

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(DOKTORA TEZİ)

**GENÇLERDE OKULA-DAYALI AKRAN EĞİTİMİ
GİRİŞİMLERİNİN HIV/AIDS RİSK
DAVRANIŞLARINI AZALTMA ÜZERİNE ETKİSİ**

SERAP BULDUK

**DANIŞMAN
PROF. DR. SEMRA ERDOĞAN**

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2009

TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

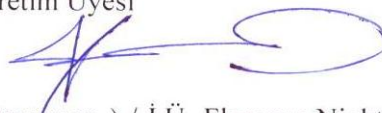
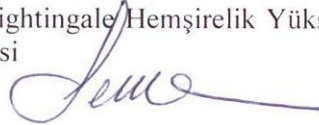
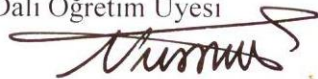
12 / 05 / 2009


Prof. Dr. Emine Kökoğlu
Enstitü Müdürü

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Programın seviyesi : Yüksek Lisans ☐ Doktora ☒
Anabilim Dalı : Halk Sağlığı Hemşireliği
Tez Sahibi : Serap Bulduk
Tez Başlığı : Gençlerde Okula-Dayalı Akran Eğitimi Girişimlerinin HIV/AIDS Risk Davranışlarını Azaltma Üzerine Etkisi.
Sınav Yeri : Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Sınav Tarihi : 08 / 05 / 2009

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

1. Prof. Dr. Selma Karabey (Tez İzleme Komite Üyesi) / İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi / Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

2. Prof. Dr. Semra Erdoğan (Danışman) / İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

3. Prof. Dr. Nursen Nahcivan (Tez İzleme Komite Üyesi) / İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

4. Prof. Dr. Nevin Kanan / İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

5. Yard. Doç. Dr. Ayşe Yıldız / Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi


BEYAN

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

Serap BULDUK

(İmza)



İTHAF

*Bu çalışmayı oğlum Ahmet Yağız BULDUK ve kızım Beril Naz BULDUK'a
ithaf ediyorum...*

TEŐEKKÖR

Doktora tez çalışmamda bana danışmanlık yapan hocam Sayın Prof. Dr. Semra ERDOĞAN'a,

Tezimin yűrűtűlmesinde gűrev alan hocalarım Sayın Prof. Dr. Selma KARABEY ve Prof. Dr. Nursen NAHCİVAN'a,

Tezimin veri toplama ařamasını sűrdűrdűğűm İ.Ŭ. Orman Fakűltesi'nde teknik ve manevi desteklerini esirgemeyen fakűlte dekanı Sayın Prof. Dr. Tahsin AKALP'e,

İstek duyarak, sabırla eēitimlere devam eden ve amacıma ulaşma mutluluēunu bana yaşatan çalışma grubumdaki ÖĞRENCİLERE,

Bu çalışmanın yapısını oluşturan AKRAN LİDERLER Arif Timuın KIZILARSLAN, Nuray KARADENİZ, Sezer DEMİR, Yeşim ÜTNİ, Perihan KESKİK'e

ve

Tez çalıřmam sűresince manevi desteēini esirgemeyen AİLEME teőekkűr ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	6
TABLolar LİSTESİ.....	8
ŞEKİLLER LİSTESİ	10
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	11
ÖZET	12
ABSTRACT.....	15
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	14
2. GENEL BİLGİLER	16
2.1. ADÖLESAN/GENÇLİK DÖNEMİ VE ÖZELLİKLERİ	16
2.1.1. Adölesan Döneminde Fiziksel Değişiklikler.....	19
2.1.2. Adölesan Döneminde Cinsel Olgunlaşma.....	20
2.1.3. Adölesan Döneminde Psikososyal ve Ahlaki Gelişim.....	21
2.2. ADÖLESAN/GENÇLERİN CİNSEL VE ÜREME SAĞLIĞI SORUNLARI.....	25
2.2.1. Erken Yaşta Cinsellik.....	25
2.2.2. Güvenli Olmayan Cinsel Davranışlar	27
2.2.3. Planlanmamış Gebelikler ve Düşükler.....	28
2.2.4. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS.....	29
2.2.5. Hizmetlere Ulaşamama.....	32
2.2.6. Bilgi Eksikliği.....	33
2.3. AKRAN EĞİTİMİ.....	35
2.3.1. Akran Eğitimi Neden Gereklidir?.....	35
2.3.2. Davranışsal Teoriler ve Akran Eğitimi.....	36
2.3.3. Akran Eğitimi Uygulamaları.....	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	43
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ.....	43
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	44

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	44
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	45
3.5. ETİK KONULAR.....	46
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	47
3.6.1. Sosyo-demografik Soru Formu.....	47
3.6.2. HIV-Bilgi Ölçeği (HIV-BÖ-18).....	48
3.6.3. AIDS'ten Korunmada Öz- Yeterlik Ölçeği (AÖY-27).....	48
3.6.4. Cinsel Davranışlar Formu (CDF).....	50
3.6.5. Cinsel Girişimcilik Senaryoları (CGS).....	50
3.7. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....	50
3.8. HIV/CYBE AKRAN EĞİTİMİ PROGRAMI MODÜLÜ.....	51
3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	54
3.10. ARAŞTIRMADA KULLANILAN BAZI KAVRAMLARIN TANIMI.....	55
4. BULGULAR.....	57
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikler.....	57
4.2. HIVCYBE Akran Eğitimi Programının HIV Bilgi Düzeyine Etkisi.....	61
4.3. HIV/CYBE Akran Eğitimi Programının AIDS'ten Korunmada Öz-Yeterlik Düzeyine Etkisi.....	62
4.4. HIV/CYBE Akran Eğitimi Programının Cinsel Girişimcilik Düzeyine Etkisi.....	64
4.5. HIV/CYBE Akran Eğitimi Programının Cinsel Davranışlar Üzerine Etkisi.....	68
4.6. Programa Katılmanın Toplam HIV Bilgisi, Öz-yeterlik ve Kondom Kullanma Üzerine Belirleyici Etkisi.....	75
5. TARTIŞMA.....	77
KAYNAKLAR.....	92
6. ÖZGEÇMİŞ.....	146

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2-1. Adölesan Dönem Yaş Sınırlamaları.....	18
Tablo 2-2. Cinsel Olgunlaşma Hızı.....	21
Tablo 2-3. Sosyal Bilişsel Teorinin Kavramları.....	37
Tablo 3-1. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistik Analizleri.....	54
Tablo 4-1. Girişim ve Kontrol Grubunun Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı...	58
Tablo 4-2. Girişim ve Kontrol Grubunun Cinsel ve Üreme Sağlığı İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	60
Tablo 4-3. Girişim ve Kontrol Grubunun HIV-Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4-4. Girişim ve Kontrol Grubunun Cinsel İlişkiyi Reddetme Öz-Yeterlik Puanlarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 4-5. Girişim ve Kontrol Grubunun Potansiyel Cinsel Eşe Soru Sorabilme Öz-Yeterlik Puanlarının Karşılaştırılması.....	63
Tablo 4-6. Girişim ve Kontrol Grubunun Kondom Kullanma Öz-Yeterlik Puanlarının Karşılaştırılması.....	64
Tablo 4-7. Girişim ve Kontrol Grubunun Cinsel İlişkiyi Engelleme Girişimcilik Puanlarının Karşılaştırılması.....	65
Tablo 4-8. Girişim ve Kontrol Grubunun Cinsel İlişki Öncesi Kondom Kullanmayı Konuşma Girişimcilik Puanlarının Karşılaştırılması.....	66
Tablo 4-9. Girişim ve Kontrol Grubunun Kondom Kullanma Girişimcilik Puanlarının Karşılaştırılması.....	67
Tablo 4-10. Girişim ve Kontrol Grubunun Kondomlu Vajinal İlişki Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	68
Tablo 4-11. Girişim ve Kontrol Grubunun Kondomlu Oral İlişki Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	69
Tablo 4-12. Girişim ve Kontrol Grubunun Kondomlu Anal İlişki Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	70
Tablo 4-13. Girişim ve Kontrol Grubunun Kondom Kullanma ve Güvenli Cinsellik Hakkında Cinsel Eş İle Konuşma Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	71
Tablo 4-14. Girişim ve Kontrol Grubunun Kondom Kullanmayan Biri İle Cinsel İlişkiyi Reddetme Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	72

Tablo 4-15. Girişim ve Kontrol Grubunun Cinsel İlişki Öncesi Alkol Alma Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	73
Tablo 4-16. Girişim ve Kontrol Grubunun Cinsel İlişkiden Önce ve Sonra Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Alma Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	74
Tablo 4-17. Girişim ve Kontrol Grubunun Cinsel Eş Ortalamalarının Karşılaştırılması	74
Tablo 4-18. Logistik Regresyon: Programa Katılmanın Toplam HIV Bilgisi, Öz-Yeterlik ve Kondom Kullanma Üzerine Etkisi.....	76

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1. Fisher ve Fisher'in BMD Modeli.....	40
Şekil 3-1. Metodolojik Araştırmanın Tasarımı.....	43
Şekil 3-2. Araştırmanın Tasarımı.....	44
Şekil 3-3. Araştırmanın Aşamaları.....	53

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AD	: Akran Danışmanlığı
AE	: Akran Eğitimi
AEE	: Akran Eğitimcisinin Eğitimi
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
COH	: Cinsel Olgunlaşma Hızı
CÜS	: Cinsel/Üreme Sağlığı
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HIV-BÖ-18	: HIV Bilgi Ölçeği
AÖY-27	: AIDS'ten Korunmada Öz-Yeterlik Ölçeği
UNAIDS	: United Nations Programme on HIV/AIDS

ÖZET

Bulduk, S. (2007). Gençlerde Okula-dayalı Akran Eğitimi Girişimlerinin HIV/AIDS Risk Davranışlarını Azaltma Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Araştırmanın amacı, HIV/CYBE Akran Eğitimi (AE) Programı'nın gençlerin, Temel HIV bilgisine, AIDS'ten korunmada öz-yeterlik algısına ve riskli cinsel davranışlarına etkisini incelemektir.

Çalışmada metodolojik ve ön-son test kontrollü araştırma tasarımı kullanılmış olup, iki aşamalı örneklem tasarımı izlenmiştir. İlk olarak, 507 üniversite öğrencisi ile (% 36.7 kız, % 63.3 erkek) HIV-Bilgi Ölçeği (HIV-BÖ-18) ve AIDS'ten Korunmada Öz-Yeterlik Ölçeği'nin (AÖY-27) geçerliği ve güvenirliği doğrulanmıştır. İkinci aşamada, AE'nin etkisi cinsel yönden aktif ve düzenli kondom kullanmayan 118 (59 girişim, 59 kontrol) genç üzerinde değerlendirilmiştir. Veriler, Sosyo-demografik Soru Formu, HIV-BÖ-18, AÖY-27, Cinsel Davranışlar Formu ve Cinsel Girişimcilik Senaryoları kullanılarak AE'den önce, AE'den eğitimden sonra ve AE'den 3 ve 6 ay sonra olmak üzere 4 kez değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin yanı sıra Student-t, Mann-Whitney-U, eşleştirilmiş gruplarda t testi, tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi, ki-kare testi ve logistik regresyon kullanılmıştır.

Bu ölçekler Türk üniversite öğrencilerinde kullanılmak üzere yeterli güvenirlik ve geçerliğinin olduğunu göstermiştir. Akran eğitimi katılımcılarının, yaş ortalaması $21,92 \pm 1,94$ olup (en az-en çok=18-29 yaş), büyük çoğunluğu % 69,5'i (82 kişi) erkekti. Akran eğitiminden sonraki hem 3. hem de 6. ayda AE grubunun kontrol grubuna göre HIV bilgi düzeyi ($p=,000$, $p=,000$), kondom kullanma ($p=,000$, $p=,000$) ve cinsel ilişkiyi reddetme ($p=,000$, $p=,000$) öz-yeterliği, cinsel girişimciliği ($p=,000$, $p=,000$) ve vajinal ($p=,000$, $p=,000$), oral ($p=,009$, $p=,000$) ve anal ($p=,095$, $p=,001$) cinsel ilişkide kondom kullanma sıklığı anlamlı olarak artmıştır. Ancak potansiyel cinsel eşe soru-sorabilme öz-yeterliği ($p=,923$, $p=,252$) ve cinsel eş sayısı zaman içinde değişmemiştir ($p=,114$).

Sonuç olarak Türk üniversite gençlerinde riskli cinsel davranışları azaltmada okula-dayalı AE çok etkili bir yöntemdir. Bununla birlikte, gençlerin güvenli cinsel davranışlarının artırılması için öz-yeterlik geliştirme stratejilerine AE kapsamında daha fazla yer verilmelidir.

Anahtar Kelimeler : Üniversiteli gençler, Okula-dayalı akran eğitimi, HIV/AIDS, Risk azaltma, Türkiye.

ABSTRACT

Bulduk, S. (2007). The Effects of School-Based Peer Education on Reduction of the HIV/AIDS Risk Behaviours among Young People. İstanbul University Institute of Health Sciences, Department of Public Health Nursing, Doctoral Thesis, İstanbul

The aim of the study was to investigate the effects of HIV/STD Peer Education (PE) on HIV knowledge, perceived self-efficacy for AIDS prevention and risky sexual behaviours among young people.

A methodological and pre-post test controlled study design was utilized in the study. A two stage sample design was followed. First, five hundred seven university students (36.7% female and 63.3% male) were recruited for validation of the HIV Knowledge Questionnaire (HIV-KQ-18) and Self-Efficacy Scale for AIDS Prevention (SEA-27). In the second stage, effects of PE were investigated on 118 young people (59 PE group and 59 control) who were sexually active but who did not use condoms. Data were collected with Socio-Demographic Questionnaire, HIV-KQ-18, SEA-27, Sexual Behaviours Questionnaire and Sexual Assertiveness Role-plays before PE, just after PE and 3 and 6 months after PE. Data were analyzed with descriptive statistics, student's t test, Mann-Whitney U test, paired t test, variance analyses of repeated measures, chi-square test and logistic regression analysis.

The scales showed adequate reliability and validity for use in Turkish university students. The PE participants was $21,92 \pm 1,94$ years (range=18-29 years). Sixty-nine point five percent of the participants (n=82) were male. Three months and six months after the PE, HIV knowledge ($p=,000$, $p=,000$), self-efficacy for condom use ($p=,000$, $p=,000$) and say no to sexual intercourse ($p=,000$, $p=,000$), sexual assertiveness ($p=,000$, $p=,000$) and condom use in vaginal ($p=,000$, $p=,000$), oral ($p=,009$, $p=,000$) and anal ($p=,095$, $p=,001$) sexual intercourse frequency significantly increased in the PE group compared to the control group. However, self-efficacy for asking questions to potential partner ($p=,923$, $p=,252$) and the number of sexual partners ($p=,114$) did not change in the time.

In conclusion, school-based PE was very effective on reduction of risky sexual behaviours among university students. However, safer sexual behavior of young people to develop strategies to increase self-efficacy should be given more space in the PE.

Key Words: University youth, School-based peer education, HIV/AIDS, Risk reduction, Turkey.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Cinsel etkinlik açlık, susuzluk, korunma gibi doğal ve genellikle psikososyal etkenler ile ilişkili evrensel bir gereksinimdir. Yaşamın temel bileşenlerinden biri olmasına karşın cinsellik hakkında bilgilendirme tüm dünyada ihmal edilen bir durumdur. Özellikle cinselliğin ve üreme sağlığının evlilik ile bağdaştırıldığı Türkiye’de bekar genç insanların üreme sağlığı göz ardı edilmekte; gençlerin cinsel isteklerinin olması, cinselliği düşünmesi ve anlamaya çalışması ayıp, günah ve ahlaksızlık olarak görülmektedir (Başer, 2000; Cambaz ve ark., 2001; Giray ve Kılıç, 2004; Ersay ve Tortumluoğlu, 2006).

Adölesan/gençlik dönemi fiziksel, cinsel ve psikososyal değişikliklerin meydana geldiği çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanmaktadır (Huebner, 2000; Set ve ark., 2006). Dünyada sayıları yaklaşık iki milyarı bulan adölesan ve gençler, korunmasız cinsel ilişki, Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonu dahil Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE) ve istenmeyen gebelikler gibi önemli sağlık sorunları ile karşı karşıyadır (WHO, 2003a; UNAIDS, 2007). Nitekim Kahire’de yapılan Nüfus ve Gelişim Konferansı (1994) ve Pekin Dördüncü Dünya Kadın Konferansı (1995)’nda, adölesan/gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığı (CÜS) gereksinimlerine vurgu yapılarak, bugünkü çalışmaların temelleri oluşturulmuş; konferansa katılan tüm ulusların adölesanların CÜS hizmeti alması için yasal, düzenleyici ve sosyal engelleri kaldırması, gençlerin gebelik, CYBE, HIV/AIDS’ten korunmasını içeren programlar geliştirmesi önerilmiştir (ICPD, 1994; PDEP, 1995).

Türkiye’de son on yılda yapılan çalışmalar ülke nüfusunun %26’sını oluşturan (TÜİK, 2007) gençlerin CÜS gereksinimlerini ortaya koymuştur. Bu çalışmaların sonuçları; (1) ilk cinsel ilişki yaşının tüm dünya ülkelerine benzer şekilde daha erken yaşlara doğru yöneldiğini (TNSA, 1998; Dönmez, 1999; AÜSFP, 2004; Kaya ve ark., 2007), (2) gençlerin ilk cinsel deneyimlerinin büyük çoğunluğunu planlanmadan ve korunmasız şekilde yaşadığını (Yurdakul ve ark., 2005; Aras ve ark., 2005; Ateş ve ark., 2005; Siyez ve Siyez, 2007), (3) üreme sağlığı konusundaki bilgilerinin içerik ve niteliğinin yeterli olmadığını ve en çok kullanılan bilgi kaynaklarının akranlar, basın ve pornografik yayınlar

olduğunu bildirmektedir (Cambaz ve ark., 2001; Yıldırım ve Apan, 2001; Bulut ve Ortaylı, 2004; Temiz ve ark., 2005).

Akran eğitimi (AE), adolesan/gençlerin risk faktörleri ve risk alma davranışlarının olumlu yönde değiştirilmesini sağlayan etkili bir eğitim yöntemi olarak tanımlanmaktadır (UNAIDS, 2000, WHO, 2003b; AER, 2004). Akran eğitimi “Sosyal Bilişsel Teoriye” dayanmaktadır. Kişinin riski önemsemesi, davranış değişikliği için kişinin risk altında olduğunu değerlendirebilmesi ve davranış değişikliğini uygulanabilir ve sürdürülebilir bulması gibi kavramları içermektedir (Stakic ve ark., 2003). Dünyada son on yılda yapılan çalışmalar, gençleri HIV/CYBE’den korumayı ve güvenli cinselliği kapsayan AE programlarının etkin olduğunu kanıtlamıştır (Dunn ve ark., 1998; Tyden ve ark., 1998; Caron ve ark., 2004; Cartagena ve ark., 2006; Mahat ve ark., 2008). Türkiye’de UNICEF, UNFPA, Willows Foundation gibi uluslar arası kurumlarla işbirliği içinde yürütülen AE projeleri olmakla birlikte, bu uygulamaların davranış değişimine etkisini gösteren sonuçlarına ulaşamamıştır. Bu projelerin dışındaki çalışmaların ise (Özcebe ve ark., 2004; Ergene ve ark., 2005; Kırmızıtoprak, 2007), davranış değişimine odaklı olmayan ve izlem yapılmamış çalışmalar olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın amacı Türk gençlerinin, (1) Temel HIV bilgisine, (2) AIDS’ten korunmada öz-yeterlik algılarına ve cinsel girişimcilik düzeyine ve (3) cinsel davranışlarına “*HIV/CYBE Akran Eğitimi Programı*”nın etkisini 6(altı) ay süre ile değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ADÖLESAN/GENÇLİK DÖNEMİ VE ÖZELLİKLERİ

Bireyin yaşam çizgisi üzerinde çocuktan erişkine dönüşümü olarak tanımlanan puberte (erlilik), üreme kapasitesini oluşturan fiziksel ve nöroendokrin değişiklikleri içeren cinsel gelişme dönemidir (Huebner, 2000; Lee ve Houk, 2007).

Adölesan/gençlik dönemi ise, çocukluk döneminin bitişi ile beraber fiziksel, psikolojik, sosyal olgunluğa erişmenin tamamlanmasıdır (Koç, 2004; Stang ve Story, 2005; Lee ve Houk, 2007). Bu dönem cinsel kimliği kabullenme, ana babaya bağımlılıktan kurtulma, toplumsal yerini araştırma ve bir mesleğe yönelme çabalarının gösterildiği 8-10 yıllık bir dönemi kapsamaktadır (Set ve ark., 2006).

Ergenlik sürecinin başlangıç zamanı, süresi ve temposu için kesin bir değer verilememekle birlikte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaş arasını adölesan dönem, 15-24 yaş arasını gençlik dönemi olarak kabul etmekte ve 10-24 yaş arasını genç insanlar olarak değerlendirmektedir (WHO, 2003b).

Adölesan dönem yaş sınırlamaları Tablo 2-1’de gösterilmiştir.

Tablo 2-1. Adölesan Dönem Yaş Sınırlamaları

ERGENLİK DÖNEMİ YAŞ SINIRLAMALARI	
A. Erken Adölesan Dönem	10-14 yaş
B. Orta Adölesan Dönem	15-17 yaş
C. Geç Adölesan Dönem	18-21 yaş

KAYNAK: Stages of Healthy Adolescent Development. Characteristic Developmental Milestones and Tasks. www.oregon.gov/DHS/ph/ah/growth/adoldevstages.pdf (11.12.2008)

2.1.1. Adölesan Döneminde Fiziksel Değişiklikler

Puberte sırasında gözlenen fiziksel değişimler sıklıkla kızlarda 10-12, erkeklerde ise 12-14 yaşları arasında ortaya çıkar ve yaklaşık üç-dört yıl sürer. Ergenlik belirtilerinin ortaya çıkma yaşı ırk özelliklerine, aileye, beslenme durumuna göre farklılıklar gösterebilir. Her çocuğun ergenlik dönemine farklı zamanlarda girmesi nedeniyle (erken ve geç olgunlaşma) aynı yaşta olan ergenlerin aynı görünüm ve özelliklerde olmaları beklenmez (Huebner, 2000; Koç, 2004; Set ve ark., 2006; Lee ve Houk, 2007).

Pubertal büyüme atağında, boy uzama hızının maksimuma ulaştığı döneme “Boy Uzama Atağı” adı verilir. Erkeklerde boy uzama atağı 13-15.5 yaşları arasında yılda 7-12 cm. lik boy uzunluğu artışı ile gerçekleşir. Büyüme çizgisinin artmaya başlaması, kızlarda ise sıklıkla 9.5-14.5 yaşlar arasında yıllık 8-9 cm.’lik boy uzaması ile gerçekleşir. Büyüme hızının doruğa ulaşması yaklaşık olarak menarştan 6-12 ay öncedir. Boy büyümesi giderek yavaşlar ve kızlarda 16 ile 18, erkeklerde 18 ile 21 yaşları arasında durur (Özcebe, 2002; Rosenfield, 2002; Styne, 2002; Derman, 2003; Stang ve Story, 2005).

Boy uzamasının yanında kızlarda ve erkeklerde ideal erişkin kilosunun yarısı adölesan dönemde kazanılır. Vücut ağırlığı çizgisi kızlarda yaklaşık 3-6 ay, erkeklerde ise 3 ay atak yapar. Kızlarda bu dönemde yaklaşık 7-25 kg. (ort. 17.5), erkeklerde ise 7-30 kg. (ort. 23.7) kiloluk bir artış söz konusu olur. Erkeklerde kilo artışı, kas ve kemik kütlesinin artmasına, kızlarda ise büyük ölçüde yağ depolanmasına bağlıdır (Huebner, 2000; Derman, 2003; Stang ve Story, 2005).

Adölesan dönemde erişkin kemik kütlesinin yaklaşık olarak yarısı kazanılır. Baş gelişimi çocuklukta tamamlanmış olmasına karşın yüz gelişimi (mandibula, maksilla, sinüs yapıları vb.) pubertede tamamlanır (Rosenfield, 2002; Styne, 2002; Derman, 2003). Araştırmalar gençlerin beyinlerinde fiziksel ve mental becerileri etkileyen nöronlar arasındaki bağlantıların adölesan dönemin sonuna kadar gelişimini tamamlamadığına ve gençlerin duygularını, dürtülerini ve kararlarını kontrol etmedeki tutarsızlıklarının buna bağlı olabileceğine işaret etmektedir (Huebner, 2000).

2.1.2. Adölesan Döneminde Cinsel Olgunlaşma

Cinsel Olgunlaşma Hızı (COH), pubertede meydana gelen ikincil cinsiyet özelliklerinin gelişiminin Tanner evreleme yöntemi olarak bilinen bir yöntemle değerlendirilmesidir. Cinsel Olgunlaşma Hızı 1. aşama, puberte öncesi büyüme ve gelişmeye, 2-4. aşamalar pubertenin ilerlemesine, 5. aşama ise cinsel olgunlaşmanın tamamlanmasına işaret eder (Huebner, 2000; Schwitzgebel, 2004; Stang ve Story, 2005; Set ve ark., 2006; Lee ve Houk, 2007).

Erkek çocuklarda, testis hacminin 4 cm³'e erişmesi cinsel olgunlaşmanın başlangıcı kabul edilir ve çoğu erkekte 9.5-13.5 yaşlarında görülür (COH 2-3. aşama) ve 12-17 yaşları arasında tamamlanır (COH. 5. aşama) (Huebner, 2000; Styne, 2002; Derman, 2003; Stang ve Story, 2005).

Erkek çocuklarda meydana gelen ikinci değişiklik ise penis boyunun uzaması, kalınlaşması ve renginin koyulaşmasıdır. Penisin büyümeye başladığı en erken yaş 10, en geç 14, sıklıkla da 12 yaş olarak görülmektedir. Pubik kıllanma COH 2. aşamada gelişir. Sperm yapımının başlaması ve üreme sıvısı olan meninin ilk kez boşalması (spermarş) 13-16 yaşları arasında ve genellikle farkında olmadan olur (Styne, 2002; Derman, 2003; Schwitzgebel, 2004; SB, 2005).

Aksiller kıllanmanın belirmesi puberte ortalarına rastlar ve androjene duyarlı bölgelerde (yüz, göğüs, sırt, karın ve uylukların üst bölümü) kılların çıkmasını takip eder. Kıllanmanın görüldüğü en erken yaş 10.5, en geç yaş 14, sıklıkla 12 yaş olarak belirtilmektedir (Schwitzgebel, 2004; SB, 2005).

Kız çocuklarda, meme gelişiminin (telarş) ve pubik kıllanmanın (pubarş) başlaması ergenliğin ilk belirtisi olarak nitelendirilir. Genellikle 8 yaşından itibaren ve 13 yaşından önce (COH 2. aşama) gerçekleşir. Aksiller kıllanma ise genellikle pubik kıllanmadan bir yıl sonra başlar. Kıllanmanın en erken görülme yaşı 9, en geç yaşı 13-14 ve sıklıkla 11 yaştır. Memelerde tomurcuklama ve pubik kıllanmadan yaklaşık 2-4 yıl sonra menstruasyon başlar. Menarş, kızlarda üreme sisteminin olgunlaştığının en önemli belirtisidir. İlk adet kanamasının en erken başlama yaşı 9-10, sıklıkla 12-13, en geç başlama yaşı ise 17'dir (Rosenfield, 2002; Stang ve Story, 2005).

Tablo 2-2. Cinsel Olgunlaşma Hızı

CİNSEL OLGUNLAŞMA HIZI		
KIZLAR		
Meme Gelişimi	Derece	Pubik Kılınma
Puberte öncesi: İnfantil, gelişme yok	1	Puberte öncesi: Kılınma yok
Meme ve papillada tomurcuklanma ve areola çapında artma	2	Labiaların medial kenarında seyrek, hafif kıvrık, uzunca tüyler
Meme ve areola belirgin olarak büyümüş, areola ve papilla sınırı belli değil	3	Koyu renkte, kabarık, kıvrık kılınma, seyrek olarak pubis simfizine yayılmış
Meme daha kabarmış, areolada ikinci bir kabarık yapıyor	4	Erişkin benzer kılınma, bacakların medial kısımlarına yayılma yok
Erişkin tip ve miktarda büyüklükte	5	Erişkin tip ve miktarda kılınma, bacakların medial kısımlarına yayılma
ERKEKLER		
Puberte öncesi: İnfantil	1	Puberte öncesi: Kılınma yok
Peniste hafif büyüme, skrotum derisinde pigmentasyon	2	Penis kökünde seyrek, hafif pigmente, düz veya kıvrık, uzunca tüyler
Penis boy ve çevresinde belirgin büyüme, skrotumda belirgin pigmentasyon	3	Belirgin ve yaygın, koyu renkte ve kıvrık kılınma
Penis büyümesinin devam etmesi, skrotum pigmentasyonu ve pürükleme belirginleşmesi	4	Erişkin benzer kılınma, bacakların medial kısımlarına yayılma yok
Erişkin büyüklüğünde penis, erişkin görünümünde skrotum	5	Erişkin tip ve miktarda kılınma, bacakların medial kısımlarına yayılma

KAYNAK: Tanner, J.M. (1962). Growth at adolescence. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

2.1.3. Adölesan Döneminde Psikososyal ve Ahlaki Gelişim

Adölesanın psikososyal ve ahlaki gelişimi erken, orta ve geç adölesan evrelerinde birbirinden farklı özellikler göstermekle birlikte dikkat çeken en önemli özelliğin, duyguların yoğunluğundaki artış ve istikrarsızlık olduğu belirtilmektedir (Koç, 2004; Stang ve Story, 2005; Steinberg, 2007).

Erken Adölesan Dönemde Psikososyal Gelişim

Beden İmajı: Erken adölesan dönemde adölesanlar hızlı fiziksel değişikliklere karşı şaşkınlık, endişe vb. duyguları yaşarlar ve bu değişikliklere uyum için baş etme çabaları gösterirler (Çuhadaroğlu Çetin, 2003; Koç, 2004; Derman, 2008). Hızlı büyüme ve cinsel gelişimin etkileri kız ve erkeklerde farklılık gösterir. Bu durum erkeklerin akranları

arasında daha popüler olmasına ve lider konuma gelmesine neden olabilirken kızlarda düşük benlik saygısı, depresyon, anksiyete ve yeme bozukluklarına neden olabilmektedir (Stang ve Story, 2005).

Bilişsel Gelişim: Erken adölesan bilişsel gelişimin en önemli dönemidir. Adölesan dönemin başlarında bilişsel yetenekler, özet düşünme, egosentrizm ve impulsiv davranışlar ile baskılanmıştır. Somut düşünce hakimdir (burada ve şimdi), neden-sonuç ilişkisi az gelişmiştir (Çuhadaroğlu Çetin, 2003; Stang ve Story, 2005; Steinberg, 2007). Bilişsel gelişime paralel olarak, soyut işlemlere dayanan ahlaki olgunluğa yönelme de gelişir. Bu dönemde özel ahlak kurallarının yerine genel ve dinsel ahlak kuralları ön plandadır (Koç, 2004).

Kimlik: Bu dönemde ergen çevresindeki aile bireyleri, öğretmenler, arkadaşlar ve diğer kültürel olgulardan elde ettiği deneyimleri bütünleştirir, kendi özelliği haline getirir ve kimliğin yapıtaşlarını oluşturur (Çuhadaroğlu Çetin, 2003; Set ve ark. 2006; Steinberg, 2007).

Aile: Erken adölesan dönemi aile, arkadaşlar ve yaşam biçimini reddediş dönemi olarak görülür. Ergenler kendilerini çocuk ve yetişkinlik arasında kalmış bireyler olarak hisseder ve bu yoğun ve karmaşık duygular içinde kimi zaman uygun olmayan davranışlar gösterebilir. Öte yandan, anne babalar bir yandan çocuklarının büyümesini isterlerken, diğer yandan çocuklarının çocukluk yıllarındaki gibi kendilerine bağımlı yaşadıkları duruma özlem duyar. Karşılıklı olarak rol ve beklentilerin belirsizliğinden kaynaklanan iletişim kopuklukları ve gerginlikler yaşanabilir (Ercan, 2005; Derman, 2008).

Akranlar: Erken adölesan döneminde yakın arkadaşlıklar önem kazanmaya başlar, adölesan genellikle kendi cinsiyetinden bir ya da iki yakın arkadaşına sahiptir. Ergenler çoğu zaman kendilerini akranlarının gözünden görürler ve görünüm, giyim tarzı ve davranışlarının onaylanmaması benlik saygılarında azalmaya neden olabilir (Çuhadaroğlu Çetin, 2003; Ercan, 2005; Steinberg, 2007).

Cinsel Davranış: Bu dönemde ergenin cinsel davranışı yetişkin dönemindeki cinselliğe hazırlık, merak ve deneme yanılma niteliğindedir. Ergen bir taraftan

cinselliğinin farkında olup etkilerini sınamakta, diğer taraftan ise bu sınamanın verdiği tedirginliği yaşamaktadır (Ercan, 2005; Set ve ark., 2006).

Orta Adölesan Döneminde Psikososyal Gelişim

Beden İmajı: Bu dönemde fiziksel büyüme ve gelişmenin büyük bölümü tamamlanmıştır. Bununla birlikte, vücut bütünlüğünde ve bedeninde büyük değişiklikler olan kızlarda ve daha geç olgunlaşan erkeklerde beden imajı ile ilgili kaygılar devam edebilir (Özcebe, 2002; Stang ve Story, 2005).

Bilişsel Gelişim: Bu dönemde soyut düşünce biçimi olgunlaşmakla beraber stres altında somut düşünmeye geri dönme olabilir. Neden-sonuç ilişkisi kurulmaya başlamış olsa da hızlı fiziksel gelişime bağlı olarak ergenin kendini ölümsüz, kudretli ve karşı konulmaz hissetmesi nedeni ile riskli davranışlara eğilim söz konusudur (Ercan, 2005; Derman, 2008).

Kimlik: Adölesanın kendini doğru değerlendirebilmesi, dengeli ve sürekli bir öz/benlik kavramına sahip olabilmesi ve kendini kabul edebilmesi gibi bazı faktörler ergenin kişilik gelişiminde önemlidir. Yanı sıra ergen, ahlâk kurallarını, cezadan korktuğu için değil, uyulması gerekli kurallar olarak gördüğü için uygulamaya çalışır. Öte yandan ahlâkın toplumsallaşmasıyla birlikte ergende, “hak ve adalet” fikri de egemen olmaya başlar. Dolayısıyla ergenler, haksızlık yapan ve eşit davranmayan kimselere karşı sert tepki verirler (Koç, 2004).

Aile: Bu dönem anne babadan ayrılmanın artması ve duygusal özerkliğin gelişimi ile karakterizedir. Adölesanların riskleri önemsememesi, kendilerini her şeyi yapabilir olarak algılamaları ve otonomi istemeleri anne baba ile çatışmaya neden olur. Ailesinden gerekli anlayışı ve desteği alamayan ergen içinde yaşadığı bunalımı öfke, memnuniyetsizlik, şiddet ve can sıkıntısı olarak yansıtır (Çuhadaroğlu Çetin, 2003; Ercan, 2005; Derman, 2008).

Akranlar: Ailesi ile yaşadığı gerilim ergeni duygu ve düşüncelerini paylaşabileceği, sorunlarını tartışabileceği, yetişkin değerlerinden bağımsız bir değerler sistemi

edinebileceği akran grupları içinde yer almaya yöneltir (Çuhadaroğlu Çetin, 2003; Ercan, 2005; Stang ve Story, 2005; SB, 2005).

Cinsel Davranışlar: Bu dönemde cinsel ilişki, cinsiyet farklılıkları ile ilgilenme ve cinsel fantezilerin yerini cinsel deneyimler almaya başlar ve genellikle kısa süreli öpüşme, okşama gibi sınırlı cinsel davranışlarla cinsel yaşamın sınırları genişler (Ercan, 2005; Set ve ark., 2006).

Geç Adölesan Döneminde Görülen Psikososyal Değişiklikler

Beden İmajı: Beden imajı ile ilgili endişeler kaybolmuştur (Özcebe, 2002; Stang ve Story, 2005).

Kimlik: Geç adölesan dönemde, fiziksel değişikliklere ilişkin kuşkular kaybolmuş ve kendi kimliğini tanımlayabilme ve kabullenme gerçekleşmiştir (Özcebe, 2002; Çuhadaroğlu Çetin, 2003; Derman, 2008). Bu dönemin sonunda kimlik duygusu edinebilmiş gençlerde yakın ilişkiler kurma ve bu durumu sürdürebilme, iş ve eş seçebilme, toplum içinde erişkin rollerini üstlenebilecek sorumluluğa sahip olma becerileri gelişir (Set ve ark., 2006; Steinberg, 2007).

Bilişsel Gelişim: Soyut düşünebilme %60 oranında gerçekleşmiştir. Geleceğe yönelik bakış söz konusu olup, amaca yönelik olarak erteleme ve uzlaşma yeteneklerine sahiptir. Mantıklı ve gerçekçi bir bilinç gelişir (Ercan, 2005).

Aile: Ayrılma ve bireyselleşme süreci tamamlanması ile adölesan, ailesinden bağımsız davranarak kendi sorumluluklarını almaya başlar (Ercan, 2005; Derman, 2008).

Akranlar: Ergenlik döneminin sonlarına doğru ergen, akran gruplarından çok bireylerle ilgilenir. Karar/değerlerinde akranlarından daha az etkilenir (Çuhadaroğlu Çetin, 2003; Ercan 2005; Steinberg, 2007).

Cinsel Davranış: Cinsel aktiviteden daha öte cinsel kimlik kazanılmış ve uzun süreli ve duygusal ilişkilere hazırlanılmıştır (SB, 2005; Set ve ark., 2006).

2.2. ADÖLESAN/GENÇLERİN CİNSEL VE ÜREME SAĞLIĞI SORUNLARI

Gençler ve adölesanlar Cinsel ve Üreme Sağlığı (CÜS) yönünden yüksek risk altında bir gruptur. Yapılan çalışmalar tüm dünyada ve Türkiye’de adölesanların ve gençlerin CÜS gereksinimlerinin hızla arttığına dikkat çekmektedir. Bu konudaki araştırma raporları, adölesan ve gençlerin daha erken yaşlarda cinsel aktif olduklarına (Kvalem ve Traeen 2000; Kann ve ark., 2000; Thato ve ark., 2005; Kaya ve ark., 2007), daha çok güvenli olmayan cinsel davranışlar gösterdiklerine (Fawole ve ark., 1999; Jaworski ve Carey, 2001; Holschneider ve Alexander, 2003; Ateş ve ark., 2005; Öksüz ve Malhan, 2008), daha fazla planlanmamış gebelik ve düşük deneyimlediklerine (AÜSFP, 2004; Güner ve ark., 2005; CPS, 2006; Siyez ve Siyez, 2007) ve HIV dahil CYBE açısından yüksek risk altında olduklarına (Tyden ve ark., 1998; Kaljee ve ark., 2005; Gutierrez ve ark., 2006) işaret etmektedir.

Buna karşın gençlerin CÜS sorunları gözardı edilmekte, bilgi ve hizmetlere ulaşmaları sınırlı kalmaktadır. Bu kapsamda istenmeyen gebeliklerin, CYBE ve komplikasyonların önlenmesi, sağlıklı-güvenli üreme ve cinsel davranışın kazandırılması için adölesanlara ve gençlere yönelik hizmetlerin sağlanması önerilmiştir (SB, 2005).

2.2.1. Erken Yaşta Cinsellik

Cinsel yaşama başlama, CÜS’ını etkileyen en önemli etmenlerden biridir (Giray ve Kılıç, 2004; Aras ve ark, 2005; CETAD, 2006). Birçok toplumda, evlilik dışı cinsel ilişkiye karşı birtakım kültürel tabular söz konusu olmakla birlikte, Müslümanlık, Hristiyanlık ve Musevilik gibi üç büyük din cinsel yaşamın evlilik kurumu içinde yaşanması gerektiğini savunmaktadır. Türk toplumunda ise, cinsel tutum ve davranışlar açısından sosyo-kültürel grupların (kadın/erkek, kentsel/kırsal bölge, yaş, eğitim düzeyi) farklı özellikler gösterdiği bilinmektedir (TNSA, 2004). Örneğin; toplumumuzun %30’unun yaşadığı kırsal bölgede geleneksel tutucu yaklaşımların etkileri sürmektedir. Bir çok kişi cinselliğin açıkça konuşulmasını bir tabu olarak görmekte, kadınlara evlilik dışı cinsel ilişkiyi yasaklamaktadır. Ancak, kadın için yasaklanan cinsellik, erkek için izin verilmekten öte beklenen bir etkinlik olarak görülmektedir (Aras ve ark., 2005).

Bu düşünce gençlerin arasında dahi büyük oranda destek bulmaktadır. Örneğin; Kaya ve arkadaşları (2007) çalışmasında, gençlerin sadece %6.8'i cinsel deneyimi doğal karşıladığını ve %33'ü ise kadınlar için bekaretin önemli olduğunu belirtmiştir.

İlk cinsel ilişkinin başlama yaşı kültürlere göre değişmekle birlikte, genellikle adölesan döneminin ortalarına ya da sonlarına rastlamaktadır. Avrupa ülkelerinden İngiltere, Norveç ve İspanya'da yapılan çalışmalarda (Short, 1998; Kvaalem ve Traeen, 2000; Hidalgo ve ark., 2000) kız adölesanların yaklaşık %16-52 oranlarında, erkek adölesanların %21-41 oranlarında cinsel ilişki yaşadıkları gösterilmiştir. Yeni Zelenda'da ilk cinsel deneyimlerin üçte birinin 16 yaşından önce gerçekleştiği bildirilmiştir (Nash, 2002). Kanada'da yapılan bir çalışmada 12-15 yaş arasındaki adölesanların %18'inin oral cinsel birleşme deneyimi yaşadığı ifade edilmiştir (Boekeloo ve Howard, 2002). Geleneksel normları evlilik öncesi cinselliği onaylamayan Tayland'da erkek lise öğrencilerinin %23'ünün, kız öğrencilerin %15'inin evlilik öncesi cinsel ilişki deneyim yaşadığı belirtilmiştir (Thato ve ark., 2005).

Hidalgo ve arkadaşları (2000) çalışmalarında İspanya'da erkeklerde ilk cinsel ilişki yaşı 15.4, kızlarda ise 16.1 olarak göstermiştir. El Salvador'da ise kadınlarda ilk cinsel ilişki yaşı 16.4-16.7 olarak belirtilmiştir (London ve Robles, 2000). Vietnam da ise ilk cinsel ilişki yaşı erkeklerde 15.8, kızlarda ise 16.3'dür (Fawole ve ark., 1999). Karayipler'de 10-24 yaş arasındaki gençlerde ilk cinsel ilişki yaşı kızlarda 14, erkeklerde 11 olarak belirtilmiştir (Kurtz ve ark., 2005). Meksikalı adölesan erkekler ilk cinsel ilişki yaşı 14.9, kızlarda ise 15.8'dir (López-Rosales ve Rubia, 2001).

Ülkemizde yapılan çalışmalar adölesan ve gençlerin cinsel olarak aktif hale gelme oranlarının geçmişe göre artmakta olduğuna dikkat çekmektedir. Lise çağındaki adölesan erkekler için belirtilen oranlar %34-57, kızlarda %2-22 arasında değişmektedir (Aras ve ark., 2005; Siyez ve Siyez, 2007; Korkmaz Çetin, 2008).

Üniversiteli gençlerde yapılan çalışmalarda ise, erkeklerde %25-81, kızlarda %5-30 (Yurdakul ve ark., 2005; Kaya ve ark., 2007), her iki cins için %28-57 (Dönmez, 1999; Güner ve ark., 2005; Ergene ve ark., 2005) oranlarında cinsel birleşme deneyimi rapor edilmiştir. Kırmızıtoprak (2007) 15-24 yaş arası 977 gencin yaklaşık %20'sinin cinsel birleşme ile

sonuçlanan ilişkilerinin olduğunu bildirmektedir. Türkiye’de ilk cinsel ilişki yaşı kızlarda 16.5-19.5, erkeklerde 15.7-19.0 (Aras ve ark., 2005; CETAD, 2006; Öksüz ve Malhan, 2008), her ikisi için 17.6 (Kırmızıtoprak, 2007) olarak belirtilmiştir.

Cinselliğin sosyal boyutu ile ilgili literatürde, kadınları cinsel ilişkiye yönlendiren en önemli etkenin aşk (%58-91), erkeklerde ise fiziksel zevk ve merak olduğu (%55-84) bildirilmiştir (Short, 1998; Aras ve ark., 2005).

Gençlerin ilk cinsel deneyimlerini yaşadıkları kişilerle ilgili Türk gençleri üzerinde yapılan çalışma sonuçları da ilgi çekicidir. Buna göre, evli olmayan gençlerin %26-43’ü para karşılığı tanımadığı biri ile, %43-56’sı sevgilisi, arkadaşı veya tanıdığı biri ile ilk cinsel ilişki yaşamıştır (Aras ve ark., 2005; Kırmızıtoprak, 2007; Kaya ve ark., 2007).

2.2.2. Güvenli Olmayan Cinsel Davranışlar

Gençler farklı yaşantılara ve güvenli olmayan cinsel davranışlara açık bir gruptur. Cinsel davranışlar tam cinsel birleşme (koital) ve tam birleşme olmayan davranışlar (öpuşme, memelere ve genital bölgeye dokunma) olarak tanımlanmaktadır. Kondomlar, HIV/CYBE’den korunmaya ek olarak istenmeyen gebelik riskinin azaltılmasında da etkili yöntemlerdir (Kayhan, 2005). Ancak, yetersiz bilgi, kondom elde etmede, satın almada zorluklar ve kondom kullanmaktan hoşlanmamak gibi nedenlerle kullanım sıklığı beklenenin altındadır (Ateş ve ark., 2005; Kaya ve ark., 2007).

Bireylerin özellikle ilk cinsel ilişki davranışını kondom kullanarak yaşamış olmalarının güvenli cinsel davranışları daha kolay içselleştirmeye neden olduğu belirtilmektedir (Polat, 2008). Meksika’lı adölesanların %32’sinin ilk cinsel ilişkide kondom kullandığı, %34’ünün ise ilk cinsel ilişkiyi planladığı belirtilmiştir (López-Rosales ve Rubia, 2001). Türkiye’de yapılan üç çalışmada ilk cinsel ilişki deneyiminde kondom kullanma oranı %55-66 oranları arasında gösterilmiştir (Aras ve ark., 2005; Kaya ve ark., 2007; Öksüz ve Malhan, 2008). Buna karşın çalışmalar, kondom kullanma sürekliliğinin yeterli düzeyde olmadığına dikkat çekmektedir. Türkiye’de lise öğrencilerinde yapılan bir çalışmada cinsel ilişkide bulunanların %67’si hiç kondom kullanmamıştır (Sarp ve ark., 2001). Türk üniversiteli gençlerde ise %54-%90 oranında

korunmasız cinsel ilişki tanımlanmıştır (AÜSFP, 2004; Güner ve ark., 2005; Ateş ve ark., 2005; Kaya ve ark., 2007).

Amerika’da lise öğrencilerinde 1991-1997 yılları arasında yapılan bir çalışmada son cinsel birleşmesinde kondom kullananların oranı anlamlı şekilde artarken (%46’dan %57’e), doğum kontrol hapi kullanımı (%21’den %17’e) ve geri çekme yönteminin kullanımı %18’den %13’e anlamlı olarak azalmıştır (Everrett ve ark., 2000). Haiti ve Amerika’da yapılan iki çalışmada son cinsel ilişkide kondom kullanmayanların oranı %63 ve %58 olarak bildirilmiştir (Kann ve ark., 2000; Holschneider ve Alexander 2003). Hidalgo ve arkadaşları’nın (2000) çalışmasında, cinsel deneyimi olan Meksikalı adölesanların %69’u cinsel ilişki sırasında kondom kullanmaktadır.

Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların bulaşmasında birincil neden korunmasız cinsel ilişki olmakla birlikte riski arttıran başka davranış biçimleri de vardır. Bunlardan bazıları birden fazla cinsel eşe sahip olmak, seks işçileri ile ilişkide bulunmak veya cinsel eşin birden fazla cinsel eşinin olmasıdır. Tüm bu davranış biçimleri çok eşlilik olarak adlandırılmakta ve risk oluşturmaktadır (Özarmağan ve Yazganoğlu, 2005). Amerika’da kız yüksekokul öğrencilerinin %48’inin üç ve daha fazla cinsel eşinin olduğu, %68’inin son iki ayda korunmasız cinsel birleşme deneyimlediği gösterilmiştir (Jaworski ve Carey, 2001).

2.2.3. Planlanmamış Gebelikler ve Düşükler

Gençlerin üreme sağlığı ve ilgili konulardaki bilgi eksikliği, Aile Planlaması (AP) hizmetlerine ulaşamama nedeniyle yöntemlerin kullanılmaması, yöntemlerin yanlış ya da başarısız kullanılması planlanmamış gebelik ile sonuçlanabilmektedir (Başer, 2000). Yirmiyaş altındaki gebelikler adölesan gebelik olarak tanımlanmaktadır (CPS, 2006).

Gelişmiş ülkelerdeki istenmeyen ve planlanmamış gebeliklerin çoğu evli olmayan adölesanlarda görülmektedir. Dünyada tüm yeni doğanların onda birinden daha fazlası olan 15 milyon bebek, adölesan annelerden doğmaktadır (CETAD, 2006). Vietnam’da 2003 yılında, 82 düşükten birinin 24 yaş altındaki kadınlarda olduğu rapor edilmiştir (Kaljee ve ark., 2005). Kanada’da 2003 yılında 33.553 gebeliğin, 20 yaş altındaki genç

kızlarda olduğu ve bu yaş grubunda gebelik hızının 1000/27, 18-19 yaş grubunda 1000/54 olduğu belirtilmiştir (CPS, 2006).

Adölesan gebelikler genel anlamda riskli gebelikler olarak kabul edilmektedir. Yirmi yaşından önce gebe olan ergenler, diğer kadınlara göre daha çok gebelik zehirlenmesi (eklampsisi) ve zor doğum sorunu yaşamaktadırlar. Adölesan annelerin bebeklerinde düşük doğum ağırlığı, prematürelilik, perinatal mortalite ve morbitide daha fazladır (Başer, 2000; SB, 2005; CETAD, 2006). Bu nedenle özellikle gençlerin riskli cinsel davranışlarından sonra acil kontraseptif haplar konusunda bilgilendirilmesi, gebeliklerin erken teşhis edilmesi ve medikal olarak sonlandırılması üzerinde durulmaktadır (CPS, 2006).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2004) bulgularına göre, ölkemizdeki gebeliklerin %2'sinde anne yaşı 15, %23'ünde ise 19'dur. Ancak, Türkiye'deki farklılık adölesan gebeliklerin çoğunun erken yaşta evliliğe bağlı ve istenilen gebelik olmasıdır. Türkiye'de evli olmayan üniversiteli gençlerde yapılan çalışmalarda %0.3-19 oranlarında planlanmamış gebelik deneyimlendiği gösterilmiştir ve bu gebeliklerin büyük çoğunluğu (%70) sonlandırılmıştır (Özkan, 1994; AÜSFP, 2004; Güner ve ark., 2005; Kaya ve ark., 2007; Siyez ve Siyez, 2007).

2.2.4. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, başlıca bulaşma yolunun koruyucu bariyer olmadan penisin ağıza, vajinaya ya da anüse penetrasyonu ile gerçekeşen bir grup bulaşıcı hastalık olarak tanımlanmaktadır (Özgölnar, 2006). Günümüzde tanımlanmış 30 dan fazla bakteriyel, viral ya da parazit etkeni cinsel yolla bulaşabilmektedir (WHO, 2007). Bu enfeksiyonlardan korunmada bariyer yöntem olarak kondomlar, servikal başlık ve diyafram ele alınmaktadır (Kayhan, 2005). Cinsel ilişki ile bulaşan enfeksiyonlar gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ölkelerde önemli halk sağlığı sorunlarından birini oluşturmaktadır. Ancak tüm dünyada CYBE yönelik farkındalık 1980'li yıllarda HIV/AIDS'in ortaya çıkması ile artmıştır.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gençler arasında CYBE görülme sıklığı artmaktadır. Özellikle, gençlerde CYBE genellikle belirtisiz geçmesi, hastalığın fark edilmesine ve tedavi için başvurulmasına engel olmaktadır (CETAD, 2006).

Dünyada her yıl 340 milyondan fazla bakteriyel ve protozoal CYBE geçiren vakalar ortaya çıkmaktadır (WHO, 2007). Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2003) tarafından her yıl 20 gençten birinin tedavi edilebilir bir CYBE' na yakalandığı bildirilmektedir. Amerika'da yıllık tanılanan 15 milyon yeni CYBE vakasının üçte ikisi 25 yaş altındadır ve kız yüksek okul öğrencilerinde CYBE prevelansı %7 ile %13 arasındadır (Jaworski ve Carey, 2001). Vietnam'da 2000 yılında 150.000 sifilis, 150.000 gonore, 500.000 klamidyaya olmak üzere yaklaşık 1 milyon yeni CYBE vakası rapor edilmiştir (Kaljee ve ark., 2005). Meksika'da düşük sosyo-ekonomik düzeydeki adölesanlarda yapılan bir çalışmada cinsel aktif olan katılımcıların (%18) yaklaşık %8'inde klamidyaya belirlenmiş, %12'sinin Herpes Tip-2 Antikorları pozitif bulunmuştur (Gutierrez ve ark., 2006). İsveç'te üniversite öğrencilerinin %9'unda Human Papilloma Virüs (HPV), %3'ünde klamidyaya, %17'sinde üretrit, servisit, %5'inde kandida ve %6'sında bakteriyel vajinozis tanılanmıştır (Tyden ve ark., 1998).

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların anne ve çocuk sağlığı açısından ciddi riskleri bulunmaktadır. (Özgülnar 2006; WHO, 2007). Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2001) tedavi edilmemiş gonokok ve klamidyaya enfeksiyonlu kadınların yaklaşık %40'a yakınında Pelvik İnflamatuvar Hastalığın (PIH) geliştiğini, dörtte birinin infertil olduğunu, %18'inin pelvik ağrı deneyimlediğini ve %9'unun yaşamını tehdit eden tubal gebelik yaşadığını belirtmektedir. Bu enfeksiyonlar gebelik ve doğum sürecinde annenin yanı sıra fetusu da etkilemekte, yenidoğan pnömonisi, göz ve merkezi sinir sistemi enfeksiyonu ve yenidoğan ölümü gibi çok ciddi sağlık sorunlarına neden olmaktadır (Özgülnar, 2006). Araştırmalarda sifilisli gebelerin üçte ikisinden fazlasında amniotik sıvıya etkenin geçişiyle fetusun enfekte olduğu ve enfekte gebeliklerin %40'ının perinatal ölüm, %14'ünün yenidoğan ölümü, %25'inin ölü doğum ile sonuçlandığı gösterilmiştir. Dünyada her yıl 4000 bebekte annesindeki tedavi edilmemiş gonokok ve klamidyaya enfeksiyonu nedeniyle körlük geliştiği ve bu hastalıklar nedeniyle gelişmekte olan ülkelere ekonomik kayıpların %17 olduğu bildirilmektedir (WHO, 2007).

Diğer CYBE daha sıklıkla ortaya çıkmakla birlikte, HIV/AIDS günümüzde en önemli küresel sağlık sorunlarından biri olma niteliğini korumaktadır. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS, 2006) raporunda HIV vaka sayısı 39.5 milyon (34.7-47.1 milyon) olarak belirtilmektedir. Bir sonraki yıl ise aynı rapora göre, dünya üzerinde HIV/AIDS'le yaşayan kişi sayısı yaklaşık olarak 33 milyondur (30.6-36.1 milyon) ve bu sayının 30.8 milyonu (28.2-33.6 milyon) erişkin, 15.4 milyonu (13.9-16.6 milyon) kadın, 2.5 milyonu 15 yaş altındaki çocuklardan (2.2-2.6 milyon) oluşmaktadır. Ayrıca 2007 yılında 2.5 milyon kişi yeni enfekte olurken, 2.1 milyon kişi hastalık nedeniyle yaşamını yitirmiştir (UNAIDS, 2007).

Dünyada bölgelere göre HIV taşıyıcısı ve AIDS hastalarının epidemisi farklılık göstermektedir. Taşıyıcı prevalansı en fazla olan bölge Sahra-altı Afrika'dır (22.5 milyon). Bu oran Orta-doğu ve Kuzey Afrika'da 380 000, Güney ve Güney-doğu Asya'da 4 milyon, Doğu Asya'da 800 000, Latin Amerika'da 1.6 milyon, Karayipler'de 230 000, Batı ve Merkez Avrupa'da 760 000, Kuzey Amerika'da 1.3 milyon ve Okyanusya'da 75 000 olarak rapor edilmiştir (UNAIDS, 2007). Son UNAIDS raporunda HIV/AIDS insidansında dikkat çeken azalmanın nedeninin epideminin en çok görüldüğü Hindistan ve Sahra-altı Afrika'daki Angola, Kenya, Mozambik, Nijerya ve Zimbabwe'deki hastalığın azaltılmasına yönelik çabalar olduğu tahmin edilmektedir (UNAIDS, 2007).

Türkiye'ye de ise, 1985'teki ilk olgudan itibaren olgu sayısı 2008 yılı Haziran ayı itibariyle 3175 kişiye ulaşmıştır. Vakaların 682'si AIDS ve 2493'ü taşıyıcıdır. Vakaların %69'u erkektir ve %58'i korunmasız cinsel ilişki, %8'i eşcinsel ilişki, %4'ü damar içi madde kullanımı ile hastalığı almıştır (SB, 2008). Türkiye'nin de içinde bulunduğu, Doğu Avrupa ve Merkez Asya bölgesinde 2007 yılında yaklaşık 150 000 kişi (70 000–290 000) yeni enfekte olmuştur ve toplam vaka sayısı 1.6 milyon (1.2–2.1 milyon) kişiye ulaşmıştır. Yeni vakaların yaklaşık olarak %90'nı Rusya Federasyonu (%66) ve Ukrayna'da (%21) rapor edilmiştir. Bu ülkelerden bazılarındaki vaka sayıları Kazakistan'da 1745, Moldovya'da 621, Rusya Federasyonun'da 370 000, Ukrayna'da 16 094 ve Özbekistan'da 2205 olarak bildirilmektedir. Doğu Avrupa ve Merkez Asya'da rapor edilen yeni vakaların %62'si damar yolu madde kullanımı, %37'si korunmasız heteroseksüel cinsel ilişki yolu ile hastalığı almıştır (UNAIDS, 2007).

Türkiye'deki vaka sayısının global olarak bölgelerdeki vaka sayısına oranla düşük olduğu görülmekle birlikte artış hızının çok yüksek olduğuna dikkat çekilmekte, vakalar ve risk altındaki gruplarla ilgili bilgilerin sınırlı olduğu belirtilmektedir.

Dünyanın hemen her yerinde ve Türkiye'de HIV/AIDS salgını en ağır biçimde genç yaş gruplarını etkilemektedir. Adölesan ve genç erkeklerin çoğunun HIV ile enfekte erkekler ile cinsel temasla, kadınların ise heteroseksüel cinsel temasla hastalığı aldığı belirtilmiştir (WHO, 2007). Meksika da 11-19 yaş grubundaki 10 000 adölesandan birinin AIDS tanısı aldığı belirtilmektedir (Lopez-Rosales ve Rubia, 2001). Vietnam'da AIDS vakaların %53.6'sı 15-24 yaş grubundadır (Kaljee ve ark., 2005).

Günümüzde penisilin ve diğer antibiyotiklerin tedavide kullanılmasıyla birlikte bakteriyel CYBE'larda bir azalma söz konusu olmuştur. Ancak genital herpes, genital siğiller ve AIDS gibi viral CYBE epidemileri halen ön plandadır. Özellikle HIV'e yönelik aşı çalışmalarına karşın, günümüze dek başarılı bir aşı geliştirilmesi mümkün olmamıştır. Üstelik gelecek 10 yıl içinde sterilizan bir HIV aşısının üretilmesinin olanaklı olmadığı, hatta bunun tamamen olanaksız olduğu ile ilgili görüşler vardır (Yenen, 2005). Bununla birlikte Antiretroviral Tedavi (ART) adı verilen tedavi rejimleri virüs yükünü azaltarak hastalığın ilerlemesine, fırsatçı enfeksiyonların ve kanserlerin oluşmasını engelleyerek yaşam kalitesinin artmasına büyük katkı sağlamıştır. Bu amaçla 20 den fazla ruhsatlı antiretroviral ilaç kullanılmaktadır (Fincancı, 2005).

2.2.5. Hizmetlere Ulaşamama

Gençler başta kültürel nedenler olmak üzere bir çok engel nedeniyle üreme sağlığı konularında yeterli/doğru bilgiye ve hizmete ulaşamamaktadır. Genel olarak, genç insanların sağlıklı bir grup olduğu varsayılmakta ve hizmete gereksinim duymadıkları düşünülmektedir (CETAD, 2006). Ayrıca gençler cinsellik ile ilgili konuşmayı ve riskli davranışları paylaşmayı rahatsız edici bulduklarından bilgi ve hizmet almaktan kaçınmaktadırlar. Diğer taraftan Aile Planlaması hizmetlerinde kayıt zorunluluğunun olması gençlerin bu hizmetlere başvurmamalarına ve sorunlarını eczane, özel hekim ve uygun olmayan kaynaklar ile çözmeye çalışmalarına neden olmaktadır (Kalaça ve Çokar, 2006).

“Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler” araştırmasına göre (2004); üniversite öğrencilerinin %85'i CÜS ile ilgili herhangi bir hizmet almadığını belirtmiştir. Bulut ve Ortaylı (2004) ise birinci basamakta hizmet veren sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısının gençlere sundukları CÜS hizmetlerini yeterli bulmadığını belirtmiştir. Başka bir çalışmada ise bu konuda profesyonel hizmet aldıklarını belirten kadınların bu hizmeti evlilikten sonra, erkeklerin ise gençlik dönemi sonlarında aldıkları belirtilmiştir (CETAD, 2006).

2.2.6. Bilgi Eksikliği

Türkiye’de gençlerin büyük çoğunluğu CÜS konularında annesi ve babası ile hiç konuşmamaktadır (AÜSFP, 2004; Korkmaz Çetin, 2008). Sivas ilinde 1045 kız ortaöğrenim öğrencisi ile yapılan bir çalışmada %45.5’i cinsellikle ilgili konulardaki bilgilerini kısmen yeterli bulurken, %39’u cinsellikle ilgili konularda anneleri ile olan iletişimlerini yetersiz olarak değerlendirmiştir (Bulut, 2006). Kaya ve arkadaşları’nın (2007) çalışmasında ise erkek öğrencilerin sadece %8’inin, kız öğrencilerin %6’sının aileleri ile cinsel konuları rahatlıkla konuştukları belirlenmiştir.

Aile içinde rahatça ifade edilemeyen cinsel konular, eğitim sisteminde de kendine yer bulamamıştır. Cinsel ve üreme sağlığı çalışmaları, az sayıda öğrenciye ulaşabilen pilot uygulamalar ile sınırlı kalmıştır (ESBG, 2002). Bunların sonucunda, ülkemizde ergenlerin cinsel konulardaki başlıca bilgi kaynakları arkadaşlar, kitle iletişim araçları, internet ve özellikle pornografik yayınlar olmaktadır (Bulut ve Ortaylı, 2004; Kaya ve ark., 2007). Korkmaz Çetin ve arkadaşları’nın (2008) sekiz yıl ara ile erkek ergenlerin cinsel bilgi kaynaklarının değişimini değerlendirdikleri çalışmanın sonuçları aileden bilgi edinmenin 1.6 kat, pornografik filmlerden bilgi edinmenin 2.9 kat arttığını göstermiştir.

Cinsel eğitimin önündeki engellerin başında gençlerin cinsel aktivitelerinde artış olacağına olan inanç gelmektedir. Oysa cinsel eğitim ve HIV eğitim programlarının cinsel etkinlikler üzerine uyarıcı etkisinin olmadığı, bu etkinlikleri artırmadığı, tam tersine cinsel davranışı erteleyerek, azaltarak ya da kondom kullanımını artırarak riskli cinselliği azalttığı bildirilmektedir (WHO, 2003b).

Cinsel sağlık bilgileri eğitiminin ne zaman verilmesi gerektiği de tartışılan diğer önemli bir konudur. Erken yaşlardan başlayarak çocukların aile ve okul işbirliği ile bilgilendirilmesi cinsel eğitimde en sağlıklı yoldur (Bulut ve Ortaylı, 2004). Gençlerin cinsel eğitimlerinin ilköğretimin erken dönemlerinden başlayarak müfredat içerisinde yer alması en ideal yaklaşım olarak belirtilmekte ve özellikle erkek çocuklara üreme sağlığı eğitiminin cinsel aktif olmadan verilmesi gerektiğinin önemi vurgulanmaktadır (Short, 1998). Öğrencilerin bu konudaki görüşlerinin sorgulandığı bir çalışmada yaklaşık %56'sı ortaokulda, %21'i lisede CÜS eğitiminin verilmesi gerektiğini belirtmiştir (Kaya ve ark., 2007).

Bir çalışma, öğrencilerin bilgi almak istedikleri konuların başında CYBE'ların (%74) ve ilk cinsel deneyimin (%56) geldiğini, bu bilgiyi uzman hekim ve hemşireden ve yüz yüze görüşerek almak istediğini (%89) göstermiştir (Kaya ve ark., 2007).

Konu ile ilgili yürütölen çalışmalarda öğrencilerin CÜS konularındaki bilgi gereksinimlerinin de oldukça fazla olduğuna dikkat çekilmektedir. Trabzon ilinde yapılan bir çalışmada öğrencilerinde AP ve CYBE hakkındaki bilgi düzeyleri düşük olarak bulunmuştur ve en çok bilinen CYBE "AIDS" olarak belirtilmiştir (%95) (Topbaş, 2003). şerifhan İlęün ve arkadaşları (2005), Yurdakul ve arkadaşları'na (2005) göre üniversiteli gençlerin yaklaşık yarısının AP ve CYBE bilgi düzeyleri yeterli değildir. Demirtaş (2005) ise üniversiteli gençlerin sadece %18'inin CYBE bilgi düzeyinin yeterli olduğunu belirtmektedir.

2.3. AKRAN EĞİTİMİ

Akran terimi bir kişi ile aynı yaşta, durumda ve yetenekte olan diğeri bir kişiyi tanımlamaktadır. Eğitim ise, bir öğrenme süreci sonrasında bilgi, tutum ya da inanç ve davranış yönünden gelişmektir. Akran eğitimi (AE), bir yaklaşım, bir iletişim kanalı, bir yöntem, bir felsefe ve bir strateji olarak tanımlanan popüler bir kavramdır (Kelly, 2004; Campbell, 2005). Akran eğitimi, sosyal etkileşimi olan, birbirleriyle eşit statüde yer alan, benzer tutum ve davranışa sahip olan gruplarda bilgi, davranış ve tutum değiştirmek amacıyla yapılan planlı bir eğitim modelidir (Stakic ve ark., 2003).

Akran eğitiminin amacı, akran eğitimci olarak eğitilmiş kişilerin genç insanların güvenlerini, kapasitelerini ve liderlik becerilerini geliştirmesidir (Campbell, 2005). Bu kapsamda AE kavramının dışında Akran Danışmanlığı (AD), akran liderli eğitim, akran destekli öğretim, akran grubu, akran grubu eğitimi gibi kavramların aynı amaçla kullanıldığı belirtilmektedir (Özakbaş, 2005).

2.3.1. Akran Eğitimi Neden Gereklidir?

Yapılan çalışmalar, gençlerin riskli ve güvenli davranışları üzerinde akranların büyük etkisi olduğuna işaret etmektedir (Yıldırım ve Apan, 2001; Bulut ve Ortaylı, 2004; Temiz ve ark., 2005). Bu noktada AE, davranışlar üzerine akran etkisini olumlu yönde kullanmayı amaçlamaktadır. Akran eğitimi sürecinde eğitimci ve katılımcı olarak etkin rol alan gençlerin, benzer toplumsal rollere sahip olmaları nedeniyle bilgi geçişinin daha kolay olduğu vurgulanmaktadır (Ebreo ve ark., 2002; Stakic ve ark., 2003; Kelly, 2004). Akran eğitiminde, akranların birbirlerine cesaret vermesinden, gençlerin akranları yanında kendilerini rahat hissetmelerinden, otoritenin yanında yapamadıkları uğraşları akran grubunda yapıyor olmalarından, kendi tutumlarını, yargılarını akran grubunda daha rahat ifade etmelerinden yararlanılır (Y-PEER, 2003; Caron ve ark., 2004). Akran eğitimciler fikir veren ya da yargılayan konumunda olmaktan çok, genç olmanın anlamını ve zorluklarını bilen, bazı konularda daha bilgili ve dolayısıyla tavsiyelerde bulunan bir arkadaş olarak algılanmaktadır (CETAD, 2006). Akran eğitimi genç insanların kendilerini ilgilendiren konularda etkinliklere katılmalarına ve sağlıklarını koruyabilmek için gerekli bilgi ve hizmetlere ulaşabilmelerine fırsat yaratır. Aynı zamanda AE, profesyonel kişiler tarafından yürütölen pek çok eğitim yöntemine göre daha düşük maliyetli bir yöntem olarak belirtilmektedir (Ebreo ve ark., 2002).

2.3.2. Davranışsal Teoriler ve Akran Eğitimi

Bir AE programı yürütürken amaç; belirlenen hedef grup için önerilen bir davranış biçimini yerleştirmek ya da riskli bir davranış biçimini ortadan kaldırmaktır. Bu bağlamda, insanların yeni davranış biçimlerini neden ve nasıl benimsediğini açıklayan davranışsal teorilerin bilinmesi, AE programlarının planlanmasına katkı sağlayacaktır. Sosyal Bilişsel Model, Sağlık İnanç Modeli, Transteoretik Model ve Bilgi-Davranış-Motivasyonel Beceriler Modeli AE ile kullanılabilecek davranışsal modellerdir (Stakic ve ark., 2003).

Sosyal Bilişsel Teori- SBT: Psikolog Albert Bandura tarafından 1967 yılında geliştirilmiştir. Bu teori sağlık davranışı değişiminde bireysel faktörlerin çok ötesine geçmiş, çevresel ve sosyal faktörleri de içine alan en kapsamlı insan davranışı modeli olmuştur. Sosyal Bilişsel Teori insanların ne düşündüğünü ve bunun davranışları üzerindeki etkisi üzerinde durur. Sosyal Bilişsel Teori birçok davranışın öğrenilen tepkiler olduğunu ve değiştirebildiğini farzeder. Bandura'ya göre insanlar, (1) kendisi ile benzer kişilerin/akranlarının davranışlarını gözlemleyerek ve örnek alarak, (2) davranış için gerekli becerileri eğitim yolu ile kazanarak öğrenirler (UNAIDS, 2000; Stakic ve ark., 2003).

Sosyal Bilişsel Teori, davranışı *karşılıklı* dayalı ve her biri diğerini açıklayan üç kilit kavram ile tanımlar. *Karşılıklı belirleyicilik* Sosyal Bilişsel Teori'nin temel düzenleyici ilkesini oluşturur. Bu önemli kavram, birey, çevre ve davranış arasında sürekli ve dinamik bir etkileşim bulunduğunu ifade eder. Bu faktörlerden herhangi birindeki bir değişiklik diğer ikisine de etki eder. Sosyal Bilişsel Teori, üç ana kavramın her biriyle ilgili bir çok yardımcı kavramı da içerir (Stakic ve ark., 2003) (Tablo 2-3).

Tablo 2-3. Sosyal Bilişsel Teorinin Kavramları

Kavramlar	Açıklamalar
Çevresel	Kişinin dışındaki faktörler
Durum	Kişinin çevreyi algılayışı
Davranışsal beceri	Kişinin bir davranışı gerçekleştirmedeki bilgi ve becerileri
Beklentiler	Kişinin bir davranışın sonucuyla ilgili umutları
Tahminler	Kişinin sonuçların ne kadar iyi veya kötü olabileceğini değerlendirmesi
Öz-kontrol	Kişinin kendi davranışını düzenlemesi
Gözlemle öğrenme	Başka birini bir şeyi yaparken izleyerek ve sonuçları gözlemleyerek yeni bir davranış edinme
Destekler	Kişinin kazandığı davranışı sürdürmesini sağlayan dış tepkiler
Öz-yeterlik	Kişinin bir davranışı gerçekleştirebileceğine olan öz-inancı
Duygusal başa çıkma tepkileri	Kişinin olaylar ve deneyimlerle duygusal olarak başa çıkması için kullandığı stratejiler
Karşılıklı belirleyicilik	Kişinin, davranışın ve çevresinin dinamik etkileşimi

Sağlık İnanç Modeli-SİM: Sağlık İnanç Modeli 1950’li yılların başında; Godfrey Hochbaum, Stephen Kegels ve Irwin Rosenstock isimli sosyal psikologlar tarafından geliştirilmiştir. Model sağlık davranışlarının algılanan ciddiyet, yatkınlık, yarar ve engeller ile açıklanmasını sağlar. Modele 1988 yılında Rosenstock, Stretcher ve Becker tarafından iki kavram daha eklenmiştir. Bunlar; güven algısı (confidence) ve sağlık motivasyonu algısıdır (health motivation) (UNAIDS, 2000; Stakic ve ark., 2003).

Sağlık İnanç Modeli’nin en güçlü kavramları önerilen davranış için kişi tarafından algılanan “engeller” ya da davranış değişiminin maddi ve manevi “yararları”dır. Bu modele temellenmiş AE programları algılanan engellerin azaltılmasına odaklanır. Bununla birlikte bu modelin davranış üzerinde etkili olan alışkanlıkları, tutumları ve duyguları yeterince açıklamadığı ve AE’nde bu model kullanılırken kültür, sosyal etki, sosyo-ekonomik durum, kişisel deneyimler gibi faktörlerin de üzerinde durulması gerektiği önerilmiştir (Stakic ve ark., 2003; AER, 2004).

Transteoretik Model-TTM: Transteoretik Model Prochaska ve DiClemente tarafından geliştirilmiştir. Bu model, bilişsel ve davranışsal değişim süreçlerini, değişim konusunda bireyin kendine olan güvenini, karar alma algısını ve değişimi zorlaştıran baştan çıkarıcı faktörleri içerir. Modele göre değişim bir sonuç değil süreçtir ve davranış değiştirme aşamalar aracılığı ile ilerler. Değişim aşamaları, bireyin davranış değiştirmedeki ilgi ve motivasyonunu yansıtan düşünmeme, düşünme, hazırlık, hareket, devam ettirme, relaps (eski davranışa geri dönme) aşamalarından oluşur.

Bununla birlikte AE’nde bu model kullanılırken bireyin harekete geçmesini ve değişime direnç göstermemesini sağlamada içinde bulunduğu değişim aşamasına uygun olan stratejilerin kullanılması önemlidir. Örneğin, düşünme aşamasındaki bireyle, hareket aşamasındaki bireye aynı girişimler uygulanmamalıdır, çünkü bu dirence neden olabilir (Stakic ve ark., 2003; AER, 2004).

Bilgi-Motivasyon ve Davranışsal Beceriler Modeli-BMD: Akran eğitimi ile kullanılan modeller arasında en fazla öne çıkan model Bilgi-Motivasyon-Davranışsal Beceriler modelidir (BMD) (Fisher ve Fisher, 1992). Bu modelin teorik temelleri Albert Bandura’nın sosyal bilişsel teorisine dayanmaktadır. Bu modelde diğer modellerde kullanılan bilgi ve motivasyon kavramları bir araya getirilmiştir (Şekil 2-1).

Bilgi-Motivasyon-Davranışsal Becerileri (BMD) modeline göre, risk davranışlarını en iyi biçimde açıklayan üç ana yapı söz konusudur: risk davranışına ilişkin bilgi (ne ?), riskin azaltılmasına ilişkin motivasyon (neden ?), risk azaltılmasında yer alan belli bazı davranışların yerine getirilmesine yönelik davranışsal beceriler (nasıl ?). Bu modele daha sonra *kaynaklar* boyutu da eklenmiştir. Bu kapsamda, HIV riskinin azaltılmasına yönelik programlar için gençlik dostu klinikler, danışmanlık hizmetleri, HIV/CYBE ve gebelik testi/takibi ile ilgili programlar ve malzemeler (kondom vb.) sayılabilir (Stakic ve ark., 2003; AER, 2004).

Fisher ve Fisher (1992) BMD modelinin kullanıldığı HIV’den korunma davranışların geliştirilmesi programlarında üç-adımlı yaklaşımı öngörmektedir. İlk olarak, hedef grubun HIV’den korunmaya dair bilgi, motivasyon, davranışsal beceriler ve davranışlarındaki güçlü ve zayıf yanları belirlenir. İkinci olarak, bu ön araştırma

bulguları temel alınarak girişimler tasarlanır ve hedef grubun HIV'den korunmaya dair bilgi, motivasyon, davranışsal becerilerindeki eksiklikleri gidermek ve söz konusu alanlardaki güçlü yanlarını daha da artırmak için girişimler uygulamaya konulur. Son olarak, girişimin HIV bilgisi, motivasyonu ve davranışsal becerileri üzerindeki anlamlı ve sürdürülebilir etkilerinin olup olmadığının belirlenmesi için, girişimden bağımsız bir değerlendirme yapılır. Fisher'ın modeli ön araştırmanın girişimden bir ay önce yapılmasını öngörmektedir (Fisher ve ark., 2002).

Bilgi-Motivasyon-Davranışsal Beceriler (BMD) Modeli İle İlgili Değişkenler

Bilgi

HIV/AIDS ile ilgili bilginin artması önemli ve ilk adım niteliği taşıyan bir amaçtır. Ancak bilginin ve algılanan riskin davranış değişimi için tek başına yeterli olmadığı belirtilmektedir.

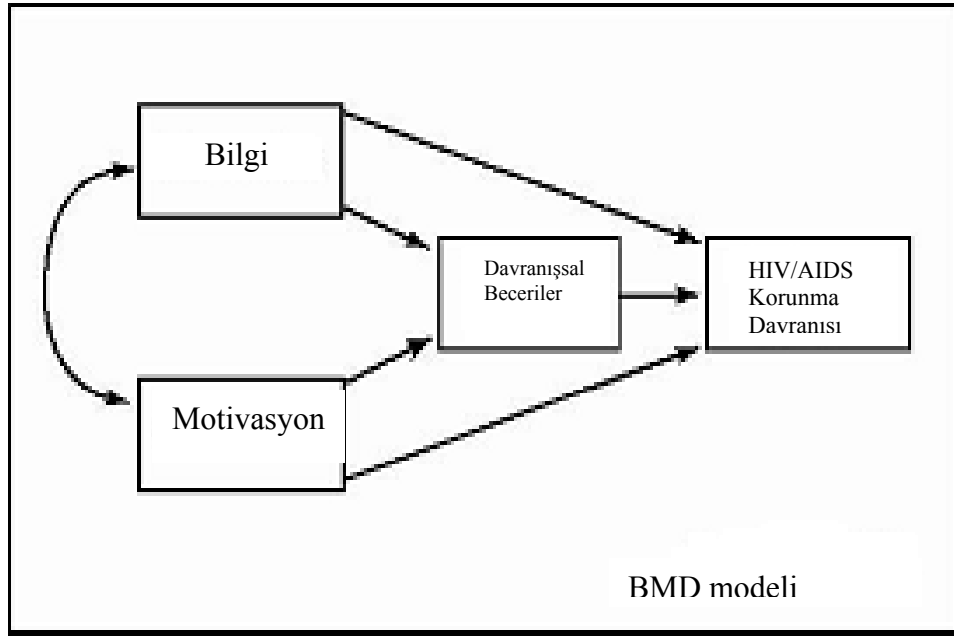
Öz-yeterlik (Motivasyon)

Öz-yeterlik ya da motivasyon koruyucu davranış değişikliği için bütünleyici ve bağımlı bir değişkendir. Öz-yeterlik, Sosyal Bilişsel Model'in yapısında yer alan ve bireyin kendi sağlık davranışları üzerindeki etkinliğini gösteren bilişsel algılama faktörlerinden birisidir. Diğer bir ifade ile öz-yeterlik bireyin belli bir davranışı başarı ile yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı, inancıdır. Öz-yeterliği düşük bir kişinin bir davranışı başarıyla gerçekleştirebileceğine ilişkin beklentilerinin düşük olması beklenir. Bu kişi davranış değişikliğinin sürdürülmesini olumsuz etkileyen durumlardan etkilenir. Buna karşın, öz-yeterliği yüksek bir kişi hem başaracağına inanır hem de onun başarıya ulaşması daha olasıdır (Bandura, 1999).

Riskli cinsel davranışların azatılması için yapılan girişimlerde bireyin öz-yeterlik algı düzeyi yol gösterici olarak kullanılır. HIV risk davranışlarının algılanan öz-yeterlikle ilişkili olduğunu gösteren bir çok çalışma sonuçları bulunmaktadır (López-Rosales ve ark., 1999; López-Rosales ve Rubia, 2001; Holschneider ve Alexander, 2003; Kang ve ark., 2004). Bu yüzden HIV bulaşmasını arttıran riskli davranışların azaltılmasında algılanan öz-yeterliğin artırılması önemlidir. Bu modeli temel alan bir AE programı yürütürken amaç, belirlenen hedef grup için önerilen bir davranış biçimini yerleştirmek ya da riskli bir davranış biçimini ortadan kaldırmak için öz-yeterliğin artırılmasını sağlamaktır.

Riskli Cinsel Davranış

Riskli cinsel davranışlar AE ile değişmesi beklenen kritik bağımlı değişkenlerdir. Bireyin korunmadan gerçekleştirdiği vajinal, oral ve anal ilişki sıklığını ve cinsel eş sayısını açıklar. Bilgi-Motivasyon-Davranışsal Becerileri Modeli'ne göre (Şekil 2-1) uygulanan girişimin sonucunda rapor edilen korunmadan yapılan cinsel ilişki sıklığının azalacağı varsayılmaktadır. Ayrıca girişimin ne ölçüde etkili olduğu bu bağımlı değişkenin değerlendirilmesi ile belirlenmektedir (Fisher ve Fisher, 2002).



Şekil 2-1. Fisher ve Fisher'in Bilgi-Motivasyon ve Davranışsal Beceriler Modeli

KAYNAK: Fisher, J. D. ve Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*. 111: 455-474.

2.3.3. Akran Eğitimi Uygulamaları

Akran eğitiminin bireysel ya da küçük gruplarla okullar, üniversiteler, kulüpler, dini mekanlar, işyerleri, siteler ya da barlar gibi pek çok mekanda gerçekleştirilmiş örnekleri bulunmaktadır (Kelly ve ark., 1997; Tyden ve ark., 1998; Sikkema ve ark., 2000; Mahat ve ark., 2008; Ajuwon, 2009). Akran eğitimi bu temel özellikleri nedeniyle farklı yaş ve toplum grupları için kullanılabilir.

Gençlerin büyük çoğunluğu farklı düzeylerdeki okul programlarına kayıtlıdır ve onlara ulaşmak için okul ortamı önemli fırsatlardan biridir (Ebreo ve ark., 2002). Nitekim, son on yılda okula-dayalı yürütülebilecek HIV korunma programlarında AE popüler bir eğitim yaklaşımı olarak belirtilmektedir (Caron ve ark., 2004; Saroj ve ark., 2005; Mahat ve ark., 2008; Miller ve ark., 2008).

HIV/CYBE ile ilişkili risk davranışlarına temellenen çalışma sonuçları AE'nin; HIV/CYBE bilgi düzeyini (Dunn ve ark., 1998; Özcebe ve ark., 2004; Ergene ve ark., 2005; Kırmızıtoprak, 2007; Mahat ve ark., 2008), cinsel tutumları ve öz-yeterliği arttırdığını (Tyden ve ark., 1998; Caron ve ark., 2004), korunmasız cinsel ilişki sıklığını ve cinsel eş sayısını azalttığını (Sun ve ark., 2005; Terry ve ark., 2006; Miller ve ark., 2008) göstermiştir. Ayrıca AE'nin liderliğinde yürütülen eğitimin (Mellanby ve ark., 2000), geleneksel eğitim yöntemine (Mahat ve ark., 2008) ve toplum sağlığı hemşiresinin liderliğinde yürütülen eğitime (Dunn ve ark., 1998) göre daha etkili olduğu belirtilmiştir.

Akran Eğitimi kapsamında düzenlenebilecek etkinlikler stand çalışmaları, broşür, kitapçık, poster, promosyon dağıtımı, konser, tiyatro, film gösterimleri, konferans, seminer, atölye çalışması, bireysel ya da küçük grup bilgilendirmeleri, radyo/tv programları, festivaller olabilmektedir (Y-PEER, 2003; Stakic ve ark., 2003; AER, 2005). Ayrıca AE'de internet temelli danışmanlık hizmetleri ve telefon yardım hattı gibi bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılabileceği de belirtilmiştir (Campbell, 2005). Kelly (2004) toplum temelli programlar için akran eğitimci olarak popüler ve lider kişilerin kullanılmasının önemli etkilerinin olabileceğine işaret etmiştir.

Dünyada Endonezya, Uganda, Moğolistan gibi bir çok ülkede devlet ve sivil toplum kuruluşlarının desteklediği üreme sağlığı temelli Akran Eğitimci Eğitimi (AEE) ve AE ulusal programları yürütülmektedir (Hull ve ark., 2004; Campbell, 2005; Cartagena ve ark., 2006). Örneğin, Endonezya'da 80 akran eğitimcisi tarafından 10 farklı bölgede küçük grup oturumları ile yürütülen bir AE programında 4000 erişkin ve adölesana ulaşılmıştır (Hull ve ark., 2004). Uganda'da Baaba Projesi kapsamında 170 kişi akran eğitimci olarak eğitilmiştir. Akran eğitimciler sivil toplum örgütü üyeleri ile birlikte sokakta yaşayan çocuk ve gençlere yönelik aktiviteler planlamış ve uygulamışlardır (Campbell, 2005).

Türkiye’de son on yıldır gençlere yönelik AE programı uygulama örnekleri bulunmaktadır. Örneğin, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), 1997-2000 yılları arasında AIDS Savaşım Derneği’nin İstanbul’da yürüttüğü “Gençlik Akran Eğitimi” projesine destek olmuştur. Aynı projenin devamı, 2001-2005 yılları arasında “İşbirliği ve Ülke Programı” çerçevesinde Hacettepe Üniversitesi, AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi tarafından sürdürülmüştür (HÜ, 2009).

Willows Foundation 2003 yılında “Genç Erişkinler için Üreme Hakları ve Sağlığı Akran Eğitimcisi Projesi” ni başlatmıştır. Projede bugüne kadar 55 akran eğitimcisi ve 2 akran eğitimcisi yetiştirilmiş ve bu kapsamda 3 ilde 15-24 yaş arası 5000 erişkine ulaşılmıştır (WF, 2009).

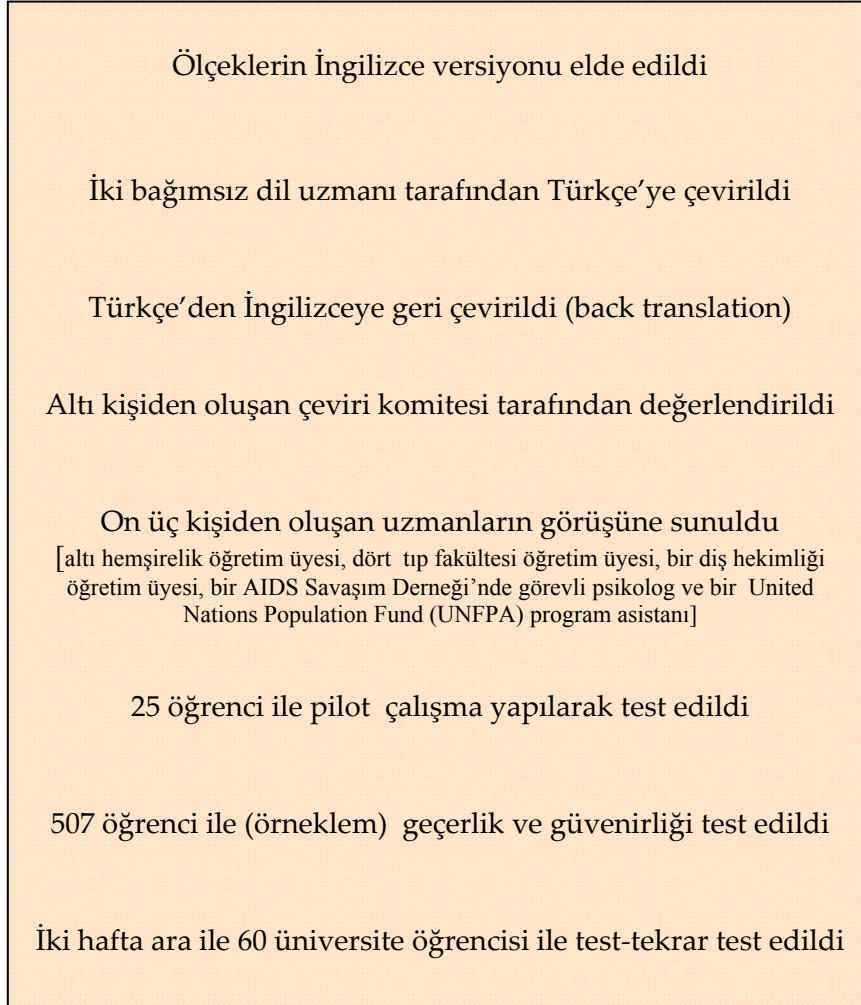
İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı’nın (İKGV) Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) desteğiyle ve Uluslar arası Çocuk Merkezi (ICC) ile işbirliği içerisinde yürüttüğü projede, 2002 yılından itibaren Boğaziçi, Ege, Koç ve Yeditepe Üniversitelerinin Gençlik Danışma Birimlerinde gençlere üreme sağlığı danışmanlığı ve hizmet sunumu ile Bilgi-Eğitim-İletişim (BEİ) materyali ve kontraseptif malzeme dağıtımı sürdürülmüştür. Üniversitelerde yapılan çalışmalar, aylık formlar, telefon görüşmeleri ve üç ayda bir yapılan ziyaretlerle aylık olarak takip edilmiştir. Aralık 2004’de projeye “akran eğitimi” bileşeni eklenmiş; İKGV’nin koordine ettiği yukarıdaki dört üniversitede toplam 13 öğrenci UNFPA tarafından eğitilmiştir. Proje 2005 yılı sonunda tamamlanmıştır (İKGV, 2009).

Toplum Gönüllüleri Vakfı (TGV) ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) işbirliğiyle uygulanan ve GlaxoSmithKline’in desteğiyle yürütölen “Üreme Sağlığı Akran Eğitimleri Projesi”, 17-24 yaş arası gençlerin üreme sağlığı ve cinsel sağlık konusunda farkındalıklarını ve bilgilerini artırmak, yeni yaşam becerileri kazandırmak ve onları genç dostu sağlık hizmetlerinin kullanımı için cesaretlendirerek, gençlerde güvenli ve bilinçli davranışa yönelik tutum değişikliği yaratmak amacıyla sürdürölmektedir. Bu proje ile aynı zamanda Y-PEER Genç Akran Eğitimi Ağı’nın Türkiye’de gelişmesine öncölük edilmeye çalışılmaktadır (Y-PEER, 2009).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve ŞEKLİ

Araştırmanın amacı, “*HIV/CYBE Akran Eğitimi Programı*”nın gençlerin, (1) HIV bilgi düzeyine, (2) AIDS’ten korunmada algıladığı öz-yeterliğe ve cinsel girişimcilik düzeyine ve (3) riskli cinsel davranışlarına etkisini incelemektir. Çalışma iki aşamada yürütülmüştür. *Birinci aşamada* “HIV-Bilgi Ölçeği” (HIV-BÖ-18), “AIDS’ten Korunmada Öz-Yeterlik Ölçeği” (AÖY-27) Türk toplumuna uyarlanmıştır. Bu aşamada ölçekleri farklı dil ve kültürlerle uyarlamak için daha önceki çalışmalarda izlenen bir tasarım izlenmiştir (Şekil 3-1). Bu kapsamda, ölçeklerin kültürel denkliği, içerik geçerliği, yapı geçerliği, iç tutarlığı ve test-tekrar test güvenirliği yapılmıştır.



Şekil 3-1. Metodolojik Araştırmanın Tasarımı

İkinci aşamada “HIV/CYBE Akran Eğitimi Programı”nın gençlerin cinsel davranışları üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Bu aşamada ön test-son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü deneysel model kullanılmıştır. Araştırmanın tasarımı Şekil 3-2’de gösterilmiştir.

	<i>Randomizasyon</i>	<i>Girişim Öncesi test</i>	<i>Girişim</i>	<i>Girişim Hemen Sonrası test</i>	<i>3. ay İzlem</i>	<i>6. ay İzlem</i>
<i>Girişim</i>	R	T ₁	G	T ₂	T ₃	T ₄
<i>Kontrol</i>	R	T ₁		T ₂	T ₃	T ₄

Şekil 3-2. Araştırmanın Tasarımı

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

“HIV/CYBE Akran Eğitimi Programı”na katılan gençlerin,

H 1 HIV bilgi düzeyi, programa katılmayanlara göre yüksek olacaktır.

H 2 AIDS’ten korunmada algılanan öz-yeterlik ve cinsel girişimcilik düzeyi programa katılmayanlara göre yüksek olacaktır.

H 3 Riskli cinsel davranışları programa katılmayanlara göre düşük olacaktır.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI

Araştırma Haziran 2005-Aralık 2006 tarihleri arasında İstanbul’da bir devlet üniversitesi’nin bir fakültesinde yapılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

HIV Bilgi Ölçeği ve AIDS'ten Korunmada Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlandığı *birinci aşamada* çalışmanın örnekleme İstanbul'da farklı fakültelerde eğitim gören öğrencilerin bulunduğu 2000 kapasiteli bir öğrenci yurdundan seçilmiştir. Ölçekler çalışmaya katılmayı kabul eden 186'sı kız (% 36.7) ve 321'i erkek (% 63.3) toplam 507 öğrenci ile değerlendirilmiştir. Öğrencilerin % 39.8'i sosyal bilimlerde, % 38.1'i fen bilimlerinde ve % 22.1'i sağlık bilimlerinde öğrenim görmekte idi. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.95 ± 2.15 'ti (Yaş aralığı: 18-30). Erkeklerin % 65.1'inin, kızların %16.7'sinin cinsel ilişki deneyimi vardı.

Akran eğitimi programının etkisinin değerlendirildiği *ikinci aşamada* çalışmanın örnekleme İstanbul'da bir devlet üniversitesinin bir fakültesinden seçilmiştir. Önce çalışmaya katılmaya istekli, sosyal ilişkileri ve arkadaş çevreleri geniş, öğrenci kulüplerinde aktif olarak çalışan ve eğitimci olmayı kabul eden 5 genç (2 erkek, 3 kız) akran eğitimci olarak seçilmiştir. Akran eğitimcilerin seçiminde çalışmanın yürütüldüğü fakülteden rehber öğretim üyelerinden ve öğrenci kulüplerindeki öğrencilerden destek alınmıştır.

Uygulama grubunun büyüklüğü power analizi ile hesaplanmıştır. Yapılan hesaplamada 0.80 güçlük değeri, 0.05 yanılma düzeyi, 0.20 ortalama etki düzeyi, 0.30'luk fark öngörülerek, her bir gruba (girişim ve kontrol) 45 katılımcının alınması uygun bulunmuştur. Öğrenciler fakültenin 1., 2. ve 3. sınıf öğrenci listelerinden seçilmiştir. Dördüncü sınıflar, mezun olacakları ve izlem sürecine katılamayacakları düşünüldükçe çalışmaya alınmamıştır. Öğrenci listesinde yer alan tüm öğrencilerden (n=805) araştırmanın amacını ve örnekleme katılma kriterlerini içeren kişisel bilgi formunu doldurmaları istenmiştir (Ek-1). Öğrencilerin % 17'sinden form geri alınamamıştır. Geri dönen formlardan (n=669) aşağıda yer alan kriterlere uygun 120 öğrenci "HIV/CYBE Akran Eğitimi Programına" seçilmiştir.

Örnekleme alınma kriterleri;

- Çalışmaya katılmaya istekli olan,
- 18 yaş ve üstü olan,
- Cinsel yönden aktif,
- Evli olmayan,
- Gebe veya gebe olma ihtimali olmayan,
- Tedavi gerektiren herhangi bir sağlık sorunu olmayan,
- Düzenli olarak kondom kullanmayan gençler

Seçilen öğrenciler kura yöntemi ile girişim (n=60) ve kontrol (n=60) olmak üzere sınıflandırılmış ve çalışma 59 girişim grubu (19 kız, 40 erkek) ve 59 kontrol grubu (17 kız, 42 erkek) olmak üzere 118 genç ile tamamlanmıştır.

3.5. ETİK KONULAR

Çalışmanın *birinci aşamasında* Kredi ve Yurtlar Kurumu Bölge Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. *İkinci aşamada*, uygulamanın yapılacağı fakülte dekanlığından yazılı izin alınmıştır (Ek-2). Çalışmada HIV-BÖ-18'i, Cinsel Davranışlar Formu'nu ve Cinsel Girişimcilik Senaryolarını geliştiren Michael P. Carey'den, AÖY-27'i geliştiren Fuensanta López-Rosales'den yazılı izin alınmıştır (Ek-3, Ek-4). Ayrıca eğitimden sonra hem girişim hem de kontrol grubundaki öğrencilere “Önlemini Al Pişman Olma!” eğitim CD'sinin (Copyright UNITED NATIONS / UNDP-SEA / HIV / UNAIDS 2002) verilmesi için program yürütücüsü Serap Asar Brown'dan yazılı izin alınmıştır (Ek-5).

Çalışmaya gönüllü katılan gençlerin sözlü onamları alınmıştır. Her katılımcıya çalışmanın amacı, çalışmanın nasıl sürdürüleceği, istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları, alınan bilgilerin gizli kalacağı açıklanmış ve onlardan gelen sorular yanıtlanmıştır. Çalışmaya katılan tüm öğrencilere uygulanan veri toplama araçları kapalı zarf usulü ile toplanmıştır. Video ve fotoğraf çekimi, sadece izin veren iki öğrenci grubunda yapılmıştır. Programdan sonra kontrol grubundaki öğrencilere girişim grubundaki öğrencilere dağıtılan “AIDS” başlıklı el broşürü ve Eğitim CD'si verilmiştir.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veriler “*Sosyo-demografik Soru Formu*”, “*HIV-Bilgi Ölçeği*”, “*AIDS’ten Korunmada Öz-Yeterlik Ölçeği*”, “*Cinsel Davranışlar Formu*” ve “*Cinsel Girişimcilik Senaryoları*” kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama araçlarının tamamlanması 30-35 dakika sürmüştür.

3.6.1. Sosyo-demografik Soru Formu

Sosyo-demografik Soru Formu “Sosyo-demografik özellikler” ve “Cinsel ve üreme sağlığına ilişkin özellikler” olmak üzere iki bölümden ve 13 sorudan oluşmaktadır. Form araştırmacı tarafından literatürde (Hidalgo ve ark., 2000; Holschneider ve Alexander, 2003; Kang ve ark., 2004; AÜSFP, 2004; Aras ve ark., 2005) HIV/CYBE risk davranışlarını etkilediği belirtilen değişkenlerden oluşturulmuştur. Soru formu 20 genç üzerinde pilot çalışma olarak uygulanmış ve öneriler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır (Ek-6).

Sosyo-demografik Özellikler

- **Yaş:** Katılımcıların kronolojik yaşları sorularak, ortalama olarak değerlendirilmiştir.
- **Cinsiyet**
- **Daha önce yaşadığı yer:** (1) metropol (Ankara, İstanbul, İzmir), (2) il, (3) ilçe, köy/bucak şeklinde gruplandırılarak değerlendirilmiştir.
- **Konakladığı yer:** (1) yurtt/pansiyonda, (2) kız/erkek arkadaşları ile evde, (3) aile/akrabalarının yanında şeklinde gruplandırılarak değerlendirilmiştir.
- **Gelir durumu algısı:** (1) çok kötü, (2) kötü, (3) orta, (4) iyi ve (5) çok iyi olarak değerlendirilmiştir.
- **Dindarlık algısı:** Katılımcıların dindarlık algılarını 0-10 arasında görsel bir skala üzerinde işaretleyerek belirtmeleri istenmiş, işaretlenen değer ölçülerek ve puana dönüştürülerek değerlendirilmiştir.

Cinsel ve Üreme Sağlığına İlişkin Özellikler

- **Cinsel/üreme sağlığı ve HIV/CYBE bilgisi alma durumu, ilk cinsel ilişkide kondom kullanma durumu, ilk cinsel ilişkinin planlı olması, CYBE geçirme durumu ve gebelik öyküsü:** Evet ve hayır şeklinde gruplandırılarak değerlendirilmiştir.
- **İlk cinsel ilişki yaşı:** Yaş ortalaması ile değerlendirilmiştir.

3.6.2. HIV Bilgi Ölçeği (HIV- BÖ- 18)

HIV Knowledge Questionnaire / HIV-KQ-18)

HIV Bilgi Ölçeği temel düzeyde HIV bilgi düzeyini belirlemek amacıyla Carey ve Schroder (2002) tarafından geliştirilen 18 maddelik bir ölçektir (Ek-7). Kendi kendine raporlandırma şeklinde geliştirilen ölçekte hastalığın bulaşma yolları ve hastalıktan korunma ile ilgili ifadeler yer almaktadır. “Evet”, “Hayır” ve “Bilmiyorum” şeklinde işaretlenen ölçekte, doğru (1) puan, yanlış ya da bilmiyorum (0) puan olarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin toplam puanı 0-18 arasındadır ve puan ortalamasının artması bilgi düzeyinin yeterliğine işaret etmektedir.

Ölçeğin Türk toplumuna uyarlama çalışmasında Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) 0.98 bulunmuştur. HIV Bilgi Ölçeği'nin (HIV-BÖ-18) madde toplam puanları .24 ile .57 arasındadır. Ölçeğin iç tutarlığı $\alpha=.85$, test-retest geçerliği $r(60)=.80$ bulunmuş ve bu sonuçlar ölçeğin Türk toplumunda geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabileceğini göstermiştir.

3.6.3. AIDS'ten Korunmada Öz-Yeterlik Ölçeği (AÖY-27)

Self-Efficacy Scale for AIDS Prevention/ SEA-27)

AIDS'ten Korunmada Öz-Yeterlik Ölçeği Kasen ve arkadaşları (1992) tarafından Amerikan toplumu için 22 madde olarak geliştirilmiş, 15-19 yaş grubu kız ve erkek adolesanlarda test edilmiş ve iç tutarlığı oldukça yüksek düzeyde ($= .91$) bulunmuştur.

Ölçeğin 22 maddelik şekli daha sonra İspanyolca'ya çevirilerek Meksika toplumunda kullanılmış (Bayés ve ark., 1995) ve bu kez de yüksek bir iç tutarlık ($= .91$) rapor edilmiştir. Ölçek aynı toplumda López-Rosales ve arkadaşları (1999) tarafından lise öğrencilerinden oluşan geniş bir örneklem üzerinde tekrar test edilmiş ve ölçeğin

bazı maddelerinde değişiklikler yapılarak, madde sayısı 22' den 27'e çıkarılmıştır. Ölçeğinin 27 maddelik formunun iç tutarlığı López-Rosales ve arkadaşları (1999) ve López-Rosales ve Rubia (2001) tarafından yapılan iki çalışmada sırasıyla .91 ve .89 bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğın son versiyonu olan AIDS'ten Korunmada Öz-Yeterlik (AÖY-27) ölçeğı kullanılmıştır (Ek-8).

Bireylerin öz-bildirimine göre doldurulan ölçeğın, (1) "cinsel ilişkiyi reddetme", (2) "potansiyel cinsel eşe soru sorabilme" ve (3) "kondom kullanma" olmak üzere üç alt boyutu vardır. "Hiç", "kısmen", "orta", "çok", "tamamen" şeklinde ifade edilen 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan toplam puanlar 27-135 arasında değişmektedir. Puan ortalamasının artması AIDS'ten korunmada daha olumlu/uygun öz-yeterliğe işaret etmektedir.

Ölçeğın Türkçe'ye uyarlanması Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) 0.96 bulunmuştur. Uzmanların ortak olarak belirttiğı bazı maddelerde küçük değişiklikler yapılmıştır. AIDS'ten Korunmada Öz-Yeterlik Ölçeğı'nin (AÖY-27) tüm maddeleri ileri derecede anlamlı korelasyon ($p<0.01$) göstermiştir. Ölçeğın Cronbach alfa değeri .93'tür. Madde ve Toplam Puan Korelasyon katsayıları 0.51-0.93 arasındadır. Ölçeğın faktor yapısı faktör analizi tekniğı ile test edilmiştir (Rotasyonlu Faktor Analizi Varimax Metodu). Buna göre ölçeğın faktör yapısı dört alt boyutta dağılım göstermiştir. Meksika toplumunda yapılan çalışmada (López-Rosales ve Rubia, 2001) olduğı gibi kondom kullanma boyutunun dört maddesi [tek eşlilik (C9), evlilik (C10), cinsellik hakkında ebeveynlerle konuşma (C11, C12)] ayrı bir faktör alt grubu oluşturmuştur. Tüm faktörlerin eigen value değeri 1'den büyük ve total varyansı %60 bulunmuştur. Ölçeğın test-retest korelasyon katsayısı $r(60)= 0.65$, $p<0.01$ 'dir. Bu sonuçlar, gençlerde HIV/AIDS'ten korunmada öz-yeterliğın değerlendirilmesinde AÖY-27'nin geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermiştir (Bulduk ve Erdoğan, 2008) (Ek-9).

3.6.4. Cinsel Davranışlar Formu (CDF)

Sexual Behaviours Questionnaire (SBQ)

Gençlerin kendi ifadelerine dayanan risk davranışlarını içermektedir. Carey ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiştir. Cinsel davranışlar formu, katılımcıların son üç ayda “kondom kullanarak deneyimlenen vajinal, oral ve anal cinsel ilişki sayısını”, “cinsel ilişkiden önce alkol ve madde kullanma durumlarını”, “cinsel eş ile güvenli cinselliği tartışma”, “güvenli olmayan cinsel ilişkiyi reddetme” ve “cinsel eş sayılarını” içeren 8 sorudan oluşmaktadır (Ek-10).

3.6.5. Cinsel Girişimcilik Senaryoları (CGS)

Sexual Assertiveness Role-plays (SAR)

Cinsel girişimciliği ölçmek için üç senaryo metni kullanılmış ve her bir senaryodaki öykü için üç yanıt verilmesi istenmiştir (Ek-11). Her bir senaryodan alınan toplam puan 0-6 arasındadır. Yanıtlardan alınan puanın artması girişimcilik düzeyinin artmış olduğunu göstermektedir. Yanıtlar aşağıdaki kriterler ile değerlendirilmiştir.

- 0: Riskli davranışı onaylıyorsa; başka bir riskli davranışı öneriyorsa ya da yanıt konu ile ilgili değil ise,
- 1: Riskli davranışı kabul etmediğini ima ediyorsa,
- 2: Riskli davranışa katılmayacağını açıkça ifade ediyorsa.

3.7. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler

Riskli cinsel davranış durumu

Bağımsız Değişkenler

Cinsel girişimcilik düzeyi

AIDS'ten Korunmada Öz-Yeterlik düzeyi

HIV Bilgi düzeyi

3.8. HIV/CYBE AKRAN EĞİTİMİ PROGRAMI MODÜLÜ

1. Akran Eğitimcilerin Eğitimi (AEE)

Akran Eğitimcilerin Eğitimi (AEE) interaktif olarak yapılandırılmış bir programdan oluşmuştur. Program, akran eğitimcilerin HIV/AIDS konusunda temel bilgilerini tamamlamak ve sunum becerilerini geliştirmek üzerine odaklanmıştır. Öğrenciler grup olarak, beş gün süresince ortalama altı saat (30 saat) çalışarak, araştırmacı moderatörlüğünde aşağıda belirtilen konularda eğitim sunusu hazırlamıştır. Eğitimler beş başlık altında tasarlanmıştır. Bunlar (1) HIV/CYBE'lerle yaşamak, (2) Cinsiyet ve toplumsal cinsiyet, (3) Hayır diyebilmek, (4) İletişim ve ilişkilerde girişkenlik, (5) Kondom kullanma'dır. Eğitim konuları hem bilgiyi hem de güven ve iletişim becerilerini geliştirmeyi amaçlamıştır. Bu kapsamda akran eğitimciler konu içeriklerine göre, kendi kişisel deneyimlerini de içeren beş rol oyun ve beş slayt sunusu geliştirmiştir. Hazırlanan sunumlar ve rol oyunları araştırmacı ve akran eğitimcilerden oluşan gruba sunulmuş ve tartışılarak değerlendirilmiştir.

2. Akran Eğitimi (AE)

Akran Eğitiminin Hazırlığı

Beş akran eğitimcisi ve araştırmacı iki oturumu kapsayan görüşmeler yaparak, eğitim verilecek grubun özelliklerine ve grup içi iletişim fırsatlarına uygun bir yol haritası hazırlamıştır. Akranlara yönelik interaktif eğitim programının içeriği ilgili kaynaklar temel alınarak oluşturulmuştur (UNAIDS, 2000; AER, 2004). Bu kapsamda eğitim programının tüm detayları yazılı hale getirilmiş, hangi uygulamayı kimin yöneteceği ve içlerinden birinin gelmemesi durumunda nasıl bir yol izleneceği belirlenmiş ve eğitimden bir hafta önce eğitim programının ön çalışması yapılmıştır. Ayrıca, katılımcılara dağıtmak üzere "AIDS" başlıklı bir el broşürü hazırlanmış ve "Önlemini Al Pişman Olma!" eğitim CD'sinin (Copyright UNITED NATIONS/UNDP-SEA/HIV/UNAIDS 2002) eğitim sonunda girişim ve kontrol grubundaki tüm öğrencilere dağıtılması planlanmıştır.

Akran Eğitimin Uygulanması

Eğitime katılacak gruplar eğitimden bir gün önce eğitimin yeri ve saati konusunda bilgilendirilmiştir. Program için fakülte'deki bir kulüp odası eğitime uygun şekilde düzenlenmiştir (oturma düzeni, aydınlanma, eğitim araç-gereçlerinin hazırlanması vb.).

Program Haziran-Aralık 2006 tarihleri arasında her bir katılımcı bir kez katılmak üzere sırasıyla 17, 15, 18, 19 kişiden oluşan dört gruba uygulanmıştır. Her grup toplam 3.5 saat süren üç oturuma katılmıştır. Akran eğitim programı araştırmacının moderatörlüğünde akran eğitimciler tarafından uygulanmıştır. Eğitimler grubun genelinin aktif katılımıyla, eğlenceli ve etkin bir şekilde tamamlanmıştır (Ek-12).

Ayrıca araştırmacı eğitim ve izlem süresi içinde haftada bir yüzyüze, telefon ve e-posta yolu ile iletişim kurarak akran eğitimcilerin HIV bilgilerini, öz-yeterliklerini, olumsuz akran baskısına direnme becerilerini, konuşma ve sunum yapma becerilerini artırma yönünde destek olmuştur. Bu görüşmelerde akran eğitimciler, riskli davranışları olan bireylerle iletişimde kendi kişisel amaçları ve değerlerini kriter almama, direnç ile karşılaşıldığında karşı çıkmama ve yeni bakış açılarına davet etme, sorunları, cevapları ve çözüm yolları için bireyi birincil kaynak olarak görme konularında desteklenmiştir.

Akran Eğitiminin Değerlendirilmesi

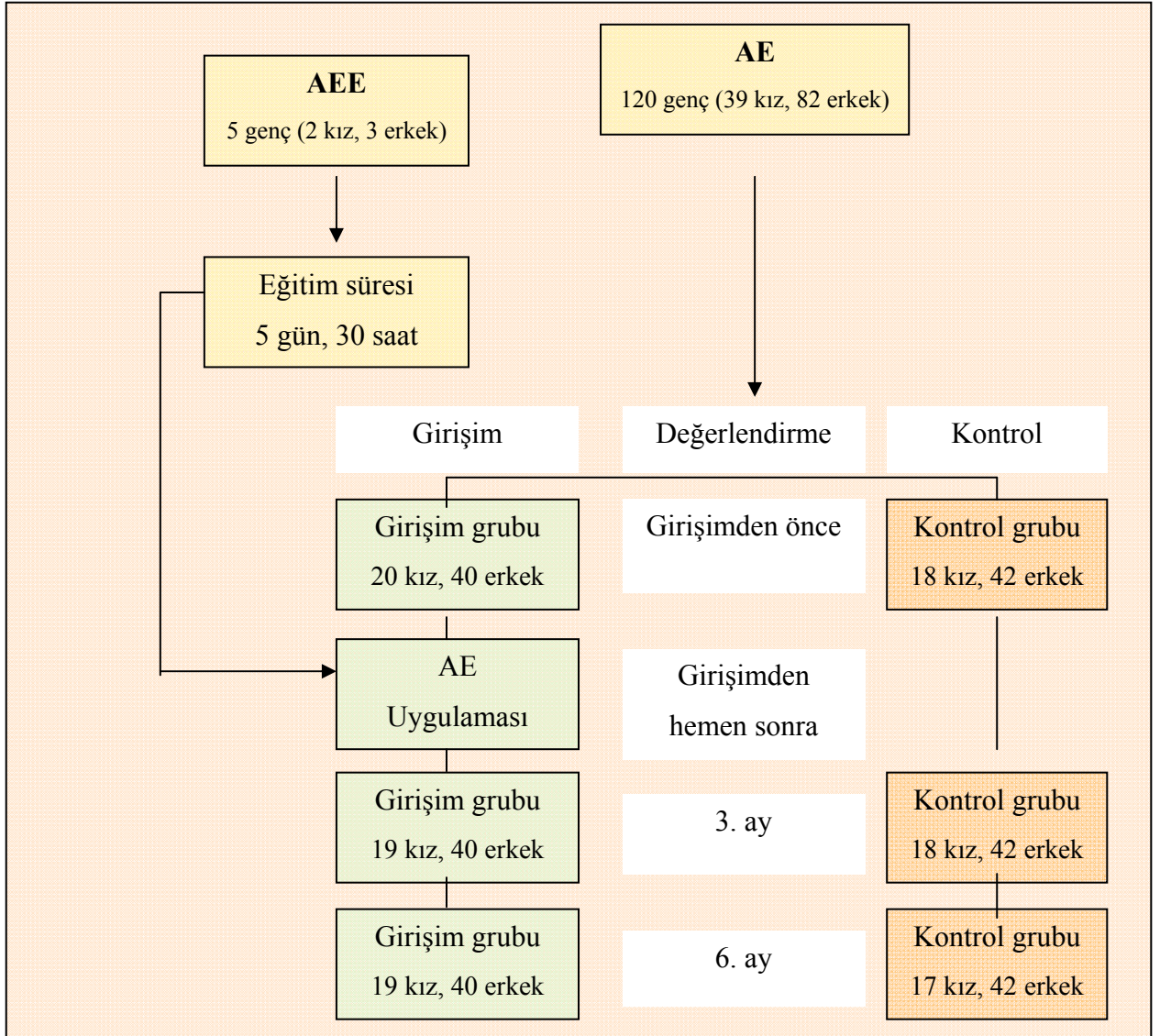
Çalışmada girişimlerin etkinliği, kendi kendine raporlandırılan ölçüm araçları (HIV-BÖ-18, AÖY-27, Cinsel Davranışlar Soru Formu, Cinsel Girişimcilik Senaryoları) kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçümler; (1) AE programın uygulanmasından hemen önce, (2) AE programın uygulamasından hemen sonra, (3) AE bitişini takiben üç ay sonra ve (4) altı ay sonra değerlendirilmiştir.

Ayrıca araştırmacı eğitim girişimleri süresi içinde akran eğitimciler ve programa katılanlar ile AE stratejilerinin fırsatlarını, zorluklarını ve olası engellerin giderilmesi konusunda onların görüşlerini ve önerilerini almak amacı ile informal görüşmeler yapmıştır (Şekil 3-3).

3. Akran Danışmanlığı

Akran eğitimciler program süresince AE'ye katılan öğrencilere danışmanlık faaliyetlerini yürütmüştür. Bu aşamada akran eğitimcilerin araştırmacıdan dört konuda toplam 10 kez danışmanlık alma talebi olmuştur. Bu konular:

- Korunmasız cinsel ilişki sonrası acil kontrasepsiyon,
- Üretral akıntı,
- Menstruasyon düzensizlikleri,
- Yakın ilişki ve duygulanım sorunlarını içermekte idi.



Şekil 3-3. Araştırmanın Aşamaları

3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada toplanan verilerin değerlendirilmesinde SPSS Windows 11.5 (Statistical Package for the Social Sciences, İstanbul Üniversitesi) programı kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırmada kullanılan istatistik analizleri Tablo 3-1'de gösterilmiştir.

Tablo 3-1. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistik Analizleri

Değerlendirilen parametereler	Uygulanan testler
HIV-Bilgi Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması	Madde toplam korelasyonu, iç tutarlık analizi (cronbach alfa)
AIDS'ten Korunmada Öz-Yeterlik Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması	Madde toplam korelasyonu, iç tutarlık analizi (cronbach alfa), faktör analizi
	Tanımlayıcı analizler (ortalama, standart sapma, oran, yüzdelik)
Girişim ve kontrol gruplarının homojenliği	Ki-kare
	Bağımsız gruplarda uygulanan t-testi
	Mann Whitney testi
Girişim ve kontrol grupları arasında AE'den önce, AE'den sonra, AE'den 3 ve 6 ay sonra HIV bilgisinin, öz-yeterliğin, cinsel girişimciliğin, cinsel davranışların karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda uygulanan t-testi
	Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi
	Logistik regresyon

3.10. ARAŞTIRMADA KULLANILAN BAZI KAVRAMLARIN TANIMI

Cinsellikle ilgili kavramların açık tanımlamaları, cinsellikle ilgili konular üzerinde etkili bir iletişim kurmak ve bilgi paylaşımı sağlamak için gereklidir. Bu bölümde araştırmada kullanılan bazı kavramlar açıklanmıştır.

Cinsel davranış, bir bireyin (ister fiziki olarak gerçekleştirilsin, isterse fantazilerde olduğu gibi zihinsel olarak) diğer bir bireyi (gerçek veya hayali) de içine alan ve cinsel hazzı amaç edinen eylemlerini ifade eder.

Cinsel girişimcilik, cinsel davranışla ilgili seçenekleri bilme ve risksiz cinsel davranışı seçebilme konusunda kendini yetkin hissetme olarak tanımlanmaktadır.

Cinsellik, temas, mahremiyet, duygusal ifade, zevk, sefkat, aşk gibi temel insan ihtiyaçlarının doyumu olarak tanımlanmaktadır.

Cinsel ilişki, Anal (ters ilişki), oral (ağızdan ilişki) ve vajinal (normal yol) birleşmeleri tanımlamaktadır.

Cinsel ve Üreme Sağlığı, cinselliğin fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerinin kişiliği, iletişimi ve sevgiyi geliştirecek yönde bütünleşmesidir.

Cinsel yönelim, bir kişinin, belli bir cinsiyetteki bireye karşı duygusal, romantik ve cinsel çekim ile yaklaşımıdır.

Cinsiyet (seks), bireyi kadın ya da erkek yapan biyolojik özellikler (anatomik, fiziksel ve genetik) anlamına gelir. Seks, ayrıca cinsel birleşmeyi de içeren cinsel faaliyet anlamında da kullanılır.

Güvenli cinsel davranış: Kişisel ya da kültürel özelliklere bağlı olarak tek eşlilik, cinsel birleşmesiz cinsellik ya da cinsel ilişkiye girmeme (abstinans), kondom kullanma gibi güvenli cinsellik stratejilerinin uygulanması olarak belirtilmektedir.

Öz-yeterlik: Bireyin belli bir davranışı başarı ile yapabileceğine ilişkin kendisi hakkındaki yargısı, inancı olarak tanımlanır.

Temel HIV Bilgisi: Hastalığın bulaşma yolları ve korunma yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyinin yeterliği olarak tanımlanmaktadır.

Toplumsal cinsiyet (Gender): Toplumsal cinsiyet rolleri kadın ve erkek için sosyal ve kültürel olarak tanımlanmış tutumlar, davranışlar, beklentiler ve sorumluluklardır.

4. BULGULAR

Çalışmada elde edilen bulgular;

- 1) Katılımcıların tanıtıcı özellikleri,
HIV/CYBE akran eğitimi programının,
- 2) HIV Bilgi düzeyine etkisi,
- 3) AIDS'ten korunmada öz-yeterlik algı düzeyine etkisi,
- 4) Cinsel girişimcilik düzeyine etkisi,
- 5) Riskli cinsel davranışlar üzerine etkisi,
- 6) Programa katılmanın toplam HIV bilgisi, öz-yeterlik ve kondom kullanma üzerine belirleyici etkisi olmak üzere altı bölümde gösterilmiştir.

4.1. KATILIMCILARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ

4.1.1. Sosyo-demografik Özellikler

Çalışmaya katılan 118 üniversiteli gencin, yaş ortalaması $21,92 \pm 1,94$ olup (en az-en çok=18-29 yaş), çoğu 22 yaşındadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu % 69,5'i (82 kişi) erkektir. Katılımcıların yaklaşık üçte ikisi metropol dışındaki il ve ilçelerde yaşayan ve halen yurttan kalan öğrencilerden oluşmuştur. Öğrencilerin kendi gelir durumları ile ilgili değerlendirmeleri 1-5 puan arasında $3,01 \pm 1,22$, dindarlık düzeyleri ile ilgili algı puanı ise 0-10 arasında ortalama $5,31 \pm 3,73$ bulunmuştur.

Sosyo-demografik özelliklerin girişim ve kontrol gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; gruplar arasında “*yaş ortalaması, cinsiyet, daha önce yaşadığı yer, konaklamakta olduğu yer, gelir ve dindarlık düzeyi algısı*” yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4-1).

Tablo 4-1. Girişim ve Kontrol Grubunun Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=118)

Değişkenler	Girişim (n: 59)	Kontrol (n: 59)	İstatistik
Yaş (ort.± SS)	21,83 (1,88)	22,07 (1,98)	t: -0,695 p: ,490*
Cinsiyet			
Kadın	19 (32,2)	17 (28,8)	X ² : 0,104
Erkek	40 (67,8)	42 (71,2)	p: ,747*
Daha önce yaşadığı yer			
Metropol	17 (28,8)	14 (23,7)	X ² : 0,959
İl	21 (35,6)	23 (39,0)	p: ,916*
İlçe, köy, bucak	21 (35,6)	22 (37,3).	
Konakladığı yer			
Yurtta/pansiyonda	41 (69,5)	51 (86,4)	X ² : 3,737
Kız/erkek arkadaşları ile evde	15 (25,4)	5 (8,5)	p: ,443*
Aile/akraba yanında	3 (5,1)	3 (5,1)	
Gelir düzeyi algısı** (ort.± SS)	3,00 (1,25)	3,01 (1,21)	Z _{MU} =-0,124 p=,902*
Dindarlık düzeyi algısı*** (ort.± SS)	5,53 (3,40)	5,08 (4,04)	Z _{MU} =-0,726 p=,468*

* p>0.05

** en az-an çok=1-5

*** en az-an çok=0-10

X²= Chi-square

t= Bağımsız gruplarda t testi

Z_{MU}= Mann-Whitney U

4.1.2. Cinsel ve üreme sağlığına ilişkin özellikler

Katılımcıların ilk cinsel ilişki yaş ortalaması $17,81 \pm 2,09$ 'dur (en az- en çok=13-24). İlk cinsel ilişkinin planlı olması oranı %28 (33 kişi), ilk cinsel ilişkide kondom kullanma oranı % 42 (50 kişi) bulunmuştur. Katılımcıların % 30'u (35 kişi) CYBE geçirmiş, % 17'sinin (20 kişi) kendisi veya cinsel eşi gebelik deneyimlemiş, % 82'si (21 kişi) daha önce cinsel ve üreme sağlığına yönelik, % 81'i HIV/CYBE yönelik bilgi almamıştır.

Cinsel ve üreme sağlığına ilişkin özelliklerin girişim ve kontrol gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, "*ilk cinsel ilişki yaşı, ilk cinsel ilişkiyi planlama, ilk cinsel ilişkide kondom kullanma, CYBE geçirme, gebelik deneyimleme, cinsel ve üreme sağlığı bilgisi alma ve HIV/CYBE bilgisi alma*" yönünden anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4-2).

Tablo 4-2. Girişim ve Kontrol Grubunun Cinsel ve Üreme Sağlığına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=118)

Değişkenler	Girişim (n: 59)	Kontrol (n: 59)	İstatistik
İlk cinsel ilişki yaşı (ort.± SS)	17,90 (1,99)	17,71 (2,21)	t: 0,469 p: ,641*
İlk cinsel ilişkiyi planlama			
Evet	20 (33,9)	13 (22,0)	X ² : 0,073
Hayır	39 (66,1)	46 (78,0)	p: ,787*
İlk cinsel ilişkide kondom kullanma			
Evet	27 (45,8)	23 (39,0)	X ² : 0,624
Hayır	32 (54,2)	36 (61,0)	p: ,429*
CYBE geçirme			
Evet	15 (25,4)	20 (33,9)	X ² : 3,391
Hayır	44 (74,6)	39 (66,1)	p: ,066*
Gebelik deneyimi			
Evet	11 (18,6)	9 (15,3)	X ² : 0,090
Hayır	48 (81,4)	50 (84,7)	p: ,765*
Cinsel/üreme sağlığı bilgisi alma			
Evet	10 (16,9)	11 (18,6)	X ² : 0,593
Hayır	49 (83,1)	48 (81,4)	p: ,441*
HIV/CYBE bilgisi alma			
Evet	12 (20,3)	10 (16,9)	X ² : 0,694
Hayır	47 (79,7)	49 (83,1)	p: ,405*

* p>0.05

X²= Chi-square

t= Bağımsız gruplarda t testi

4.2. HIV/CYBE AKRAN EĞİTİMİ PROGRAMININ HIV BİLGİ DÜZEYİNE ETKİSİ

Girişim ve kontrol gruplarının HIV Bilgi düzeyi AE'den önce, AE'den hemen sonra, AE'den 3 ve 6 ay sonra olmak üzere dört kez ölçülmüştür. Akran eğitiminden önce girişim ($9,53 \pm 3,03$) ve kontrol ($9,27 \pm 3,09$) grupları arasında HIV bilgi puan ortalaması yönünden anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Akran eğitiminden sonra 3. ve 6. ayda girişim grubunun HIV bilgi puanı, kontrol grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Girişim ve kontrol gruplarının, HIV bilgi puanlarının zaman içindeki değişimini değerlendirmek amacıyla tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi yapılmış ve sütun altında gösterilmiştir. Akran eğitiminden sonra, AE'den 3 ve 6 ay sonra HIV bilgi puan ortalamaları AE'den önce alınan puanlar ile karşılaştırıldığında hem girişim grubunda ($F=40,550$, $sd=3$, $p < 0,05$), hem de kontrol grubunda ($F=5,421$, $sd=2$, $p < 0,05$) bilgi düzeyinin artışı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4-3).

Tablo 4-3. Girişim ve Kontrol Grubunun HIV-Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

HIV-Bilgi Puanı**	Girişim Ort±SS	Kontrol Ort±SS	İstatistik
AE'den önce	9,53±3,03	9,27±3,09	t=1,099 p=,276
AE'den sonra	14,42±1,85	—	—
3.ay	14,18±1,83	9,53±2,89	t=10,509 p=,000*
6.ay	13,71±2,34	9,79±2,75	t=8,741 p=,000*
İstatistik	F=40,550 sd=3 p=,000*	F=5,421 sd=2 p=,007*	

* $p < 0,05$

**en az-en çok=0-18

t= Bağımsız gruplarda t testi

F= Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi

NOT: Programdan sonra kontrol grubunun HIV bilgi düzeyi değerlendirilmemiştir.

4.3. HIV/CYBE AKRAN EĞİTİMİ PROGRAMININ ÖZ-YETERLİK ALGI PUANLARINA ETKİSİ

Girişim ve kontrol gruplarının AIDS'ten Korunmada algıladığı Öz-Yeterlik "*cinsel ilişkiyi reddetme*", "*potansiyel cinsel eşe soru-sorabilme*" ve "*kondom kullanma*" alt boyutları kapsamında AE'den önce ve AE'den 3 ve 6 ay sonra olmak üzere üç kez ölçülmüştür.

Cinsel ilişkiyi reddetme: Girişim ve kontrol grupları arasında AE'den önce cinsel ilişkiyi reddetme öz-yeterlik puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Akran eğitiminden sonraki 3. ve 6. aylarda girişim grubunun öz-yeterlik düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Girişim grubunun cinsel ilişkiyi reddetme öz-yeterlik puan ortalaması AE öncesi ile karşılaştırıldığında, 3. ve 6. aylardaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=46,158$, $sd=2$, $p<0,05$). Kontrol grubunun cinsel ilişkiyi reddetme öz-yeterlik puanları ise zaman içinde azalmıştır ($F=5,863$, $sd=2$, $p<0,05$) (Tablo 4-4).

Tablo 4-4. Girişim ve Kontrol Grubunun Cinsel İlişkiyi Reddetme Öz-Yeterlik Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsel İlişkiyi Reddetme**	Girişim Ort±SS	Kontrol Ort±SS	İstatistik
AE'den önce	34,29±12,55	34,05±12,44	t=0,841 p=,404
3.ay	45,90±5,27	31,68±11,31	t=12,273 p=,000*
6.ay	45,88±5,61	33,12±11,69	t=11,350 p=,000*
İstatistik	F=46,158 sd=2 p=,000*	F=5,863 sd=2 p=,005*	

* $p<0,05$

**en az-en çok=0-55

t= Bağımsız gruplarda t testi

F= Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi

Potansiyel cinsel eše soru sorabilme: Girişim ve kontrol grupları arasında AE'den önce ve AE'den 3 ve 6 ay sonra potansiyel cinsel eše soru sorabilme öz-yeterlik puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Girişim grubunun potansiyel cinsel eše soru-sorabilme öz-yeterlik puan ortalamaları zaman içinde değişmemiştir ($F=1,722$, $sd=2$, $p>0,05$). Kontrol grubunun öz-yeterlik puanları ise zaman içinde azalmıştır ($F=18,540$, $sd=2$, $p<0,05$) (Tablo 4-5).

Tablo 4-5. Girişim ve Kontrol Grubunun Potansiyel Cinsel Eše Soru Sorabilme Öz-Yeterlik Puanlarının Karşılaştırılması

Potansiyel Cinsel Eše Soru Sorabilme**	Girişim Ort±SS	Kontrol Ort±SS	İstatistik
AE'den önce	15,47±3,84	15,80±2,61	$t=-0,779$ $p=,439$
3.ay	14,61±2,17	14,59±2,13	$t=0,098$ $p=,923$
6.ay	14,59±2,13	14,71±2,20	$t=-1,158$ $p=,252$
İstatistik	$F=1,722$ $sd=2$ $p=,188$	$F=18,540$ $sd=2$ $p=,000*$	

* $p<0,05$

**en az-en çok=0-20

t= Bağımsız gruplarda t testi

F= Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi

Kondom kullanma: Girişim ve kontrol grupları arasında AE'den önce kondom kullanma öz-yeterlik puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Akran eğitiminden sonra 3 ve 6 aylardaki öz-yeterlik puan ortalaması, girişim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Girişim grubunun, kondom kullanma öz-yeterlik puan ortalamaları zaman içinde anlamlı olarak artmıştır ($F=77,343$, $sd=2$, $p<0,05$). Kontrol grubunun öz-yeterlik puanları ise zaman içinde azalmıştır ($F=5,750$, $sd=2$, $p<0,05$) (Tablo 4-6).

Tablo 4-6. Girişim ve Kontrol Grubunun Kondom Kullanma Öz-yeterlik Puanlarının Karşılaştırılması

Kondom Kullanma**	Girişim Ort±SS	Kontrol Ort±SS	İstatistik
AE'den önce	38,44±9.09	38,00±9,34	t=1,063 p=,292
3.ay	49,88±4,76	36,63±8,88	t=11,625 p=,000*
6.ay	50,44±4,55	37,59±9,41	t=11,385 p=,000*
İstatistik	F=77,343 sd=2 p=,000*	F=5,750 sd=2 p=,005*	

*p<0,05

**en az-en çok=0-60

t= Bağımsız gruplarda t testi

F= Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi

4.4. HIV/CYBE AKRAN EĞİTİMİ PROGRAMININ CİNSEL GİRİŞİMCİLİK DÜZEYİNE ETKİSİ

Girişim ve kontrol gruplarının “*cinsel girişimcilik*” düzeyi “*cinsel ilişkiyi engelleme*”, “*cinsel ilişki öncesi kondom kullanmayı konuşma*” ve “*kondom kullanma*” ya odaklı üç senaryo metnine verdikleri yanıtların puan ortalamalarına göre AE'den önce ve AE'den sonra 3. ve 6. ayda olmak üzere üç kez değerlendirilmiştir (0-6 puan).

Cinsel ilişkiyi engelleme: Girişim ve kontrol grupları arasında AE'den önce cinsel ilişkiyi reddetme girişimcilik puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Akran eğitiminden sonraki 3. ve 6. aylarda girişimcilik puan ortalaması girişim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Girişim grubunun, cinsel ilişkiyi engelleme girişimcilik puan ortalaması AE'den öncesi ile karşılaştırıldığında, 3. ve 6. aylardaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=50,636$, $sd=2$, $p<0,05$). Kontrol grubunun girişimcilik puanları ise zaman içinde değişmemiştir ($F=0,015$, $sd=2$, $p>0,05$) (Tablo 4-7).

Tablo 4-7. Girişim ve Kontrol Grubunun Cinsel İlişkiyi Engelleme Girişimcilik Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsel İlişkiyi Engelleme**	Girişim Ort±SS	Kontrol Ort±SS	İstatistik
AE'den önce	2,12±1,66	2,15±1,53	t=-0,497 p=,621
3.ay	3,54±1,22	2,19±1,47	t=7,796 p=,000*
6.ay	3,90±0,86	2,27±1,32	t=10,933 p=,000*
İstatistik	F=50,636 sd=2 p=,000*	F=0,015 sd=2 p=,653	

*p<0,05

**en az-en çok=0-6

t= Bağımsız gruplarda t testi

F= Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi

Cinsel ilişki öncesi kondom kullanmayı konuşma: Akran eğitiminden önce girişim ve kontrol grupları arasında cinsel ilişki öncesi kondom kullanmayı konuşma girişimcilik puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Akran eğitiminden sonraki 3. ve 6. aylardaki girişimcilik puan ortalaması girişim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Girişim grubunun cinsel ilişki öncesi kondom kullanmayı konuşma girişimcilik puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi AE öncesi ile karşılaştırıldığında, 3. ay ve 6. aylardaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=54,432$, $sd=2$, $p<0,05$). Kontrol grubunun girişimcilik puanları ise zaman içinde azalmıştır ($F=4,243$, $sd=2$, $p<0,05$) (Tablo 4-8).

Tablo 4-8 Girişim ve Kontrol Grubunun Cinsel İlişki Öncesi Kondom Kullanmayı Konuşma
Girişimcilik Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsel İlişki Öncesi Kondom Kullanmayı Konuşma**	Girişim Ort±SS	Kontrol Ort±SS	İstatistik
AE'den önce	2,83±1,40	2,85±1,28	t=-0,134 p=,894
3.ay	4,08±0,99	2,75±1,18	t=9,415 p=,000*
6.ay	4,27±0,93	2,53±1,10	t=11,476 p=,000*
İstatistik	F=54,432 sd=2 p=,000*	F=4,243 sd=2 p=,019*	

*p<0,05

**en az-en çok=0-6

t= Bağımsız gruplarda t testi

F= Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi

Kondom Kullanma: Akran eğitiminden önce girişim ve kontrol grupları arasında kondom kullanma girişimcilik puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Akran eğitiminden sonra 3 ve 6 aylarda girişimcilik puan ortalaması girişim grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Girişim grubunun kondom kullanma girişimcilik puan ortalaması AE öncesi ile karşılaştırıldığında, 3. ve 6. aylardaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=22,405$, $sd=2$, $p<0,05$). Kontrol grubunun girişimcilik puanları ise zaman içinde değişmemiştir ($F=2,971$, $sd=2$, $p>0,05$) (Tablo 4-9).

Tablo 4-9. Girişim ve Kontrol Grubunun Kondom Kullanma Girişimcilik Puanlarının Karşılaştırılması

Kondom kullanma**	Girişim Ort±SS	Kontrol Ort±SS	İstatistik
AE'den önce	2,80±1,55	2,75±1,38	t=0,454 p=,651
3.ay	3,64±1,35	2,64±1,27	t=6,236 p=,000*
6.ay	3,86±1,17	2,53±1,24	t=7,785 p=,000*
İstatistik	F=22,405 sd=2 p=,000*	F=2,971 sd=2 p=,06	

*p<0,05

**en az-en çok=0-6

t= Bağımsız gruplarda t testi

F= Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi

4.5. HIV/CYBE AKRAN EĞİTİMİ PROGRAMININ CİNSEL DAVRANIŞLARA ETKİSİ

Girişim ve kontrol grubunun cinsel davranışları AE'den önce, AE'den 3 ve 6 ay sonra olmak üzere, “kondom ile vajinal ilişki”, “kondom ile oral ilişki”, “kondom ile anal ilişki”, “kondom kullanma ve güvenli cinsellik konusunda cinsel eşi ile konuşma”, “kondom kullanmayan biri ile cinsel ilişkiyi reddetme”, “cinsel ilişkiden önce alkol alma” “cinsel ilişkiden önce alkol/uyuşturucu alma” ve cinsel eş sayıları” kapsamında 3 kez değerlendirilmiştir.

Kondomlu Vajinal İlişki: Akran Eğitimi'nden önce girişim ve kontrol grupları arasında kondomlu vajinal ilişki ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Akran eğitimi'nden sonra 3. ve 6. aylardaki ilişki ortalaması girişim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Girişim grubunun kondomlu vajinal ilişki ortalamalarının zaman içindeki değişimi AE öncesi ile karşılaştırıldığında, 3. ve 6. aydaki ilişki ortalamasındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=26,572$, $sd=2$, $p<0,05$, $F=3,790$, $sd=2$, $p<0,05$). Kontrol grubunun ilişki ortalaması ise zaman içinde değişmemiştir (Tablo 4-10).

Tablo 4-10. Girişim ve Kontrol Gruplarının Kondomlu Vajinal İlişki Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kondomlu Vajinal İlişki	Girişim Ort±SS	Kontrol Ort±SS	İstatistik
AE'den önce	1,31±1,49	1,37±1,50	$t=-0,262$ $p=,795$
3.ay	2,44±2,08	1,20±1,42	$t=3,899$ $p=,000^*$
6.ay	3,14±2,16	1,42±1,49	$t=5,920$ $p=,000^*$
İstatistik	$F=26,572$ $sd=2$ $p=,000^*$	$F=2,401$ $sd=2$ $p=,100$	

* $p<0,05$

t= Bağımsız gruplarda t testi

F= Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi

Kondomlu Oral İlişki: Akran Eğitimi'nden önce girişim ve kontrol grupları arasında kondomlu oral ilişki ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Akran eğitimi'nden sonraki 3. ve 6. aylardaki ilişki ortalaması girişim grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Girişim grubunun, kondomlu oral ilişki ortalamasının zaman içindeki değişimi AE öncesi ile karşılaştırıldığında, 3 ve 6 aylardaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=6,331$, $sd=2$, $p<0,05$). Kontrol grubunun ilişki ortalaması ise zaman içinde değişmemiştir ($F=1,295$, $sd=2$, $p>0,05$) (Tablo 4-11).

Tablo 4-11. Girişim ve Kontrol Grubunun Kondomlu Oral İlişki Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kondomlu Oral İlişki	Girişim Ort±SS	Kontrol Ort±SS	İstatistik
AE'den önce	1,75±1,43	1,92±1,76	t=-0,798 p=,428
3.ay	2,66±2,06	1,78±1,31	t=2,717 p=,009*
6.ay	2,73±1,84	1,46±1,41	t=4,199 p=,000*
İstatistik	F=6,331 sd=2 p=,003*	F=1,295 sd=2 p=,282	

* $p<0,05$

t= Bağımsız gruplarda t testi

F= Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi

Kondomlu Anal İlişki: Akran Eğitimi'nden önce girişim ve kontrol grupları arasında kondomlu anal ilişki ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Akran eğitiminden sonraki 3. ayda ilişki ortalaması açısından girişim ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Akran eğitimi'nden sonra 6. ayda ilişki ortalaması ise girişim grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Girişim grubunun kondomlu anal ilişki ortalamasının zaman içindeki değişimi AE öncesi ile karşılaştırıldığında, 3. ve 6. aylardaki ilişki ortalamasındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=6,326$, $sd=2$, $p<0,05$). Kontrol grubunun ilişki ortalaması ise zaman içinde değişmemiştir ($F=2,127$, $sd=2$, $p>0,05$) (Tablo 4-12).

Tablo 4-12. Girişim ve Kontrol Grubunun Kondomlu Anal İlişki Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kondomlu Anal İlişki	Girişim Ort±SS	Kontrol Ort±SS	İstatistik
AE'den önce	1,27±1,68	1,39±1,63	t=-2,428 p=,018*
3.ay	1,42±1,90	1,27±1,86	t=1,698 p=,095
6.ay	2,05±1,99	1,34±1,83	t=3,569 p=,001*
İstatistik	F=6,326 sd=2 p=,003*	F=2,127 sd=2 p=,129	

*p<0,05

t= Bağımsız gruplarda t testi

F= Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi

Kondom Kullanma ve Güvenli Cinsellik Hakkında Cinsel Eş İle Konuşma: Akran Eğitimi'nden önce girişim ve kontrol grupları arasında kondom kullanma ve güvenli cinsellik hakkında partneri ile konuşma ortalaması açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Akran eğitimi'nden sonraki 3. ve 6. aylardaki cinsel eş ile konuşma ortalaması girişim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Girişim grubunun, kondom kullanma ve güvenli cinsellik hakkında cinsel eş ile konuşma ortalamasının zaman içindeki değişimi AE öncesi ile karşılaştırıldığında, 3. ay ve 6. aydaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=25,339, sd=2, p<0,05). Kontrol grubunun cinsel eş ile konuşma ortalaması ise zaman içinde değişmemiştir (F=0,118, sd=2, p>0,05) (Tablo 4-13).

Tablo 4-13. Girişim ve Kontrol Grubunun Kondom Kullanma ve Güvenli Cinsellik Hakkında Cinsel Eş İle Konuşma Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kondom Kullanma ve Güvenli Cinsellik Hakkında Cinsel Eş İle Konuşma	Girişim Ort±SS	Kontrol Ort±SS	İstatistik
AE'den önce	2,27±2,38	2,22±2,32	t=0,339 p=,736
3.ay	3,66±2,93	2,32±1,92	t=3,492 p=,001*
6.ay	3,97±2,89	2,29±1,62	t=4,553 p=,000*
İstatistik	F=25,399 sd=2 p=,000	F=0,118 sd=2 p=,889	

*p<0,05

t= Bağımsız gruplarda t testi

F= Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi

Kondom Kullanmayan Biri İle Cinsel İlişkiyi Reddetme: Akran Eğitimi'nden önce girişim ve kontrol grupları arasında kondom kullanmayan biri ile cinsel ilişkiyi reddetme ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Akran eğitimi sonrası 3. ve 6. aydaki cinsel ilişkiyi reddetme ortalamaları girişim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Girişim grubunun, kondom kullanmayan biri ile cinsel ilişkiyi reddetme ortalamasının zaman içindeki değişimi AE öncesi ile karşılaştırıldığında, 3. ve 6. aydaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=6,018$, $sd=2$, $p<0,05$). Kontrol grubunun cinsel ilişkiyi reddetme ortalaması ise zaman içinde azalmıştır ($F=6,491$, $sd=2$, $p<0,05$) (Tablo 4-14).

Tablo 4-14. Girişim ve Kontrol Grubunun Cinsel İlişki Öncesi Kondom Kullanmayan Biri İle Cinsel İlişkiyi Reddetme Ortalamalarının Karşılaştırılması

Kondom Kullanmayan Biri İle Cinsel İlişkiyi Reddetme	Girişim Ort±SS	Kontrol Ort±SS	İstatistik
AE'den önce	0,58±0,93	0,71±1,02	t=-1,824 p=,073
3.ay	1,00±1,30	0,24±0,60	t=4,028 p=,000*
6.ay	0,90±1,20	0,27±0,61	t=3,501 p=,001*
İstatistik	F=6,018 sd=2 p=,004*	F=6,491 sd=2 p=,003*	

*p<0,05

t= Bağımsız gruplarda t testi

F= Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi

Cinsel ilişkiden önce alkol alma: Akran Eğitimi'nden önce girişim ve kontrol grupları arasında cinsel ilişki öncesi alkol alma sıklıkları açısından anlamlı fark bulunmuştur (p>0,05). Akran eğitimi'nden sonra 3 ve 6 aylarda alkol alma ortalaması girişim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p<0,05).

Girişim grubunun, cinsel ilişkiden önce alkol alma ortalaması AE öncesi ile karşılaştırıldığında, 3. ve 6. aylardaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=9,869, sd=2, p<0,05). Kontrol grubunun cinsel ilişki öncesi alkol alma ortalamasındaki ise zaman içinde artmıştır (F=3,728, sd=2, p<0,05) (Tablo 4-15).

Tablo 4-15. Girişim ve Kontrol Grubunun Cinsel İlişkiden Önce Alkol Alma Ortalamalarının Karşılaştırılması

Cinsel İlişkiden Önce Alkol Alma	Girişim Ort±SS	Kontrol Ort±SS	İstatistik
AE'den önce	1,95±1,77	1,19±1,33	t=2,548 p=,014*
3.ay	0,64±1,45	1,44±1,62	t=-2,828 p=,006*
6.ay	0,73±1,46	1,56±1,61	t=-3,011 p=,004*
İstatistik	F=9,869 sd=2 p=,000*	F=3,728 sd=2 p=,030*	

*p<0,05

t= Bağımsız gruplarda t testi

F= Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi

Cinsel ilişkiden önce ve sonra uyuşturucu/uyarıcı madde alma: Akran Eğitimi'nden önce ve sonraki izlemlerde girişim ve kontrol grupları arasında cinsel ilişkiden önce ve sonra uyuşturucu/uyarıcı madde alma ortalaması açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Girişim ve kontrol gruplarının, cinsel ilişkiden önce ve sonra uyuşturucu/uyarıcı madde alma ortalaması AE öncesi ile karşılaştırıldığında, 3. ve 6. aylardaki azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=4,939, sd=2, p<0,05, F=5,490, sd=2, p<0,05) (Tablo 4-16).

Tablo 4-16. Girişim ve Kontrol Grubunun Cinsel İlişkiden Önce ve Sonra Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Alma Ortalamalarının Karşılaştırılması

Cinsel İlişkiden Önce ve Sonra Uyuşturucu/Uyarıcı Madde Alma	Girişim Ort±SS	Kontrol Ort±SS	İstatistik
AE'den önce	0,36±0,71	0,32±0,63	t=1,000 p=,321
3.ay	0,07±0,31	0,05±0,29	t=0,444 p=,659
6.ay	0,05±0,29	0,08±0,34	t=-0,704 p=,484
İstatistik	F=4,939 sd=2 p=,011*	F=5,490 sd=2 p=,007*	

*p<0,05

t= Bağımsız gruplarda t testi

F= Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi

Cinsel eş sayısı: Akran Eğitimi'nden önce girişim ve kontrol grupları arasında cinsel eş sayıları açısından anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05). Akran eğitimi'nden sonraki 3. ve 6. aylardaki cinsel eş sayısı ortalaması, girişim grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0,05). Girişim grubunun (F=2,261, sd=2, p>0,05) ve kontrol grubunun cinsel eş ortalaması ise zaman içindeki değişmemiştir (F=1,332, sd=2, p>0,05) (Tablo 4-17).

Tablo 4-17. Girişim ve Kontrol Grubunun Cinsel Eş Ortalamalarının Karşılaştırılması

Cinsel Eş	Girişim Ort±SS	Kontrol Ort±SS	İstatistik
AE'den önce	3,61±2,06	2,56±2,68	t=2,208 p=,031*
3.ay	3,34±2,04	2,47±2,44	t=2,036 p=,046*
6.ay	3,19±1,93	2,29±2,03	t=2,347 p=,022*
İstatistik	F=2,261 sd=2 p=,114	F=1,332 sd=2 p=,272	

*p<0,05

t= Bağımsız gruplarda t testi

F= Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi testi

4.6. PROGRAMA KATILMANIN TOPLAM HIV BİLGİSİ, ÖZ-YETERLİK ve KONDOM KULLANMA ÜZERİNE BELİRLEYİCİ ETKİSİ

Gençlerin AE programına katılmalarının program sonrası 6. aydaki toplam bilgi, öz-yeterlik ve kondom kullanma davranışları üzerine etkisini belirlemek amacı ile tek adım lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Bilgi düzeyi için median değeri (12) kesme noktası olarak alınmıştır. Buna göre bilgi düzeyi puanları 0-12 puan yetersiz, 13-18 puan yeterli olarak değerlendirilmiştir. Bilgi puanının yeterli olması referans olarak alınmıştır. Buna göre programa katılanların toplam bilgi düzeyi katılmayanlara göre 12.6 kat (OR=12,59, %95 CI=5,26-30,13) fazladır.

Öz-yeterlik düzeyi için median değeri (103) kesme noktası olarak alınmıştır. Buna göre 27-103 puan yetersiz, 104-135 puan yeterli olarak değerlendirilmiştir. Öz-yeterlik puanı yeterli olanlar referans olarak alındığında, programa katılanların öz-yeterliği katılmayanlara göre 21.4 kat (OR=21,38, %95 CI=8,32-54,98) fazladır.

Güvenli cinsel davranışlardan kondom kullanma durumu ise kondom kullanma sayısı artan, kondom kullanma sayısı değişmeyen veya azalanlar olmak üzere iki grupta değerlendirilmiştir. Kondom kullanma sayısının artması referans olarak alınmıştır. Buna göre programa katılanların kondom kullanma durumu katılmayanlara göre 5.7 kat (OR=5,71, %95 CI=2,52-12,96) artmıştır (Tablo 4-18).

Tablo 4-18. Logistik Regresyon: Programa Katılmanın Toplam HIV Bilgisi, Öz-Yeterlik ve Kondom Kullanma Üzerine Etkisi

Özellikler	Girişim %	Kontrol %	Odds (%95 CI)	p
Toplam HIV Bilgi düzeyi				
Yeterli (n=57)	76,3	20,3	1 (referans)	0,000
Yetersiz (n=61)	23,7	79,7	12,59 (5,26-30,13)	
Toplam öz-yeterlik algısı				
Yeterli (n=58)	81,4	16,9	1 (referans)	0,000
Yetersiz (n=60)	18,6	83,1	21,382 (8,316-54,976)	
Kondom Kullanma				
Değişmeyen (n=71)	40,7	79,7	5,712 (2,517-12,963)	0,000
Artan (n=47)	59,3	20,3	1 (referans)	

5. TARTIŞMA

Gençler ve adölesanlar cinsel ve üreme sağlığı yönünden yüksek risk altında bir gruptur. Araştırma raporları gençler arasında cinsel ilişki yaşının azaldığını (Kvalem ve Traeen, 2000; Kann ve ark., 2000; Thato ve ark., 2005; Kaya ve ark., 2007), güvenli olmayan cinsel davranışların arttığını (Fawole ve ark., 1999; Jaworski ve Carey 2001; Holschneider ve Alexander, 2003; Ateş ve ark., 2005; Öksüz ve Malhan, 2008), daha fazla planlanmamış gebelik ve düşük deneyimlendiğini (Özkan, 1994; AÜSFP, 2004; Güner ve ark., 2005; CPS, 2006; Siyez ve Siyez, 2007) ve CYBE'lerin görüldüğünü (Tyden ve ark., 1998; Kaljee ve ark., 2005; Gutierrez, 2006) göstermiştir.

Önceki çalışmalar, gençlerde sağlık algıları, yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, inanç düzeyi, bilgi eksikliği gibi pek çok faktörün riskli cinsel davranışı etkilediğini ve bu faktörleri dikkate alarak geliştirilmiş risk azaltma programlarının gerekli olduğunu vurgulamaktadır (AÜSFP, 2004; Aras ve ark., 2005; Kaya ve ark., 2007; Öksüz ve Malhan, 2008). Özellikle son on yıllık araştırma raporları, bu programlardan biri olan Akran Eğitimi (AE) nin gençlerin bilgi, tutum ve cinsel davranışlarını olumlu yönde etkileyen bir yöntem olduğuna işaret etmiştir (Tyden ve ark., 1998; Dunn ve ark., 1998; Mellanby ve ark., 2000; Ergene ve ark., 2005; Saroj ve ark., 2005; Mahat ve ark., 2008). Bununla birlikte AE'nin etkinliğini ortaya koyan çalışmalar sınırlıdır. Bir sistematik inceleme çalışmasında, 1998-2005 yılları arasında yayınlanan deneysel-kontrollü ve yarı-deneysel çalışmanın sadece 10'unun metodolojik yönden kaliteli olarak tanımlanabileceği belirtilmiştir (Kim ve Free, 2008). Ebreo ve arkadaşları (2002) bir çok okula-dayalı AE çalışmasından elde edilen bulgunun metodolojik endişelerden dolayı sınırlı olduğunu belirtmektedir. Türkiye'de HIV/CYBE'lara odaklı biri lise öğrencilerinde, biri üniversite öğrencilerinde ve diğeri de 15-24 yaş arası gençlerde olmak üzere üç AE çalışmasına ulaşılmıştır (Özcebe ve ark., 2004; Ergene ve ark., 2005; Kırmızıtoprak, 2007). Farklı bilgi, tutum ve değerlendirme araçları kullanılarak yürütülen ve izlem yapılmamış olan bu çalışmaların sadece ikisinde randomize kontrollü araştırma metodu kullanılmış ve her üç çalışmada da AE'nin cinsel davranışlar üzerine etkisi incelenmemiştir. Böylece bu çalışma yüksek risk taşıyan Türk gençleri ile geçerli ve

güvenilir araçlar kullanılarak, bilgi, öz-yeterlik ve cinsel davranışlara AE'nin etkisini 6 ay süre ile inceleyen ilk çalışma özelliğini taşımaktadır.

İki aşamada yürütülen bu çalışmada “HIV Bilgi Ölçeği” ve “AIDS'ten Korunmada Öz-Yeterlik Ölçeği” Türk toplumuna uyarlanmıştır. HIV Bilgi Ölçeği'nin (HIV-BÖ-18) güvenilirliği ortanın üzerinde (.75), AIDS'ten Korunmada Öz-Yeterlik Ölçeği'nin (AÖY-27) güvenilirliği ise yüksek düzeyde (.93) bulunmuştur. Onsekiz maddelik HIV-BÖ'nin alfa katsayısı (.75) önceki çalışmalarda (Carey ve Schroder, 2002) bildirilen değerlere (.75-.96 arasında), 27 maddelik AÖY ölçeğinin alfa katsayısı ise diğer çalışmalar (Kasen ve ark.; 1992; Bayés ve ark., 1995; López-Rosales ve Rubia, 2001) ile bildirilen değerlere (.89 ve .91) benzerdir. Bu bilgiler her iki ölçeğin Türk toplumunda geçerli ve güvenilir araçlar olarak kullanılabileceğini göstermiştir.

Bu çalışmanın ikinci aşamasında, “*HIV/CYBE Akran Eğitimi Programı*”nın gençlerin, (1) Temel HIV bilgisine, (2) AIDS'ten korunmada öz-yeterlik ve cinsel girişimcilik düzeyine ve (3) cinsel davranışlarına etkisi incelenmiştir. Çalışmanın bu aşamasının bulguları hipotezler doğrultusunda aşağıda tartışılmıştır.

Hipotez 1. *Akran Eğitimi programına katılan gençlerin, HIV bilgi düzeyi, programa katılmayanlara göre yüksek olacaktır.*

Bu çalışmada örneklem grubunun AE programından önce HIV bilgi puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur. Beklenildiği gibi, HIV bilgi düzeyi, AE'ye katılan gençlerde hem eğitimden sonraki 3. ve 6. aylarda kontrol grubuna göre ve hem de izlem süresince kendi içinde anlamlı olarak artmıştır. Programa katılanların 6. ayın sonundaki toplam bilgi düzeyi yeterliği katılmayanlara göre 12.6 kat fazladır.

Benzer sonuç AE'nin etkisinin incelendiği diğer çalışmalarda da gösterilmiştir. Dunn ve arkadaşları'nın (1998) Kanada'da lise öğrencilerinde yaptıkları okula-dayalı çalışmada AE'nin toplum sağlığı hemşiresi liderliğinde yürütülen eğitime göre HIV/AIDS bilgi düzeyini arttırmada daha etkili olduğu belirtilmiştir. Brieger ve arkadaşları'nın (2001) çalışması AE'nin okul temelli çalışmalarda başarısını ortaya koymada önemlidir. Bu çalışmada Nijerya ve Gana'da okul ve okul dışındaki

adölesanlarda AE'nin etkinliğinin değerlendirilmiş ve üreme sağlığı bilgisi programdan 18 ay sonra girişim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak artarken, okul dışındaki adölesanlarda değişmemiştir. Hintli lise öğrencilerinde yapılan kısa dönem kontrol çalışmasında AE'den 1 ay sonra öğrencilerin hem cinsellik bilgisinin ve hem de AIDS bilgisinin anlamlı şekilde arttığı gösterilmiştir (Pratinidhi ve ark., 2001). Aynı toplumda yapılan başka bir kontrollü çalışmada ergen kızlara AE ve hemşire-liderliğinde geleneksel eğitim yöntemi uygulanmış, hem AE'nin hem de geleneksel yöntemin bilgi düzeyini artırmada aynı düzeyde etkili olduğu ortaya konmuştur. Bununla birlikte üç ay süren AE'nin 9 ay süren hemşire liderliğindeki yürütülen geleneksel eğitim yöntemine göre zaman açısından daha etkili olduğu vurgulanmıştır (Saroj ve ark., 2005). Mahat ve arkadaşları (2006) New Jersey'de bir lisede yaptıkları çalışmada benzer şekilde AE'nin geleneksel eğitim yöntemine göre HIV bilgi düzeyini arttırmada daha etkili olduğunu bulmuştur. Terry ve arkadaşları'nın (2006) çalışmasında AE ve Akran Danışmanlığı (AD) programına katılan gençlerin HIV/AIDS'ten korunma bilgisi (kondom kulanma, fırsatçı enfeksiyonlardan korunma ve tedavi, HIV/AIDS'in tedavisi olma, cinsel eş sayısını azaltma) programa katılmayanlara göre anlamlı şekilde artmıştır. Akran eğitimi ile kazanılan bilginin süreklilik göstermesi açısından Cartagena ve arkadaşları'nın (2006) üç yıl süren uzun dönem kontrol çalışması önemlidir. Bu çalışma Moğolistan'da akran eğitimi programı uygulanan liselerde okuyan gençlerin HIV bilgi düzeyinin program uygulanmayan liselerde okuyan gençlere göre 2.4 kat yüksek olduğunu göstermiştir.

Türkiye'de yapılan bir çok çalışmada gençlerin HIV/CYBE ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu (Yıldırım ve Apan, 2001; Topbaş, 2003; Demirtaş, 2005; Şerifhan İlğün, 2005; Yurdakul ve ark., 2005) ve bilgi edinme kaynaklarının başında akranlarının geldiği belirlenmiştir (Cambaz ve ark., 2001; Yıldırım ve Apan, 2001; Bulut ve Ortaylı, 2004; Temiz ve ark., 2005). Türkiye'de lise öğrencileri ile yapılan bir AE programa katılan öğrencilerin bilgi puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde arttığı görülmüştür (Özcebe ve ark., 2004). Üniversite öğrencilerinde yapılan tek AE çalışmasında ise AE ve tek oturumluk konferans yönteminin etkinliği kontrol grubu ile karşılaştırılmış ve her iki girişiminde öğrencilerin bilgi ve tutumlarını anlamlı şekilde arttırdığı görülmüştür (Ergene ve ark., 2005). Rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 15-24 yaş arası 977 gençle yapılan başka

bir AE çalışmasında toplam bilgi puanı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yükselmiştir (Kırmızıtoprak, 2007).

Bu çalışmada kontrol grubundaki gençlerin HIV bilgi düzeyinin az da olsa izlem süresi içinde artması dikkat çekmiştir. Benzer şekilde Brieger ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında da kontrol grubundaki adölesanların üreme sağlığı bilgisinin izlem süresinde arttığı gösterilmiştir. Bu durum çalışmaya istekli olarak katılan öğrencilerin farkındalığının yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir. Nitekim Yang ve arkadaşları (2004) HIV/CYBE korunma programlarına istekli olarak katılan gençlerin HIV/AIDS farkındalığını 1.2 kat fazla bulmuştur.

Önceki çalışmalarda belirtildiği gibi bu çalışmanın bulguları da AE'ye katılan gençlerin bilgi düzeyinin programa katılmayanlara göre yüksek olacağı hipotezini desteklemiştir.

Hipotez 2. *Akran Eğitimi programına katılan gençlerin, AIDS'ten korunmada algılanan öz-yeterlik düzeyi ve cinsel girişimcilik düzeyi programa katılmayanlara göre yüksek olacaktır.*

Gençlerin riskli cinsel davranışlarının azatılmasında bireyin öz-yeterlik algı düzeyinin yol gösterici olarak kullanılabileceği belirtilmektedir. Bu anlamda, öz-yeterliliği düşük gençlerin cinsel risk davranışlarının yüksek olması beklenir (Bandura, 1999). Yapılan çalışmalarda, gençlerin güvenli cinsel davranışlarının artırılmasında ve riskli cinsel davranışlarının azaltılmasında öz-yeterliliğin artırılmasına işaret edilmektedir (Lopes-Rosales ve Rubia, 2001; Holschneider ve Alexander, 2003; Kang ve ark., 2004). Nitekim, Lopes-Rosales ve Rubia (2001) Meksikalı adölesanlarda cinsel ilişkiye başlama yaşı ile öz-yeterlik düzeyi arasında pozitif ve anlamlı, cinsel eş sayısı ve öz-yeterlik arasında negatif ve anlamlı korelasyon olduğunu göstermiştir. Haiti'de 15-19 yaş arası 845 adölesan ile yapılan bir çalışmada öz-yeterliliğini yüksek algılayan adölesanların kondom kullanma oranı 2.7, son cinsel ilişkide kondom kullanma oranı 3.2, yaşam boyu bir ya da iki cinsel eşi olma oranı 2.3 kat daha fazladır (Holschneider ve Alexander, 2003). Güçlü öz-yeterliliğin güvenli cinsel davranışlar üzerindeki olumlu etkisi madde bağımlısı gençlerde dahi görülmüştür. Porto Rico'lu madde bağımlısı gençlerde öz-yeterliliği

düşük olanlarda, korunmasız vajinal ve/veya anal cinsel ilişki 1.9 kat ve birden fazla cinsel eşe sahip olma 2.2 kat fazladır (Kang ve ark., 2004).

Türkiye’de gençlerin koruyucu cinsel davranışlara ilişkin öz-yeterliklerinin değerlendirildiği sadece bir çalışmaya ulaşılmıştır (Bulduk ve Erdoğan, 2008). Bu araştırmanın ön çalışmasında 507 üniversite öğrencisinin öz-yeterlik düzeyi ortalaması iyi düzeyde (87.7) (en az-en çok=27-135) bulunmuştur. Aynı çalışmada kızların, cinsel aktif olmayanların ve sağlık bilimlerinde öğrenim gören gençlerin öz-yeterlik düzeyleri anlamlı olarak yüksektir. Bununla birlikte algılanan gelir düzeyi ve dindarlık düzeyi ile öz-yeterlik düzeyi arasında pozitif ve anlamlı korelasyon vardır (Bulduk ve Erdoğan, 2008).

HIV/CYBE odaklı AE’nin gençlerin tutumlarını, inançlarını ve öz-yeterliklerini olumlu şekilde etkileyen bir yöntem olduğu gösterilmiştir (Tyden ve ark., 1998; Dunn ve ark., 1998; Brieger ve ark., 2001; Caron ve ark., 2004). Bu çalışmada gençlerin AIDS’ten korunmada algıladığı öz-yeterlik düzeyi *cinsel ilişkiyi reddetme, potansiyel partnere soru-sorabilme ve kondom kullanma* boyutları ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre AE programına katılan gençlerin eğitimden 3 ve 6 ay sonra *cinsel ilişkiyi reddetme, kondom kullanma* boyutlarında algıladığı öz-yeterlik düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Ayrıca, AE’ye katılan gençlerin bu boyutlardaki öz-yeterlik düzeyleri izlem süresinde de anlamlı olarak artmıştır. Programa katılan gençlerin 6. ayın sonundaki toplam öz-yeterlik algı düzeyi yeterliği programa katılmayanlara göre 21.4 kat fazladır.

Dunn ve arkadaşları (1998) 2 gün birer saat süren 2 oturumluk AE’ye katılan gençlerin kondom satın alırken utanmama, cinsel ilişki öncesi cinsel eşleri ile kondom kullanımını konuşmayı planlama, gelecekteki cinsel ilişkilerinde kondom kullanmayı planlama, kondom kullandığı zaman kendini güven içinde hissetme konularında algıladıkları öz-yeterliğin kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğunu bulmuştur. Bununla birlikte toplum sağlığı hemşiresi liderliğinde yürütülen eğitime katılanlar ile kontrol grubu arasında öz yeterlilik düzeyi yönünden fark bulunmamıştır.

Brieger ve arkadaşları (2001) çalışmalarında AE’nin okul ve okul dışındaki adolesanlarda kontraseptif öz-yeterlik algı düzeyine etkisini değerlendirmişlerdir. Bu

Çalışmanın sonuçlarına göre programdan 18 ay sonra okul temelli AE programına katılan adölesanların kontraseptif öz-yeterliği anlamlı olarak artarken, okul dışındaki adölesanlarda değişmemiştir.

Caron ve arkadaşları'nın (2004) Kanada'da lise ğrencilerinde yaptıkları çalışmada, AE'ye katılan öğrencilerin cinsel ilişkiyi erteleme ve kondom kullanma öz-yeterlikleri, programdan 9 ay sonra yapılan izlemde anlamlı şekilde artmıştır. Cartagena ve arkadaşları (2006) lise ğrencilerinde yaptıkları uzun dönem kontrol çalışmasında AE programına katılan gençlerin algıladığı öz-yeterlik düzeyinin katılmayanlara göre 2.4 kat daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Çalışmada *cinsel ilişkiyi reddetme, kondom kullanma* z-yeterlik boyutlarında görülen olumlu değişim, *potansiyel partnere soru sorabilme* z-yeterlik boyutunda beklenildiği gibi gerçekleşmemiştir. Bu boyuttaki öz-yeterlik düzeyi eğitimden 3 ve 6 ay sonra kontrol grubuna göre değişmemiştir. Akran eğitimi çalışmalarının bu alandaki etkisinin yetersiz kalmasının nedenlerinin ortaya konulmasına ilişkin kalitatif çalışmalara gereksinim vardır. Akran eğitimi kapsamında gençlerin partnerlerine soru sorabilmelerini arttıran farklı eğitim stratejileri de geliştirilmelidir.

Ayrıca bu çalışmada AE'ye katılan gençlerin öz-yeterliklerini ve koruyucu cinsel davranışlarını arttırmak için Carey ve arkadaşları'nın (1997) geliştirdiği cinsel girişimcilik senaryoları kullanılmıştır. Akran eğitimine katılan gençlerin *cinsel ilişkiyi engelleme, cinsel ilişkiden önce kondom kullanımını konuşabilme* ve *kondom kullanm* konusundaki girişimcilik senaryolarına verdikleri tutarlı ve kararlı yanıtlardan aldıkları puanlar eğitimden sonraki 3. ve 6. aylarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak artmıştır.

Bu çalışmanın bulguları da AE'ye katılan gençlerin algıladıkları öz-yeterlik düzeyinin kontrol grubuna göre yüksek olacağı hipotezini *cinsel ilişkiyi reddetme, kondom kullanma boyutlarında* desteklerken, *potansiyel partnere soru sorabilme* boyutunda desteklememiştir.

Hipotez 3. Akran Eğitimi programına katılan gençlerin riskli cinsel davranışları AE programına katılmayanlara göre düşük olacaktır.

Bu hipotez değerlendirilirken gençlerin AE'den sonra cinsel davranışlarının “cinsel eş sayısı” ve “cinsel ilişkiden önce ve sonra alkol, uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma” ortalamalarının azalması, aksine “kondomlu cinsel ilişki”, “güvenli cinsellik konusunda cinsel eşi ile konuşma”, “kondom kullanmayan biri ile cinsel ilişkiyi reddetme” ortalamalarının artması beklenmiştir.

Bu çalışmada kondom kullanmadan yaşanan her türlü cinsel ilişki yüksek risk davranışı olarak kabul edilmiştir. Türk üniversiteli gençlerinin kondom kullanma düzeyini belirlemeye yönelik yürütülen çalışmalarda bu oranın %10-46 arasında olduğu belirlenmiştir (AÜSFP, 2004; Güner ve ark., 2005; Ateş ve ark., 2005; Kaya ve ark., 2007). Yine bu çalışma sonuçlarına göre kondom kullanmayan gençlerin %27'sinin kondomun doğallığı bozacağını/zevk vermeyeceğini düşündüğünü (Kaya ve ark., 2007), %43'ünün kondomu AIDS'ten korunmada etkili ve güvenilir bir yöntem olarak algılamadığını, %30'unun kondom kullanımını zor bulduğunu göstermiştir (Ateş ve ark., 2005).

Bu çalışmada, AE'ye katılan gençlerin *kondomlu vajinal, oral ve anal cinsel birleşme* sıklığı eğitimden sonra hem 3. hem de 6. ayda kontrol grubuna göre anlamlı olarak artmıştır. Bu artış 6. ayın sonunda programa katılmayanlara göre 5.7 kat fazladır. Bu olumlu değişim aynı zamanda güvenli cinsellik konusunda eşleri ile konuşma sayısı ve kondom kullanmayan biri ile cinsel ilişkiyi reddetme sayılarının anlamlı olarak artması ile de desteklenmiştir.

Miller ve arkadaşları (2008) Kenya'da üniversite öğrencilerinde yaptıkları tek grup ön-test son test çalışmasında ABC (Abstain: cinsellikten kaçınmak, Be faithful: sadık kalmak, use Condoms: kondom kullanmak) odaklı AE programından 2 yıl sonra yapılan izlemde kondom kullanma oranının anlamlı olarak arttığını rapor etmiştir. Çinli üniversite öğrencilerinde AE'nin kısa (1 hafta) ve uzun dönem (18 ay) etkilerinin değerlendirildiği çalışmada AE'den 18 ay sonra kondom kullanma sıklığı %86'dan %93'e anlamlı olarak artmıştır (Sun ve ark., 2004). Brieger ve arkadaşları (2001) okula-

dayalı AE programına katılan adölesanların son üç ayda modern kontraseptif kullanma oranının (%62), kontrol grubuna (%46) göre anlamlı olarak arttığını, ancak okul-dışındaki adölesanların kontraseptif kullanımının (%47) kontrol grubuna (%41) göre değişmediğini bildirmiştir.

Diğer taraftan, Terry ve arkadaşları (2006) Zimbabveli üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarında AE ve AD programından bir yıl sonra gençlerin son cinsel ilişkide kondom kullanma oranının artmadığını bildirmiştir. Benzer bir sonuç, Caron ve arkadaşları'nın (2004) bir yıllık orta dönem kontrol çalışmasında da elde edilmiştir. Cartagena ve arkadaşları'nın (2006) lise öğrencilerinde yaptıkları uzun dönem kontrol çalışmasında AE'ye katılan gençlerin üç yıl sonraki izlemde son üç ayda sürekli kondom kullanma oranı (%49), programa katılmayan gençlere göre (%39) farklı bulunmamıştır.

Türkiye'de AE programının riskli cinsel davranışlar ya da kondom kullanma üzerine etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Sadece bir çalışmada AE'nin bekar ve cinsel aktif gençlerin modern yöntemleri (kondom, RİA vb.) kullanma oranını %54'den %81'e yükselttiği gösterilmiştir (Kırmızıtoprak, 2007).

Bu çalışmada, AE'nin gençlerin kondom kullanım davranışlarını orta dönemde olumlu olarak etkilediği görülmüştür. Bununla birlikte uzun süreli bazı izlem çalışmalarında AE'nin kondom kullanma davranışları üzerine etkisiz kaldığının gösterilmiş olması (Terry ve ark., 2006; Caron ve ark., 2004), orta dönemde kazanılan kondom kullanma davranışında olası geri dönüşlerin olabileceğini düşündürmüştür. Nitekim Sun ve arkadaşları (2004) AE'nin gençlerin AIDS tutumları ve kondom kullanımını orta dönemde pozitif şekilde etkilediğini, ancak bu etkinin sürdürülmesi için akran eğitimlerinin sürekliliğinin gerekli olduğuna işaret etmiştir. Ne yazık ki, kondom kullanım davranışlarında uzun dönemde olabilecek geri dönüşlere yönelik herhangi bir çalışmaya ulaşılammıştır.

Bu çalışmada gençlerin riskli cinsel davranışları kapsamında kondom kullanma davranışlarına ek olarak, cinsel ilişki öncesi alkol ve madde kullanma sıklıkları değerlendirilmiştir. Çünkü, cinsel ilişki öncesi alkol ve madde kullanmanın cinsel eş

sayısının artmasına, kondom kullanma etkinliğinin azalmasına ve CYBE'lara neden olduğuna işaret edilmiştir (Kingree ve ark., 2000; Tapert ve ark., 2001). Kebede ve arkadaşları (2005) 15-24 yaş arası 20.434 gençte yaptıkları çalışmada her gün khat (amfetamin içeren yeşil yapraklı bir bitki) kullanımının korunmasız cinsel ilişkiyi 2 kat, her gün alkol kullanımının ise 3 kat arttırdığını göstermiştir. Benzer şekilde, Öksüz ve Malhan (2008) erkek üniversite öğrencilerinin %16'sının alkol kullanma, %9'unun uyuşturucu kullanma sonrası korunmasız cinsel ilişki yaşadığını ve alkol kullanımının korunmasız cinsel ilişkiyi 1.8 kat arttırdığını belirtmiştir. Ögel ve arkadaşları (2004) çalışmasında madde kullanan gençlerin cinsel ilişkide bulunma oranı kullanmayanlara göre 5 kat, kendisi ya da cinsel eşinin hamile kalma oranı 6 kat yüksektir. Damar yolu ile eroin kullanan bir grupta yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %71'i korunmasız cinsel ilişki yaşadığını belirtmiştir (Evren ve ark., 2000).

Bu çalışmada, programa katılan gençlerin AE'den sonraki 3. ve 6. ayda *cinsel ilişkiden önce alkol alma* ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı şekilde azalırken, *cinsel ilişkiden önce uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma* ortalaması değişmemiştir. Cinsel ilişkiden önce alkol ve uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma durumunu sorgulayan girişimsel çalışma sonucu bulunmamakla birlikte, bu bulgu girişim ve kontrol grubundaki gençlerin raporladıkları uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma oranlarının düşük olduğunu düşündürmüştür.

Gençlerin yüksek riskli cinsel davranışlarından biri de birden fazla cinsel eşe sahip olmaktır. Amerikalı gençlerde üç veya daha fazla cinsel eş oranı %43 bulunmuştur (Holschneider ve Alexander 2003). Fawole ve arkadaşları'nın (1999) çalışmasında Vietnamlı erkeklerin %68'inin, kızların %32'sinin birden fazla cinsel eşi vardır ve cinsel eş sayısı ortalaması 1.76'dır. Türkiye'de bir grup üniversiteli öğrencide yapılan iki çalışmada %34-72'sini birden fazla cinsel eşi olduğu belirtilmiştir (Dönmez 1999; Aras ve ark., 2005). Başka bir çalışmada son bir yıldaki partner sayıları kızların ve erkeklerin %48'inde 10 ve üzerine çıkmaktadır (Siyez ve Siyez, 2007).

Bu çalışmada Akran Eğitimi programına katılan gençlerin cinsel eş sayısı programdan 3 ve 6 ay sonra kontrol grubuna göre değişmemiştir. Girişim grubunun cinsel eş sayısı ortalaması program öncesi 3.6 iken, girişimden 6 ay sonra 3.2 olmuştur.

Gençlerin cinsel eş sayılarının değişmemesiyle birlikte, potansiyel partnerlerine soru sorabilme öz-yeterliklerinin de düşük olması, riskli davranışlara geri dönüşlere neden olabilir.

Miller ve arkadaşları (2008) bu çalışmaya benzer olarak Kenya’lı üniversite öğrencilerinde AE programından sonraki cinsel eş sayısı ortalamalarında program öncesine göre anlamlı bir fark olmadığını bildirmiştir. Terry ve arkadaşları (2006) ise bu çalışmadan farklı olarak AE’ye katılan Zimbabve’li üniversite öğrencilerinin son bir yılda cinsel eş sayısı ortalamasının (1.4) kontrol grubuna göre (2.2) anlamlı şekilde azaldığını bildirmiştir.

Bu bulgular AE’nin gençlerin kondom kullanma ile ilgili güvenli cinsel davranışlarını arttıran etkisinin olabileceğine ilişkin hipotezini doğrulamıştır. Ancak beklenilenin aksine cinsel eş sayılarını azaltma yönünde etkili olmamıştır.

Akran Eğitimi Programı

Bu bölümde AE programı düzenleyenlere rehber olacağı düşünülerek program süreci ve programa katılanların görüş ve önerileri aşağıda tartışılmıştır. Elde edilen bilgilerin AE girişimlerini geliştirmeye rehberlik edeceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada beş akran eğitimci 30 saatlik bir Akran Eğitimcisinin Eğitimi (AEE) programını tamamlamıştır. Program “erkek ve kadın anatomisi”, “insan cinselliği”, “değerler”, “karar-alma becerileri”, “sunum teknikleri”, “doğum kontrol yöntemleri”, “madde kullanımı” ve “HIV/AIDS” konularını içermiştir (Haignere ve ark., 1997; Caron ve ark., 2004; Tyden ve ark., 1998; Ergene ve ark., 2005; Ajuwon ve ark., 2009). Diğer bir ifade ile bu çalışmada uygulanan program hem süre, hem de içerik olarak önerilen özellikleri kapsamıştır.

Akran eğitimciler, bu programın kendilerine olan güveni artırdığını, grup önünde konuşma ve sunum yapma deneyimi kazandıklarını ve programın gerekli olduğuna inandıklarını belirttiler. Bir grup olarak göstermiş oldukları eğitimsel çabalardan memnun oldular. Ancak akranlarının AE’ye katılımı ile ilgili motivasyonlarını düşük buldular. Yanı sıra akran eğitimciler program süresince okul yönetiminin ve öğretim

üyelerinin katkısının yetersiz olduğunu ve yoğun örgün eğitim programları ile birlikte AE faaliyetlerini sürdürmede zorlandıklarını dile getirdiler. Bununla birlikte akran eğitimciliği yanı sıra akranlarının danışmanlık gereksinimlerini karşılamada sınırlı kaldıklarını belirttiler.

Akran eğitimcilerin yukarıdaki sınırlılıklar için önerileri ise şöyle sıralanabilir. Akran eğitimine katılımın ve motivasyonun artırılması için programın daha etkili bir şekilde tanıtılmasını ve AE faaliyetlerinin kendi eğitim programları dışındaki uygun zamanlarda planlanmasını önerdiler. Ayrıca, akran eğitimciler mezun olduktan sonra programın sürdürülmesi için AEE ve AD programlarının devam ettirilmesini önerdiler. Bununla birlikte akranlarının kendilerini daha rahat ifade etmelerine olanak sağlamak için sorularını yazılı olarak belirtebilecekleri “soru kutularının” oluşturulabileceğini belirttiler.

Akran eğitimi programına katılan gençler ise, programa katılma ile ilgili genel olarak olumlu geri bildirimlerde bulundular. Özellikle kadın eğitimcileri daha başarılı buldular. Ayrıca gençler güvenli cinsel davranışlarla ilgili bilgilerinin ve kararlı davranma niyetlerinin arttığını belirttiler. Ancak kazanımlarını cinsel eşleri ile paylaşmada kendilerini sınırlı hissettiklerini ve cinsel eşleri ile birlikte danışmanlık alabilecekleri bir sistemin özlemini de dile getirdiler.

Çalışmanın güçlü ve sınırlı yönleri

Çalışmanın güçlü yönleri şunlardır:

Çalışmada ön test-son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü deneysel tasarım kullanılmıştır.

Veriler Türk toplumuna uyarlanmış geçerli ve güvenilir ölçüm araçları ile toplanmış ve değerlendirilmiştir.

Çalışmada riskli cinsel davranışları olan Türk üniversiteli gençlerinin hem HIV bilgisinin ve AIDS'ten korunmada öz-yeterlik algısının, hem de cinsel davranışlarının AE'den etkilenme durumu birlikte değerlendirilmiştir.

Çalışmanın sınırlı yönleri şunlardır:

Akran eğitimcilerin HIV Bilgisi, öz-yeterlikleri ve cinsel davranışları formal olarak ölçülmediği için akranlarına sağladıkları katkının hangi düzeyde kazanımlarla gerçekleştiği değerlendirilememiştir.

Bu araştırmada sorgulanan konular (özellikle cinsel davranışlar) sosyal arzu edirlilik hatalarına açıktır. Gençler olan durumu değil olması istenen durumu rapor etmiş olabilirler.

SONUÇLAR

“HIV/CYBE Akran Eğitimi Programı”nın gençlerin, (1) Temel HIV bilgisine, (2) AIDS’ten korunmada öz-yeterlik algılarına ve cinsel girişimcilik düzeyine ve (3) cinsel davranışlarına etkisini 6 ay süre ile değerlendirmek amacı ile yürütülen bu çalışmanın sonuçları aşağıda özetlenmiştir. Ayrıca bu çalışmada “HIV-Bilgi Ölçeği” (HIV-BÖ-18), “AIDS’ten Korunmada Öz-Yeterlik Ölçeği” (AÖY-27) Türk toplumuna uyarlanmıştır.

Çalışmanın birinci aşamasında;

Türkçe HIV Bilgi Ölçeği (T-HIV-BÖ-18) ve AIDS’ten Korunmada Öz-yeterlik Ölçeği’nin (T-AÖY-27) geçerli ve güvenilir araçlar olarak Türk gençlerinde kullanılabileceği gösterilmiştir.

Araçların geçerliği, bir öğrenci yurdunda kalan, yaş ortalaması 21.95 ± 2.15 , %63.3’ü (n=321) erkek toplam 507 öğrenci ile değerlendirilmiştir.

Çalışmanın ikinci aşamasında;

Çalışmanın bu aşaması, bir fakültede öğrenim gören, yaş ortalaması 21.92 ± 1.94 , %69,5’i erkek, gelir durumlarını ve dindarlık düzeylerini orta olarak algılayan gençler (N=118) üzerinde yapılmıştır.

Bu bölümün bulguları aynı zamanda gençlerin cinsel davranışları ile ilgili bilgi sağlamıştır. Şöyleki, gençlerin ilk cinsel ilişki yaş ortalaması 17.81 ± 2.09 (en az- en çok=13-24), ilk cinsel ilişkinin planlı olma oranı %28 (33 kişi), ilk cinsel ilişkide kondom kullanma oranı %42 (50 kişi) bulunmuştur. Katılımcıların %30’u (35 kişi) CYBE geçirmiş, %17’sinin (20 kişi) kendisi veya cinsel eşi gebelik deneyimlemiş, %82’sinin (21 kişi) daha önce cinsel ve üreme sağlığına yönelik, %81’inin HIV/CYBE’ye yönelik bilgi almamıştır.

Akran Eğitimi'nin kısa dönem izlem sonuçlarına göre;

HIV bilgi düzeyi, AE'ye katılan gençlerde hem eğitimden sonraki 3. ve 6. aylarda kontrol grubuna göre ve hem de izlem süresince kendi içinde anlamlı olarak artmıştır (p=,000, p=,000).

Akran Eğitimi ve katılan gençlerin eğitimden 3 ve 6 ay sonra *cinsel ilişkiyi reddetme* (p=,000, p=,000) ve *kondom kullanma* (p=,000, p=,000) öz-yeterlik düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı olarak artmıştır. Ancak *potansiyel partnere soru sorabilme* ile ilişkili (p=,923, p=,252) öz-yeterlik düzeyi eğitimden 3 ve 6 ay sonra kontrol grubuna göre değişmemiştir.

Akran eğitimine katılan gençlerin *cinsel ilişkiyi engelleme*, *cinsel ilişkiden önce kondom kullanma* konusunu *konusabilme* ve *kondom kullanma* konusundaki girişimcilik senaryolarına verdikleri tutarlı ve kararlı yanıtlardan aldıkları puanlar eğitimden sonraki 3. ve 6. aylarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak artmıştır (p=,000, p=,000).

Akran eğitimine katılan gençlerin *kondomlu vajinal* (p=,000, p=,000), *oral* (p=,009, p=,000) ve *anal* (p=,095, p=,001) *cinsel birleşme* sıklığı eğitimden sonra hem 3. hem de 6. ayda kontrol grubuna göre anlamlı olarak artmıştır.

Programa katılan gençlerin AE'den sonraki 3. ve 6. ayda *cinsel ilişkiden önce alkol alma* (p=,006, p=,004) ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı şekilde azalmış, *cinsel ilişkiden önce uyuşturucu/uyarıcı madde kullanma* (p=,659, p=,484) ve *cinsel eş sayısı* ortalaması değişmemiştir (p=,114).

ÖNERİLER

Sağlık profesyonellerine;

Cinsel davranışlar için risk taşıyan benzer üniversite gençlerinde, güvenli cinsel davranışları artırmak için okula-dayalı AE'lerinin yapılması,

Hem AEE, hem de AE programlarında güvenli cinsellik ile ilgili bilgilendirmenin yanısıra özellikle cinsel ilişkiyi reddetme, cinsel eşe soru sorabilme ve kondom kullanma öz-yeterliğini artıran stratejilere ağırlık verilmesi,

AEE programları ile birlikte ileri danışmanlık becerileri kazandırmaya yönelik "Akran Danışmanlığı" programlarına da yer verilmesi,

Akran Eğitimsinin Eğitimi (AEE) ve Akran Eğitimi (AE) uygulamalarının yaygınlaştırılması için güncel bilgileri içeren rehberlerin hazırlanması,

Üniversite yönetimi ve akademik kadronun bu programı üniversitenin rehberlik ve sosyal hizmetleri kapsamında hayata geçirmesi önerilir.

Araştırmacılara;

Güvenli cinsel davranışlarda geri dönüşleri açıklayan uzun dönem kontrollü çalışmalara,

Akran Eğitimi'nin ve başka eğitim yöntemlerinin kontrol grubuna göre değerlendirildiği çalışmalara,

Akran eğitimin güvenli cinsel davranışlar konusunda ne düşündürdüğünü, ne hissettirdiğini ortaya koyan, güvenli cinsel davranışları engelleyen ve destekleyen durumları ve partnerlerin bu davranışlara etkisini açıklayan kalitatif çalışmalara gereksinim vardır.

Kaynaklar

- Adölesanların/Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi” (AÜSFP, 2004). HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- AIDS Epidemic Update (UNAIDS, 2000). Peer Education and HIV/AIDS: Concepts, uses and challenges (Best Practice and Key Material), 43.
- AIDS Epidemic Update (UNAIDS, 2006). WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva (ISBN 92 9 173542 6).
- AIDS Epidemic Update (UNAIDS, 2007). WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva (ISBN 978 92 9 173621 8).
- Ajuwon, A.J., Lurie, P., Mandel, J., Adedapo, S. ve Okikiolu, T. Effects of Peer Education on Knowledge of AIDS & Condom Use Among Female Apprentice Tailors in Ibadan, Nigeria. Erişim 26.01.2009, <http://www.caps.ucsf.edu/publications/ajuwon.pdf>
- Akran Eğitimi: Eğitimci Eğitimi Rehberi (AER, 2004). BM-Avrupa ve Orta Asya Bölgesi "Genç İnsanların Sağlığının Geliştirilmesi ve Korunması” Kuruluşlar Arası Grubu Akran Eğitimi Alt Komitesi, (Çev.: Dr. Özge Karadağ), Y-PEER, UNFPA, Semih Ofset, Ankara.
- Aras, Ş., Şemin, S., Günay, T., Orçın, E. ve Özcan, S. (2005). Lise Öğrencilerinin Cinsel Tutum ve Davranış Özellikleri. *Türk Pediatri Arşivi*. 40: 72-82.
- Ateş, D., Karahan, A. ve Erbaydar, T. (2005). Üniversite Öğrencileri Güvenli Cinselliği Nasıl Algılıyor? *STED*. 14:130-134.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. “In” Pervin, L.A., John, O.P. (Eds.), *Handbook of personality*. Guilford Publications, New York.
- Başer, M. (2000). Adölesan Cinselliği ve Gebelik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 4: 50-54.

- Bayés, R., Villamarín, F. ve Ochoa, O. (1995). El SIDA En Los Adolescentes Mexicanos: Un Análisis De Las Conductas De Riesgo Desde La Teoría De La Autoeficacia. *Rev Psicológica Contemporánea*. 5: 46-55.
- Boekeloo, B.O. ve Howard, D.E. (2002). Oral Sexual Experience among Young Adolescents Receiving General Health Examinations. *American Journal of Health*. 26: 306-314.
- Brieger, W.R., Delano, G.E., Lane C.G., Oladepo, O. ve Oyediran, K.A. (2001). West African Youth Initiative: Outcome of a Reproductive Health Education Program. *Journal of Adolescent Health*. 29: 436-446.
- Bulduk, S. ve Erdoğan, S. (2008). Reliability and Validity of a Self-Efficacy Scale for AIDS Prevention among Turkish University Students. *International Journal of Human Sciences*. 5:1-17.
- Bulut, A. ve Ortaylı, N. (2004). Bir Araştırmanın Düşündürdükleri: Cinsel Sağlık Ama Nasıl?. *STED*. 13: 60-63.
- Bulut, F. (2006). Adölesan Kızların Cinsellikle İlgili Konularda Anneleriyle Olan İletişimlerinin Değerlendirilmesi. C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Cambaz, S., Avcık, S. ve Karadağ, N. (2001). Balıkesir Üniversitesi Öğrencilerinin Evlilik ve Diğer Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkında Bilgi Düzeyleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. 4: 40-43.
- Campbell, S. (2005) Using Peer Education Projects to Prevent HIV/AIDS in Young People. *Nursing Standard*. 20: 50-55.
- Campbell, C. ve MacPhail, C. (2005). Peer education, Gender and the Development of Crtical Consciousness: Participatory HIV Prevention by South African. *Social Science&Medicine*. 55: 331-345.
- Canadian Paediatric Society (CPS) (2006). Adolescent Pregnancy. *Paediatr Child Health*. 11: 243-246.

- Carey, M.P., ve Schroder, K.E.E. (2002). Development and Psychometric Evaluation of the Brief HIV Knowledge Questionnaire (HIV-KQ-18). *AIDS Education&Prevention*. 14: 174-184.
- Caron, F., Godin, G., Otis J. ve Lamberts L.D. (2004). Evaluation of a Theoretically Based AIDS/STD Peer Education Program on Postponing Sexual Intercourse and on Condom Use Among Adolescents Attending High School. *Health Education Research*. 19: 185-197.
- Cartagena, R.G., Veugelers, P.J., Kipp, W., Magigav, K., Laing, L.M. (2006). Effectiveness of an HIV Prevention Program for Secondary School Students in Mongolia. *Journal of Adolescent Health*. 39: 9-16.
- Cecil, H. ve Pinkerton, S.D. (1998). Reliability and Validity of a Self-Efficacy Instrument for Protective Sexual Behaviors. *Journal of American College Health*. 47:113-122.
- Cinaz, P. (2007). Pubertal Sorunlar. *Güncel Pediatri*. 14:140-143.
- Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD, 2006). Gençlik ve Cinsellik. Bilgilendirme dosyası-7. Karabey S, Müftüoğlu N. (Ed).
- Çuhadaroğlu Çetin, F. (2003). Psychosocial Development in Adolescence. Adolescence and Adolescent Reproductive Health. Teaching Materials for The Training Course. International Children's Center. With the support of UNFPA, Meteksan A.Ş., Ankara, 114-115.
- Demirtaş, B. (2005). Bir Üniversitenin Eczacılık Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara İlişkin Bilgileri. *Türk HIV/AIDS Tıp Dergisi*, 13: 13-18.
- Derman, O. (2003). Physical Growth and Sexual Development in Adolescence. Adolescence and Adolescent Reproductive Health. Teaching Materials for The Training Course. International Children's Center. With the support of UNFPA, Meteksan A.Ş., Ankara, 60-67.
- Derman, O. (2008). Ergenlerde Psikososyal Gelişim. Adölesan Sağlığı II. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi No: 63, 19-21.

- Dönmez, L. (1999). Akdeniz Üniversitesi Turizm Yüksekokulu ve Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Cinsel Tutum ve Davranışları. *HIV/AIDS Tıp Dergisi*. 2: 147-151.
- Dunn, L., Ross, B., Caines, T. ve Howorth, P. (1998). A School-Based HIV/AIDS Prevention Education Program: Outcomes of Peer-Led Versus Community Health Nurse-Led Interventions. *The Canadian Journal of Human Sexuality*. 7: 339-345.
- Ebreo, A., Feist-Price, S., Siewe, Y. ve Zimmerman, R.S. (2002). Effects of Peer Education on the Peer Educators in a School-Based HIV Prevention Program: Where Should Peer Education Research Go From Here?. *Health Education&Behaviour*. 29: 411-423.
- Ercan, O. (2005). Adölesanın psikososyal gelişimi. Adölesan Sağlığı I. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi:43, 17-21.
- Ergene, T., Çok, F., Tümer, A. ve Ünal, S. (2005). A Controlled–Study of Preventive Effects of Peer Education and Single-Session Lectures on HIV/AIDS Knowledge and Attitudes among University Students in Turkey. *AIDS Education&Prevention*. 17: 268-278.
- Ergenlerin Sağlık Bilincininin Geliştirilmesi Projesi (ESBG, 2002). Ergenler ve Sağlık Durum Raporu. Düzenleyenler: Bulut A., Nalbant H., Çokar, M. Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi.
- Ersay, A.R. ve Tortumluoğlu, G. (2006). Türkiye’de Ergen ve Gençlerde Üreme Sağlığı. Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi. 3. Erişim 28.11.2006, www.insanbilimleri.com
- Everett, S.A., Warren, C.W., Santelli, J.S., Kann, L., Collins, J.L., Kolbe, L.J. (2000). Use of birth control pills, condoms, and withdrawal among U.S. high school students. *Journal of Adolescent Health*. 27:112-8.
- Evren, C., Tamar, D., Ögel, K., Çorapçıoğlu, A. ve Çakmak, D. (2000). Damar Yolu İle Eroin Kullanımı ve İlişkili Bazı Davranış Biçimleri. *Klinik Psikiyatri*. 3:185-191.
- Fawole, I.O., Asuzu, M.C., Oduntan, S.O. ve Brieger, W.R. (1999). A School-Based AIDS Education Programme for Secondary School Students in Nigeria: A Review Of Effectiveness. *Health Education Research*. 14: 675-683.

- Fincancı, M. (2005). HIV/AIDS'in Tedavisi/Profilaksisi/Yan Etkileri. "İçinde" AIDS ve Cinsel Sağlık. Atamer Şimşek Ş, Badur S. (Ed). Promat Basım Yayın San. A.Ş., İstanbul, 92-100.
- Fisher, J. D. ve Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*. 111: 455-474.
- Fisher, J.D., Fisher, W.A., Brayn, A.D. ve Misovich, S.J. (2002). Information Motivation Behavioral Skills Model Based HIV Risk Behavior Change Intervantion for Iner-City High School Young. *Health Psychology*. 21: 177-186.
- Hacettepe Üniversitesi Gençlik Akran Eğitimi Projesi (HÜ), Erişim 26.01.2009, <http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/tamamlanmis>
- Giray, H. ve Kılıç, B. (2004). Bekar Kadınlar ve Üreme Sağlığı. *STED*. 13: 286-289.
- Gölbaşı, Z. (2005). Adölesan Dönem Üreme Sağlığı Sorunları ve Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 8: 100-108.
- Gutierrez, J.P., Bertozzi, S.M., Conde-Glez, C.J. ve Sanchez-Aleman, M. (2006). Risk Behaviors opf 15-21 Year Olds in Mexico Lead to a High Prevelance of Sexually Transmitted Infections: Results of a Survey in Disadvantaged Urban Areas. *BMC Public Health*. 6: 1-11.
- Güner, N., Sur, H. ve Söylemez, D. Marmara Üniversitesi Öğrencilerinin Aile Planlaması Bilgi, Tutum ve Davranışları. Erişim 06.10.2005, http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/linkdetail.aspx?id=1654
- Haignere, C.S., Freudenberg, N., Silver, D.R., Maslanka, H. ve Kelley, J.T. (1997). One Method for Assessing HIV/AIDS Peer-Education Programs. *Journal of Adolescent Health*. 21:76-79
- Hidalgo, I., Garrido, G. ve Hernandez, M. (2000). Health Status and Risk Behavior of Adolescents in North of Madrid, Spain. *Journal of Adolescent Health*. 27: 351-60.
- Holschneider, S.O.M. ve Alexander, C.S. (2003). Social and Pyschological Influences on HIV Preventive Behaviors of Youth in Haiti. *Journal of Adolescent Health*. 33:31-40.

Huebner, A. (2000). Adolescent Growth&Development. "In" Family and Child Development, Virginia Tech.

Hull, T.H., Hasmi, E. ve Widyantoro, N. (2004). "Peer" Educator Initiatives for Adolescent Reproductive Health Projects in Indonesia. *Reproductive Health Matters*. 12: 29-39.

İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (İKGV). Akran Eğitimi Projesi. Erişim 26.01.2009, http://www.ikgv.org/sws_dosyalar/oncelikler.doc

Jaworski, B.C. ve Carey, M.P. (2001). Effects of a Brief, Theory-Based STD-Prevention Program for Female College Students. *Journal of Adolescent Health*. 29: 417-25.

Kalaça, Ç. ve Çokar, M. (2006). Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Tanı ve Tedavi Rehberi. Düzenleyenler: Olcay Neyzi, Nuray Özgülner. Yenilenmiş 3. Baskı. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), Aşama Matbaası, 147-62.

Kaljee, L.M., Genberg, B., Riel, R., Cole, M., Tho, L.H., Thoa, L.T.K., Stanton, B., Li, X. ve Minh, T.T. (2005). Effectiveness of a Theory-Based Risk Reduction HIV Prevention Program for Rural Vietnamese Adolescents. *AIDS Education&Prevention*. 17: 185-199.

Kang, S., Deren, S., Andia, J., Colon, H.M. ve Robles, R. (2004). Effects of Changes in Perceived Self-Efficacy on HIV Risk Behaviors Over Time. *Addictive Behaviors*. 29: 567-74.

Kann, L., Kinchen, S.A., Williams, B.I., Ross, J.G., Lowry, R., Grunbaum, J.A., Kolbe, L.J. (2000). Youth Risk Behavior Surveillance--United States, 1999. State and local YRBSS Coordinators. *Journal of School Health*. 70: 271-85.

Kasen, S., Vaughan, R.D. ve Walter, H.J. (1992). Self-efficacy for AIDS Preventive Behaviors among Tenth Grade Students. *Health Education Quarterly*. 19:187-202.

Kaya, F., Serin, Ö. ve Genç, A. (2007). Eğitim Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yaşamlarına İlişkin Yaklaşımlarının Belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 6: 441-48.

- Kayhan, A. (2005). Üreme Sağlığı, Cinsel Sağlık, Güvenli Cinsellik. "İçinde" AIDS ve Cinsel Sağlık. Atamer Şimşek Ş, Badur S. (Ed). Promat Basım Yayın San. A.Ş., İstanbul, 47-50.
- Kebede, D., Alem, A., Mitike, G., Enquselassie, F., Berhane, F., Abebe, Y., Ayele, R., Lemma, W., Assefa, T. ve Gebremichael, T. (2005). Khat and Alcohol Use and Risky Sex Behaviour among in-School and out-of-School Youth in Ethiopia. *BMC Public Health*. 5: 1-8.
- Kelly, J.A. (2004). Popular Opinion Leaders and HIV Prevention Peer Education: Resolving Discrepant Findings, and Implications for the Development of Effective Community Programmes. *AIDS Care*. 16: 139-150.
- Kelly, J.A., Murphy, K.J., McAuliffe, T.L., Roffman, R.A., Solomon, L.J., Winett, R.A. ve Kalichman, S.C. (1997). Randomised, Controlled, Community-Level HIV-Prevention Intervention for Sexual-Risk Behaviour among Homosexual Men in US Cities. *The Lancet*. 350: 1500-05.
- Kırmızıtoprak, E. (2007). Gençlerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Güvenli Cinsel Yaşam Konusunda Bilgi ve Davranışlarına Akran Eğitiminin Etkisi. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Doç. Dr. Zeynep Şimşek.
- Kim, C.R. ve Free, C. (2008). Recent Evaluations of the Peer-Led Approach in Adolescent Sexual Health Education: A Systematic Review. *International Family Planning Perspectives*, 34: 89-96.
- Koç, M. (2004). Gelişim Psikolojisi Açısından Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 17: 231-56.
- Korkmaz Çetin, S., Bildik, T., Erermiş, Ş., Demsal, N., Özbaran, B., Tamer, M. ve Aydın, C. (2008). Erkek Ergenler Cinsel Davranış ve Cinsel Bilgi Kaynakları: Sekiz Yıl Arayla Değerlendirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* (Baskıda).
- Kurtz, S.P., Douglas, K.G. ve Lugo, Y. (2005). Sexual Risks and Concerns about AIDS Among Adolescents in Anguilla. *AIDS Care*. 17: 36-44.
- Kvalem, I.L. ve Traeen, B. (2000). Self-efficacy, Scripts of Love and Intention to Use Condoms among Norwegian Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*. 29: 337-53.

- Lee, P.A. ve Houk, C.P. (2007). Puberty and its disorders. In: Pediatric Endocrinology. Lifshitz F (ed). Informa Health Care USA, New York: 273-303.
- London, A.S. ve Robles, A. (200.). The Co-occurrence of Correct and Incorrect HIV Transmission Knowledge and Perceived Risk for HIV among Women of Childbearing Age in El Salvador. *Social Science&Medicine*. 51: 1267-78.
- López, F., Salinas, M.C. ve Landero, R. (1999). Se Perciben Más Autoeficaces Las Mujeres En La Prevención De Conductas De Riesgo Sexual. *Perspectivas Sociales*. 2:77-86.
- López, F. ve Rubia, J.M. (2001). Validation of a Self-Efficacy Scale For AIDS Prevention Among Adolescents. *Salud Pública de México*. 43.
- Mahat, G., Scoloveno, M.A., Leon, T.D. ve Frenkel, J. (2008). Preliminary Evidence of an Adolescent HIV/AIDS Peer Education Program. *Journal of Pediatric Nursing*. 23: 358-63.
- Miller, A.N., Mutungi, M., Facchini, E., Barasa, B., Ondieki, W. ve Warria, C. (2008). An Outcome Assessment of an ABC-Based HIV Peer Education Intervention Among Kenyan University Students. *Journal of Health Communication*,13: 345-56.
- Mellanby, A.R., Rees, J.B., Tripp, J.H. (2000). Review. Peer-led and Adult-led School Health Education: A Critical Review of Available Comparative Research. *Health Education Research*. 15: 533-45.
- Nash, R. (2002). Sex and Schooling: The Sexual Activity of Young People and its Implications for Education. *Gender and Education*. 14: 149-165.
- Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında (International Conference on Population and Development-ICPD) Kabul Edilen Eylem Planı, Kahire, 5-13 Eylül 1994, Birleşmiş Milletler, Ankara, 1994, s:1, 8-12.
- Ögel, K., Eke, C.Y. ve Taner, S. (2004). İstanbul'da Öğrenciler Arasında Riskli Davranışlar Araştırması Erişim 11.10.2008, <http://www.yeniden.org.tr>
- Öksüz, E. ve Malhan, S. Üniversite Öğrencilerinde Korunmasız Cinsel İlişki Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler. Erişim 09.09.2008, <http://www.ergunoksuz.com/pubs/24.pdf>

- Özakbaş, E.E. Üreme Sağlığında Akran Eğitimi. Erişim 07. 11. 2005,
http://med.ege.edu.tr/~halksag/seminerler/2005-06/AkranEgitimi_EEO.pdf
- Özcebe, H., Akın, L. ve Aslan, D. (2004). A Peer Education Example on HIV/AIDS at a High School in Ankara. *The Turkish Journal of Pediatrics*. 45: 54-59.
- Özcebe, H. (2002). Birinci Basamakta Adölesan Sorunlarına Yaklaşım. *STED*. 11: 374-377.
- Özgülner, N. (2006). Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar. “İçinde” Neyzi, O., Özgülner, N. (Ed.) Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Tanı ve Tedavi Rehberi. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), Aşama Matbaası, 1-19.
- Özkan, H. (1994). Üniversite Gençliğinin Aile Planlanması ve CYBH’den Korunmaya İlişkin Yaklaşımları. I.U. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Pekin Siyasi Deklarasyonu ve Sonuç Belgesi, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara, Mart 2003.
- Polat, D. Güvenli Cinsel Yaşam. Erişim 09.09.2008,
<http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/guvenlicinsellik.shtml>
- Pratinidhi, A.K., Gokhale, S.M. ve Karad, S.R. (2001). Evaluation of Sex Education and AIDS Prevention Project in Secondary Schools of Pune City. *Indian Journal of Community Medicine*. 26, July-Sep.
- Rosenfield, R.L. (2002). Puberty in the female and its disorders. In *Pediatric Endocrinology*, Sperling MA (Ed). Saunders, Philadelphia, 445-518.
- Sağlık Bakanlığı (SB, 2005). Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı Kitabı, Ankara, 2005.
- Sağlık Bakanlığı (SB, 2008). HIV/AIDS Veri Tabloları. Erişim: 02.02.2009,
<http://www.saglik.gov.tr/TR/istatistik>
- Saroj, P., Rajesh, K., Indarjeet, W. ve Arun, K.A. (2005). Reproductive Health Education Intervention Trial. *The Indian Journal of Pediatrics*. 72: 287-291.

Sarp, N., Önder, Ö.R., Yıldız, A.ve Kütük, O. (2001). Keçiören İlçesinde Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yaşama İlişkin Yaklaşımları, HIV/AIDS Konusunda Bilgi ve Tutumları. *HIV/AIDS Tıp Dergisi*. 4: 90-99.

Schwitzgebel, V.M. (2004). Puberty. Erişim 26.01.2009, http://www.gfmer.ch/Medical-education_En/PGC_RH_2004/Pdf/Puberty.pdf

Set, T., Dağdeviren, N. ve Aktürk, Z. (2006). Ergenlerde Cinsellik. *Genel Tıp Dergisi*. 16: 137-141.

Sikkema, K.J., Kelly, J.A., Winett, R.A., Solomon, L.J., Cargill, V.A., Roffman, R.A., McAuliffe, T.L., Heckman, T.G., Anderson, E.A., Wagstaff, D.A., Norman, A.D., Perry, M.J., Crumble, D.A. ve Mercer, M.B. (2000). Outcomes of a Randomized Community-Level HIV Prevention Intervention for Women Living in 18 Low-Income Housing Developments. *American Journal of Public Health*. 90: 57- 63.

Siyez, E. ve Siyez, D.M. (2007). Ergenlerin Cinsel Yaşam Deneyimlerinin Bazı Psikososyal Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi. *Türk Üroloji Dergisi*. 33: 56-63.

Short, R. (1998). Teaching Safe Sex in School. *International Journal of Gynecology&Obstetrics*. 63: 147-150.

Stages of Healthy Adolescent Development. Characteristic Developmental Milestones and Tasks. Erişim 11.12.2008, www.oregon.gov/DHS/ph/ah/growth/adoldevstages.pdf

Stakic, S., Zielony, R., Bodiroza, A. ve Kimzeke, G. (2003). Peer Education within a Frame of Theories and Models of Behaviour Change. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health. Reproductive Health and Research Programme WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej, Copenhagen,Denmark.

Stang, J. ve Story, M. (2005) (Eds). Adolescent Growth and Development. “In” Guidelines for Adolescent Nutrition Services.

Steinberg, L. (2007). Adolescence. Çok F (Ed), İmge Kitabevi.

- Styne, D.M. (2002). The testes. Disorders of sexual differentiatism and puberty in the male. In: Pediatric Endocrinology. Sperling MA (Ed), Saunders, Philadelphia: 565-628.
- Sun, X.Y., Chang, C., Niu, W.Y., Guo, Y. ve Lu, Z.Z. (2004). Peer Education Changing College Students' Attitudes to AIDS Patients/HIV Positive and Condom Use: A Follow-up Study. International Conference on AIDS (15th : 2004 : Bangkok, Thailand), Jul 11-16; 15.
- Şerifhan İlğün, M., Erbay Dünder, P., Doğramacı, Y.G., Dalcı, A. ve Gürgen, G. (2005). Celal Bayar Üniversitesinde Bir Grup Öğrencinin Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 4: 66-78.
- Tanner, J.M. (1962). Growth at adolescence. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1962.
- Temiz, G., Batmaz, M., Utaş Akhan, L., İlhan, N., Özhan, F. ve Özdiilli, K. Üniversite Öğrencilerinin AIDS İle İlgili Bilgi ve Tutumları. Erişim 12.11.2005, <http://www.universite-toplum.org/pdf/pdf.php?id=250>.
- Terry, P.E., Mhlayi, M., Masvaure, T. ve Adlis, S. (2006). An Examination of Knowledge, Attitudes and Practices Related to HIV/AIDS Prevention in Zimbabwean University Students: Comparing Intervention Program Participants and Non-Participants. *International Journal of Infectious Diseases*. 10: 38-46.
- Thato, S., Hana, K.M., Rodcumdee, B. Translation and validation of the condom self-efficacy scale with Thai adolescents and young adults. *Journal of Nursing Scholarship*. 37: 36-40.
- Topbaş, M., Çan, G. ve Kapucu, M. (2003). Trabzonda Bazı Liselerdeki Adölesanların Aile Planlaması ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. *Gülhane Tıp Dergisi*. 45: 331-337.
- T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu. (TÜİK, 2008). Yaşa ve cinsiyete göre Türkiye nüfusu. Erişim 21.11.2008, http://www.report.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnks=?report=türkiye_yaşgr.RDF&desformat=html&ENVID=andksEnv
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 1998). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), Macro International Inc, Ankara, 1999.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2003). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), Macro International Inc, Ankara, 2004.

Tydén, T., Bergholm, M., Hallén, A., Odland, V., Olsson, S.E., Sjöden, P.O., Strand, A. ve Björkelund, C. (1998). Evaluation of an STD-Prevention Program for Swedish University Students. *American Journal of College Health*, 47: 70-5.

World Health Organization (WHO, 2003a). Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections, WHO Library Cataloguing in-Publication Data.

World Health Organization (WHO, 2003b). Young people's health – a challenge for society. Report of a Study Group on Young People and Health for All by the Year 2000, Technical Report Series, No. 731. Geneva: World Health Organization, 1986 <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731.pdf> (Version current at September 8, 2003)

World Health Organization (WHO, 2007). Global Strategy for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections: 2006-2015. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data (ISBN 978 92 4 156347 5).

Willows Foundation (WF, 2009). Genç Erişkinler İçin Üreme Hakları ve Sağlığı Akran Eğitimi Projesi. Erişim 26.01.2009, <http://www.willowsfound.org/success.asp>

Yang, H., Li, X., Stanton, B., Fang, X., Lin, D., Mao, R., Chen, X. ve Liu, H. (2004). Willingness to Participate in HIV/STD Prevention Activities Among Chinese Rural-to-Urban Migrants. *AIDS Education&Prevention*, 16: 557-570.

Yenen, O.Ş. (2005). HIV Aşıları. "İçinde" AIDS ve Cinsel Sağlık. Atamer Şimşek Ş, Badur S. (Ed). Promat Basım Yayın San. A.Ş., İstanbul, 75-91.

Youth Peer Education Electronic Resource (Y-PEER, 2003). Peer Education Training and Trainers Manual.

Youth Peer (Y-PEER) Üreme Sağlığı Akran Eğitimleri Projesi Erişim 26.01, 2009, http://www.birgenclikhikayesi.com/main/index.php?page_id=243

Yıldırım, R.C. ve Apan, T. (2001). Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin HIV/AIDS Konusunda Bilgi Düzeyleri. *HIV/AIDS Tıp Dergisi*. 4: 17-22.

Yurdakul, M., Çelik, T., Güneyli, H. ve Tokgöz, E. (2005). Mersin Üniversitesi Son Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara İlişkin Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 15: 1-15.

EKLER

- EK-1.** Programa Katılıma İlişkin Kişisel Bilgi Formu
- EK-2.** İstanbul Üniversitesi Orman Fakültesi İzin Yazısı
- EK-3.** HV-Bilgi Ölçeği, Cinsel Davranışlar Formu ve Cinsel Farkındalık Senaryoları Kullanımı İzin Yazısı
- EK-4.** AIDS'ten Korunmada Öz-Yeterlik Ölçeği Kullanımı İzin Yazısı
- EK-5.** “Önlemimi Al Pişman Olma!” eğitim CD'si Kullanımı İzin Yazısı
- EK-6.** Sosyo-demografik Soru Formu
- EK-7.** HIV Bilgi Ölçeği (HIV-BÖ-18)
- EK-8.** AIDS Öz-Yeterlik Ölçeği (AÖY-27)
- EK-9.** Reliability and validity of a Self-efficacy Scale for AIDS Prevention among Turkish university students
- EK-10.** Cinsel Davranışlar Formu
- EK-11.** Cinsel Farkındalık Senaryoları
- EK-12.** Akran Eğitimi Modülü

EK-1. Kişisel Bilgi Formu (Eğitim programına alınma kriterlerine ilişkin)

Bu form fakültenizde yapılması planlanan AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmaya yönelik bir eğitim programına katılacak kişileri belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Program fakültede öğrenim gören akranlarınız tarafından yürütülecektir. Lütfen her bir soruyu dikkatle okuyarak cevaplayınız. Verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Katkılarınız için teşekkürler...

Araş. Gör. Serap Bulduk
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale H.Y.O.

1. Adınız-Soyadınız:.....

2. Cinsiyetiniz: ☐ kadın ☐ erkek

3. Kaç yaşındasınız ?

4. Öğrenim gördüğünüz bölümünüz:

- ☐ Orman Mühendisliği
☐ Orman Endüstri Mühendisliği
☐ Peyzaj mimarlığı

5. Sınıfınız: ☐ 1. sınıf ☐ 2. sınıf ☐ 3. sınıf

6. Tedavi altında olduğunuz ciddi bir sağlık probleminiz var mı?

- ☐ evet ☐ hayır

7. Evli misiniz?

- ☐ evet ☐ hayır

8. Hiç cinsel birleşme ile sonuçlanan cinsel ilişki yaşadınız mı?

- ☐ evet ☐ hayır

9. Şu anda hamile misiniz ya da hamile olma şüpheniz var mı?

- ☐ evet ☐ hayır

10. Cinsel birleşmeleriniz de ne sıklıkla kondom kullanırsınız?

- ☐ Her zaman ☐ Ara-sıra ☐ Hiç

11. Fakültenizde AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmaya yönelik yapılması planlanan bu eğitim programına katılmak ister misiniz?

- ☐ evet ☐ hayır

EK-2. İzin Yazısı



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

Sayı : B.30.2.İST.0.59.00.00/52
Konu :

İstanbul,04.01.2005

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğüne

İlgi: 29.12.2005 tarih ve 6133 sayılı yazınız.

İlgi yazınızdan Yüksekokulunuz Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında doktora eğitimine devam eden Serap BULDUK'un "Adölesanlarda Okula Dayalı Akran Eğitimi Girişimlerinin HIV/AIDS Risk Davranışlarını Azaltma Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmasının verilerini Fakültemizden toplamak üzere izin istediği anlaşılmaktadır.

Doktora Tez Proje Önerisi tarafımızdan incelenmiş, özellikle "Araştırmanın örnekleri" konusunda bazı tereddütler oluşmuştur. Ancak doktora öğrencisi Serap BULDUK'la yapılan görüşmelerde; bu çalışma sırasında öğrenciler arasında bir huzursuzluk yaratılmayacağı ve öğrencilerle ilgili anket bilgilerinin gizliliğinin sağlanması ve korunması konusunda gereken titizliğin gösterileceği ifade edilmiştir.

Ayrıca tez projesi uygulaması sırasında uygulama oturumlarının yapılacağı salon konusunda ve diğer hususlarda imkanlar ölçüsünde kendisine yardımcı olunacaktır.

Sonuç olarak yukarıda belirtilen koşullarda Serap BULDUK'un Doktora Tezi ile ilgili olarak Fakültemizden veri toplaması Dekanlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.


Prof.Dr.Tahsin AKALP
Dekan

N.G.

EK-3. HIV-Bilgi Ölçeği, Cinsel Davranışlar Formu ve Cinsel Girişimcilik Senaryoları'nın Kullanım İzni

From: "Michael Carey" mpcarey@mailbox.syr.edu
Subject:: Re: About a your research
To: "Serap Bulduk" sebul77@yahoo.com
Date: Thursday, December 16, 2004 4:33 PM
[2001 Jaworski&Carey JAH.pdf \(84KB\)](#), [Jaworski&Carey Measures.pdf \(306KB\)](#),
[HIV_KQ.pdf \(634KB\)](#)

Hello Serap,

I give you permission to use the attached materials.
Good luck with your research.
Best wishes, Michael Carey

Dear Michael P. Carey,

I am a phd student in Istanbul University Florence Nightingale School of Nursing. I planned to research about sexual risk behavior. I realised your research "Effects of a Brief, Theory-Based STD-Prevention Program for Female College Students" wich publised in Journal of Adolescent Healthî at 2001 year. I want to use wich used the scales in your research. Will you send and permish me. If you send and permish that scale I'm very happy. *Have a nice work...* Sinceraly yours.

EK-4. AIDS’’ten Korunmada Öz-Yeterlik Ölçeği Kullanımı İzin Yazısı

From: "Fuensanta López Rosales" flopez@fap.uanl.mx

Re: self efficacy scale for AIDS

To: "Serap Bulduk" sebul77@yahoo.com

Date: Monday, November 14, 2005 6:59 PM

RN, Msc. Serap Bulduk

Istanbul University

Florence Nightingale School of Nursing Public Health Department

Abide-i Hürriyet Cad. 80270 Sisli, Istanbul, TURKEY

It reckoned colleague Appreciation its inters by working the theme,
have you my permission to use the scale SEA 27, I expect be of its
utility, I agree could you please send me a copy of the results of your study and report to
use as reference The Public Health review in your

Yours

Dra. Fuensanta López Rosales

EK-5. “Önlemini Al Pişman Olma!” eğitim CD’si Kullanımı İzin Yazısı

From: " "Serap Asar Brown" serap.brown@un.org.tr
Re: Re: Interaktif Eğitim CD'si
To: "Serap Bulduk" sebul77@yahoo.com
Cc: "Nicole Ayca Kassas" <nicolekassas@gmail.com>
Date: Tuesday, April 4, 2006 12:00 PM

Serap Hanim,

Bana gondereceginiz mesaji (adresi iceren), lutfen Nicole Hanim'a da kopyaliyabilir misiniz?

Sizin mesajiniz geldikten sonra, 60 adet interaktif egitim CD'sini adresinize gonderecegiz.

Iyi calismalar dilerim. Arastirmaniz hakkında daha genis bilgi ve sonuclarini alabilmek dilegiyle.

Saygilarimla,
Serap Asar Brown

UNAIDS Turkiye Irtibat Gorevlisi
Tel: 0312 454 1139

EK-6. Sosyo-demografik Soru Formu

Bu soru formunu doldurmayı kabul ettiğiniz için öncelikle teşekkür ederim. Vereceğiniz yanıtlar katılmış olduğunuz bu eğitim programının etkinliğinin değerlendirmesine katkı sağlayacaktır. Her bir sorunun cevaplandırılması ve boş bırakılmaması çok önemlidir. Verdiğiniz tüm bilgiler gizli tutulacaktır.

Bil. Uzm. Serap BULDUK
İ.Ü. Florence Nightingale
Hemşirelik Yüksekokulu

Adınız, Soyadınız: _____

1. Yaşınız: (.....)

2. Cinsiyetiniz:

() K1z () Erkek

3. Eğitim gördüğümüz bölüm: _____

4. Sınıfınız: (.....)

5. Daha önce yaşadığınız yer?

() Metropol (Ankara, İstanbul, İzmir) () İl () İlçe, köy, bucak

6. Şu anda kalmakta olduğunuz yer.

() Yurtta, pansiyonda

() Kız/erkek arkadaşlarımla evde

() Aile/akraba yanında

() Diğer (Belirtiniz):.....

7. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz:

() Çok kötü

() Kötü

() Orta

() İyi

() Çok iyi

8. Dini inancınızı aşağıdaki doğru üzerinde nerede işaretlersiniz?..

9. Cinsellik ve üreme sağlığı konusunda bilgi aldınız mı?

() Evet

() Hayır

10. AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlarla ilgili bilgi aldınız mı ?

☐ Evet

() Hayır

NOT: Cinsel ilişki terimi ile anal (ters ilişki), oral (ağızdan ilişki) ve vajinal (normal yol) birleşmeler kastedilmektedir. Bu bölümde yer alan sorulara bunları dikkate alarak cevap veriniz.

11. İlk cinsel ilişki yaşıınız (_____)

12. İlk cinsel ilişkinizde kondom kullandınız mı?

() Evet() Hayır

13. İlk cinsel ilişkiniz planlı mıydı?

() Evet() Hayır

14. Hiç cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirdiniz mi?

() Evet

() Hayır

15. Sizin ya da birlikte olduğunuz kişinin hiç istenmeyen gebeliği oldu mu?

() Evet

() Hayır

EK-7. HIV Bilgi Ölçeği (HIV-BÖ-18)

Her ifade için lütfen “Doğru (D)”, “Yanlış (Y)”, “Bilmiyorum (B)” seçeneklerinden birini daire içine alın. Bilmiyorsanız lütfen tahminde bulunmayın, bunun yerine “Bilmiyorum (B)” seçeneğini daire içine alın.

- | | | | |
|--|-------|--------|------------|
| 1. HIV öksürme ve hapşırma yoluyla bulaşmaz. | Doğru | Yanlış | Bilmiyorum |
| 2. HIV taşıyan biriyle aynı bardaktan su içilirse HIV bulaşabilir | Doğru | Yanlış | Bilmiyorum |
| 3. Orgazm/boşalma öncesi penisin geri çekilmesi kadına cinsel ilişki sırasında HIV bulaşmasını engeller. | Doğru | Yanlış | Bilmiyorum |
| 4. Bir erkekle anal seks sırasında kadına HIV bulaşabilir. | Doğru | Yanlış | Bilmiyorum |
| 5. Cinsel ilişki sonrasında cinsel organların yıkanması, HIV bulaşmasını engeller. | Doğru | Yanlış | Bilmiyorum |
| 6. HIV taşıyan tüm hamile kadınların çocukları AIDS’li doğacaktır. | Doğru | Yanlış | Bilmiyorum |
| 7. HIV bulaşan insanlar kısa süre içinde bulaşmayla ilgili önemli belirtiler gösterirler. | Doğru | Yanlış | Bilmiyorum |
| 8. Erişkinlere HIV bulaşmasını engelleyen bir aşı mevcuttur. | Doğru | Yanlış | Bilmiyorum |
| 9. Birlikte olunan kişi HIV taşıyorsa, derin öpüşme (Fransız öpücüğü) ile HIV bulaşabilir. | Doğru | Yanlış | Bilmiyorum |
| 10. Kadın adet döneminde cinsel ilişkide bulunursa HIV bulaşmaz. | Doğru | Yanlış | Bilmiyorum |
| 11. Kadınlara HIV bulaşma riskini azaltan kadın kondomu bulunmaktadır. | Doğru | Yanlış | Bilmiyorum |
| 12. Doğal deriden yapılan kondomlar (cilt kondomu), lateks kondomlara göre HIV’e karşı daha koruyucudur. | Doğru | Yanlış | Bilmiyorum |
| 13. Antibiyotik kullanan kişilere HIV bulaşmaz. | Doğru | Yanlış | Bilmiyorum |
| 14. Birden fazla kişi ile cinsel ilişkiye girmek HIV bulaşma riskini arttırır. | Doğru | Yanlış | Bilmiyorum |

15. Cinsel ilişkiden bir hafta sonra yapılan HIV testi, kişiye HIV bulaşıp bulaşmadığını gösterecektir.

Doğru

Yanlış

Bilmiyorum

16. HIV taşıyan biriyle aynı sıcak küvette/jakuzi ya da havuzda bulunan kişiye HIV bulaşabilir

Doğru

Yanlış

Bilmiyorum

17. HIV oral cinsel ilişki yolu ile bulaşabilir.

Doğru

Yanlış

Bilmiyorum

18. Cinsel ilişki sırasında kondom ile birlikte vazelin ya da bebe yağı kullanmak, HIV bulaşma riskini azaltır.

Doğru

Yanlış

Bilmiyorum

EK-8. AIDS'ten Korunmada Öz-Yeterlik Ölçeği (AÖY-27)

Aşağıda güven derecenizi işaretleyeceğiniz bir dizi soru yer almaktadır. Lüften uygun olanı daire içine alarak işaretleyiniz

A) Aşağıda belirtilen kişiler size cinsel ilişki teklif ettiğinde Hayır yanıtı verebileceğinizden ne kadar eminsiniz?

1). 30 gün veya daha az süredir tanıdığınız birine

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

2). Kimlerle cinsel ilişkileri olduğunu bilmediğiniz birine

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

3). Madde kullanma (uyuşturucu/uyarıcı) konusunda geçmişini bilmediğiniz birine

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

4). Önceden tanıdığınız birine

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

5). Daha iyi tanımak istediğiniz birine

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

6). Daha önce cinsel ilişki yaşadığınız birine

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

7). Size aşık olmasını istediğiniz birine

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

8). Cinsel ilişkiye girmeniz için size baskı yapan birine

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

9). Beraber alkol aldığınız birine

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

10). Beraber madde (uyuşturucu/uyarıcı) kullandığınız birine

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

11). Birlikteyken cinsel yönden oldukça tahrik olduğunuz birine

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

B. Aşağıdakileri yapabileceğinizden ne kadar eminsiniz

1). Erkek/kız arkadaşınıza damar içi yolla alınan herhangi bir madde (uyuşturucu) kullanıp kullanmadığını sorabileceğinize

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

2). Erkek/kız arkadaşınızla AIDS'ten korunma konusunda konuşabileceğinize

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

3). Kız/erkek arkadaşlarınıza geçmişteki cinsel deneyimlerini sorabileceğinize

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

4). Erkek/kız arkadaşınıza eşcinsel (homoseksüel) ilişki deneyimi olup olmadığını sorabileceğinize

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

C. Aşağıdakileri yapabileceğinizden ne kadar eminsiniz

1). Her cinsel ilişkide kondom kullanacağınıza

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

2). Kondomu doğru kullanacağınıza

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

3). Alkol aldıktan sonra cinsel ilişkide kondom kullanacağınıza

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

4). Herhangi bir uyuşturucu/uyarıcı madde (esrar, yapıştırıcı maddeler, tiner vb) kullanımı sonrası yaşadığınız cinsel ilişkide kondom kullanacağınıza

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

5). Erkek/kız arkadaşınız kullanmak istemese de kondom kullanma konusunda ısrar edeceğinize

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

6). Birlikte olduğunuz kişi kondom kullanmayı kabul etmediğinde cinsel ilişkiyi reddedeceğinize

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

7). Her zaman kondom alacak kadar para bulunduracağınıza

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

8). Kondom almak için eczaneye/markete gidebileceğinize

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

9). Evlenene kadar cinsel ilişki yaşamayacağınıza

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

10). Hayatınız boyunca aynı kişi ile cinsel ilişki yaşayacağınıza

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

11). Cinsel konular hakkında babanızla konuşabileceğinize

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

12). Cinsel konular hakkında annenizle konuşabileceğinize

1	2	3	4	5
Hiç emin değilim	Çok az eminim	Orta derecede eminim	Çokça eminim	Son derece eminim

EK-9. Reliability and validity of a Self-efficacy Scale for AIDS Prevention among Turkish university students



International Journal of Human Sciences

ISSN:1303-5134

Volume: 5 Issue: 2 Year: 2008

Türk üniversite öğrencilerinde AIDS'ten Korunma Öz-yeterlilik Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliği

Serap Bulduk*, Semra Erdoğan **

Özet

Bu iki aşamalı tasarım, AIDS Öz-yeterlilik ölçeğinin Türkçe formunun (T-AÖY-27) iç tutarlılığını, güvenirliğini ve faktoriyel yapısını tanımladı. 27 maddelik ölçek önce geri-çeviri yöntemi ile Türkçe'ye çevirildi ve uzman görüşleri ile kültürel uygunluğu sağlandı. Daha sonra, psikometrik uygunluğu 507 üniversite öğrencisi üzerinde değerlendirildi. İki hafta aralıkla, 60 öğrenci ile ölçülen test-tekrar test tutarlılığı yeterli düzeyde bulundu. Psikometrik analizler T-AÖY-27'nin ve dört alt grubunun [cinsel ilişkiyi reddetme (= .97), potansiyel partnere soru sorabilme (= .90), kondom kullanma (.74) ve aile ile ilişkili boyut (= .95)] geçerlik ve güvenirliğini destekledi. Sonuçlarımız gençlerde HIV/AIDS'e karşı öz-yeterliliği değerlendirmede T-AÖY-27'nin geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu gösterdi.

Anahtar Kelimeler: Öz-etkililik; HIV/AIDS; cinsel risk davranışı; üniversite öğrencileri, psikometrik (geçerlik ve güvenirlik); Türkiye

Reliability and validity of a Self-efficacy Scale for AIDS Prevention among Turkish university students

Serap Bulduk, Semra Erdoğan

Abstract

This study design determined the internal consistency, validity and factorial structure of the Turkish Self-Efficacy scale for AIDS (T-SEA-27). The 27 items scale firstly was translated into Turkish using back-translation method and the cultural equivalence was provided by expert views. Secondly, the psychometric properties of the scale were evaluated on 507 university students. The test-retest reliability of the intraclass correlations was satisfactory in a subsample of 60 students tested after a 2-week interval. Psychometric analysis supported the reliability and validity of the T-SEA-27 scale and four subscales: refusing sexual intercourse ($\alpha = .97$), questioning potential partners ($\alpha = .90$), condom use ($\alpha = .74$) and family related ($\alpha = .95$). The self-efficacy score was significantly higher for those studying in health sciences, those who were not sexually active and the female students. Our outcomes showed that T-SEA-27 is a valid instrument in evaluating self-efficacy for HIV/AIDS in Turkish young people.

Keywords: Self-efficacy; HIV/AIDS; sexual risk behavior; university students; psychometrics (reliability and validity); Turkey

* Research assistant, Istanbul University, Florence Nightingale School of Nursing, Department of Community Health Nursing, sebulduk@istanbul.edu.tr

** Professor, Istanbul University, Florence Nightingale School of Nursing, Department of Community Health Nursing, serdo@istanbul.edu.tr

1. Introduction

Adolescents and young adults, including university students, are at higher risk of acquiring Sexually Transmitted Diseases (STD) because many engage in high-risk behaviors (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2006). The World Health Organization (WHO) (2006) has reported that every year there are 340 million new cases of STD diagnosed, such as Chlamydia and gonorrhea, and one third of these cases are young people under the age of 25 years. Similarly 25% of the 33 million people in the world infected with HIV are in the 15-24 year old age group (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2007). According to Turkey Ministry of Health data (2006), the total number of HIV/AIDS cases had reached 2544 people. Half of these cases are in the 15-39 year old age group and the majority was in heterosexual relationships. In addition it is estimated that the reported number of HIV/AIDS cases is much lower than the actual number and this number will increase in the future (Turkiye Ureme Sagligi Programi (TUSP), 2005). Studies conducted that the first sexual intercourse experience in the last 10 years was at an average of 19 years of age in Turkey but this has dropped to 17 years of age (Ozkan, 1994; HUNEE, 2004; Akin & Ozvaris, 2004). It has been also reported that approximately 28% to 60% of university students are sexually active (Donmez, 1999; Guner, Sur & Soylemez, 2005; Ergene, Cok, Tumer & Unal, 2005). In a study by Akin & Ozvaris (2004) with 3366 students at universities in an eastern and western province it was determined that 54.4%-70.6% (respectively) of the young people were having unprotected sexual intercourse and 4.5%-6.1% had experienced an unplanned pregnancy. Consistent use of condoms even lower; 10% to 30% of university students reported using them every time (Guner et al., 2005; Ateş, Karahan & Erbaydar, 2005)

The reasons for unsafe sexual behavior are related to lack of personal efficacy. Self efficacy, a component of Social Cognitive Theory, expresses the individual's perception or judgment of ability doing an action successfully or controlling the events or individual's judgment of the capacity of succeeding a performance level. Self-efficacy is situation specific refers to a person's belief that he or she can perform the behavior in question. Self-efficacy is situation specific (Bandura, 1986). According to Prochaska, DiClemente & Norcross (1992), self-efficacy is necessary for beginning, and then maintaining, successful behavior change. That is, studies indicate that people with high self-efficacy in a specific task are more likely to perform that task. The opposite is

also true; people with low self-efficacy are less likely to perform the particular behavior. Recent studies have measured self-efficacy in adolescent sexual behaviors and condom usage (Smith, McGraw, Costa & McKinlay, 1996; Zamboni, Crawford & Williams, 2000; Cecil & Pinkerton, 1998; Peterson & Gabany, 2001). However, instruments need to be validated for the specific population for which they are intended. The purpose of this study was to translate the Self-Efficacy scale for AIDS into Turkish (SEA-27) for defining sexual risk behaviors of Turkish young people in protecting them from AIDS and to establish its validity, reliability and applicability.

2. Methods

A methodological design, specifically psychometric testing, was used to address the purposes of the study.

2.1. Sample

Ferketich (1991) recommended at least 200 to 300 subjects are needed to evaluate the reliability of newly translated instruments. Furthermore, for principal-component factor analysis, the appropriate ratio of subjects to items is 10:1. For the SEA-27 scale with 27 items, at least 270 subjects were needed in this study. A convenience sample was drawn from a 2000-capacity student dormitory. The participants were 507 university students between the ages 18 and 30 years. Data were collected between June and September 2005. The eligibility criteria for students were: aged ≥ 18 years, not married or pregnant, not having had HIV (+) or AIDS, able to speak and understand Turkish.

2.2. Ethical Considerations

Permission to use the SEA-27 was received from the author, Stephanie Kasen, to test the tool's validity and reliability. Permission was also received from the Istanbul Regional Director of student dormitories to conduct the study. University students were invited to participate in the study, were informed about it and then verbal consent was obtained. The purpose of the study and the necessary time for completion of the questionnaire were explained to respondents in a cover letter. The researchers guaranteed university students that their identities and answers would be kept

confidential. Students were encouraged to complete the questionnaire unaided and in private. The data collection tools took an average of 20-25 minutes to complete without facing any difficulties.

2.3. Research Design

This two-stage design followed the procedures of previous work that validated instruments translated for use in different languages and cultures. The first stage involved the translation of the SEA-27 and examination of the newly developed Turkish SEA-27 (T-SEA-27) for cultural equivalency and content validity. Then in the second stage, the construct validity, internal consistency, and test-retest reliability were established. Figure 1 depicts the procedures used.

Stage 1. The SEA-27 was translated into Turkish by two bilingual linguistic experts independently. The experts met and reviewed the Turkish translations together for inconsistencies with the original English form and minor revisions were suggested. The adequacy of the Turkish translation of the SEA-27 was evaluated using the back-translation technique and content validity. The Turkish version of SEA-27 was back translated into English by a bilingual individual who works at the university in the public health department. The back-translated and original form of the SEA-27 were compared by a translation committee (two researchers, two translators, and two faculty members-nurse and medical doctor) and they agreed on a version of the T-SEA-27 that best reflected the linguistic and conceptual matter of the original SEA-27. Content validity was ascertained by a panel of experts. The experts [six members of nursing, five members of the faculty of medicine, a member of the faculty of dentistry, a psychologist who is an employee in AIDS Campaign Association and a program assistant of United Nations Population Fund (UNFPA)] were asked to evaluate each item on the scale for clarity and appropriate use. Each item was evaluated and given between 1-4 points for Content Validity Index (CVI) of one scale (1= not relevant, 4= very relevant) and 80% of the scale items were expected to be rated at least 3 or 4 points (Burns & Grove, 1997). In this study, the total CVI for T-SEA-27 was 0.96. Minor alterations were made in some items that were specified by experts. The 23rd item "...go to the store to buy condoms?" was changed to "... go to pharmacy/market to buy condoms?" and the 19th item "... use a condom during sex after you have been using a

drug (marihuana, glue, thinner)?” as “...use a condom during sex after you have been using an anesthetic/stim ulative drug (marijuana, glue, thinner).

Stage 2. The T-SEA-27 was then pretested on 25 university students in order to check the clarity of the items. The students found these items easy to respond to and no changes were recommended. Post-pilot version of the scale was tested with 507 university students and test-retest reliability was tested with a two weeks interval on 60 university students.

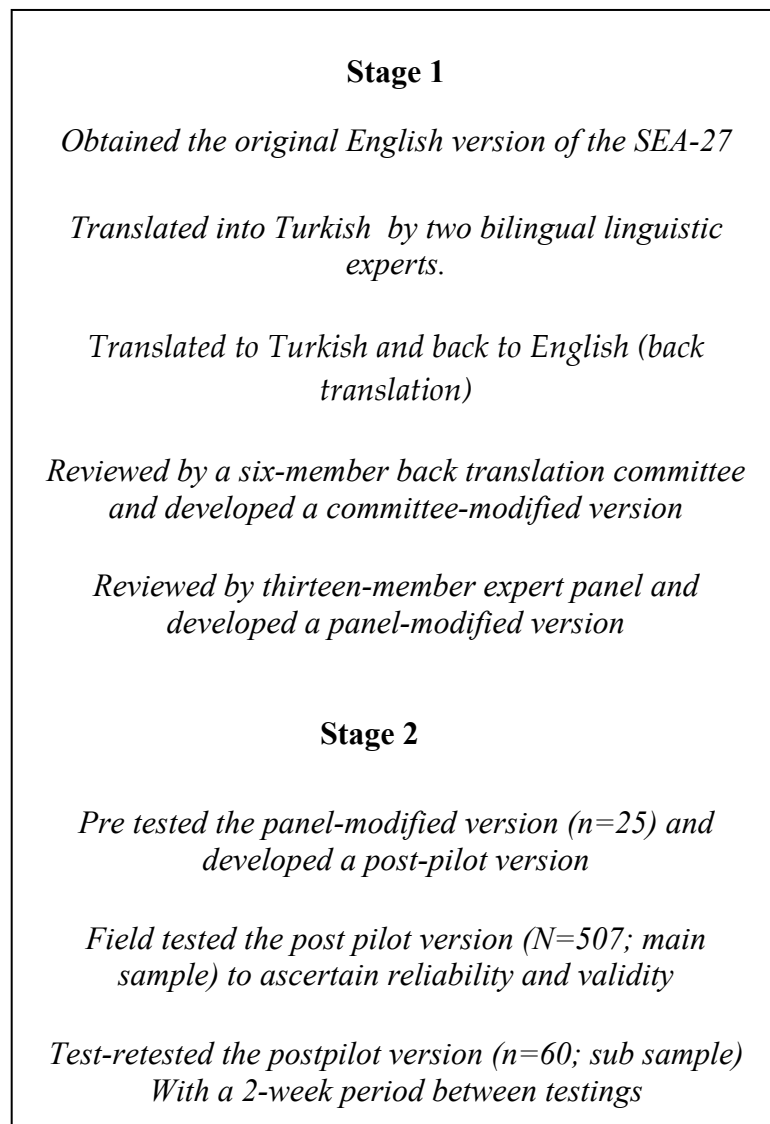


Figure 1.

Flow chart for the development and evaluation of the T-SEA-27.

2.4. Instruments

Demographic questionnaire

The Demographic questionnaire included gender, age, the education field (social sciences, science, health science), marital status (single, unmarried couples), income level (perceived income level was measured on a 5-points Likert scale: 1=very bad, 2=bad, 3=middle, 4=good, 5=very good), religiosity level (a 0-10 point visual analogue scale was used to measure the participants' perceived religious/spiritual beliefs), sexual experiences variables (age at first sexual intercourse, condom use at first sexual intercourse, whether or not first sexual intercourse was planned, experience with pregnancy and STDs).

Self-Efficacy Scale for AIDS

The SEA-27 (López & Rubia 2001), has 27 Likert-type reactivities with a five point variation, and evaluates self-efficacy with the Bandura's sociocognitive theory, in three aspects of sex-related behavior: (i) ability to say no to sexual intercourse under different circumstances, (ii) perceived ability to ask partner about previous sexual relations and other risk behaviors such as drug use, (iii) perceived ability to acquire and correctly use condoms. Initially Kasen, Vaughan & Walter (1992) developed the scale as 22 items by measuring adolescents between ages 15 and 19; in that study the internal consistency of this scale was high ($\alpha = .91$). The scale was translated into Spanish and used with Mexican youth (Bayés, Villamarín & Ochoa, 1995) and high internal consistency was reported this time as well ($\alpha = .91$). The scale was tested again on a large sample group of high school students (López, Salinas & Landero, 1999) and some items of the scale were modified, and the number of items were increased from 22 to 27. Internal consistency of the 27-item self-efficacy scale was found to be .91 and .89 respectively, in the two studies (López, Salinas & Landero, 1999; López & Rubia, 2001). In the current study, we used the last version of the Self-Efficacy scale for AIDS (SEA-27).

2.5. Analysis

The data were analysed using the SPSS for Windows (version 11.5 SPSS, Istanbul University, Turkey). Internal consistency of the scale was tested by Cronbach's alpha. Descriptive statistics (including means, standard deviations, frequencies and percentages) were calculated for demographic variables. The factorial structure was

calculated by the factorial analysis technique. In order to extract the factors, the main components with Kaiser-type normalization of variables method was used. To determine the factors principal component technique and varimax rotation method were used. In order to determine factors, Eigen value and explained variance were examined. Test-retest reliability using intraclass correlation coefficients was evaluated with a 2-week interval between tests, with a sub-sample of 60 university students who participated in the main study. Differences were tested with the Spearman correlation test, the Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests for continuous variables not normally distributed.

3. Results

3.1. Sample Characteristics

The sample group (n=507) were studying in social sciences (40.0%), science (37.9%) and health sciences (22.1%). Participants ranged in age from 18 to 30 years, with a mean age of 21.95 ± 2.15 years; 63.3% were male and 36.7% were female. Most of students (92.9%) were single, 7.1% were unmarried couples living together. The mean perceived income level of most participants was 2.97 ± 1.37 . Nearly half of those (52.7%) surveyed reported that they were sexually active, 65.1% of the men and 16.7 % of the women. The mean age for the first sexual intercourse was 17.6 ± 2.00 years of age for males and 19.0 ± 1.35 years of age for females (total= 17.8 ± 1.98).

3.2. Construct Validity

To test for construct validity of the scale, the items of the 3 translated subscales were pooled and subjected to factorial analysis technique. The rotated factor matrix showed that 27 items have composition with 4 factors. The factor loading of items ranged between .63-.92 (Table 1). The third subscale is the one which unfolds into Factor 2 and Factor 3. Although four factors appear, the structure adjusts well to the three proposed subscales. All four factors had an Eigen value greater than 1 with and explained variance of 60%.

- The first factor (Factor 1) includes 11 elements (A1 to A11) which estimate the ability to say no to intercourse under different circumstances. It explains 32.79% of the total variance and shows a very high internal consistency of .97.
- The second factor (Factor 2) includes eight elements (C1 to C8), referring to condom use. It explains 22.41% of the total variance. It has a moderately high internal consistency of .74.
- The third factor (Factor 3) includes four elements (C9 to C12) about marriage, faithfulness and talking about sex with parents. It explains 11.14% variance and has a very high internal consistency of .95.
- The fourth factor (Factor 4) includes four elements (B1 to B4) which talk about the ability to ask one's sexual partner about previous sexual relationships and other risk behaviors such as drug use. It explains 8.58% of the total variance and has a very high internal consistency of .90.

Table 1.

Rotated factor analysis of the T-SEA-27 (N=507)

Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
A 9 0.912	C 1 0.921	C 12 0.867	B 3 0.834
A 1 0.908	C 3 0.900	C 11 0.861	B 1 0.770
A 5 0.898	C 5 0.877	C 9 0.780	B 2 0.738
A 4 0.892	C 2 0.856	C 10 0.775	B 4 0.634
A 3 0.882	C 6 0.854		
A 2 0.879	C 7 0.850		
A 11 0.854	C 4 0.819		
A 8 0.847	C 8 0.785		
A 6 0.841			
A 7 0.841			
A 10 0.812			
Eigen Value			
8.855	6.051	3.008	2.315
Variance explained			
32.795	22.411	11.141	8.576
Cronbach's alpha (internal consistency)			
0.9725	0.7377	0.9522	0.9019

3.3. Time Stability

Time stability of T-SEA-27 was tested with a two-week interval on 60 students. This time period was selected with the expectation that it was short to minimize the risk of eliciting responses that were recalled from prior testing. The test-retest correlation for 2-week interval was $r(60) = 0.85, p < 0.01$.

3.4. Reliability

The reliability coefficient for each subscale was calculated using the Cronbach technique. Item-total correlation coefficients and Cronbach alpha values () of scale and subscale are presented in Table 2. In the current study Cronbach alpha reliability coefficient for the items ranged from 0.51-0.93. The sum of elements in T-SEA-27 has a mean of 87.7 and a standard deviation of 23.9 (Range: 27-135). All elements show a significant correlation ($p < 0.01$). The total Cronbach alpha of the scale was 0.93.

Table 2

Item analysis and internal consistency of the T-SEA-27 (N=507)

Items	Mean	SD	Item-Total Correlation	p
How sure are you of being able to say no when someone... suggests having intercourse?				
A1 ... someone you've known for 30 days or less?	3.32	1.59	0.92	0.000
A2 ... someone whose sexual history is unknown to you?	3.45	1.58	0.89	0.000
A3 ... someone whose drug history is unknown to you?	3.46	1.54	0.90	0.000
A4 ... someone you've known before?	3.25	1.55	0.90	0.000
A5 ... someone you would like to get involved with again?	3.34	1.53	0.91	0.000
A6 ... someone with whom you have had sex before?	3.03	1.59	0.85	0.000
A7 ... someone you need to fall in love with you?	3.16	1.61	0.86	0.000
A8 ... someone who puts pressure on you to have sex?	3.40	1.61	0.87	0.000
A9 ... someone with whom you have been drinking alcohol?	3.17	1.59	0.93	0.000
A10 ... someone with whom you have been using drugs?	3.25	1.65	0.84	0.000
A11 ... someone with whom you are very sexually aroused?	3.00	1.64	0.86	0.000
How sure are you of being able to...				
B1 ... ask your boyfriend or girlfriend if he/she has used and injected drugs?	4.01	1.27	0.75	0.000
B2 ... discuss AIDS prevention with your boyfriend or girlfriend?	4.26	1.10	0.72	0.000
B3 ... ask your boyfriend/girlfriend about his/her past sexual relationships?	3.65	1.33	0.84	0.000
B4 ... ask your boyfriend/girlfriend if he/she has had a homosexual experience?	3.31	1.49	0.70	0.000
How sure are you of being able to...				
C1 ... use a condom each time you have sex?	3.26	1.36	0.80	0.000
C2 ... use a condom correctly?	3.51	1.32	0.75	0.000
C3 ... use a condom during sex after you have been drinking alcohol?	3.17	1.39	0.81	0.000
C4 ... use a condom during sex after you have been using an anesthetic/simulative drug (marihuana, glue, thinner)?	3.15	1.43	0.75	0.000
C5 ... insist on using a condom during sex, even when your boyfriend/girlfriend would rather not use one?	3.37	1.38	0.75	0.000
C6 ... refuse to have sex if your partner does not agree to using a condom?	3.23	1.43	0.80	0.000

C7 ... always have enough money to buy condoms?	3.34	1.40	0.75	0.000
C8 ... go to pharmacy/market to buy condoms?	3.49	1.41	0.71	0.000
C9 ... not have sex until you are married?	2.52	1.64	0.54	0.000
C10 ... have sex only with one person during your whole lifetime?	2.73	1.60	0.56	0.000
C11 ... talk to your father about sexual topics?	2.35	1.56	0.51	0.000
C12 ... talk with your mother about sexual topics?	2.37	1.53	0.55	0.000
Total			0.93	

3.5. Sample Characteristics Associate with Self-Efficacy

Findings participant characteristics associated with self-efficacy are shown in Table 3. The students in health-related fields ($p<0.01$), those who were not sexually active ($p<0.01$) and female students ($p<0.01$) were found to have significantly higher self efficacy scores. A significant correlation in the positive direction was found between the self-efficacy scale score and income level ($p<0.001$), and religious belief level ($p<0.001$). However no relationship was found between T-SEA-27 scores and those from rural or urban areas, marital status, whether the first sexual intercourse was planned, use of a condom during first sexual intercourse, experience with STD or history of pregnancy.

Table 3.

Sample characteristics associated with self-efficacy (N=507)

Characteristics	n	%	X	SD	Statistical Analyses
Gender					
Male	321	63.3	79.08	21.03	$z_{MWU} = -10.89$ $p = 0.00$
Female*	186	36.7	102.48	21.32	
Marital status					
Single	471	92.9	89.00	23.64	$z_{MWU} = -1.11$ $p = 0.27$
Living together	36	7.1	82.00	27.38	
Previous place of residence					
Urban	326	64.3	87.25	23.00	$z_{MWU} = -0.70$ $p = 0.48$
Rural	181	35.7	88.41	25.60	
Education field					
Health sciences*	112	22.1	100.33	21.71	$\chi^2_{KW} = 42.96$ $p = 0.00$
Social sciences	203	40.0	83.13	24.41	
Science	192	37.9	85.08	22.18	
Perceived income level (Mean±SD)		2.97±1.37			$r = 0.123$ $p = 0.006$
Religious belief level (Mean±SD)		5.42±3.59			$r = 0.153$ $p = 0.001$
Ever sexually active					
Yes	267	52.7	77.88	20.89	$z_{MWU} = -8.86$ $p = 0.00$
No*	240	47.3	96.46	23.12	
Used condom during first sexual intercourse					
Yes	99	40.9	78.35	22.86	$z_{MWU} = -0.43$ $p = 0.67$
No	143	59.1	77.64	19.40	
First sexual intercourse was planned					
Yes	111	46.3	78.25	21.94	$z_{MWU} = -0.43$ $p = 0.67$
No	129	53.8	77.56	20.03	
STD History					
Yes	22	9.2	79.27	22.58	$z_{MWU} = -0.12$ $p = 0.90$
No	218	90.8	77.74	20.76	
Pregnant history (self or partner)					
Yes	26	13.5	98.81	23.55	$z_{MWU} = -0.45$ $p = 0.65$
No	167	86.5	101.71	21.77	

4. Discussion

This study was the first attempt to adapt a scale that measures the perceived self efficacy for HIV/AIDS in Turkey. In this study, the investigators translated the last version of SEA-27 into Turkish, and adapted and tested it for measuring self-efficacy on university students in protection from AIDS. In our study, the content validity of T-SEA-27 was very high (CVI: %96) (Burns & Grove, 1997). Item-total correlation is expected to be higher than 0.30 for reliability of the scale. If total alpha levels are higher than .80 that is accepted as quite efficient or if they are over .70 that is accepted as efficient (Gozum & Aksayan, 2003). In this study, correlations between single items range from 0.51 to 0.93 and the Cronbach alpha for each subscale ranged from .73 to .97, indicating good levels of internal consistency.

Internal consistency according to the factorial structure of scale for SEAF1, SEAF3 and SEAF4 were found to be .97, .95 and .90, respectively which was higher than that of the Mexican study (.92, .75 and .80). The SEAF2 (.73) which has a rather low value was found to be similar to the Mexican study (López & Rubia, 2001). Internal consistency of the Turkish version of the scale (.93) was at the good level compared with the American (Kasen, Vaughan & Walter, 1992) and Mexican studies (.91 and .89, respectively) (López et al., 1999; López & Rubia, 2001). Additionally the test-retest correlation result (0.85) showed high consistency between the points that were achieved from applying the scale at separate times. Both the value of the test-retest and internal consistency coefficients were at the efficient level and showed that T-SEA-27 is a reliable measurement tool.

In our study construct validity of T-SEA-27 was also evaluated and the original scale with three factors showed composition with four factors in our study as in the Mexican study (López & Rubia, 2001). Factor loading of whole items was found to have a high value (over .60) and it was not seen to be necessary to remove the items. Items about “refusing sexual intercourse”, “questioning potential partners” and “condom use” subscales are aggregated as both were originally (Kasen et al., 1992) and were similar to the Mexican study (López & Rubia, 2001). Only four items (C9, C10, C11 and C12) of the “condom use” subscale clustered with a different factor in our study as in the Mexican study (López & Rubia, 2001). Two of these separated items

measure perception about “monogamy” and the other two measure perception about “talking with parents about sexuality” (Table 1). In other words the perceptions that bring together sexuality with the family concept are separated from subscale items of using a condom. This result might be related to Turkish and Mexican cultures which have more conservative and traditional beliefs about sexuality and marriage. Likewise, monogamy is accepted and approved traditionally in the Turkish culture. Young people having a sexual life, speaking about sexuality and even alluding to it are considered to be shameful and sinful by traditional families (Akin & Ozvaris, 2004; Ates et al., 2005). Studies also reported that Turkish young people do not speak about sexual issues with their families (Donmez, 1999; Cambaz et al., 2001).

The findings from this study have also provided an AIDS self-efficacy profile of a diverse adolescent group who had come to Istanbul from different regions of Turkey. The students' mean self-efficacy score (87.66 ± 23.94) was at a satisfactory level, similar to that of the American (84.89 ± 18.28) and Mexican (95.14 ± 25.80) young people (Kasen et al., 1992; López & Rubia, 2001). This score was significantly higher for those studying in health sciences, those who were not sexually active and the female students. The majority of the female students were not sexually active which is consistent with the taboo of women's sexuality in traditional Turkish society and religious beliefs (Yılmaz, 2006). In addition the total self-efficacy score was positively associated with religiosity and income level in all of the adolescents. McCree (2003) also found an increased score for “self-efficacy of condom use” in adolescents with high religiosity scores. The findings in the López & Rubia study (2001) were similar to ours in that as the adolescents' number of sexual relationships in the last six months and the number of partners increased the self-efficacy scores significantly decreased.

In summary, SEA-27 represents an important step in establishing a standardized, valid measure of Turkish youth. This study adds to a growing literature on the validity of SEA-27 among adolescents. The data regarding self-efficacy can be explained in that adolescents with a high level of confidence to avoid AIDS such as female youth, those educated in health sciences, those with limited experience of sexual intercourse, had high religiosity and income levels, even when they are in various risk situations, can be seen as having high self-efficacy for dealing with HIV risk behavior.

Limitations of the present study include a restricted local (university level adolescents) sample. Because the data used to test the psychometric properties of the

measures were collected in a large metropolitan city, the asset measures presented here may exhibit different psychometric properties when administered in other geographic locations, larger urban areas, or in rural settings.

5. Conclusion

We conclude that the Turkish version of the SEA-27 is a valid scale for measuring sexual self-efficacy to prevent AIDS. Its distribution adjusts to the normal curve $N(87.66, 23.94)$, whose descriptive statistics were figured in a nonprobabilistic sample ($n=507$), that was, incidentally, of Turkish adolescents (ages 18-30) from Istanbul, none of which had a diagnosis of AIDS or were HIV+. Thus, it can be used by professionals who work with HIV/AIDS to measure the level of adolescents' self-efficacy in AIDS prevention as part of health promotion programs. Such an assessment is necessary to identify youth's learning needs and to design HIV and STD prevention programs specifically tailored to target their misconceptions and faulty beliefs. In addition, further study with different Turkish populations will be required to confirm the factor structure of the scale.

References

1. Akin, A. & Ozvaris, S.B. (2004). Adolesanların/Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler (Proje özet rapor) [Project of Sexual and Reproductive Health of Adolescents]. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
2. Ates, D., Karahan, A. & Erbaydar T. (2005). Üniversite Öğrencileri Güvenli Cinselliği Nasıl Algılıyor? [The perception of university students about safe sexual life]. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, Vol: 14: p.130-134.
3. Bandura, A. (1986). Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
4. Bayés, R., Villamarín, F. & Ochoa O. (1995). El SIDA En Los Adolescentes Mexicanos: Un Análisis de las Conductas de Riesgo Desde la Teoría de la Autoeficacia [Risky sexual behaviors for HIV/AIDS and self-efficacy perception in adolescents]. *Rev Psicológica Contemporánea*, Vol: 5: p. 46-55.
5. Burns, N. & Grove, S.K. (1997). The Practice of Nursing Research Conduct, Critique&Utilization. 3rd Ed., W.B. Saunders Company, Philadelphia.
6. Cambaz, S., Avcık, S. & Karadağ, N. (2001). Balıkesir Üniversitesi Öğrencilerinin Evlilik Öncesi Cinsel Eğitim ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkında Bilgi Düzeyleri [The knowledge level of university students about sexuality]. *Hemsirelik Forumu Dergisi*, Vol: 4: p. 40-43.
7. Cecil, H. & Pinkerton, S.D. (1998). Reliability and Validity of a Self-efficacy Instrument for Protective Sexual Behaviors. *Journal of American College Health*, Vol: 47: p.113-122.
8. Donmez, L. (1999). Akdeniz Üniversitesi Turizm Yüksekokulu ve Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Cinsel tutum ve Davranışları [Sexual attitudes and behaviors of university students]. *HIV/AIDS Tıp Dergisi*, Vol : 2: p.147-152.
9. Ergene, T., Cok, F., Tümer, A. & Unal, S. (2005). A Controlled–Study Of Preventive Effects Of Peer Education and Single-Session Lectures on HIV/AIDS Knowledge and Attitudes Among University Students in Turkey. *AIDS Education & Prevention*, Vol: 17 : p. 268-278.

10. Ferketich, S. (1991). Focus on Psychometrics Aspects of Item Analysis. *Research in Nursing and Health*, Vol: 14: p.165-168.
11. Gozum, S. & Aksayan, S. (2003). Kulturlerarasi Olcek Uyarlamasi Rehberi II: Psikometrik Ozellikler ve Kulturlerarasi Karsilastirma [The psychometric properties of the scales]. *Hemar-G Hemsirelik Arastirma Dergisi*, Vol: 5: p. 3-14.
12. Guner, N., Sur, H. & Soylemez, D. Marmara Üniversitesi Öğrencilerinin Aile Planlaması Bilgi, Tutum ve Davranışları. [Contraceptive knowledge, attitudes and behaviors among university students] http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/linkdetail.aspx?id=1654 (06.10.2005).
13. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü.(2004). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2003 [Demographic and health surveys in Turkey]. International Inc. Ankara: Measure DHS-Macro.
14. Kasen, S., Vaughan, R.D. & Walter, H.J. (1992). Self-efficacy for AIDS Preventive Behaviors Among Tenth Grade Students. *Health Education Quarterly*, Vol:19: p. 187-202.
15. López, F., Salinas, M.C. & Landero R. (1999). Se Perciben Más Autoeficaces las Mujeres en la Pprevención de Conductas de Riesgo Sexual [Risky sexual behavior and self-efficacy perception]. *Perspectivas Sociales*, Vol: 2: p. 77-86.
16. López, F. & Rubia, J.M. (2001). Validation of a self-efficacy scale for AIDS Prevention Among Adolescents. *Salud Pública de México*, Vol : 43.
17. McCree, D.H., Wingood, G.M., DiClemente, R., Davies, S. & Harrington K.F. (2003). Religiosity and Risky Sexual Behavior in African-American Adolescent Females. *Journal of Adolescence Health*, Vol: 33: p. 2-8.
18. Ozkan, H. (1994). Üniversite Gençliğinin Aile Planlaması ve CYBH'dan Korunmaya İlişkin Yaklaşımları [The family planning and prevention of STD behaviors of university students]. I.U. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doc. Dr. Semra Erdogan).
19. Peterson, Y., Gabany, S.G. (2001). Applying the NIMH Multi-site Condom use Self-efficacy Scale to College Students. *American Journal of Health Studies*, Vol: 17: p.15-19.
20. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychology*, Vol:47: p: 1102-1114.

21. Sexually Transmitted Disease Surveillance (2006). Division of STD Prevention November 2007. Centers for Disease Control and Prevention National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention Division of STD Prevention Atlanta, Georgia 30333.
22. Smith, K.W., McGraw, S.A., Costa, L.A., McKinlay, J.B. (1996). A Self-efficacy Scale for HIV Risk Behaviors: Development and Evaluation. *AIDS Education & Prevention*, Vol: 8: p: 97-105.
23. T.C. Saglik Bakanligi Temel Saglik Hizmetleri Genel Mudurlugu Çalışma Yıllığı 2006. HIV/AIDS Veri Tablolari [The Ministry of Health of Turkey, HIV/AIDS Statistics] <http://www.saglik.gov.tr/TR/istatistik/2006/menu.doc> (03.04.2008).
24. T.C. Saglik Bakanligi, Turkiye Ureme Sagligi Programi (TUSP) (2005). Turkiye’de Cinsel Yolla Bulasan Enfeksiyonlar (CYBE) ve HIV/AIDS’in Surveyans Sistemine Iliskin Durum Analizi [STD and HIV/AIDS in Turkey Surveillance System Analysis], [Turkey Reproductive Health Program], DELTUR/MEDTQ/20-02, Ankara.
25. UNAIDS (2007). AIDS Epidemic Update. Special Report on HIV Prevention, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, December.
26. Yilmaz, H. (2006).Turkiye’de muhafazakarlik aile, din, bati: Ilk sonuclar uzerine genel degerlendirme”. Yayimlanmamis arastirma raporu. Proje Destegi: Acik Toplum Enstitusu ve Bogazici Universitesi. Kamuoyu Arastirmasi: Infakto Research Workshop. Danismanlar: Dr. Emre Erdogan, Guclu Atilgan. Arastirma Asistanlari: Bahar Baser, Omer Ak. Kamuoyu Arastirmasi.
27. Zamboni, B.D., Crawford, I. & Williams, P.G. (2000). Examining Communication and Assertiveness as Predictors of Condom use: Implications for HIV Prevention. *AIDS Education & Prevention*, Vol: 12: p: 492–504.

EK-10. Cinsel Davranışlar Formu

Lütfen son üç ayı düşünerek, bu süre içinde aşağıdaki davranışları kaç kez uyguladığınızı yazınız. Sayısını tam olarak hatırlayamıyorsanız, mümkün olduğunca yakın bir sayı belirtiniz. Bu davranışı uygulamadıysanız boşluğa sıfır (0) yazınız.

- 1). Son üç ayda kaç kez kondom kullanarak vajinal cinsel ilişkide bulundunuz?
(.....)
- 2). Son üç ayda kaç kez kondom kullanarak oral cinsel ilişkide bulundunuz?
(.....)
- 3). Son üç ayda kaç kez kondom kullanarak anal cinsel ilişkide bulundunuz?
(.....)
- 4). Son üç ayda kaç kez cinsel ilişki öncesinde alkol aldınız?
(.....)
- 5). Son üç ayda kaç kez cinsel ilişki öncesinde ve sonrasında uyuşturucu/uyarıcı madde kullandınız?
(.....)
- 6). Son üç ayda kaç kişi ile cinsel ilişkide bulundunuz?
(.....)
- 7). Son üç ayda kaç kez cinsel birleşmede bulunduğunuz kişi ile kondom kullanımı ya da güvenli cinsel ilişki konusunda konuştunuz?
(.....)
- 8). Son üç ayda kaç kez kondom kullanmayan biriyle cinsel ilişkiyi reddettiniz?
(.....)

EK-11. Cinsel Girişimcilik Senaryoları

Ltfen aşağıdaki her durum için vereceğiniz tepkiyi yazın. Burada gerçekten o anda vereceğiniz tam cevabı yazmalısınız. Her durum için 3 cevap yazacaksınız.

Durum 1: “Cuma akşamı ve bir arabada tanıdığınız bir kadın/erkekke oturuyorsunuz. Onu birkaç haftadır tanıyorsunuz ve ondan hoşlanıyorsunuz ancak onunla seks yapmak istemiyorsunuz. Sözlerinden ve hareketlerinden sizinle cinsel ilişkide bulunmak istediğini anlıyorsunuz”. Diyor ki:

“Hadi ltfen, birbirimizi artık çok iyi tanıyoruz, yapalım o zaman.”

Tepki 1: _____

“İkimiz çok iyi anlaşabiliriz.”

Tepki 2: _____

“Madem ki yapmak istemiyorsun, o zaman yürüyerek gidebilirsin.”

Tepki 3: _____

Durum 2: “Okulunuzdan bir kadın/erkekke tanıştınız ve onunla çok iyi zaman geçiriyorsunuz. Onu çok beğeniyorsunuz. Sizi çok çekiyor ve onunla seks yapmak istiyorsunuz. şimdi o sizin odanızda, onunla yataktasınız. Bu kişi size hiçbir şey söylemiyor, ama tavırlarından anlıyorsunuz ki siz bir şey sylemezseniz güvenli olmayan bir şeyler olacak. Ona ne dersiniz?:”

Tepki #1: _____

“Bak, ikimiz de buradayız ve ikimiz de istiyoruz. Bırak yapalım.”

Tepki #2: _____

“Hadi ama, bir lastik kullanmak istemiyorum.”

Tepki #3: _____

Durum 3: “Görüştüğünüz biriyle ilk defa cinsel ilişki kurmaya karar verdiniz. Odanızda televizyon seyrediyorsunuz ve birbirinize sarılmışsınız. Onu yatak odasına götürmeyi düşünüyorsunuz. Fakat sizin de onun da bir cinsel geçmişi var. Birbirinizi çok önemsiyorsunuz ve seks sırasında kondom kullanmanın en iyisi olduğunu düşünüyorsunuz. O henüz güvenli seks konusunu hiç açmadı ve siz, sizin açmanız gerektiğini biliyorsunuz”. Diyor ki:

“Hadi televizyonu kapatıp müzik açalım ve yatak odasına gidelim.”

Tepki #1: _____

“Hadi bu kondom işini unutalım. Bazı insanların kondoma ihtiyacı var ama bizim yok.

Tepki #2: _____

“Sen neden bahsediyorsun, bana güvenmiyor musun?”

Tepki #3: _____

EK-12. Akran Eğitimi Modülü

I. OTURUM

Temel Kuralların Belirlenmesi (15 dk).

Eğitimin etkin olarak sürdürülebilmesi için eğitim salonunda bulunan herkesin uyması gereken temel kurallar belirlenir. Gruba, hangi kuralları önemli buldukları sorulur ve büyük beyaz kağıtlara yazılarak eğitim sonuna kadar salonda bulundurulur. Bulunması gereken bazı kurallar aşağıda verilmiştir:

Gizlilik: Katılımcılar, salon dışında ancak başkalarının isimlerini kullanmadan bilgi paylaşımında bulunabilir.

Saygı: Gruptaki herkese saygı duyulmalıdır. Bu herkesin birbirlerinin fikirlerine karşı duyarlı olması gerektiği anlamına gelir. “Hayır, yanlış düşünüyorsun, doğrusu....” demektense, “Bana göre...kanatımce....” gibi ifadeler kullanmak daha uygundur.

İlgili olmak: Diğer insanların söylediklerini dinlemelisiniz, böylece hem birşeyler öğrenir, hem de konuşanların fikirlerini rahatlıkla söylemelerine yardımcı olursunuz.

Açıklık: Eğitimin yararlı olabilmesi için katılımcıların kendi deneyimlerini paylaşmaları ve başkaları adına konuşmamaları gerekir.

Isınma oyunu (10 dk): “Sağlığımıza ne kadar dikkat ediyoruz?”

İşleyiş: Uygulamaya başlarken akran eğitimci şunları söyleyebilir. “*Lütfen herkes ayağa kalksın ve saldıyalarının önünde dursun. Size birkaç önermede bulunacağım. Bunlardan birine “EVET” diyemediğiniz takdirde oturmanız gerekecek. Kural, sorulardan birine hayır cevabı verene kadar ayakta kalmak. Bir kere oturursanız o şekilde kalmanız gerekir. Örneğin; size “düzenli olarak sağlık kontrolünden geçirim denildiğinde eğer cevabınız “HAYIR” ise oturmanız gerekecektir ve bir daha kalkmazsınız*”. Eğitimci daha sonra şu kuralı açıklayabilir “*Bazı katılımcılar ilk , bazıları ikinci ya da diğer önermelerden sonra oturmak durumunda kalabilirler. Soruların sıralaması nedeniyle bu size adil gelmeyebilir, fakat oyunun kuralı budur ve oyun bu şekilde devam edecektir*”.

Eğitimci daha sonra listedeki önermeleri sırasıyla, hızlı ve anlaşılır bir biçimde okur. Aşağıda belirtilen örnek önermelerin sayısı arttırılabilir.

- *Hiçbir zaman sigara içmem...*
- *Hiçbir zaman alkol kullanmam...*
- *Düzenli olarak dişlerimi kontrol ettiririm...*
- *Düzenli olarak sağlık kontrolünden geçerim...*
- *Sağlıklı yiyecekleri tüketmeye özen gösteririm...*

Herkes yerine oturduktan sonra katılımcılara bu önermelerin ortak noktası sorulur ve sağlığı korumak için basit korunma yöntemlerini bildikleri halde, bunları neden görmezden geldikleri tartışılır.

HIV/CYBE Hakkında Temel Bilgiler (30 dk): HIV/AIDS konulu eğitim sunumu ve video gösterimi

İşleyiş: Bu bölümde HIV/CYBE'lara yönelik hazırlanmış bir sunum yapılmıştır. Sunum içeriği hastalıkların tanımlanması, bulaşma yolları ve belirtiler, epidemiyolojik veriler, tanı, tedavi ve aşı çalışmaları, riskli davranışlar ve korunma yöntemleri üzerine odaklanmıştır. Sunumun ardından 10 dk. lık bir video gösterimi izletilmiştir.

HIV Bulaşma Oyunu (20 dk).

İşleyiş: Katılımcılar bir daire yapacak şekilde sandalyelerine otururlar. Uygulama sırasında konuşmanın, gülmenin ve imalarda bulunmanın yasak olduğu belirtilir. Uygulamaya başlarken akran eğitimci şunları söyleyebilir “*Şimdi gözlerinizi kapayınız ve ben söyleyinceye kadar açmayınız. Bu süre içinde sizlerin arkasında dolacağım ve bir kişinin omuzuna dokunacağım. Dokunduğum kişinin bunu kesinlikle belli etmemesi gerekiyor. Bu kişi artık HIV virüsü taşımaktadır*”. Bu aşamadan sonra akran eğitimci katılımcılardan gözlerini açmalarını ve hissettikleri duyguları paylaşmalarını ister. Bu bölümden sonra eğitimci şu açıklamaları yapar. “*Şimdi herkesin ayağa kalkmasını ve birbiriniz ile en az 3 kez tokalaşmasını istiyorum. Her bir tokalaşma hastalığın bulaşma yollarından biridir. Tokalaşma sırasında HIV(+) olan kişinin diğer kişinin avuç içini hafifçe gıdıklaması gerekiyor. Bu aşamada kesinlikle ipucu vermeyiniz ve diğer kişilere belli etmeyiniz. Eli gıdıklanan kişiler bundan sonraki tokalaşmalarında diğer kişilerin elini gıdıklamak zorundadır*”. Bir kaç dakika sonra uygulamaya son

verilir ve katılımcılara yerlerine oturmaları söylenir. Kimlerin ellerinin gıcıklandığını sorulur ve bu kişilere virüsle temas etmiş oldukları söylenir. Daha sonra önceden hazırlanmış kapalı zarf içindeki HIV(+), HIV(-) ve şüpheli olmak üzere test sonuçlarını verilir. Herkesin test sonuçlarını başkalarına göstermeden açması ve sonucu belli etmemelerini söylenir. Bu aşamadan sonra test sonuçları pozitif olanların gruptan saldalyeleri ile öne çıkmaları ve ne hissettikleri ve bu durumu kimlerle paylaşacakları tartışılır...

II. OTURUM

Güvenli cinsel ilişki ne anlama gelir? (25 dk):

İşleyiş: Mümkünse katılımcılar 5-6 kişilik gruplara bölünür. Her gruba tartışması için bir konu ve 10'ar dakika süre verilir. Bu arada akranlar gruplarına yeni fikirler ve ipuçları vererek grup üyelerini düşünmeye sevk ederler. Grup çalışmaları büyük beyaz kağıtlara yazılır. Süre sonunda her grup tartışma sonuçlarını büyük gruba paylaşır.

Örnek temalar:

- *Bazı insanlar cinsel ilişkide ne gibi riskleri alırlar*
- *Cinsel ilişki alternatifleri ne olabilir...*
- *Bazı insanlar neden korunmazlar...*
- *Bir insanı (örneğin partnerimizi) daha güvenli davranmaya nasıl teşvik ederiz...*

Kondom Kullanımı Becerisi (25 dk): Öğrenciler cinsiyet dağılımları gözönüne alınarak iki gruba ayrılır. Her öğrenciye prezervatif verilir ve iki maket üzerinde ikili gruplar halinde en hızlı şekilde uygulanması istenir. Sonra her katılımcının davranışı tartışılır. Tartışma “cinsel ilişki hızla gelişen bir olaydır ve bu da hata yapma olasılığını arttırır” temasına odaklanılır. Daha sonra doğru uygulama becerisi gösterilir ve kondom kullanımı ile ilgili öneriler paylaşılır.

Kadın Kondomu Bilgisi (10 dk): Bu bölümde gruba kadın kondomu ve uygulanması ile ilgili resimli bir poster gösterilir.

III. OTURUM

“Hayır diyebilmek” (30 dk):

İşleyiş: Katılımcılara *“kendi yaşınızdaki birisi tarafından istemediğiniz bir şey için zorlandığınız bir durumu düşünün”* diye belirtilir.

Örneğin:

- *Bir arkadaşınız hafta sonu uzak bir gezi için otomobilinizi istiyor...*
- *Bir arkadaşınız uyuşturucu denemenizi istiyor...*
- *Bir arkadaşınız süpermarketten bir şey çalmanızı istiyor...*
- *Bir arkadaşınız kondom kullanmadan sizinle cinsel ilişkide bulunmak istiyor...*

İki gönüllü katılımcıdan bu durumlardan birini canlandırmalarını isteyiniz. Bir arkadaş, hayır demenin kolay olmadığının üzerinde durunuz, canlandırmada hayır diyen kişinin davranışını tartışınız. Diğer kişiye karşısındaki kişi hayır dediğinde ne hissettiğini sorunuz...

Çevrenizdekiler baskı uyguladığında kendinizi şaşkın ve rahatsız hissetmeniz çok normaldir, fakat istemediğiniz bir konuda hayır demenin farklı şekilleri vardır. Geri çevirme şekilleri şunlar olabilir;

- *Kibarca geri çeviriniz...*
- *Geri çevirme nedenini açıkça belirtiniz...*
- *Çekip gidebilirsiniz...*
- *Bir alternatif gösterirsiniz...*
- *Karşınızdakine katılmazsınız...*
- *Saldırımı seçersiniz...*
- *Durumu yok sayarsınız..*

Başka iki gönüllü katılımcıdan örnek verilen durumu geri çevirme alternatiflerini kullanarak canlandırmalarını isteyiniz...

Programın özeti ve son sorular (15 dk): Eğitimin sonunda katılımcıların eğitim konusundaki duygu ve düşüncelerini paylaşmaları istenir ve programın özeti yapılır.

Eğitim materyallerinin dağıtılması ve açıklanması (15 dk): Eğitim sonunda akran eğitimciler tarafından hazırlanan “AIDS” el broşürü ve “Önlemimi Al Pişman Olma!” Eğitim CD’si katılımcılara dağıtılır.

AIDS Broşürü: Broşür 10x20 cm. ebatlarında renkli olarak hazırlanmıştır. Arkalı-önlü beş sütundan oluşan broşür hastalık hakkındaki temel bilgileri içermektedir (Form-14).

“Önlemimi Al Pişman Olma!” Eğitim CD’si: Bu CD interaktif olarak yapılandırılmış sesli ve görüntülü bir programı içermektedir. Ayrıca her bölüm sonunda öğrencinin bilgi düzeyini kendi kendine değerlendirmesine olanak sağlayan sorular bulunmaktadır.

Kapanış (5 dk): Eğitim sonunda tüm katılımcılara bu eğitim programını en sevdiğiniz hangi yemeğe benzetirsiniz diye sorulmuş ve alınan cevaplar nedenleri tartışılarak büyük beyaz kağıtlara yazılmıştır. Bu eğlenceli aktiviteden sonra öğrencilere programa katılımlarından dolayı teşekkür edilerek, program sonlandırılmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Serap	Soyadı	Bulduk
Doğ.Yeri	İstanbul	Doğ.Tar.	14.11.1977
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	TC Kim No	48463421338
Email	sebulduk@istanbul.edu.tr	Tel	0212 440 00 00 (27120)

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Yük.Lis.	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2002
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale H.Y.O.	1999
Lise	Maltepe Lisesi	1994

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	İstanbul Üniversitesi	2000-.....
2.	Yenidoğan-çocuk Hemşiresi	Özel Pendik Şifa Hastanesi	1996-1998

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	52.5	-

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS- Office (Word, excel, power point)	Çok iyi
SPSS	İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

1. **Bulduk, S.**, Hotun, N. (2004). Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Kalite Geliştirme. *İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi*, 13: 147-161.
2. Esin, M.N., **Bulduk, S.** (2004). İlkokul Öğrencilerinin Ağız Diş Sağlığı Eğitiminde Dramatizasyon Yönteminin Kullanılması. *İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi*, 13: 128-137.
3. Esin, M.N., **Bulduk, S.** (2004). İşyeri Sağlığı Geliştirme Programları. *İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi*. 13: 32- 42.
4. Hotun, N., **Bulduk, S.** (2004). DSÖ'nün Kontraseptif Yöntemler İçin Uygunluk Kriterleri. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*. 1: 37-41.
5. Esin, M.N., **Bulduk, S.** (2004). Kadın Sağlığını Geliştirme Programı: Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulaması. *STED*. 13: 246-248.
6. **Bulduk, S.**, Pek, H. (2005). İstanbul'da Özel İlköğretim Okullarında Çalışan Hemşirelerin Rol ve İşlevlerinin İncelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9: 40-48.
7. Esin, M.N., **Bulduk, S.**, İnce, H. (2005). Workrelated Risks and Health Problems of Working Children in Urban İstanbul, Turkey. *Journal Of Occupational Health*. 47: 431-436.
8. Esin, M.N., **Bulduk, S.** (2005). Koroner Arter Hastalığında Risk Tanılama: Birinci Basamak Uygulama Örneği. *Hemşirelik Forumu Dergisi*. Temmuz-Ağustos, 40-45.
9. **Bulduk, S.**, Esin, M.N., Umut, N. (2006). Adolesanların HIV/AIDS Bilgi Düzeyleri ve Hastalığa Karşı Sosyal Önyargıları. *STED*. 15: 139-143.
10. **Bulduk, S.**, Erdoğan, S. (2005). Okul Sağlığı Ekibinin Nitelik ve Hizmet Kapsamının Geliştirilmesi. *Klinik Çocuk Forumu*, Eylül-Ekim, 57-66.
11. Esin, M.N., **Bulduk, S.**, Dural, Ç., Şenolan, G., Temel, E. (2007). Erişkin Bireylerin İlaç Kullanma İle İlgili Davranışları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 15: 139-145.
12. **Bulduk, S.**, Erdoğan, S. (2008). Reliability and validity of a Self-efficacy Scale for AIDS Prevention among Turkish university students. *International Journal of Human Sciences*. 5: 1-17.

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Treking, sinemaya gitmek.