



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**AİLE HEKİMLERİNİN ERGENLİK
DÖNEMİNDEKİ HASTALARA CİNSEL SAĞLIK
DANIŞMANLIĞI VERME TUTUM VE
DAVRANIŞLARI**

Dr. Gözde UĞUR

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/2020



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**AİLE HEKİMLERİNİN ERGENLİK
DÖNEMİNDEKİ HASTALARA CİNSEL SAĞLIK
DANIŞMANLIĞI VERME TUTUM VE
DAVRANIŞLARI**

Dr. GÖZDE UĞUR

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Umut GÖK BALCI

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR / 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince ve tezimin hazırlanmasında katkı ve deneyimleriyle desteğini esirgemeyen değerli tez danışmanım Doç.Dr.Umut Gök Balcı'ya

Anlayışı ve yardımseverliği ile tezimin hazırlanmasında katkılarıyla yol gösteren,meslek hayatıma yeni bir bakış açısı kazandıran Uzm.Dr.B. Nurdan Tekgül'e;

Asistanlığım süresince hoşgörü ve desteklerini esirgemeyen değerli hocam Doç.Dr.Hülya Parıldar'a;

Uzmanlık eğitimime bilgi ve deneyimleriyle katkıda bulunan kıymetli hocam Prof.Dr.Haluk Mergen'e, Doç.Dr.Yusuf Adnan Güçlü'ye, Doç.Dr.Yasemin Kılıç Öztürk'e ve başasistanımız Uzm.Dr.T.Tanju Yilmazer'e;

Hiçbir şeyi esirgmeden bizleri yetiştiren,hakları ödemekle bitmez annem Ayten Ulusal ve babam Suat Ulusal ve kardeşim Göktuğ Ulusal'a

Varlığı desteği ve bu hayatı güzelleştirdiği için eşim Gökhan Uğur ve minik kızım Duru Masal Uğur'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Gözde UĞUR

İZMİR,2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
KISALTMALAR	v
TABLolar DİZİNİ	vi
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. ERGENLİK	3
2.1.1. Ergenlikte Fiziksel Büyüme	3
2.1.2. Ergenlikte Cinsel Gelişme	3
2.1.3. Erkeklerde Cinsel Gelişme	4
2.1.4. Kızlarda Cinsel Gelişme	5
2.1.5. Ergenlikte Psikososyal Gelişme	6
2.1.6. Erken Ergenlik.....	7
2.1.7. Orta Ergenlik	7
2.1.8. Geç Ergenlik	7
2.2. ERGENLERDE CİNSELLİK	7
2.2.1. Cinsel Kimlik.....	8
2.2.2. Ergenlerde Riskli Cinsel Davranışlar	8
2.3. ERGENLERDE KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANIMI.....	8
2.3.1. Kontraseptif Yöntemler	9
2.3.2. Abstinans (Cinsel ilişkide bulunmamak).....	9
2.3.3. Geri Çekme.....	10
2.3.4. Erkek Kondomu.....	10
2.3.5. Kadın Kondomu ve Diyafram	10
2.3.6. Kombine Oral Kontraseptifler	10
2.3.7. Yalnızca Progesteron İçeren Haplar	10
2.3.8. Rahim İçi Araç (RİA).....	11

2.3.9. Enjektabl Kontraseptifler.....	11
2.3.10. İmplantlar.....	11
2.3.11. Kombine Cilt Preperatları.....	11
2.3.12. Acil Kontrasepsiyon	11
2.4. ERGENLERDE GEBELİK.....	11
2.4.1. Ergenlerde Gebelik Komplikasyonları	12
2.5. ERGENLERDE CİNSELLİK EĞİTİMİ.....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. ARAŞTIRMA PROJESİ	15
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE SÜRESİ	15
3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ	15
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE EVRENİN TANITILMASI	15
3.5. ARAŞTIRMANIN DAHİL ETME KRİTERLERİ	15
3.6. ARAŞTIRMANIN DIŞLAMA KRİTERLERİ	16
3.7. ARAŞTIRMANIN VERİ KAYNAKLARI VE UYGULAMA ŞEKLİ... ..	16
3.9. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ	16
3.10. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ.....	16
4. BULGULAR.....	17
5. TARTIŞMA	28
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	34
KAYNAKLAR	36
EKLER.....	43
EK 1. ETİK KURUL ONAY RAPORU.....	43
EK 2. ANKET FORMU	45
ÖZGEÇMİŞ.....	46

KISALTMALAR

AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)
AP	: Aile Planlaması
CS	: Cinsel Sağlık
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FSH	: Folikül Stimulan Hormon
GnRH	: Gonadotropin Releasing Hormon
HIV	: Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)
KOK	: Kombine Oral Kontraseptif
LH	: Luteinizan Hormon
RiA	: Rahim İçi Araç
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmi Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
UNFPA	: United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)
ÜS	: Üreme Sağlığı
ÇİDEM	: Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.	Erkeklerde Tanner'e göre genital değişikliklerin evrelendirilmesi	5
Tablo 2.	Kızlarda Tanner'e göre meme gelişimi ve pubik kıllanmanın evrelendirilmesi	6
Tablo 3.	Kontraseptif yöntemler ve etkililik oranları	9
Tablo 4.	Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet dağılımı	17
Tablo 5.	Araştırmaya katılan bireylerin meslekte geçirdiği süreler	17
Tablo 6.	Cinsel sağlık ile ilgili konularda kendinizi nasıl hissedersiniz	18
Tablo 7.	Cinsiyetin "cinsel sağlık ile ilgili konularda kendinizi nasıl hissedersiniz ?" sorusuna etkisi	18
Tablo 8.	Cinsel sağlık hizmeti aile hekimliğinin bir parçası mıdır?.....	18
Tablo 9.	Fiziksel gelişim ve cinsel gelişimini değerlendirir misiniz?	19
Tablo10.	Cinsel korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı.....	19
Tablo11.	Cinsel anatomi/fizyoloji danışmanlığı verme oranı	19
Tablo 12.	Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı	19
Tablo 13.	Cinsel danışmanlık hizmetini aile hekimliğinin bir parçası olarak gören grupta, hastanın fiziksel ve cinsel gelişimini değerlendirme oranı	20
Tablo 14.	Cinsel danışmanlık hizmetini aile hekimliğinin bir parçası olarak gören grupta cinsel korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı	20
Tablo 15.	Cinsel danışmanlık hizmetini aile hekimliğinin bir parçası olarak gören grupta cinsel korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı.....	20
Tablo 16.	"Hastaların fiziksel ve cinsel gelişimini değerlendir misiniz" sorusuna cinsiyetin etkisi.....	21
Tablo 17.	Flörtü olup olmadığını sorgulayanların katılımcıların, hastanın fiziksel ve cinsel gelişimini değerlendirmesi.....	21
Tablo 18.	Flörtü olup olmadığını sorgulayanların katılımcıların, hastanın cinsel deneyimini sorgulamasının değerlendirilmesi	21
Tablo 19.	Flörtü olup olmadığını sorma oranına cinsiyetin etkisi.....	22
Tablo 20.	Cinsel deneyiminin olup olmadığını sorma oranına cinsiyetin etkisi	22

Tablo 21. Evli olmayan ergen hastalara doğum kontrol yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranlarına cinsiyetin etkisi.....	22
Tablo 22. Cinsel deneyimini sorgulayan hekimlerin, doğum kontrol yöntemleri danışmanlığını verme oranı.....	23
Tablo 23. Evli olmayan ergen hastalarda cinsel anatomi/fizyoloji danışmanlığı verme oranına cinsiyetin etkisi.....	23
Tablo 24. Evli olmayan ergen hastalara cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve bunlardan korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranına cinsiyetin etkisi.....	24
Tablo 25. Daha önce aile sağlığı veya sağlık ocağında görev yapmış olan hekimlerin cinsel sağlık ile ilgili konularda rahat hissetme oranı.....	24
Tablo 26. Aile sağlığı ve ya sağlık ocağında görev yapmış hekimlerin hastaların fiziksel ve cinsel gelişimini değerlendirme oranı.....	25
Tablo 27. Aile sağlığı ve ya sağlık ocağında görev yapmış olan hekimlerin cinsel korunma yöntemleri danışmanlığı verme oranı	25
Tablo 28. Aile sağlığı ve ya sağlık ocağında görev yapmış olan hekimlerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve bunlardan korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı	25
Tablo 29. Cinsel korunma yöntemleri danışmanlığı verme oranına, meslekte geçen sürenin etkisi	26
Tablo 30. Cinsel anatomi ve fizyoloji danışmanlığı verme oranına, meslekte geçen sürenin etkisi	26
Tablo 31. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve bunlardan korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranına, meslekte geçen sürenin etkisi.....	27

ÖZET

AİLE HEKİMLERİNİN ERGENLİK DÖNEMİNDEKİ HASTALARA CİNSEL SAĞLIK DANIŞMANLIĞI VERME TUTUMLARI VE DAVRANIŞLARI

Amaç: Ergenlere cinsel danışmanlık hizmeti eğitim ve becerisi yüksek kendisini rahat ve yeterli hisseden donanımlı aile hekimlerince verilmesi, sağlıklı bireyler ve toplumlar elde etmek için çok önemlidir. Bu araştırma, S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği' ne bağlı hekimlerin, polikliniğe başvuran ergen hastaların cinsel gelişimi, cinsel hayatları ve sorunlarıyla ilgili ne ölçüde bilgi sahibi olduklarını ölçmek, cinsel sağlık danışmanlık hizmeti verip vermediklerini belirlemek, verilmeme nedenlerinin neler olduğunun araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği' nde 06 Ekim 2019- 13 Ağustos 2020 tarihleri arasında görevli asistan ve uzman hekimlere yapıldı. Araştırmamız tanımlayıcı kesitsel bir çalışma (anket çalışması) olup katılımcılara anket formları uygulandı. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 21.0 istatistik paket programı ile yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya uzman ve asistan hekimlerden oluşan 90 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların 61 (%67,8)' i kadın, 29 (%32,2)' u erkektir. Yaş ortalaması 27,9-30,3 aralığındadır. Katılımcıların meslekte geçirdiği süreler %76'sı 1-5 yıl arasındadır. %41,1'i daha önce aile sağlığı merkezinde görev yapmıştır. Cinsel sağlığı ile ilgili konularda %74,4'ü rahat hissederim, %13,3'ü rahatsız hissederim olarak cevap vermiştir. %97,8 katılımcı cinsel sağlık hizmetinin aile hekimliğinin bir parçası olduğunu düşünmüştür. Bu grupta cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı artmıştır.

%56,7' si hastaların fiziksel ve cinsel gelişimi değerlendirememiştir. %18,9'u cinsel deneyimi olup olmadığını sorgulamıştır. Hastanın cinsel deneyimini sorgulayan bireylerin, doğum kontrol yöntemleri danışmanlığını da daha yüksek oranda verdiği görülmüştür. Katılımcıların %66,7' si doğum kontrol yöntemleri ile

ilgili, %75,6' sını cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yöntemleri ile ilgili %58,9' u cinsel anatomi/fizyoloji danışmanlığı vermektedir.

Sonuç. Çalışmamızda kadın veya erkek olmanın, daha önce aile sağlığı merkezinde çalışmış olmanın ve meslekte geçen sürenin sonuçlara etkisinin olmadığı saptanmıştır. Katılımcıların ergen cinsel sağlık danışmanlığı ile ilgili farkındalıklarının yüksek olmasına rağmen, birçok danışmanlık hizmetinde görülen eksiklikler, cinsel sağlık danışmanlığı hakkındaki eğitim, bilgi ve deneyimlerinin yetersiz olduğunu düşündürmüştür. Çalışmamızda aile hekimlerinin ergen sağlığı ile ilgili bilgi seviyesinin, tıp fakültesi ve asistanlık döneminden sonra artmadığı saptanmıştır. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde ve uzmanlık sonrası dönemde ergen sağlığı ve cinsel sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmaların iyileştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ergenlik, Cinsel sağlık, Aile Hekimliği, Cinsel danışmanlık

ABSTRACT

THE ATTITUDE AND BEHAVIOUR OF FAMILY DOCTORS ABOUT GIVING SEXUAL HEALTH CONSULTANCY TO ADOLESCENTS

Aim: Delivery of sexual health consultancy service by easily accessible, well educated and competent family doctors who are giving integrated service and aiming improved health level with illness prevention, is quite important for attaining healthy individuals and societies.

The purpose of this study is to assess the knowledge of doctors working in Family Health Clinics in Tepecik Research and Training Hospital; about the sexual development, sexual life and problems in sexual life of adolescents, who were admitted to Family Health Polyclinics; to evaluate their ability on sexual health consultancy and the reasons of insufficiency if any.

Materials and methods: The study was performed on assistant doctors and specialists between October 6rd, 2019 to August 13rd, 2020 in Tepecik Research and Training Hospital working in Family Medicine Clinics. Our research is definitive, cross-sectional study (survey study) in which the participants were asked to fill in questionnaire forms. SPSS 21 statistical programme was used for the analysis of data.

Findings: The study involved 90 participants, who were assistant doctors and specialists. 61 of them were female (67,8%) and 29 were male (32,2%). The mean age of the participants were between the ages of 27.9-30.3. Professional tenure was between 1-5 years in 76%. 41,1% of the participants declared they had worked in family health center previously.

The answers about sexual health were “feel comfortable” in 74,4% and “feel uncomfortable” in 13,3%. 97,8% of the participants thought that sexual health service is a part of family health department. Rate of consultancy about sexually transmitted diseases and contraception increased in this group.

56,7% of the participants could not evaluate the physical and sexual development of the patients. Only 18,9% of the participants questioned about the sexual experience. The study revealed that the participants evaluating the sexual experience of the patients were more active in consultancy about the contraception.

66,7% of the participants were giving consultancy about the contraception, 75,6% about sexually transmitted diseases and preventive measures; and 58,9 % of the participants were giving consultancy about sexual anatomy and physiology.

Results: In our study being a male or female, working in family health center and professional tennure did not reveal any change in results. In spite of the participan's high awareness on adolescent sexual health consultancy, deficiencies in many consultancy services gave rise to the thought that their education, knowledge and experience on health consultancy is inadequate. The knowledge of the doctors about the adolescent health did not increase after faculty of medicine or asistantship period.

So it is recommended to improve the studies about the adolescent health and sexual health service during family medicine training and after medical education.

Keywords: adolescence, sexual health, familiy medicine,., sexual health consultancy

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimleri, aile hekimliği prensipleri içinde eğitilmiş temel olarak tıbbi bakıma gereksinim duyan herkese yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın kapsamlı ve sürekli bir bakım vermekle yükümlü hekimlerdir. Kişilere aileleri, yaşadıkları topluluk ve kültürleri kapsamında bakım verirler. Topluma karşı mesleki sorumlulukları olduğunu da kabul ederler. Hastalarıyla birlikte bakım planı oluştururken tekrarlayan görüşmelerde elde ettikleri bilgi ve güveni kullanarak hastası hakkındaki fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri birbirine bağlarlar. Aile hekimleri mesleksi görevlerini yaşadıkları topluluk ve kültürleri bağlamında hastanın sağlığını yükselterek tedavi, bakım ya da palyasyon sağlayarak yaparlar (1).

Ergenlik terimi Latince “gelişen” anlamındadır ve şöyle tanımlanmaktadır: Fiziksel ve duygusal süreçlerin neden olduğu cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan, bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, çok da belirli olmayan bir zamanda biten kronolojik bir dönemdir ve hızlı fiziksel, cinsel, psikolojik ve sosyal değişimlerle karakterizedir (2).

DSÖ’ ye göre 10-19 yaş arası “Adolesan” yaş grubu, 15-24 yaş arası ise “Genç” yaş grubu olarak tanımlanmaktadır. Adolesan ve gençlik dönemlerine ait yaşların kesişmesi nedeniyle de 10-24 yaş grubu “Genç İnsanlar” olarak belirtilmektedir (3).

DSÖ verilerine göre dünyadaki 10-19 yaş grubunun nüfusu yaklaşık 1,2 milyar olup, bu yaş grubunun %90’ ı düşük ve orta gelir seviyesi olan ülkelerde yaşamaktadır (3, 4). Her yıl tahminen 1,3 milyon 10-19 yaş arasında kadın ve erkek; kazalar, HIV/AIDS, özkıyım, alt solunum yolu enfeksiyonları, şiddet, boğulma ve diğer önlenilebilir ve tedavi edilebilir hastalıklar sebebiyle erken yaşlarda kaybedilmektedir (5). Erken ölen her 10 erişkinden 7’ si ergenlik döneminde başlayan davranışlarla ilgili nedenlerle ölmektedir (6). Ülkemizde 10-19 yaş aralığındaki genç nüfusun 12,7 milyon (toplam nüfusun %16,2’ si) olduğu dikkate alınırse ergenlik dönemi sorunlarını dikkate almak, Aile Hekimliği disiplininin yaklaşımı çerçevesinde sorunlarla baş edebilmede gençlere yardımcı olabilmek kaçınılmaz bir ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır (7).

Ergenlik dönemini, cinsel etkinlik ve isteklerin artması ve korunmasız cinsel ilişkiye dayalı CYBH' ın yayılımı ve erken gebelikler gibi cinsel ve üreme sağlığına potansiyel tehdidin en fazla olduğu yaş grubu olarak görmek gerekmektedir. Bu dönemin iyi yönetilebilmesi ve ergenlerin cinsel sağlıklarını tehdit eden risklerden en az etkilenmeleri ancak onların gereksinim duydukları bilgi ve danışmanlık hizmetlerine kolay erişebilmeleri ile mümkün olur (8).

Ergenlik döneminde, cinsellikle ilgili yanlış ve yetersiz bilgi sahibi olmak birçok yaş grubundaki insana göre daha yüksek risk taşımaktadır (9). Bu dönemde ergen; ailesinden, arkadaşlarından, içinde bulunduğu topluluktan, okuldan, medyadan ve daha birçok kaynaktan aldığı cinsellikle ilgili bilgilerden yola çıkarak tutum ve davranışlarını oluşturmaktadır (10). Ülkemizde yapılmış olan çalışmalar ergenlerin, sağlıklı cinsellik ve aile planlaması yöntemleri konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıklarını göstermiştir(11,12). Türkiye' de ergenlere yönelik yapılandırılmış bir cinsel eğitim programı yoktur. Aile içerisinde ebeveynler de cinsel eğitim hakkında yeterli bilgi birikimine sahip değillerdir. Aile hekimliği işte bu noktada ergen cinsel sağlığı için aktif rol oynamalıdır.

Aile hekimleri yaş, cinsiyet ve hastalık ayırt etmeksizin tüm aile fertlerine sürekli ve kapsamlı tıbbi bakım, sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu hizmetler sağlamada onlara yeterlilik kazandırabilecek tutum, beceri ve bilgiye sahip olmalıdır. Hastalarını aynı zamanda anlamalı, değer vermeli ve düşüncelerine ortak etmelidir.

Bu çalışmanın temel amacı S.B.Ü. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde uzmanlık eğitimi alan asistan ve uzman aile hekimlerinin, ergen hastalara cinsel sağlık danışmanlığı hizmeti verme oranlarını belirlemek, hekimlerin ergen cinsel sağlığı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını ölçmek, kendilerini yetersiz ya da rahatsız hissettiği alanlar ile bunların nedenlerini belirlemek ve çözüm önerileri sunmaktır. Bu çalışmanın sonuçları aile hekimlerinin cinsel sağlıkla ilgili bilgi ve becerisini arttırmaya yönelik eğitimlerinin daha kapsamlı hale getirilmesinde yol gösterici olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ERGENLİK

Ergenlik, çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir. Bu dönemin en önemli özelliği hızlı fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve psikososyal olgunlaşmadır (13). Büyüme ve olgunlaşma dönemi olan bu döneme “adolesan dönem” adı verilmektedir. DSÖ tarafından 10–19 yaş grubu “adolesan” yaş grubu olarak, 15–24 yaş grubu ise “genç” yaş grubu olarak tanımlanmaktadır. Adolesan ve gençlik dönemlerine ait yaşların kesişmesi nedeniyle de 10–24 yaş grubu “genç insanlar” olarak değerlendirilmektedir. Bu yaklaşım ile genel olarak adolesan ve gençlere yönelik yaklaşımların birleştirilmesi önerilmektedir (14).

Puberte ile başlayan adolesan dönem, yaşam sürecinde en önemli biyolojik ve sosyal gelişim geçiş dönemlerinden birisidir. Bu dönemde beyin, nöro-endokrin sistem ve hormon miktarındaki değişim, fiziksel ve morfolojik özelliklerde değişim ile üreme sistemindeki farklılaşmayı içine alan değişiklikler oluşur (15).

2.1.1. Ergenlikte Fiziksel Büyüme

Büyüme ve gelişme, ergenlerde belirgin bir şekilde hız kazanır ve bu dönemin sonunda erişkin yaşamdaki antropometrik ölçüm değerlerine ulaşılır. Üreme sistemindeki büyüme seksüel maturasyonla beraber bu dönemde hızla gerçekleşir (13). Ergenlikte boyca uzama hızı kızlarda 10 yaş, erkeklerde 12 yaş dolaylarında artmaya başlar. Hızlı büyüme kızlarda çoğunlukla 12 ve 13, erkeklerde ise 14 ve 15 yaşları arasında olur (16, 13, 17).

2.1.2. Ergenlikte Cinsel Gelişme

Üreme kapasitesini oluşturan biyolojik değişiklikler puberte olarak tanımlanır (18). Pubertenin nasıl tetiklendiği tam olarak bilinmemekle birlikte, hipotalamik-pitüiter-gonad aksında meydana gelen değişikliklerle başladığı bilinmektedir (13).

Pubertede oluşan en önemli fiziksel değişiklikler; birincil cinsel özelliklerinin olgunlaşması (gonadlar ve cinsel organlar), ikincil cinsel özelliklerinin meydana gelmesi (seksüel kıllanma, kızlarda meme gelişimi, erkeklerde ses kalınlaşması),

vücut yağ dağılımının farklılaşması, iskelet gelişimi ve boy uzaması ile kızlarda menstruasyonun, erkeklerde spermatogenezin başlamasıdır (19).

Kemik yaşına göre; sesamoid kemiğin görüldüğü kızlarda 11 yaş, erkeklerde 13- 13,5 yaş fizyolojik pubertenin başlangıcı sayılır (20).

Pubertal olgunlaşma düzeyinin daha net olarak kategorize edilebilmesi ve normalliğin daha doğru tespit edilebilmesi amacıyla Tanner'in geliştirdiği skalaya göre (1962), seksüel olgunlaşma evreleri kızlarda pubik kıllanma ve meme gelişimi; erkeklerde pubik kıllanma ve genital organların gelişimi baz alınarak 5 sınıfa ayrılmaktadır (17).

2.1.3. Erkeklerde Cinsel Gelişme

Pubertenin ortalama süresi 3 yıl olmakla beraber ortalama 2-5 yıldır.(21). Türk erkek çocuklarında ergenliğe girme yaşı ortalama 11,6 (9,7-13,0)'dır (22). Erkek çocuklarda pubertenin ilk fiziksel belirtisi testis hacmindeki artıştır. Testis hacminin 3-4 ml'yi veya testis çapının 2,5 cm'yi geçmesi erkek çocuklarda gonadotropin stimülasyonu ile pubertenin başladığının göstergesidir. Testis boyutlarını değerlendirmede en yaygın kullanılan yöntem Prader orşidometresi ile yapılan hacim (1-25 cm³) ölçümüdür (13).

Penis büyümesi, testislerin büyümeye başlamasından sonra yaklaşık 1 – 1,5 yıl içerisinde başlar. Penis hem uzar hem kalınlaşır, skrotum ve penisteki renk koyulaşmasıyla erişkin halini alır.

Erkek ergenlerin %95'inde, pubik kıllanma testis hacimlerinin 3 ml'nin üzerine çıkmasından sonra başlar. Pubik kıllanma Evre IV'de olur.

Erkeklerde ilk ejakülasyon Evre III'de ortaya çıkar. Evre III (ortalama 13,4 yaş) ejakülasyonunda bir miktar sperm bulunmasına rağmen fertilité Evre IV ile ilişkilidir (21).

Tablo 1. Erkeklerde Tanner'e göre genital değişikliklerin evrelendirilmesi (20).

Genital Organlarda Büyüme Evreleri	
Evre I	- Penis, skrotum ve testislerde henüz büyüme başlamamıştır
Evre II	<ul style="list-style-type: none">• Skrotum ve testislerde büyüme başlamış, skrotum derisi pembeleşip kalınlaşmıştır.• Peniste büyüme yoktur veya minimaldir.
Evre III	<ul style="list-style-type: none">• Skrotum ve testislerdeki büyüme daha belirgindir.• Peniste boyda uzama şeklinde büyüme başlamıştır.
Evre IV	<ul style="list-style-type: none">• Skrotum derisi renginde koyulaşma başlamıştır.• Testislerde büyüme sürmektedir.• Penis uzamasının yanında çap artışı da başlamıştır.
Evre V	- Erişkin boyutları ve şeklinde büyüme gözlenir.
Pubik Kılınma Evreleri	
Evre I	- Pubik kılınma başlamamıştır.
Evre II	- Penis kaidesinde seyrek, az pigmente, ince düz veya hafif kıvrımlı kılınma vardır.
Evre III	<ul style="list-style-type: none">• Kıllar daha koyu renkte, daha kalın ve kıvrımlıdır.• Penis kaidesinden çevreye doğru daha geniş bir alana yayılmıştır.
Evre IV	<ul style="list-style-type: none">• Kılınma erişkin tipe yakın bir alanda koyu, kalın ve kıvrımlı şekildedir.• Koltuk altı kılınması, sakal, bıyık oluşumu da başlamıştır.
Evre V	- Erişkin özellikli kılınma mevcuttur.

2.14. Kızlarda Cinsel Gelişme

Kızlarda puberte başlama yaşı ortalama 10 yaş (8- 13 yaş) civarındadır. Türk kız çocuklarında ergenlik 10,1 (7,8-12,9) yaşında başlar (20).

Kızlarda puberte ile gelişen sekonder seks karakterleri; meme gelişimi ve pubik kılınmadır. Buna overler, uterus, vajen ve labialardaki büyüme eşlik eder. Pubik kılınma, meme büyümesinden yaklaşık 6 ay sonra ortaya çıkar ve evre II'den evre V'e kadar yaklaşık 2,5 yılda ulaşır (20).

Kızlarda puberte, overlerin gonadotropinlerin etkisiyle maturasyonu ve follikül kistlerinin ortaya çıkması ile başlar. Çapları 4 mm ve üzerinde 6'dan fazla follikül varlığı, pulsatil gonadotropin sekresyonunun başladığını gösterir. Klinik pratikte bu değişikliği göstermek genellikle zor olduğundan meme tomurcuğunun belirmesi (telarş), pubertenin ilk bulgusu olarak kabul edilir (13). Kızların %10-20'sinde pubik kılınma (pubarş) ilk bulgu olabilir (23). Meme gelişimi genellikle tek taraflı olarak başlar. 6 ay içerisinde de diğerinin gelişimi gözlenir (20).

Puberte başladıktan ortalama 2,6 yıl sonra menarş görülür. Ortalama menarş 12,5-13 yaşları arasındadır. 10 yaşından önce menarş görülürse erken, 16 yaşından sonra görülürse ise gecikme olarak değerlendirilir (20).

Tablo 2. Kızlarda Tanner'e göre meme gelişimi ve pubik kıllanmanın evrelendirilmesi (20).

Meme Gelişimi Evreleri	
Evre I	- Memeler henüz büyümeye başlamamıştır.
Evre II	- Areola ve papilla hafif bir yumru yaparak belirginleşmiş ve areola çapı artmıştır.
Evre III	- Meme büyümüş, areola çapı daha fazla genişlemiştir. Areola ve meme konturları birbirinden ayrı değildir.
Evre IV	- Areola ve papilla büyümüş olan meme kitlesi üzerinde ikinci bir kabarıklığa neden olmuştur.
Evre V	- Meme erişkin büyüklüğünde olup, areola geri çekilip meme kitlesi ile birleşmiş ve papilla dışı doğru belirginleşmiştir.
Pubik Kıllanma Evreleri	
Evre I	- Pubik kıllanma başlamamış.
Evre II	- Labia majora ve mons veneriste, seyrek, az pigmente, ince, düz veya hafif kıvrımlı kıllanma.
Evre III	- Kıllar daha koyu renkte, daha kalın ve kıvrımlıdır. Mons veneriste daha geniş bir alana yayılmıştır.
Evre IV	- Kıllanma mons venerisi tamamen kaplamış ve uyluk iç yüzeyine yayılmıştır.
Evre V	- Erişkin özellikli kıllanma mevcuttur.

2.1.5. Ergenlikte Psikososyal Gelişme

Ergenlik dönemi, fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlar ve bu dönem bireyin bağımsızlığını, kimlik duygusunu ve sosyal üretkenliğini kazandığı zaman sona erer (24, 25). Bu dönemde kimlik gelişimiyle birlikte ergenler, bu döneme özgü güçlükler ve çatışmalar yaşamaktadır (16, 24). Ergenliğin genellikle 19 – 21 yaşlarında sona erdiği görülmektedir (24).

Psikososyal gelişim bakımından değerlendirildiğinde ergenliğin erken, orta ve geç olmak üzere 3 dönemi vardır (26).

2.1.6. Erken Ergenlik

12 – 14 yaş arasındaki erken ergenlik döneminde hızlı gelişen fiziksel ve davranışsal değişiklikler görülür. Hızlı büyüme ve cinsel gelişim erkeklere kıyasla kızlarda daha öncedir. Bu dönem riskli davranışlarla ilişkili bulunmuştur (24).

Erken ergenlikte cinselliğin farkına varma; fiziksel gelişimden utanma ya da karşı cinse aşırı ilgi şeklinde ortaya çıkabilir (25, 28).

2.1.7. Orta Ergenlik

15 – 18 yaşlar arasında görülen dönem orta ergenlik dönemidir (24). Cinsel gelişimin birçok aşaması tamamlanmıştır. Bedenini kabul eder ve rahatlarlar. Riskli davranışlara eğilim artar (29). Orta ergenlik döneminde anne ve babadan ayrışma, farklı bir birey olma ve bu durumu anne ve babaya da kabul ettirme çabaları yoğunudur (24).

2.1.8. Geç Ergenlik

Ortalama 18 yaş ile başlar ve kimlik duygusunun bütünleşmesiyle sona erer. Geç ergenlik dönemi ile sakinleşme ve tekrar aileye bağlanma başlar. Genellikle duygusal bir beraberlik arkadaşları ile olan iletişime tercih edilir (29).

Çoğu kişide ahlak duygusunun tamamlanması geç ergenlik ve erken erişkinlik döneminde olmaktadır (24).

2.2. ERGENLERDE CİNSELLİK

DSÖ'nün 1974 yılında yaptığı tanımlamaya göre cinsel sağlık; "Cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil, duygusal, düşünsel ve sosyal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını olumlu yönde zenginleştiren ve artıran sağlıklılık hali" olarak belirtilmiştir (30, 31).

Ergen gelişiminin en önemli kavramlarından biri cinsellikle baş etmektir. Bu dönemin zor kısmı, ebeveynin ergeniyle cinselliğin tüm yönlerini konuşmadaki zorluğudur. Bu görevi genellikle güvenilir kaynaklar üstlenir (32).

İlk cinsel deneyim ergenler için çok farklı anlamlar ifade etmektedir. Kızlar ilk cinsel deneyimleri ile ilgili olumlu hisler içerisinde olsa da, bu duygulara suçluluk, utanma, korku ve kaygının da eşlik ettiğini belirtmektedirler (31).

İlk cinsel ilişki ile birlikte başlanması gereken güvenli cinsel yaşam ve doğum kontrol yöntemleri ile alakalı konularında ergenlerin yetişkinlere göre daha dikkatsiz ve umursamaz oldukları gerçeği unutulmamalıdır. Bu umursamazlığın ve dikkatsizliğin altında yatan unsurlar; cinsel eğitim eksikliği, aile yapısı, akran etkisi, madde kullanımı ve ergenlik döneminin kendine has risk alma olasılığının yüksek olması şeklinde sayılabilir (31).

2.2.1. Cinsel Kimlik

Cinsel kimlik, bireyin kendi bedenini ve benliğini belirli bir cinsiyet içinde algılaması, kabullenmesi, tutum ve davranışlarında benimsediği cinsiyetle uyumlu olacak şekilde yaşayabilmesidir. Cinsel kimlik bireyin iç dünyasında kendisini hangi cinsiyet içerisinde benimsediğini belirler (33). Cinsel kimlik; aile fertleri, öğretmenler ve arkadaşlar gibi kültürel etkenlerden gelen bireylerin yarattığı etkilerin sonucu gelişir (31).

2.2.2. Ergenlerde Riskli Cinsel Davranışlar

Cinsel davranışlar, kişinin cinselliğiyle ilgili faaliyetleridir (temas etmek, öpmek ve vücudun diğer şekillerde uyarılması gibi) (3). Ergenlerde cinsel davranışları etkileyen faktörler arasında kişilik özellikleri, cinsiyet, etnik ve dinsel köken, aile davranışları, cinsel eğitim ve korunma eğitim programları yer alır (34).

Ergenlikte riskli cinsel davranışlardan korunmak için, ergenin etrafındaki risk faktörlerini azaltmak gerekmektedir (31,35).

Ergenlikte riskli cinsel davranışların istenmeyen sonuçları arasında, HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), ergen gebelikler ve doğumlar, kürtaj gibi önemli ve beden sağlığı için zararlı durumlar ortaya çıkmaktadır. DSÖ' nün tahminleri her yıl her 20 gençten birinin CYBH' lara yakalandığı şeklindedir. Bunların içerisinde HIV/AIDS, gonore, sifiliz, klamidy enfeksiyonu ve herpes sıklıkla görülmektedir.

2.3. ERGENLERDE KONTRASEPTİF YÖNTEM KULLANIMI

Ergenlerde gebeliği ve korunmasız ilişkiyi önleyici en önemli kontraseptif yöntem, bireylerin bilgilendirilmesi ve yeterli rehberlik hizmeti verilebilmesidir (36).

Ergenlik döneminde kontrasepsiyon insidansı yetişkin dönem ile karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. Çocukluk dönemindeki cinsel eğitimin başarısı en önemli etkidir (37).

Cinsel aktif genç ergenlerin kontrasepsiyon ihtiyaçları sadece gebelikten korunmak için değil, aynı zamanda cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için de gereklidir. Genç ergenler CYBH bakımından artmış riske sahiplerdir (38).

2.3.1. Kontraseptif Yöntemler

Kontrasepsiyon yöntemlerinin her birisinin bir etkinlik oranı bulunmaktadır (Tablo 3). Bu etkinlik oranı yönteminin avantaj ve dezavantajları göz önünde bulundurularak, ergen için en uygun yöntemin uygulanması gerekmektedir (39).

Tablo 3. Kontraseptif yöntemler ve etkililik oranları (39)

Kontraseptif yöntem	Kullanımın ilk yılında istenmeyen gebelik gelişen kadınların oranı (%)		Birinci yılda yöntemi kullanmaya devam etme oranı (%)
	Tipik kullanım	İdeal kullanım	
Uygulanmıyor	85	85	
Spermisid	29	18	42
Koitus interruptus	27	4	43
Periyodik cinsel perhiz	25	1-9	51
Diyafram	16	6	57
Kondom	15	2	53
Kombine oral kontraseptif	8	0,3	68
Kombine enjeksiyonlar	3	0,3	56
Rahim içi Araç	0,6	0,1	78-81
İmplant	0,05	0,05	34

2.3.2. Abstinans (Cinsel ilişkide bulunmamak)

Tüm doğum kontrol yöntemleri arasında etkinlik açısından en yüksek başarı oranına sahip olan yöntemdir (40). Ergenlerin cinsel eğitiminde başarı oranlarını daha yüksek seviyeye taşıyabilmek için yardımcı bir yöntem olarak düşünülebilir (38).

2.3.3. Geri Çekme

Geri çekme ülkemizde en çok kullanılan kontrasepsiyon yöntemidir (41). Günümüzde güvenli olarak kabul edilen bir kontrasepsiyon yöntemi değildir. Koruma başarısındaki düşüklük ve CYBH' a karşı koruyamaması yöntemin tercih edilmesinin önündeki engellerdendir (38).

2.3.4. Erkek Kondomu

Erkek kondomu yüksek koruma oranı ve bir bariyer yöntemi olarak CYBH'a karşı korumadaki etkisi ile adolesan dönemde kullanılabilir bir korunma yöntemi olarak kabul görmektedir. Adolesan dönemde kondomun doğru şekilde kullanımındaki zorluk, kondoma ulaşma sırasındaki engeller ve çekinceler bu yöntemin olumsuz yönleri olarak kabul edilebilir (42, 43).

2.3.5. Kadın Kondomu ve Diyafram

Kadın kondomu ve diyaframın her ikisi de bariyer kontraseptif olarak kabul görmektedir. Kullanımındaki zorluk ve yüksek maliyetli olması sebebiyle tercih edilmemektedirler (44).

2.3.6. Kombine Oral Kontraseptifler

Kombine oral kontraseptifler (KOK) kullanıma girdiği günden bu yana korunma yöntemi denildiğinde en çok akla gelen yöntemlerden biridir. Oral kontraseptifler yan etkileri nedeniyle tartışmalara neden olmuş, bu sebeple içerdiği östrojen dozunda ve progesteron çeşidinde zaman içerisinde değişiklikler yapılmıştır (38).

KOK'ların kullanımındaki çekincelerden en önemlisi bilinen yan etkileridir. Tromboza eğilimi arttırdığı yönündeki bilgi bu yan etkilerden en önemlisidir. (45).

Yan etkilerinin yanında oral kontraseptiflerin birçok olumlu etkisinin de bulunduğu bilinmektedir (46).

2.3.7. Yalnızca Progesteron İçeren Haplar

Oral kontraseptiflerin bir türevi olarak kabul edilen progesteron only pills (POP-yalnızca progesteron içeren haplar) adolesan dönemde çok fazla tercih

edilmemektedir. Sadece progesteron içerdiği için anormal uterin kanama sıklığını artırır (47).

2.3.8. Rahim İçi Araç (RIA)

Rahim içi araçlar her gün düzenli hap alınması, her ilişki sırasında kondom kullanılması gibi aktif korunma yöntemlerini uygulamakta zorluk çeken ergenler için faydalı bir yöntem olduğu düşünülmektedir. Nullipar hastalardaki zorluğu ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumaması ergenler için bir dezavantaj olarak görülmektedir (38).

2.3.9. Enjektabl Kontraseptifler

3 ay etkili depo medroksiprogesteron asetat veya aylık noretisteron enantat-estradiol valerat içeren preparatlar bulunmaktadır (38, 48).

2.3.10. İmplantlar

Deri altı implant uygulanması yüksek etkinliği ve uzun süreli kontrasepsiyon sağlama özelliği ile diğer kontrasepsiyon yöntemlerinden farklıdır. Düzensiz kanamalara sebep olması bu yöntemden vazgeçilmesinin en önemli sebebidir (38). İmplant deri altına yerleştirilirken ve çıkartılırken cerrahi müdahale gerektirir.

2.3.11. Kombine Cilt Preperatları

Norgestimatin etkin metaboliti olan norelgestromin ve etinil estradiol içeren preparat yapılandırılmak suretiyle transdermal olarak kullanılan bir kontraseptiftir (43).

2.3.12. Acil Kontrasepsiyon

Acil kontrasepsiyon; korunmasız cinsel ilişki sonrasında, kontraseptif kullanımında yapılan kullanım hataları veya kazalar sonucunda, yakın bir zaman içerisinde olası teratojenlere maruz kalındığında (canlı aşı ya da sitotoksik ilaçlar gibi) ve cinsel saldırı varlığında endikedir. Sürekli kontrasepsiyon amaçlı kullanılmamalıdır (49).

Sık rastlanan yan etkiler bulantı (%50) ve kusmadır (%20) (43, 50).

2.4. ERGENLERDE GEBELİK

Dünyada ergenlerin üreme sağlığı ihtiyaçlarını çeşitli kültürel ve coğrafik farklılıklar belirler. Erken evlilik, erken yaşta cinsel ilişki, erken gebelik, istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar bu konudaki önemli problemlerdir (51). 12 – 19 yaş arası gebelikler adolesan gebelik olarak tanımlanmaktadır (52). Doğurganlık çağında üreme özellikleri, korunma yöntemleri ve yolları, gebelik oluşumu ve önlenmesi konusunda yeterli bilgi sahibi olmayan ergenler, istenmeyen gebelik, düşük ve gebelik tahliyesi gibi olumsuz sonuçlar ile karşılaşabilmektedir (53). Adolesan gebelikler hem gelişmiş ve hem de gelişmekte olan tüm ülkelerin sağlık problemi olmaya devam etmektedir (54, 55).

Ülkemizde TNSA-2013 sonuçlarına göre, adolesan dönemde olan 15 – 19 yaş arası kadınların neredeyse yüzde 5'i çocuk doğurmaya başlamıştır. Bu oran 2008'de yüzde 6 iken, günümüzde yüzde 5'e gerilemiştir (56).

Düşük ve orta düzeyli gelire sahip, gelişmekte olan ve ergen yaşta evliliğin kabul edilebilir olduğu toplumlarda, adolesan gebeliklere daha sık rastlanılmaktadır. Bu ülkelerin sosyal, kültürel ve dini değerlerine bakıldığında anlaşılmaktadır. Ortaokul ve liseye devam etme yüzdesi arttıkça adolesan gebelik görülme oranı düşmektedir (57).

Adolesan gebeliklerde; anemi, prematürite, düşük doğum ağırlığı ile artmış perinatal mortalite, müdahaleli doğum ve sezaryen oranı gibi istenmeyen komplikasyonların da görülme olasılığı mevcuttur (58, 59).

Adolesan gebeliklerde erken dönemde prenatal bakımın başlamaması önemli bir sorundur (60). Ülkemizde ise diğer ülkelerden farklı olarak adolesan gebeliklerin büyük bir kısmının evli çiftlerden olduğu, ailelerinin desteklediği ve gebeliklerin planlı ve istenilen gebelikler olduğu bildirilmiştir (61).

2.4.1. Ergenlerde Gebelik Komplikasyonları

Ergenler istenmeyen gebeliklerini sonlandırmak için isteyerek düşük yapmaktadırlar (62). İsteğe bağlı gebeliğin sonlandırılma haftası diğer ülkelerde 12 ve 14 iken, Türkiye'de ise 1983 yılında kabul edilen nüfus planlaması kanunu ile gebeliğin ilk 10 haftası boyunca gebeliklerin isteyerek sonlandırılmasına olanak sağlanmıştır (63). Bununla beraber ülkemizde 10 haftadan sonraki gebeliklerde

düşük uygulaması yapılabilmesi için anne yaşamının tehdit altında olması veya fetal anomali olasılığının mevcut olma koşullarının yasalarca kabul edilmesi, kadınların üreme haklarından istenen düzeyde faydalanmalarına olanak sağlamaktadır (64).

Preterm doğum eylemi, perinatal morbidite ve mortalitenin en önemli sebebidir. Ergenlerde vücudun gelişimini tamamlayamamış olması, gebelikten önce vücut ağırlığının düşük olması, gebelikte yetersiz beslenme, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, sigara kullanılması, anemi ve doğum öncesi bakımın yetersizliği erken doğuma sebep olan faktörler arasında sayılmaktadır (65, 66).

Ergen birey henüz kendi gelişimini tamamlayamamış olduğundan, vücudu için demir, vitamin ve mineral ihtiyacı mevcut iken gebeliğin ihtiyacı ile meydana gelen tablo daha da ağırlaşmaktadır. Bununla beraber demirin yanında folik asit, kalsiyum, magnezyum, vitamin E ve B12 alınma oranı ergenlerde daha düşük olduğu için bu maddelerin eksikliği de sıkça görülmektedir (67, 68).

Prematürite; ergen gebeliklerde, reproduktif çağ gebeliklerine göre daha çok görülen bir komplikasyondur. Bunun olası sebeplerinin anemi, malnutrisyon, gebeliğin indüklediği hipertansiyon (preeklampsi) ve yetersiz veya olmayan prenatal bakım olduğu görülmüştür (69).

Adolesan gebeliklerde görülebilen diğer bir komplikasyon da preeklampsidir (70). Perinatal mortalite oranı, şiddetli preeklampside % 15'e kadar çıkmaktadır (71).

Ülkemizde yüksek olan adolesan gebelik oranları daha çok erken yaşta evlenme ile ilişkilidir. Adolesan gebelerimizin çoğu düşük sosyoekonomik çevreden ve eğitimsiz gebelerdir. Bu gebelere doğru antenatal bakımın sağlanmasıyla adolesan gebeliklerle ilişkili olabilecek olumsuzluklar çoğunlukla önlenebilir (52).

2.5. ERGENLERDE CİNSELLİK EĞİTİMİ

Cinsellik eğitimi; bilgi edinme, tutum ve inanç şekli, samimiyet, ilişki ve kimlik değerlerinin etkisi ile birlikte oluşan ve yaşam boyu süren bir eğitimidir. Cinsellik eğitimi cinselliğin biyolojik, sosyo-kültürel, psikolojik ve manevi boyutlarını değerlendirmektedir (72).

Yapılan çalışmalar eğitimin sanıldığı gibi gençleri yanlış cinsel ilişkilere özendirici olmadığını göstermiştir. Tam aksine gençleri daha sorumlu ve doğru davranışlara yönlendirici rol oynadığını ortaya çıkarmıştır (73, 74).

Türkiye’de cinsel eğitim ilk kez, 1974 yılında, Türkiye Aile Planlaması Derneği’nin de katılımı ile tartışılmaya başlanmış, bu konuyla ilgili olarak bilgi ve davranışların araştırılması gerektiği hususuna dikkat çekilmiştir (75).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı' na ait birçok sağlık kuruluşunda gençlere özel yaygın bir hizmet sunum olanağı yoktur. 2002 yılında Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Projesi ile ergen sağlığını geliştirmek için Ulusal Hizmet Sunum Modeli oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı, UNICEF, UNFPA ve birçok sivil toplum kuruluşunun ortak çalışması ile 41 ilde model Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri açılmıştır (76). Bunlardan en önemlilerinden birisi de şu anda İzmir’de Alsancak semt polikliniği içerisinde faaliyetlerini devam ettiren ve hastanemiz bünyesinde Aile Hekimliği Kliniğimize bağlı ergen sağlığı ile ilgili tek merkez olan Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezidir (ÇİDEM) .

Çocukların ve gençlerin cinsel eğitimlerinde en uygun olan, aile içerisinde başlayan eğitim sürecinin okulda verilecek cinsel sağlık eğitim programları ile sürdürülmesidir (77).Gençlere yönelik planlanan cinsel sağlık eğitimlerinin temel hedefi cinsel sağlığın geliştirilmesidir (78).Aile hekimliği ergen cinsel sağlığı eğitiminde çok önemli bir rol oynamaktadır.

- Ergen cinsel eğitiminde aile hekiminin rolü, ergeni yargılamadan rahatlatma, dinleme, anlatma ve ergen gelişimi hakkında doğru bilgi vermek, bunları sağlamak için de destekleyici, duyarlı ve yapıcı bir ortam sunmaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMA PROJESİ

“Aile Hekimlerinin Ergenlik Dönemindeki Hastalara Cinsel Sağlık Danışmanlığı Verme Tutumları ve Davranışları” adlı çalışma 13 Ağustos 2020 tarih ve 2020/10-6 karar no ile S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Bilimsel Etik Kurul’u tarafından uygun görülmüştür (Ek-1). Bu araştırma, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği’ne bağlı asistan ve uzman hekimlerin, polikliniğe başvuran ergen hastaların cinsel gelişimi ve cinsel hayatlarıyla ilgili ne ölçüde bilgi sahibi oldukları ve cinsel sağlık danışmanlık hizmeti verip vermedikleri, verilmeme nedenlerinin neler olduğunun araştırılması amaçlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE SÜRESİ

Araştırma; tanımlayıcı kesitsel bir çalışma (anket çalışması) olup 06 Ekim 2019 – 13 Ağustos 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN YERİ

Bu araştırma; S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde yapılmıştır. Araştırma kapsamına hastanemizin Aile Hekimliği Kliniğinde çalışan uzman ve asistan hekimleri alınmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE EVRENİN TANITILMASI

Çalışmanın evrenini, S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde çalışan uzman ve asistan hekimlerinden belirlenen 90 kişi oluşturmuştur.

3.5. ARAŞTIRMANIN DAHİL ETME KRİTERLERİ

S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde çalışan aile hekimliği uzman veya asistan hekimi olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

3.6. ARAŞTIRMANIN DIŞLAMA KRİTERLERİ

Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan hekimler ve izin ya da rapor nedeniyle ulaşılamayan hekimler.

3.7. ARAŞTIRMANIN VERİ KAYNAKLARI VE UYGULAMA ŞEKLİ

Çalışmada veri kaynağı olarak anket yöntemi seçilmiş olup, anketimiz toplam 13 sorudan oluşmaktadır. Anket formu ile ilk 6 soruda katılımcıların sosyodemografik bilgileri olan yaşları, cinsiyetleri, medeni durumlarını, hekimlik mesleğinde geçen sürelerini, sağlık ocağı veya toplum/aile sağlığı merkezlerinde çalışıp çalışmadıkları sorgulandı. Anketin 6-13. sorularında hekimin cinsel sağlık ile ilgili tutum ve davranışlarını ölçmek amacıyla ergen bir hasta ile konuşurken rahat olup olmadığı, muayene esnasında fiziksel ve cinsel gelişimini değerlendirebilme yetileri; ergen hasta ile karşılaştıklarında flörtü olup olmadığını ve hiç cinsel deneyiminin olup olmadığını sorgulama oranı; hamilelikten korunma yöntemleri, cinsel anatomi ve fizyolojisi ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili danışmanlık verip vermeyeceği sorgulandı.

3.8. İSTATİSTİKSEL İNCELEMELER

Anket formlarından elde edilen veriler IBM SPSS Statistics version 21.0 istatistik paket programına aktarılarak verilerin istatistiksel analizi yapıldı.

İstatistik yöntem olarak frekans dağılımı, tanımlayıcı istatistikler, Pearson ki-kare ve Likelihood Ratio Ki-kare olmak üzere iki yönlü Ki-kare analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.9. ARAŞTIRMANIN SÜRESİ

Araştırma 06.10.2019 – 13.08.2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.10. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ

Herhangi bir durum ya da kişiden destek alınmamıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan toplam 90 (%100) bireyin; 29 unun (%32,2) erkek, 61'ünün (%67,8) ise kadın olduğu saptanmıştır (tablo 4).

Tablo 4. Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	N	%
Erkek	29	32,2
Kadın	61	67,8
Toplam	90	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması %95 oranında 27,9 ile 30,3 yaş aralığındadır. Medeni durumu incelendiğinde katılımcıların 45' i evli ve 45' i bekâr olup oran %50' dir (n=45).

Araştırmaya katılan bireylerin meslekte geçirdiği süreler incelendiğinde; %76,7' si (n=69) 1-5 yıl arasında, %18,9'u (n=17) 6-10 yıl, %1,1' i (n=1) 16-20 yıl arasında olduğu görülmüştür.

Tablo 5. Araştırmaya katılan bireylerin meslekte geçirdiği süreler

		SAYI	ORAN
SÜRE	1-5 yıl	69	%76,7
	6-10 yıl	17	%18,9
	16-20 yıl	1	%1,1
	20 ve üzeri	3	%3,3
	Toplam	90	100,0

Araştırmaya katılanların % 41,1' i (n=37) daha önce aile sağlığı merkezi veya sağlık ocağında görev yapmıştır.

Araştırmaya katılan tüm bireylerde, “cinsel sağlık ile ilgili konularda kendinizi nasıl hissedersiniz?” soruna verilen cevaplar % 12,2 (n=11) bu konularda konuşmam, % 74,4 (n=67) rahat hissedirim; % 13,3 (n=12) rahatsız hissedirim şeklindedir.

Tablo 6. Cinsel sağlık ile ilgili konularda kendinizi nasıl hissedersiniz?

		SAYI	ORAN
	Bu konularda konuşmam	11	%12,2
	Rahat hissederim	67	%74,4
	Rahatsız hissederim	12	%13,3
	Toplam	90	%100,0

Bu soruya erkek katılımcıların % 79' ı (n=23) rahat hissederim derken, kadınlarda bu oran % 72 (n=44)' dir. İstatistiksel olarak cinsiyetin bu soruya anlamlı bir farkı görülmemiştir (p:0,466).

Tablo7.Cinsiyetin “cinsel sağlık ile ilgili konularda kendinizi nasıl hissedersiniz ?” sorusuna etkisi

		Cinsel sağlık ile ilgili konularda kendinizi nasıl hissedersiniz					
		Rahat hissederim		Rahatsız hissederim		Toplam	P
		N	%	N	%	N	
Cinsiyet	Kadın	44	72	17	28	61	
	Erkek	23	79	6	21	29	
Toplam		67	74	23	26	90	0,466

Katılımcıların %97,8'i (n=88) cinsel danışmanlık hizmetinin aile hekimliğinin bir parçası olduğunu düşünmüştür.

Tablo 8. Cinsel sağlık hizmeti aile hekimliğinin bir parçası mıdır?

		SAYI	ORAN
Aile hekimliğinin parçasıdır	Evet	88	%97,8
	Hayır	2	%2,2

Katılımcıların % 43,3 (n=39)'ü “ergen bir hasta ile karşılaştığında fiziksel gelişim ve cinsel gelişimini değerlendir misiniz?” sorusuna evet cevabı vermiştir. Katılımcıların %56,7 (n=51)'si değerlendiremediğini belirtmiştir.

Tablo 9. Fiziksel gelişim ve cinsel gelişimini değerlendirir misiniz?

		SAYI	ORAN
	Evet	39	%43,3
	Hayır	51	%56,7
	Toplam	90	%100,0

“Hastaları fiziksel ve cinsel gelişimini değerlendirir misiniz?” sorusuna kadın katılımcıların %41’i (n=25) evet demiştir. Erkeklerde bu oran %48 (n=14)’ dir. Kadın ve erkek katılımcılar arasında bu soruda anlamlı bir fark yoktur (p=0,514).

Cinsel korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı %66,7’ dir (n=60).

Tablo10. Cinsel korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı

		SAYI	ORAN
	Evet	60	%66,7
	Hayır	30	%33,3
	Toplam	90	%100,0

Hastalara Cinsel anatomi/fizyoloji danışmanlığı verme oranı%58,9’ dur (n=53).

Tablo11. Cinsel anatomi/fizyoloji danışmanlığı verme oranı

		SAYI	ORAN
	Evet	53	%58,9
	Hayır	37	%41,1
	Toplam	90	%100,0

Katılımcıların cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı diğer gruplara göre daha yüksektir (%75,6) (n=68).

Tablo12. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı

		SAYI	ORAN
	Evet	68	%75,6
	Hayır	22	%24,4

	Toplam	90	%100,0
--	--------	----	--------

Cinsel danışmanlık hizmetini aile hekimliğinin bir parçası olarak gören grupta (%97,8), hastanın fiziksel ve cinsel gelişimi değerlendirme oran değişmemiştir (%44) (p=0.211). Hastaya cinsel korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı değişmemiştir (%67) (p=0.613). Ancak bu grupta cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı istatistiksel anlamlı artmıştır (%77) (p=0.012).

Tablo 13. Cinsel danışmanlık hizmetini aile hekimliğinin bir parçası olarak gören grupta, hastanın fiziksel ve cinsel gelişimini değerlendirme oranı

		Fiziksel/Cinsel gelişimi Değerlendirebilirim				Toplam	P
		Evet		Hayır			
		N	%	N	%	N	
Cinsel danışmanlık hizmeti Aile hekimliğinin parçasıdır	Evet	39	44	49	56	88	
	Hayır	0	0	2	100	2	
Toplam		39	43	51	57	90	0,211

Tablo 14. Cinsel danışmanlık hizmetini aile hekimliğinin bir parçası olarak gören grupta cinsel korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı

		Korunma yöntemleri hakkında danışmanlık verebilirim				Toplam	P
		Evet		Hayır			
		N	%	N	%	N	
Cinsel danışmanlık hizmeti Aile hekimliğinin parçasıdır	Evet	59	67	29	33	88	
	Hayır	1	50	1	50	2	
Toplam		60	66,3	30	33,7	90	0,613

Tablo 15. Cinsel danışmanlık hizmetini aile hekimliğinin bir parçası olarak gören grupta cinsel korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı

		CYBH ile ilgili danışmanlık				Toplam	P
		Evet		Hayır			
		N	%	N	%	N	
Cinsel danışmanlık hizmeti aile hekimliğinin parçasıdır	Evet	68	77	20	23	88	
	Hayır	0	0	2	100	2	
Toplam		68	75	22	25	90	0,012*

Tablo 16. “Hastaların fiziksel ve cinsel gelişimini değerlendir misiniz?” sorusuna cinsiyetin etkisi

		Fiziksel/Cinsel gelişimi Değerlendirebilirim				Toplam	P
		Evet		Hayır			
		N	%	N	%	N	
Cinsiyet	Kadın	25	41	36	59	61	
	Erkek	14	48	15	52	29	
Toplam		39	43	51	81,1	90	0,514

Araştırmaya katılanların %18,9’u (n=17) hastanın flörtü olup olmadığını, yine %18,9’u (n=17) da cinsel deneyiminin olup olmadığını sorgulamıştır. Çalışmamızda flörtü olup olmadığını sorgulayanların tamamı hastanın cinsel deneyimini sorgulamış olup ($p<0.05$), yine tamamı hastanın fiziksel ve cinsel gelişimini değerlendirmiştir ($p<0.05$).

Tablo 17. Flörtü olup olmadığını sorgulayanların katılımcıların, hastanın fiziksel ve cinsel gelişimini değerlendirmesi

		Flörtü olup olmadığını sorarım		Toplam(N)	P
		Evet	Hayır		
Fiziksel/Cinsel gelişimi Değerlendirebilirim	Evet	17	22	39	
	Hayır	0	51	51	
Toplam(N)		17	73	90	0,00

Tablo 18. Flörtü olup olmadığını sorgulayanların katılımcıların, hastanın cinsel deneyimini sorgulamasının değerlendirilmesi

		Hastanın cinsel deneyimini sorgularım		Toplam(N)	P
		Evet	Hayır		
Flörtü olup olmadığını sorarım	Evet	10	7	17	
	Hayır	7	66	73	
Toplam(N)		17	73	90	0,00

Erkek katılımcılarda flörtü olup olmadığını sorma oranı %27 (n=8) iken, kadınlarda bu oran %15 (n=9)’ dir. Kadın erkek katılımcılar arasında bu soruda anlamlı bir fark yoktur ($p=0,146$).

Tablo 19.Flörtü olup olmadığını sorma oranına cinsiyetin etkisi

		Flörtü olup olmadığını sorma				Toplam	P
		Evet		Hayır			
		N	%	N	%	N	
Cinsiyet	Kadın	9	15	52	85	61	
	Erkek	8	27	21	73	29	
Toplam		17	18,9	73	81,1	90	0,146

Hastanın hiç cinsel deneyiminin olup olmadığını sorma oranı kadınlarda %18 (n=11), erkeklerde %20 (n=6)'dir. Cinsiyet farkına bağlı anlamlı bir sonuç bulunamamıştır (p=0,763).

Tablo 20. Cinsel deneyiminin olup olmadığını sorma oranına cinsiyetin etkisi

		Cinsel deneyiminin olup olmadığını sorma				Toplam	P
		Evet		Hayır			
		N	%	N	%	N	
Cinsiyet	Kadın	11	18	50	82	61	
	Erkek	6	20	23	80	29	
Toplam		17	18,9	73	81,1	90	0,763

Evli olmayan ergen hastalara doğum kontrol yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranları %66,7 (n=60) evet , %33,3 (n=30) hayır şeklindedir. Erkek katılımcıların %75'i (n=22) , kadınların ise %62'si (n=38) bu soruya evet demiştir (p=0,202).

Tablo 21. Evli olmayan ergen hastalara doğum kontrol yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranlarına cinsiyetin etkisi

		Doğum kontrol yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme				Toplam	P
		Evet		Hayır			
		N	%	N	%	N	
Cinsiyet	Kadın	38	62	23	38	61	
	Erkek	22	75	7	25	29	
Toplam		60	66,7	30	33,3	90	0,202

Yapılan çalışmada, hastanın cinsel deneyimini sorgulayan bireylerin, doğum kontrol yöntemleri danışmanlığını da istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek oranda verdiği saptanmıştır (%88) (p=0,036).

Tablo 22. Cinsel deneyimini sorgulayan hekimlerin, doğum kontrol yöntemleri danışmanlığını verme oranı

		Doğum kontrol yöntemleri danışmanlığını verme				Total		P
		Evet		Hayır		N	%	
		N	%	N	%			
Cinsel deneyimini sorgulama	Evet	15	88	2	12	17	18	
	Hayır	45	62	28	38	73	82	
Toplam		60	66,6	30	33,4	90	100	0,036*

Katılımcıların %58,9'u (n=53) evli olmayan ergen hastalarda cinsel anatomi/fizyoloji danışmanlığı vermektedir. Bu oran erkeklerde %68 (n=20), kadınlarda %54 (n=33)'dür. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da (p=0,180), erkeklerde bu oran daha yüksektir.

Tablo 23. Evli olmayan ergen hastalarda cinsel anatomi/fizyoloji danışmanlığı verme oranına cinsiyetin etkisi

		Cinsel anatomi/fizyoloji danışmanlığı				Toplam	P
		Evet		Hayır			
		N	%	N	%		
Cinsiyet	Kadın	33	54	28	46	61	
	Erkek	20	68	9	32	29	
Toplam		53	58,9	37	41,1	90	0,180

Evli olmayan ergen hastalara CYBH ve bunlardan korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı %75,6 (n=68)'dir. Kadınlarda bu oran %72 (n=44), erkek katılımcılarda bu oran %82 (n=24)'dir. Karşılaştırmamızda anlamlı bir fark görülmediği saptanmıştır (p=0,273).

Tablo 24. Evli olmayan ergen hastalara cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve bunlardan korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranına cinsiyetin etkisi

		CYBH danışmanlığı				Toplam	P
		Evet		Hayır			
		N	%	N	%		
Cinsiyet	Kadın	44	72	17	28	61	
	Erkek	24	82	5	18)	29	
Toplam		68	75,6	22	24,4	90	0,273

Daha önce aile sağlığı merkezi veya sağlık ocağında görev yapmış olan ve bu alanda mesleki tecrübesi bulunan hekimler cinsel sağlık ile ilgili konularda konuşurken kendilerini %75 (n=28) oranında rahat hissettiklerini belirtmiştir. Bu oran tüm katılımcıların oranı ile aynıdır.

Tablo 25. Daha önce aile sağlığı merkezi veya sağlık ocağında görev yapmış olan hekimlerin cinsel sağlık ile ilgili konularda rahat hissetme oranı

		Cinsel sağlık ile ilgili konularda kendilerini rahat hissediyor mu?				Toplam	P
		Rahat hissedirim		Rahat hissetmem			
		N	%	N	%	N	
Asm veya sağlık ocağında görev yapmış olmak	Evet	28	75	9	25	37	
	Hayır	39	73	14	53	27	
Toplam		39	43	51	57	90	0,823

Aile sağlığı merkezi veya sağlık ocağında görev yapmış olan grupta hastaların fiziksel ve cinsel gelişimini değerlendirme oranı %37 (p=0,379), cinsel korunma yöntemleri danışmanlığı verme oranı %64 (p=0,762), CYBH ve bunlardan korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı %75 (p=0,982) olarak ölçülmüş olup tüm katılımcıların değerlendirildiği ölçümlerle karşılaştırıldığında anlamlı bir fark görülmemiştir. Aile sağlığı merkezi ve sağlık ocağında çalışmış olmak, cinsel sağlık danışmanlığı verme oranını değiştirmedeği saptanmıştır.

Tablo 26. Aile sağlığı merkezi veya sağlık ocağında görev yapmış hekimlerin hastaların fiziksel ve cinsel gelişimini değerlendirmeye oranı

		Fiziksel/Cinsel gelişimi Değerlendirebilirim				Toplam	P
		Evet		Hayır			
		N	%	N	%	N	
Asm veya sağlık ocağında görev yapmış olmak	Evet	14	37	23	63	37	
	Hayır	25	47	28	53	53	
Toplam		39	43	51	57	90	0,379

Tablo 27. Aile sağlığı merkezi veya sağlık ocağında görev yapmış olan hekimlerin cinsel korunma yöntemleri danışmanlığı verme oranı

		Cinsel korunma yöntemleri danışmanlığı				Toplam	P
		Evet		Hayır			
		N	%	N	%	N	
Asm veya sağlık ocağında görev yapmış olmak	Evet	24	64	13	36	37	
	Hayır	36	68	17	32	53	
Toplam		60	43	30	57	90	0,762

Tablo 28. Aile sağlığı merkezi veya sağlık ocağında görev yapmış olan hekimlerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve bunlardan korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı

		Cinsel korunma yöntemleri danışmanlığı				Toplam	P
		Evet		Hayır			
		N	%	N	%	N	
Asm veya sağlık ocağında görev yapmış olmak	Evet	28	75	9	25	37	
	Hayır	40	75	13	25	53	
Toplam		68	75	22	25	90	0,982

1-5 sene mesleki tecrübesi bulunan kişilerdeki cinsel korunma yöntemleri danışmanlığı verme oranı %65 (n=45)'dir. 6-10 yıllık mesleki tecrübesi bulunanlarda bu oran %71(n=15)'dir. Bu sonuçlara göre mesleki deneyim ile cinsel korunma yöntemleri danışmanlığı verme oranı arasında bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır (p=0,597) .

Tablo 29. Cinsel korunma yöntemleri danışmanlığı verme oranına, meslekte geçen sürenin etkisi

		Cinsel korunma yöntemleri danışmanlığı				Toplam	P
		Evet		Hayır			
		N	%	N	%	N	
Süre	1-5 yıl	45	65	24	35	69	
	6-10 yıl	15	71	6	29	21	
Toplam		60	58	30	42	90	0,597

1-5 sene mesleki tecrübesi bulunan kişilerdeki cinsel anatomi ve fizyoloji danışmanlığı verme oranı %55 (n=38)'dir. 6-10 yıllık mesleki tecrübesi bulunanlarda bu oran %71 (n=15)'dir. Bu sonuçlara göre mesleki deneyim artışı ile cinsel anatomi ve fizyoloji danışmanlığı verme oranı oransal olarak artmış olsa da anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır (p=0,182).

Tablo 30. Cinsel anatomi ve fizyoloji danışmanlığı verme oranına, meslekte geçen sürenin etkisi

		Cinsel anatomi ve fizyoloji danışmanlığı				Toplam	P
		Evet		Hayır			
		N	%	N	%	N	
Süre	1-5 yıl	38	55	31	45	69	
	6-10 yıl	15	71	6	29	21	
Toplam		53	58	37	42	90	0,182

Mesleki deneyim ile CYBH ve bunlardan korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı 1-5 sene mesleki tecrübesi bulunan kişilerde %72 (n=50), 6-10 yıllık mesleki tecrübesi bulunanlarda bu oran %85 (n=18) olarak görülmüştür. Mesleki deneyimle CYBH danışmanlığı verme oranı artmış görünse de anlamlı bir sonuca ulaşamamıştır.

Tablo 31. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve bunlardan korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranına, meslekte geçen sürenin etkisi

		CYBH danışmanlığı				Toplam	P
		Evet		Hayır			
		N	%	N	%	N	
Süre	1-5 yıl	50	72	19	28	69	
	6-10 yıl	18	85	3	15	21	
Toplam		68	75	22	25	90	0,216

5. TARTIŞMA

Tepecik Aile Hekimliği Kliniği uzman ve asistan hekimlerinden oluşan çalışma grubumuzun %67,8'i kadın, %32,2'si erkektir. Toplumumuzun sosyokültürel yapısı nedeniyle bireylerin cinsellikle ilgili bilgilenme, yaşama ve ifade etme ile ilgili zorlukları olabilmektedir. Bilgi edinme ve ifade etme davranışı, hastanın/bireyin ve başvurduğu hekimin cinsiyetine göre değişebilmektedir. Hastaların ve hekimlerin karşı cinsle cinsellik ile ilgili görüşmelerinde rahatsız olduklarını belirten çalışmalar bulunmaktadır. Hinchliff S. yaptığı çalışmada yaşlıların cinsel kaygılar veya zorlukları için tıbbi yardım aramama eğiliminde olduğunu, doktorların da yaşlı hastaların ziyaretlerinde cinsel işlevleri ile ilgili daha az soru sordukları, hastaların da doktor sormadıkça anlatmama eğiliminde olduğunu göstermiştir (81). Cinsel Eğitim ve Tedavi Araştırma Derneği'nin 2006 yılında yaptığı çalışmada bireylerin %38'inin bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda cinsel sağlık ile ilgili konuları sağlık hizmeti veren sağlık çalışanının açmasını beklediği rapor edilmiştir (82). Bırd ID ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hekimler arasında rahatsızlığa neden olarak gösterilen özellikler arasında; 18 yaşından küçük ve 65 yaşından büyük olmak, hastanın üniversite düzeyinin altındaki eğitim düzeyi, hastanın bekâr ya da boşanmış medeni hali vardı. Kadın ve erkek doktorlar içerisinde, erkeklerle (sırasıyla %19 ve %50) ve kadınlarla (sırasıyla %35 ve %12) görüşürken rahatsız olduklarını bildiren anlamlı sonuçlar elde edilmiştir (83).

Araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğu (%93) halen asistan olduğu için katılımcıların yaş ortalaması %95 oranında 27,9 – 30,3 yaş aralığındadır. Evli ve bekâr birey oranı %50' dir. %76,7' si 1-5 yıl aralığında mesleki tecrübeye sahiptir ve sadece %41' i daha önce aile sağlığı merkezi veya sağlık ocağında görev yapmıştır.

Katılımcıların ergen hastalarla cinsel sağlık ile ilgili konularda konuşurken rahat hissetme oranları %74' dür. Kadın veya erkekler arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (p=0,466). Güçlü YA ve arkadaşları (84) yaptığı çalışmada Aile hekimi asistanlarından oluşan katılımcılardan sadece 1 kişinin (%1,8) hekim ve hastaların karşı cinsle cinsel sağlık ile ilgili konuları konuşmaktan hiç rahatsız olmadığını, 5'inin (%8,9) ise çok fazla rahatsız olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %87,5'si cinsel sorunlarla birinci basamak hekimlerinin

ilgilenmesi gerektiğini düşünmüş, buna rağmen %30,4'ünün hasta konuyu açmadan cinsel sorunları “hiç” gündeme getirmemiş ve ergenlere ne derece cinsel sağlık bilgisi verildiği sorusuna da %17,9 “hiç”, %62,5 “biraz” yanıtını vermiştir.

Bu yaş grubuna sağlanan cinsel sağlık hizmetinin başarısı için onların kendilerini rahat hissedecekleri kişilerden danışmanlık hizmeti almaları, hizmeti uygun bir ortamda almalarından daha da önemlidir. Ancak hekimler ve yardımcı sağlık çalışanları ergenlerle görüşürken sıklıkla sorunlarla karşılaştıklarından onlara hizmet sunarken az ya da çok huzursuz olabilirler. Bunun bir nedeni, cinsel sorunların kadın-doğum, üroloji ve psikiyatri uzmanlarının konusu gibi algılanmasıdır. Bununla beraber hastayı incitme veya olumsuz tepki alma korkusu, yakınmanın cinsellikle ilişkili olamayacağı düşüncesi, hasta hekim arasındaki yaş ve cinsiyet farkı, hatalı tıbbi uygulama (malpraktis) korkusu da cinsel öykü alınmasını kısıtlamaktadır (85, 86). Gott M ve arkadaşlarının 22 pratisyen hekim ve 35 hemşire ile yaptığı ve “solucan kutusu” terimini kullandığı çalışmasında katılımcıların karşı cins, siyah ve etnik azınlık grubundan hastalarla ve heteroseksüel olmayan hastalarla cinsel sağlığı konuşmanın zorluklarından bahsetmişlerdir. Katılımcılar cinsellikle ilgili sorunların hassasiyetinden, karmaşıklığından, mesleki zaman darlığından ve sorunları çözenin deneyim gerektirdiğinden dolayı birinci basamakta sorunlar yaşadıklarını söylemişlerdir.

Birinci basamakta cinsel sağlıkla ilgili iletişimi geliştirmeye yönelik stratejiler arasında toplumsal eğitim, hastalara bilgi verilmesi ve en önemlisi de aile hekimlerinin cinsel sağlıkla ilgili bilgi ve becerisini arttırmaya yönelik eğitimlerinin daha kapsamlı hale getirilmesi sayılabilir. Bilgi, beceri ve deneyimi yüksek düzeyde olan aile hekimleri, tüm bu kısıtlamaları ortadan kaldıracaktır.

Hekimle ergenin yaşam tarzları ve düşünce biçimleri arasındaki farklılık belirginleştikçe aralarında huzursuzluk görülebilir. Bu durum hekimin ergene karşı otoriter bir tavır takınmasına neden olabilir. Otoriter bir tavır takınan hekime ergenin tepkisi, otoriteye direnmek onun dönemseller bir özelliği olduğundan, ondan uzaklaşmak olacaktır (87). Hekim, ergene sağlık hizmetinde tarafsız olduğunu hissettirir, yargılamadan, iş birliğine açık ve ergenin endişeleri ile gerçekten ilgilendiğini belirtecek şekilde iletişim kurarsa ergenden olumlu yanıt alması daha

kolay olur. Bu da kapsamlı bir ergen sağlığı danışmanlık eğitimi ve iletişim becerileri eğitimi ile gerçekleştirilebilir (88, 89, 90, 91).

Araştırmamızda katılımcıların hemen hemen tamamı cinsel sağlık danışmanlığının aile hekimliği hizmetinin önemli bir parçası olduğunu (%97,8) dūřünmektedir. Bu grupta, hastanın fiziksel ve cinsel gelişimi değerlendirme oranı ve hastaya cinsel korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranları değerlememiştir ancak bu grupta CYBH ve korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı artmıştır. Yaptığımız çalışmada mesleki değerlendirmelerden en yüksek oranı alan grubun da cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda olduğunu gōrdük. Hekimlerimiz bu konu hakkında daha yüksek oranda bilgi sahibiydi (%75, 6). Bu yüksek oran da 6.sınıfta intern doktorların ve 4. Sınıfta kadın hastalıkları ve doğum stajında cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve PİH dersi almış olması, 5. sınıfta enfeksiyon hastalıkları stajında AIDS dersi almış olması, cildiye stajında sifiliz ve sifiliz dışı veneryen hastalıklar dersi almış olması ve yine 5. sınıfta üroloji stajında üriner enfeksiyonlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar dersi almış olmasından dolayı, bilgileri taze olup CYBH ile ilgili ortalama bilgi düzeylerinin daha yüksek olması şeklinde açıklanabilir.

Adolesana cinsel danışmanlık hizmeti, aile hekiminin ergenlik dönemindeki bireyi, dönemin özelliklerini ve gerekliliklerini göz önüne alarak değerlendirdiği bir hizmet sunum şeklidir. Eksiksiz tıbbi öykü de adolesan cinsel sağlık değerlendirmesinin temel ögesidir (79, 80). Ayrıca fiziksel, psikososyal ve cinsel gelişiminin değerlendirilmesi ve ergen dostu bir ortamda ergen sağlığının korunması ve iyileştirilmesi için bilgi aktarması ve rehberlik yapması gereklidir. Bu ergene yaklaşım algoritmasına göre hareket eden hekim sorunları anlama ve çözmede daha başarılı olur. Araştırmaya katılan 17 kişi (%18,9) hastanın flōrtü olup olmadığını, yine 17 kişi (%18,9) de cinsel deneyiminin olup olmadığını sorgulamıştır. Çalışmamızda flōrtü olup olmadığını sorgulayanların tamamı hastanın cinsel deneyimini sorgulamış olup ($p=0,00$), yine tamamı hastanın fiziksel / cinsel gelişimini değerlendirebildiği görölmüştür ($p=0,00$). Hasta anamnezini ayrıntılı almak, cinsel sağlık danışmanlığı verme oranlarını arttırmıştır.

Katılımcıların %43,3' ü ergen bir hasta ile karşılaştığında fiziksel gelişim ve cinsel gelişimini değerlendirebildiğini, %56,7' si değerlendiremediğini belirtmiştir.

Evli olmayan ergen hastalara doğum kontrol yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranları %66,7 evet şeklindedir. Katılımcıların %58,9' u evli olmayan ergen hastalarda cinsel anatomi/fizyoloji danışmanlığı verebilmektedir. Çalışmamızda kadın ve erkek katılımcılar arasında bu sorulara verilen cevapların farklı olup olmadığı oransal olarak karşılaştırılmıştır ve anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Daha önceden aile sağlığı merkezi veya sağlık ocağında görev yapmış olan hekimlerin hastaların fiziksel ve cinsel gelişimini değerlendirme oranı cinsel korunma yöntemleri danışmanlığı verme oranı, CYBH ve bunlardan korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı ölçülmüş, tüm katılımcıların değerlendirildiği ölçümlerle karşılaştırılmış ve anlamlı bir fark görülmemiştir. Aile sağlığı merkezi veya sağlık ocağında çalışmış olmak, cinsel sağlık danışmanlığı oranını değiştirmemiştir. Bu durum 1. basamak sağlık hizmetleri içerisinde, cinsel sağlık danışmanlığı eğitimlerinin yetersizliğini, hekimlerin bilgi ve beceri seviyesinin tıp fakültesi ve asistanlık döneminden sonra artmadığını göstermektedir.

Bu sonuçlara göre hekimlerin cinsel sağlık danışmanlığının, aile hekimliğinin önemli bir parçası olduğuna inandıkları ancak hastaya yaklaşım ve sorgulama konusunda eğitim ve beceri eksiklikleri olduğu, bazı hekimlerin kendilerini rahat hissedemedikleri, kadın ve erkek hekimler arasında hastaya yaklaşım ve danışmanlık hizmeti sunma bakımından fark olmadığı görülmüştür. Araştırmanın sonuçları kapsamında tıp eğitiminden başlayan, uzmanlık eğitimi ve hizmet içi eğitim süreçlerini ile de devam eden ergen sağlığı danışmanlığı ve cinsel sağlık eğitimlerinin, cinsel sağlık hizmetlerini iyileştireceği düşünülmüştür.

Ergenlik dönemi genellikle iyi sağlık ile karakterizedir. Erişkinler ve yaşlıların sağlık kontrolleri daha çok, sağlık sorunları nedeniyle hekime başvurdıklarında yapılmaktadır. Ergenler ve genç erişkinler "sağlıklı olurlar" yaklaşımı ile genellikle aileleri tarafından hekime kontrol amaçlı götürülmezler ya da her hangi bir sağlık sorunu yoksa kendileri başvuramazlar. Bu yaşlarda temeli atılan bir çok önlenbilir morbidite ve mortalite nedenleri bu nedenle gözden kaçabilir ve bunların olumsuz sonuçları hayatın daha ileriki dönemlerinde ortaya çıkabilir. Bu yüzden ergenlere, koruyucu sağlık hizmetleri verilmesi hem kendileri için hem de tüm toplum sağlığı açısından önemlidir (91).

Koruyucu hekimlik aile hekimliğinin ana yaklaşımlarından biridir. Aile hekimleri sadece tedavi eden hekimler değil hastalarını hastalıklardan da koruyan hekimlerdir. Aile hekimleri yaş, cinsiyet ve hastalık ayırt etmeksizin tüm aile fertlerine sürekli ve kapsamlı tıbbi bakım, sağlığın sürdürülmesi ve koruyucu hizmetler sağlamada onlara yeterlilik kazandıran farklı tutum, beceri ve bilgiye sahip olmalıdır. Bu kapsamda adolesan koruyucu sağlık hizmetleri verilmesi açısından aile hekimleri önemli rol oynamaktadır. Dikici M.F. çalışmasında (92) en etkili koruyucu hekimliğin 1. basamakta yapılabileceğini belirtmiştir.

Bir diğer aile hekimliği ana prensibi ise bütüncül yaklaşımdır. Aile hekimleri sorunu tanımlama, sınıflandırma ve bir tedavi yöntemi önerme çabası içinde olmalıdır. Bununla beraber hastaların sadece sorunlarının bilimsel açıklamasıyla yetinmediklerini bilmeli ve hastalarını aynı zamanda anlamalı, önemsemeli ve onları kararlarına ortak etmelidir. Birçok hastalık kişi, aile ve sosyal şartlar ele alınmadıkça tam olarak anlaşılmaz. Aile hekimlerini diğer tıp disiplinlerinden ayıran en önemli unsur ruh ve beden ayrımı yapmamasıdır. Bu kapsamda aile hekimleri ergeni bir bütün olarak ele almalı onun deneyimlerini, inançlarını, değerlerini ve beklentilerini de göz önünde bulundurmalıdır.

Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir araştırmada (93) cinsel deneyimi olan öğrencilerin % 44,5' inin CYBH' a karşı herhangi bir tedbir almadıkları bulunmuştur. Yine CYBH' ın kadınlara daha kolay bulaştığını; kız öğrencilerin % 59'u, erkeklerin ise % 55'i bilmekteyken, kız öğrencilerin % 38,6'sı, erkeklerin % 43,3'ü yanlış bilmekte olduğu saptanmıştır. Hacettepe üniversitesindeki öğrencilerin % 73'ü ilk gebeliğin kürtajla sonlandırılmasının ileride infertiliteye neden olacağını düşünmüştür(94).

Cinsel sağlıkla ilgili en üst düzeyde eğitim almakta olan tıp fakültesi öğrencilerinde bile bilgi eksikliği oranı yüksektir. Dr. Sıtkı Arı'nın çalışmasında (95) asistanlık eğitimi sırasında üreme sağlığı ile ilgili yeterli bilgi verilmediğini bildiren asistan doktor sayısı 135 (%73,7) iken, yeterince bilgilendirildiklerini söyleyenlerin sayısı 49 (%26,3) olduğu görülmüştür. Yine bu çalışmada katılan 185 asistan doktorun 138'i (%53,9) aile hekimlerinin üreme sağlığı konusunda sorumluluğunun daha fazla olduğunu belirtmiştir ($p<0,05$). Benzer şekilde çalışmamızdaki sonuçlar da aile hekimliğinin cinsel sağlık danışmanlığında eksiklikler olduğunu göstermiştir.

Günümüz şartlarında ergenler, istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar nedeniyle çok ciddi fiziksel, ekonomik ve psikososyal sorunlarla yüz yüze kalmaktadır (94). Farklı çalışmalar, cinsel aktif gruplar arasında en fazla CYBH görülme oranının adolesanlar arasında olduğunu göstermektedir (96, 97).

Türkiye’de cinsellik, birçok ülkede olduğu gibi, üstü kapalı bir konu olarak kalmıştır ve bu konuda eğitim, hizmet ve araştırma sayısı sınırlıdır. Ülkemizde ergenlere yönelik oluşturulmuş bir cinsel sağlık eğitim programı yoktur. Aile içerisinde başlaması gereken cinsel eğitimi verecek olan ebeveynlerin de bu konuda yeterli bilgi birikimine sahip olmadıklarını bilmekteyiz. Aile hekimliği işte bu noktada ergen cinsel sağlığı için aktif rol oynamalıdır. Aile Hekimlerinin ergenlerde cinsellik ve cinsel sağlığın önemi konuları ile ilgili farkındalıkları yeterlidir. Ancak aile hekimliği asistanlık eğitiminin 3 yıl olması, hastane içi çok sayıda farklı kliniklere rotasyonlarının bulunması, iş yükünün fazla olması, cinsel sağlık danışmanlığı ile ilgili eğitimleri yapılmakta olsa da deneyim ve beceri anlamında eksikliklerinin olması, cinsel sağlıkla ilgili konularda kendini yeterli ve rahat hissedememeleri, ergen ve genç erişkinlerin ‘sağlıklı olurlar’ algısı nedeniyle periyodik sağlık muayenelerinden kaçınmaları; aile hekimliğinin ergen cinsel sağlığı konusunda yetersiz kalmalarının en önemli nedenleri olarak düşünülmüştür. Halbuki sağlıklı bir ergen gelişimi için aile hekimliğinin yapması gereken önemli periyodik sağlık muayeneleri vardır. Bunlar arasında yılda 1 kez fiziksel ve psikoseksüel gelişmeleri, ergenlerin kendi sağlıkları konusunda aktif rol almalarının önemi ile ilgili sağlık danışmanlığı, cinsel davranışlar konusunda danışmanlık, gebeliğe ve HIV dahil CYBH’lara neden olacak cinsel davranışların sorgulanması, CYBH açısından taranması, 18 yaşından büyük ve cinsel aktif olanların yılda 1 kez Papanicolaou testi ile taranması, yılda 1 kez duygusal, fiziksel, cinsel ve ekonomik istismar öyküsü alınması sayılabilir (98). Eğitim ve becerisinin yüksek olduğu, kendini rahat ve yeterli hisseden, ergen cinsel sağlığı hizmeti bakımından toplumsal kabulün yüksek olduğu bir aile hekimliği, sağlıklı bireyler ve toplumlar elde etmek için çok önemli bir rol oynayacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı hekimlerin, polikliniğe başvuran ergen hastaların cinsel gelişimi, cinsel hayatları ve sorunlarıyla ilgili ne ölçüde bilgi sahibi olduklarını ölçmek, cinsel sağlık danışmanlık hizmeti verip vermediklerini belirlemek, verilmeme nedenlerinin neler olduğunun araştırmak amacıyla yapılmıştır. Araştırmamızın sonuçları şöyle özetlenebilir:

1) Araştırmamıza Tepecik Aile Hekimliği Kliniği uzman ve asistan hekimlerinden oluşan 90 kişi katılmıştır. Katılımcıların %67,8'i kadın, %32,2'si erkek hekimlerden oluşmaktadır.

2) Katılımcıların %25'i ergen hastalarla cinsel sağlık ile ilgili konularda konuşurken rahat hissetmediklerini belirtmiştir. Hastaların fiziksel ve cinsel gelişimini değerlendirme oranı %43,3; cinsel anatomi/fizyoloji danışmanlığı verme oranı %58,9; hastaya cinsel korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı %66,7 ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı %75,6'dır. Kadın ve erkek hekimler arasında bütün bu sonuçlar karşılaştırılmış ve anlamlı fark görülmemiştir. Katılımcılar mesleki tecrübelerine göre gruplara ayrılmış, sonuçlar karşılaştırılmış ancak mesleki tecrübenin sonuçlara anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

3) Katılımcıların %97,8' inin ergen cinsel sağlık danışmanlığının aile hekimliği hizmetinin önemli bir parçası olduğunu düşünmesine rağmen eğitim, bilgi ve deneyim gerektiren birçok alanda danışmanlık hizmeti vermede eksiklikler görülmüştür. Bu durum, aile hekimlerinin farkındalıklarının yüksek ama cinsel sağlık danışmanlığı hakkındaki eğitimlerinin yetersiz olduğunu göstermiştir. Bu grupta en yüksek oranda verilen danışmanlık, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve CYBH' lardan korunma yöntemleri olmuştur.

4) Eksiksiz tıbbi öykü de adolesan cinsel sağlık değerlendirmesinin temel ögesidir. Ergene yaklaşım algoritmasına göre hareket eden hekim sorunları anlama ve çözmede daha başarılı olur. Araştırmaya katılanların %18,9'u (n=17) hastanın flörtü olup olmadığını, yine %18,9'u (n=17) da cinsel deneyiminin olup olmadığını sorgulamıştır. Çalışmamızda da flörtü olup olmadığını sorgulayanların tamamı

hastanın cinsel deneyimini ve hastanın fiziksel / cinsel gelişimini değerlendirebildiği görülmüştür. Hasta anamnezini ayrıntılı almak, cinsel sağlık danışmanlığı verme oranlarını arttırmıştır

5) Daha önceden aile sağlığı merkezi veya sağlık ocağında görev yapmış olan hekimlerin, hastaların fiziksel ve cinsel gelişimini değerlendirme oranı cinsel korunma yöntemleri danışmanlığı verme oranı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve bunlardan korunma yöntemleri ile ilgili danışmanlık verme oranı ölçülmüş, tüm katılımcıların değerlendirildiği ölçümlerle karşılaştırılmış ve anlamlı bir fark görülmemiştir. Aile sağlığı merkezi ve sağlık ocağında çalışmış olmak, cinsel sağlık danışmanlığı verme oranını değiştirmemiştir. Bu durum 1.basamak sağlık hizmetler içerisinde, cinsel sağlık danışmanlığı eğitimlerinin yetersizliğini, hekimlerin bilgi ve beceri seviyesinin tıp fakültesi ve asistanlık döneminden sonra artmadığını göstermektedir.

6) Koruyucu hekimlik aile hekimliğinin ana yaklaşımlarından birisidir. Aile hekimleri sadece tedavi eden hekimler değil, hastalarını hastalıklardan da koruyan hekimlerdir. Diğer aile hekimliği ana prensibi ise bütüncül yaklaşımdır. Ergenlere cinsel danışmanlık hizmetinin, kolay ulaşabilecekleri, bütüncül hizmet veren, sağlığın geliştirilip hastalıkların önlenmesini hedefleyen, eğitim ve becerisi yüksek, bu sayede kendisini rahat ve yeterli hisseden, donanımlı aile hekimlerince verilmesi sağlıklı bireyler ve toplumlar elde etmek için çok önemlidir.

7) Bunun için tıp fakülteleri bünyesinde hizmet içi eğitime önem verilmesi, aile hekimliği uzmanlık eğitiminde ve uzmanlık sonrası dönemde ergen sağlığı ve cinsel sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi ve deneyimi arttırmaya yönelik çalışmaların iyileştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1 Allen J, Gay B. A Definition of the Key Features of the Discipline of General Practitioner. European Society of General Practice/Family Medicine-WONCA Europe, Draft Document, Barcelona, 2001.
- 2 Çuhadaroğlu F. Ergenlik Döneminde Psikolojik Gelişim Özellikleri. Katkı Pediatri Dergisi Adolesan Sayısı 2000; 21(6): 863-868.
- 3 TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CSÜS Eğitimi Modülü, Katılımcı Rehberi. Ankara, Türkiye, 2007.
- 4 World Health Organization. Adolescent Health Research Priorities: Report of a Technical Consultation. 13th and 14th October 2015, Geneva, Switzerland.
- 5 World Health Organization. Health for the World Adolescents. [http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section3/page2/mortality.html] adresinden 24.11.2020 tarihinde erişilmiştir.
- 6 Kann L, Kinchen SA, Williams BI et al. Youth Risk Behaviour Surveillance – United States, 1999. MMWR 2000; 49:1-31.
- 7 Türkiye İstatistik Kurumu [https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr] adresinden 30.03.16 tarihinde erişilmiştir.
- 8 ICC Uluslararası Çocuk Merkezi - Adolesan ve Üreme Sağlığı ve Hakları [http://www.icc.org.tr/icerik.php?id=12&kid=3] adresinden 24.11.2020 tarihinde erişilmiştir.
- 9 Nalbant H. Toplumlarda Cinselliğe Bakış. “Cinsel Sağlık Bilgileri Eğitimi Öğretmen El Kitabı” içinde. İstanbul, Aşama Matbaacılık. 2000; 15-20.
- 10 Erdoğan N. Riskli Cinsel Davranışlar. “Riskli Davranışlar Gösteren Çocuk ve Ergenler” içinde. (Editör) Ögel K. İstanbul, 2007; 229-243.
- 11 Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Sektörü için Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005–2015, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı [http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/açsap9.pdf] adresinden 24/11/2020 tarihinde erişilmiştir.
- 12 Korkmaz O. Üniversite Çağındaki Ergenlerin Cinsel Bilgi, Tutum ve Davranışları 2008 – 2010. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2011.
- 13 Derman O, Kanbur NÖ, Akgül S. “Ergen Sağlığı” Ankara, Ergen Sağlığı Derneği Yayınları. 2012.
- 14 Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri Katılımcı El Kitabı. Ankara, 2005.
- 15 Susman EJ, Rogol A. Puberty and Psychological Development. In: “Handbook of Adolescent Psychology”. Lerner RM, Steinberg L (Eds.). 2th ed. John Wiley & Sons, Inc. Hoboken, New Jersey. 2004; 15-44.

- 16 Patton D, Haris JR. Ergenlik. “\Current aile hekimliği tanı ve tedavi\” içinde. (çeviri: Mazırcıoğlu MM). Kut A, Tokalak İ, Eminsoy MG (Editörler). Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri. 2007; 129-138.
- 17 Neinstein LS. “\Adolescent Health Care: A Practical Guide\” Baltimore, Maryland USA, Williams&Wilkins. 1996.
- 18 Richard E. Adolesan Dönemi. “\Nelson Essentials of Pediatrics\” içinde. (çeviri ed.) Tuzcu M. 3. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. 2001; 226-263.
- 19 Ercan G. “\Puberte Fizyolojisi\” İstanbul, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi. 2005; 43: 9-15.
- 20 Hatipoğlu N. Pubertal Dönem ve Sorunları. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2012; 16:1-13.
- 21 Tekgöl BN, Uslu Tek P. Puberte. “\Adolesan Sağlığı\” içinde. (Editör) Tekgöl BN. İzmir, Pratisyen Hekimlik Derneği yayını. 2005; 23-37.
- 22 Bundak R, Darendeliler F, Gunoz H, Bas F, Saka N, Neyzi O. Analysis of puberty and pubertal growth in healthy boys. Eur J Pediatr 2007; 166:595- 600.
- 23 Ercan O. Adolesanın Fiziksel Gelişimi. “\Adolesan Sağlığı, II. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri\” Sempozyum Dizisi No: 63. İstanbul, Aksu Basım Yayın. 2008; 13-8.
- 24 Derman O. Ergenlerde Psikososyal Gelişim. “\Adolesan Sağlığı, II. İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri\” Sempozyum Dizisi No: 63. İstanbul, Aksu Basım Yayın. 2008; 9-21.
- 25 Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. “\Human Development Through The Life Cycle\” Kaplan Sadock’s Synopsis of Psychiatry seventh edition. William & Wilkins. 1994; 16-86.
- 26 Chambers C.V. Childhood and Adolescence. “\Textbook of Family Practice\” içinde. Rakel E.R. 6. Baskı W.B. Saunders Company. 2002; 608- 636.
- 27 Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. “\Human Development Through The Life Cycle\” Kaplan Sadock’s Synopsis of Psychiatry eight edition. William & Wilkins. 2008; 3035-3043.
- 28 Polvan Ö (Editör), Mukaddes MN (çeviri editörü). “\ Çocuk ve ergen psikiyatrisi.\” İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2000; 17-20.
- 29 T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi. Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri. Ankara. Yayın No: 722; 2008.
- 30 Gendel ES, Bonner EJ. Sexual disfunction, gender identity disorders and parafilias. “\Review of General Psychiatry, Appleton and Lange\” içinde. Goldman H.H.(Ed). Connecticut. 1992; 306-326.
- 31 Demir SC, Ürünsak İF. Adolesan Kontrasepsiyon. Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Şatıroğlu H. Ergenlikte Cinsellik. “\Adolesan Sağlığı, II. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri\” Sempozyum Dizisi No: 63. İstanbul, 2008; 41-46.

- 32 Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye üreme sağlığı programı ilerleme raporu. Katılımcı Rehberi. Gençlerin Cinselliği. Ek 4. Genç Dostu Cinsel Sağlığı ve Üreme Sağlığı Hizmet İçi Eğitim kursu. 2006.
- 33 Çuhadaroğlu F, Tüzün Özgüner Z. Cinsel Kimlik Gelişimi ve Bozuklukları, Cinsel Kötüye Kullanma. Katkı Pediatri Dergisi Adölesan Sayısı 2000; 21(6):877-883.
- 34 Pataki C S. Normal ergenlik. \”Kaplan & Sadock comprehensive textbook of psychiatry\” içinde. (Çeviri ed) Aydın H, Bozkurt A. 8. baskı. Güneş Kitabevi. 2007; 3035-3043.
- 35 Nusbaum MRH. Ergen cinselliği (Çeviri: Dağdeviren N.) \”Current aile hekimliği tanı ve tedavi\” içinde. Kut A, Tokalak İ, Eminsoy MG (Editörler). Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri. 2007; 160-169.
- 36 Sciences 2006; 2(1):67-70.
- 37 French RS, Cowan FM. Contraception for adolescents. Best Practice Research Clinical Obstetrics Gynaecology 2009; 23:233-247.
- 38 Özgü E, Yakut Hİ. Adölesan Kontrasepsiyon. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2015; 12(5):191-193.
- 39 Frost JJ, Darroch JE. Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use, United States, 2004. Perspectives in Sexuality and Reproductive Health 2008; 40:94.
- 40 ACOG Committee opinion on adolescence Contraception and Adolescents Pediatrics No: 392 December 2007.
- 41 Polanczky. Adolescent contraception. M.Curr Opin Obstet Gynecol. 1998; 10:213-219.
- 42 Beach RK. Contraception in adolescents. Adolescent Health Update 1995; 7:2.
- 43 Jeannette ES, Samuel CM, Evely LL. “\Current Aile Hekimliği\”. (Çev.ed.) Kut A. Tokalak İ. Eminsoy MG. Ankara, Öncü Basımevi. 2007.
- 44 Feucht C, Vanden Bussche H. Pharmacology update in adolescents: contraception and human papillomavirus vaccination. Adolescent Medical State Art Review 2013; 24:57-89.
- 45 Lawrie TA, Helmerhorst FM, Maitra NK, Kulier R, Bloemenkamp K, Gülmezoglu AM. Types of progestogens in combined oral contraception: effectiveness and side-effects (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 5. Art. No.: CD004861.
- 46 Sitruk-Ware R. Progestogens in hormonal replacement therapy: new molecules, risks, and benefits. Menopause 2002; 9:6-15.
- 47 Ahrendt HJ, Adolf D, Buhling KJ. Advantages and challenges of oestrogen- free hormonal contraception. Current Medical Research Opinions 2010; 26:1947-1955.
- 48 Cromer BA. Depo-Provera- wherefore art thou? Adolescent Pediatric Gynecology 1992; 5:155-162.
- 49 TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı. Ankara, Türkiye. 2000.
- 50 Aydın S. Aile Planlaması ve Yöntemleri-1. Aile Hekimliği Dergisi 2007; 1(3,4).
- 51 TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü: Ergen Sağlığı ve Gelişimi Kaynak Kitabı. Ankara, Türkiye. 2004.

- 52 Madazlı R. Adolesan Gebelikleri. İstanbul, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi. 2008; 63: 51-52.
- 53 Güzel Aİ, Tokmak A, Üstün YE. Adolesan Gebelikler. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2016; 13(1):28-31.
- 54 Mason E. Guidelines for preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes Among adolescents in developing countries. Geneva, World Health Organization, 2011:1-8.
- 55 Kmietowicz Z. US and UK are top in teenage pregnancy rate. BMJ 2002; 324:1354.
- 56 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Ankara, Türkiye, 2014.
- 57 World Health Organization. Adolescent pregnancy. [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>] Adresinden 23.11.2020 tarihinde erişilmiştir.
58. Raatikainen K, Heiskanen N, Verkasalo PK, Heinonen S. Good outcome of teenage pregnancies in high-quality maternity care. Eur J Public Health 2006; 16:157-161.
59. Lao TT, Ho LF. The obstetric implications of teenage pregnancy. Hum Reprod 1997; 12:2303-2305.
60. Tilghman J, Lovette A. Prenatal Care: The Adolescent's Perspective. J Perinat Educ 2008; 17:50-53.
61. Yıldırım Y, Inal MM, Tinar S. Reproductive and Obstetric Characteristics of Adolescent Pregnancies in Turkish Women. J Pediatr Adolesc Gynecol 2005; 18: 249–253.
62. Öner S, Yapıcı G. Adolesan Gebeliklere Bakış. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2010; 8(1):30-39.
63. McIntyre P. Health Problems Associated With Adolescent Pregnancy. Pregnant Adolescents Delivering on Global Promises of Hope. Geneva, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2006;10-15.
64. Çokar M. Dünyada ve Türkiye'de isteyerek düşüğün yasal boyutunun etik açıdan değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
65. Bükülmez O, Deren Ö. Perinatal outcome in adolescent pregnancies: A case-control study from a turkish university hospital. European Journal of obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2000;207-12.
66. Gökçe B, Ozsahin A, Zencir M. Determinants of adolescent pregnancy in an urban area in Turkey: a population-based case-control study. J Biosoc Sci 2007; 39:301-311.
67. Moran VH. A systematic review of dietary assessments of pregnant adolescents in industrialised countries. Br J Nutr 2007; 97:411-25.
68. Pathak P, Singh P, Kapil U, Raghuvanshi RS. Prevalence of iron, vitamin A, and iodine deficiencies amongst adolescent pregnant mothers. Indian J Pediatr 2003; 70:299-301.
69. Banerjee B, Pandey G, Dutt D, Sengupta B, Mondal M, Deb S. Teenage pregnancy: a socially inflicted health hazard. Indian J Community Med. 2009; 34:227-231.
70. Trivedi SS, Pasrija S. Teenage pregnancies and their obstetric outcomes. Trop Doct 2007; 37:85-88.

71. Gilbert ES, Harmon JS. Hipertansif Bozukluklar. \“Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı\” içinde. Çev. ed. Taşkın L. 2.baskı. Ankara, Palme Yayıncılık (Basımevi). 2002;497-501.
72. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2011; 5(4).
73. Gürsoy E, Gençalp NS. Cinsel sağlık eğitiminin önemi. Aile ve Toplum 2010; 6(23):29-36.
74. Gölbaşı Z. Adölesan Kızlara Yönelik Okula Dayalı Üreme Sağlığı Eğitimi. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2002.
75. Çalışandemir F, Bencik S, Artan İ. Çocukların cinsel eğitimi: geçmişten günümüze bir bakış. Eğitim ve Bilim derg 2008; 33(150):14-27.
76. CETAD Gençlik ve Cinsellik. 8. Bilgilendirme dosyası basın bülteni. Karabey S, Müftüoğlu N. (Editörler). 2007. [http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/32/269201116835bilgilendirme_dosyasi_7.pdf] adresinden 24/11/2020 tarihinde erişilmiştir.
77. Sakaoğlu N. Gençlerin Cinsel Eğitiminde Uygulama ve Yaklaşımlar. \“Gençlik, Cinsel Eğitim ve Üreme Sağlığı\” içinde. İstanbul, Anadolu Matbaa ve Tic. Koll. Şti. 1995.
78. Çayır G, Kızılkaya Beji N. Cinsel Sağlık Eğitimi. Androloji Bülteni 2015; 62(17):231-240.
79. Neinstein LS. The office visit. interview techniques. and recommendations to parents. In "Adolescent Health Care. A practical guide". 3rd ed. (ed) Neinstein LS. Baltimore, Williams&Wilkins. 1996:46-60.
80. Hofmann A. Communicating with adolescents and their parents. In "Adolescent Medicine". 3rd ed. (eds) Hoffman AD, Greydanus DE. Connecticut, Appleton . 1997:40-60.
81. Hinchliff S, Gott M. Seeking Medical Help for Sexual Concerns in Mid- and Later Life: A Review of the Literature. J Sex Res 2011; 48(2-3):106-17.
82. 6. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği, Türkiye Üreme Sağlığı Programı internet sitesi. http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/10/2692011154421-Arastirma_sonuc_lari_Dosyasi_1.pdf Erişim tarihi: 09.05.2014
83. Burd ID, Nevadunsky N, Bachman G. Impact of physician gender on sexual history taking in a multidisciplinary practice. J Sex Med 2006; 3(2):194-200.
84. Güclü YA, K. Öztürk Y, Öztürk Ö. E, Öngel K. Aile Hekimliği Asistanlarının Cinsel İşlev Bozukluklarına Bakışlarının Değerlendirilmesi: Ön Çalışma İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir
85. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Family Practice* 2004;21:528-36.
86. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Family Practice* 2003; 20:690-5.
87. Hoffman AD. Providing care to adolescents. In Hoffman AD, Greydanus DE (eds). Adolescent Medicine. 3rd ed. Connecticut: Appleton, 1997: 23- 39.
88. Reif CJ, Elster AB. Adolescent Preventive Services. *Adolesc Med* 1998; 25: 1- 19.

89. Cyntia RP, Friedman SB. Interviewing the adolescent and family. In: Friedman SB, Fisher MM, Schonberg SK, Alderman EM (eds). Comprehensive adolescent health care. 2nd ed. St Louis: Mosby, 1998: 60- 5.
90. McPherson A. ABC of adolescence: Adolescents in primary care. BMJ 2005; 330: 465- 7.
91. Derman O, Kanbur N.Ö, Akgül S.Ergen Sağlığı 2012;31-33
92. Dikici M.F Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2007;27(3):412-8
93. Öner L, Dağdeviren N, Aktürk Z, Şahin EM, Özer C. Tıp Fakültesi öğrencilerinin cinsellikle ilgili bilgi, tutum ve davranışları. İçinde: I.Uluslararası ve II.Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi; 2001 Nisan 20-23; Antalya. 2001
94. Akın A, Özvarış ŞB. 'Adolesanların/gençlerin cinsel ve üreme sağlığını etkileyen faktörler' projesi (özet rapor). HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı; 2004.
95. Arı S, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi asistanları ve 6. Sınıf öğrencilerinin üreme sağlığı hakkındaki bilgilerinin incelenmesi Tez Çalışması)
96. Braverman PK, Strasburger VC. Sexually transmitted diseases. Clin Pediatr (Phila) 1994;33:26-37.
97. Shrier LA. Sexually transmitted diseases in adolescents: biologic, cognitive, psychologic, behavioral, and social issues. Adolesc Med Clin 2004;15:215-34.
98. Özcağar N. 1.basamakta adolesana yaklaşım ,Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği ABD,Turkish Family Physician)