantaş AB, Tetik BK, Yalçıntaş A, Üstü Y, Uğurlu M. 18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Ankara Medical Journal 2015;15(2): 67-76
215. Doğru HY, Oktay G, İşgüder ÇK, Özsoy AZ, Çakmak B, Delibaş İB, et al. Yaş gruplarına göre kadınların aile planlamasına bakışları ve seçtikleri yöntemlerin değerlendirilmesi: Tersiyer tek merkez deneyimi. 2016.
216. Ege E, Timur TS, Zincir H. Ebelik son sınıf öğrencilerinin aile planlaması eğitimi etkinliğinin değerlendirilmesi Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 12(9) 2005: 202-207
217. Tokuç B, Eskiocak M, Saltık A. Acil kontrasepsiyon. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2002;11(3):94-97.
218. İlgün MŞ, Dündar PE, Doğramacı YG, Dalcı A, Gökhan İD. Celal Bayar Üniversitesinde Bir Grup Öğrencinin Aile Planlaması Ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005;4(2):66-78.

219. Özaydın AN, Arslan YB, Elshair AA, Hashim M, Marmara Üniversitesi Hazırlık Sınıfı Öğrencilerinin Üreme Sağlığı Konusundaki Bilgi ve Tutumları. 8 Halk Sağlığı Günleri Bildirileri Özetleri Sivas. 2003:99-100
220. Aslan E, Bektaş H, Başgöl Ş, Demir S, Vural PI. Üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeyleri ve davranışları. Sürekli Tıp Eğitim Merkezi 2014;23(5):174-182.
221. Uzun E, Kişioğlu M. SDU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Keçiözümlü eğitim ve araştırma bölgesi çalışmaları Bir meslek yüksek okulunda okuyan öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili bilgi durumları. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;14 (3):7-12.
222. Ekşi Z, Kömürcü N. Knowledge level of university students about sexually transmitted diseases. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2014;122:465-472.
223. Demir G, Şahin Tk. Selçuk Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014;4(3):19-24.
224. Çetin O, Verit F, Keskin S, Zebitay AG, Deregözü A, Usta T, ve ark. Ergen kızların human papilloma virüsü ve aşısı hakkındaki bilgi düzeyleri. Türk Pediatri Atıştırmaya Dergisi 2014;49:142-147.
225. Rathfisch G, Güngör İ, Uzun E, Keskin Ö, Tencere Z. Human papillomavirus vaccines and cervical cancer: awareness, knowledge, and risk perception among Turkish undergraduate students. Journal of Cancer Education 2015;30(1):116-123.
226. Siyez DM, Siyez E. Üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklara ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi. Türk Üroloji Dergisi 2009;35(1):49-55.
227. Çalışkan T, Çevik C, Ergün S. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;4(1): 27-31.
228. Bakır N, Beji Nk. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015;5(3):10-16.

229. Vural P, Bakır N, Oskay Ü. Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Konusundaki Bilgi Düzeyleri Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi 2015;2 (2):58-70.
230. UNAIDS. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS: Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Guidelines on Construction of Core Indicators. 2002:43-44.
231. Tosun S. Viral hepatitlerin ülkemizdeki değişen epidemiyolojisi. Antibiyotik Ve Kemoterapi Dergisi 2013;27(Suppl 2):128-134.
232. Genç M, Pehlivan E, Özer F, Kurçer MA, Karaoğlu L. Lise öğrencilerinin Hepatit B hakkındaki bilgi ve tutumları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi Cilt 19 Sayı:1 2001:1-8
233. Nalbant H, Gençler BA. Üreme sağlığı. Aktüel Tıp Dergisi. 2001;6(1):30-36.
234. Bakır N, Beji NK. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015;5(3):10-16
235. Sağlık C. Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara 2009.
236. Uzun E, Kişioğlu M. SDU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Keçiözümlü eğitim ve araştırma bölgesi çalışmaları Bir meslek yüksekokulunda okuyan öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili bilgi durumları. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007;14(3):7-12.
237. Civil B, Yıldız H. Erkek öğrencilerin cinsel deneyimleri ve toplumdaki cinsel tabulara yönelik görüşleri. 2010. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2010;3(2):58-64
238. Şimşek H. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi: Türkiye örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2011;25(2):119-126.
239. Savaser S. Knowledge and attitudes of high school students about AIDS: a Turkish perspective. Public Health Nursing 2003;20(1):71-79.

240. Creel L, Perry RJ. Improving the quality of reproductive health care for young people: Population Reference Bureau Washington, DC; 2003.
241. Tuğrul B, Artan İ. Çocukların Cinsel Eğitimi İle İlgili Anne Görüşlerinin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2001;20:141-149



## EKLER

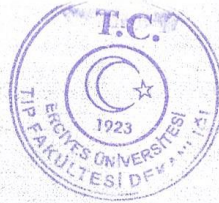
### EK-1: ERCİYES ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL ONAYI

| KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011-KAEK-04)                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------|
| KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                |      |
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Evlenmek için başvuran çiftlerin aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi ve tutumları |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                |      |
| VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                |      |
| DEĞERLENDİRİLEN BELGELER                                                                                                                                                                                                              | BELGE ADI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Tarih                                                                                                              | Versiyon Numarası                                                | Dili                                                             |                                                                  |                                |      |
|                                                                                                                                                                                                                                       | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                    |                                                                  | Türkçe <input type="checkbox"/>                                  | İngilizce <input type="checkbox"/>                               | Diğer <input type="checkbox"/> |      |
|                                                                                                                                                                                                                                       | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                    |                                                                  | Türkçe <input type="checkbox"/>                                  | İngilizce <input type="checkbox"/>                               | Diğer <input type="checkbox"/> |      |
|                                                                                                                                                                                                                                       | OLGU RAPOR FORMU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                    |                                                                  | Türkçe <input type="checkbox"/>                                  | İngilizce <input type="checkbox"/>                               | Diğer <input type="checkbox"/> |      |
| DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER                                                                                                                                                                                                        | BELGE ADI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Açıklama                                                                                                           |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                |      |
|                                                                                                                                                                                                                                       | SİGORTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                |      |
|                                                                                                                                                                                                                                       | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                |      |
|                                                                                                                                                                                                                                       | BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                |      |
|                                                                                                                                                                                                                                       | İLAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                |      |
|                                                                                                                                                                                                                                       | YILLIK BİLDİRİM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                |      |
|                                                                                                                                                                                                                                       | SONUÇ RAPORU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                |      |
|                                                                                                                                                                                                                                       | GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                |      |
| DİĞER                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                |      |
| KARAR BİLGİLERİ                                                                                                                                                                                                                       | Karar No : 2016/530                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                    | Tarih : 07.10.2016                                               |                                                                  |                                                                  |                                |      |
|                                                                                                                                                                                                                                       | Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. |                                                                                                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                |      |
| KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                |      |
| ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu             |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                |      |
| ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL                                                                                           |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                |      |
| Unvanı / Adı Soyadı                                                                                                                                                                                                                   | Uzmanlık Alanı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Kurumu                                                                                                             | Cinsiyet                                                         | Araştırma ile ilgili                                             |                                                                  | Katılım (*)                    | İmza |
| Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL                                                                                                                                                                                                              | Çocuk Sağ. ve Hast.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | E.Ü. Tıp Fak.                                                                                                      | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |                                |      |
| Prof. Dr. Sami AYDOĞAN                                                                                                                                                                                                                | Fizyoloji                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | E.Ü. Tıp Fak.                                                                                                      | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |                                |      |
| Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK                                                                                                                                                                                                                | Halk Sağlığı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | E.Ü. Tıp Fak.                                                                                                      | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |                                |      |
| Prof. Dr. Kemal DENİZ                                                                                                                                                                                                                 | Patoloji                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | E.Ü. Tıp Fak.                                                                                                      | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |                                |      |
| Prof. Dr. Musa KARAKÜKÇÜ                                                                                                                                                                                                              | Çocuk Sağ. ve Hast.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | E.Ü. Tıp Fak.                                                                                                      | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> |                                |      |
| Doç. Dr. Aydın ÜNAL                                                                                                                                                                                                                   | İç Hastalıkları                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | E.Ü. Tıp Fak.                                                                                                      | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |                                |      |
| Doç. Dr. Güven KAHRİMAN                                                                                                                                                                                                               | Radyoloji                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | E.Ü. Tıp Fak.                                                                                                      | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |                                |      |
| Doç. Dr. Kemal ÖZYURT                                                                                                                                                                                                                 | Dermatoloji                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Kayseri Eğitim Hast.                                                                                               | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |                                |      |
| Doç. Dr. Emin Murat CANGER                                                                                                                                                                                                            | Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | E.Ü. Diş Hek. Fak.                                                                                                 | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |                                |      |
| Doç. Dr. Cihangir BİÇER                                                                                                                                                                                                               | Anest. ve Rean.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | E.Ü. Tıp Fak.                                                                                                      | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |                                |      |
| Yard. Doç. Dr. Zafer SEZER                                                                                                                                                                                                            | Farmakoloji                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | E.Ü. Tıp Fak.                                                                                                      | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |                                |      |
| Yard. Doç. Dr. Gökmen ZARARSIZ                                                                                                                                                                                                        | Biyoistatistik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | E.Ü. Tıp Fak.                                                                                                      | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |                                |      |
| Av. Semra ÜSTÜNEL                                                                                                                                                                                                                     | Avukat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Hukuk Müşaviri                                                                                                     | E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |                                |      |
| Ecz. Şükran TERZİ                                                                                                                                                                                                                     | Eczacı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Serbest Eczacı                                                                                                     | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |                                |      |
| Sevtap Koçer                                                                                                                                                                                                                          | Sivil Üye                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Serbest                                                                                                            | E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> |                                |      |
| <p>*. Toplantıda Bulunma</p> <p>Etik Kurul Başkanı<br/> Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL<br/> İmza: _____</p> <p style="text-align: right;">Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                    |                                                                  |                                                                  |                                                                  |                                |      |

## KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011 - KAEK-80)

|                                                                                |                                                                                        |                                                                                                                    |                                            |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI                                                          |                                                                                        | Evlenmek için başvuran çiftlerin aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgi ve tutumları |                                            |                                       |
| VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU                                               |                                                                                        |                                                                                                                    |                                            |                                       |
| ETİK KURUL BİLGİLERİ                                                           | ETİK KURULUN ADI                                                                       | ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU                                                               |                                            |                                       |
|                                                                                | AÇIK ADRES                                                                             | Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Melikgazi/KAYSERİ                                                    |                                            |                                       |
|                                                                                | TELEFON                                                                                | 0 382 437 40 10 - 11                                                                                               |                                            |                                       |
|                                                                                | FAKS                                                                                   | 0 382 437 52 55                                                                                                    |                                            |                                       |
|                                                                                | E-POSTA                                                                                | byancar@erciyes.edu.tr                                                                                             |                                            |                                       |
| BAŞVURU BİLGİLERİ                                                              | KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI                                | Prof.Dr.Osman Günay                                                                                                |                                            |                                       |
|                                                                                | KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI                                      | Halk Sağlığı                                                                                                       |                                            |                                       |
|                                                                                | KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ                                  | Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri                                           |                                            |                                       |
|                                                                                | VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ ADI SOYADI                                                 |                                                                                                                    |                                            |                                       |
|                                                                                | DESTEKLEYİCİ                                                                           |                                                                                                                    |                                            |                                       |
|                                                                                | PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için) |                                                                                                                    |                                            |                                       |
|                                                                                | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ                                                       |                                                                                                                    |                                            |                                       |
|                                                                                | ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ                                                              | FAZ 1                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                   |                                       |
|                                                                                |                                                                                        | FAZ 2                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                   |                                       |
|                                                                                |                                                                                        | FAZ 3                                                                                                              | <input type="checkbox"/>                   |                                       |
| FAZ 4                                                                          |                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                                                           |                                            |                                       |
| Gözlemsel ilaç çalışması                                                       |                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                                                           |                                            |                                       |
| Tıbbi cihaz klinik araştırması                                                 |                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                                                           |                                            |                                       |
| In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları |                                                                                        | <input type="checkbox"/>                                                                                           |                                            |                                       |
| İlaç dışı klinik araştırma                                                     |                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                |                                            |                                       |
|                                                                                | Diğer ise belirtiniz                                                                   | Uzmanlık Tezi                                                                                                      |                                            |                                       |
| ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER                                                  | TEKMERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>                                          | ÇOKMERKEZ <input type="checkbox"/>                                                                                 | ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/> |

Etik Kurul Başkanının  
 Ünvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL  
 İmza:



ASLI GİBİDİR

Funda HASÇI ZMECİ  
 Etik Kurul Sekreteri

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

## EK-2: KAYSERİ HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ İZİN KARARI

### ARAŞTIRMA TALEPLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU KARAR FORMU

|                    |         |                                                                                                                                                                  |
|--------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| KOMİSYON BİLGİLERİ | KURUM   | KAYSERİ HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ                                                                                                                                   |
|                    | ADRESİ: | Seyitgazi Mah. Nuh Naci YAZGAN Cad. No 2 Melikgazi /KAYSERİ<br>Halk Sağlığı Müdürlüğü Ek Hizmet Binası: Mimarşinan Mah. Bozantı Caddesi No:180 Kocasinan KAYSERİ |
|                    | TELEFON | 0 (352) 220 20 38 / Tık Hizmet Binası 0 (352) 223 16 67                                                                                                          |
|                    | FAKS    | 0 (352) 222 70 16 / Ek Hizmet Binası 0 (352) 223 16 63                                                                                                           |
|                    | E-POSTA | kayseri.hsm@sağlik.gov.tr,hsm38.ish@sağlik.gov.tr                                                                                                                |

|                         |                   |
|-------------------------|-------------------|
| KARAR TARİHİ / KARAR NO | 31/10/2016/201618 |
|-------------------------|-------------------|

|                   |                 |                                                                                                                    |
|-------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | KONUSU:         | Evlenmek İçin Başvuran Çiftlerin Aile Planlaması Ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Ve Tutumları |
|                   | STATÜSÜ:        | Uzmanlık Tezi                                                                                                      |
|                   | ARAŞTIRMACI     | Sorumlu Araştırmacı : Prof. Dr. Osman GÜNAY<br>Yrd. Araştırmacılar : Araştırma Görevlisi Hatice Nur LALE           |
|                   | BAŞVURU TARİHİ: | 18.10.2016                                                                                                         |

#### KARAR:

Yukarıda bilgileri verilen Araştırmaya/çalışmaya ait başvuru formu ile ilgili belgeleri 31.10.2016 tarihinde Kayseri Halk Sağlığı Müdürlüğü Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu tarafından, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin Talepleri Başvuru ve Değerlendirme Mercii İlkelerine göre incelenmiş olup; Araştırmacının/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen, ilimiz Kocasinan Toplum Sağlığı Merkezi Ek Hizmet Binasında (M.KIZIKLI ASM) hizmet veren ÇEKÜS biriminde işleyişe ve güvenilirliğe zarar verilmeksizin ve mesai saatleri içerisinde, sunulan hizmetlerin aksatılmasına sebep olmaksızın 07.11.2016 – 31.07.2017 tarihleri arasında bizzat araştırma ekibi tarafından yürütülmesine komisyon üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

| KOMİSYON KURULU:              |                                                                          | Uygundur |       | Başkan ve Üyeler | İmza |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------|-------|------------------|------|
|                               |                                                                          | Evet     | Hayır |                  |      |
| Dr. Deniz GÜNEY               | Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı                                            | x        |       | Başkan           |      |
| Dr. Arife Tolay ULUDAĞ        | Şube Müdürü<br>(Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürlüğü)                | x        |       | Üye              |      |
| Dr. Rabia Özlem ULUTABANCA    | Şube Müdürü<br>(Aile Hekimliği İzleme Değerlendirme Şube Müdürlüğü)      | x        |       | Üye              |      |
| Dr. Serpil UĞURLU             | Şube Müdürü<br>(Bulaşıcı Hastalık Kontrol Programları Şube Müdürlüğü)    | x        |       | Üye              |      |
| Dr. Osman DEMİR               | Şube Müdürü<br>(Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Kont. Prog. Şube Müdürlüğü) | x        |       | Üye              |      |
| Uzm. Dr. Fatma AKPINAR        | Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı<br>(Talas Toplum Sağlığı Merkezi)         | x        |       | Üye              |      |
| Uzm. Dr. Mustafa Soner YILMAZ | Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı<br>(Kocasinan Toplum Sağlığı Merkezi)     | x        |       | Üye              |      |

Not: Komisyon Kurulu başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

Sayfa 1 - 1

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 632197/b-62bc-43af-bec3-35771553356d kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

### EK-3. ANKET FORMU

1. Cinsiyetiniz: 1.Erkek 2.Kadın
2. Yaşınız? .....
3. Öğrenim durumunuz? 1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul mezunu  
4. Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu 6. Yüksek okul mezunu
4. Mesleğiniz: .....
5. Para getiren bir işte çalışıyor musunuz? 1. Evet (Açıklayınız.....) 2. Hayır
6. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız? 1. Çok İyi 2. İyi 3.Orta 4. Kötü 5. Çok kötü
7. Sağlık güvenceniz var mı? 1. Evet (Açıklayınız ..... ) 2. Hayır
8. Halen nerede yaşıyorsunuz? 1.İl merkezi 2.İlçe merkezi 3.Kasaba 4. Köy
9. Şimdiki (evlenmeden önce) aile yapınız nasıldır? 1.Çekirdek Aile 2.Geniş Aile 3.Diğer
10. Eşiniz ile akrabalığınız var mı? 1. Akrabalık yok 2. Kardeş çocuklarıyız  
3. Kardeş torunlarıyız 4. Diğer akrabalık (Açıklayınız .....)
11. Eşinizle nasıl tanıştınız? 1.Görücü usulü 2.Arkadaş ortamı  
3.İnternet ortamı 4.Diğer ( Belirtiniz.....)
12. Aile planlaması hizmetleri aşağıdakilerden hangilerini kapsar? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
  1. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi
  2. Çocuk sahibi olamayan çiftlerin çocuk sahibi olmalarına yardım edilmesi
  3. Ülke nüfusunun azaltılması
  4. Fikrim yok
13. Sizce, aile planlaması ana sağlığı açısından yararlı mıdır? 1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok
14. Sizce, aile planlaması çocuk sağlığı açısından yararlı mıdır? 1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok
15. Sizce, aile planlaması kürtaj talebini azaltır mı? 1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok
16. Aşağıdaki gebeliği önleyici yöntemlerden hangilerini duydunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
  1. Takvim yöntemi 2. Geri çekme 3. Vajinal duş
  4. Emzirme 5. Rahim İçi Araç 6. Günlük hap
  7. Hormon enjeksiyonu 8. Kondom 9. Vajinal halka
  10. Spermisitler 11. Norplant 12. Tüplerin bağlanması
  13. Vazektomi 14. Diğer (Belirtiniz.....)
17. Sizce, en etkili gebeliği önleyici yöntem hangisidir? (Lütfen tek seçenek işaretleyiniz)
  1. Takvim yöntemi 2. Geri çekme 3. Vajinal duş
  4. Emzirme 5. Rahim İçi Araç 6. Günlük hap

7. Hormon enjeksiyonu                      8. Kondom                      9. Vajinal halka
10. Spermisitler                      11. Norplant                      12. Tüplerin bağlanması
13. Vazektomi                      14. Diğer (Belirtiniz.....)
18. Acil doğum kontrol yöntemlerini biliyor musunuz?
1. Evet (açıklayınız .....)
2. Hayır
19. Aile planlaması konusundaki bilgileri kimden / nereden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Sağlık personelinde                      2. Öğretmenlerden
3. Aile büyüklerinden                      4. Arkadaşlardan
5. Görsel medyadan (TV, internet vb)                      6. Yazılı kaynaklardan (Kitap, gazete, dergi vb)
7. Hiçbir yerden                      8. Diğer (açıklayınız .....)
20. Aile planlaması hakkındaki bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
21. Aile planlaması hakkında daha fazla bilgi almak ister misiniz? 1. Evet 2. Hayır 3. Kararsızım
22. Aile planlaması hakkında bundan sonra kimden / nereden bilgi almak istersiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Sağlık personelinde                      2. Aile büyüklerinden
3. Eşimden                      4. Arkadaşlardan
5. Görsel medyadan (TV, internet vb)                      6. Yazılı kaynaklardan (Kitap, gazete, dergi vb)
7. Hiçbir yerden                      8. Diğer (açıklayınız.....)
23. Sizce, gençlerin aile planlaması hakkındaki bilgileri kimden / nereden alması uygundur? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Sağlık personelinde                      2. Öğretmenlerden
3. Aile büyüklerinden                      4. Arkadaşlardan
5. Görsel medyadan (TV, internet vb)                      6. Yazılı kaynaklardan (Kitap, gazete, dergi vb)
7. Hiçbir yerden                      8. Diğer (açıklayınız .....)
24. Sizce bir aile için ideal çocuk sayısı kaçtır? Erkek ..... Kız: ..... Toplam: .....
25. Sizin kaç çocuğunuzun olmasını istersiniz? Erkek: ..... Kız: ..... Toplam: .....
26. İlk çocuğunuzun cinsiyetinin ne olmasını istersiniz? 1. Erkek 2. Kız 3. Fark etmez
27. İlk çocuğunuzun evlendikten kaç yıl sonra olmasını istersiniz? ..... yıl
28. Sizce iki gebelik arası süre en az kaç yıl olmalıdır?..... yıl
29. Çocuğunuzun olması halinde, doğumun nasıl olmasını istersiniz?
1. Normal doğum                      2. Sezaryen                      3. Kararsızım
30. Sizce aile planlaması sorumluluğu kime aittir?
1. Kadına                      2. Erkeğe                      3. Eşlerden her ikisine                      4. Fikrim yok
31. Plansız bir gebelik durumu söz konusu olursa kararınız ne olur?
1. Gebeliğin devam etmesini isterim                      2. Gebeliği sonlandırmak isterim                      3. Kararsızım

32. Evlendikten sonra belli bir süre herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayı düşünüyor musunuz? 1.Evet (Lütfen 34. soruya geçiniz) 2.Hayır 3. Kararsızım
33. Evlendikten sonra aile planlaması yöntemi kullanmayacaksanız, nedeniniz nedir? (Lütfen tek seçenek işaretleyiniz)
1. Çocuk istiyorum
  2. Aile planlaması yöntemlerinin sakıncalarından çekiniyorum
  3. Gebelikten korunmanın günah olduğunu düşünüyorum
  4. Aile planlaması yöntemleri hakkında yeterli bilgim yok
  5. Diğer (Belirtiniz.....)
34. Aile planlaması yöntemi kullanacaksanız, hangi yöntemi kullanmayı düşünüyorsunuz? (Lütfen tek seçenek işaretleyiniz)
1. Takvim yöntemi
  2. Geri çekme
  3. Vajinal duş
  4. Emzirme
  5. Rahim İçi Araç
  6. Günlük hap
  7. Hormon enjeksiyonu
  8. Kondom
  9. Vajinal halka
  10. Sperisitler
  11. Norplant
  12. Tüplerin bağlanması
  13. Vazektomi
  14. Diğer (Belirtiniz.....)
  15. Kararsızım
35. Kullanmayı düşündüğünüz yöntemi seçme nedeniniz nedir?
1. Etkili olması
  2. Sağlık açısından güvenilir olması
  3. Kullanılmasının kolay olması
  4. Temin edilmesinin kolay olması
  5. Diğer (Açıklayınız .....
36. Cinsel ilişki ile erkekte kadına hastalık bulaşabilir mi? 1. Evet 2. Hayır 3.Fikrim yok
37. Cinsel ilişki ile kadından erkeğe hastalık bulaşabilir mi? 1. Evet 2. Hayır 3.Fikrim yok
38. Cinsel yolla bulaşabilecek hastalıklar nelerdir?.....
39. Aşağıdakilerden hangileri cinsel yolla bulaşan bulaşabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Sifiliz (Frengi)
  2. Gonore (Bel soğukluğu)
  3. Hepatit
  4. Herpes
  5. AIDS
  6. Mantar enfeksiyonu
  7. Kanser
  8. Kızamık
40. HPV virüsünü duydunuz mu? 1.Evet 2.Hayır
41. HPV aşısını duydunuz mu? 1.Evet 2.Hayır
42. HPV aşısını yaptırdınız mı? 1.Evet 2.Hayır
43. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak mümkün müdür? 1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok
44. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar tedavi edilebilir mi? 1. Evet 2. Hayır 3. Fikrim yok
45. Cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirdiniz mi? 1. Evet (Açıklayınız .....) 2. Hayır
46. Sağlıklı görünen biri kişi cinsel yolla bulaşan hastalık bulaştırabilir mi?
- 1.Evet
  - 2.Hayır
  3. Fikrim yok
47. Cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalandığınızdan şüphe etseniz, rahatlıkla bir sağlık kuruluşuna başvurur musunuz? 1.Evet 2.Hayır 3. Kararsızım
48. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların cinsel ilişki dışında bulaşma yolu var mıdır?
1. Evet
  2. Hayır
  - 3.Fikrim yok

49. AIDS hastalığı aşağıdaki yollardan hangileri ile bulaşabilir?
1. Cinsel ilişki
  2. Öpüşme
  3. Kan nakli
  4. Hava yolu
  5. Su ve yiyecekler
  6. Tokalaşma / el ele tutuşma
  7. Sinek, böcek ısırması
  8. Aynı kaptan yemek yeme
  9. Diğer (Belirtiniz.....)
50. Aşağıdakilerden hangileri cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için doğru davranışlardır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Hastalık şüphesi olan kişilerle cinsel ilişkiden kaçınmak
  2. Hastalık şüphesi olan kişilerle aynı ortamda bulunmamak
  3. Cinsel ilişkiden hemen sonra banyo yapmak
  4. Hastalık şüphesi olan kişilerle ilişkiye girerken kondom (prezervatif) kullanmak
  5. Diş çektirme, dövme, manikür vb sırasında kullanılan aletlerin temizliğine dikkat etmek
  6. Başkaları ile ortak eşya (jilet, enjektör vb) kullanmamak
  7. Aşı olmak (ne aşısı olduğunu açıklayınız.....)
  8. Rahim içi araç (spiral) kullanmak
  9. Antibiyotik kullanmak
  10. Tek eşlilik
  11. Gebeliği önleyici hap kullanmak
  12. Diğer (Belirtiniz: .....)
51. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ileride kalıcı sağlık problemine yol açabilir mi?
- 1.Evet
  - 2.Hayır
  3. Fikrim yok
52. Cinsel yolla bulaşan hastalığı olan bireyde ileride ne tür sorunlar görülebilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Kanser
  2. Kısırlık
  3. Ölüm
  4. Diğer (Belirtiniz.....)
53. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, hasta olan anneden doğan bebek için bir risk oluşturur mu?
1. Evet
  2. Hayır
  3. Fikrim yok
54. Sizce, çocuklara cinsel konularda eğitim vermeye ne zaman başlanmalıdır?
1. Okul öncesi
  2. İlköğretim
  3. Lise
  4. Üniversite
  5. Hiçbir zaman
55. Daha önce cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi/eğitim aldınız mı?
1. Evet
  - 2.Hayır
56. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında nereden bilgi aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
1. Sağlık personelinde
  2. Öğretmenlerden
  3. Aile büyüklerinden
  4. Arkadaşımdan
  5. Görsel medyadan (TV, internet)
  6. Yazılı kaynaklardan (Kitap, gazete, dergi vb)
  7. Hiçbir yerden
  8. Diğer (Belirtiniz .....)
57. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ile ilgili bilgilerinizin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
1. Evet
  2. Hayır
  3. Kararsızım
58. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yolları ile ilgili daha fazla bilgi almak ister misiniz?
1. Evet
  2. Hayır
  3. Kararsızım

59. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında kimden / nereden bilgi almak istersiniz? ((Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- |                                      |                                                  |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1. Sağlık personelinde               | 2. Aile büyüklerinden                            |
| 3. Eşimden                           | 4. Arkadaşlarımdan                               |
| 5. Görsel medyadan (TV, internet vb) | 6. Yazılı kaynaklardan (Kitap, gazete, dergi vb) |
| 7. Hiçbir yerden                     | 8. Diğer (Açıklayınız .....)                     |



## TUTANAK

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı araştırma görevlisi Dr. Hatice Nur LALE'nin 09/02/2018 tarihinde yapılan “ Evlenmek İçin Başvuran Çiftlerin Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi ve Tutumları” konulu Tıpta Uzmanlık Tezi Değerlendirme Sınavında başarılı olmuştur. İş bu tutanak tarafımızca imza altına alınmıştır.

**Başkan**

Prof.Dr.Osman GÜNAY

**Üye**

Prof.Dr.Ahmet ÖZTÜRK

**Üye**

Prof.Dr.Ali ÖZER