T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNE CİNSEL SAĞLIK / ÜREME SAĞLIĞI KONUSUNDA VERİLEN AKRAN EĞİTİMİNİN BİLGİ VE DAVRANIŞLARA ETKİSİ

ZEYNEP OĞUL

DANIŞMAN
PROF.DR.NEVİN HOTUN ŞAHİN

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2021

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 01.10.2021 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Ergül ASLAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Sevim ULUPINAR
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Melike DİŞSİZ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Hemşirelik Fakültesi

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 çalışmasıyla 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.

Zeynep Oğul

İTHAF

Bu tezi canımın parçası oğlum Mustafa'ya ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

İlk teşekkürümü tanıdığım ilk günden beri ışığıyla yolumu aydınlatan, varolduğunu hissettiğimde güç veren ve her anlamda danışmanım olan çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. Nevin Hotun ŞAHİN'e etmek istiyorum. Akabinde tezimin şekillenmesi sürecinde değerli fikirlerini paylaşan ve geri bildirimleriyle katkı sağlayan hocalarım Sayın Prof. Dr. Ergül ASLAN ve Sayın Doç. Dr. Sevim ULUPINAR'a teşekkür ederim.

Veri toplama aşamasında çalışmaya katılımaya gönüllü olmalarıyla tanışmaktan zevk duyduğum akran eğiticilerden başta Zeki Yavuz olmakla birlikte tek tek tüm akran eğiticilere emekleri ve işbirlikleri için teşekkür ederim. Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul eden ve sorularını, fikirlerini bizimle paylaşan tüm gençlere çok teşekkür ederim.

Verilerin değerlendirilmesi aşamasında değerli görüşleri ile çalışmamıza katkı sağlayan hocam Sayın Doç. Dr. Saleh SALİMİ'ye, Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'ndeki hocalarıma ve aynı ofisi paylaştığım araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Daima karşılıksız sevgi ve destekleriyle yanımda olduğunu hissettiğim babam Mehmet OĞUL, annem Elife OĞUL ve kardeşim Dr. Aslınur OĞUL'a, büyük güçlü bir aile olduğumuzu bana hissettiren teyzem Yard. Doç. Dr. Nazmiye ÇELEBİ, eniştem Yard. Doç. Dr. Cevdet E. ÇELEBİ, yeğenlerim Sevim ve Süleyman ÇELEBİ'ye, dayılarım Bayram ve Latif TEPE'ye, dostuğun ve arkadaşlığın anlamını yeniden keşfettiğim bu süreçte yanımda olan arkadaşlarım Ebru ARIK GÖKALP ve Tülin YILMAZ'a,

Tez yazım sürecinde, birlikte geçireceğimiz değerli zamanımızdan çaldığım anlarda bana en çok sabır ve özveriyi gösteren oğlum Mustafa KIRIKKALELİ'ye ve sevginin değerini keşfetmemi sağlayan, hayatıma anlam katan Burak TOKAY'a,

Doktora eğitimim boyunca farklı zamanlarda yanımda olan ve desteğini hissettiğim herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... Xİ
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... Xİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... XİV
ÖZET XV
ABSTRACT ..... XVİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. ADÖLESAN VE GENÇLİK DÖNEMİ 4
2.1.1. Adölesan ve Gençlik Dönemi Tanımı 4
2.1.2. Adölesanlar ve Gençler Hakkında Demografik ve Sosyo-Ekonomik Bilgiler 4
2.1.2.1. Popülasyon 4
2.1.2.2. Adölesan ve Gençlerin Hastalık Yükü 5
2.1.2.3. Eğitim 6
2.1.2.4. İş ve Yoksulluk 7
2.1.2.5. Yeni Sosyal Bağlam 8
2.1.3. Adölesan ve Gençlik Döneminde Fiziksel, Psikososyal ve Cinsel Gelişim 9
2.1.3.1. Adölesan ve Gençlik Döneminde Fiziksel Gelişim 9
2.1.3.2. Adölesan ve Gençlik Döneminde Psikososyal Gelişim 11
2.1.3.3. Adölesan ve Gençlik Döneminde Cinsel Gelişim ve Cinsel İlişki 12
2.2. ADÖLESAN VE GENÇLERİN CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI 13
2.2.1. Adölesan ve Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığını Etkileyen Etmenler 14
2.2.1.1. İlk Cinsel İlişki Yaşı 15
2.2.1.2. İlk Gebelik ve Evlilik Yaşı 16
2.2.1.3. Kontraseptif Yöntem Kullanımı 18
2.2.2. Adölesan ve Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sorunları 19
2.2.2.1. Adölesan ve Gençlerde HIV-AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar 19
2.2.2.2. Adölesan ve Gençlerde İstenmeyen Gebelik ve Doğum 22
2.2.2.3. Çocuk Evlilikler 23
2.2.2.4. Adölesan ve Genç Babalık (Paternity) 25
2.2.2.5. Adölesan ve Genç Anne Ölümleri 25
2.2.2.6. Adölesan ve Gençlerde Cinsel Şiddet 26
2.2.2.7. Adölesan ve Gençlerin Menstrüal Hijyen ve Sağlığı 29
2.2.2.8. Adölesan ve Gençlerin Dijital Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı 30

2.2.2.9. Adölesan ve Gençlerde Korunmasız Cinsel İlişki ve Riskli Cinsel Davranışlar 32
2.3. ADÖLESAN VE GENÇLERE YÖNELİK CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI EĞİTİMİ 34
2.3.1. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitiminin Kapsamı 35
2.3.1.1. Cinsel Eğitimde Yoksunluk (Cinsel İlişkiden Kaçınma) Yaklaşımı.....36
2.3.1.2. Kapsamlı Cinsel Eğitim (Comprensive Sexual Education - CSE) Yaklaşımı 36
2.3.1.3. Okul ve Öğretmen Temelli Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitimi 37
2.3.1.4. Adölesan ve Genç Dostu Sağlık Hizmetleri Yaklaşımı 39
2.3.1.5. Toplum Temelli Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitimi 40
2.3.1.6. Klinik Takip Temelli Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitimi 41
2.3.1.7. Teknoloji Temelli Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitimi 41
2.3.2. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitiminin Özellikleri ve Uygulama Kriterleri 44
2.3.3. Adölesan ve Gençlere Yönelik Akran Eğitimi (Peer Education) Modeli 46
2.3.3.1. Akran Eğitimi Programı 48
2.4. ADÖLESAN VE GENÇLERİN CSÜS EĞİTİMİNDE EBEVEYNLERİN, SAĞLIK PROFESYONELLERİ VE HEMŞİRELERİN ROLÜ 51
2.4.1. Adölesan ve Gençlerin CSÜS Eğitiminde Ebeveynlerin Rolü 51
2.4.2. Adölesan ve Gençlerin CSÜS Eğitiminde Sağlık Profesyonelleri ve Hemşirelerin Rolü 53
3. GEREÇ VE YÖNTEM 56
3.1. ARAŞTIMANIN AMACI 56
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ 56
3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ 56
3.4. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ 56
3.5. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....56
3.6. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....57
3.6.1. Çalışma Grupları 58
3.6.2. Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri 58
3.6.3. Örnekleme Dahil Edilmeme Kriterleri.....58
3.7. VERİLERİ TOPLAMA YÖNTEMİ.....58
3.7.1. Akran Eğitici Eğitimi Programı.....58
3.7.1.1. Akran Eğitici Eğitimi Araştırmanın Planı.....59
3.7.1.2. Akran Eğiticilerin Belirlenmesi 59
3.7.1.3. Akran Eğitici Eğitiminin Uygulanması.....59
3.7.1.4. Akran Eğitici Eğitiminin Değerlendirilmesi 61
3.7.2. Akran Eğitimi Programı 61
3.7.2.1. CSÜS Akran Eğitimi.....62
3.7.2.1.1.CSÜS Akran Eğitiminin Hazırlığı 62
3.7.2.1.2.CSÜS Akran Eğitimin Uygulanması 62

3.7.2.2. Çevrimiçi CSÜS Sunumu 63
3.7.2.2.1.Çevrimiçi *CSÜS* Sunum Hazırlığı.....63
3.7.2.2.2.Çevrimiçi CSÜS Sunumunun Uygulanması 63
3.7.2.3. CSÜS Akran Eğitimi ve Çevrimiçi CSÜS Sunumunun Değerlendirilmesi.65
3.8. ETİK KONULAR.....65
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLI YÖNLERİ 66
3.10. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ 66
3.11. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 67
3.11.1. Kimdir Bu? Testi (Ek – 2) 67
3.11.2. Akran Eğitimi Becerilerini Ölçme Formu (Ek – 3).....67
3.11.3. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek – 4).....67
3.11.4. Cinsel Sağlık Bilgi Testi (CSBT) (Ek – 5) 68
3.11.5. Türk Adölesanları için Üreme Sağlığı Ölçeği (ÜSÖ) (Ek – 6) 68
3.12. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 69
4. BULGULAR.....72
4.1. Akran Eğiticilerin Tanımlayıcı ve CSÜS Özelliklerine İlişkin Bulgular 72
4.1.1. Akran Eğiticilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular 73
Tablo 4.1-1. Akran Eğiticilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı 73
4.1.2. Akran Eğiticilerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığıyla İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular.....74
4.1.3. Akran Eğiticilerin CSÜS Deneyim ve Durumlarıyla İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular.....76
4.1.4. Akran Eğiticilerin Yaş ve İlk Cinsel İlişki Yaşıyla İlgili Bulguları.....78
4.2. Akran Eğiticilerin CSÜS Akran Eğitici Eğitimi Öncesi ve Sonrası CSBT ve ÜSÖ Yanıtlarına İlişkin Bulgular 79
4.2.1. Akran Eğiticilerin CSÜS Akran Eğitici Eğitimi Öncesi ve Sonrası CSBT Yanıtlarına İlişkin Bulgular 80
4.2.2. Akran Eğiticilerin CSÜS Akran Eğitici Eğitimi Öncesi ve Sonrası ÜSÖ Yanıtlarına İlişkin Bulgular 84
4.3. Akran Eğiticilerin Cinsel Sağlık Bilgi Testi ve Üreme Sağlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular 88
4.3.1. Akran Eğiticilerin Grup İçi CSBT Puanı Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....88
4.3.2. Akran Eğiticilerin Grup İçi ÜSÖ Puanı Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....89
4.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Tanımlayıcı ve CSÜS Özelliklerine İlişkin Bulgular 90
4.4.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular 91
4.4.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığıyla İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular.....93
4.4.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSÜS Deneyimiyle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular 95

4.4.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSÜS İle İlgili Durumlarına İlişkin Bulgular....97
4.4.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Yaş ve İlk Cinsel İlişki Yaşıyla İlgili Bulgular....99
4.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSÜS Eğitimi Öncesi, Sonrası ve İzlemlerdeki Cinsel Sağlık Bilgi Testi ve Üreme Sağlığı Ölçeği Yanıtlarına İlişkin Bulgular....100
4.5.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSÜS Eğitimi Öncesi, Sonrası ve İzlemdeki CSBT Yanıtlarına İlişkin Bulgular....101
4.5.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSÜS Eğitimi Öncesi, Sonrası, İlk ve İkinci İzlemdeki ÜSÖ Yanıtlarına İlişkin Bulgular....103
4.6. Girişim ve Kontrol Grubundaki Ögrencilerin Cinsel Sağlık Bilgi Testi ve Üreme Sağlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular....106
4.6.1. Girişim Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi CSBT Puanı Ortalamalarına İlişkin Bulgular....107
4.6.2. Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi CSBT Puanı Ortalamalarına İlişkin Bulgular....108
4.6.3. Girişim ve Kontrol Grubu Öğrencilerin CSBT Puanı Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular....109
4.6.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSBT Puanlarına CSÜS Eğitiminin Etkisine İlişkin Bulgular....110
4.6.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSBT Puanlarına İlişkin Bulgular....111
4.6.6. Girişim Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi ÜSÖ Puanı Ortalamalarına İlişkin Bulgular....113
4.6.7. Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi ÜSÖ Puanı Ortalamalarına İlişkin Bulgular....115
4.6.8. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin ÜSÖ Puanı Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular....117
4.6.9. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin ÜSÖ Puanlarına CSÜS Eğitiminin Etkisine İlişkin Bulgular....119
4.6.10. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin ÜSÖ Puanlarına İlişkin Bulgular....120
4.6.11. Girişim ve Kontrol Gurubundaki Öğrencilerin CSBT Son Test ile ÜSÖ Son Test Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular....122
5. TARTIŞMA....123
5.1. Akran Eğiticilerin Tanımlayıcı ve CSÜS Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması....123
5.1.1. Akran Eğiticilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması....123
5.1.2. Akran Eğiticilerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığıyla İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması....125
5.1.3. Akran Eğiticilerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Deneyim ve Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması....127

5.2. Akran Eğiticilerin CSÜS Akran Eğitici Eğitimi Öncesi ve Sonrası CSBT Yanıtlarına İlişkin Bulguların Tartışılması 130
5.3. Akran Eğiticilerin Cinsel Sağlık Bilgi Testi ve Üreme Sağlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 131
5.3.1. Akran Eğiticilerin Grup İçi CSBT Puanı Ortalamalarının Tartışılması.....131
5.3.2. Akran Eğiticilerin Grup İçi ÜSÖ Puanı Ortalamalarının Tartışılması.....132
5.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Tanımlayıcı ve CSÜS Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 135
5.4.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 135
5.4.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığıyla İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....140
5.4.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSÜS Deneyimi ve Durumlarıyla İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....143
5.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSÜS Eğitimi Öncesi, Sonrası ve İzlemdeki Cinsel Sağlık Bilgi Testi Yanıtlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....147
5.6. Girişim ve Kontrol Grubundaki Ögrencilerin Cinsel Sağlık Bilgi Testi ve Üreme Sağlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 148
5.6.1. Girişim Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi CSBT Puanı Ortalamaları ve İlişkisinin Tartışılması 149
5.6.2. Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi CSBT Puanı Ortalamaları ve İlişkisinin Tartışılması 149
5.6.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSBT Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması 150
5.6.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSBT Puanlarına CSÜS Eğitiminin Etkisinin Tartışılması 152
5.6.5. Girişim Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi ÜSÖ Puanı Ortalamaları ve İlişkisinin Tartışılması 153
5.6.6. Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi ÜSÖ Puanı Ortalamaları ve İlişkisinin Tartışılması 154
5.6.7. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin ÜSÖ Puanı Ortalamalarının Tartışılması 156
5.6.8. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin ÜSÖ Puanlarına CSÜS Eğitiminin Etkisinin Tartışılması 157
5.6.9. Girişim ve Kontrol Gurubunun CSBT Son Test Puanları İle ÜSÖ Son Test Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması 158
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....162
KAYNAKLAR.....165
FORMLAR.....205
ETİK KURUL KARARI 223
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....225
ÖZGEÇMİŞ.....226

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.2-1. 15-19 Yaş Adölesanların Küresel CYBE Prevalansları 21
Tablo 2.3-1. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitiminin Özellikleri 44
Tablo 3.7-1. Akran Eğiticilerin Seçimi ve Eğitimi Aşamasında Araştırma Planı 59
Tablo 3.7-2. CSÜS Akran Eğitimi Modeli Araştırma Planı 61
Tablo 3.12-1. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Analizler..... 71
Tablo 4.1-1. Akran Eğiticilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı……..73
Tablo 4.1-2. Akran Eğiticilerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığıyla İlgili Özelliklerine İlişkin Dağılımı……74
Tablo 4.1-3. Akran Eğiticilerin CSÜS Deneyim ve Durumlarıyla İlgili Özelliklerinin Dağılımı……...76
Tablo 4.1-4. Akran Eğiticilerin Yaş ve İlk Cinsel İlişki Yaşıyla İlgili Bulguların Dağılımı……...78
Tablo 4.2-1. Akran Eğiticilerin CSÜS Aran Eğitici Eğitimi Öncesi ve Sonrasındaki CSBT Yanıtlarının Dağılımı……...80
Tablo 4.2-2. Akran Eğiticilerin CSÜS Aran Eğitici Eğitimi Öncesi ve Sonrasındaki ÜSÖ YanıtlarınınDağılımı……84
Tablo 4.3-1. Akran Eğiticilerin Grup İçi CSBT Puanı Ortalamaları ve İlişkisi……88
Tablo 4.3-2. Akran Eğiticilerin Grup İçi ÜSÖ Puanı Ortalamaları ve İlişkisi 89
Tablo 4.4-1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı 91
Tablo 4.4-2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığıyla İlgili Özelliklerinin Dağılımı……..93
Tablo 4.4-3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Deneyimiyle İlgili Özelliklerinin Dağılımı……..95
Tablo 4.4-4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Cinsel Sağlık Üreme Sağlığıyla İlgili Durumlarının Dağılımı……..…….97
Tablo 4.4-5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Yaş ve İlk Cinsel İlişki Yaşıyla İlgili Bulguların Dağılımı……...99
Tablo 4.5-1. Girişim ve Deney Grubundaki Öğrencilerin CSÜS Eğitimi Öncesi, Sonrası ve İlk İzlem CSBT Yanıtlarının Dağılımı..... 101
Tablo 4.5-2. Girişim ve Deney Grubundaki Öğrencilerin CSÜS Eğitimi Öncesi, Sonrası, İlk İzlem ve İkinci İzlem ÜSÖ Yanıtlarının Dağılımı 103

Tablo 4.6-1. Girişim Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi CSBT Puanı Ortalamaları ve İlişkisi 107
Tablo 4.6-2. Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi CSBT Puanı Ortalamaları ve İlişkisi 108
Tablo 4.6-3. Girişim ve Kontrol Grubu Öğrencilerin CSBT Puan Ortalamalarının Karşılaştırması 109
Tablo 4.6-4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSBT Puanlarına CSÜS Eğitiminin Etkisi 110
Tablo 4.6-6. Girişim Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi ÜSÖ Puanı Ortalamaları ve İlişkisi 113
Tablo 4.6-7. Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi ÜSÖ Puanı Ortalamaları ve İlişkisi 115
Tablo 4.6-8. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin ÜSÖ Puanı Ortalamalarının Karşılaştırması 117
Tablo 4.6-9. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin ÜSÖ Puanına CSÜS Eğitiminin Etkisi 119

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.2-1. Dünyanın Çeşitli Bölgelerindeki Adölesan Şiddet Prevalansları..... 27

Şekil 2.3-1. Akran Eğitimi Programının Yönetim Yapısı 48

Şekil 3.7-1. Araştırmanın Aşamaları 64

Şekil 4.6-1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSBT Puanları..... 111

Şekil 4.6-2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin ÜSÖ Puanları..... 120

Şekil 4.6-3. Girişim Gurubu CSBT Son Test ile ÜSÖ Son Test Arasındaki İlişki …….122

Şekil 4.6-4. Kontrol Gurubu CSBT Son Test ile ÜSÖ Son Test Arasındaki İlişki 122

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome

BM: Birleşmiş Milletler

CDC: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi

CS: Cinsel Sağlık

CSBT: Cinsel Sağlık Bilgi Testi

CSÜS: Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı

CYBE: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization- WHO)

HIV: Human Immmunodeficiency Virus

ICPD: International Conference on Population and Development Program of Action

KKTC: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

ÜS: Üreme Sağlığı

ÜSÖ: Üreme Sağlığı Ölçeği

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

UNFPA: United Nations Population Fund

ITT: Intention To Treat

ÖZET

Oğul, Z. (2021). Üniversite Öğrencilerine Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Konusunda Verilen Akran Eğitiminin Bilgi ve Davranışlara Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerine akran eğitimi modeli ile verilen Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı (CSÜS) eğitiminin bilgi ve davranışlarına etkisini test etmektir.

Çalışmanın ilk aşamasında eğitim fakültesinden akran eğiticiler (n=25) belirlenerek CSÜS eğitimine alınmıştır. Dahil edilen diğer fakültelerden öğrenciler girişim ve kontrol gruplarına rastgele atanmıştır. Girişim grubundan (n=125) rastgele atanan her beş öğrenciye bir akran eğitici tarafından yüzyüze CSÜS akran eğitimi, kontrol grubuna (n=125) araştırmacı tarafından çevrimiçi konferans yöntemi ile CSÜS eğitimi verilmiştir. Tüm katılımcılara çalışma öncesi, sonrası, üç ve altı ay sonra Cinsel Sağlık Bilgi Testi (CSBT) ve Üreme Sağlığı Ölçeği (ÜSÖ) uygulanmıştır.

Öğrencilerin kız ve erkek oranları eşit, yaş ortalaması 20,42±1,14, ilk cinsel ilişki yaş ortalaması 17,01±2,22 yıl saptanmıştır. Öğrencilerin büyük çoğunluğu okulda CSÜS eğitimini gerekli gördüğü ve çalışmamıza katılana kadar neredeyse yarısının CSÜS ile ilgili daha önce bilgi almadığı belirlenmiştir. Girişim grubundaki öğrencilerinin CSÜS akran eğitimi öncesi CSBT ve ÜSÖ puanı ortalaması eğitim sonrası sırasıyla 21,20±0,14'ten 35,20±0,07'ye ve 130,56±0,55'ten 147,90±0,25'e artmış, bu artış istatitistiksel olarak önemli saptanmıştır. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında da CSBT ve ÜSÖ puan ortalamasındaki bu artışlar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır.

Çalışma sonucuna göre akran eğitimi üniversite öğrencilerinin CSÜS bilgi ve davranışlarının sağlanması ve geliştirilmesinde etkili ve kullanılabilir bir modeldir.

Anahtar Kelimeler: Akran Eğitimi, Cinsel Sağlık Bilgisi, Üreme Sağlığı, Cinsel Sağlık

ABSTRACT

Ogul, Z. (2021). Effect of Peer Education about Sexual / Reproductive Health on Knowledge and Behavior of the University Students. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Women's Health and Diseases Nursing. Doctoral Dissertation. İstanbul.

This study aimed to test the effect of Sexual and Reproductive Health (SRH) peer education on the knowledge and behaviors of university students.

In the first stage, peer educators (n=25) were selected among students of the education faculty for SRH education. Participants of the experimental and the control groups were randomly selected from other faculties. For every five randomly assigned participants in the experimental group (n=125), the SRH training were given face-to-face by a peer educator, and it was provided to the control group (n=125) by the researcher via online conference method. Sexual Health Knowledge Test (SHKT) and Reproductive Health Scale for Turkish Adolescents (RHS) were administered to all participants before, after, three, and six months after the study.

The ratio of female and male students was equal. The mean age was 20.42±1.14 years, and the mean age for first sexual intercourse was 17.01±2.22 years. The majority of the participants considered SRH education necessary at school, and almost half of them had not received any information about SRH before. The mean SHKT and RHS scores of the students in the experimental group before peer education increased from 21.20±0.14 to 35.20±0.07, and 130.56±0.55 to 147.90±0.25, which were statistically significant. Compared to the control group, these increases in the mean scores of SHKT and RHS were found to be statistically significant.

According to the results of the study, peer education is an effective and usable model in the provide and improve of SRH knowledge and behaviors of university students.

Keywords: Peer Education, Sexual Health Knowledge, Reproductive Health, Sexual Health

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda (International Conference on Population and Development Program of Action, ICPD), nüfus artışının azaltılmasına odaklanılmıştır. Bu kapsamda adölesan ve gençlerin ihtiyaçlarını en iyi karşılayan üreme sağlığı seçimleri ve adölesanların cinsellikleriyle sorumlu bir şekilde ilgilenmelerini sağlamak için eğitim ve hizmet ihtiyaçlarının karşılanması çağrısında bulunulmuştur. Bu nedenle adölesan ve gençlerin cinsel ve üreme sağlığı küresel gündeme yerleşmiştir (ICPD, 1994). ICPD ardından Binyıl Kalkınma Hedefleri'yle (Millennium Development Goals, MDG - BKH) gündemde olmasına rağmen adölesan ve gençlerin CSÜS büyük oranda ihmal edilmiştir (United Nations, 2015a). Bu durum Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (Sustainable Development Goals, SDG - SKH) kapsamında tamamen değişmiştir. Adölsan ve gençlerin sağlığı uluslararası bir politika önceliği ve küresel strateji'nin odak noktası haline gelmiştir (United Nations, 2015b; **WHO, 2020b;** United Nations, 2015c).

CSÜS hizmetlerine en çok üreme çağındaki genç yaş grubunda ihtiyaç duyulmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10-19 yaş "adölesan" dönem, 15-24 yaş ise "gençlik" dönemi olarak tanımlanmıştır. Dünyada 7,2 milyar insan gençlik dönemindedir. Bu insanlardan 3 milyardan fazlası 25 yaşın altındadır ve bu sayı dünya nüfusunun %42'sini oluşturmaktadır (WHO, 2020a). Türkiye ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) de genç nüfus yapısına sahip ve gelişmekte olan ülkelerdendir (TÜİK, 2018; KKTC Devlet Planlama Örgütü, 2018). Gençlerin %83'ü gelişmekte olan ülkelerde yaşamakta ve cinsel saldırı, tecavüz, fuhuş, erken yaşta gebelik ve çocuk doğurma, kısırlık, anemi, yetersiz beslenme, güvenli olmayan küretaj, üreme sistemi enfeksiyonları, CYBE (Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar), HIV-AIDS (Human Immmunodeficiency Virus-Acquired Immune Deficiency Syndrome) gibi risklerle karşı karşıya kalmaktadır (Morris ve Rush, 2015). DSÖ'nün verilerine göre 1,3 milyon genç yaralanma, HIV enfeksiyonu, intihar gibi önlenebilir nedenlerden hayatını kaybetmektedir. 15 milyon genç kadın 18 yaşından önce evlenmekte 2,3 milyon kadın 16 yaşından önce çocuk doğurmakta, 120 milyon kadın 20 yaşından önce cinsel şiddet kurbanı olmaktadır (WHO, 2021c). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl 10 milyon genç CYBE'dan

etkilenmektedir (CDC, 2015). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre gençlerin %15'i 18 yaşından önce evlenmekte, 15-19 yaşındaki adölesanların %4'ü gebe ya da doğum yapmaktadır (TNSA, 2018). CYBE'a yönelik veri eksikleri olmakla birlikte Türkiye Sağlık Bakanlığı 2018 verilerine göre 3,678 HIV (+) ve 122 AIDS vakası saptanmıştır. 15 yaş altı Hepatit B vakaları 100.000'de 0,1, tüm nüfusta 100.000 de 1,9 oranında görülmektedir. Aynı yıl 2,430 sifiliz, 86 gonore, 59 klamidya tanısı konulmuştur (TC Sağlık Bakanlığı, 2020). KKTC Sağlık Bakanlığı Bildirimi Zorunlu Hastalılar 2018 raporuna göre; 777 Hepatit B, 42 HIV (+), 4 gonore vakasına rastlanmıştır (KKTC Sağlık Bakanlığı, 2018). DSÖ, tüm ülkelerin 2030 yılında ulaşması planlanan sürdürülebilir kalkınma hedefleri kapsamında, gençlere kapsamlı cinsel eğitim, kontrasepsiyon dahil CSÜS için bilgi ve danışmanlık hizmeti verilmesini önermiştir (WHO, 2020b).

Üniversiteler gençlerin yoğunluklu bulunduğu yerler olarak CSÜS hizmetlerinin sağlanabileceği alanları oluşturmaktadır. Bunun yanında üniversite çağı, ergenlik sonrası gençlik dönemini içine alan, çoğunlukla ailenin yanından ilk kez uzaklaşılan dönem olması bakımından da riskli davranış ve alışkanlıklara açık bir dönemdir. Gençler bir yandan fiziksel ve ruhsal yandan olgunlaşıp gelişirken diğer yandan CSÜS ile ilgili sorun yaşayabilmektedir. Özellikle aile içinde ve devamında okul hayatında cinsel sağlık eğitimi almayan gençler, üniversite çağına geldiklerinde CSÜS risklerine açık hale gelmektedir. Adölesan ve gençler bu dönemde istenmeyen gebelik, CYBE, alkol, madde kullanımı ve partner şiddeti gibi sorunları yaygın olarak yaşamaktadır (Starrs ve ark. 2018; Şahin, 2018; Bellizzi ve ark., 2019). Ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalar gençlerin, ilk cinsel ilişkiyi erken yaşta deneyimlediğini, cinsel ilişki sırasında kondom kullanımının düşük, CSÜS ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir (Kırmızıtoprak ve ark., 2011; Aslan ve ark., 2014; Akalpler ve Eroğlu, 2015; Karasu ve ark., 2017; McKellar ve ark., 2019; Yaşar, 2019). Cinsel ilişki yaşının küçülmesi, çok eşli cinsel yaşamın artması, CYBE'la ilgili bilgi eksikliği gençlerin CSÜS eğitimi ihtiyacını yansıtmaktadır (Engel ve ark., 2019; Azzopardi ve ark., 2019; Chandra-Mouli ve ark., 2015). CSÜS gibi hassas konularda gençlere daha açık, güvenli, rahat bir şekilde ulaşma olanağı sağladığı için akran eğitimi modeli kullanılmaktadır. Akran eğitimi modeli, akranlar arasında davranış değişikliği yaratma yönünde güçlü bir etkiye sahiptir (Medley ve ark., 2009; Kaya, 2016). Salam ve arkadaşlarının (2016) meta-analiz çalışmasında,

akran liderliğindeki danışmanlığın CSÜS bilgi puanını önemli ölçüde artırdığı saptanmıştır. He ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir başka çalışmada akran eğitiminin HIV/AIDS'le ilgili davranışlarda değişim gerçekleştiği belirlenmiştir.

Çalışmanın yürütüldüğü Kıbrıs adası, Türkiye'nin güneyinde, Akdeniz'in doğusunda yer alan bir adadır. Adada Kıbrıslı Türk ve Rumlar olmak üzere iki toplum yaşamaktadır. Adanın Kuzey kısmı Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC), Türkiye tarafından tanınan, Türk toplumuna benzer özellikte, kendi hükümeti tarafından yönetilen bir ülkedir. KKTC, dünyanın her yerinden gelen öğrencilerin olduğu çok sayıda üniversiteye sahip bir ülke olmasının yanında Doğu Avrupa ve eski Sovyetler Birliği Cumhuriyetleri'nden seks işçilerin yoğunluklu bulunduğu bir ülkedir. Adölesan ve gençlerin riskli davranışlara eğilimi ve bu gibi hazırlayıcı faktörler KKTC'deki üniversitelerde eğitim gören gençlerin CSÜS sorun yaşama riskini arttırmaktadır (Kaptanoğlu ve ark., 2013; Aşut ve ark., 2019). KKTC'de üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalar incelendiğinde Türkiye'de yapılan çalışmalara benzer şekilde, öğrencilerin ilk cinsel ilişki yaşının 17, ilk cinsel deneyim sırasında sadece yarısının gebeliği önleyici bir yöntem kullandığı (Aşut ve ark., 2019), CSÜS bilgisinin orta düzeylerde olduğu ve riskli cinsel davranışlar sergilediği saptanmıştır (Akalpler ve Eroğlu, 2015).

Genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olan CSÜS korunması ve geliştirilmesinde sağlık personeli ve hemşirelerin önemli rolleri vardır. Hemşireler bireylerle güvene dayalı ilişkiler geliştirme, iyi iletişim kurma, danışman, eğitici, lider rollerini kullanabilmeleri nedeniyle CSÜS bakımı sağlama konusunda benzersiz niteliklere sahiptir (Levi, 2017). CSÜS eğitimi hizmetlerinin ülkemizde ve üniversitelerimizde eksikliği söz konusudur. Bu durum CYBE, planlanmamış gebelikler de dahil olmak üzere birçok CSÜS sorunlarını meydana getirmektedir. Hemşireler gençlerin CSÜS konusunda ihtiyaç duydukları eğitim, danışmanlık ve hizmet gereksinimlerinin farkında olarak gençlerin güncel ve olası CSÜS sorunu yaşamalarını engelleyebilir. Bu bilgiler doğrultusunda çalışmada, üniversite öğrencilerine CSÜS konusunda verilen akran eğitiminin, bilgi ve davranışlara etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ADÖLESAN VE GENÇLİK DÖNEMİ

2.1.1. Adölesan ve Gençlik Dönemi Tanımı

Adölesan ve gençlik döneminin nasıl kavramlaştırılıp tanımlandığı onları korumayı amaçlayan yasaların, politikaların ve programların kapsamını ve odağını etkilemektedir (Sawyer ark., 2018). Adölesan kelimesi Latince büyüme anlamına gelen "Adolescere" kelimesinden türetilmiştir. Adölesan dönem, 20. Yüzyılın başında ilk kez G. Stanley Hall tarafından 14-24 yaş aralığındaki gelişim dönemi olarak tanımlanmıştır (Hall, 1904). Uluslararası alanda ilk kez 1981 yılında Birleşmiş Milletler (BM, United Nations-UN) Uluslararası Gençlik Yılı Genel Kurulu'nda adölesan ve gençlik döneminin tanımı yapılmıştır. Adölesan ve gençlik döneminin evrensel olarak kabul edilmiş geçerli bir tanımı olmasa da, BM adölesan dönemi 10-19 yaş aralığı olarak kabul etmektedir. Gençlik dönemini ise 15-24 yaş arası olarak tanımlanmıştır ve "gençlik" teriminin anlamının toplumdan topluma değişebileceği kabul edilmiştir. 10-24 yaş arası adölesan ve gençler 'genç insanlar' olarak adlandırılır. Günümüzde yaygın olarak BM yapmış olduğu adölesan ve gençlik dönemi tanımları kullanılmaktadır (United Nations, 1985; WHO, 2015a).

2.1.2. Adölesanlar ve Gençler Hakkında Demografik ve Sosyo-Ekonomik Bilgiler

2.1.2.1. Popülasyon

Dünya şuan her zaman olduğundan çok daha fazla genç nüfusa sahiptir. Dünyadaki 7,2 milyar insanın üç milyardan fazlası adölesan ve gençlerden oluşmaktadır, bu rakam dünya nüfusunun %42'sini oluşturmaktadır (WHO, 2020a). Küresel nüfusun %16'sı sadece gençlerden oluşmakta ve 1,2 milyar olan genç nüfusun 2030 yılında 1,3 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (United Nations, 2018b). 1994 yılından bu yana adölesan ve gençlerin dünya üzerindeki profili ve dağılımı önemli ölçüde değişmiştir. Sahra-altı Afrika en büyük nüfus artışını yaşayarak adölesan nüfus neredeyse ikiye katlanmıştır. Buna karşılık Doğu, Güneydoğu Asya, Avrupa, ve Kuzey Amerika %12'lik düşüşle nüfus yaşlanması yaşamıştır (United Nations, 2019a). Dünya çapında nüfus dağılımının cinsiyete göre farklılıkları dikkat çekmekte ve bazı bölgelerde cinsiyet seçimi olgusunu yansıtmaktadır. 1994-2019 yılları arası 10-19 yaş adölesan erkeklerin sayısı %16,3 artarak, 644 milyona yükselirken, adölesan kızların sayısı sadece %13,7 artarak

601 milyona yükselmiştir. Türkiyede Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçlarına göre; 2020 yılında, kadın nüfus 41 milyon 698 bin 377 kişi, erkek nüfus 41 milyon 915 bin 985 kişi oldu. Türkiye'nin toplam nüfusun %49,9'u kadınlardan, %50,1'i ise erkeklerden oluşturmaktadır. 10-19 yaş adölesan nüfusu 6.153.478 kişi 20-24 yaş genç nüfusu ise 3.255.202 kişi olarak tespit edilmiştir (TUİK, 2020). Türkiye ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC) de genç nüfus yapısına sahip ve gelişmekte olan ülkelerdendir (TÜİK, 2018; KKTC Devlet Planlama Örgütü, 2018).

Küresel olarak tarım sektöründe ekonomik fırsatlarda bir düşüş yaşanmakta ve kent merkezlerinde daha iyi geçim potansiyeli nedeniyle orantısız sayıda genç kentsel alanlarda kümelenmektedir. 1994'te dünya nüfusunun %44'ü kentsel alanlarda yaşarken 2019'da %56'sı kentsel alanlarda yaşamaktadır. Kentleşme daha gelişmiş ülkelerde dengelenmiş olmasına rağmen, gelişmekte olan ülkelerde artmaya devam etmektedir. 2019 yılında küresel göçmen nüfusun %14'ü 20 yaşın altındadır ve bu sayı 38 milyon uluslararası göçmene denk gelmektedir (United Nations, 2018a).

2.1.2.2. Adölesan ve Gençlerin Hastalık Yükü

Adölesan ve genç nüfusun demografik değişimleri, hastalık yükününde değişim meydana getirmiştir. Adölesanlar, dünya küresel hastalık ve yaralanma yükünün %6'sı gibi önemli bir oranını oluşturmaktadır (WHO, 2021b). Karayolu trafik yaralanmaları adölesan ve gençler arasında önde gelen ölüm nedenlerindendir. Diğer önemli ölüm nedenleri arasında intihar, kişilerarası şiddet, İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (Human Immunodeficiency Virüs-HIV) / Kazanılmış Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (Acquired Immun Deficiency Sendrom-AIDS) ve ishal hastalıkları önde gelmektedir (WHO, 2021a). Hastalık yükünün fazla olduğu ülkelerde, anemi prevalansının yüksekliği dikat çekicidir. Bu ülkelerde yaşayan adölesan kızların %40'ının anemik olduğu kabul edilmektedir (Azzopardi ark., 2019). 10-24 yaş gençlerde DALYs'lerin (DALYs: Engelliliğe Göre Ayarlanmış Yaşam Yılları - Erken ölüm nedeniyle kaybedilen potansiyel yaşam yıllarının ve engellilik nedeniyle kaybedilen üretken yaşam yıllarının toplamı) önde gelen faktörlerinin ilki alkoldür (%7). Diğer faktörler; riskli cinsel davranışlar (%4), demir eksikliği (%3), kontrasepsiyona ulaşamama (%2) ve madde kullanımı (%2) olarak belirlenmiştir. Küresel olarak 15–19 yaş gençlerde, depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve davranış bozuklukları YLDs (YLDs: Years Lived with Disability - Engelle Yaşanan Yıllar) yaygın görülmektedir. Ruhsal bozuklukların

ölümcül olmayan hastalık yüküne katkısı, adölesan dönem boyunca artmakta ve hastalık yüküne en büyük (%45) katkıyı yapmaktadır (Gore ve ark., 2011). Hastalıklar adölesan ve gençlerin büyüme ve gelişme yeteneklerini etkileyerek tam potansiyellerine ulaşmalarını engellemektedir. Alkol veya tütün kullanımı, fiziksel aktivite eksikliği, korunmasız cinsel ilişki ve / veya şiddete maruz kalma sadece mevcut sağlığı değil, aynı zamanda yetişkin yaşamlarını etkileyebilir hatta gelecekteki çocuklarının sağlığını etkileyebilir (WHO, 2021a). Hastalık yükü ve sağlık riskleri, adölesan dönemden başlayarak 20'li yaşların ortalarına kadar hızla artmakta, cinsel sağlık, zihinsel sağlık ve madde bağımlılığı koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik acil ihtiyacı gündeme getirmektedir (Hardin ve ark., 2017). Yılda 1.1 milyondan fazla, günde 3000'in üzerinde 10-19 yaş arası adölesan, çoğunlukla önlenebilir veya tedavi edilebilir nedenlerden dolayı ölmektedir. Bu nedenle adölesan ve gençlik döneminde sağlıklı davranışları teşvik etmek ve gençleri sağlık risklerinden daha iyi korumak için adımlar atmak, yetişkinlikte sağlık sorunlarının önlenmesi ve ülkelerin gelecekteki sağlık ve gelişme yetenekleri için kritik öneme sahiptir (WHO, 2021a).

2.1.2.3. Eğitim

Örgün eğitim ve öğretim adölesanlar ve gençlerin gelişimi için büyük önem taşımaktadır. Okullar bilgi edinmek, okuryazarlık, ve düşünme becerileri oluşturmak için en uygun ortamdır. Sosyo-ekonomik ve sağlık üzerindeki olumlu etkisi nedeniyle eğitim hayati bir araçtır. Ayrıca sağlık konularında önemli eğitim ve rehberlik kaynağıdır. Ek olarak sağlık taraması ve sağlık hizmetlerinin sağlanması için de uygun ortam sağlamaktadır (WHO, 2006). Küresel olarak, okula kayıtlar tüm eğitim seviyelerinde önemli ölçüde artmıştır. Ortaöğretime bürüt kayıt oranı %56'dan %76'ya yükselirken, üniversiteye kayıtlanma %15'den %37'ye yükselmiştir. Küresel olarak ilköğretimi bitirme oranları bölgelere göre incelendiğinde Sahra altı Afrika en düşük (%42,5) olmakla birlikte, Doğu ve Güneydoğu Asya'da %87, Orta ve Güney Asya'da %72, Batı Asya ve Kuzey Afrika'da %80, Latin Amerika ve Karayiplerde %95 olarak saptanmıştır. Birçok ülkede % 50'yi aşan ilköğretim biritme oranları tespit edilmiştir (UNESCO, 2019). TUİK 2020 yılı verilerine göre en az ilkokul mezunu erkeklerin oranı %96,4 kızların ise %85,7'dir. Kızların ortaöğretim bitirme oranı %49,8 olarak tespit edilmiştir. Bu bağlamda kızların okul bitirme oranlarının düşüklüğü dikkat çekicidir.

Eğitim kaydı ve tamamlamasındaki iyileşmelere rağmen, cinsiyete, coğrafi konuma ve maddi olanaklara göre farklılıklar devam etmektedir. Cinsiyet Paritesi Endeksleri'ne göre eğitim kaydı erkekler lehine 0,57 olarak tespit edilmiştir. Cinsiyet Paritesi Endeksleri, bir göstergenin kadın değerinin aynı göstergenin erkek değerine bölünmesiyle hesaplanır. Genel olarak, 1'den küçük bir değer, erkekler lehine, 1'den büyük bir değer, kızlar lehine bir eşitsizliği göstermektedir (UIS, 2020). Kız çocuklarının eğitim fırsatlarının erkeklere göre daha az olduğu saptanmıştır. En az gelişmiş ülkelerde kızların sadece %13'ü ve erkeklerin ise %22'si ortaöğretime kaydolmaktadır (Lloyd, 2010). Okula kaydolma ve CSÜS sonuçları arasındaki ilişki incelendiğinde özellikle genç kızların CSÜS haklarının sağlanmasında eğitime erişimin kritik rolü anlaşılmaktadır. Kızlar için okula kayıtlanma, ilk cinsel ilişki ve ilk evlenme yaşını, doğum kontrol yöntemini kullanma olasılığının artmasıyla direkt olarak ilişkilidir. Eğitime erisimin azalması genç yaşta gebelik olasılığını, HIV de dahil CYBE riskini arttırmaktadır (Starrs ve ark., 2018). Eğitimsel kazanım ile HIV enfeksiyonu riski arasındaki ters ilişkiyi bildiren kaynaklar, eğitimin enfeksiyonun yayılmasını önlemek için bir "sosyal aşı" görevi gördüğünü savunmaktadır (Behrman, 2015; De Neve ve ark., 2015). Eğitimin cinsel ve üreme sağlığı üzerine etkisinin incelendiği metaanalizde, eğitim süresinin uzamasının ilk cinsel ilişki yaşının azalması ve modern kontraseptif kullanımının artmasını sağladığı yönünde kanıt bulunmaktadır. Aynı araştırmada okullaşma ve eğitim süresinin uzamasının evliliği ertelemede etkisinin olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde ilk gebelik, doğumu erteleme ve parite üzerine istatistiksel anlamlı etkisi saptanmıştır (Psaki ve ark., 2019).

2.1.2.4. İş ve Yoksulluk

Ortaokul eğitimini tamamlamayan birçok adölesanın kayıtdışı iş sektöründe çalıştığı bilinmektedir. Dünya çapında sağlığa zararlı koşullar altında çalışan yaklaşık 73 milyon adölesan ve genç bulunmaktadır. Buna ek olarak dünya çapında milyonlarca adölesan sokaklarda yaşamakta ve bu durum onları cinsel istismar ve / veya madde kullanımı ve yaralanma riskine açıkhale getirmektedir. Ekonomik açıdan yoksul ve kentsel alanlarda yaşayan gençlerin artışı, toplum için büyük sorunlara yolaçacağı tahmin edilmektedir. Yoksulluk tüm yaş gruplarını etkilese de, gençlerin sağlığı ve gelişimi için özel riskler barındırmaktadır. Örneğin genç yaşta geçim sağlama baskısı, eğitim görme fırsatını engelleyebilmektedir (WHO, 2006). Geçen yüzyıldaki birçok gelişme ve

kazanımına rağmen, dünyanın birçok bölgesinde yoksulluk artmaya devam etmektedir. 2008 küresel mali krizinden bu yana 25 yaş ve üstü kişilerle karşılaştırıldığında, 15-24 yaş arası gençlerin işsiz kalma olasılığı yaklaşık üç kat daha fazladır. İşsizlikteki cinsiyet eşitsizlikleri son 25 yılda artış göstermiştir. 2019 yılı itibariyle genç kadınların (%12,5) işsiz olma olasılığı genç erkeklerden (%11,4) daha fazla yükselmiştir (ILO, 2019). Türkiye Hanehalkı İşgücü Araştırması sonuçlarına göre 2019 yılında, 15 yaş ve üzeri istihdam edilenlerin oranı %45,7 olup bu oran kadınlarda %28,7, erkeklerde ise %63,1 olarak saptanmıştır. Çalışma hayatında kalma süresi, 2013 yılında 15 ve üstü kadınlarda 16,7 yıl, erkeklerde 37,7 yıl iken 2019 yılında kadınlarda 19,1 yıla, erkeklerde 39,0 yıla yükselmiştir. Kadınların işgücüne katılımı %34,4 iken erkeklerde %72,0'dır (TUİK, 2020). Bazı ülkelerdeki gençler işsizlikle mücadele ederken, bazıları da çalışma yoksulluğu ile mücadele etmektedir. Gençlerin çalışan yoksulluğu geniş bir sosyal parçalanmanın sonucudur. Adölesan ve gençler ekonomik şoklardan, zayıf işgücü piyasalarından ve eşit işe eşit ücret sunan iş eksikliğinden orantısız şekilde etkilenmektedir (O'Higgins, 2017).

2.1.2.5. Yeni Sosyal Bağlam

Küresel olarak adölesan ve gençler, cep telefonları, internet, anlık mesajlaşma ve Facebook ve Twitter gibi sosyal ağ siteleri gibi bilgi ve iletişim teknolojilerini ilk benimseyenlerdir (The World Bank, 2007). Yeni iletişim, bilgi paylaşımı ve sosyal medya araçları özellikle adölesanların yaşamlarını değiştirmektedir. Gençlerin (15-24) sosyal medyaya bağlanma oranı yaklaşık %71'dir ve bu oran tüm yaş gruplarından daha yüksektir. Adölesan ve gençlik dönemi özellikle akranlar tarafından davranışların taklidi yoluyla sosyal öğrenme için hassas bir dönemdir (Litt ve Stock, 2011). Bununla birlikte gençler medyayla yoğun etkileşimde bulunmanın fiziksel etkilerine (fiziksel aktivitenin azalması, uyku bozukluğu) siber zorbalık, pornografi, cinsel içerikli mesajlaşma (sexting) gibi davranışların olumsuz etkilerine maruz kalabilmektedir (Deibert ve ark., 2010). Tüm bunlarla birlikte internete bağlanmanın sosyal, eğitimsel ve istihdam fırsatları sağlaması gibi olumlu yönleri de bulunmaktadır. Yeni sosyal medya, gençlerin birbirleriyle aktif olarak etkileşimde bulunmalarına yardımcı olmaktadır (UNICEF, 2011). Bu eğilimler, genel olarak, 1994'ten bu yana adölesan ve gençlerin CSÜS geliştirilmesinde önemli gelişmelere yolaçmıştır. Gençlerin sosyal medyaya olan ilgisini, onların sağlığını geliştirmek için nasıl kullanılabileceği üzerine bazı araştırmalar yapılmaktadır (Liang ve

ark., 2019; Lau ve ark., 2011). CSÜS alanında sosyal pazarlama, bilgi teknolojisi ve yaratıcı tasarım gibi sağlık fırsatlarından yararlanmak için yeni becerilere ihtiyaç duyulmaktadır. Kitle iletişim araçlarından televizyon (TV) tutumları, davranışları ve ulusal normları değiştirerek CYBE yayılmasını önlemek amacıyla kullanılabilir. Örneğin Kenya, Tobago ve Ukrayna'daki gençlerde HIV'in yayılmasını önlemek için sosyal hareketler TV üzerinden sürdürülmektedir (Sawyer ve ark., 2012).

2.1.3. Adölesan ve Gençlik Döneminde Fiziksel, Psikososyal ve Cinsel Gelişim

2.1.3.1. Adölesan ve Gençlik Döneminde Fiziksel Gelişim

Adölesan dönem (ergenlik) bir bireyin artık çocuk olmadığı ama yetişkin de kabul edilmediği bir yaşam dönemidir. Adölesan dönem fetal dönem ve bebeklik döneminden sonar en hızlı büyüme ve gelişmenin gerçekleştiği dönemdir. Bu dönemde büyük fiziksel ve psikolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Vücudun boyutu, gücü artmakta ve soyut düşünme yeteneği gelişmektedir. Fiziksel büyüme ve gelişme vücudun büyüklüğünde ve şeklinde belirgin değişikliklerle kendini göstemekte erkekler ve kadınlar arasındaki farklılıklar belirginleşmektedir (WHO, 2006). Adölesan dönem, telarş (meme gelişimi) ve adrenarş (kasık kıllarının ortaya çıkması) ile başlayan büyüme hızlanması ve hipofiz bezi gonadotropinleri üzerinden devam eden bir dizi farklı ama birbirine bağlı hormonal akıştan oluşmaktadır (Rosenfield ve ark., 2009). Fiziksel değişimler kadınlarda ilk olarak telarş ve kalça büyümesiyle, erkeklerde ise kas kütlesindeki artışla ortaya çıkmaktadır. Bu değişimler hem erkek hem de kadınlarda önce aksiller bölgede, sonra kasıkta adrenarşın meydana gelmesiyle devam etmektedir. Aynı zamanda bu süreçte ses perdesindeki değişimler ve erkeklerde sakalların ortaya çıkması gibi diğer değişimler meydana gelmektedir. Bu dönemde cinsel organlar hızla olgunlaşmakta kızlarda ilk menstrüasyon (menarş) erkeklerde ise sperm üretimi (spermetarş) başlamaktadır (Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, 2012; Rosenfield ve ark., 2009). Bu şekilde baslayan biyolojik büyüme, gelişme ve fiziksel olgunlaşmanın 30 yaşına kadar devam ettiği bilinmektedir (Goddings ve ark., 2014).

Adölesan dönem sırasıyla 10-14 (erken), 15-17 (orta) ve 18-21 (geç) yaş aralığı olarak dönemlere ayrılabilir. Bu dönemler çocukluktan yetişkinliğe geçişte kabaca fiziksel, sosyal ve psikolojik aşamalara karşılık gelmektedir. Adölesan dönem 10-21 yaş aralığındaki yaşam dönemi olarak tanımlansa da bu dönemde meydana gelen değişimler, yaş aralığı ile düzgün bir şekilde örtüşmeyebilir. Bunun nedeni adölesanlar arasındaki

değişimlerin başlangıcı ve süresindeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Çocukluktan yetişkinliğe bu geçiş dönemi farklı kültürler tarafından farklı algınmakta ve bu algıya da sosyal, ekonomik ve kültürel faktörler etki etmektedir. Bu nedenle bir toplumda ergenlik deneyimi cinsiyet, engellilik, hastalık, sosoekonomik durum ve yoksulluk gibi değişik koşullara bağlı olarak farklılık gösterebilir. Dolayısıyla bu farklılıklar bir ülkede 15 yaşındakilerin evlenebilecek kadar yaş almış olabileceği, ancak başka bir ülkede okulu bırakamayacak kadar genç olabileceği anlamına gelmektedir (Patton ve ark., 2016).

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ergenlik, önceki nesillere göre daha erken yaşta ortaya çıkmaktadır. Bu durumun sebebi iyi beslenme ve sağlık statüsünün yükselmesi olarak görülmektedir. Adölesan dönemde meydana gelen değişimler genellikle 5 yıllık bir süreçte gerçekleşir. Ancak bazı durumlarda bu değişimler 18 aydan 6 yıla kadar değişikenlik göstererek meydana gelebilir. Genel olarak, kızlar ergenliğe erkeklerden yaklaşık 18 ay önce erişmektedir. Kızlar 8-13 yaşında, erkekler ise 9-14 yaş aralığında ergenliğe girmektedir. Ergenlik çağının başlangıcındaki bu düşüş eğilimlerine birçok ülkede ilk evlilik yaşının artması de eşlik etmekte ve CSÜS üzerine olumsuz etki meydana getirmektedir (WHO, 2006). İyi beslenen popülasyonlarda, kızlarda 11, erkeklerde 13 yaş civarında büyüme piki gerçekleşir. Kızların %50'sinde 10 yaşında telarş, 12-13 yaşlarında menarş ortaya çıkmaktadır (Rosenfield ve ark., 2009). İngiltere gibi sanayileşmiş ülkelerde menarş yaşı son 150 yılda 4 yıl, Çin'de son 25 yıl incelenerek yapılan çalışmada 4-5 ay azaldığı saptanmıştır (Song ve ark., 2014; Patton ve Viner 2007). Erken çocukluk gibi, ergenlik de hem normatif hem de uyumsuz kalıpların gelecekteki yaşamı şekillendirdiği hassas bir dönemdir. Bu hassasiyet ergenlik öncesi, sırası ve sonrasındaki sağlık riskleriyle ilişkilidir. Adölesan dönem kronolojik yaştan ziyade istendik sağlık davranışların kazanılması ve zihinsel sağlığın iyi olmasıyla ilişkilidir (Patton ve Viner, 2007). Adölesan dönemdeki davranışsal ve zihinsel değişiklikler, oksitosin, vasopressin hormonlarının dalgalanmaları ve beyin loblarının olgunlaşmasındaki eşitsizliklere bağlı meydana gelmektedir. Adölesan dönemde artan risk alma duygu ve davranışları bu şekilde açıklanabilmektedir. Bu nedenle adölesan ve gençlerin yetişkin bir insandan daha fazla risk alma davranışları vardır (Saxbe ve Repetti, 2009; Blakemore ve ark., 2010).

2.1.3.2. Adölesan ve Gençlik Döneminde Psikososyal Gelişim

Adölesan dönemde evlilik ve ebeveynlik gibi sosyal rol geçişleri meydana gelebilmektedir. Eğitimin artması ve kadınların işgücüne daha fazla katılımı sayesinde adölesan dönemde gerçekleşmesi gereken sosyal rol geçişinin yetişkin döneme kaydığı görülmektedir (Raymo ve ark., 2015). Bu durumun CSÜS açısından bazı sonuçları vardır. Örneğin cinsel ilişkinin erken başlangıcı, adölesan gebelik ve CYBE gibi risklerinin artışıyla yakından ilişkilidir (Trucco ve ark., 2011). Birçok ülkede gençler yetişkin rollerine ve sorumluluklarına daha ileri yaşlarda ulaşılmaktadır. İleri yaşta evlenme ve çocuk sahibi olma eğilimi, daha çok riskli davranışlarda bulunma anlamına gelmektedir. Adölesan dönemde alkol almaya başlayan gençlerin 10 yıl içinde ömür boyu alkole bağımlı olma olasılığı, daha yüksek tespit edilmiştir (Staff ve ark., 2010). Adölesanların yetişkin rol ve sorumluluklarını adölesan dönemden sonra kabullenme eğiliminden dolayı hükumetler yasal ayrıcalıkları genellikle 18 yaşında başlatmakta ve gençler bu yolla korunup ve güçlendirilmektedir. Rol geçiş zamanlamasının yetişkinliğe doğru genişlemesini, ergenlerin sosyal ortamlarda olgunlaşması değişimi izlemektedir. Ergenlerin büyüdüğü sosyal dünya, daha önce hiç olmadığı kadar kentleşmiş, hareketli ve küresel olarak birbirine bağlı hale gelmiştir. Akranlarla sosyal olarak bağlantı kurmanın faydalarına bakılmaksızın, akran etkileri sosyal medya tarafından giderek daha fazla güçlenerek sağlığı, refahı zedeleyecek şekilde endüstri tarafından sömürebilmektedir (Patton ve ark., 2016). Ebevynler ve akranlar adölesanların davranışları üzerine etki etmektedir. Buna ek olarak sağlıksız ürünlerin ve yaşam tarzlarının (tütün, alkol ve yağ, şeker ve tuz içeriği yüksek yiyecekler) pazarlanması açıkça gençleri hedef almaktadır. Bulaşıcı bir hastalık salgınına benzer bir şekilde, kitle iletişim araçları, daha önce nadir görülen davranışların artmasına neden olmaktadır (Lopez ve ark., 2011).

Sağlığın yapısal belirleyicileri (ulusal servet ve gelir eşitsizliği, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişim, istihdam fırsatları ve cinsiyet eşitsizliği) ve diğer belirleyicileri (aileye ve okula bağlılık) ergenlik döneminde sağlıkla ilgili davranışları etkilemektedir (Viner ve ark., 2012). Adölesan dönemde akranlarına karşı artan duyarlılık, madde kullanımı gibi sağlıkla ilgili davranışlarla ilgili deneyimleri etkilemektedir (Trucco ve ark., 2011). Bu nedenle, akademik başarının ötesinde, okullar ergenler için akran bağları, duygusal kontrol ve sağlığı teşvik eden önemli bir sosyal ortamdır. Okul temelli müdahaleler, ergenlerde madde kötüye kullanımı, şiddet ve diğer antisosyal davranışların

azalmasını sağlamaktadır (Benson, 2002). Dünyanın çeşitli bölgelerindeki adölesanlar arasındaki artan eşitsizlikler, sağlığın sosyal belirleyicileri ve ergenliğin biyolojik, sosyal rol geçişleriyle karmaşık etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır (Sawyer ve ark., 2012). Ebeveyn değerlerinin aktarımı çocuklukta ve adölesan dönemde meydana gelirken, akranlar arasındaki romantik ilişkileri de aynı dönemde artmaktadır. Romantik ilişkiler, kimlik oluşumu, psikolojik refah, duygusal düzenleme, iletişim ve müzakere becerileri, karşılıklı güven, başarı, kariyer planlaması dahil olmak üzere adölesan dönemin sağlıklı gelişimi ve sosyalleşmede hayati rol oynamaktadır (Patton ve Viner, 2007). El ele tutuşma, öpüşme, sarılma gibi romantik davranışlar adölesanların sağlıklı psikososyal davranışları arasındadır (McGovern ve ark., 2010).

2.1.3.3. Adölesan ve Gençlik Döneminde Cinsel Gelişim ve Cinsel İlişki

Cinsel gelişim bir çocuğun ebeveynleri tarafından X veya Y cinsiyet kromozomu tarafından cinsiyetinin belirlediği andan itibaren başlamakta ve doğumdan sonra yaşam döngüsü boyunca toplumsal cinsiyet rol ve sorumlulukları çerçevesinde yaşlılığa kadar devam etmektedir (Patton ve Viner, 2007). Cinsel gelişim fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve kültürel boyutları içeren bir süreç olarak kişinin kimliğinin gelişimiyle ayrılmaz bir biçimde bağlantılıdır (UNAIDS, 2019). Adölesan dönemde meydana gelen fiziksel büyüme ve gelişmeye cinsel olgunlaşma eşlik etmektedir. Vücutları değişen ve gelişen birçok adölesan cinselliğe ilgi göstermektedir. Afrika, Asya ve Latin Amerika'daki 20 gelişmekte olan ülkede yapılan davranışsal vaka çalışmalarının sentezine göre, gençlerin büyük bir bölümünün cinsel ilişkiye adölesan dönemle eş zamanlı olarak başlamaktadır (WHO, 2006).

Cinsel ilişki birçok insanın yaşamının önemli bir parçasdır, çünkü zevk, rahatlık kaynağı olmakla birlikte sevgiyi ifade etme veya bir aile kurmanın yoludur. Aynı zamanda olumsuz sağlık ve sosyal sonuçları da içerebililecek şekilde riskleri de barındırmaktadır (UNAIDS, 2019). Adölesan ve gençlik döneminde cinsel ilişkilerin genellikle penetran cinsel ilişki içeren ilişkiler olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, penetrasyonu içermeyen ve CYBE ve HIV enfeksiyonlarını önleme açısından güvenli olan cinsel duyguları ifade etmenin birçok yolu vardır. Bu davranışlar arasında el ele tutuşma, sarılma, öpüşme, okşama, mastürbasyon ve karşılıklı mastürbasyon yer almaktadır (WHO, 2006). Küresel olarak erkeklerin cinsel ilişki yaşının giderek azaldığı, kızlarda da azalma olduğu fakat bu oranın erkeklerin sadece beşte biri kadar olduğu

bilinmektedir. Erken ergenlik yaşı, gecikmiş evlilik ve azalan ilk cinsel deneyim yaşı birleştiğinde, daha fazla adölesan ve gencin evlilik öncesi cinsel ilişki deneyimlediği sonucuna ulaşılmaktadır (Montagu ve ark., 2011).

2006 yılında Wellings ve arkadaşları, cinsel davranışın ilk küresel analizini gerçekleştirmişlerdir. Sonuçlar erken cinsel ilişkiye doğru evrensel bir eğilim olmadığını, ancak çoğu ülkede geç evliliğe geçişle birlikte özellikle erkeklerde evlilik öncesi cinsel ilişkinin artışına yol açtığını ortaya koymuştur. Küresel olarak yapılan çalışmalar incelendiğinde Kongo'da kızların %24'ünün Kolombiya'da ise %14'ünün, Mali'de, 14 yaşındaki tüm kızların %26'sının (bir çoğu çocuk evlilik %75) cinsel ilişki deneyimlediği saptanmıştır (Dixon-Mueller, 2009). Godeau ve arkadaşları tarafından (2008) 24 ülkede 15 yaşındaki öğrencilerle yapılan araştırmanın bulgularına göre, en düşük Hırvatistan'daki öğrencilerin %14,1 en yüksek İngiltere'dekilerin ise %37,6 cinsel ilişki bildirmiştir. ABD'nde 15 yaşındaki adölesanların %25'i en az bir kez cinsel ilişki deneyimlediğini 13 yaşındaki öğrencilerlerin de %39'unun prezervatifle cinsel ilişki deneyimlediği saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda adölesan ve gençlerin bakış açısına göre cinsel ilişki romantik bir ilişki içinde kabul edilebilir bir davranış olarak belirlenmiştir (Royer ve ark., 2009; Godeau ve ark., 2008).

2.2. ADÖLESAN VE GENÇLERİN CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI

1994 yılında Kahire'de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı sırasında CSÜS ilk defa kapsamlı olarak ele alınmış ve üreme sağlığı ve cinsel sağlığın kapsamı genişletilmiştir (ICPD, 1994). Adölesan ve gençlerin CSÜS'nı oluşturan kavramlar incelenecek olursa cinsel sağlık terimi, cinsellikle ilgili olarak hastalık ve sakatlanmanın olmaması ve cinsel refah duygusunu tanımlamak için kullanılır. Cinselliğin fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerinin olumlu yönde birleşimi olarak tanımlanmıştır. Cinsellik, bireyler arasındaki düşünceleri, duyguları, etkileşimleri ve eylemleri etkilemekte, insanları sevgi, temas, sıcaklık ve yakınlık bulmaya motive etmektedir. Cinsellik birçok farklı şekilde ifade edilebilir ve insanların yaşadığı çevre ile yakından bağlantılı olduğu belirlenmiştir. Üreme sağlığı ise üreme sistemi, işlevleri ve süreçleri ile ilgili tüm konularda sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumu olarak tanımlamaktadır. Bu nedenle üreme sağlığı, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşam sürdürebilmelerini ve üreme kapasitelerine, ne zaman, ne sıklıkla kullanacaklarına karar verme özgürlüğüne sahip

oldukları anlamına gelmektedir. Erkekler ve kadınlara, seçtikleri aile planlaması yönteminin güvenli, etkili, ekonomik ve kabul edilebilir yöntemlere erişebilme, bilgilendirilme hakkı ve gebelik ve doğumu güvenli bir şekilde sürdürmesini sağlayacak sağlık hizmetlerine erişim hakkı, sağlıklı bebek sahibi olma şansının verilmesini ifade etmektedir. Üreme sağlığının kapsamı, üreme sağlığı bakımını sağlamak, üreme sağlığı sorunlarını önleyerek ve çözerek, üreme sağlığı ve refahına katkıda bulunan yöntem, teknik ve hizmetleri içermektedir. Üreme sağlığının amacı, sadece üreme ve CYBE ilgili danışmanlık ve bakımı değil, yaşamı ve kişisel ilişkileri geliştirmek olan cinsel sağlığı da içermektedir (WHO, 2006). Tüm bireylerin olduğu gibi adölesan ve gençler de kendi bedenlerini ilgilendiren kararlar alma hakkı ve bu hakkı destekleyen hizmetlere erişme hakkına sahiptir. Herkes için cinsel sağlığın ve üreme sağlığının sağlanması, insan haklarına dayanan cinsel ve üreme haklarının gerçekleştirilmesine bağlıdır (Engel ve ark., 2019). Bu haklar;

- Vücut bütünlüğüne, mahremiyetine ve kişisel özerkliğine saygı duyulmasını,
- Cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği ve ifade de dahil olmak üzere kendi cinselliğini özgürce tanımlamayı,
- Cinsel olarak aktif olup olmayacağına ve ne zaman olacağına karar vermeyi,
- Cinsel partnerlerini seçmeyi,
- Güvenli ve zevkli cinsel deneyimler yaşamayı,
- Kiminle, ne zaman evlenip evlenmeyeceğine karar vermeyi,
- Çocuklar veya çocuk sahibi olup olmayacağına, ne zaman ve ne şekilde ve kaç çocuğa sahip olacağına karar vermeyi,
- Yaşam boyunca ayrımcılık, baskı, sömürü ve şiddetten uzak olarak yukarıdakilerin tümünü başarmak için gerekli olan bilgi, kaynak, hizmet ve desteğe erişebilmeyi içermektedir (Engel ve ark., 2019).

2.2.1. Adölesan ve Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığını Etkileyen Etmenler

Günümüzde birçok faktör adölesan ve gençlerin CSÜS sağlanması ve geliştirilmesine engel teşkil etmektedir. Adölesan ve gençlerin CSÜS siyasi düzeyde önceliğe sahip değildir ve bu alanda kısıtlayıcı yasalar ve politikalar yürürlüktedir. Pek çok toplumda toplumsal, kültürel ve dini faktörler adölesanların cinselliğinin gözardı edilmesine yolaçmaktadır. Cinsel sağlık sorunlarının, özellikle de CYBE / HIV'in damgalanması sözkonusudur. Evlilik dışı cinselliğe yönelik yargılama ve dışlama

toplumda ve sağlık hizmeti sunumunda yaygın görülmektedir. Bazı bölgelerde erken evlilik ve çocuk doğurma uygulamaları, gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımını yasaklayan toplumsal baskı da bulunabilmektedir. Çatışma, göç, kentleşme ve eğitim eksikliği adölesan ve gençlerin CSÜS'nın önündeki diğer engellerdir (Morris ve Rushwan, 2015). Adölesan ve gençlerin ihtiyaçlarını engelleyen faktörlerin bilinmesi ve kontrol altına alınması CSÜS'nın gelişimini sağlayabilir (Engel ve ark., 2019).

2.2.1.1. İlk Cinsel İlişki Yaşı

Adölesan ve gençlerin cinsel aktivitesi (son üç aydaki cinsel ilişki deneyimi) adölesan dönemin ortasından başlayarak giderek artmaktadır. Küresel olarak cinsel ilişki sıklığının en yüksek bildirildiği bölgerin başında gelen Sahra Güneyi Afrika'da evli olmayan on adölesan kızdan üçü, Güney Amerika'dakilerin ise dörtte biri cinsel aktiftir (UNFPA, 2013). Sahra altı Afrika'da erken cinsel ilişkinin, evlilik bağlamında gerçekleştiği ve adölesanların cinsel ilişki sıklığının azaldığını işaret eden raporlar yayınlanmaktadır. Afrika, Orta ve Güney Asya ülkelerindeki adölesanlar arasıda prezervatif kullanımında artış meydana gelmektedir (ICF, 2018). Avrupa ve ABD ise 15 yaşındaki adölesanların cinsel ilişki sıklığının %18 ile %33 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Madkour ve ark., 2010). Adölesanların cinsel aktivitesi, cinsiyete ve bölgeye göre önemli ölçüde değişirmektedir. Örneğin Sahra altı Afrika, ve Orta Asya'da kızlar daha çok cinsel aktifken, Latin Amerka ve Karayipler'de erkekler daha aktiftir (Chandra-Mouli ve ark., 2014). Dünyadaki birçok adölesan kız için, ilk cinsel ilişki, cinsel zorlamanın veya cinsel istismarın sonucu olarak ortaya çıkmaktadır, bu durum özellikle ilk cinsel ilişkinin çok genç yaşta meydana geldiği durumlarda geçerlidir (Starrs ve ark., 2018). Konuyla bağlantılı olarak Türkiye'de yapılan çalışmalarda geçlerin ilk cinsel ilişki yaşının 16 - 23 yaş arasında değiştiği saptanmıştır (Pınar ve Taşkın, 2011; Kırmızıtoprak ve Şimşek, 2011; Aşçı ve ark., 2016). Kıbrıslı Türk adölesanlar arasında ortalama ilk cinsel ilişki yaşı kesin olarak bilinmemekle birlikte, 2019 yılında KKTC'de yapılan çalışmada ilk cinsel ilişki yaşı 17 olarak saptanmıştır (Aşut ve ark., 2019).

Adölesanlar ilk cinsel temas sırasında genellikle cinsellik ve üreme hakkında bilgi sahibi değildir. Gençler ilk cinsel ilişkiyi deneme olarak görmekte ve ne tür sorunlar yaşayacaklarını bilseler bile prezervatif veya kontraseptif yöntemleri alıp kullanma eğiliminde değildir. Bazı toplumlarda, cinsiyet normları gereği adölesan çağdaki erkekler birden fazla partnerle cinsel ilişkiye teşvik edilmektedir. Kontraseptifler, özellikle

prezervatifler kolayca bulunamıyorsa veya kullanılmıyorsa, her iki cinsiyetten adölesanlar CYBE ve kadınlar için istenmeyen gebelik riskiyle karşıkarşıya kalmaktadır. Birçok genç kadın, cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyona sahip olduğunu bilmeyebilir. CYBE'ın tanısı konulmaz ve tedavi edilmezse, pelvik enflamatuar hastalığa, ektopik gebeliğe ve sonunda infertiliteye ulaşan sonuçların ortaya çıkmasına veya serviks kanserine sebep olabilir. Ayrıca sahip olunabilecek herhangi bir çocukta görme engeline ve genel sağlığına zarar verebilmektedir. Tüm bunlar düşünüldüğünde adölesanların ilk cinsel ilişki yaşı en az 18 yaş üzerine çekilmeli ve mümkün olduğunca ötelenmelidir (WHO, 2006).

2.2.1.2. İlk Gebelik ve Evlilik Yaşı

Birçok adölesan sağlıklı bir gebelik geçirerek ebeveyn olabilmekte ve rollerinden zevk alabilmektedir fakat bu oran pek fazla değildir. Vücutları gebe kalacak kadar olgunlaşmış olsa da, çoğu adölesan güvenli bir gebelik ve doğum için yeterince fiziksel olgunluğa erişmiş değildir. Adölesanların ilk gebelik ve evlilik yaşının 18 özellikle de 15 yaşın altına inmesi tekrarlayan gebelikler, anne morbidite ve mortalitesinde risk artışı meydana getirmektedir. Gebe bir adölesan anne olma deneyimi ve yaşamındaki anlamı ile başa çıkmak için sosyal ve duygusal olgunluğa sahip olmayabilir. Partneri de, eğer adölesan dönemde ise, babalığın sorumluluklarını üstlenmeye hazır olmayabilir ve ebeveynlik sorumluluğu tamamen adölesan anneye kalabilir. Ayrıca gebelik evlilik dışı gerçekleşirse, kürtaj yoluna gidilebilir. Adölesanlar, öncelikle gizli, yasadışı kürtaj olma yolunu seçtikleri için veya kürtaj olmayı geciktirdikleri için kürtaj komplikasyonları en çok adölesan grupta görülmektedir (Sedgh ve ark., 2015).

Yalnızca Afrika'da, her yıl 14 milyon istenmeyen gebelik meydana gelmekte ve neredeyse yarısı 15-24 yaş genç kadınlar arasında meydana gelmektedir (Mardi ve ark., 2018). Küresel olarak yaklaşık 12 milyon adölesan kızın 18 yaşından önce evlendiği bilinmektedir. 18 yaşından önce evlenen 20-24 yaş kadınların oranı son 25 yılda, her dört kadında birden beş kadında bire azaldığı belirlenmiş olsada aslında bu oranın nüfus artışı nedeniyle ortaya çıktığı saptanmıştır (UNICEF, 2018). 15-19 yaş adölesan kızların doğum oranı yılda 1000'de 44 (16 milyon) olduğu ve %95'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı saptanmıştır (WHO, 2020c). Canlı doğumların yaklaşık üçte ikisi ilk evlilikten önce gerçekleşmektedir (Bellizzi ve ark., 2019). Düşük gelirli ülkelerdeki adölesan doğum oranı, yüksek gelirli ülkelerin iki katından fazladır ve bu doğumlar

özellikle Asya, Orta Doğu ve Kuzey Afrika bölgelerinde resmi bir evlilik ilişkisi içinde meydana gelmektedir (UNFPA, 2013). Son yıllarda Kuzey Afrika, Batı ve Güney Asya'da (özellikle Hindistan), erken evliliklerde en büyük düşüş yaşanmıştır. Güney Asya'da bir kızın erken evlilik riski %53'ten %3'a düşmüştür (UNICEF, 2019). Erkeklerin erken evlilik prevalansı anlamlı olarak düşüktür. Her 25 erkekten sadece biri (%3,8) 18 yaşından önce evlenmekte ve 15 yaşından önce evlilik (%0,3) oldukça nadir görülmektedir. Örneğin, kızların 18 yaşından önce dörtte üçünün (%76,3) ve 15 yaşından önce dörtte birinin (%28) evli olduğu Nijer'de, erkeklerin 18 yaşından önce sadece %5,7'sinin ve 15 yaşından önceyse neredeyse hiçbirinin evli olmadığı saptanmıştır (UNICEF, 2019). Türkiye evlenme istatistiklerine göre, resmi olarak ilk evliliğini 2020 yılında yapmış olan kadınların ortalama evlenme yaşı 25,1 iken erkeklerin ortalama evlenme yaşı 27,9 olmuştur (TUİK, 2020).

Adölesan gebelerin, erişkin kadınlara göre eklemsi ve zor doğum eylemi yaşama olasılığı daha yüksektir. Gebelik vücudun beslenme ihtiyaçlarını artırır ve kadının büyümesini yavaşlatabilir. Bir adölesanın pelvisi yetişkin boyutlarına ulaşmamış olsa da doğum sırasında zorlu doğum eylemi yaşaması muhtemeldir. Zorlu doğumun komplikasyonu olarak, vajina ile mesane veya rektum arasında bir fistül gelişebilmektedir. Böyle bir durumda kadında idrar veya dışkı inkontinası meydana gelmekte ve böyle bir durumda genellikle hem ailesi hem de toplum tarafından dışlanmaktadır. Adölesan gebelerin doğum öncesi bakım alma olasılığı diğer kadınlardan daha az olmakla birlikte daha fazla sağlık problemi yaşamaları muhtemeldir. Genç adölesan annelerden doğan bebekler de yetişkin kadınların bebeklerinden daha fazla riskle karşı karşıyadır. Adölesan annelerin bebeklerinde düşük doğum ağırlığı, erken doğum, perinatal mortalite riski daha yüksektir. Ayrıca adölesan anne, bebeği yetiştirmek için gerekli ebeveynlik becerilerine sahip olmayabilir (WHO, 2006).

Adölesan gebelik toplum için de olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Adölesanlar gebeler bu süreçte okula devam edemezler. Bebekli genç bir kadının iş bulma şansı daha azdır ve eğitimini de tamamlamamışsa, ek bir dezavantaj olacaktır. Adölesan gebenin ekonomik gelirinin yetişkin gebelere kıyasla düşük olması muhtemeldir. Eğitimsiz ve fakir anne sadece toplumun gelişimine engel olmakla kalmaz, aynı zamanda ailesi için de yük haline gelebilir. Ailelerin ekonomik olarak kalkınabilir olması toplum yararınadır ve adölesan gebelik bunun gerçekleşmesine engel olmaktadır. Adölesan gebelik evlilik dışı

meydana gelmişse, aile ve toplum tarafından reddedilme riski oluşur. Yoksullukla kötü sağlık durumu genellikle parallel gitmekte, bu da annenin baş etme mekanizmalarını olumsuz etkileyerek çocuğun gelişimine de negatif geri dönmektedir. Adölesan evliliklerin 2030 yılına kadar sona erdirilmesi için %0,7 olan yıllık azalma oranının %23'e çekilmesi gerekmektedir (UNICEF, 2018; Langer ve ark., 2015).

2.2.1.3. Kontraseptif Yöntem Kullanımı

Küresel olarak, evlilik veya birliktelik yaşayan adölesan kızların %21'i modern bir kontraseptif yöntem kullanmaktadır ve bu oran, 10 yıl öncekinin iki katıdır. Latin Amerika, en yüksek modern kontraseptif prevalans oranına (%57) sahipken, Sahra altı Afrika son yirmi yılda %4'ten %15'e hızlı artış göstermiştir. Küresel olarak karşılanmayan kontraseptif ihtiyacı, %23'e sabittir. Gelişmekte olan ülkelerde, tahmini 38 milyon adölesan kız cinsel aktiftir, ancak sadece 15 milyonu modern bir kontraseptif yöntem kullandığını bildirmiştir. Bu durum 23 milyon adölesan kızı istenmeyen gebelik riskiyle karşı karşıya getirmektedir (Kiani ve ark., 2019). Türkiye genelinde evli ve doğurgan çağdaki kadınların %70'i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmakta fakat modern yöntem kullanımı %49'dur. Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı %12'dir (TNSA, 2018). Evli olmayan cinsel aktif adölesan kızların (%51) kontraseptif kullanım oranı evli adölesan kızlarınkinden (%20) çok daha yüksektir. Gelişmekte olan ülkelerdeki 15-19 yaş evli adölesan kızların toplam modern kontraseptif kullanımının %70'ini erkek kondomu oluşturmaktadır. Diğer yaygın kullanılan yöntemler arasında hap ve enjekte edilebilir kontraseptifler (%70) gelmektedir. Enjeksiyonlar ağırlıklı olarak Doğu ve Güney Afrika'da (%60) haplar Arap Devletleri Bölgesi'nde (%55), Doğu Avrupa ve Orta Asya'da (%55) erkek prezervatifi yaygın olarak kullanılmaktadır (UNFPA, 2016). Pınar ve Taşkın (2011) tarafından Türkiye'deki üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada cinsel aktif olan öğrencilerin %48,3'ünün ilk cinsel deneyimi sırasında kondom kullandığı saptanmıştır. Aşut arkadaşları (2019) tarafından KKTC'deki üniversitelerden birinde yapılan araştırmada gençlerin %49,5'ini ilk cinsel deneyimi sırasında kontraseptif herhangi bir yöntem kullandığı belirlenmiştir. Adölesanların kontraseptif yöntemlere erişiminin bulunmaması erken ve istenmeyen gebelik riskini arttırmaktadır (Chandra-Mouli ve ark., 2014). WHO, UNICEF, UNFPA ve UN Women 2020 yılına kadar 120 milyon daha fazla kadın ve kız çocuğunun kontraseptif yöntemlere erişmini sağlamak için çalışan küresel bir iş birliği içerisindedir (WHO, 2020c). Bu bağlamda kontraseptif bilgi

ve hizmetlere daha iyi erişim, adölesan gebelik ve doğum sayısını azaltmaya yardımcı olacaktır (United Nations, 2021).

2.2.2. Adölesan ve Gençlerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Sorunları

Adölesan ve gençlik dönemi cinsel ilişki ve ifade dönemidir. Birçok adölesan cinsel ilişkiye ergenlik döneminde evlilik içinde veya dışında başlamaktadır. Adölesanların korunmasız cinsel ilişki sonuçları erken veya istenmeyen gebeliği, CYBE içermektedir. Adölesan gebelik hem gebelik hem de doğum sırasında komplikasyon riskini arttırmaktadır. Ayrıca, adölesan annelerden doğan bebeklerin mortalite ve morbidite riski daha yüksektir. Cinsel sağlık ve üreme sağlığıyla ilgili bilgi eksikliği, prezervatifler dahil kontraseptif yöntemlere erişim engelleri, zorla cinsel ilişki gibi birçok neden adölesanların istenmeyen gebelik ve CYBE riskinin artışına neden olmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmeti sunumu önündeki engeller, adölesan ve gençlerin ihtiyaç duydukları tavsiye ve hizmetlere ulaşmasını zorlaştırmaktadır (UNAIDS, 2016). SKH'nin (3) özel hedeflerinden biri, 2030 yılına kadar aile planlaması, bilgi ve eğitim ve üreme sağlığının entegrasyonu da dahil olmak üzere CSÜS hizmetlerine evrensel erişimin sağlamasıdır. Adölesan ve gençlerin sağlığının desteklenmesi için Ulusal strateji ve programlarda kullanılması önerilen asıl gösterge adölesan doğum orandır ve adölesan doğum oranının ivedilikle azaltılması gerekmektedir (United Nations, 2021).

2.2.2.1. Adölesan ve Gençlerde HIV-AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Vajinal, oral ve anal cinsel ilişki yoluyla bulaşan patojenlerin neden olduğu çeşitli klinik sendromlar CYBE olarak tanımlanmıştır. CYBE yalnız cinsel ilişkiyle değil tükrük, ter gibi vücut sıvıları ve kan yoluyla ayrıca anneden bebeğe intrauterin yolla ya da doğum sırasında bulaşabilir. HIV, Hepatit B, Genital Herpes (HSV II), Human Papilloma Virüs (HPV), Gonore, Klamidya, Sifiliz, Trikomoniyazis enfeksiyonları CYBE grubundadır (CDC, 2010). Küresel olarak HIV ile yaşayan 10-19 yaşındaki adölesanların sayısı, 1994'te 920.000 iken 2018'de 1,6 milyona yükselmiştir. Bu rakam hem yeni enfeksiyonların meydana geldiğini hem de HIV ile daha uzun süre yaşamaya izin veren tedavilerin varlığını göstermektedir. DSÖ verilerine göre büyük çoğunluğu Afrika Bölgesi'nde olmak üzere 2020 yılında tahmini 2,1 milyon adölesan HIV ile yaşamaktadır. HIV ile yaşayan 10-19 yaş adölesan nüfusta cinsiyet farklılıkları dikkat çekicidir. 880.000 adölesan kız ve 580.000 adölesan erkek HIV ile yaşamaktadır (UNAIDS, 2019). Küresel olarak, son 25 yılda, 10-19 yaş arası adölesanlarda yeni HIV

enfeksiyonu sayısı %50 azalsa da, HIV ile yaşayan adölesan sayısı %50 artması bulaşın perinatal yolla olduğunu göstermektedir (UNAIDS, 2019). Türkiye'de 2019 verilerine göre 3.248 HIV (+) kişi ve 108 AIDS olmak üzere toplam 3356 vaka olduğu saptanmıştır. Vakaların %83,6'sı erkek %16,4'ü ise kadın olduğu büyük çoğunluğunun adölesan ve gençlerden oluştuğu belirlenmiştir (TC Sağlık Bakanlığı, 2019). Yeni HIV enfeksiyonlarının yarısından fazlasını, erkek erkeğe cinsel ilişki yaşayan genç erkekler, trans bireyler, genç seks işçileri ve müşterileri, uyuşturucu enjekte eden gençler ve genç mahkumlar oluşturmaktadır (UNAIDS, 2019).

HIV ile ilgili araştırmalarda, hormonal kontraseptif kullanımı ile ilişkili HIV bulaş oranı incelemiş ve sonuçlar özellikle genç kadınlar arasında HIV'in önlenmesinin hızlandırılması gerekliliğini ortaya koymuştur (UNFPA, 2008). Yasal reformlar, insan haklarına saygı ve toplum temelli hizmetlerin sağlanması yoksulluğun azaltılması, eğitim ve sosyal koruma gibi kritik olanaklar HIV ve CSÜS'nın korunması ve sürdürülmesinde ilerlemeyi sağlayabilir. Özellikle HIV ile yaşayan nüfusun genç üyeleri için müdahale kapsamının ve kalitesinin iyileştirilmesi önemlidir (UNAIDS, 2018). HIV'i önlenmenin yolu, anneden çocuğa bulaşı önlemek için antiretroviral tedavi, maruziyet öncesi profilaksi ve önleme tedavisi gibi biyomedikal yaklaşımların uygulanmasından geçmektedir. Bununla birlikte, davranışsal ve yapısal faktörler olarak, hizmetlere erişimdeki eşitsizliklerin giderilmesi, politika ve topluma yönelik ihtiyaçların karşılanması önemlidir (Hatzold ve ark., 2019; Pettifor ve ark., 2013). Özellikle zorunlu raporlama yasaları, ebeveyn / eş izni, test ve tedaviye rıza yaşı gibi önemli yasal ve politikal kısıtlamalar gençlerin hizmetlere erişimini engellemektedir. Ayrıca grupların farklı ihtiyaçlarını anlama ve bunlara cevap verme de önemlidir. Örneğin son yıllarda, kilit nüfusun (LGBT gibi) genç üyeleri arasında HIV edinme riskini artıran davranışların erken adölesan dönemde başladığı tespit edilmiştir (Baggaley ve ark., 2015). Gençlerin HIV enfeksiyonundan nasıl korunacaklarını bilmeleri ve bunu gerçekleştirecek araçlara sahip olması oldukça önemlidir. Koruyucu uygulamalar, virüsün cinsel yolla bulaşmasını önlemek için prezervatif ve uyuşturucu enjekte edenler için temiz enjektör sağlamayı içermelidir (UNAIDS, 2019).

Birçok yetişkin, adölesan ve gençlerin cinselliğini kabul etmekte zorlanmakta ve kontrol edilmesi gereken bir şey olarak görmektedir. Bu durum HIV'in ortadan kaldırılmasının önündeki toplumsal engeller arasındadır. Gençlerin cinselliğinin

normalliğinin yaygınlaştırılması toplumsal yanıt geliştirmede çok önemlidir. HIV'nin önlenmesi, tedavi edilmesi, bakıma bağlılık, erişim ve etkili kullanımını sağlamak için bu basamaklarının her aşamasında bilgilendirmek ve motive etme stratejileri benimsenmelidir. Bu adımların sağlanması, gençler de dahil herkesle açıkça cinselliğin konuşulmasından geçmektedir (Slogrove ve ark., 2017). Adölesanlar ve gençler HIV'in hem yayılması hem de altında yatan tutum ve davranışları değiştirme potansiyeli açısından merkezi olma özelliğindedir. Gençler HIV / AIDS'in yayılması ve önlenmesi bağlamında savunuculuk, politika ve program geliştirme ve hizmet sunumuna (örn. akran eğiticiler olarak) dahil edilmelidir. Gençlerin HIV / AIDS rehberliğine katılımları önerilmekle birlikte akran etkileşimi acısından gerekli bir unsurdur (Reed ve ark., 2014).

Adölesan ve gençler arasında tüm CYBE'ların (Klamidya hariç) küresel prevalansı artış göstermektedir. Ayrıca her yıl 20 adölesandan birinin CYBE'la enfekte olacağı, 333 milyon yeni vakanın üçte birinin 25 yaşın altındaki gençlerde ortaya çıkacağı tahmin edilmektedir (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019). Tablo 2.2-1'de 15-19 yaş adölesanların küresel CYBE prevalansları izlenebilmektedir.

Tablo 2.2-1. 15-19 Yaş Adölesanların Küresel CYBE Prevalansları

CYBE Tipi	Yüzde (%)		Sayı (n)		1994-2017 CYBE Prevalans Değişimi
	1994	2017	1994	2017	
HIV	%0,12	%0,17	0,6 Mn	1 Mn	%64,8
Genital Herpes	%4,03	%4,33	20,5 Mn	25,6 Mn	%25,1
Gonore	%1,49	%1,51	7,6 Mn	8,9 Mn	%17,6
Klamidya	%1,43	%1,37	7,2 Mn	8,2 Mn	%13,1
Trikomoniyazis	%1,22	%1,39	6,2 Mn	8,2 Mn	%33,7
Sifiliz	%0,54	%0,59	2,8 Mn	3,5 Mn	%27,4

Kaynak: Institute for Health Metrics and Evaluation (2019)

Genital herpes adölesanların %4,3'ünü etkileyen en yaygın CYBE arasındadır. En yüksek genital herpes prevalansı Afrika'da olup onu Latin Amerika takip etmektedir.

Küresel olarak, tüm CYBE'lerin prevalansı kadınlar arasında erkeklerden daha yüksektir, ancak bölgeye ve zamana göre değişiklik gösterebilir (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019). Ross ve arkadaşlarının (2005), Sifiliz, Klamidya, Gonore ve Trikomonas gibi CYBE hem kısa hem de uzun süreli prevalans değişimini ölçtükleri çalışmanın bulgularına göre müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Benzer bir çalışma Jemmott ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmış ve tedavi edilebilir CYBE'ların (Klamidya, Gonore ve Trikomonas) eğitim müdahalesiyla önemli ölçüde azaldığı saptanmıştır. KKTC'de yapılan çalışmada lise çağındaki adölesan kız öğrencilerin CYBE tedavisi görmediği ancak erkeklerin %4,7'sinin tedavi gördüğü ve yaş ortalaması 17 olarak belirlenmiştir (Kaptanoğlu ve ark., 2013). SKH'nin (SDG 3) özel hedeflerinden biri, 2030 yılına kadar AIDS, tüberküloz, sıtma, tropikal hastalıklar, hepatit, su yoluyla bulaşan hastalıkların ve diğer bulaşıcı hastalık salgınlarına son verilmesi gerektiğidir. Birçok ülkede yüksek HIV prevalansı göz önüne alındığında, hedefe ulaşmak için adölesan ve gençlerin merkezi olmaları gerekmektedir (WHO, 2020b).

2.2.2.2. Adölesan ve Gençlerde İstenmeyen Gebelik ve Doğum

Adölesan gebelik 10-19 yaş arası kızlarda gebeliğin meydana gelmesi olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2014). İstenmeyen gebelik bir kadının gebe kalmadan önceki niyetini içermektedir. Bu durum gebelik istenmediğinde ya da istenen zamandan önce ortaya çıktığında meydana gelmektedir (Santelli ve ark., 2003). 15-19 yaş adölesanlarda istenmeyen gebelik oranları diğer tüm yaş gruplarına göre daha yüksektir. Gelişmekte olan ülkelerdeki 15-19 yaş adölesanlarda her yıl en az 10 milyon istenmeyen gebelik meydana gelmektedir. Adölesan gebelik küresel bir sorundur ve yoksulluk, eğitim ve istihdam eksikliği nedeniyle gelişmemiş toplumlarda ortaya çıkma olasılığı daha yüksektir. Birçok toplumda kızlar erken evlenme ve gebelik baskısı altındadır. Az gelişmiş ülkelerde, kızların %39'u 18, %12'si 15 yaşından önce evlenmektedir. Genellikle, bu tür toplumlarda annelik değerlidir, evlilik ve çocuk doğurma mevcut seçeneklerin en iyisi olarak görülmektedir (WHO, 2020c). Küresel olarak 15-19 yaş adölesan doğum oranı 1994'te %0,63'ten 2017'de %0,44'e düşmüştür. Küresel olarak adölesan doğurganlık hızı düşmüş olsa da, 15-19 yaş genç kadın nüfusunun büyük olması nedeniyle doğum sayısı değişmemiştir. Birçok ülkede 10-14 yaş adölesanlarda çocuk doğurma genellikle nadirken, Asya, Afrika ve Latin Amerika'da sık rastlanan bir olgudur

(United Nations, 2019). Türkiye'nin adölesan (15-19 yaş) fertilite hızı binde 31 iken; 18 yaş altı gebelik öyküsü olan 20-24 yaş arası kadın oranı %15 olarak bildirilmiştir (Viner ve ark., 2012; TNSA 2018). Türkiye'de 17 yaşından önce çocuk sahibi olmaya nadir rastlanmakta, ancak 19 yaşındaki kadınların %10'u anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebedir (TNSA, 2018).

Gelişmekte olan ülkelerde her yıl yaklaşık 12 milyon 15-19 yaş aralığındaki ve 777 bin 15 yaş altı adölesan doğum yapmaktadır. Adölesanlara özgü küresel doğurganlık hızı son 20 yılda %11,6 azalmıştır. Bununla birlikte, bölgeler arasında oranlarda büyük farklılıklar vardır. Örneğin Doğu Asya'da adölesan doğurganlık hızı 7,1 iken Orta Afrika'da 129'dur (WHO, 2020c). Evli veya birliktelik yaşayan adölesan ve gençlerin, yetişkin kadınlardan daha fazla karşılanmayan kontrasepsiyon ihtiyacı vardır (UNFPA, 2016). Bu gibi birçok nedenle her yıl 15-19 yaş adölesanlarda yaklaşık 5,6 milyon güvensiz kürtaj meydana gelmektedir (Darroch ve ark., 2016). Türkiye'de adölesan doğurganlık hızı 2012 yılında binde 31'den 2017 yılında binde 21'e düşmüştür (TUİK, 2017 a). TNSA 2018 verilerine göre adölesan dönemdeki kadınların %2,8'i bir canlı doğum yapmış, %0,2'si 15 yaşından önce bir çocuk doğurmuştur (TNSA, 2018). İstenmeyen gebelik ve doğumlar adölesan ve gençler için önemli bir sorun olmakla birlikte ebeveynler için de erken rol geçişi, sosyal izolasyon, iletişim güçlükleri şeklinde sosyal ve ailevi güçlükleri de beraberinde getirmektedir. Adölesan gebelikler sağlık sorunu, yaş, eğitim, cinsiyet normları ve sosyoekonomik durum dahil olmak üzere birden çok faktör ağının sonucu olarak görülmektedir (WHO, 2018). Gelişmekte olan ülkerde yaşayan adölesanlar için gebelik gelişim için ciddi bir engeldir. Adölesan ve gençlerin okulu terketmesi, çiftlerin ayrılma oranlarının artması gibi sosyal ve ekonomik fırsatları sınırlayarak yoksulluğun nesiller arası aktarımına yolaçmaktadır (Oringanje ve ark., 2016). DSÖ, UNFPA ve UN tarafından , adölesan gebeliği ve negatif üreme sonuçlarını önleme standartları geliştirilmiştir (WHO, 2018). Bu standartların oluşturulması istenmeyen gebelik ve doğumların önüne geçecektir.

2.2.2.3. Çocuk Evlilikler

Çocuk evlilik, 18 yaşın altındaki bir çocuk ile bir yetişkin veya başka bir çocuk arasında resmi ya da gayri resmi bir evliliği idafe eder (WHO, 2021b). Çocuk evlilikler hem erkekler hem de kızlar için geçerli ve gündemdedir, ancak genç kızlar arasında çok daha yaygındır. UNFPA'ya göre 2011-2020 yılları arasında 140 milyondan fazla

adölesanın evleneceği tahmin edilmektedir. Bu doğrultuda yılda 14.2 milyon ya da günde 39.000 adölesan genç kadın evlenecektir. Güney Asya,daki, adölesanların yaklaşık yarısı ve Sahra altı Afrika'daki adölesanların üçte birinden fazlasının 18. doğum gününde evli olduğu saptanmıştır. Çocuk evlilik oranının en yüksek olduğu 5 ülke; Nijer (%75), Çad (%68), Orta Afrika Cumhuriyeti (%68), Bangladeş (%66), Gine (%63)'dir. Nüfus büyüklüğü nedeniyle, Hindistan en fazla çocuk evlilik yapılan ülkelerdendir ve tüm evliliklerin %47'sinde gelin çocukluk çağındadır (WHO, 2021b).

Küresel nüfusun %63'ünü temsil eden 106 ülkedeki verilerden elde edilen verilerde adölesan evliliğin %21 oranında azaldığı saptanmıştır. 20-24 yaş arası genç kadınların %5'i 15 yaşından önce evli olduğu saptanmıştır Adölesan evlilik uygulamalarının sona ermesinde çok az ilerleme kaydedilmiştir. Bu durumun sebebi olarak gelişmekte olan ülkelerdeki genç nüfusun artmaya devam etmesi gösterilmiştir(UNICEF, 2018a). UNICEF (2018) raporuna göre Türkiye'de 18 yaş altında evlenen kız çocuklarının oranı %15'tir. Çocuk evlilikler 2030 yılına kadar sona erdirmek ve SKH'ne ulaşabilmek için şuanki küresel çocuk evlilik prevelansının yıllık azalma ortalamasının %0,7 oranından %23'e çekilmesi gerekmektedir (UNICEF, 2018 a; Langer ve ark., 2015). Çocuk evlilik açısından özellikle yoksul ve kırsal alanda yaşayan kızlar risk altındadır. Kalıcı yoksulluk bu konudaki ilerlemeyi sınırlandırmaktadır. Çocuk evlilikler, ailelerin gıda ve eğitim harcamalarını azaltmasının yolu olarak görülmektedir (UNICEF, 2018 a). Çocuk evliliklerde ilerlemeyi engelleyen faktörler cinsiyet eşitsizliği, erkek kontrollü toplum, kadın cinselliğinin, doğurganlığının ve emeğinin sömürülmesiyle yakından ilgilidir. Asgari evlenme yaşı ve çocuk evliliğinin zararlı sonuçları konusunda farkındalığın artmasına rağmen, uygulamanın yaygın olması ve çocuk evlilikleri yasaklayan yasaların kötü uygulaması devam etmektedir. Aynı zamanda afetler ve çatışmalar, kızların çocuk evliliklerine karşı kırılganlıklarını daha da artırmaktadır. Şiddetin artması da çocuk evliliğinin altında yatan nedenler arasında yeralmaktadır. Çocuk evlilikleri önlemeye yönelik yaklaşımlar da tüm bu faktörleri ele alacak şekilde uyarlanmalıdır (Neal ve ark., 2016). Kız çocuklarının eğitimi ve kadınların işgücüne katılımı çocuk evliliğinde azalmayı sağlayacaktır. Çocuk evliliklerin sona ermesiyle adölesan gebeliklerde de azalma sağlanabilecektir (Malhotra ve ark., 2019).

2.2.2.4. Adölesan ve Genç Babalık (Paternity)

18 yaşından önce çocuk sahibi olmak adölesan paternity, 20 yaşından önce çocuk sahibi olmak genç paternity olarak tanımlanmaktadır (Nesmith ve ark., 1997). Çocuk evlilik prevalansı verilerine göre genç erkeklerin %4,5'i 18 yaşından önce evlenmiştir. Erkeklerde çocuk evlilik prevalansı ülkeler arasında %1'den %30'a kadar değişkenlik göstermektedir (Gastón ve ark., 2019). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2017 yılında bu oran erkek çocukları için %0,2 olmuştur (TUİK, 2017b). Kızlardaki gebelik oranlarına benzer şekilde, adölesan erkeklerin yetişkinliğe geçiş sürecinde paternity oranları artmaktadır. Courtney ve arkadaşlarının (2014) çalışmasına katılan erkeklerin %37'si 21 yaşına gelene kadar bir partnerinin gebelik yaşadığını bildirmiştir. Oshima ve arkadaşlarının (2013) araştırmasında erkek adölesanların %4'ünün 17 yaşından önce ve %23'ünün 19 yaşına kadar bir çocuk sahibi olduğu saptanmıştır.

2.2.2.5. Adölesan ve Genç Anne Ölümleri

Küresel olarak tüm doğumların %13'ü gelişmekte olan ülkelerdeki 15-19 yaş aralığındaki kadınlara aittir. 18 yaş altı anne ölümleri 18-25 yaş anne ölümlerinden iki ila beş kat daha fazladır (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019). 144 ülkenin verileri kullanılarak gerçekleştirilen çalışmada, 15-19 yaş anne ölüm oranı 260 iken, 20-24 yaş anne ölüm oranı 190 olarak tespit edilmiştir. Afrika, 100.000 canlı doğumda 570 anne ölümüyle adölesan anne ölümlerinde en yüksek orana sahiptir (Nove ve ark., 2014). Küresel olarak 15-19 yaş adölesanların önde gelen ölüm nedenleri gebelik ve doğum sırasında ortaya çıkan komplikasyonlar olarak belirlenmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan 15-49 yaş kadınların ölüm oranları küresel anne ölümlerinin % 99'unu oluşturmaktadır. Her yıl 15–19 yaş adölesanlarda yaklaşık 3,9 milyon, 20-24 yaş genç kadınlarda 4,8 milyon kürtaj güvensiz şartlarda gerçekleşmektedir. Bu durum anne mortalite, morbiditesine en büyük katkyı koymaktadır (WHO, 2020c).

Türkiye'de adölesan evli kadınlar, 15-49 yaş arası evli kadınların %2,5'ini oluşturmasına rağmen gebeliğe bağlı ölümlerin % 5,9'u adölesanlarda görülmektedir. Genç yaş grubunda gebeliğe bağlı ölüm oranı 100,000 canlı doğumda 15,7 iken, 15-19 yaş grubunda bu oranın %18,7'ye kadar çıktığı bilinmektedir (Kütük, 2012). Kırbaş ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan çalışmada adölesanlarda gebelik komplikasyonu ortaya çıkma riski 2 kat fazla saptanmış ve preterm doğumun en sık karşılaşılan perinatal sonuç olduğu bildirimiştir. Adölesan annelerde eklempsi, puerperal endometrit ve

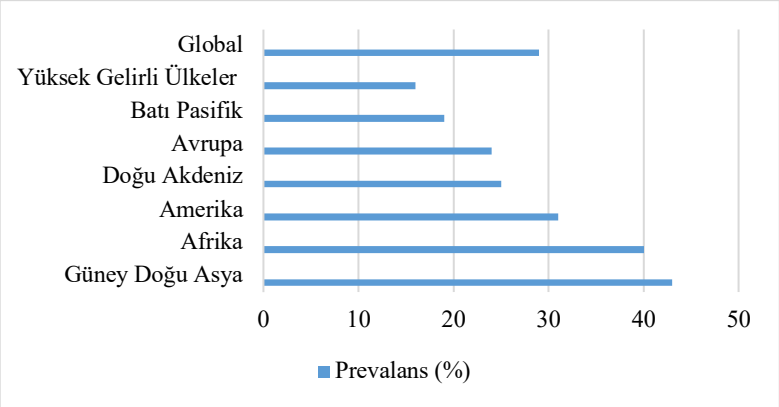
sistemik enfeksiyon riski 20-24 yaş aralığındaki kadınlardan daha fazladır (Ganchimeg ve ark., 2014). Gelişmekte olan ülkelerdeki adölesanlarda cinsel zorlama veya cinsel istismar sonucu istenmeyen gebelikler %49, oranında meydana gelmektedir. Bu istenmeyen gebeliklerin bir çoğu güvenli olmayan ve morbidite ve mortalite ile sonuçlanmakta ve yaklaşık yarısı da kürtajla sona ermektedir (Darroch ve ark., 2016).

Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller, gebelik ve doğum komplikasyonlarının önemli nedenini oluşturmaktadır. Düşük ve orta gelirli birçok ülkede adölesan gebeler doğum öncesi bakımı daha az almakta, doğumsonu bakım ve kontrol gibi bakım bileşenlerini eksik alma eğilimindedir (Owolabi ve ark., 2017). Küresel olarak, 2000-2005 yılında sağlık personeli tarafından desteklenen doğumlar tüm doğumların %62'si iken 2018 yılında %81'e yükselmiş olmasına rağmen, gebelik ve doğum sırasında kaliteli bakım eksikliği nedeniyle tahmini 295.000 anne ölümü meydana gelmiştir. Ölümlerin bir çoğunu adölesan anneler oluşmaktadır. Anne ölümlerinin azaltılması için gebelikte kadınların kaliteli doğum öncesi bakıma erişebilmeleri gerekmektedir (UNICEF&WHO, 2019). Gebeliklerini sona erdirmeyi tercih eden adölesanların güvenli kürtaja erişimi anne ölümlerinin azaltılması açısından hayati önem taşımaktadır. Kürtaj yasalarının serbestleştirilmesine ilişkin küresel eğilim devam etmektedir. ICPD'den bu yana 50 ülke kürtajı yasallaştıran yasalar çıkarmıştır. Asgari evlilik yaşını 18 yaş olarak belirten yasalar ve yaptırımlar anne ölümlerinin azaltılmasını sağlayacaktır (UNFPA, 2017).

2.2.2.6. Adölesan ve Gençlerde Cinsel Şiddet

Cinsel şiddet, kişinin rızası dışında başka biri tarafından cinsel faaliyete zorlaması veya manipüle etmesi anlamına gelir. Çocuklar, gençler, yetişkinler ve yaşlılar dahil olmak üzere herkes cinsel şiddete maruz kalabilir (CDC, 2010). Küresel çapta, birçok adölesan ve genç ruhsal, fiziksel sağlığına zarar veren ve refahını azaltan şiddetle karşıkarşıyadır. Kişilerarası şiddetin küresel olarak, büyük ölçüde azalmasına rağmen, adölesanlar için önde gelen üçüncü ölüm nedenidir. Amerika Kıtası'ndaki düşük ve orta gelirli ülkelerinde yaşayan tüm adölesan erkek ölümlerinin yaklaşık üçte biri kişilerarası şiddet nedeniyle meydana gelmektedir. Kadınlara şiddetin büyük bir kısmı partneri tarafından uygulanmaktadır. Küresel olarak, 15-19 yaşındaki (84 milyon) her üç adölesan kızdan yaklaşık biri, yakın partneri (kocası veya eşi) tarafından uygulanan duygusal, fiziksel ve / veya cinsel şiddete maruz kalmaktadır (Unided Nations, 2021). 15-19 yaş

arası adölesanların özellikle savunmasız olduğu 55 ülkeden elde edilen veriler doğrultusunda adölesanların yaklaşık %20'sinin son 12 ay içinde yakın partner şiddetine uğradığı tespit edilmiştir (United Nations, 2019b). Ayrıca 18 yaşından önce evlilik, birliktelik veya gebelik yaşayan adölesan kızların şiddet görme olasılığı daha yüksek tespit edilmiştir (Ganchimeg ve ark., 2014).



Şekil 2.2-1. Dünyanın Çeşitli Bölgelerindeki Adölesan Şiddet Prevalansları

Kaynak: WHO (2014). *Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade.* Geneva: WHO.

2015 yılında SKH gündemine adölesan kızlara yönelik şiddetle ilgili iki hedef dahil edilmiştir. Bunlar kadınlara ve adölesan kızlara yönelik her türlü şiddetin ortadan kaldırılmasını amaçlayan hedef 5.2 ve istismar, sömürü, kaçakçılığı ve çocuklara karşı her türlü şiddet ve işkencenin sona erdirilmesi hedef 16.2'dir (WHO, 2020b). Küresel sağlık gündemindeki bu değişiklikler, norm ve standartların geliştirilmesine yardımcı olmuştur (WHO, 2013; WHO, 2017). Ortaya çıkan nokta kadınlara ve kız çocuklarına yönelik şiddeti önlemek için, toplumsal cinsiyet eşitliği normlarının geliştirilmesine erken başlamanın önemini işaret etmektedir. Cinsiyet ayrımcılığı, hem şiddet hem de şiddet içeren davranışlar da dahil olmak üzere cinsel ve üreme haklarını destekleyen tutum ve davranışları etkilemektedir (Chandra-Mouli ve ark., 2017). Kanıtlar, ergen kızları ve genç kadınları öz-yeterlik, güven ve atılganlık becerilerini geliştirmeleri için güçlendirme, kızların okullarda tutulması, hane halkı yoksulluğunun azaltılması, kadınların ve kızların varlıktan miras alma haklarını destekleme, şiddet içermeyen okullar oluşturma, ebeveynleri çocuklarıyla besleyici ve şiddet içermeyen ilişkiler için

destekleme, erkek ve kızların katılımcı grup eğitimi de dahil olmak üzere toplum temelli müdahelerin arttırılması gerektiği yönündedir (Lundgren ve Amin, 2015; Ellsberg ve ark., 2015).

Kadınlara ve çocuklara karşı şiddet adölesan dönemde kesişmektedir. 2014 verilerine göre, dünya çapında 20 yaşın altındaki 120 milyon adölesan zorla cinsel ilişki veya başka cinsel eylem yaşamıştır (UNICEF, 2014). 13-24 yaş adölesanlara yönelik "Kızlar için Birlikte" girişimi kapsamında, şiddet araştırmaları yapılmaktadır. Dokuz ülkeden elde edilen veriler, kızlar arasında (0-17 yaş) cinsel istismar prevelansının %4 ile %38 arasında değiştiğini ve bu ülkelerin çoğunda prevalansın %25'ten fazla olduğu saptanmıştır (WHO, 2013). Türkiye'de kadına yönelik şiddetle mücadele konusunda 2011 tarihinde İstanbul Sözleşmesi olarak anılan "Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi" 2012 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu Sözleşme şiddete maruz kalan kadınların korunması ve desteklenmesi açısından daha önceki sözleşmelerden bir adım daha ileridir (TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2013). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile içi Şiddet Araştırması sonuçları fiziksel ve cinsel şiddetin bir arada olduğunu göstermektedir. Türkiye genelindeki kadınların %36'sı fiziksel şiddete, %12'si cinsel şiddete, %38'i de her iki şiddet biçiminden en az birine maruz kalmaktadır. Adölesan ve gençler (15-24 yaş) arasında fiziksel şiddet, erişkin (45-59) kadınlardan yaklaşık üç kat fazladır. 18 yaşından önce evlenmiş kadınlar arasında fiziksel ve cinsel şiddetin yaygın görüldüğü, kadınların yaklaşık yarısının fiziksel şiddete, beşte birinin ise cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Özellikle cinsel şiddet erken yaşta yapılan evlilikle birlikte iki katı arttığı bilinmektedir (Kaptanoğlu ve ark., 2015).

Fellmeth ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan 12-25 yaş arası gençlerde yakın partner şiddetini önlemek için eğitim ve beceri müdahelelerinin incelendiği Cochrane Meta-analiz'ine 33 çalışma dahil edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre şiddetle ilgili bilgilerde artış olduğu fakat davranış ve beceri puanı üzerinde önemli bir etkisi olmadığı belirtilmiştir. Adölesan kızlar genellikle cinsel ilişkiyi reddetme veya daha güvenli cinsel ilişki talep etme gücü ve becerilerinden yoksundur. Bu da adölesan kızların çeşitli şiddet türleri yaşamasına sebep olmaktadır. Şiddet kalıcı psikolojik sorunlara sebep olabilmesinin yanında istenmeyen gebelik ve HIV de dahil olmak üzere CYBE neden olduğu bilinmektedir (WHO, 2006). Özellikle kız çocuklar cinsiyete dayalı şiddet,

istismar biçimlerinden (örneğin, duygusal istismar ve ihmal, fiziksel ceza ve zorbalık) orantısız şekilde etkilenmektedir. Ayrıca erkek egemen toplum nedeniyle de şiddetin yöneldiği cinsiyet kadın cinsiyetidir (UNICEF, 2014).

2.2.2.7. Adölesan ve Gençlerin Menstrüal Hijyen ve Sağlığı

Menstrüasyon hijyeni ve sağlığı ICPD'de açıkça belirtilmemesine rağmen adölesan ve gençlerin cinsel üreme sağlığı olarak aile planlamasının parçası, menstrüel anormallikler ve menarşın psikolojik etkilerine dikkat çekilerek ele alınmıştır. Menstrüasyon hijyeni ve sağlığı kavramı 2000'lerin ortalarına kadar ortaya çıkmamış bugün ise büyüyen bir halk sağlığı, haklar ve sosyal hareket alanı olarak küresel gündeme yerleşmiştir (Goonesekere, 2019). Küresel gündemde olmasına rağmen ülkelerin ortalama menarş yaşını araştıran çok merkezli bir çalışma olmadığı gibi menstrüasyon hakkında henüz çok fazla karşılaştırılabilir veriler de bulunmamaktadır. Bir çok ülkenin ortalama menarş yaşı, kızların ve kadınların menstrüasyonla ilgili ihtiyaçları bilinmememektedir (Sommer ve Sahin, 2013). Bununla birlikte menstrüel damgalamanın, yetersiz sosyal ve fiziksel ortamın güvenli menstrüasyon yönetimine engel oluşturduğu saptanmıştır (Hennegan ve ark., 2019). Adölesanlar menstrüasyon döneminde utanç yaşamakta ve menstrüasyon dönemlerini yönetmede güçlük yaşamaktadır (Sommer ve ark., 2015). Adölesan kızların menarş öncesi menstrüasyon hakkında eğitim ihtiyacı, menstrüasyonun başlamasıyla tetiklenen çocuk evlilik ve / veya cinsel ilişki baskısı, menarşla birlikte kızların demir eksikliği anemisi savunmasızlığı, tıbbi ürünlerin satın alınmasındaki cinsiyet ayrımcılığı, adölesan kızların menstrüasyon düzensizlikleri ve amenore nedeniyle kontraseptiflerin bırakılması aslında menstrual hijyen ve sağlığının gençlerin CSÜS üzerine etkisini açıklamaktadır (Ibitoye ve ark., 2017; Polis ve ark., 2018).

Kanada'daki okullara hükumet tarafından menstrüasyon yönetimiyle ile ilgili araştırmalar için fon sağlanmaktadır. Birleşik Krallık'taki okullarda ise, menstrüasyon hijyeni geliştirme ve yönetimi müdahale araştırmaları yürütülmektedir (Bhattacharjee, 2019). Menstrüasyon hijyeni ve sağlığı hakkında sınırlı bilgiye rağmen bu konuyu ele almak için uluslararası çabalar sürmektedir. Su, sanitasyon ve hijyen konularında özellikle okuldaki kızların yaşadığı engeller göz önüne alındığında menstrüasyona değinmeyi gerektiren kanıtlar bulunmaktadır (Sommer ve ark., 2020). WaterAid ve UNESCO tarafından ülkelere rehberlik edecek bir dizi norm ve standart geliştirilmiştir.

UNICEF menstrüasyon hijyeni ve sağlığıyla ilgili rehber materyaller geliştirmektedir (UNICEF, 2019). Aktivistler, sivil toplum kuruluşları ve araştırmacılar küresel menstruasyon hareketine öncülük etmekte, hükümetler giderek artan bir şekilde konuya dikkat etmeye başlamaktadır. Hindistan, Nepal, Kenya ve Filipinler gibi bazı ülkeler okullarda konuya odaklanmıştır (Sommer ve ark., 2017). Etiyopya, Kenya ve Güney Afrika gibi bazı ülkeler, okullarda ücretsiz tıbbi ürünler sunmaktadır. Bu ülkelerde birçok kızın menarş ve menstrüasyona yönelik korku, karışıklık ve utanç duygularının azaltılmasına yönelik çalışmalar sürdürülmektedir. Adölesan kızların bedenlerinde meydana gelen değişiklikler hakkında bilgi oluşturulması ve kızlar, öğretmenler ve ebeveynler arasındaki sessizliğin kırılması amacıyla 'ergenlik kitapları' geliştirmiştir (Blake ve ark., 2018). Kızların menarş için hazırlanması, menstrüasyon sırasında duygusal destek, temiz suya erişim, güvenli, temiz ve erişilebilir tuvalet ihtiyacını karşılamak, sağlık çalışanlarının menstrüasyon düzensizlikleriyle ilgili eğitim eksikliğinin giderilmesi konuları üzerinde durulmalıdır. Menstrüal dönemle ilgili damgalama ve ayrımcılığın kaldırılması gerekmekte, bu doğal deneyimin normalleşmesine odaklanan küresel menstrüel eşitlik hareketleri desteklenmelidir. Örneğin Hindistan'da menstrüasyon sırasında tapınaklara erişimi sağlayan kampanyalar, Birleşik Krallık ve Güney Afrika'da, menstrüel tıbbi ürünler üzerindeki vergileri kaldırma kampanyaları yapılmıştır. Menstrüal Hijyen Günü medyanın dikkatini tetiklemeyi sağlamaktadır (Sommer ve ark., 2015).

2.2.2.8. Adölesan ve Gençlerin Dijital Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı

Adölesan ve gençlerin dijital sorunları, pornografi ve cinsel içerikli mesajlaşma (sexting) olarak ikiye ayrılabilir.

2.2.2.8.1. Pornografi

Pornografi, profesyonelce üretilmiş veya kullanıcı tarafından oluşturulmuş videolarla kişiyi cinsel olarak uyarmayı amaçlayan resimler olarak tanımlanmıştır (Valkenburg ve Peter, 2011). Pornografi genellikle, çıplak ve / veya cinsel organların açıkça görüldüğü cinsel faaliyette bulunan kişileri içermektedir. Gençler pornografi için hem akıllı telefonları hem de bilgisayarları kullanmaktadır. Pornografinin çoğuna internet üzerinden erişilir ve akıllı telefon kullanımı ve internet erişiminin yayagınlaşması adölesanlar arasında pornografi kullanımı arttırmıştır (Atwood ve ark., 2017). Pornografi kullanımının olumsuz sonuçları olabileceği nedeniyle araştırmalar yapılmıştır.

Adölesanlarda pornografi kullanım prevalansı değişkenlik göstermekle birlikte izleyenlerin sıklıkla genç erkekler olduğu saptanmıştır. Pornografi izleyen adölesanların zayıf veya sorunlu aile ilişkileri ve duygu arayışı içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Pornografi kullanımının aynı zamanda izin verici cinsel tutum, günübirlik cinsel ilişki ve riskli cinsel davranışlarla ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (Peter ve Valkenburg, 2016). Koletic (2017) pornografi izlemenin, gençlerin cinsel davranışlarını, cinsel norm ve tutumlarını, cinsiyet tutumlarını, benlik saygısını ve cinsel tatminini olumsuz etkilediğini tespit etmiştir. Randall ve Langlias (2018), tarafından yapılan nitel çalışma pornografi izlemenin, özellikle henüz herhangi bir cinsel faaliyette bulunmamış gençler için gelişim üzerinde olumsuz etkileri ve gerçekçi olmayan cinsel beklentiler yarattığını ortaya koymuştur.

2.2.2.8.2. Cinsel İçerikli Mesajlaşma (Sexting)

Son yıllarda cinsel içerikli metin iletişiminde sexting (seks ve mesajlaşma kelimelerinin kombinasyonu) eğilimi ortaya çıkmıştır. Cinsel içerikli mesajlaşma terimi ilk olarak 2005 yılında, cep telefonlarından çıplak fotoğraf gönderme uygulamasını tanımlamak için kullanılmıştır. Sexting, cep telefonlarının veya diğer elektronik cihazlar kullanılarak kişilerin kendisinin oluşturduğu cinsel içerikli mesaj, resim veya videoları göndermek için kullanılmasıdır (Lenhart ve ark., 2009). Akıllı telefon kullanımının ilerlemesi ve yaygınlaşması nedeniyle, cinsel içerikli fotoğrafları çekmek ve dağıtmak her zamankinden daha kolay hale gelmiştir. Cinsel içerikli mesajlaşma, araştırıcı ve romantik bir kullanımdan istismarcı bir tutuma kadar bir dizi davranışı kapsayabilmektedir (Döring, 2014). Cinsel mesajlaşma davranışları üzerine bir metaanalize göre, cinsel mesajlaşmanın yaygınlığı %1 ile %60 arasında değişmektedir (Barrense-Dias ve ark., 2017). Gençler ve genç yetişkinlerle (15-20 yaş) yapılan niteliksel bir araştırma, genç kadınların çıplak fotoğraflar göndermek için erkekler tarafından, erkeklerin ise aldıkları çıplak fotoğrafları paylaşmaları için akranları tarafından baskı hissettiğini ortaya koymuştur (Englander, 2019).

Ayrıca cinsel içerikli mesajlaşma, bir ilişkide cinsel olarak romantik olmanın bir yolu olarak kullanılabilir. Bu nedenle, romantik bir partnerle cinsel mesajlaşma davranışı birçok fayda sağlayabilir ve ilişki üzerinde olumlu bir etki yaratabilir. Ebeveynler, eğiticiler ve hukukçular sexting'in internet kuşağındaki adölesan ve gençler için zararlı sonuçları olabileceğini ileri sürmektedir (Wolak ve ark., 2012). Bir fotoğraf herkese açık

olarak dağıtılırsa, siber zorbalığa, utanmaya ve birey için aşağılanmaya yol açabilir. Cinsel içerikli bir fotograf veya video kamuya açıldıktan sonra intihar, alay ve taciz meydana gelebilir (Ryan, 2010). Ayrıca, Jones ve arkadaşları (2012) cinsel içerikli görüntülerde yer alan gençlerin %21'inin aşırı derecede üzüntü veya utanç duyduğunu ortaya koymuştur. Cinsel içerikli mesajlaşma davranışlarında bulunan adölesanların, bulunmayanlara kıyasla birden fazla partnere ve korunmasız cinsel ilişkiye sahip olma olasılıklarının iki kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (Benotsch ve ark., 2013). Cinsel içerikli mesajlaşma adölesanlar arasında alkol kullanımı ve günübirlik ilişki kurma (romantik olmayan) yolu olarak kullanıldığı saptanmıştır. Ayrıca, cinsel içerikli mesajlaşmaya katılanların başka cinsel riskler alma olasılığı yüksektir (Dir ve Cyders, 2015).

2.2.2.9. Adölesan ve Gençlerde Korunmasız Cinsel İlişki ve Riskli Cinsel Davranışlar

Cinsel ilişki, adölesan gelişiminin normal ve beklenen bir yönü ve bir başlangıçtır. Bu başlangıç cinsel ve üreme hayatının temelini oluşturmakta ve bir çoğu karşı cinsle meydana gelmektedir (Heywood ve ark., 2015). Adölesan ve gençlerin sağlıklı cinselliği, bedeni, cinsiyet kimliğini ve farklı cinsel yönelimleri içine almaktadır. Aynı zamanda aile, akranlar ve partnerlerle etkili bir iletişim kurmanın yanı sıra doğru cinsel sağlık bilgisine sahip olmak, cinsel eylemlerin risklerini, sorumluluklarını ve sonuçlarını anlama zamanıdır. Bu dönem risklerin azaltılması için harekete geçme, risk azaltma becerilerinin kazanılması sağlıklı ilişkiler kurma ve sürdürme süreci olarak değerlendirilmelidir (Schalet ve ark., 2014). Sağlıklı cinsellik kimliğin, değerlerin, hedeflerin ve davranışların keşfedilmesini gerektirir. Cinsel sağlığa yönelik sağlıklı ve olumlu tutumlar, gençlerin genel sağlığının yükselmesiyle yakından ilişkilidir. Bununla birlikte, riskli cinsel davranışlar gençler arasında oldukça yaygındır. Adölesan nüfustaki gebelik ve CYBE yaygınlığı, cinsel sağlık müdahale programlarına rağmen hala yüksektir (Hensel ve ark., 2016). Adölesan dönemde gerçekleştirilen bir çok riskli davranış yetişkin dönemdeki sağlık düzeyi üzerine etki etmektedir (Hardin ve ark., 2017). Adölesanlardaki cinsel risk alma davranışları, ilk cinsel ilişkinin erken yaşta deneyimlenmesi, birden fazla cinsel partner, partnerin cinsiyeti veya ilişkinin uzunluğu, cinsel ilişki sıklığı, prezervatif kullanımı tutarlılığı, cinsel ilişki ve alkol / uyuşturucu kullanımı gibi faktölere bağlıdır (Heywood ve ark., 2015). Riskli davranışlar değişkenlik göstermektedir. Örneğin tutarsız

prezervatif kullanımı az riskli bir davranışken, birden fazla partner olduğunda büyük riskli bir davranış haline gelmektedir (Casey ve Beadnell, 2010).

Adölesan ve gençler birçok farklı cinsel davranışta bulunur ve hangi davranışların riskli olduğunu anlamlandıramayabilir. Genel olarak, olumsuz sonuçlar olumlu sonuçlardan daha ağır basarsa davranışlar riskli kabul edilir. Riskli davranışlar çoğunlukla CYBE'ler veya istenmeyen gebeliklere yolaçmaktadır. Ayrıca 16 yaşından önce cinsel ilişki, diğer risk alma davranışlarıyla yakından bağlantılıdır (Heywood ve ark., 2015). Borodovsky ve arkadaşları (2019) Amerikan adölesanlar arasında cinsel davranış eğilimleri incelmiş ve sonuçlara göre, iki veya daha fazla cinsel partnere sahip olma prevalansının 1999'da %32,5 iken 2017'de %22,6'ya düştüğü saptanmıştır. Kaaya ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan 11 müdahale çalışmasının incelendiği sistematik derlemede CSÜS eğitiminin bilgi, tutum ve iletişim üzerine etkili, ancak cinsel ilişki başlangıç yaşı, sıklığı ve partner sayısı üzerinde daha az etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Türkiye'deki aktif cinsel yaşamı olan üniversite öğrencilerinin riskli cinsel davranışlarının incelendiği araştırmada, öğrencilerin %51,9'unun son 3 ayda en az bir kez korunmasız cinsel ilişki yaşadığı, %18,5'inin son cinsel ilişkisinde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmadığı tespit edilmiştir. Kontraseptif yöntemlerden birini kullandığını söyleyen öğrencilerin (%81,5) ise %72,7'sinin kondom kullandığı saptanmıştır. Öğrencilerin % 64,2'si son 3 ayda sarhoş olduğunu ve sarhoşken en az bir kez cinsel ilişki yaşadığını bildirmiş ve toplam %59,3'ünün birden fazla cinsel partnerinin olduğu saptanmıştır (Golbasi ve Kelleci, 2011). Kaptanoğlu ve arkadaşları tarafından KKTC'de 2013 yılında adölesanlara "riskli cinsel temas şüphesi varsa tepkiniz nedir? " sorusu yöneltilmiş ve adölesanların %71,3 doktora danışmak, %30,2 aile ile paylaşmak, %15,6 internetten araştırmak ve kendikendine tedavi uygulamak, %12,5 arkadaş ile paylaşmak ve tavsiyelerine uymak şeklinde yanıtlamıştır.

Adölesanlar arasında CSÜS ilgili bilgi boşlukları yaygın görülmekle birlikte bu durum risk alma davranışını arttırmaktadır. Örneğin, 14-17 yaş adölesan kızların yalnızca %66'sı, erkeklerin %51'i klamidya'yı duyduğunu belirtmiştir. Ayrıca birçok adölesan, oral yolla CYBE'lerin bulaşabileceğini bilmemekte, bazıları kötü hijyenin CYBE'lere neden olabileceğine inanmaktadır (Frappier ve ark., 2008). Cinsel sağlık hakkında bilgi edinmenin önündeki engeller arasında, erişilebilirlik, utanç, gizlilik ve mahremiyete saygı duyulmaması sayılabilir. Adölesanların, partnerleriyle kontraseptif kullanımı konusunda

konuşmaya utandıkları bildirilmiştir. Ayrıca, bazıları kontraseptif alma sürecinde de utanç duyduğunu bildirmiştir. Diğer engeller arasında akran baskısı, planlama eksikliği ve madde etkisi altında olma sayılabilir (Battles ve Weiner, 2002). Cinsel sağlık eğitimiyle, potansiyel bilgi eksikliklerini gidermek ve adölesanların bilinçli kararlar almasını sağlamak CSÜS açısından oldukça önemlidir. Yoksulluğun, şiddet, evsizlik, aile disfonksiyonu ve cinsel risk alma davranışlarıyla ilgisi olduğu bilinmektedir (Kirby, 2002). Pek çok gencin CSÜS bilgi ihtiyaçları, günlük olarak karşılaştıkları diğer sorunlarla karşılaştırıldığında daha az önemli görülebilmekte buna rağmen geleceğin yetişkinlerinin sağlığını derinden etkileyebilmektedir (PHAC, 2014).

Adölesan ve gençlerin cinsel risk alma davranışıyla ilişkisi bilinen ana faktörlerden biri de ebeveynlerdir. Ebeveynleriyle konuşan gençlerin, cinsellikle ilgili daha iyi bilgiye ve tutuma sahip olduğu ve ilk cinsel ilişkiyi geciktirme eğiliminde olduğu bilinmektedir (Guzmán ve Stritto, 2012). Ebeveynleriyle cinsellik hakkında konuşan kadınların tutarlı prezervatif kullandığı bildirmektedir. Ebeveynleriyle sıcak ve duygusal bağları olan kızlar daha az cinsel partner ve daha fazla prezervatif kullanım tutumu sergilemektedir (Bobakova ve ark., 2013; Zimmer-Gembeck, 2011). Anne veya babanın cinsel ilişkiyi onaylaması, olumlu cinsel davranış sonuçları ile ilişkilidir ve ebeveyn desteği, daha az riskli davranışlarla ilişkilidir (Bobakova ve ark., 2013). Bu nedenle, gençlerle ebeveynleri arasında rahat ve destekleyici bir ortamda cinsel sağlığa yönelik olumlu tutum geliştirmelerine destek verilmelidir (Parkes ve ark., 2011).

2.3. ADÖLESAN VE GENÇLERE YÖNELİK CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI EĞİTİMİ

Adölesan ve gençlere yönelik CSÜS eğitiminin önemi ilk olarak 1994 yılında ICPD'de adölesan gebeliklerin azaltılmasının gerekliliğiyle gündeme gelmiştir (ICPD, 1994). CSÜS eğitimiyle ilgili olarak BM ve üye devletler arasında uluslararası anlaşmalar bulunmaktadır. Buna göre;

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) Eylem Programı ve Pekin Eylem Platformu "Adölesan ve gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığına yönelik bilgi ve eğitim ihtiyaçlarının karşılanması, mahremiyetlerine tam saygı göstererek, ayrım gözetmeden ve kanıta dayalı kapsamlı eğitim sağlama, insan hakları ve cinsiyet eşitliğini sağlama, adölesan ve gençlerin kendi cinsellik, cinsel sağlık ve üreme sağlığıyla ilgili

olumlu ve sorumlu bir şekilde ilgilenmelerini sağlama" çağrısında bulunmuştur (U. N. Women & UNICEF, 2018).

2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, "Sağlıklı yaşamları garantileme ve her aşamada refahı sağlama (SDG 3), kapsamlıve eşit kalitede eğitim sağlamak ve herkes için hayat boyu öğrenme fırsatı sağlama (SDG 4) cinsiyet eşitliğini sağlama ve tüm kadınları ve kızları güçlendirme (SDG 5)" şekilde belirlenmiştir (U. N. Women &UNICEF, 2018).

İnsan Hakları Konseyi, "Adölesan ve gençlerin, gelişen kapasitelerine uygun tam ve doğru bilgilere dayalı, kapsamlı cinsellik eğitimi de dahil olmak üzere eğitim programları ve öğretim materyallerinin geliştirilmesi ve uygulanması" çağrısında bulunmuştur (U. N. Women & UNICEF, 2018).

Özellikle adölesan gebeliği önleme üzerine Her Kadın Her Çocuk (Every Women Every Child), Aile Planlaması 2020 (Family Planning, 2020) ve Küresel Finansman Tesisi (Global Financing Facility) gibi küresel ortaklıklar bulunmaktadır. Birçok ülkede, yetersiz yatırım ve kötü yönetim nedeniyle, adölesan ve gençler de dahil olmak üzere genel olarak nüfusun ihtiyaçları karşılanamamaktadır (Starrs ve ark., 2018). Adölesan dönem, belirli sağlık güçlükleri ve ihtiyaçlarıyla ilişkili olarak cinsel olgunlaşmanın da etkisiyle yüksek riskli cinsel davranışlara eğilimin olduğu hassas bir dönemdir (Goldman, 2011). Bu dönem CSÜS eğitimiyle sağlıklı cinsellik ve kişilerarası ilişkilerin oluşturulması, olumlu fiziksel imaj ve cinsiyet rolleri ile ilgili konularda bilgi sağlama ve yüksek riskli davranışları kontrol etmek için değerlendirilmelidir (UNFPA, 2012).

2.3.1. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitiminin Kapsamı

CSÜS eğitimi, cinsel sağlığın korunması ve HIV'in önlenmesi için çok önemli olan insan hakları, cinsiyet eşitliğini tanıyan, bilgi, değer ve becerileri destekleyen eğitim olarak tanımlanmıştır (UNESCO, 2009). CSÜS eğitimi ile gebelik ve sağlıklı ilişkiler dahil olmak üzere tüm alanları kapsayan kapsamlı cinsel sağlık bilgilerine erişim önemlidir. Cinsel sağlık bilgisinin artması, gençlerin ilk cinsel başlangıcını geciktirme ve prezervatif kullanma olasılığının artmasıyla ilişkilidir (Kellam ve ark., 2014). Lindberg ve Maddow-Zimet (2012) çalımasında cinsel ilişkiden kaçınma ve doğum kontrol yöntemiyle birlikte verilen cinsel eğitimin ilk cinsel ilişki zamanlamasını geciktirdiği saptanmıştır. Sadece cinsel ilşkiden kaçınma ya da sadece doğum kontrolüyle iligili verilen cinsel eğitimin ilk cinsel ilişkiyi geciktirme üzerine etkisi saptanmamıştır. Tüm

bu nedenlerle adölesan ve gençlere cinsel sağlık eğitiminin kapsamlı şekilde verilmesi gerekliliği doğmuştur.

2.3.1.1. Cinsel Eğitimde Yoksunluk (Cinsel İlişkiden Kaçınma) Yaklaşımı

Cinsel eğitimde yoksunluk yaklaşımı programları; cinsel ilişkiden uzak durma, adölesan ve gençlerin cinsel aktif olacaklarını kabullenmeme, kontraseptif ya da prezervatif kullanımını öğretmeme, kürtajla ilgili konuşmadan kaçınma, CYBE veya adölesan gebelik gibi cinsel davranış risklerini ele alarak bu nedenlerle cinsel ilişkiden uzak durma gerekliliği gibi belli başlı özelliklere sahiptir (Advocates for Youth, 2007). Cinsel eğitimle ilgili "cinsel pozitif" yaklaşımların aksine, yalnızca yoksunluğa dayalı "cinsel negatif" yaklaşımlar, insan cinsel davranışını zararlı olarak ele almaktadır. Cinsel negatif yaklaşımlar, cinselliğin potansiyel olarak bireyler ve toplum üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olabileceği gerçeğini vurgulama eğilimindedir (Knerr ve Philpott, 2011). Cinselliğin tehlikeleri hakkında bilgi vermek veya cinsel ilişkiden uzak durmaya zorlamak, CYBE veya ergen gebelik oranlarını azaltmak için yeterli olmamaktadır. Ott ve Santelli (2007), yalnızca yoksun bırakma politikalarının gençlerin insan haklarını ihlal edebileceğini, çünkü bu politikaların HIV ve CYBE hakkında potansiyel olarak hayat kurtaran bilgilerin saklanmasına yolaçtığını belirtmiştir. Ayrıca Dünya Cinsel Sağlık Derneği, adölesan ve gençlerin cinsel sağlığı hakkında gönüllü, bilinçli karar almak için gerekli bilgileri saklayan eğitim programların etik olmadığını belirtmiştir (World Association for Sexual Health, 2008).

2.3.1.2. Kapsamlı Cinsel Eğitim (Comprensive Sexual Education - CSE) Yaklaşımı

Sadece cinsel ilişkiden kaçınma eğitiminin aksine, kapsamlı cinsel eğitim insan gelişimi ve cinselliğe bütüncül bir yaklaşımı vurgulamaktadır (UNESCO, 2013). Kapsamlı cinsel eğitim, cinselliğin bilişsel, duygusal, fiziksel ve sosyal yönlerini öğrenmek ve öğretmek için müfredata dayalı bir süreçtir. Kapsamlı cinsel eğitim yalnızca sağlıklı adölesan ve gençlere özgü bir yaklaşım olmayıp engelli, kronik sağlık koşulları ve diğer özel ihtiyaçları olan tüm adölesan ve genç bireylere yönelik bir yaklaşımdır. Adölesan ve gençleri, üreme riskleri ve hastalıkları, adölesan gebelik, CYBE ve HIV önleme, konularında onları güçlendirecek bilgi, beceri, tutum ve değerlerle donatmayı amaçlamaktadır. Adölesan ve gençlerin sağlık ve iyilik halini koruyarak saygılı, onurlu, sosyal ve cinsel ilişkiler geliştirmesini, yaptığı seçimlerin kendisi ve başkasını nasıl

etkilediğini düşünmesini ve cinsel haklarının yaşamları boyunca korunmasını sağlamaktadır (U. N. Women & UNICEF, 2018; Martino ve ark., 2008).

Kapsamlı cinsel eğitim adölesan ve gençleri öğrenme sürecine etkin bir şekilde dahil etmek ve tüm ihtiyaçlarına yanıt vermek için dengeli ve kapsamlı bir yaklaşımdır. Üreme, cinsel davranış, riskler ve sağlığın iyileştirilmesine yönelik içeriğin yanı sıra, sevgi, karşılıklı saygı ve eşitliğe dayalı ilişkiler gibi cinselliğin olumlu yönlerini öğrenme fırsatı sunmaktadır. Kapsamlı cinsel eğitim cinsiyet ve güç eşitsizlikleri, sosyo-ekonomik faktörler, ırk, HIV durumu, engellilik, cinsel yönelim ve cinsel kimlik gibi ilişkilerin daha geniş ve savunmasız yönleriyle ilgili sosyal ve kültürel faktörleri de içermesi gerekmektedir (U. N. Women & UNICEF, 2018). Kapsamlı cinsel eğitim, kültürel olarak hassas fakat adölesanların cinsel sağlığını olumsuz etkileyen konuları kapsamalıdır. Örneğin, menstrüasyonun dahil edilmemesi, olumsuz sosyal ve kültürel tutumların sürmesine katkıda bulunabilmektedir (UNESCO, 2015). Kapsamlı cinsel eğitim, bir kişinin ne zaman ve kiminle cinsel ilişki yaşayacağını seçme hakkını, bu seçimlerin sorumluluğunu almasını ve başkalarının seçimlerine de saygı duymayı desteklemektedir. Bu seçimler, çekimser kalma, erteleme veya cinsel ilişkiyi tercih etme hakkını içermektedir. Kapsamlı cinsel eğitim cinsel ilişkiden kaçınmanın birçok gencin hayatında kalıcı bir durum olmadığını ve gençlerin çeşitli yaşlarda cinsel ifadelerini yönetme şekillerinde değişiklik olabileceğini kabul etmektedir (Santelli ve ark., 2017). Araştırmalar kapsamlı cinsel eğitim programların, gençleri HIV, CYBE ve istenmeyen gebelik risklerine yönelik davranışları azaltabileceğini göstermektedir (Dennison, 2004; Kirby ve ark., 2005; Kellam ve ark., 2014; Lindberg ve ark., 2016; Santelli ve ark., 2017).

2.3.1.3. Okul ve Öğretmen Temelli Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitimi

DSÖ okul temelli CSÜS eğitim programlarını; öğrencilerin, öğretmenlerin, idarecilerin, personelin ve toplumun sağlığını, refahını korumak ve geliştirmek için politika, altyapı ve faaliyet düzenleyen okul olarak tanımlamaktadır. Etkili olduğu tespit edilen okul temelli CSÜS eğitim programları CYBE / HIV ve adölesan gebeliğin önlenmesi veya her ikisinin dahil olduğu modellerdir. Okul temelli programlarda hedeflere ulaşmak için belirli davranışlara (cinsel ilişkiden kaçınmak veya CYBE / HIV ve gebeligi önlemek için prezervatif kullanmak gibi) odaklanmak gerekmektedir. Ek olarak, etkili programlar cinsel psikososyal risk ve cinsel davranışı etkileyen koruyucu faktörleri (bilgi, algılanan riskler, değerler, tutumlar, normlar ve öz-yeterlik) ele almalıdır

(Kirby, 2007). Etkili programların, diğer riskli sağlık davranışlarını da (fiziksel aktivite, obezite, tütün kullanımı, madde kullanımı, aşılama, şiddet) etkilemede güçlü olduğu gösterilmiştir (DiClemente ve ark., 2009).

Okullar, geçirilen zaman nedeniyle adölesan ve gençlerin sağlığını iyileştirmek için kullanılabilecek anahtar sistemlerdir (Bonell ve ark., 2013a). 2010 yılında Kanada Cinsel Bilgi ve Eğitim Konseyi (Sexual Information and Education Council of Canada - SIECCAN), iyi planlanmış ve uygulanmış cinsel sağlık eğitimi programlarının, adölesan ve gençlerde CYBE / HIV enfeksiyonu ve istenmeyen gebelik riskini azaltmada etkili olduğunu bildirmiştir. Farklı türde cinsel sağlığı geliştirme müdahalelerinin etkisinin incelendiği 174 çalışmanın meta-analizi, bu programların riskli cinsel davranış sıklığını ve cinsel partner sayısını azalttığını ortaya koymuştur. Aynı çalışmada cinsel eğitim programların riskli cinsel davranışları geciktirdiği veya azalttığı ve / veya prezervatif veya kontraseptif kullanımını artırdığı saptanmıştır (McKay ve Bissell, 2010). Sani ve arkadaşları (2016) tarafından CYBE/HIV'i önlemek için okul temelli cinsel sağlık eğitimi müdahaleleri üzerine yapılan metaanaliz çalışmasına dahil edilen 31 çalışmanın tümünde katılımcılar tarafından bildirilen prezervatif kullanımı değerlendirmiştir. Müdahalelerin on beşinde bulguları prezervatif kullanımının istatistiksel olarak anlamlı artış saptanırken, on altısında istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmamıştır. Hiçbir müdahalede, prezervatif kullanımında azalma tespit edilmemiştir (Sani ve ark., 2016). KKTC'de yapılan çalışmada öğrencilerin çoğu (%93,1) CYBE hakkında eğitim ihtiyacı olduğunu belirtmiştir (Kaptanoğlu ve ark., 2013).

Ebeveynler, okulların cinsel sağlık eğitimi sağlamaktan sorumlu olması gerektiğini bildirmiştir. Ebeveynlerin çoğu (%85-92) cinsel sağlık eğitiminin okulda verilmesi gerektiğine inanmaktadır (McKay ve Bissell, 2010). Okullar ve öğretmeler adölesan ve gençlerin CSÜS programının temel bileşenleri olarak, cinsel değer ve inançların oluşturulmasına büyük katkı koymaktadır (Rudasill ve Kalutskaya, 2014). Özellikle öğretmenler önemli cinsel sağlık bilgisi kaynağı olarak tanımlamıştır. Öğretmenlerin güvenilir, rol model, savunucu ve akıl hocaları olarak görülmesi nedeniyle cinsel sağlık eğitimi sunmak için iyi konuma sahiptirler (James-Traore ve ark., 2004). Fakat öğretmenlerin cinsel eğitimdeki rolü birçok faktöre bağlıdır. Bunlardan en önemlisi öğretmenlerin cinsellik, cinsel sağlıkla ilgili aldıkları eğitim miktarı ve cinsiyete yönelik tutum ve inançlarıdır (Iyer ve Aggleton, 2013). Çoğu öğretmen cinsel eğitime karşı

olumlu tutuma sahiptir ve bu eğitimlerin okullarda verilmesi gerekliliğini kabul etmekle birlikte birçoğu cinsel sağlık hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını iletmiştir (Toor, 2016). Öğretmenlerin doğru cinsel sağlık bilgisi sağlaması ve etkili yaklaşımları öğretmeleri için gerekli becerilere ve desteğe sahip olmaları gerekmektedir. Özellikle, insan cinselliğinin gelişimsel ve kültürel açıdan öğretilmesi için öğretmenlerin gerekli bilgi, beceri ve rahatlığa ihtiyaçları vardır. Öğretmenler özellikle cinsel zevk, orgazm, mastürbasyon ve cinsel davranış konularında cinsel eğitim sunmaya istekli olmadığı saptanmıştır. Bu konularda sağlık sistemlerinden kurumsal destek ve cinsel sağlık eğitimi alma fırsatları oluşturulmalıdır (James-Traore ve ark., 2004; Cohen ve ark., 2012). Öğretmenler adölesanların CSÜS konusunda uzmanlaşmış eğitim almadığı için bilgilerini aktarmanın etkili yolunu kullanamadıkları saptanmıştır (Barr ve ark., 2014). Cinsel sağlık profesyonellerinin CSÜS hakkında daha fazla bilgisi vardır ancak, öğrenciler onları sık görmedikleri için onlara karşı daha az olumlu tutumları vardır (Salam ve ark., 2016). Bu açığın ortadan kaldırılması adına Eisenberg ve arkadaşları (2010) öğretmenlerin, uzman CSÜS eğiticileri tarafından eğitilmesi önerilmiştir. Orta, düşük gelirli ülkelerde, adölesan ve gençlere yönelik cinsel sağlık eğitiminin önemi giderek artmaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmalar okullarda cinsel sağlık eğitimi programlarının oluşturulmasına yönelik gereksinimi ortaya koymaktadır (Gürsoy ve Gençalp, 2010; Kutlu ve Çok, 2002). Türkiye'de yakın zamanda yapılan okul temelli CSÜS eğitiminin gençler için sağlıklı ve yeterli bilgi kaynağı ve riskli cinsel davranışları önlemede etkili olduğu belirlenmiştir (Esen ve Siyez, 2017).

2.3.1.4. Adölesan ve Genç Dostu Sağlık Hizmetleri Yaklaşımı

Kapsamlı cinsel eğitim yaklaşımını sağlamaya yönelik son yıllardaki müdahaleler adölesan dostu sağlık hizmetlerinin kurulmasına olanak sağlamıştır (Chandra-Mouli ve ark., 2015). Adölesan dostu sağlık hizmetleri lehine ülkeler CSÜS hizmetlerinin sağlanması için gençlik merkezleri veya bağımsız klinikler kurmaya devam etmektedir (Chandra-Mouli ve ark., 2014). Hükumetlerin halka sunduğu hizmetler artan kontrasepsiyon ihtiyacına cevap veremediğinde mali kaynaklara sahip olan adölesanlar özel sektöre başvurmaktadır (Thapa, 2016). Bu bağlamda özel sektörden sağlanan bilgi ve hizmetlerin kalitesiyle ilgili endişeler her geçen gün artmaktadır. Özellikle adölesan gebeliği önleme ve ebeveynlik sorumlulukları gibi ortak karar alma mekanizmalarının desteklenmesi için adölesan ve gençleri programlara dahil edilmesi ihtiyacı oluşmuştur.

Bu nedenle erkek adölesan ve gençleri cinsiyet normları, gebeliği önleme, kontraseptif kullanımı ve şiddetin önlenmesi de dahil olmak üzere birçok konunun merkezine almak gerekmektedir. Çocuk evlilikler ve cinsel şiddetle ilgili, adölesanların ihtiyaçlarının ve kırılganlıklarının her geçen gün daha fazla artması söz konusudur (Meadows ve ark., 2018). Genç dostu cinsel sağlık hizmetleri sayesinde akranlar tarafından uygulanan cinsel eğitim modülleri, cinsel ilişkiyi geciktirme veya sıklığını azaltma, güvenli cinsel davranış, prezervatif kullanımı dahil HIV önleme konusunda etkili olmuştur (Salam ve ark., 2016).

2.3.1.5. Toplum Temelli Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitimi

Örgün olmayan ve toplum temelli sunulan kapsamlı cinsel eğitim programları, özellikle okula devam oranının düşük olduğu veya yeterli kapsamlı cinsel eğitim hizmetlerinin sunulmadığı ülkelerde, okul dışındaki gençlere ve en savunmasız, kırılgan nüfuslara ulaşma potansiyeline sahiptir. 6-15 yaş arası 263 milyon çocuğun ve gencin okula gitmediği veya okulu bıraktığı düşünülecek olursa, toplum merkezleri, spor kulüpleri, keşif kulüpleri, inanç temelli kuruluşlar gibi platformlar cinsel sağlık eğitiminde önemli merkezler haline gelebilir (UNESCO, 2016). Toplum temelli CSÜS programları okula giden gençlerde hafta sonu okul temelli kapsamlı cinsel eğitim içeriğini tamamlamayabilir. Örneğin, öğretmenlerin sınıflarda prezervatif pratiğini yapması uygun olmayabilir, ancak toplum temelli ortamda bu uygulama rahatlıkla yapılabilir. Ayrıca dersler tipik 40 dakikalık sınıf seanslarıyla sınırlı değildir. Resmi olmayan ortamlarda sunulan kapsamlı cinsel eğitim ayrıca ebeveynleri ve topluluk liderlerini duyarlı hale getirerek CSÜS hizmetleriyle daha güçlü bağlantılar kurmak için fırsat sunmaktadır (UN Women & UNICEF, 2018). HIV / CYBE'ın önlenmesi için iş ortamında sağlanan hizmet içi cinsel sağlık eğitimi programlarının adölesan ve gençlerde riskli davranışları veya adölesan gebelik oranlarını azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (O'Donnell ve ark., 2002). Amerika'daki kanıt çalışması, topluluk temelli ve okul temelli cinsel sağlık eğitimi ile birleştirilmesinin adölesan gebeliği ve riskli cinsel davranışları önleyebileceğini göstermektedir (Harden ve ark., 2009). Gençler için tasarlanmış ulusal gönüllü hizmet programından oluşan toplum temelli altı müdahaleye ilişkin kanıtların sentezi adölesan gebeliğin azaltmasında etkili olduğunu göstermiştir (Blank ve ark., 2010). HIV dahil olmak üzere adölesanların CYBE karşı savunmasızlığını azaltmak için çeşitli müdahale türleri uygulanmaktadır. Bu uygulamalar arasında prezervatif dağıtımı dahil olmak üzere

gençlik merkezlerinde sunulan hizmetler, gençleri okulda kalmaya teşvik etmek veya riskli cinsel davranışlardan kaçınmak için şartlı nakit transferler ve şartsız nakit transferi bulunmaktadır. Mavedzenge ve arkadaşları (2014) CYBE önlenmesi üzerine toplum temelli CSÜS eğitimi etkililiğine ilişkin yüksek kaliteli kanıtlar tespit etmiş ve bu tür müdahalelerin geniş çapta uygulanmasını tavsiye etmiştir.

2.3.1.6. Klinik Takip Temelli Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitimi

Okullar büyük kitlelere hizmet sunmayı kolay ve erişilebilir hale getirse de birçok düşük sosyoekonomik düzeye sahip adölesan ve genç CSÜS hizmetlerine ulaşamamaktadır. Okul dışında faaliyet gösteren CSÜS hizmeti sağlayan sağlık profesyonellerinin muayenehaneleri ve sağlık kliniklerindeki bulunmaktadır. Bu klinikler CSÜS danışmanlığı ve tarama faaliyetleri kapsamındaki tüm alanlarda hizmet sunmaktadır (Goodwin ve ark., 2012). Ingram ve Salmon (2007), bu kliniklere giden gençlerin cinsellik konusunda kendilerine daha çok güven duyduklarını, cinsellik hakkında bilgilendirildiklerini ve risk alma niyetlerinin daha az olduğunu saptamıştır. Klinik takip temelli hizmetler arasında adölesan ve gençlera yönelik özel olarak finanse edilen adölesan gebelik önleme klinikleri de bulunmaktadır. Bu klinikler 11-24 yaş adölesan ve gençlere aile planlaması ve cinsel eğitim sağlamaktadır. Merkezlerde kontraseptif yöntemler ve cinsel sağlık bilgilerine odaklanılmakta aynı zamanda danışan ile sağlık hizmeti sağlayıcısı arasında bilgi ve tavsiyelerin gizli kalması sağlanarak pozitif bir ilişki oluşturulmaktadır. Bu klinikler, 11-16 yaş adölesanlarda bilgi ve cinsel niyetler üzerinde önemli etki ettiği saptanmştır (Yoost ve ark., 2014). Klinikler adölesanlar için daha etkili olsa da, çoğu bu tür kliniklere erişim konusunda rahat hissetmemekte ve ziyaret sırasında gizlilik, yargılama ve damgalama konusunda endişelenmektedir. Ayrıca gençlerin bu kliniklere yalnızca cinsel olarak aktif olduklarında erişebilmesi de negatif bir boyuttur (Jones ve Biddlecom, 2011).

2.3.1.7. Teknoloji Temelli Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitimi

Cinselliğe karşı değişen tutum, cinsel davranışların çeşitliliği ve cinsiyet eşitliğinin artması nedeniyle adölesan ve gençler kendilerini cinsel açıdan değişen bir ortamda bulmakatadır. Yeni dijital teknolojiler ve yaygın internet erişimi, gençlerin cinselliği öğrenme ve davranış biçimlerini etkilemektedir. Dijital teknolojiler, yeni fırsatlar sağladığı gibi adölesan ve gençler için riskleri de bünyesinde barındırmaktadır (Mercer ve ark., 2013). Halk sağlığı, tıp ve eğitimle ilgili profesyonel kuruluşlar, adölesan

ve gençlerde CYBE, istenmeyen gebeliğin önlenmesi için kapsamlı cinsel eğitiminin önemini vurgulasa da, son yıllarda adölesanların resmi birimlerden cinsel sağlık hizmeti alımlarında düşüş yaşanmaktadır (Lindberg ve ark., 2016). Okul veya toplum temelli eğitimi olmayan adölesan ve gençler, ilgili, güvenilir ve gizli yoldan cinsel sağlık bilgilerine ulaşmak için birincil kaynak olarak internet'e başvurmaktadır (Boyar ve ark., 2011). 2017 yılında yapılan bir çalışmada, gençlerin %99'unun yakın zamanda internet'i kullandığı %92'si her gün çevrimiçi olduğunu bildirmiştir (Collins ve ark., 2017). Cinselliği sorunsallaştıran bir toplumda cinsellik hakkında konuşmak öğretmenlerle, ebeveynlerle ve hatta arkadaşlarla bile utanç verici olabilmektedir (Simon ve Daneback, 2013). Buna karşılık, internet özel ve anonim, yüz yüze olmak zorunda kalmadan erişilebilir bir ortam olarak algılanmaktadır. Bu nedenle, adölesanlar ve gençler internet üzerinden cinsel sağlık bilgilerine erişme ve arama konusunda kendilerini daha rahat hissetmektedir. Zamanında bilgi sağlama yeteneği, her yerde tamamlanabilmesi sayesinde kullanıcıya kolaylık, hassas konular için damgalanmanın azalması gibi faydaları açısından CSÜS hizmeti sunmak için internetin yüzyüze eğitime göre avantajları bulunmaktadır (Griffiths ve ark., 2006). Adölesan ve gençler akranlarıyla çevrimiçi ortamda arkadaş canlısı ve yardımsever şekilde bilgi paylaşımı yapabilmektedir. Kanıtlar, gençlerin CSÜS'yla ilgili bilgileri alırken çevrimiçi, etkileşimli, kişiselleştirilmiş ve yakınlığı önemsediğini göstermektedir. Bu şartların sağlanarak verildiği eğitim modelinin etkin bulduğunu göstermektedir (Yager ve O'Keefe, 2012).

İnternet gençlerin sağlık bilgilerine erişimini arttırmakta fakat bilgilerin güvenirliği, kalitesi, doğruluğu tartışılmaktadır. Doğru bilgilere erişimi engelleyen faktörler arasında; bilgileri ararken 'yakalanma' konusundaki damgalanma, güvenilir çevrimiçi kaynaklar hakkında bilgi eksikliği, kaynak ne olursa olsun ilk sayfada bulunan sonuçlara yüksek güven, arama sonuçlarını sıralama zorlukları ve çevrimiçi bilgilere güvensizlik sayılmaktadır (Magee ve ark., 2012; Wartella ve ark., 2016). Gençler, internette yüksek kaliteli bilginin var olduğuna inanırlar, ancak onu bulmak için yeterince yetenekli değildirler (Bickmore ve ark., 2016). İnternetin bilgileri iletmek için negatif yönleri aşıldığında kullanılmasının olumlu yönü düşük maliyetli olmasıdır. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip adölesan ve gençler gibi ulaşılması zor popülasyonlarla çalışırken etkili bir yöntemdir. İnternet erişimi olduğu sürece, yüksek kaliteli ve etkileşimli CSÜS eğitimi sağlanabilir (Selkie ve ark., 2011).

Adölesan ve gençler için internet müdahalelerinin sistematik bir incelemesi, olumlu sağlık davranışlarını gerçekleştirmek için özel mesajlaşma ve hatırlatıcıların kullanılması davranış değişikliği geliştirmede başarılı olduğu saptanmıştır. Bu nedenle, gençlerle CSÜS hakkında iletişim kurmak için yeni medya ve mobil teknolojiyi kullanmanın etkili olma potansiyeli mevcuttur (Levine, 2011). Sosyal medya ve çevrimiçi oyun uygulamaları üzerinden CSÜS eğitimi müdahaleleri cinsel sağlıkla ilgili bilgiyi artırma, cinsel ilişki başlangıcını geciktirme, prezervatif kullanma niyetini artırma konusunda olumlu sonuçlar alınmıştır (Chávez ve ark., 2014; DeSmet ve ark., 2015). Ayrıca, genel olarak gençlerin sağlıkla ilgili bilgileri araştırmak, almak için sosyal medya sitelerini kullanmaya temkinli olduğu da ortaya çıkmıştır. Gençler internetin anonim olduğuna inanır ancak, isimleri bu tür bilgilerle ilişkilendirilebileceğinden, sosyal medyayı bu amaçla kullanmaya uzaktırlar (Divecha ve ark., 2012). Bu durum adölesan ve gençlere CSÜS hizmeti sağlamak için, sosyal medyanın en iyi yol olmayabileceğini, bunun yerine gençlere ulaşmak ve onları güvenilir cinsel sağlık bilgilerine yönlendirmek için kullanılabileceğini göstermektedir (Mckellar ve Sillence, 2020). Teknoloji temelli CSÜS eğitimi gençlerle sınıfın dışında buluşmayı amaçladığından, aynı anda çevrimiçi ortamda güvenilir cinsel sağlık bilgilerini arama ve bulma davranışları geliştirmelidir. Küresel olarak telefon sahipliğinin adölesan ve gençler arasında yaygın olduğu gözönüne alınacak olursa ve adölesan ve genç cep telefonu kullanıcılarının %91'i, telefonlarının mesajlaşma işlevini ya da WhatsApp gibi bir mesajlaşma uygulamasını kullandığı düşünüldüğünde mobil müdahalelerin geniş bir nüfusa ulaşmak için bir fırsat olduğu ortaya çıkmaktadır (Anderson, 2016).

Hedefli mesajlaşma uygulamaları, gençlere cinsel sağlık bilgisi sağlamak için giderek daha fazla kullanılan bir başka yenilikçi modeli temsil etmektedir (Perry ve ark., 2012). Literatürde bu tarz yapılan çalışmalar kasamında hedefli mesajlaşma uygulaması, adölesanların akran eğiticilerden bilgi talep ettiğinde (Levine ve ark., 2008) veya doğrudan sağlık eğiticisine soru yönelttiği durumlarda kullanıldığı belirlenmiştir (Phillips, 2010; Giorgio ve ark., 2013). Bazı müdahele programlarında bu yaklaşımlardan iki veya daha fazlasının birleştirildiği görülmektedir (Teen Health Source, 2016). Akran eğitimine yazılı mesajlaşma müdahalelerinin eklenmesiyle adölesan ve gençleri dahil etmek CSÜS geliştirilmesi açısından büyük bir potansiyele sahiptir (O'Malley ve ark., 2017). Mobil CSÜS uygulamaları ümit verici görünmektedir, ancak gençlerin bu uygulamaları bir çalışma veya okul ortamından uzakta kendi zamanlarından ayırıp

kullanıp kullanmayacakları henüz bilinmemektedir. Genel olarak bu tarz uygulamaların, ayrıntılı CSÜS bilgilerden yoksun olduğu saptanmıştır. Gençlerin mobil uygulamalarda rahat olduğu düşünüldüğünde, bu ortamlarda adölesan ve gençlerin CSÜS geliştirilmesi için kullanılması önerilmektedir (Mckellar ve Sillence, 2020).

2.3.2. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitiminin Özellikleri ve Uygulama Kriterleri

CSÜS eğitiminin özellikleri Tablo 2.3-1'de açıklanmıştır.

Tablo 2.3-1. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Eğitiminin Özellikleri

Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Eğitiminin En İyi Uygulama Kriterleri
Cinsel Sağlık ve Danışmanlık Hizmetleri
► CSÜS eğitimi programları ya okul temelli hizmetler ya da yerel cinsel sağlık hizmetleriyle bağlantılar yoluyla, tavsiye niteliğinde ve yakın ilişki içinde olmayı içermelidir.
CSÜS Eğitimi Müfredat Modeli
► CSÜS eğitimi, öğrencilerin kültürü, yaşı ve cinsel deneyimine uygun olmalıdır. İlkokulda başlamalı ve yaşa uygun dil, konu ve etkinlikleri içermelidir.
► CSÜS eğitimi, ideal olarak 18 yaşına kadar, zorunlu eğitim süresince devam etmelidir.
► CSÜS eğitimi programları yeterli süre ve yoğunlukta olmalıdır; yani, öğretim düzenli derslerin yanı sıra özel projeler ve etkinlikler yoluyla verilmelidir.
► CSÜS eğitimi müfredatı uyarlanabilir ve esnek olmalıdır.
► CSÜS eğitimi programlarında konular mantıksal sırayı takip etmeli ve tekrara düşmeyen müfredat modeli kullanmalıdır.
► Eğiticiler, katılımcıları aktif kılan etkileşimli ve katılımcı eğitim stratejileri kullanmalıdır.
► Okullar, CSÜS eğitimi konusunda ebeveynlerle etkileşim kurmayı benimsemelidir.
CSÜS Eğitiminin İçeriği
► Yaş uygunluğunu akılda tutarak, CSÜS eğitimi 'cinsel pozitif' olmalıdır; yani açık, dürüst ve bilgilendirici olmalı ve cinsel zevkleri kabul etmelidir. Bazı gençlerin cinsel aktif olduğunu ve gençlerin özerkliğini kabul etmelidir. Yoksunluğa odaklanmamalıdır.

► CSÜS eğitimi cinsel çeşitliliği yansıtmalıdır. Lezbiyen, gey, biseksüel ve transseksüel konular (sadece heteroseksüel ilişki değil) tartışmalıdır.

► CSÜS eğitimi rıza, cinsel içerikli mesajlaşma, siber zorbalık, çevrimiçi güvenlik, cinsel istismar ve cinsel baskı hakkında eğitimi içermelidir.

► CSÜS eğitimi, cinsiyet eşitsizlikleri güçlendirmek yerine meydan okumalıdır.

► CSÜS eğitimi kültürel açıdan duyarlı olmalıdır.

► CSÜS eğitimi, 'okul' müfredatına entegre edilmeli ve yaşam becerilerini (planlama, karar verme becerileri), ve diğer becerileri (iletişim, cinsel uzlaşma becerileri) öğretmelidir.

► CSÜS eğitimi, kontrasepsiyon, güvenli cinsellik, gebelik ve kürtaj konularında tarafsız bilgi sağlamalıdır.

► CSÜS eğitimi, ilişkileri ve duyguları tartışmalıdır.

► Uygun olduğu durumlarda, potansiyel olarak riskli uygulamalar, örneğin madde kullanımının yanı sıra cinsel ilişki risklerinin de dikkate alınmasıyla birlikte değerlendirilmelidir.

► Cinsel ilişki riskleriyle ilgili dersler dikkatli bir şekilde geliştirilmelidir. Risklere aşırı vurgu yapmak, bazı gençleri bu davranışlara yönlendirebilir.

► CSÜS eğitimi programları, gençlerin katkılarıyla geliştirilmelidir.

CSÜS Eğitiminin Ulaştırılması

► CSÜS eğitimi, gençler için güvenli bir ortamda yer almalıdır. Kontrollü sınıflarda ve öğrencilerin tacizden korunması gerekmektedir.

► Öğretim, küçük gruplar halinde ve belirli zamanlarda tek cinsiyetli gruplar halinde verilmelidir. İlkokul çağındaki çocuklar tek cinsiyetli sınıflarda kendilerini daha rahat hissedebilir.

► CSÜS eğitimi, gizli bir ortamda gerçekleştirilmelidir. Gençlerin gizliliğe olan güveni, eğiticinin okuldan ayrı olmasıyla artmaktadır.

► CSÜS eğitimi uygulayan personel eğitimli olmalı, cinsel sağlık konusunda uzmanlığa sahip olmalı, cinsiyete duyarlı olmalı ve CSÜS eğitimi verme konusunda hevesli olmalıdır.

► Dışardan cinsel sağlık uzmanları, CSÜS eğitimi verilmesine dahil edilmelidir.

► CSÜS eğitimi veren okul öğretmenleri, dışarıdan cinsel sağlık profesyonelleri ile ortak çalışmaya istekli olmalıdır.

► İdeal olarak, ortaokul öğrencilerine CSÜS eğitimi veren personel, sadece CSÜS eğitimi vermeli, öğrencilerle devam eden bir ilişki içinde olmamalıdır. Bu, öğrenci gizliliğini, mahremiyetini ve sınırları korumanın en güvenilir yoludur.

► Akran eğitmenler, uzman eğiticilerle ortak olarak CSE sağlanmalıdır.

Kaynak: Pound, P., Denford, S., Shucksmith, J., Tanton, C., Johnson, A. M., Owen, J., ... ve Campbell, R. (2017). What is best practice in sex and relationship education? A synthesis of evidence, including stakeholders' views. *BMJ*, *7*(5).

2.3.3. Adölesan ve Gençlere Yönelik Akran Eğitimi (Peer Education) Modeli

Akran eğitiminin tanımları, pratik ve teorik yaklaşımlara göre değişmekle birlikte genel olarak, fikirlerin yayılması, tutum ve davranışların değiştirilmesi için olumlu bir güç oluşturacak şekilde benzer insanlar arasındaki etkileşimi vurgulamaktadır. Akran eğitimi fikri ilk olarak, daha yaşıtlarından büyük öğrencilerinin daha küçük öğrencilere okuma yazma ve aritmetik becerilerinin öğretildiği Victoria okullarında geliştirilen "izlem" sistemine dayanmaktadır. Akran eğitimi 1960'larda özellikle Kuzey Amerika ve Sovyetler Birliği'nde bir en parlak dönemini yaşamıştır. Daha büyük öğrenciler daha genç öğrencilere öğrenme desteği sağlamaya dahil olmuş, bu vesileyle bu tür programlar eğitim psikolojisi teorisine dayandırılmıştır. Bu teori, akranlar arasındaki etkileşimin başarılı öğrenmeyle ilişkili olduğunu, çünkü katılımcıların düşüncelerini paylaşarak, fikirlerini tartışarak ve kendilerine benzeyen diğer gençlerle uzlaşmayı öğrenerek yeteneklerini geliştirdiklerini ileri sürmektedir (Mellanby ve ark., 2001).

Bir adölesan olgunlaştıkça, sosyalleşmek için harcadığı zaman ve aileden bağımsızlığı artmakta ve böylelikle akranlar davranışı belirlemede giderek daha önemli hale gelmektedir. Ek olarak, adölesanlar yaşla birlikte sosyal grup kimliklerine uyma ve akranlarının davranışlarını benimsemeye daha fazla yatkın olmaktadır (Stok ve ark., 2016). Birçok sistematik inceleme adölesanların sağlık davranışları ile akranları arasında önemli ilişkiler tespit etmiştir (Zhang ve ark., 2018; Leung ve ark., 2014; Maturo ve Cunningham, 2013; Seo ve Huang, 2012; MacDonald-Wallis ve ark., 2012; Fletcher ve ark., 2011). MacDonald-Wallis ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan araştırmada akran ve arkadaş grupları adölesanların fiziksel aktivite davranışını şekillendirmede önemli rol oynadığı belirlenmiştir. Zhang ve arkadaşları (2018) akran adölesanların kilo

ve davranış açısından benzer olduğu sonucuna varmıştır. İzole (arkadaşı olmayan) adölesanların alkol içme olasılığı daha yüksek (Seo ve Huang, 2012) alkol içen akranları ile ilişkisi iyi olan adölesanların da alkol bağımlılığı riski anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir (Leung ve ark., 2014).

Adölesan ve gençlerin sağlığa zarar veren bir davranışa katılması, diğer riskli davranışlara katılmasına yol açmaktadır (Pudney, 2003). Adölesanların riskli davranışlara erken katılımasının altında 'olgunluğunu ve bağımsızlığı gösterme, gelenekselliği reddetme' çabası olduğu düşünülmektedir (Hale ve Viner, 2016). Akran davranışının modellenmesi (Tome ve ark., 2012) veya akran sosyal normların oluşturulması (Eisenberg ve ark., 2014) gibi sosyal mekanizmalarla davranış değişikliği sağlanabilmektedir. Popülerlik, adölesanların sağlık davranışlarında önemli bir süreç olarak tanımlanmıştır. Sağlığa zararlı davranışlar sergileme ile popülarite artışının ilişkisini gösteren bulgular mevcuttur (De la Haye ve ark., 2010; Simpkins ve ark., 2013). Aslında, gençler riske son derece duyarlıdır ve riske karşıdır, ancak risk algıları, akran gruplarında saygınlık oluşturan davranışlar ve tutumlar etrafında şekillenmektedir. Bu nedenle, özellikle genç erkeklerin büyük bir kısmı, eşcinsel ya da 'hala bakire' oldukları için dışlanma riskini, korunmasız cinsel ilişki risklerinden daha büyük olarak algılayarak cinsel riskli davranış sergilemektedir (Evans ve Tripp, 2006). Bununla birlikte adölesan ve gençlerin riskli davranış sergilemekten dolayı pişmanlıkları da yaygın görülmektedir. Breuner ve arkadaşları (2016) 1200 lise öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirdiği arastırma, kız ve erkek öğrecilerin çoğunluğunun yaşadığı ilk cinsel ilişki hakkında karışık duygular hissetiğini ve dörtte üçten fazlasının ilk cinsel deneyimlerinin ortaya çıkma şeklini değiştirmek istediğini saptamıştır. Çalışmadaki gençlerin, adölesanlara vermek istediği mesaj ise liseden mezun olduklarında 'bakire olmanın iyi' olduğunu bilmeleri yönündedir.

Jeon ve Goodson (2015) tarafından yapılan sistematik derlemede, riskli davranışlar sergileyen arkadaşları olan adölesanların kendilerinin de riskli davranışa katılma riskinin arttığı belirlenmiştir. Araştırmalar, adölesanların sosyal dışlanmayı azaltmak için sosyal normlara uymak ve akranlarıyla uyum sağlamak istediklerini ve akranlarının davranışsal seçimlerine duyarlı olduklarını göstermiştir (Jeon ve Goodson, 2015; Valente ve ark., 2007). Bu etki olumlu ya da olumsuz olabilmekte ve her türden

akran ilişkisinde (arkadaşlar veya romantik ilişkiler) meydana gelmektedir (Tome ve ark., 2012).

2.3.3.1. Akran Eğitimi Programı

Akran eğitimi programlarıyla, bir akran eğiticisi veya kolaylaştırıcısı (değişimin temsilcisi) yardımıyla bir akran grubunda (değişim birimi) davranış değişikliği üretilmeye çalışmaktadır. Bu nedenle iki yönlü olarak aynı anda eğiticiyi ve hedef grubu güçlendirmektedir (Chandan ve ark., 2008). Akran eğitiminin yönetim yapısı, akran eğiticileri ve yetişkin destek çalışanları olmak üzere iki farklı paralel rolü içerir. İlk grup "yöneticiler" programın yönünü kontrol ederken, ikinci grup "program kolaylaştırıcılar" süreç boyunca akran eğiticilere rehberlik ederek destek vermektedir (Şekil 2.3-1). Akran eğitimi programları planlama, akran eğiticilerinin belirlenmesi, akran eğitimi ve takip değerlendirmelerini içermektedir (Rodgers, 2006).



Şekil 2.3-1. Akran Eğitimi Programının Yönetim Yapısı

Kaynak: Abdi, F., ve Simbar, M. (2013). The peer education approach in adolescents-narrative review article. *Iranian Journal of Public Health*, *42*(11), 1200-1206.

Akran eğitimi programının en önemli bileşeni olan akran eğiticisinin eğitimi;

1. Akran eğiticileri akran eğitimi kavramı ve eğitim ihtiyaçları ile tanıştırmak için bir giriş toplantısı,
2. Eğiticileri iletişim, kolaylaştırma, araştırma ve değerlendirme becerileri ile eğitim,
3. Kişisel gelişim için fırsat sağlama,
4. Resmi bilgiye erişim sağlamayı içermelidir (Campbell ve MacPhail, 2002).

Eğitim ile bilginin hedef gruba ulaştırılması arasında geçen süre birkaç haftayı geçmemelidir. İlk eğitimden sonra, akran eğiticilere sürekli denetim ve program hakkında geri bildirim vermek için fırsatlar yaratılmalı, toplantılar yapılmalıdır (Seymour ve ark., 2013). Akran eğitimi programları beş duyuyu devreye sokarak, katılımcıların düşünme ve yenilik yaratma gücünü arttırır. Aslında akran eğiticiler ve akranlar planlama, uygulama ve değerlendirme dahil programın tüm aşamalarında yer alırlar. 10 Afrika, Asya ve Latin Amerika ülkesinde yapılan araştırma, akran eğitimi müdahalesinin riskli davranışların önlenme ve benlik saygısını artırma üzerine etkili olabileceğini göstermiştir (Nouri, 2010). 2017 yılında yapılan niteliksel sentezde gençler, akran eğitmenleriyle karşılıklı saygıya dayalı ilişki ve yakınlık duygusu iletmiştir, bu nedenle öğretmenlere göre akranlara güvenmenin daha kolay olduğunu bildirmişlerdir. Ancak bazı gençler gizliliğin yeterince korunmayacağından korktukları bildirilmiştir. Akran eğiticiler, çoğu genç tarafından oldukça inandırıcı olarak görülmekte ve inandırıcılığın akran eğiticilerinin bilgi düzeyine bağlı değişebileceği saptanmıştır (Pound ve ark., 2017).

Adölesanlar, gençler, seks işçileri gibi ulaşılması zor nüfuslara ulaşmak ve yeterince değinilmeyen veya tabu olarak kabul edilen konulara yaklaşmak ve tartışmak için akran eğitimi tercih edilen bir modeldir. Akran eğitimi erişilebilir, ucuz önleyici ve psikososyal desteğin kurulması yoluyla, bireylere olumlu davranış değişikliği için gerekli olan bilgi, tutum ve becerileri geliştirmektedir (Sandhu ve ark., 2013). Literatürde yüksek eğitimli profesyonellerin program yöneticisi olarak katıldığı yüksek maliyetli programlardan, adölesan, genç, seks işçileri ve madde bağımlılarına yönelik uygun maliyetli programlara kadar birçok akran eğitimi müdahalesi bulunmaktadır. Sonuçlara göre akran eğitimi müdahalesi akran grubunun bilgisini arttırmış ve davranış değişikliği geliştirmiştir (Tracy ve ark., 2012; Kim ve Free, 2008; Harden ve ark., 2001). Sayıları tüm dünyada artan gençlik akran eğitimi programları, üreme sağlığını geliştirmek için

yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu programlar, adölesan ve gençlerin ihtiyaçlarını karşılamak için uygun çerçeve, eğitim ve denetimi sağlamaktadır (Mash ve Mash, 2012).

Akran eğitiminin, diğer CSÜS geliştirme yöntemlerine göre bazı avantajları olduğu düşünülmektedir. Bunlar arasından en önemlisi akranların akran eğiticilerle ilgili 'algılanan güvenilirlik' kavramı yeralmakatadır. Akran eğiticilerin akranlarla deneyim, ilgi alanı ve dil kullanımını paylaşması, bilgi aktarımını kolaylaştıran ve avantaj yaratan bir alandır. Diğer bir avantaj, gençlerin CSÜS'yla ilgili HIV/AIDS, CYBE gibi hassas konular dahil olmak üzere çoğu konuda akranlarıyla konuşma eğiliminde olmalarıdır. Bu pozitif eğilim genç akran eğiticilerin onlara nasıl davranacaklarını söyleyen bir otorite olarak değil, kendi gruplarının başka bir üyesi olarak görülmesinden kaynaklanmaktadır. Akranların liderlik ve iletişim gibi olumlu yaşam becerilerini geliştirmesi ve sosyal etkinliklere katılmasına izin vermesi modelin avantajları arasındadır (Maticka-Tyndale ve Barnett, 2010). CYBE'ın gençler arasında yayılmasını önlemeye yönelik müdahalelerin sistematik bir incelemesi, akran liderliğindeki müdahalelerin öğretmen liderliğindeki müdahalelerden daha kabul edilebilir olduğunu ve CSÜS'na yönelik bilgi geliştirmede daha başarılı olduğunu göstermiştir (Lazarus ve ark., 2010).

Harden ve arkadaşlarının 2001 yılında adölesan sağlığının geliştirilmesiyle ilgili akran eğitiminin etkinliği ve yeterliliği hakkında 49 sonuç ve 15 süreç değerlendirmesinin (yarısı CSÜS ilgili) dahil edildiği sistematik bir inceleme yapmıştır. Sonuçta sağlıklı davranışların geliştirilmesi için akran eğitiminin etkinliğini destekleyen kanıtlar saptanmıştır. Kim ve Free (2008) düşük, orta ve yüksek gelirli ülkelerdeki adölesanlarda cinsel sağlıkla ilgili 13 akran eğitimi programının sistematik incelemesi ve meta-analizini yayınlamıştır ve uygulanan programların olumlu etkilerine dair net bir kanıt saptanmamıştır. Medley ve arkadaşları (2009) gelişmekte olan ülkelerde HIV'in önlenmesi için akran eğitiminin etkinliği ile ilgili sistematik inceleme ve meta-analiz gerçekleştirmiştir. Dahil edilen 28 çalışmanın analizi, akran eğitimi programlarının HIV ile ilgili bilgileri ve prezervatif kullanımını artırma gibi davranışsal sonuçları iyileştirmede orta derecede etkili olduğunu, ancak CYBE üzerinde önemli bir etkisi olmadığını göstermiştir. Merakou ve Kourea-Kremastinou (2006) akran eğitimi müdahalelerinin gençlerin HIV enfeksiyonundan korunmaya yönelik davranışlarını olumlu yönde etkilediğini saptamıştır. Visser (2007), akran eğitimi müdahalesinin cinsel aktivitenin başlangıcını erteleyebileceğine ve dolayısıyla adölesanlar arasında

HIV/AIDS'in önlenmesinde kritik bir rol oynayabileceğini bildirmektedir. Adölesan ve gençlere yönelik HIV önleme müdahalelerinin okul temelli HIV eğitimi olarak kabul edilmektedir (Denison ve ark., 2012).

Maticka-Tyndale ve Barnett'in (2010) çalışması düşük ve orta gelirli ülkelerdeki adölesanların HIV ile ilgili akran eğitimine ilişkin 24 program değerlendirmesini kapsamaktadır. Sonuçlar, akran eğitiminin bilgi ve prezervatif kullanımının arttıran etkisinin olması yanında tutumlarda ve toplum normlarında değişikliklere yol açmasıyla ilgili olumlu etkileri olduğunu, ancak cinsel davranış ve CYBE ilgili değişikliklerin tutarlı olmadığını göstermektedir. Tolli'nin (2012), Avrupa Birliği üye ülkelerin akran eğitimi programlarının sistematik incelemesinde, HIV hakkındaki bilgilerde istatistiksel olarak anlamlı artış bildirilmiştir. İstenmeyen gebelik, CYBH, kontraseptif kullanım, cinsel partner sayısı veya davranışsal niyet açısından önemli farklılıklar saptanmamıştır. Salam ve arkadaşlarının (2016) meta-analiz çalışmasında, akran liderliğindeki danışmanlığın CSÜS bilgi puanını önemli ölçüde artırdığı, ancak kontrasepsiyon kullanımını önemli ölçüde etkilemediği saptanmıştır.

2.4. ADÖLESAN VE GENÇLERİN CSÜS EĞİTİMİNDE EBEVEYNLERİN, SAĞLIK PROFESYONELLERİ VE HEMŞİRELERİN ROLÜ

Adölesan ve gençlerin cinselliğini sağlıklı şekilde yaşamaya hakkı vardır. Sağlıklı cinsellik kişilerarası ilişkileri geliştirme ve koruma kapasitesi, kişinin bedenine ve sağlığına değer veren, her iki cinsiyete saygılı etkileşimi içine alan kişinin kendi değerleri, cinsel tercihleri ve yetenekleriyle tutarlı olarak şefkat, sevgi ve samimiyetle ifade edilmektedir. CSÜS eğitimi, adölesan ve gençlerin sağlıklı tutum, inanç ve değer geliştirebilmesi için önemli bir kilometre taşıdır (Swartzendruber ve Zenilman, 2010). CSÜS eğitimi, ırk, kültür, kişisel, dini ve ahlaki kaygılardan etkilendiği için bu parametreler uygun eğitim verilmelidir. Adölesan ve gençler cinsel sağlıkla ilgili bilgileri genellikler arkadaş, aile ve sağlık profesyonellerinden almaktadır (Martino ve ark., 2008).

2.4.1. Adölesan ve Gençlerin CSÜS Eğitiminde Ebeveynlerin Rolü

Ebeveynler veya birincil bakım vericiler çocuk ve adölesanların ilk cinsel eğitmenleri olarak CSÜS eğitiminde önemli yere sahiptir. Bununla birlikte bilgi, beceri eksikliği veya rahatsızlık gibi bir dizi faktör, ebeveylerin bu rolü başarıyla yerine getirmesini engelleyebilmektedir. Ayrıca ebeveynler, adölesanların aklına cinselliği sokmaktan korktukları veya cinsellik hakkında konuşmayı cinsel davranışlara başlama

izini vermekle eş tuttukları için cinsellikle ilgili konuşmaları erteleyebilmektedir. Aslında ebeveyn-çocuk CSÜS eğitimi ve iletişimi, gecikmiş cinsel ilişki ve daha tutarlı kontraseptif kullanımla ilişkilidir (Ashcraft ve Murray, 2017; Klein ve ark., 2005). Ebeveynlerler, gençlerin cinsellikle ilgili bilgisini ölçme ve erken cinsel ilişkiye başlama bağlamında tampon niteliğindedir (Weinman ve ark., 2008). Çoğu durumda, ebeveynler ve adölesanlar arasındaki cinsellikle ilgili konuşmalar optimalin altında kalmaktadır. Ebeveynler daha çok adölesan gebelik, CYBE, taciz ve istismar gibi cinselliğin olumsuz yönleri hakkında konuşmakta, zevk, aşk ve sağlıklı ilişkiler gibi olumlu konuları dışlama eğilimindedir (Jaccard ve ark., 2002). Cinsellikle ilgili ebeveyn iletişimi üzerine yapılan 12 çalışmanın gözden geçirilmesi, bu konuda eğitim alan ebeveynlerin, almayanlara kıyasla adölesanlarla cinsellik konusunda daha iyi iletişim kurduğunu ortaya koymuştur (Klein ve ark., 2005). Akers ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan longitidunal (1980-2010) araştırma verilerine göre adölesan ve gençlere CSÜS eğitimi anneler tarafından verilmektedir. Erkek adölesanların babalarıyla veya diğer erkek rol modelleriyle olan ilişkileri, cinsel sağlığın geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle erkek çocuklarda riskli cinsel davranışların azaltılması ve cinsel ilişkinin geciktirilmesi babalarla bağlantılıdır (Carlson, 2006).

Cinsellikle ilgili iletişimin temeli erken çocukluk döneminde atılmakta ve bir anda herşeyin konuşulması yerine düzeli olarak konuşulması ve tartışılması önerilmektedir. Böylelikle bir konuşma bir öncekini destekleyip pekiştirir ve bu yöntem konuşmanın içeriğinin belleğine kodlamasını ve daha sonra bilişsel olarak erişilebilir olmasını sağlar. Bazı ebeveynlerin konuya nereden, nasıl başlayacağını bilmediği düşüldüğünde, adölesan ve gençlerin cinsellikle ilgili neleri bilme ve sorma eğiliminde olduğunu bilmek onlar için yol göstericidir (Jaccard ve ark., 2002). Ebeveyler cinsellik hakkında konuşurken duygu, zevk ve değler hakkında konuşmaması adölesanlar tarafından olumsuz algılanmaktadır. Ebeveynler de cinsellikle ilgili konuşmaların cinselliği pozitif etkileyebileceği, değerleri ve sınırları belirlemek için güvenilir bir yol olduğunu anlamaları gerekmektedir. Cinsellik hakkında örnek bir konuşma "cinsel ilişki yaşıyorsan, sağlığın ve güvenliğin için prezervatif kullanmanın önemli olduğuna inanıyoruz. Prezervatifler, CYBE'ı ve istenmeyen gebeliği önlemeye yardımcı olur" şeklinde yapılabilir (Kim ve Ward, 2012). Ebeveynler adölesan ve gençlerle cinsellik hakkında konuşurken; vücut bölümlerinin anatomisi ve fizyolojisi, ergenlik, mastürbasyon, oral ve anal ilişki, aşılanma, üreme sağlığı ve bakımı, aile ile bağlantıda kalma, aşk ve romantik ilişkiler, cinsel yönelim,

kontrasepsiyon, medya ve pornografi, cinsel taciz ve istismar konularını ele almalıdır (Breuner ve ark., 2016; Downs, 2014; Moreno ve Whitehill, 2014).

2.4.2. Adölesan ve Gençlerin CSÜS Eğitiminde Sağlık Profesyonelleri ve Hemşirelerin Rolü

Adölesan ve gençlerin CSÜS hizmetlerine erişimi yeterli olmayabilmekte özellikle evli olmayan adölesanlar için hizmet eksikliği daha yaygın görülmektedir. Adölesan ve gençlerin ekonomik ve fiziksel şartları CSÜS hizmetlerine erişimini kısıtlamaktadır. Bireysel olarak, adölesan ve gençlerin bakım arama davranışları, korku (insanların öğrenmesiyle ilgili gizlilik sorunları), utanç, bilgi eksikliği, yanlış bilgi ve mitler, damgalanma ve dışlanma nedeniyle kısıtlanabilmeketedir (Blanc ve ark., 2009). Akranlar, ebeveynler, aile üyeleri, öğretmenler ve sağlık profesyonelleri dahil olmak üzere adölesan ve gençlerin bilgi ve hizmetlere erişimi üzerinde birden çok faktör etkilidir. Bazı bakış açılarına göre ise bakımın önündeki tek ve en önemli engel, hizmet sunanların tutumudur. Sağlık profesyonellerinin, gizliliği sağlayamaması, yargılayıcı tavırları, saygısızlıkları veya adölesan ve gençlerin ihtiyaçlarını ciddiye almamaları nedeniyle CSÜS hizmet engelleri oluşmaktadır (FIGO, 2011).

Adölesan ve gençlerin CSÜS'nın iyileştirilmesi ancak adölesanlarla çalışmak üzere eğitilmiş sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan, kaliteli, genç dostu ve okula entegre CSÜS hizmetlerine erişimle sağlanabilir. CSÜS eğitim programları ölçeklendirilmeli ve cinsel davranışları geliştirme becerileri sağlanırken doğru, kapsamlı bilgiler sunulmalıdır (Morris ve Rushwan, 2015). CSÜS eğitim içeriği oluşturulurken CSÜS risklerinin (kontrasepsiyona ulaşamama, istenmeyen gebelik, CYBE) ele alınması son derece önemlidir (WHO, 2019). Pound ve arkadaşlarının (2017) çalışmasına katılan gençlerin yarısı CYBE ve kontrasepsiyon hakkında daha fazla bilgi istediğini bildirmiştir. Ayrıca adölesan ve gençler üzerinde cinsel ilişkinin risklerini ve olumsuz yönlerini vurgulayan yoksunluk eğitiminin etkisinin düşük olduğu bilinmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri ve hemşireler cinsel ilişkinin olumlu ve doyurucu yönlerini vurgulayan dengeli bir CSÜS eğitimi planlamalı ve sunmalıdır (Pound ve ark., 2017). Hemşireler adölesan ve gençlere saygılı, yargılayıcı olmayan, gizli ve bilinçli karar almasını sağlayacak şekilde adölesanların anlayabileceği CSÜS bilgilerine erişimi sağlanmalıdır (Chandra-Mouli ve ark., 2014).

Hemşireler CSÜS politikalarını etkilemek ve ihtiyacı olanlara hizmet sunumu sağlamak için iyi bir konuma sahiptir. Örneğin, adölesan gebelik, anemi, HIV ve diğer CYBE sorunları yaşayan adölesan ve gençlere erken ve özel bakım sağlayabilirler. CSÜS alanında koruma ve geliştirme hizmetleri politik ve yasal değişiklikler gerektirmektedir. Hemşireler kürtajın kısıtlandığı veya yasal kürtaj hakkına erişimde zorluk yaşan adölesan ve gençlerin savunucusu olabilir, yeterli kürtaj sonrası bakım alamalarını sağlayabilirler veya konraseptif hizmetlere erişimin sağlanması konusunda etkili olabilirler (Morris ve Rushwan, 2015). Hemşireler adölesanlara yönelik CSÜS hizmetlerin maliyetlerinin kaldırılması veya azaltılması, adölesanlara uyarlanabilir esnek çalışma saatlerinin oluşturulmasına destek verebilirler (Zuurmond ve ark., 2012).

Sağlık çalışanları ve özellikle hemşireler kontraseptif yöntemler ve prezervatifler hakkında bilgiler de dahil olmak üzere doğru, dengeli CSÜS eğitimi sağlayacak şekilde donatılmalıdır, böylece genç insanlar, sağlıklı cinsellik konusunda damgalanma veya yargılama olmaksızın biligiye ulaşabilir (Morris ve Rushwan, 2015). Hemşireler ve sağlık personelleri CSÜS yönelik destekleyici gözetim ya da denetim olmadan tek seferlik bir eğitim almaktadır. Bu eğitim CSÜS hizmetlerinin etkili ve duyarlı bir şekilde sunulmasına yeterli olmayabilir. Bu nedenle hemşireler ve sağlık personelinin doğru ve yargılayıcı olmayan CSÜS hizmeti sunma ve adölesanların gelişim aşamasına uygun bilgiler sağlama konusunda eğitim almasını gerektirmektedir (Chandra-Mouli ve ark., 2014; WHO, 2015b). II-1A kanıt düzeyindeki bulgulara göre hemşireler doğum öncesi bakımı adölesanlara uyarlamalı, CSÜS bakıma geç başvurduklarını kabul ederek gebeliğin erken dönemlerinde adölesanların kolayca erişilebildiği multidisipliner bakım sağlanmalıdır (Fleming ve ark., 2015).

Hemşireler CSÜS hizmetlerine adölesan ve gençlerin katılımını sağlamalıdır. Adölesan ve gençlerin kendi sağlığını sürdürmeye daha fazla katılımı, bakımın sağlanmasıyla olumlu bir şekilde ilişkilidir. Adölesan ve gençlerin katılımı CSÜS müdahalelerinin etkililiğini ve sürdürülebilirliğini arttırma potansiyeline sahiptir ve akran eğitimi gençlerin kendi saglığına katılımını teşvik etmektedir (Sebastian ve ark., 2014). Hemşireler adölesan ve gençlerin bakım alan pozisyondan öteye geçmelerini sağlamalı ve onları karar alma sürecine dahil etmelidir (Alvarado ve ark., 2017). Hemşireler, adölesan ve gençleri CSÜS hizmet sunumunun boşlukların değerlendirmesine dahil etmelidir. Hemşirelerin hizmet sunumunu etkili bir şekilde planlanması, izlenmesi ve

değerlendirilmesi için, adölesanlar hakkında yaşa ve cinsiyete göre veriler toplanmalıdır (Gullo ve ark., 2017). Adölesanlara ve gençlere yönelik geliştirilen CSÜS içeriğinde iletişim becerileri, karar verme becerileri ve risklerin nasıl değerlendirileceği ve akran baskısına nasıl direneceği gibi yaşam becerilerini öğretmesi gerekmektedir (Pound ve ark., 2017). Pound ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan nitel çalışmada genç erkeklerin %11'inin genç kadınların %17'sinin reddetme becerilerini öğrenmek ve cinsellikle ilgili iletişimde daha özgüvenli olmak istedikleri ortaya çıkmıştır. Hemşireler toplum düzeyinde, katılımcı öğrenme ve düşünme yoluyla ebeveyn öğretmen gibi etkili üyelerin katılımını sağlayarak ve adölesanların katılımını, liderliğini destekleyerek, sağlık hizmeti arama davranışı için destek oluşturabilir ve talebi artırabilir (Alvarado ve ark., 2017). Bu yolla adölesan ve gençlerin bir gruba dahil olma baskısıyla erken cinsel ilişki gibi riskli davranışlara katılmasını da engelleyebilmektedir. Akranlar davranışların düzeltilmesinde öğretmenler ya da sağlık profesyonellerine göre etkisiz kalmaktadır. Erken cinsel ilişki yaşamayan ve akranlardan yaşça biraz daha büyük bir akran eğitici tarafından sunulan CSÜS bilgisi, sağlık profesyonelleri tarafından sunulan bilgiye kıyasla daha etkili tespit edilmiştir. Buna göre, hemşireler neyin öğretildiğini önemsemenin yanında nasıl ve kim tarafından öğretildiğini de önemseyerek hizmet sunumuna adölesan ve gençleri de dahil ederek CSÜS kapsamını geliştirebilmektedir (Evans ve Tripp, 2006). Bu kapsamda akran eğitimi müdahelesiyle hemşirelerin CSÜS hizmetlerini sağlaması ve sürdürmesinde avantajları ve üstün özellikleri ortaya çıkmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerine akran eğitimi yöntemi ile verilen CSÜS eğitiminin bilgi ve davranışlarına etkisini belirlemektir.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H1: Akran eğitimi modeli ile CSÜS eğitimi yapılan öğrencilerin Türk Adölesanları için Üreme Sağlığı Ölçeği puanları çevrimiçi konferans yöntem ile eğitilenlerden daha yüksektir.

H2: Akran eğitimi modeli ile CSÜS eğitimi yapılan öğrencilerin Cinsel Sağlık Bilgi Testi puanları çevrimiçi konferans yöntem ile eğitilenlerden daha yüksektir.

3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler: Türk Adölesanları için Üreme Sağlığı Ölçeği ve Cinsel Sağlık Bilgi Testi

Bağımsız Değişkenler: öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, CSÜS ile ilgili özellikleri, CSÜS deneyimiyle ilgili özellikleri ve CSÜS sorunlarıyla ilgili durumları

3.4. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu çalışma randomize kontrollü deneysel tasarımda bir araştırmadır.

3.5. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma Kasım 2019 – Mart 2021 tarihleri arasında Lefke Avrupa Üniversitesi'nde yürütülmüştür. Lefke Avrupa Üniversitesi, Kıbrıs Bilim Vakfı tarafından kurulan ve 1990 yılında faaliyete geçen Devlet Vakıf üniversitesidir. Türkiye Yükseköğretim Kurulu (YÖK) tarafından tanınan bir ünviversite olup KKTC'nin Lefke Bölgesi'nde yer almaktadır. Üniversitede 11 fakülte ve 4 yüksekokul bulunmaktadır. Fakülteler, Mühendislik Fakültesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi, Fen Edebiyat Fakültesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Tarım Bilimleri ve Teknolojileri Fakültesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dr. Fazıl Küçük Eğitim Fakültesi, Hukuk Fakültesi, Mimarlık Fakültesi, Eczacılık Diş Hekimliği Fakültesi'dir. Yüksekokullar, Turizm ve Otel İşletmeciliği Yüksekokulu, Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu, Sağlık Yüksekokulu, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu'dur.

Akran eğitimi modelinin uygulanabilmesi için akran eğiticiler Dr. Fazıl Küçük Eğitim Fakültesi ikinci sınıf öğrencileri arasından Kimdir Bu? testi ile seçilmiştir. Dr. Fazıl Küçük Eğitim Fakültesi'nde İlköğretim Matematik Öğretmenliği, Okul Öncesi Öğretmenliği, Özel Eğitim Öğretmenliği, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık, Sınıf Öğretmenliği, Sosyal Bilgiler Öğretmenliği, Türkçe Öğretmenliği olmak üzere toplam yedi bölümde Türkçe eğitim verilmektedir. Araştırmanın girişim ve kontrol grubu kapsamına 4 yıllık lisans eğitimi verilen ve sağlıkla ilgili olmayan fakülte ve yüksekokullar dahil edilmiştir. Örneleme alınacak fakültelerinin belirlenmesinde randomizasyon yapılmış ve rastgele Mühendislik Fakültesi, Hukuk Fakültesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Tarım Bilimleri ve Teknolojileri Fakültesi, Turizm ve Otel İşletmeciliği Yüksekokulu girişim uygulanan girişim ve kontol fakülteleri olarak saptanmıştır.

3.6. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Eylül 2019 tarihinde Lefke Avrupa Üniversitesi'nde 4 yıllık Türkçe lisans eğitimi gören ikinci sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Çalışmanın ana ölçüm parametresi olarak Türk Adölesanları için Üreme Sağlığı Ölçeği (ÜSÖ) alınmıştır. Aşçı ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan "Hemşirelik öğrencilerine akran eğiticiler ile verilen üreme sağlığı eğitiminin etkinliği" başlıklı çalışmasında, müdahale sonrası ön test son test etki büyüklüğü 1,28 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları esas alınarak yapılan G*Power (v3.1.7) analizinde çalışmanın alfa güvenirlilik düzeyi 0,05 ve gücü %95 alınarak her grup için gerekli minimum denek sayısının en az 15 olması gerektiği belirlenmiştir. Akran eğitici olarak alınacak örneklem sayısını belirleyebilmek için literatür doğrultusunda akran eğitiminin bilgi ve davranışlara etkisi göz önünde bulundurularak yapılan güç analizi hesaplaması gözönünde bulundurularak akran eğitici grubuna 25 öğrenci alınmıştır. Buna bağlı olarak girişim grubuna, Mühendislik Fakültesi, Hukuk Fakültesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Tarım Bilimleri ve Teknolojileri Fakültesi, Turizm ve Otel İşletmeciliği Yüksekokulu ikinci sınıf öğrencilerinden G*Power (v3.1.7) analizi sonucuna göre girişim grubuna 125 öğrenci alınmıştır. Kontrol grubunu da aynı fakültelerin akran eğitimi almayan 125 öğrenci atanmıştır. Randomizasyonun saglanması için öğrenciler öncelikle okul numaralarına göre sıralanmıştır. Öğrenci numarasının son hanesi tek sayı olanlar girişim grubu, son hanesi çift sayı olanlar kontrol grubu olacak şekilde random.org programı kullanılarak rastgele atanmıştır.

3.6.1. Çalışma Grupları

Akran Eğiticiler: Araştırmacı tarafından CSÜS konusunda yüz yüze eğitilen öğrenciler akran eğiticileri oluşturmuştur.

Girişim grubu: Akran eğiticilerin CSÜS konusunda birebir eğitim verdiği öğrenciler girişim grubunu oluşturmuştur.

Kontrol grubu: Araştırmacının çevrimiçi konferans yöntemi ile CSÜS konusunda eğitim verdiği öğrenciler kontrol grubunu oluşturmuştur.

3.6.2. Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri

- Lefke Avrupa Üniversitesi'nde kayıtlı ve devamlı öğrenci olan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,
- Evli olmayan,
- Tedavi gerektiren herhangi bir sağlık sorunu olmayan öğrenciler örnekleme dahil edilecektir.

3.6.3. Örnekleme Dahil Edilmeme Kriterleri

- Gebe olması,
- Psikiyatrik hastalık tanısı konulmuş olması,
- İletişimle ilgili bir engeli bulunması,

3.7. VERİLERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmamızdaki veriler iki aşamada toplanmıştır. Araştırmanın ilk aşamasında akran eğiticilerle ilgili girişim ve değerlendirmeler yapılmış ardından ikinci aşamada girişim ve kontrol grubundaki öğrencilere girişim ve değerlendirmeler yapılmıştır.

3.7.1. Akran Eğitici Eğitimi Programı

Genellikle iki çeşit akran öğretimi modeli uygulanmaktadır. Birinci model öğreten akranın yaşça öğrenen akrandan büyük olması durumunda kullanılan akran öğretimi, diğeri ise tüm sınıfı kapsayan aynı yaş grubundaki akranların birbirlerine karşılıklı öğretim sunduğu akran öğretimidir (Falchikov ve Goldfinch, 2000). Çalışmamızda aynı yaş grubundaki öğrencilere akran eğitimi modeli uygulanmıştır.

Akran eğitimi programının uygulanabilmesi için araştırmamızın ilk aşamasında akran eğitici eğitimi programı uygulanmıştır. Akran eğiticiler Lefke Avrupa Üniversitesi Rauf Raif Denktaş Eğitim fakültesinin ikinci sınıf öğrencileri arasından belirlenmiştir.

Öğrencilere araştırmanın amacı açıklanarak elde edilen verilerin bilimsel amaç için yayınlanacağına dair Helsinki Bildirgesi'ne uygun onam formu hazırlanarak yazılı onam alınmıştır. Tüm katılımcıların kişisel bilgileri saklı tutulmuştur.

3.7.1.1. Akran Eğitici Eğitimi Araştırmanın Planı

Tablo 3.7-1. Akran Eğiticilerin Seçimi ve Eğitimi Aşamasında Araştırma Planı

Randomizasyon	Girişim Öncesi Test	Girişim	Girişim Sonrası Test
Kimdir Bu? Testi	T1	G	T2
	• Tanıtıcı Bilgi Formu • Cinsel Sağlık Bilgi Testi (CSBT) • Üreme Sağlığı Ölçeği (ÜSÖ)	• Akran Eğitici Eğitimi	• Cinsel Sağlık Bilgi Testi (CSBT) • Üreme Sağlığı Ölçeği (ÜSÖ) • Akran Eğitimi Becerilerini Ölçme Formu

3.7.1.2. Akran Eğiticilerin Belirlenmesi

Çalışmanın akran eğitici eğitimine dahil edilmek üzere eğitim fakültesinin tüm bölümlerinin ikinci sınıfındaki öğrencilere "Kimdir bu?" (Ek-2) testi uygulanarak akran eğitici eğiticiliğine en uygun olan öğrenciler seçilmiştir. "Kimdir bu?" testinde en çok ismi yazılan 30 öğrenci belirlenmiş, bu öğrencilere çalışma hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılma isteği sorgulanmıştır. 30 kişi ile yüz yüze bireysel görüşmelerde araştırmanın içeriği ve detayları anlatılmış ve gönüllü olmalarıyla akran eğitici eğitimine dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve akran eğiticiliğine uygun olan 25 öğrenciden yazılı onam alınarak çalışmaya dahil edilmiştir. Akran eğiticilerinin CSÜS akran eğitici eğitiminden hem önce hem sonra bilgilerinin yeterliliğinin değerlendirilmesinde, "Cinsel Sağlık Bilgi Testi (CSBT)" (Ek-5) davranış değişikliğinin değerlendirilmesinde ise "Üreme Sağlığı Ölçeği (ÜSÖ)" (Ek-6) kullanılmıştır. CSÜS akran eğitici eğitiminden sonra ise akran eğiticilerin eğitici yeterliliğinin değerlenmesi için "Akran Eğitimi Becerilerini Ölçme Formu" (Ek-3) uygulanmıştır.

3.7.1.3. Akran Eğitici Eğitiminin Uygulanması

Akran eğitici eğitimi interaktif olarak yapılandırılmış ve akran eğiticilerin öz yeterlik algılarının geliştirilmesi yönündeki tekniklerden oluşmuştur. Program, akran eğiticilerin kendini tanıma, iletişim, CSÜS konusunda temel bilgilerini tamamlama,

güvenli cinsel davranışlar kazandırma ve eğitim verme becerilerini geliştirme üzerine odaklanmıştır.

CSÜS akran eğitici eğitimi programı içerisinde, akran eğitimine ilişkin temel bilgiler, iletişim ve aktif dinleme, kendini tanıma ve rol oyun, cinsellikle ilgili temel kavramlar, cinsel sağlık, üreme sağlığı ve üreme hakları, cinsel kimlik gelişimi, cinsel yönelimler ve cinsel şiddet, toplumsal cinsiyet, üreme sisteminin anatomisi, cinsel yanıt döngüsü, üremenin fizyolojisi, gebelikten korunma, CYBE ve güvenli cinsel davranışlar konuları işlenmiştir.

Akran eğiticiler grup olarak, beş gün süresince dört saat (toplam 20 saat) eğitim almışlardır. Akran eğitici eğitimi araştırmacı tarafından 1-5 Kasım 2019 tarihlerinde yürütülmüştür. Eğitim içeriğinin arasına beş günlük programın her gününde akran eğiticilerinin kendini geliştirmesi amacıyla aktivite ve rol oyun çalışmaları yapılmıştır.

Akran eğitici eğitiminin birinci gününde grubun ısınması ve tanışması için ‘alkış döndürme’, cinsel sağlık ve üreme sağlığına dikkat çekmek için ‘sağlığımıza ne kadar dikkat ediyoruz?’ ve takım ruhu ve güven oluşturmak için ‘insan düğümü’ aktiviteleri uygulanmıştır. Aktivite ve rol oyun çalışmaları eğitim içeriğinin bir saatlik anlatımı sonrası ders arası, mola şeklinde planlanıp uygulanmıştır. Eğitimin ikinci gününde güven sağlamak için ‘soğuk rüzgar’, cinsel değer ve tutumları belirlemek için ‘mahremiyet kareleri’ ve cinsel ilişki konusunda değerlerin ortaya çıkarılması için ‘kişisel rol’ aktiviteleri işlenmiştir.

Akran eğitici eğitiminin üçüncü gününde grubun ısınması için ‘yüzler maskesi’, akran eğiticilerin topluluk önünde konuşma becerilerini arttırmak için ‘otuz saniyelik şöhret’ ve beceri geliştirmek için ‘yaşam becerileri’ aktiviteleri uygulanmıştır. Eğitimin dördüncü gününde risk altındaki gençlerle güven oluşturmak için ‘rüzgardaki söğüt’, olumlu deneyim kazandırmak için ‘hayali HIV testi’ ve risk altındaki gençlere ulaşmayı kolaylaştırmak için ‘hayatımın bir günü’ aktiviteleri yürütülmüştür. Beşinci günde ise akran eğiticilere cinsel olmayan konularda irade kazandırmak için ‘hayır diyebilme’, risk altındaki gençlerle çalışmayı kolaylaştırmak için ‘problem ağacı’ ve kırılgan gruplara ulaşmayı kolaylaştırmak için ‘katılıyorum’ aktiviteleri yaptırılmış ve grubun deneyimleri paylaşılıp tartışılmıştır.

Akran eğitici eğitimi programın bitiminde akran eğiticilerin, eğitimin teorik içeriğini akran eğitiminin özelliklerine uygun olarak girişim grubuna bir ay içinde iletmesi sağlanmıştır. Akran eğitici eğitimindeki konuları içeren, literatür taraması

yapılarak ve uzman görüşü alınarak hazırlanan CSÜS Akran Eğitimi Rehberi (Ek-7) kaynak olarak akran eğiticilere dağıtılmıştır. Akran eğiticilerin kendilerine ve girişim grubundaki katılımcılara vermeleri için kondom ve kalem sağlanmıştır.

3.7.1.4. Akran Eğitici Eğitiminin Değerlendirilmesi

Akran eğiticiler eğitime alınmadan önce Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-4), Cinsel Sağlık Bilgi Testi (Ek-5), Üreme Sağlığı Ölçeği (Ek-6) uygulanmıştır. Eğitim bitiminden hemen sonra ise Cinsel Sağlık Bilgi Testi (Ek-5) ve Üreme Sağlığı Ölçeği (Ek-6) tekrar uygulanmıştır.

Her bir akran eğitici, araştırmacı ve akran eğiticilerden oluşan gruba "CSÜS akran eğitimi sunumu" yapmıştır. Sunum sonrasında araştırmacı tarafından geri bildirim verilmiş ve geliştirilmesi gereken yönler bildirilmiştir. Her bir sunum sonrası akran eğiticiler, araştırmacı tarafından "Akran Eğitimi Becerilerini Ölçme Formu" (Ek-5) kullanılarak değerlendirilmiştir. Ayrıca diğer akranlarda sunum yapan arkadaşlarına geribildirimde bulunmuşlardır.

3.7.2. Akran Eğitimi Programı

İkinci aşamada eğitimden geçmiş olan akran eğiticilerin her biri, girişim grubundaki fakültelere kayıtlı beş öğrenciyle akran eğitimini Aralık 2019 tarihinden başlayarak bir ay içinde gerçekleştirmiştir. Girişim ve kontrol grubuna Mühendislik Fakültesi, Hukuk Fakültesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Tarım Bilimleri ve Teknolojileri Fakültesi, Turizm ve Otel İşletmeciliği Yüksekokulu'na kayıtlı öğrenciler numaralarına göre randomize edilerek atanmıştır. Araştırmanın izlem değerlendirmeleri takip eden altı ayda tamamlanmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki öğrencilere CSÜS eğitim öncesi "Tanıtıcı Bilgi Formu" (Ek-4), "Cinsel Sağlık Bilgi Testi" (Ek-5), "Üreme Sağlığı Ölçeği" (Ek-6) uygulanmıştır. Eğitim girişimi sonrası "Cinsel Sağlık Bilgi Testi" (Ek-5), "Üreme Sağlığı Ölçeği" (Ek-6) uygulanmış, üç ay sonraki ilk izlemde "Cinsel Sağlık Bilgi Testi" (Ek-5), "Üreme Sağlığı Ölçeği" (Ek-6) altı ay sonraki ikinci izlemde "Üreme Sağlığı Ölçeği" (Ek-6) uygulanmıştır.

Tablo 3.7-2. CSÜS Akran Eğitimi Modeli Araştırma Planı

Randomizasyon	Girişim Öncesi Test	Girişim	Girişim Sonrası Test	3. ay izlem	6. ay izlem

Girişim Grubu	R	T1 • Tanıtıcı Bilgi Formu • Cinsel Sağlık Bilgi Testi (CSBT) • Üreme Sağlığı Ölçeği (ÜSÖ)	G • CSÜS Akran Eğitimi	T2 • Cinsel Sağlık Bilgi Testi (CSBT) • Üreme Sağlığı Ölçeği (ÜSÖ)	T3 • Cinsel Sağlık Bilgi Testi (CSBT) • Üreme Sağlığı Ölçeği (ÜSÖ)	T4 • Üreme Sağlığı Ölçeği (ÜSÖ)
Kontrol Grubu	R	T1 • Tanıtıcı Bilgi Formu • Cinsel Sağlık Bilgi Testi (CSBT) • Üreme Sağlığı Ölçeği (ÜSÖ)	G • Çevrimiçi Konferans CSÜS Eğitimi	T2 • Cinsel Sağlık Bilgi Testi (CSBT) • Üreme Sağlığı Ölçeği (ÜSÖ)	T3 • Cinsel Sağlık Bilgi Testi (CSBT) • Üreme Sağlığı Ölçeği (ÜSÖ)	T4 • Üreme Sağlığı Ölçeği (ÜSÖ)

3.7.2.1. CSÜS Akran Eğitimi

3.7.2.1.1.CSÜS Akran Eğitiminin Hazırlığı

Akran eğitici eğitimine alınan toplam 25 akran eğiticisi ile girişim grubuna rastgele atanan öğrenciler (125) tanışma toplantısı organize edilmiş ve uygun eğitim ortamı oluşturmalarına fırsat sağlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen öğrenciler yerine yerinden rastgele öğrenciler atanarak sayı 125 kişiye tamamlanmıştır. Girişim grubuna alınacak öğrencilere araştırmanın amacı açıklanarak elde edilen verilerin bilimsel amaçlar için yayınlanacağına dair açıklamalarını içerecek şekilde Helsinki Bildirgesi'ne göre girişim ve kontrol grubuna özgü aydınlatılmış onam formu hazırlanarak yazılı onam alınmıştır. Tüm katılımcıların kişisel bilgileri saklı tutularak yalnızca bilimsel amaçla kullanılmıştır. Girişim grubunun son izlem testi pandemiye denk gelmesi nedeniyle çevrimiçi platformda doldurulmak üzere düzenlenmiştir.

3.7.2.1.2.CSÜS Akran Eğitimin Uygulanması

Girişim grubuna Mühendislik Fakültesi, Hukuk Fakültesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Tarım Bilimleri ve Teknolojileri Fakültesi, Turizm ve Otel İşletmeciliği Yüksekokulu'na kayıtlı öğrenciler randomize edilerek dahil edilmiştir. Her bir akran eğiticiye girişim grubundan rastgele beş katılımcı atanmıştır. Her bir akran eğitici girişim grubundan atanan akranlarıyla bir ay içerisinde yüz yüze görüşerek CSÜS akran eğitimini gerçekleştirmiştir. Program akran eğiticiler tarafından Aralık 2019 – Ocak 2020 tarih aralığında tamamlanmıştır. Bu tarihten itibaren girişim grubu girişim ve değerlendirmeleri Ocak 2020 – Haziran 2020 tarih aralığında gerçekleştirilmiş takip eden altı ayda izlem değerlendirmeleri yapılmıştır. Girişim grubuna atanan öğrencilerin CSÜS akran eğitimine ayrıca öncesi ve sonrasındaki değerlendirmelere tam katılımı sağlanmıştır. İlk izlemde bir öğrencinin okuldan ayrılması, ikinci izlem değerlendirmeleri

sırasında üç öğrencinin herhangi bir neden belirtmeksizin çalışmaya devam etmek istememesi nedeniyle girişim grubunun toplam katılımcı sayısı 121'e düşmüştür.

3.7.2.2. Çevrimiçi CSÜS Sunumu

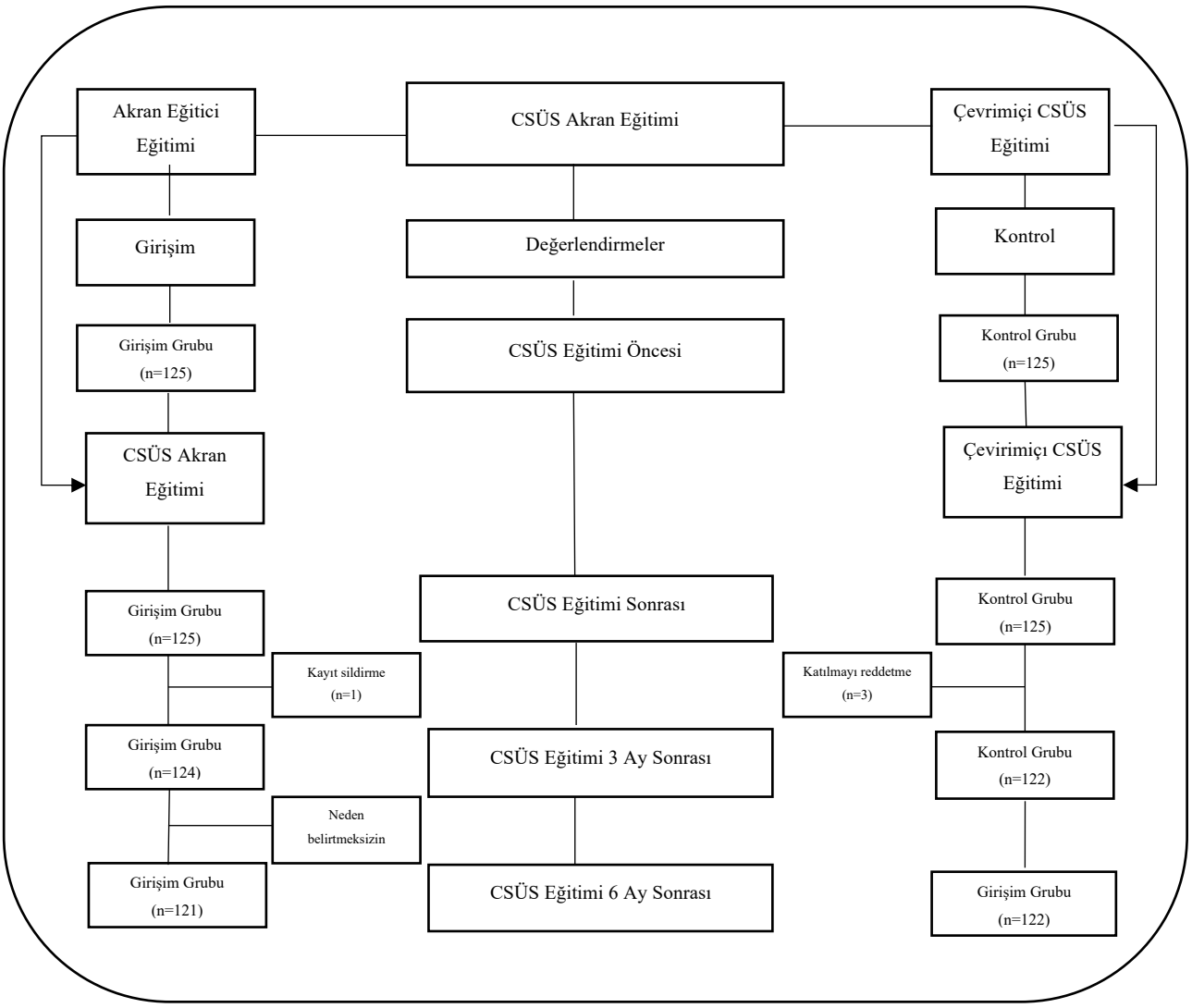
3.7.2.2.1.Çevrimiçi *CSÜS* Sunum Hazırlığı

Kontrol grubuna uygulamanın yapılmasının planlandığı hafta COVID-19 Pandemisinin meydana gelmesi nedeniyle yüz yüze konferans eğitimine alınması planlanan katılımcılar çevrimiçi olarak online platformda eğitime alınmışlardır. Mühendislik Fakültesi, Hukuk Fakültesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Tarım Bilimleri ve Teknolojileri Fakültesi, Turizm ve Otel İşletmeciliği Yüksekokulu'nun bölüm başkanlarıyla ile birebir görüşme yapılarak kontrol grubuna atanan öğrencilere CSÜS çevrimiçi konferans eğitimi yapılması için izin alınmıştır. Herbir fakülte veya yüksekokulda kayıtlı öğrencilerin CSÜS çevrimiçi konferans eğitiminin uygulanması için en uygun gün planlanmıştır. Çevrimiçi CSÜS Sunumu, CSÜS Akran Eğitimi'ndeki konu başlıklarını (1. Akran eğitimine ilişkin temel bilgiler, 2. İletişim ve aktif dinleme, 3. Kendini tanıma ve rol oyun, 4. Cinsellikle ilgili temel kavramlar, 5. Cinsel sağlık, 6. Üreme sağlığı ve üreme hakları, 7. Cinsel kimlik gelişimi, 8. Cinsel yönelimler ve cinsel şiddet, 9. Toplumsal cinsiyet, 10. Üreme sisteminin anatomisi, 11. Cinsel yanıt döngüsü, 12. Üremenin fizyolojisi, 13. Gebelikten korunma, 14. CYBE, 15. Güvenli cinsel davranışlar) içerecek şekilde power point slayt sunum olarak hazırlanmıştır. Sunum içereği konuya uygun video ve resimler ile desteklenmiştir.

3.7.2.2.2.Çevrimiçi CSÜS Sunumunun Uygulanması

Kontrol grubuna Mühendislik Fakültesi, Hukuk Fakültesi, İletişim Bilimleri Fakültesi, Tarım Bilimleri ve Teknolojileri Fakültesi, Turizm ve Otel İşletmeciliği Yüksekokulu'na kayıtlı CSÜS akran eğitimi almayan öğrenciler randomize edilerek dahil edilmiştir. 2020 yılının Ekim ayı içerisinde beş ayrı oturumda beş fakültenin kontrol grubuna alınan öğrencilerine çevrimiçi CSÜS konferans eğitimi sağlanmıştır. Çevrimiçi CSÜS sunumunun içeriğindeki konular sırasıyla ele alınacak şekilde yaklaşık 60 dakika içerisinde öğrenciye aktarılmıştır. Sunum öğrencilerle karşılıklı konuşma ve soru sormalarına fırsat sağlanacak şekilde yapılmış ve 10 dakika öğrencilerin sorularına süre tanınarak sonlandırılmıştır. Çevrimiçi CSÜS konferans eğitimi ve değerlendirmeleri Ekim 2020 – Mart 2021 tarih aralığında gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı tarafından çevrimiçi konferans yöntemi ile verilen eğitim sonrasında takip eden altı ayda izlemler

yapılmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin çevrimiçi konferans yöntemiyle gerçekleştirilen CSÜS eğitimine tam katılımı sağlanmıştır. Aynı şekilde eğitim öncesi ve sonrasındaki değerlendirmelere de tam katılım sağlanmıştır. İlk izlemde üç öğrencinin ve devamındaki ikinci izlem değerlendirmelerine de aynı öğrencilerin katılmaması nedeniyle, kontrol grubunun toplam katılımcı sayısı 122'ye azalmıştır.



Şekil 3.7-1. Araştırmanın Aşamaları

3.7.2.3. CSÜS Akran Eğitimi ve Çevrimiçi CSÜS Sunumunun Değerlendirilmesi

Literatürde davranış değişimi ve sürekliliğini saptamak amacıyla yapılan çalışmalar incelendiğinde özellikle 6 ay içerisinde değerlendirildiği saptanmıştır (DiClemente ve diğ., 2009; Patten ve ark., 2000; Prochaska ve Velicer, 1997). Çalışmada girişim grubuna uygulanan CSÜS akran eğitimi ve kontrol grubuna uygulanan çevrimiçi CSÜS eğitiminin etkinliği öz bildirime dayalı ölçüm araçlarının (Cinsel Sağlık Bilgi Testi (Ek-5), Üreme Sağlığı Ölçeği (Ek-6)) uygulanması ile değerlendirilmiştir. Akran eğitimi tamamlanan öğrencilere 3. ayda bilgilerinin kalıcılığını ve davranış değişikliğini değerlendirmek amacı ile Cinsel Sağlık Bilgi Testi (Ek-5), Üreme Sağlığı Ölçeği (Ek-6) uygulanmıştır. 6. ayda ise davranış değişikliğini değerlendirmek amacı ile Üreme Sağlığı Ölçeği (Ek-6) uygulanmıştır. Girişim grubuna gerçekleştirilen eğitimden altı ay sonra yapılan izlem testinin pandemiye denk gelmesi nedeniyle yanıtlar akran eğiticiler tarafından elektronik posta yoluyla alınarak araştırmacıya iletilmiştir. Kontrol grubuna uygulanan çevrimiçi CSÜS eğitimi öncesi, hemen sonrasında yapılan testler, eğitimden üç ve altı ay sonraki izlem testlerinin tamamı online platforma aktarılmış (Google Form) ve çalışmanın verilerine aktarılmıştır.

Çalışmamıza akran eğitici grubunda 25, girişim grubunda 125 ve kontrol grubuna 125 kişi olmak üzere 275 öğrencinin katılımı ile başlanmış, akran eğitici girişim ve kontrol grubundan toplam 268 öğrencinin katılımıyla tamamlanmıştır. Çalışmamızda yaşanan bu örneklem kaybının ortadan kaldırılmasına olanak sağlayan ve yanlılığın minimuma indirgendiği ITT (Intention To Treat) analizi kullanılmıştır. ITT analizi randomize kontrollü çalışmalarda örneklem grubundaki bireylerin atandığı gruplarda karşılaştırılmasıdır. Bu analiz örnekleme alınan katılımcıların araştırma sürecindeyken alım kriterlerinin değişip değişmemesine, önerilen girişime uyup uymamasına veya çalışmadan ayrılıp ayrılmamasına bakılmaksızın tüm katılımcıların verilerini kapsayacak biçimde analiz yapılmasını sağlamaktadır (Fergusson ve ark., 2002).

3.8. ETİK KONULAR

Araştırmanın uygulanabilmesi için Lefke Avrupa Üniversitesi Etik Kurul'undan etik onay alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden akran eğitici, girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerden aydınlatılmış onam alınmıştır (Ek-1). Girişim grubundaki öğrencilerin son izlem testi ve kontol grubu uygulamasının pandemiye denk gelmesi

nedeniyle çalışmada kullanılan tanımlayıcı bilgi formu ve ölçme araçları online hale dönüştürülmüştür. Hangi öğrencinin hangi testi gönderdiğinin belli olmaması ve gizliliğin sağlanması için anketler online sisteme düşmüş ve oradan araştırmanın verilerine dahil edilmiştir.

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLI YÖNLERİ

Çalışmamızdaki yedi katılımcı çalışmadan çeşitli nedenlerle ayrılmıştır. Çalışmanın başında randomizasyondan sonra girişim ve kontrol grubuna 125'er kişi atanmış izlem testleri sırasında katılımcılardan yedi kişi eksilmiştir. Çalışmamızdan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde yaşanan bu örneklem kaybının ortadan kaldırılarak yanlılığın minimuma indirgendiği ITT analizi kullanılarak bu veri kaybının analizleri etkileme durumunun ortadan kaldırılması sağlanmıştır. Ayrıca araştırmada toplanan verilen tamamının öz bildirime dayalı ölçeklerle toplanmış olması sınırlı yönler olmakla birlikte katılımcılardan veriler toplanırken gizliliğe önem verilmesi bu sınırlılığın ortadan kaldırılmasına yardımcı olmuştur. CSÜS akran eğitiminin uygulanması sırasında tüm akran eğiticilerin verdiği en az bir eğitime araştırmacının eşlik etmesi planlanmasına rağmen, çakışan yoğun programlar nedeniyle bu mümkün olmamıştır. Bu durum araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

3.10. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

Akran eğiticilerin Kimdir Bu? Testi ile akran eğiticiliğine en yatkın olan bireylerden seçilmesi araştırmanın güçlü yönlerinden birini oluşturmaktadır. Veri toplama aşamasında yanlılık biasının ortadan kaldırılması için kör teknik uygulanmış olması araştırmanın güçlü yönleri arasındadır. Bunun yanında tam girişimsel tasarıma uygun olarak girişim ve kontrol gruplarının atama işlemi random.org programı ile yapılmış randomizasyonun sağlanması koşulu yerine getirilmiştir. Öğrencilerin veri gizliliğinin sağlanması için pandemi sürecinde uygulanan testler online (Google Form) sistem üzerinden alınmıştır. Ayrıca davranış değişikliğinin oluşmasını takip açısından araştırmaya altı ay gibi uzun bir süre devam edilmesi de araştırmanın güçlü yönünü oluşturmaktadır.

3.11. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.11.1. Kimdir Bu? Testi (Ek – 2)

Kimdir bu? testi araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Akranları arasından akran eğiticisi olmaya yatkın, lider özelliği gösteren öğrencileri belirlemeye yönelik sorulardan oluşan bir testtir. Test yanıtlanması basit ve kolay olan 6 sorudan (En çok sevilen kimdir? Her zaman herkese yardım etmek isteyen kimdir? Çok arkadaşı olan kimdir? Başkaları ile hoş ve iyi geçinen kimdir? Sözlerinden sohbetinden hoşlanılan kimdir? Sözüne güvenilen, söylediklerine inanılan kişi kimdir?) oluşmaktadır (Akkuş ve ark., 2016). Test sonucu en çok ismi yazılan kişiler ile görüşme yapılarak akran eğitici sürecine katılma istekleri sorgulanarak araştırmaya akran eğitici olarak atanmıştır (Ek 2).

3.11.2. Akran Eğitimi Becerilerini Ölçme Formu (Ek – 3)

Akran Eğitimi Becerilerini Ölçme Formu Evcili ve Gölbaşı (2017) tarafından cinsel mitlere ilişkin akran eğitici eğitimi programına katılan akran eğiticilerin yeterliliğini tespit etmek amacıyla geliştirilmiştir. Katılımcıların bir eğitim etkinliğini planlayabilme ve sunabilme becerilerini geliştirmek ve tespit etmeye yöneliktir. Katılımcılardan CSÜS ile ilgili eğitimi planlamaları ve sunmaları istenir. Yapılan sunumlar araştırmacı ve diğer katılımcılar tarafından Akran Eğitimi Becerilerini Ölçme Formu kullanılarak değerlendirilir. Form akran eğitici adaylarının eğitim boyunca kullandıkları teknikleri değerlendirmeye yönelik 14 maddeden oluşur. Sunumu yapan akran eğiticisi 1 ile 5 puan arasında değerlendirilir (Ek 3). Araştırmada kullanılmak üzere ölçme formunu geliştiren yazarlardan kullanım izni alınmıştır.

3.11.3. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek – 4)

Tanıtıcı Bilgi Formu, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Kırmızıtoprak ve Şimşek, 2011; Bulduk ve Erdoğan, 2012; Evcili ve Gölbaşı, 2019). Formda, öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, okullardaki cinsel eğitime ilişkin görüşleri, CSÜS konusunda bilgi alma durumları ve bilgi kaynakları, CSÜS ile ilgili yaşantıları ve cinsel ilişki ilgili düşünceleri yer almaktadır. Tanıtıcı bilgi formu toplam 32 sorudan oluşmaktadır (Ek 4).

3.11.4. Cinsel Sağlık Bilgi Testi (CSBT) (Ek – 5)

Cinsel Sağlık Bilgi Testi, Evcili ve Gölbaşı tarafından 2017 yılında üniversite öğrencilerinin cinsellik ve cinsel sağlığa ilişkin bilgi düzeylerini geçerli ve güvenilir şekilde değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. CSBT 40 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. CSBT'nin uygulanması sırasında katılımcılardan her bir soruyu dikkatle okumaları ve doğru olduğunu düşündükleri seçeneği işaretlemeleri istenir. Katılımcının doğru işaretlediği her bir seçenek "1", yanlış işaretlediği ya da boş bıraktığı her seçenek "0" puan ile puanlanır. CSBT'nin güvenirlik katsayısı 0,88 olarak belirtilmiştir. Bu değer CSBT'nin ölçme ve değerlendirmede kullanılabilecek güvenilir bir test olduğunu göstermektedir. CSBT'nden alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 40 olarak saptanmıştır. Alınan puan arttıkça cinsel sağlıkla ilgili bilgi düzeyinin arttığı kabul edilir (Ek 5). Araştırmada testin güvenirliğini saptamak amacıyla yapılan croanbach alfa katsayısı 0,89 olarak tespit edilmiştir. Araştırmada kullanılmak üzere CSBT'ni geliştiren yazarlardan kullanım izni alınmıştır.

3.11.5. Türk Adölesanları için Üreme Sağlığı Ölçeği (ÜSÖ) (Ek – 6)

Türk Adölesanları için Üreme Sağlığı Ölçeği, Saydam ve arkadaşları tarafından 2010 yılında, adölesanların üreme davranışını geçerli ve güvenilir şekilde ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 6 alt boyuttan ve toplam 34 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar, Eş (Partner) Seçimi (1-4. maddeler), Koruyucu Davranış Geliştirmedeki Değerler (5- 16. maddeler), Cinsel Eşle İletişim (17-22. maddeler), Danışma (23-27. maddeler), Güven (28-32. maddeler) ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan Korunma'dan (33-34. maddeler) oluşmaktadır. Ölçekte, ters puanlama sistemi kullanılmıştır. Ölçek toplam 18 düz, 16 ters sorudan oluşmuştur. Ters puanlama yapılan maddeler ilk 16 (on altı) maddedir. ÜSÖ maddelerinin değerlendirilmesinde, 1'den 5'e kadar değişen 5'li likert tipi ölçekleme ("Kesinlikle katılmıyorum" (1), "katılmıyorum" (2), "kararsızım" (3), "katılıyorum" (4), "tamamen katılıyorum" (5)) yöntemi kullanılmıştır. Ölçekte her bir maddenin alacağı en düşük puan 1, en yüksek puan 5 olarak belirlenmiştir. Buna göre elde edilen genel toplam puanının en az 34, en fazla 170 olması gereklidir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe ölçek uygulaması yapılan bireylerin üreme sağlığı konusunda olumlu davranışa sahip olduğu kabul edilmektedir. ÜSÖ Cronbach alfa katsayısı 0,88 olarak belirtilmiştir. Ölçeğin uygulamasında; her boyutu ayrı ayrı

değerlendirilip, tüm alt gruplar toplanarak tek bir puanda birleştirilmektedir. Ölçeğin uygulanması ortalama 10 dakika sürmektedir (Ek 6).

Saydam ve arkadaşlarının (2010) gerçekleştirmiş olduğu geçerlik ve güvenirlik çalışmasına ek olarak araştırmada faktör analizi yapılarak ölçekte yer alan maddelerin faktör yükleri incelenmiş, Croanbach alfa katsayısı 0,91 olarak saptanmıştır. Böylece ölçekten herhangi bir madde çıkarılmadan güvenilir olduğu kabul edilmiştir. Araştırmada kullanılmak üzere ÜSÖ'yu geliştiren yazarlardan ölçeğin kullanım izni alınmıştır.

3.12. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada toplanan verilerin değerlendirilmesinde IMB SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 lisanslı programı kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırma sonucu toplanan verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Shapiro-Wilks testi yapılmıştır. Shapiro-Wilks testi çoklu karşılaştırmalarda daha güçlü bir test olduğu için tercih edilmiştir ve verilerin normal dağılıma uygun olduğu saptanmıştır. Araştırmanın amacı ve hipotezleri doğrultusunda öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerinin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler (ortalama, ortanca, standart sapma, oran, yüzdelik) kullanılmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2007).

Akran eğiticilerin CSÜS akran eğitimi öncesi ve sonrası cinsel sağlık bilgi ve üreme sağlığı davranışlarına yönelik değerlendirmelerinde eşleştirilmiş örneklem t-testi kullanılmıştır. Eşleştirilmiş örneklem t-testi (bağımlı grup) iki ilişkili grubun ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için kullanılır. Akran grubundaki öğrencilerin cinsel sağlık bilgi ve üreme sağlığı davranışlarında farklılık olup olmadığını test etmek için bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda t testi iki bağımsız grup arasında ortalamalara bakarak istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için kullanılır (Erdoğan ve ark., 2015).

Akran grubunun grup içi tekrarlı değerlendirmelerinde ise ANCOVA testi kullanılmıştır. ANCOVA testinin sonuçlarının geçerli olabilmesi için verilerin bağımsız olması (bağımsızlık), bağımlı değişkenin en az eşit aralıklı ölçülmüş olması (sürekli olması), bir grup değişkenine sahip olması gerekmektedir. Bağımsız değişken en az iki kez aynı bireylerden toplanmalı, sorun çıkaracak düzeyde anlamlı uçdeğer olmaması, grup içi dağılımların normal olması, tüm ilişkili grup kombinasyonları arasındaki varyans farklarının eşit (küresellik) olması gerekmektedir. Eğer küresellik varsayımı sağlanmazsa

ANCOVA sonuçları çok esnek olmaktadır bu da Tip I hata yapma oranını artırmaktadır. Küresellik varsayımını SPSS'te Mauchly testi ile test edebilmektedir. Çalışmamızda ANCOVA testi yapıldığında Post Hoc Mauchly analizi de yapılmıştır (Büyüköztürk, 1998).

Akran grubunun CSBT toplam puanları ve ÜSÖ toplam puanlarının karşılaştırılması için doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Bu analiz biçimi, bağımlı değişkenin değerini en iyi öngören bir ya da daha fazla bağımsız değişken kullanarak doğrusal denklemin katsayılarını tahmin etmek için kullanılmaktadır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2007) Çalışmamıza benzer nitelikte birçok çalışmada da bu değişkenlerin değerlendirilmesinde doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır (Bouclaous ve ark., 2021; Li ve ark., 2017; Shepherd ve ark., 2017; Coyle ark., 2013). Çalışmamızda kullanılan tüm istatistiksel analizler Tablo 3.12-1'de görülmektedir.

Tablo 3.12-1. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Analizler

Değerlendirilen Parametreler	Uygulanan Testler
Cinsel Sağlık Bilgi Testi	İç Tutarlılık Analizi (Cronbach alfa)
Üreme Sağlığı Ölçeği	İç Tutarlılık Analizi (Cronbach alfa)
Akran eğitici, girişim ve kontrol gruplarının homojenliği	Tanımlayıcı İstatistikler (Ortalama, Ortanca, Standart sapma, Yüzde)
Akran eğiticilerin CSÜS akran eğitici eğitimi öncesi ve sonrası CSBT, ÜSÖ puanlarının karşılaştırılması	Eşleştirilmiş Örneklem t testi
Girişim ve kontrol gruplarının gurup içi CSÜS akran eğitimi öncesi, sonrası, üç ay sonrası ve altı ay sonrası CSBT ve ÜSÖ puanlarının karşılaştırılması	ANCOVA, Post-hoc Mauchly
Girişim ve kontrol gruplarının gurup içi CSBT ve ÜSÖ CSÜS akran eğitiminin etki düzeyi	ANCOVA
Girişim ve kontrol gruplarının gruplar arası CSÜS akran eğitimi öncesi, sonrası, üç ay sonrası ve altı ay sonrası CSBT, ÜSÖ puanlarının karşılaştırılması	Bağımsız Gruplarda t testi
Akran eğiticilerin yaşı ve ilk cinsel ilişki yaş ortancası	Mann Whitney U Testi
Girişim ve kontrol gruplarının yaşı ve ilk cinsel ilişki yaş ortalaması	Bağımsız Gruplarda t testi
CSBT toplam puanları ile ÜSÖ toplam puanları arasındaki ilişki	Doğrusal regresyon

4. BULGULAR

Üniversite öğrencilerine akran eğitimi yöntemiyle verilen CSÜS eğitiminin bilgi ve davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın bulguları iki başlık altında toplanmıştır. Bölüm 1'de akran eğiticilere yönelik bulgulara yer verilmiş ardından Bölüm 2'de akran grubu olan girişim ve kontrol grubununun bulgularına yer verilmiştir.

BÖLÜM 1

AKRAN EĞİTİCİLERE İLİŞKİN BULGULAR

4.1. Akran Eğiticilerin Tanımlayıcı ve CSÜS Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde akran eğiticilerin tanımlayıcı ve CSÜS özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Bölümdeki bulgular aşağıdaki gibi dört başlık altında incelenmiştir.

4.1.1. Akran Eğiticilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1-1. Akran Eğiticilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kız	18	%72,0
Erkek	7	%28,0
Daha önce yaşanılan yer		
İl	17	%68,0
İlçe, Köy, Bucak	8	%32,0
Şu anda yaşanılan yer		
Yurt, pansiyon	19	%76,0
Kız/erkek arkadaşla evde	4	%16,0
Yalnız evde	2	%8,0
Gelir durumu		
Orta	16	%64,0
İyi	9	%36,0
Sigara içme durumu		
Düzenli içerim	9	%36,0
Hiç içmedim	8	%32,0
Denedim	6	%24,0
Ara sıra içerim	2	%8,0
Alkol alma durumu		
Hiç içmedim	9	%36,0
Ara sıra içerim	9	%36,0
Denedim	5	%20,0
Düzenli içerim	2	%8,0

Araştırmamıza katılan akran eğiticilerin büyük çoğunluğu (%72) kız öğrencilerden oluşmaktadır. Öğrencilerin eğitim gördüğü bölümlerin sırasıyla okul öncesi öğretmenliği (%24,0), Özel eğitim öğretmenliği (%16,0), Psikolojik rehberlik ve danışmanlık (%16,0), Sınıf öğretmenliği (%16,0), İlköğretim matematik öğretmenliği (%16,0), Türkçe öğretmenliği (%8,0), sosyal bilgiler öğretmenliği (%4,0) olduğu görülmektedir. Akran eğiticilerin tamamı eğitim fakültesinin ikinci sınıfına kayıtlıdır. Ögrencilerin üniversiteye kayıtlanmadan önce yaşadığı yer il (%68,0) iken üniversitede yaşadıkları yerler çoğunlukla yurt ve pansiyonlar (%76,0) olmuştur. Akran eğiticilerin gelir durumunun genellikle orta (%64,0) ve tamamının medeni durumunun bekar olduğu saptanmıştır. Akran eğiticilerin %36'sının düzenli sigara içtiği ve ara sıra alkol içtiği belirlenmiştir.

4.1.2. Akran Eğiticilerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığıyla İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1-2. Akran Eğiticilerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığıyla İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okullarda CSÜS eğitimini gerekli görme		
Evet	25	%100
CSÜS ile ilgili bilgi alma durumu		
Evet	9	%36
Hayır	16	%64
CSÜS ile ilgili bilgiyi yeterli bulma durumu		
Hayır	22	%88,0
Evet	3	%12,0
CSÜS sorunlarıyla ilgili aileyle konuşma durumu**		
Hayır Konuşmam	13	%52,0
Sadece anne	9	%36,0
Kardeş (Abi/Abla)	5	%20,0
Anne ve baba	1	%4,0
CSÜS ile ilgili bilgilerin kimden öğrenildiği**		
Anne/Baba	11	%29,7
Kardeş (Abi/Abla)	8	%25,7
İletişim Araçları	8	%21,6
Arkadaş	6	%16,2
Öğretmen	3	%8,1
Sağlık Personeli	1	%2,7
CSÜS ile ilgili bilgilerin kimden öğrenilmek istendiği**		
Sağlık Personeli	11	%27,5
Anne/Baba	9	%22,5
Öğretmen	8	%20,0
Arkadaş	6	%15,0
Kardeş (Abi/Abla)	4	%10,0
İletişim Araçları	2	%5,0
Eğitim programında yer alması gereken ve ihtiyaç duyulan CSÜS konuları**		
Üreme sağlığı	7	%20,0
CYBE/CYBH	6	%17,1
HIV/AIDS	6	%17,1
Cinsel ilişki ve cinsel haz	4	%11,4
Kontraseptif Yöntemler	4	%11,4
Gebelik ve istenmeyen gebelik	3	%8,6
Cinsel sağlık	2	%5,7
Cinsel mitler	1	%2,9
Hijyen	1	%2,9
Cinsel işlev bozukluğu	1	%2,9

***Birden fazla seçenek seçilebilmektedir*

Araştırmamız kapsamındaki tüm akran eğiticiler (%100,0) CSÜS eğitimini okullarda gerekli görmektedir. Aynı zamanda CSÜS akran eğitici eğitimi programına katılmadan önce CSÜS ile ilgili herhangi bir bilgi alanların oranının düşük olduğu (%36) saptanmıştır. Akran eğiticilerin CSÜS hakkındaki bilgilerini yeterli bulma oranı %12,0, yeterli bulmayanların oranı ise oldukça fazla (%88,0) olarak görülebilmektedir. Akran eğiticilerin CSÜS sorunlarıyla ilgili genellikle (%52,0) ailesiyle konuşmadığı, konuşanların ise büyük oranda (%36,0) annesiyle konuştuğu belirlenmiştir. Akran eğiticilerin CSÜS ile ilgili bilgileri kimden öğrendiği sorgulandığında ise anne-babasından (%29,7) daha sonra sırasıyla iletişim araçları (%21,6) ve kardeşlerinden (%21,6) öğrendiği belirlenmiştir. CSÜS yönelik bilgileri kimden öğremek isterdiniz? Şeklinde soru yöneltildiginde ise en çok (%27,5) sağlık personelinden öğrenmek istediği belirlenmiştir. Akran eğiticilerin CSÜS akran eğitici eğitimi programında yer almasını istedikleri ve ihtiyaç duyduğu konuların en başında üreme sağlığı (%20,0) gelmektedir. Ardından sırasıyla CYBE/CYBH, HIV/AIDS, cinsel ilişki ve cinsel haz, kontraseptif yöntemler, gebelik ve istenmeyen gebelik, cinsel sağlık, cinsel mitler, hijyen, cinsel işlev bozukluğu şeklinde belirlenmiştir.

4.1.3. Akran Eğiticilerin CSÜS Deneyim ve Durumlarıyla İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1-3. Akran Eğiticilerin CSÜS Deneyim ve Durumlarıyla İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
CSÜS ile ilgili sorun yaşama durumu**		
Hayır	17	%68,0
Evet	8	%32,0
Yaşanılan CSÜS sorununun türü**		
Adet düzensizliği	4	%50,0
Sancılı adet	4	%50,0
Sorunun çözümü için başvurulan yer**		
Hastane	3	%37,5
Özel doktor	3	%37,5
Hiçbir yer	2	%25,0
Sorunun devam etme durumu*		
Hayır	4	%50,0
Evet	4	%50,0
Erkeğin evlilik öncesi cinsel deneyimi olmasını		
Normal karşılıyorum	13	%52,0
Kararsızım	9	%36,0
Karşıyım	3	%12,0
Kadının evlilik öncesi cinsel deneyimi olmasını		
Normal karşılıyorum	10	%40,0
Kararsızım	10	%40,0
Karşıyım	5	%20,0
Şimdiye kadar cinsel ilişki deneyimi yaşama durumu		
Hayır	21	%84,0
Evet	4	%16,0
İlk cinsel deneyimini kiminle yaşandığı***		
Sevgilimle	3	%75,0
Tanımadığım kişiyle para karşılığında	1	%25,0
İlk cinsel deneyimi sırasında kontraseptif yöntem kullanımı***		
Evet	2	%50,0
Hayır	2	%50,0
İstenmeyen gebelik yaşama durumu		
Hayır	4	%100
Düzenli cinsel yaşam sürdürme		
Hayır	4	%100

** *CSÜS ile ilgili sorun yaşama durumu üzerinden (8 kişi)*

*** *Cinsel ilişki deneyimi yaşama durumu üzerinden (4 kişi)*

Çalışmamıza katılan akran eğiticilerin büyük çoğunluğunun (%68,0) CSÜS ile ilgili herhangi bir sorun yaşamadığı, sorun yaşayanların %50'sinin menstrüasyon düzensizliği, %50'sinin dismenore yaşadığı belirlenmiştir. Yaşanılan bu sorunların çözüm yeri %37,5 oranıyla hastaneler ve özel kliniklerdeki doktorlar olmuştur. Yaşanılan CSÜS sorunlarının %50,0 oranında devam etmediği saptanmıştır. Akran eğiticiler bir erkeğin evlilik öncesi cinsel deneyimi olmasını %52,0 oranında normal karşılamaktadır. Benzer şekilde bir kadının evlilik öncesi cinsel deneyimi olmasını da %40,0 oranında normal karşılamaktadır. Akran eğitici grubumuzun büyük bir kısmı (%84,0) çalışma yapılana kadar herhangi bir cinsel ilişki deneyimi olmadığını belirtmiştir. Cinsel ilişki deneyimi olan (%16,0) kişilerin ise ilk cinsel ilişki deneyimini genellikle (%75,0) sevgilisi ile gerçekleştirdiği saptanmıştır. İlk cinsel deneyim sırasında kontraseptif yöntem kullanma oranı ise %50 olarak belirtilmiştir. Araştırmamızın akran egitici grubundaki cinsel ilişki deneyimi yaşayan öğrencilerden hiçbiri istenmeyen gebelik yaşamamıştır. Aynı zamanda öğrenciler düzenli bir cinsel yaşam sürdürmediklerini belirtmiştir. Düzenli bir cinsel yaşam sürdürmedikleri için herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmadıkları saptanmıştır.

4.1.4. Akran Eğiticilerin Yaş ve İlk Cinsel İlişki Yaşıyla İlgili Bulguları

Tablo 4.1-4. Akran Eğiticilerin Yaş ve İlk Cinsel İlişki Yaşıyla İlgili Bulguların Dağılımı

Değişkenler	N	Ortanca	Sıralama Toplamı	Z	U	p
Yaş	25	20,6	473	-0,21	345	0,396
İlk cinsel ilişki yaşı	25	19,0	297	-2,3	212	0,328

Mann Whitney U Test

Çalışmamız kapsamındaki akran eğiticilerin yaş ortancası 20,6 ve cinsel ilişki yaş ortancası 19,0 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin yaş ve cinsel ilişki ortancalarının değerlendirilmesinde Mann Whitney U analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, öğrencilerin yaş ve cinsel ilişki yaş ortancaları arasında istatistiksel fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.2. Akran Eğiticilerin CSÜS Akran Eğitici Eğitimi Öncesi ve Sonrası CSBT ve ÜSÖ Yanıtlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümdeki bulgular akran eğiticilerin CSÜS akran eğitici eğitimi öncesi ve sonrasındaki CSBT puanlarına ilişkin bulgular ve ÜSÖ puanlarına ilişkin bulgular olarak olmak üzere iki ana başlık altında incelenmiştir.

4.2.1. Akran Eğiticilerin CSÜS Akran Eğitici Eğitimi Öncesi ve Sonrası CSBT Yanıtlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.2-1. Akran Eğiticilerin CSÜS Aran Eğitici Eğitimi Öncesi ve Sonrasındaki CSBT Yanıtlarının Dağılımı

CİNSEL SAĞLIK BİLGİ TESTİ		Akran Eğitici Eğitimi			
		Öncesi		Sonrası	
Sorular	**Yanıtlar**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
1.Aşağıdakilerden hangisi üreme sağlığı yönünden öncelikli sorunlardan biri **değildir?**	Yanlış	6	24.0	4	16.0
	Doğru	19	76.0	21	84,0
2.Aşağıdakilerden hangisi cinsellikle ilgili evrensel değerlerden biri **değildir?**	Yanlış	4	16.0	0	0,0
	Doğru	21	84.0	25	100.0
3. Çocuğun kendi cinsiyetini fark ettiği ve cinsellikle ilgili ilk sorularını sorduğu dönem aşağıdakilerden **hangisidir?**	Yanlış	23	92.0	2	8.0
	Doğru	2	8.0	23	92.0
4. Aşağıdaki davranışların hangisi bireyde **cinsel kimlik bozukluğu olabileceğini düşündürür?**	Yanlış	3	12.0	0	0.0
	Doğru	22	88.0	25	100.0
5.Ayşe kadın olmaktan ve kendi cinsinin özelliklerinden nefret ettiğini, kendini bir erkek gibi hissettiğini ifade ediyor. Giyimi ve davranışlarıyla bir erkek gibi görünmeye çalışıyorsa Ayşe'nin cinselliği ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **doğrudur?**	Yanlış	19	76.0	4	16.0
	Doğru	6	24.0	21	84.0
6.Günümüzde "İnsanlar neden farklı cinsel yönelimler geliştirmektedir?" sorusuna verilen **en doğru yanıt aşağıdakilerden hangisidir?**	Yanlış	16	64.0	7	28.0
	Doğru	9	36.0	18	72.0
7.Hem kadınlara hem de erkeklere karşı romantik ve cinsel çekim duyan kişinin cinsel yönelimini açıklayan seçenek aşağıdakilerden **hangisidir?**	Yanlış	12	48.0	2	8.0
	Doğru	13	52.0	23	92.0
8.Toplumsal yaşamda kültürel, politik ve ekonomik alanların erkek egemenliğinde tutulduğu anlayışa **ne ad verilir?**	Yanlış	1	4.0	0	0.0
	Doğru	24	96.0	25	100.0
9.Sosyal yönden kadın ve erkeğe verilen roller ve sorumluluklar" olarak tanımlanan kavram aşağıdakilerden **hangisidir?**	Yanlış	17	68.0	0	0.0
	Doğru	8	32.0	25	100.0
10.Kastrasyon/iğdiş edilme (penisin kesilmesi) korkusu nedeniyle erkek çocuklarına sünnet yapılmasının sakıncalı olacağı dönem aşağıdakilerden **hangisidir?**	Yanlış	24	96.0	7	28.0
	Doğru	1	4.0	18	72.0
11.Bir ailede aşağıdaki davranış özelliklerinden hangisi varsa o ailede **toplumsal cinsiyet temelli bir ayrımcılık** olduğu düşünülür?	Yanlış	4	16.0	1	4.0
	Doğru	21	84.0	24	96.0
12.Kadın üreme hücresinin olgunlaştığı ve depolandığı organ aşağıdakilerden **hangisidir?**	Yanlış	15	60.0	3	12.0
	Doğru	10	40.0	22	88.0

13.Aşağıdakilerden hangisi kadın dış üreme organlarından **değildir?**	Yanlış	10	40.0	0	0.0
	Doğru	15	60.0	25	100.0
14.Farklı cinsel yönelimleri olan bireylere karşı duyulan nefret, korku ve hoşnutsuzluk anlamına gelen aşağıdakilerden **hangisidir?**	Yanlış	12	48.0	3	12.0
	Doğru	13	52.0	22	88.0
15.Aşağıdakilerden hangisi cinsel ilişkinin amaçlarından biri **değildir?**	Yanlış	9	36.0	2	8.0
	Doğru	16	64.0	23	92.0
16.Orgazm (cinsel haz / tatmin) ile ilgili verilen bilgilerden **hangisi yanlıştır?**	Yanlış	9	36.0	3	12.0
	Doğru	16	64.0	22	88.0
17.Mastürbasyonla ilgili aşağıdaki bilgilerden **hangisi doğrudur?**	Yanlış	6	24.0	1	4.0
	Doğru	19	76.0	24	96.0
18.Kadın üreme hücresine **ne ad verilmektedir?**	Yanlış	2	8.0	2	8.0
	Doğru	23	92.0	23	92.0
19.Aşağıda **gebeliğin oluşumu ve gelişimi** ile ilgili verilen bilgilerden **yanlış** olanı işaretleyiniz.	Yanlış	16	64.0	1	4.0
	Doğru	9	36.0	24	96.0
20.Aşağıdakilerden hangisi erkek üreme organlarından **değildir?**	Yanlış	17	68.0	9	36.0
	Doğru	8	32.0	16	64.0
21.Bireyin çeşitli görsel, düşünsel ve fiziksel yöntemler kullanarak kendi kendini tatmin etmesi ve cinsel doyum sağlamasının bir yolu olarak tanımlanan cinsel davranış aşağıdakilerden **hangisidir?**	Yanlış	3	12.0	1	4.0
	Doğru	22	88.0	24	96.0
22.Adet döngüsüne ilişkin aşağıda verilen bilgilerden hangisi **yanlıştır?**	Yanlış	18	72.0	7	28.0
	Doğru	7	28.0	18	72.0
23.Aşağıdaki gebelikten korunma yöntemlerinden hangisinin **etkinliği (gebelikten koruma yüzdesi) düşüktür?**	Yanlış	10	40.0	1	4.0
	Doğru	15	60.0	24	96.0
24.Aşağıda verilen ifadelerden hangisi **doğrudur?**	Yanlış	21	84.0	3	12.0
	Doğru	4	16.0	22	88.0
25.Aşağıda verilen gebeliği önleyici yöntemlerden hangisi tekrar çocuk sahibi olmak isteyen bir çift için **uygun değildir?**	Yanlış	12	48.0	1	4.0
	Doğru	13	52.0	24	96.0
26.Aşağıdakilerden hangisi bir **gebelikten korunma yöntemi değildir?**	Yanlış	3	12.0	1	4.0
	Doğru	22	88.0	24	96.0
27.Gebeliği önleyici yöntem kullanmadan gerçekleşen cinsel ilişki sonrası ya da kullanılan korunma yönteminin başarısızlığı durumunda gebeliği önlemek için aşağıdaki yöntemlerden hangisi **kullanılabilir?**	Yanlış	7	28.0	0	0.0
	Doğru	18	72.0	25	100.0
28.Aşağıdakilerden hangisi kondom (prezervatif) kullanımında dikkat edilmesi gereken noktalardan biri **değildir?**	Yanlış	10	40.0	1	4.0
	Doğru	15	60.0	24	96.0
29.Aşağıdaki bireylerden hangisi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından **en düşük riski taşır?**	Yanlış	11	44.0	0	0.0
	Doğru	14	56.0	25	100.0

30.Aşağıdakilerden hangisi CYBE ile enfekte olma riskini azaltan **en etkili yöntemdir?**	Yanlış	20	80.0	0	0.0
	Doğru	5	20.0	25	100.0
31.Cinsel yolla bulaşan bir etken olup aynı zamanda kadınlarda rahim ağzı kanserine neden olan mikroorganizma aşağıdakilerden **hangisidir?**	Yanlış	23	92.0	6	24.0
	Doğru	2	8.0	19	76.0
32.Aşağıdaki vücut sıvılarından hangisi CYBE'ların kişiden kişiye taşınmasında **en az etkilidir?**	Yanlış	20	80.0	4	16.0
	Doğru	5	20.0	21	84.0
33.Aşağıda verilen cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan hangisine yönelik aşılama **önerilmektedir?**	Yanlış	11	44.0	1	4.0
	Doğru	14	56.0	24	96.0
34.AIDS hastalığı aşağıdaki yollardan hangisi ile **bulaşabilmektedir?**	Yanlış	8	32.0	1	4.0
	Doğru	17	68.0	24	96.0
35.Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tedavisi ile ilişkili aşağıdaki bilgilerden hangisi **doğrudur?**	Yanlış	1	4.0	2	8.0
	Doğru	24	96.0	23	92.0
36.Cinsel şiddetle ilişkili olarak aşağıda verilen ifadelerden hangisi **doğrudur?**	Yanlış	6	24.0	6	24.0
	Doğru	19	76.0	19	76.0
37.Aşağıdakilerden hangisi kadınlara yönelik cinsel saldırı olgularının altta yatan nedenler arasında **sayılmaz?**	Yanlış	9	36.0	3	12.0
	Doğru	16	64.0	22	88.0
38.Aşağıdakilerden hangisi cinsel şiddete maruz kalan bir bireyin yapması gereken uygun bir davranış **değildir?**	Yanlış	3	12.0	2	8.0
	Doğru	22	88.0	23	92.0
39.Bireyin cinselliğinin ifadesi olarak sürekli yaptığı faaliyetler ya da alışkanlıklar olarak tanımlanan kavram aşağıdakilerden hangisidir?	Yanlış	13	52.0	2	8.0
	Doğru	12	48.0	23	92.0
40.Aşağıdakilerden hangisi riskli cinsel davranışların ortaya çıkmasına neden olan faktörlerden biri **değildir?**	Yanlış	10	40.0	4	16.0
	Doğru	15	60.0	21	84.0
TOPLAM	Yanlış	%44,4		%12,3	
	Doğru	%55,6		%87,7	

Çalışmamızda akran eğiticilerin cinsel sağlık bilgisiyle ilgili verilerinin toplanmasında Evcili ve Gölbaşı (2017) tarafından geliştirilen CSBT kullanılmıştır. CSBT'ndeki sorular CSÜS'nın kapsam alanıyla ilgili olarak kategorize edilmiştir. CSBT'nin 1. sorusu üreme sağlığıyla, 2. sorusu cinsellikle ilgili değerlerle, 3.,10.,4.,5. soruları cinsel kimlik gelişimiyle, 6.,7.,14. soruları cinsel yönelimle, 8., 9., 11. soruları cinsiyet/toplumsal cinsiyetle, 12., 13., 20. soruları üreme sistemi anatomisiyle, 15., 16., 17., 21. sorular cinsel ilişki / cinsel doyumla, 18., 19., 22. sorular üremenin fizyolojisiyle, 23., 24., 25., 26., 27., 28. sorular gebelikten korunmayla, 29., 30., 31., 32., 33., 34., 35.

sorular CYBE ile, 36., 37., 38. sorular cinsel şiddetle, 39. ve 40. sorular ise güvenli cinsel davranışlarla ilişkilidir.

Akran eğiticilerin akran eğitici eğitimi öncesinde en fazla doğru bildiği soru 8. (Toplumsal yaşamda kültürel, politik ve ekonomik alanların erkek egemenliğinde tutulduğu anlayışa ne ad verilir?) ve 35. (Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tedavisi ile ilişkili aşağıdaki bilgilerden hangisi doğrudur?) sorulardır. Eğitim sonrasından 8. soruya doğru cevap verenlerin oranı %100'e yükselmiş ve 35. Soruya doğru yanıt verenlerin oranı bir kişi azalarak %92'ye düştüğü belirlenmiştir. Akran eğiticilerin en fazla 3. (Çocuğun kendi cinsiyetini fark ettiği ve cinsellikle ilgili ilk sorularını sorduğu dönem aşağıdakilerden hangisidir?), 10. (Kastrasyon / iğdiş edilme (penisin kesilmesi) korkusu nedeniyle erkek çocuklarına sünnet yapılmasının sakıncalı olacağı dönem aşağıdakilerden hangisidir?) ve 31. (Cinsel yolla bulaşan bir etken olup aynı zamanda kadınlarda rahim ağzı kanserine neden olan mikroorganizma aşağıdakilerden hangisidir?) sorulara yanlış yanıt verdikleri belirlenmiştir. Yapmış olduğumuz akran eğitici eğitimi sonrasında ise 3. soruya yanlış cevap verme oranı %8'e 10. Soruya %28'e ve 31. soruya %24'e kadar azaldığı tespit edilmiştir. Sonuçta akran eğitici eğitimi öncesi CSBT'ne doğru yanıt verenlerin oranı %55,6 iken eğitim sonrası bu oran %87,7'ye yükselmiştir.

4.2.2. Akran Eğiticilerin CSÜS Akran Eğitici Eğitimi Öncesi ve Sonrası ÜSÖ Yanıtlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.2-2. Akran Eğiticilerin CSÜS Aran Eğitici Eğitimi Öncesi ve Sonrasındaki ÜSÖ Yanıtlarının Dağılımı

TÜRK ADÖLESANLARI İÇİN ÜREME SAĞLIĞI ÖLÇEĞİ		Akran Eğitici			
		Öncesi		Sonrası	
Sorular	**Yanıtlar**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
1.Cinsel ilişkiye girdiğim kişilerin sayısı benim için önemli değildir.	1.K. Katılmıyorum	1	4.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	5	20.0	0	0.0
	3. Kararsızım	1	4.0	0	0.0
	4. Katılıyorum	5	20.0	2	8.0
	5.K. Katılıyorum	13	52.0	23	92.0
2.İlk karşılaşmada ortam uygun olursa karşı cinsle cinsel ilişkiye girebilirim.	1.K. Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	3	12.0	0	0.0
	3. Kararsızım	4	16.0	1	4.0
	4.Katılıyorum	2	8.0	5	20.0
	5.K. Katılıyorum	16	64.0	19	76.0
3.Para karşılığı cinsel ilişkiye girebilirim.	1. K. Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	1	4.0	0	0.0
	3. Kararsızım	2	8.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	5	20.0	3	12.0
	5.K. Katılıyorum	17	68.0	22	88.0
4.Aynı dönem içerisinde birden çok kişi ile cinsel ilişkiye girebilirim.	1. K. Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	4	16.0	0	0.0
	3. Kararsızım	1	4.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	2	8.0	6	24.0
	5.K. Katılıyorum	18	72.0	19	76.0
5.Cinsel ilişkiye gireceğim kişi ile gebeliği önleyici yöntem kullanma konusunda konuşmaya utanırım.	1. K. Katılmıyorum	1	4.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	5	20.0	0	0.0
	3. Kararsızım	6	24.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	6	24.0	12	48.0
	5.K. Katılıyorum	7	28.0	13	52.0
6.Toplumumuzda kızlık zarının önemli olması nedeniyle anal (ters) ilişkiyi tercih ederim.	1. K. Katılmıyorum	1	4.0	1	4.0
	2.Katılmıyorum	4	16.0	0	0.0
	3. Kararsızım	4	16.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	5	20.0	9	36.0
	5.K. Katılıyorum	11	44.0	15	60.0
7.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan (CYBH) korunma konusunda ilişkiye gireceğim kişi ile konuşmaya utanırım.	1. K. Katılmıyorum	1	4.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	3	12.0	0	0.0
	3. Kararsızım	2	8.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	8	32.0	11	44.0
	5.K. Katılıyorum	11	44.0	14	56.0
8.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar konusunda bir sorunum olduğunda, utandığım için kimseye bir şey sormam.	1. K. Katılmıyorum	2	8.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	2	8.0	0	0.0
	3. Kararsızım	4	16.0	1	4.0
	4.Katılıyorum	6	24.0	9	36.0
	5.K. Katılıyorum	11	44.0	15	60.0
9.Gebeliğe ve CYBH'lara karşı önlem almak gereksizdir, olacağı varsa olur.	1. K. Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0

	3. Kararsızım	2	8.0	1	4.0
	4.Katılıyorum	5	20.0	3	12.0
	5.K. Katılıyorum	18	72.0	21	84.0
10.Yaşadığım bir cinsel ilişkiden sonra CYBH'ğın bulaşması benim kötü şansımdır.	1. K. Katılmıyorum	4	16.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	2	8.0	0	0.0
	3. Kararsızım	4	16.0	2	8.0
	4.Katılıyorum	8	32.0	9	36.0
	5.K. Katılıyorum	7	28.0	14	56.0
11.Ben her konuda şanslı bir kişiyim, bazen korunup bazen korunmasam da şansımın devam edeceğine inanıyorum.	1. K. Katılmıyorum	2	8.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	1	4.0	1	4.0
	3. Kararsızım	1	4.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	7	28.0	6	24.0
	5.K. Katılıyorum	14	56.0	18	72.0
12.Cinsel ilişkiye gireceğim kişi temiz görünüşlü ve iyi eğitimli ise korunmaya gerek yoktur.	1. K. Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	1	4.0	1	4.0
	3. Kararsızım	2	8.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	8	32.0	8	32.0
	5.K. Katılıyorum	14	56.0	16	64.0
13.Sürekli birlikte olduğum kişi ile güvende olduğumu düşünerek, korunmasız ilişkiye girerim.	1. K. Katılmıyorum	2	8.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	5	20.0	1	4.0
	3. Kararsızım	5	20.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	6	24.0	16	64.0
	5.K. Katılıyorum	7	28.0	8	32.0
14.Korunma cinselliğin doğal akışını bozar.	1. K. Katılmıyorum	1	4.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	3. Kararsızım	7	28.0	1	4.0
	4.Katılıyorum	11	44.0	9	36.0
	5.K. Katılıyorum	6	24.0	15	60.0
15.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık şüphesi duyarsam, kendi kendime ilaç alarak tedavi olmaya çalışırım.	1. K. Katılmıyorum	1	4.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	2	8.0	1	4.0
	3. Kararsızım	4	16.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	10	40.0	8	32.0
	5.K. Katılıyorum	8	32.0	16	64.0
16.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmak için anal (ters) ilişkiyi tercih edebilirim.	1. K. Katılmıyorum	1	4.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	2	8.0	0	0.0
	3. Kararsızım	5	20.0	2	8.0
	4.Katılıyorum	8	32.0	8	32.0
	5.K. Katılıyorum	9	36.0	15	60.0
17.Cinsel ilişkiye girmeden önce cinsel eşimin de bunu istiyor olması benim için önemlidir.	1. K. Katılmıyorum	2	8.0	1	4.0
	2.Katılmıyorum	0	0.0	1	4.0
	3. Kararsızım	1	4.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	7	28.0	4	16.0
	5.K. Katılıyorum	15	60.0	19	76.0
18.İlişkiye gireceğim kişi ile gebeliği önleyici yöntem kullanma konusunda rahatça konuşurum.	1. K. Katılmıyorum	1	4.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	3. Kararsızım	4	16.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	16	64.0	14	56.0
	5.K. Katılıyorum	4	16.0	11	44.0
19.Cinsel ilişkiye girerken birlikte olacağım kişi ile kondom (prezervatif, kılıf) kullanma konusunda konuşurum.	1. K. Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	1	4.0	0	0.0
	3. Kararsızım	4	16.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	12	48.0	13	52.0

	5.K. Katılıyorum	8	32.0	12	48.0
20.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunma konusunda, ilişkiye gireceğim kişi ile rahatça konuşurum.	1. K. Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	3	12.0	0	0.0
	3. Kararsızım	3	12.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	13	52.0	7	28.0
	5.K. Katılıyorum	6	24.0	18	72.0
21.İlişkiye girdiğim kişi ile güvenli cinsel ilişki ile ilgili bilgilerimi paylaşırım.	1. K. Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	2	8.0	0	0.0
	3. Kararsızım	2	8.0	1	4.0
	4.Katılıyorum	15	60.0	7	28.0
	5.K. Katılıyorum	6	24.0	17	68.0
22.Cinsellikte asla zorlayıcı olmam.	1. K. Katılmıyorum	3	12.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	2	8.0	0	0.0
	3. Kararsızım	4	16.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	8	32.0	5	20.0
	5.K. Katılıyorum	8	32.0	20	80.0
23.Yaşadığım cinsel ilişkiden sonra gebelik gelişirse, hemen bir sağlık kuruluşuna başvururum.	1. K. Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	2	8.0	0	0.0
	3. Kararsızım	5	20.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	13	52.0	8	32.0
	5.K. Katılıyorum	5	20.0	17	68.0
24.Cinsel organımda akıntı, kaşıntı gibi şikâyetlerim olduğunda hemen bir sağlık kuruluşuna başvururum.	1. K. Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	4	16.0	0	0.0
	3. Kararsızım	7	28.0	1	4.0
	4.Katılıyorum	12	48.0	9	36.0
	5.K. Katılıyorum	2	8.0	15	60.0
25.Kondom ya da hap gibi gebeliği önleyici bir yöntemi kullanmadan önce nasıl kullanılacağına ilişkin gerekli bilgileri alırım.	1. K. Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	6	24.0	0	0.0
	3. Kararsızım	4	16.0	1	4.0
	4.Katılıyorum	9	36.0	10	40.0
	5.K. Katılıyorum	6	24.0	14	56.0
26.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmak için bilgi alırım.	1. K. Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	2	8.0	0	0.0
	3. Kararsızım	0	0.0	1	4.0
	4.Katılıyorum	10	40.0	3	12.0
	5.K. Katılıyorum	13	52.0	21	84.0
27.Genital bölgemde herhangi bir normal olmayan akıntı olduğunda, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık açısından sağlık kuruluşuna başvururum.	1. K. Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	3	12.0	0	0.0
	3. Kararsızım	2	8.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	10	40.0	10	40.0
	5.K. Katılıyorum	10	40.0	15	60.0
28.Cinsel ilişkiye girmek için ilişkiye gireceğim kişiyi sevmem ya da tanımam benim için önemlidir.	1. K. Katılmıyorum	2	8.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	3. Kararsızım	0	0.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	4	16.0	6	24.0
	5.K. Katılıyorum	19	76.0	19	76.0
29.Yalnızca sevdiğim ve güvendiğim birisiyle cinsel ilişkiye girmeyi tercih ederim	1. K. Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	1	4.0	0	0.0
	3. Kararsızım	1	4.0	1	4.0
	4.Katılıyorum	9	36.0	4	16.0
	5.K. Katılıyorum	14	56.0	20	80.0

30.Herkes Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık ve gebeliğe karşı, kendi güvenlik önlemini almaktan sorumludur.	1. K. Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	2	8.0	0	0.0
	3. Kararsızım	2	8.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	12	48.0	15	60.0
	5.K. Katılıyorum	9	36.0	10	40.0
31.Güvensiz cinsel ilişki yaşamın birçok risklerinden biridir.	1. K. Katılmıyorum	1	4.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	3. Kararsızım	1	4.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	12	48.0	12	48.0
	5.K. Katılıyorum	11	44.0	13	52.0
32.Eğer ilişkiye girdiğim kişilere dikkat etmezsem, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara yakalanabilirim.	1. K. Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	3. Kararsızım	7	28.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	7	28.0	4	16.0
	5.K. Katılıyorum	11	44.0	21	84.0
33.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmak için kondom (prezervatif, kılıf) kullanmadan cinsel ilişkiye girmem.	1. K. Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	2	8.0	0	0.0
	3. Kararsızım	6	24.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	10	40.0	10	40.0
	5.K. Katılıyorum	7	28.0	15	60.0
34.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmak için, her cinsel ilişkimden önce korunma önlemi alırım.	1. K. Katılmıyorum	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	1	4.0	0	0.0
	3. Kararsızım	2	8.0	0	0.0
	4.Katılıyorum	12	48.0	7	28.0
	5.K. Katılıyorum	10	40.0	18	72.0

4.3. Akran Eğiticilerin Cinsel Sağlık Bilgi Testi ve Üreme Sağlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde akran eğitici grubundaki öğrencilerin CSÜS eğitimi öncesi ile sonrası cinsel sağlık bilgi testi ve üreme sağlığı ölçeği yanıtlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Bölümdeki bulgular, akran eğiticilerin grup içi CSBT puanı ortalamalarına ilişkin bulgular ve akran eğiticilerin grup içi ÜSÖ puanı ortalamalarına ilişkin bulgular olmak üzere iki grupta incelenmiştir.

4.3.1. Akran Eğiticilerin Grup İçi CSBT Puanı Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3-1. Akran Eğiticilerin Grup İçi CSBT Puanı Ortalamaları ve İlişkisi

Değişkenler	N	Ortalama	Standart Sapma	df	t	p
CSBT Ön Test	25	22,04	0,10	24	-19,5	**0,001**
CSBT Son Test	25	36,00	0,07			

**Eşleştirilmiş Örneklem t Test*

Çalışma kapsamına alınan akran eğiticilerin CSBT puanındaki değişimin değerlendirilmesinde eşleştirilmiş örneklem t-testi kullanılmıştır. Sonuçlara göre, CSÜS akran eğitici eğitimi öncesi CSBT puanı ortalaması 22,04±0,10 iken eğitim sonrası CSBT puanı ortalaması 36,00±0,07 olarak saptanmıştır. CSBT puanı ortalamaları arasında istatistiksel fark tespit edilmiştir (p=0,01). Bu fark akran eğitici eğitimi sonrası CSBT puanlarının yükselmesinden kaynaklanmaktadır. Akran eğiticilerin CSÜS akran eğitici eğitimi sonrası CSBT puanı ortalaması, eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek belirlenmiştir.

4.3.2. Akran Eğiticilerin Grup İçi ÜSÖ Puanı Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3-2. Akran Eğiticilerin Grup İçi ÜSÖ Puanı Ortalamaları ve İlişkisi

Değişkenler	N	Ortalama	Standart Sapma	df	t	p
ÜSO Ön Test	25	136,68	0,41	24	-7,0	**0,01**
ÜSO Son Test	25	152,32	0,19			

**Eşleştirilmiş Örneklem t Test*

Çalışma kapsamına alınan akran eğiticilerin ÜSÖ puanındaki değişimin değerlendirilmesinde eşleştirilmiş örneklem t-testi kullanılmıştır. Yapılan test sonucu, CSÜS akran eğitici eğitimi öncesi ÜSÖ puanı ortalaması 136,68±0,41 iken eğitim sonrası ÜSÖ puanı ortalaması 152,32±0,19 olarak saptanmıştır. Akran eğiticilerin ÜSÖ puanı ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,01). Akran eğiticilerin CSÜS akran eğitici eğitimi sonrası ÜSÖ puanı ortalaması, eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek olarak belirlenmiştir.

BÖLÜM 2

GİRİŞİM VE KONTROL GRUBUNA İLİŞKİN BULGULAR

4.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Tanımlayıcı ve CSÜS Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin tanımlayıcı ve CSÜS özelliklerinin dağılımına ilişkin bulgular verilmiştir. Bölümdeki bulgular aşağıdaki gibi beş başlık altında incelenmiştir.

4.4.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.4-1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Girişim (n=125)		Kontrol (n=125)		Toplam (n=250)	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet						
Kız	51	%40,8	67	%53,6	118	%47,2
Erkek	74	%59,2	58	%46,4	132	%52,8
Eğitim görülen bölüm						
Hukuk Fakültesi	47	%37,6	47	%37,6	94	%37,6
Turizm ve Otel İşletmeciliği Yüksekokulu	26	%20,8	26	%20,8	52	%20,8
Mühendislik Fakültesi	21	%16,8	21	%16,8	42	%16,8
İletişim Bilimleri Fakültesi	18	%14,4	18	%14,4	36	%14,4
Tarım Bilimleri ve Teknolojileri Fakültesi	13	%10,4	13	%10,4	26	%10,4
Eğitim görülen sınıf						
2.	125	%100	0	%0	125	%50,0
3.	0	%0	125	%100	125	%50,0
Daha önce yaşanılan yer						
İl	48	%38,4	45	%36,0	93	%37,3
Metropol (İstanbul, Ankara)	45	%36,0	38	%30,4	83	%33,2
İlçe, Köy, Bucak	32	%25,6	42	%33,6	74	%29,6
Şu anda yaşanılan yer						
Aile/akraba yanında	15	%12,0	84	%67,2	99	%39,6
Yurt, pansiyon	51	%40,8	11	%8,8	62	%24,2
Kız/erkek arkadaşla evde	39	%31,2	12	%9,6	51	%20,4
Yalnız evde	20	%16,0	18	%14,4	38	%15,2
Gelir durumu						
Orta	69	%55,2	63	%50,4	132	%52,8
İyi	44	%35,2	46	%36,8	90	%36,0
Kötü	12	%9,6	16	%12,8	28	%11,2
Medeni durum						
Bekar	85	%68,0	106	%84,8	191	%76,4
Partneriyle birlikte	23	%18,4	10	%8,0	33	%13,2
Evli/Nişanlı/Sözlü	17	%13,6	9	%7,2	26	%10,4
Sigara içme durumu						
Düzenli içerim	35	%28,0	35	%28,0	70	%28,0
Denedim	29	%23,2	41	%32,8	70	%28,0
Hiç içmedim	38	%30,4	23	%18,4	61	%24,4
Ara sıra içerim	23	%18,4	26	%20,8	49	%19,6
Alkol alma durumu						
Ara sıra içerim	67	%53,6	41	%32,8	108	%43,2
Denedim	22	%17,6	48	%38,4	70	%28,0
Hiç içmedim	18	%14,4	27	%21,6	45	%18,0
Düzenli içerim	18	%14,4	9	%7,2	27	%10,8

Çalışmamız akran grubu kapsamındaki öğrencilerin %47,2'si (n=118) kız %52,8'i (n=132) erkek olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin eğitim gördüğü bölümler incelendiğinde akran eğiticilerin çoğunluğunun (%37,6) hukuk fakültesine kayıtlı olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin eğitim gördüğü sınıflar incelendiğinde girişim grubundaki öğrencilerin ikinci (%50,0), kontrol grubundaki öğrencilerin ise üçüncü sınıfa (%50,0) kayıtlı olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin üniversiteye başlamadan önce %37,3'ünün (n=93) ilde, %33,2'sinin (n=83) metropolde, %29,6'sının (n=74) ise ilçe, köy ya da bucak'ta yaşadığı saptanmıştır. Üniversite yaşamına geçişten sonra öğrencilerin %39,6'ünün (n=99) aile/akraba yanında, %24,8'inin (n=62) yurt, pansiyonda, %20,4'ünün (n=51) kız/erkek arkadaşla evde, %15,2'inin (n=38) yalnız evde yaşadığı belirlenmiştir.

Çalışmamıza katılan akran grubundaki öğrencilerin %11,2'si (n=28) gelir durumunu kötü, %52,8'i (n=132) orta, %36'sı (n=90) iyi olarak belirtmiştir. Öğrencilerin medeni durumları incelendiğinde %76,4'ü (n=191) bekar, %13,2'si (n=33) partneriyle birlikte, %10,4'ü (n=26) evli, nişanlı ya da sözlü olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızdan elde edilen veriler doğrultusunda öğrencilerin %28'inin (n=70) düzenli olarak, %19,6'sının (n=49) ise ara sıra sigara içtiği, %28'inin (n=70) daha önce denediği ve %24,4'ünün (n=61) hiç sigara içmediği saptanmıştır. Öğrencilerin çoğunun (%43,2) ara sıra alkol içtiği ve alkol içmeyi denediği (%28,0) saptanmıştır.

4.4.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığıyla İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.4-2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığıyla İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Girişim (n=125)		Kontrol (n=125)		Toplam (n=250)	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okullarda CSÜS eğitimini gerekli görme						
Evet	119	%95,2	115	%92,0	234	%93,6
Hayır	6	%4,8	10	%8	16	%6,4
CSÜS ile ilgili bilgi alma durumu						
Evet	76	%60,8	55	%44,0	131	%52,4
Hayır	49	%39,2	70	%56,0	119	%47,6
CSÜS ile ilgili bilgiyi yeterli bulma durumu						
Hayır	71	%56,8	90	%72,0	161	%64,4
Evet	54	%43,2	35	%28,0	89	%35,6
CSÜS sorunlarıyla ilgili aileyle konuşma durumu*						
Hayır Konuşmam	48	%38,4	52	%46,6	100	%42,5
Sadece anne	19	%15,2	25	%20,0	44	%17,6
Kardeş (Abi/Abla)	17	%13,6	15	%12,0	32	%12,8
Anne ve baba	12	%9,6	9	%7,2	21	%8,4
Sadece baba	2	%1,6	11	%8,8	13	%5,2
CSÜS ile ilgili bilgilerin kimden öğrenildiği*						
İletişim Araçları	59	%29,3	66	%34,9	125	%32,2
Arkadaş	61	%30,2	50	%26,4	111	%28,3
Anne/Baba	25	%12,4	39	%20,5	64	%16,4
Öğretmen	23	%11,4	19	%10,1	42	%10,7
Kardeş (Abi/Abla)	28	%13,8	10	%5,4	38	%9,6
Sağlık Personeli	6	%2,9	5	%2,7	11	%2,8
CSÜS ile ilgili bilgilerin kimden öğrenilmek istendiği*						
Sağlık Personeli	75	%36,4	69	%32,7	144	%34,6
Anne/Baba	43	%20,9	59	%28,0	102	%24,4
Öğretmen	43	%20,9	46	%21,8	89	%21,3
Arkadaş	22	%10,6	30	%14,2	52	%12,4
Kardeş (Abi/Abla)	15	%7,3	4	%1,9	19	%4,6
İletişim Araçları	8	%3,9	3	%1,4	11	%2,7
Eğitim programında yer alması gereken ve ihtiyaç duyulan CSÜS konuları						
Kontraseptif Yöntemler	84	%36,3	36	%24,8	120	%30,6
CYBE/CYBH	56	%24,2	49	%33,8	105	%29,0
Cinsel sağlık	28	%12,1	10	%6,9	38	%9,5
Cinsel ilişki ve cinsel haz	11	%4,7	13	%8,9	24	%6,8
HIV/AIDS	8	%3,5	13	%8,9	21	%6,2
Üreme sağlığı	7	%3,0	10	%6,9	17	%5,0
Cinsel eğitim	10	%4,3	4	%2,8	14	%3,5
Gebelik ve istenmeyen gebelik	7	%3,0	3	%2,1	10	%2,5
Güvenli cinsel davranışlar	10	%4,3	0	%0	10	%2,5
Cinsel mitler	3	%1,2	4	%2,8	7	%2,0
Adet Düzensizlikleri	2	%0,8	3	%2,1	5	%1,4
Hijyen	3	%1,2	0	%0	3	%0,6
Cinsel işlev bozukluğu	2	%0,8	0	%0	2	%0,4

**Birden fazla seçenek seçilebilmektedir*

Çalışmamızın akran grubu kapsamındaki öğrencilerin büyük çoğunluğu (%93,6) okulda CSÜS eğitimini gerekli görmekte ve çalışmamıza katılana kadar öğrencilerin neredeyse yarısının (%47,6) daha önce CSÜS ile ilgili bilgi almadığı belirlenmiştir. Ayrıca öğrencilerin %35,6'sı (n=89) CSÜS'na yönelik bilgisini yeterli bulurken, %64,4'ü (n=161) CSÜS'na yönelik bilgisini yetersiz bulmaktadır. Tablo 4.3-2'de görüldüğü üzere çalışmaya katılan öğrencilerin yarısına yakınının (%42,5) CSÜS ile ilgili sorunlarını ailesiyle konuşmadığı, konuşanların ise %17,6'sının (n=44) sadece annesiyle konuştuğu tespit edilmiştir. Akranlara CSÜS ile ilgili bilgileri kimden öğrendiği sorulduğunda, öğrencilerin çoğunluğunun iletişim araçlarından (%32,2) ve arkadaşlarından (%28,3) öğrendiği belirlenmiştir. CSÜS ile ilgili bilgileri kimden öğrenilmek istediği sorgulandığında ise büyük çoğunluğunun sağlık personeli (%34,6) ve anne ya da baba (%24,4) yanıtı verdiği belirlenmiştir.

Çalışmamızın girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin CSÜS akran eğitimi programında yer alması gereken ve ihtiyaç duydukları konuların en başında kontraseptif yöntemler (%30,6) gelmektedir. Ardından sırasıyla CYBE/CYBH (%29,0) Cinsel sağlık (%9,5), Cinsel ilişki ve cinsel haz (%6,8), HIV/AIDS (%6,2) Üreme sağlığı (%5,0) Cinsel eğitim (%3,5), Gebelik ve istenmeyen gebelik (%2,5), Güvenli cinsel davranışlar (%2,5), Cinsel mitler (%2,0), Adet Düzensizlikleri (%1,4), Hijyen (%0,6), Cinsel işlev bozukluğu (%0,4) tespit edilmiştir.

4.4.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSÜS Deneyimiyle İlgili Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.4-3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSÜS Deneyimiyle İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Girişim (n=125)		Kontrol (n=125)		Toplam (n=250)	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
CSÜS ile ilgili sorun yaşama durumu**						
Hayır	100	%80,0	95	%76,0	195	%78,0
Evet	25	%20,0	30	%24,0	55	%22,0
Yaşanılan CSÜS sorununun türü**						
Adet düzensizliği	7	%28,0	10	%33,3	17	%30,9
Cinsel yolla bulaşan hastalık	8	%32,0	9	%30,0	17	%30,9
Sancılı adet	6	%24,0	8	%26,7	14	%25,4
Cinsel işlev bozukluğu	4	%16,0	3	%10,0	7	%12,8
Sorunun çözümü için başvurulan yer**						
Hastane	5	%4,0	15	%50,0	20	%36,3
Hiçbir yer	12	%4,8	7	%23,3	19	%34,6
Özel doktor	8	%6,4	8	%26,7	16	%29,1
Sorunun devam etme durumu**						
Hayır	19	%78,9	22	%73,3	41	%74,6
Evet	6	%21,1	8	%26,7	14	%25,4
Erkeğin evlilik öncesi cinsel deneyimi olmasını						
Normal karşılıyorum	96	%76,8	111	%88,8	207	%82,8
Kararsızım	19	%15,2	6	%4,8	25	%10,0
Karşıyım	10	%8,0	8	%6,4	18	%7,2
Kadının evlilik öncesi cinsel deneyimi olmasını						
Normal karşılıyorum	67	%53,6	78	%62,4	145	%58,0
Karşıyım	29	%23,2	33	%26,4	62	%24,8
Kararsızım	29	%23,2	14	%11,2	43	%17,2
Şimdiye kadar cinsel ilişki deneyimi yaşama durumu						
Evet	76	%60,8	59	%47,2	135	%54,0
Hayır	49	%39,2	66	%52,8	115	%46,0
İlk cinsel deneyimin kiminle yaşandığı***						
Sevgilimle	46	%36,8	40	32,0%	86	%63,7
Tanımadığım kişiyle para karşılığında	14	%11,2	17	%13,6	31	%22,9
Nişanlımla/sözlümle	8	%6,4	2	%1,6	10	%7,4
Arkadaşımla	3	%2,4	0	%0,0	3	%2,3
Tanımadığım kişiyle ücretsiz	3	%2,4	0	%0,0	3	%2,3
İnternetten tanıştığım kişiyle	2	%1,6	0	%0,0	2	%1,4
İlk cinsel deneyimin sırasında kontraseptif yöntem kullanımı***						
Evet	27	%35,5	39	%66,1	66	%48,8
Hayır	39	%51,3	18	%30,5	57	%42,3
Hatırlamıyorum	10	%13,2	2	%3,4	12	%8,9

*** CSÜS ile ilgili sorun yaşama durumu üzerinden (girişim=25 kişi, kontrol=30 kişi)*

**** Cinsel ilişki deneyimi yaşama durumu üzerinden (girişim=76 kişi, kontrol=59 kişi)*

Çalışmamızın girişim ve kontrol grubu kapsamındaki öğrencilerin %78'i (n=195) CSÜS ile ilgili herhangi bir sorun yaşamadığını, %22'si (n=55) ise en az bir sorun yaşadığını bildirmiştir. Yaşanılan CSÜS sorunlarının en başında adet düzensizliği ve cinsel yolla bulaşan hastalık (%30,9) ardından sancılı adet (%25,4), son olarak ise cinsel işlev bozukluklarının (%12,8) geldiği belirlenmiştir. Öğrencilerin CSÜS ile ilgili yaşaması durumunda genellikle hastaneye (%36,3) ve özel doktora (%29,1) başvurduğu saptanmıştır. Yaşanılan CSÜS sorunlarının ise büyük oranda (%74,6) devam etmediği saptanmıştır.

Çalışmaya katılan akran grubundaki öğrenciler bir erkeğin evlilik öncesi cinsel deneyimi olmasını büyük oranda (%82,8) normal karşılamakta fakat bir kadının evlilik öncesi cinsel deneyimi olmasına karşıt (%58) görüştedir. Öğrencilerin %54'ünün (n=135) daha önce cinsel ilişki deneyimi yaşadığı, %46'sının (n=1115) cinsel ilişki deneyimi yaşamadığı saptanmıştır. Akran grubundaki öğrencilerin ilk cinsel deneyimi kiminle yaşadığı sorgulandığında ise %63,7'sinin (n=86) sevgilisiyle, %22,9'unun (n=31) da tanımadığı bir kişiyle para karşılığında yaşadığı tespit edilmiştir. İlk cinsel deneyim sırasında %48,8'inin (n=66) kontraseptif bir yöntem kullandığı, %42,3'ünün ise (n=57) kontraseptif yöntem kullanmadığı belirlenmiştir.

4.4.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSÜS İle İlgili Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4-4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSÜS ile İlgili Durumlarının Dağılımı

Değişkenler	Girişim (n=125)		Kontrol (n=125)		Toplam (n=250)	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
İstenmeyen gebelik yaşama durumu						
Hayır	73	%96,1	59	%100	132	97,7
Evet	3	%3,9	0	%0,0	3	2,3
Düzenli cinsel yaşam sürdürme						
Evet	55	%72,3	39	%66,1	94	%69,6
Hayır	21	%27,7	20	%33,9	41	%30,4
Düzenli olarak kontraseptif kullanma durumu						
Hayır	52	%61,0	37	%54,0	66	%57,9
Evet	25	%39,0	23	%46,0	48	%42,1
Düzenli olarak kullanılan kontraseptif yöntem**						
Kondom	20	%80,0	19	%82,7	39	%81,2
Ertesi gün hapı	5	%20,0	4	%17,3	9	%18,8
Düzenli kontraseptif kullanmama sebepleri***						
Doğallığı bozacağını düşünüyorum	24	%46,0	17	%46,0	41	%46,0
Kendime uygun yöntem bulamadım	13	%25,0	10	%27,0	23	%25,9
Kontraseptif yöntemler hakkında bilgim yok	14	%27,0	8	%21,6	22	%24,8
Dini inançlarıma ters	1	%2,0	2	%5,4	3	%3,3

***Düzenli olarak kontraseptif kullananalar üzerinden (girişim=25 kişi, kontrol=23 kişi)*

****Düzenli kontraseptif kullanmayanlar üzerinden (girişim=52 kişi, kontrol=37 kişi)*

Çalışmamızın girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin ya da partnerlerinin %97,7'sinin (n=132) istenmeyen gebelik yaşamadığı, %2,3'ünün (n=3) ise istenmeyen gebelik yaşadığı belirlenmiştir. İstenmeyen gebeliğin sonlanma şekli incelendiğinde ise çiftlerin anlaşarak küretaj (%100) yolunu tercih ettikleri belirlenmiştir. Öğrencilerin %69,6'sının (n=94) düzenli cinsel yaşam sürdürdüğü, %30,4'ünün (n=41) ise düzenli cinsel yaşam sürdürmediği saptanmıştır. Öğrencilerin %57,9'unun (n=66) düzenli olarak kontraseptif yöntem kullanmadığı, %42,1'isinin (n=48) ise düzenli kontraseptif kullandığı saptanmıştır. Düzenli olarak kontraseptif yöntem kullananların sıklıkla (%81,2) kondom ve (%18,8) ertesi gün hapı kullandığı saptanmıştır. Öğrencilerin düzenli olarak kontraseptif yöntem kullanmama sebepleri sırasıyla doğallığı bozacağı (%46),

kendine uygun kontraseptif yöntem bulamama (%25,9), kontraseptif yöntemler hakkında bilgi eksikliği (%24,8), dini inançlara ters olması (%3,3) olarak saptanmıştır.

4.4.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Yaş ve İlk Cinsel İlişki Yaşıyla İlgili Bulgular

Tablo 4.4-5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Yaş ve İlk Cinsel İlişki Yaşıyla İlgili Bulguların Dağılımı

Değişkenler	Gruplar	N	Ortalama	Standart Sapma	Min.	Max.	df	t	p
Yaş	Girişim	125	20,27	1,19	17	24	248	-0,167	0,130
	Kontrol	125	20,54	1,11	19	24			
	Toplam	250	20,42	1,14	17	24			
İlk Cinsel İlişki Yaşı	Girişim	76	17,31	1,96	14	23	133	-0,183	0,179
	Kontrol	60	16,87	2,50	15	20			
	Toplam	135	17,01	2,22	14	23			

** Bağımsız Gruplarda t Testi*

Araştırma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin yaşı, ilk cinsel ilişki yaşına ilişkin verilerin değerlendirmesi bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Çalışmamızın girişim grubundaki katılımcılarının yaşı 17-24 aralığında olup yaş ortalaması 20,27±1,19 yıl, kontrol grubundaki öğrencilerin yaşı ise 19-24 aralığında olup yaş ortalaması 20,54±1,11 yıl olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan tüm öğrencilerin yaşları 17-24 aralığında ve yaş ortalaması 20,42±1,14 yıl olarak belirlenmiştir. Cinsel aktif öğrencilerin ilk cinsel ilişki yaşı 14-23 olmakla birlikte ilk cinsel ilişki yaş ortalaması 17,01±2,22 yıl olarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan akran grubundaki öğrencilerin yaş ve ilk cinsel ilişki yaşına ilişkin verilerin değerlendirilmesinde kullanılan bağımsız gruplarda t testi sonuçlarına göre girişim ve kontrol grupları arasında incelenen değişkenler bakımından istatistiksel fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSÜS Eğitimi Öncesi, Sonrası ve İzlemlerdeki Cinsel Sağlık Bilgi Testi ve Üreme Sağlığı Ölçeği Yanıtlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin CSÜS eğitimi öncesi, sonrası ve ilk izlem cinsel sağlık bilgi testi yanıtları ve CSÜS eğitimi öncesi, sonrası, ilk izlem ve ikinci izlem üreme sağlığı ölçeği yanıtlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Bölümdeki bulgular aşağıdaki gibi iki başlık altında incelenmiştir.

4.5.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSÜS Eğitimi Öncesi, Sonrası ve İzlemdeki CSBT Yanıtlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.5-1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSÜS Eğitimi Öncesi, Sonrası ve İlk İzlem CSBT Yanıtlarının Dağılımı

CİNSEL SAĞLIK BİLGİ TESTİ		Girişim						Kontrol					
		Öncesi		Sonrası		İlk İzlem		Öncesi		Sonrası		İlk İzlem	
Sorular	**Yanıtlar**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
1.Aşağıdakilerden hangisi üreme sağlığı yönünden öncelikli sorunlardan biri **değildir**?	Yanlış	29	23,2	24	19,2	30	24,0	35	28,0	22	17,6	22	17,6
	Doğru	96	76,8	101	80,8	95	76,0	90	72,0	103	82,4	103	82,4
2.Aşağıdakilerden hangisi cinsellikle ilgili evrensel değerlerden biri **değildir**?	Yanlış	52	41,6	19	15.2	19	15.2	31	24.8	36	28.8	34	27.2
	Doğru	73	58.4	106	84.8	106	84.8	94	75.2	89	71.2	91	72.8
3. Çocuğun kendi cinsiyetini fark ettiği ve cinsellikle ilgili ilk sorularını sorduğu dönem aşağıdakilerden **hangisidir**?	Yanlış	115	92.0	27	21.6	27	21.6	100	80.0	102	81.6	102	81.6
	Doğru	10	8.0	98	78.4	98	78.4	25	20.0	23	18.4	23	18.4
4. Aşağıdaki davranışların hangisi bireyde **cinsel kimlik bozukluğu olabileceğini düşündürür**?	Yanlış	41	32.8	15	12.0	15	12.0	54	43.2	34	27.2	33	26.4
	Doğru	84	67.2	110	88.0	110	88.0	71	56.8	91	72.8	92	73.6
5.Ayşe kadın olmaktan ve kendi cinsinin özelliklerinden nefret ettiğini, kendini bir erkek gibi hissettiğini ifade ediyor. Giyimi ve davranışlarıyla bir erkek gibi görünmeye çalışıyorsa Ayşe'nin cinselliği ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **doğrudur**?	Yanlış	62	49.6	4	3.2	6	4.8	58	46.4	52	41.6	50	40.0
	Doğru	63	50.4	121	96.8	119	95.2	67	53.6	73	58.4	75	60.0
6.Günümüzde "İnsanlar neden farklı cinsel yönelimler geliştirmektedir?" sorusuna verilen **en doğru yanıt aşağıdakilerden hangisidir**?	Yanlış	86	68.8	38	30.4	37	29.6	83	66.4	85	68.0	85	68.0
	Doğru	39	31.2	87	69.6	88	70.4	42	33.6	40	32.0	40	32.0
7.Hem kadınlara hem de erkeklere karşı romantik ve cinsel çekim duyan kişinin cinsel yönelimini açıklayan seçenek aşağıdakilerden **hangisidir**?	Yanlış	53	42.4	6	4.8	6	4.8	62	49.6	51	40.8	51	40.8
	Doğru	72	57.6	119	95.2	119	95.2	63	50.4	74	59.2	74	59.2
8.Toplumsal yaşamda kültürel, politik ve ekonomik alanların erkek egemenliğinde tutulduğu anlayışa **ne ad verilir**?	Yanlış	86	68.8	4	3.2	4	3.2	32	25.6	40	32.0	40	32.0
	Doğru	39	31.2	121	96.8	121	96.8	93	74.4	85	68.0	85	68.0
9.Sosyal yönden kadın ve erkeğe verilen roller ve sorumluluklar" olarak tanımlanan kavram aşağıdakilerden **hangisidir**?	Yanlış	103	82.4	14	11.2	14	11.2	66	52.8	59	47.2	59	47.2
	Doğru	22	17.6	111	88.8	111	88.8	59	47.2	66	52.8	66	52.8
10.Kastrasyon/iğdiş edilme (penisin kesilmesi) korkusu nedeniyle erkek çocuklarına sünnet yapılmasının sakıncalı olacağı dönem aşağıdakilerden **hangisidir**?	Yanlış	103	82.4	14	11.2	15	12.0	87	69.6	67	53.6	67	53.6
	Doğru	22	17.6	111	88.8	110	88.0	38	30.4	58	46.4	58	46.4
11.Bir ailede aşağıdaki davranış özelliklerinden hangisi varsa o ailede **toplumsal cinsiyet temelli bir ayrımcılık** olduğu düşünülür?	Yanlış	34	27.2	7	5.6	7	5.6	39	31.2	52	41.6	52	41.6
	Doğru	91	72.8	118	94.4	118	94.4	86	68.8	73	58.4	73	58.4
12.Kadın üreme hücresinin olgunlaştığı ve depolandığı organ aşağıdakilerden **hangisidir**?	Yanlış	57	45.6	19	15.2	19	15.2	41	32.8	51	40.8	51	40.8
	Doğru	68	54.4	106	84.8	106	84.8	84	67.2	74	59.2	74	59.2
13.Aşağıdakilerden hangisi kadın dış üreme organlarından **değildir**?	Yanlış	56	44.8	7	5.6	7	5.6	56	44.8	45	36.0	45	36.0
	Doğru	69	55.2	118	94.4	118	94.4	69	55.2	80	64.0	80	64.0
14.Farklı cinsel yönelimleri olan bireylere karşı duyulan nefret, korku ve hoşnutsuzluk anlamına gelen aşağıdakilerden **hangisidir**?	Yanlış	56	44.8	12	9.6	12	9.6	58	46.4	54	43.2	54	43.2
	Doğru	69	55.2	113	90.4	113	90.4	67	53.6	71	56.8	71	56.8
15.Aşağıdakilerden hangisi cinsel ilişkinin amaçlarından biri **değildir**?	Yanlış	36	28.8	7	5.6	7	5.6	36	28.8	33	26.4	33	26.4
	Doğru	89	71.2	118	94.4	118	94.4	89	71.2	92	73.6	92	73.6
16.Orgazm (cinsel haz / tatmin) ile ilgili verilen bilgilerden **hangisi yanlıştır**?	Yanlış	49	39.2	14	11.2	14	11.2	59	47.2	47	37.6	46	36.8
	Doğru	76	60.8	111	88.8	111	88.8	66	52.8	78	62.4	79	63.2
17.Mastürbasyonla ilgili aşağıdaki bilgilerden **hangisi doğrudur**?	Yanlış	35	28.0	13	10.4	13	10.4	54	43.2	36	28.8	36	28.8
	Doğru	90	72.0	112	89.6	112	89.6	71	56.8	89	71.2	89	71.2
18.Kadın üreme hücresine **ne ad verilmektedir**?	Yanlış	25	20.0	2	1.6	2	1.6	49	39.2	23	18.4	23	18.4
	Doğru	100	80.0	123	98.4	123	98.4	76	60.8	102	81.6	102	81.6
19.Aşağıda **gebeligin oluşumu ve gelişimi** ile ilgili verilen bilgilerden **yanlış** olanı işaretleyiniz.	Yanlış	100	80.0	20	16.0	28	22.4	81	64.8	38	30.4	55	44.0
	Doğru	25	20.0	105	84.0	97	77.6	44	35.2	87	69.6	70	56.0
20.Aşağıdakilerden hangisi erkek üreme organlarından **değildir**?	Yanlış	64	51.2	10	8.0	10	8.0	71	56.8	62	49.6	62	49.6
	Doğru	61	48.8	115	92.0	115	92.0	54	43.2	63	50.4	63	50.4
21.Bireyin çeşitli görsel, düşünsel ve fiziksel yöntemler kullanarak kendi kendini tatmin etmesi ve cinsel doyum sağlamasının bir yolu olarak tanımlanan cinsel davranış aşağıdakilerden **hangisidir**?	Yanlış	27	21.6	2	1.6	2	1.6	28	22.4	44	35.2	48	38.4
	Doğru	98	78.4	123	98.4	123	98.4	97	77.6	81	64.8	77	61.6
22.Adet döngüsüne ilişkin aşağıda verilen bilgilerden hangisi **yanlıştır**?	Yanlış	82	65.6	31	24.8	31	24.8	79	63.2	78	62.4	78	62.4
	Doğru	43	34.4	94	75.2	94	75.2	46	36.8	47	37.6	47	37.6
23.Aşağıdaki gebelikten korunma yöntemlerinden hangisinin **etkinligi (gebelikten koruma yüzdesi) düşüktür**?	Yanlış	47	37.6	13	10.4	13	10.4	54	43.2	42	33.6	42	33.6
	Doğru	78	62.4	112	89.6	112	89.6	71	56.8	83	66.4	83	66.4
24.Aşağıda verilen ifadelerden hangisi **doğrudur**?	Yanlış	91	72.8	34	27.2	30	24.0	84	67.2	81	64.8	81	64.8
	Doğru	34	27.2	91	72.8	95	76.0	41	32.8	44	35.2	44	35.2
25.Aşağıda verilen gebeliği önleyici yöntemlerden hangisi tekrar çocuk sahibi olmak isteyen bir çift için **uygun değildir**?	Yanlış	70	56.0	13	10.4	13	10.4	61	48.8	56	44.8	56	44.8
	Doğru	55	44.0	112	89.6	112	89.6	64	51.2	69	55.2	69	55.2
26.Aşağıdakilerden hangisi bir **gebelikten korunma yöntemi değildir**?	Yanlış	35	28.0	2	1.6	2	1.6	27	21.6	19	15.2	19	15.2
	Doğru	90	72.0	123	98.4	123	98.4	98	78.4	106	84.8	106	84.8
27.Gebeliği önleyici yöntem kullanmadan gerçekleşen cinsel ilişki sonrası ya da kullanılan korunma yönteminin başarısızlığı durumunda gebeliği önlemek için aşağıdaki yöntemlerden hangisi **kullanılabilir**?	Yanlış	23	18.4	2	1.6	2	1.6	31	24.8	52	41.6	52	41.6
	Doğru	102	81.6	123	98.4	123	98.4	94	75.2	73	58.4	73	58.4
28.Aşağıdakilerden hangisi kondom (prezervatif) kullanımında dikkat edilmesi gereken noktalardan biri **değildir**?	Yanlış	54	43.2	13	10.4	13	10.4	64	51.2	52	41.6	52	41.6
	Doğru	71	56.8	112	89.6	112	89.6	61	48.8	73	58.4	73	58.4
29.Aşağıdaki bireylerden hangisi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından **en düşük riski taşır**?	Yanlış	57	45.6	19	15.2	17	13.6	55	44.0	47	37.6	46	36.8
	Doğru	68	54.4	106	84.8	108	86.4	70	56.0	78	62.4	79	63.2
30.Aşağıdakilerden hangisi CYBE ile enfekte olma riskini azaltan **en etkili yöntemdir**?	Yanlış	56	44.8	10	8.0	10	8.0	65	52.0	58	46.4	58	46.4
	Doğru	69	55.2	115	92.0	115	92.0	60	48.0	67	53.6	67	53.6
31.Cinsel yolla bulaşan bir etken olup aynı zamanda kadınlarda rahim ağzı kanserine neden olan mikroorganizma aşağıdakilerden **hangisidir**?	Yanlış	101	80.8	26	20.8	21	16.8	91	72.8	80	64.0	80	64.0
	Doğru	24	19.2	99	79.2	104	83.2	34	27.2	45	36.0	45	36.0
32.Aşağıdaki vücut sıvılarından hangisi CYBE'ların kişiden kişiye taşınmasında **en az etkilidir**?	Yanlış	94	75.2	38	30.4	38	30.4	95	76.0	80	64.0	81	64.8
	Doğru	31	24.8	87	69.6	87	69.6	30	24.0	45	36.0	44	35.2
33.Aşağıda verilen cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan hangisine yönelik aşılama **önerilmektedir**?	Yanlış	70	56.0	20	16.0	20	16.0	72	57.6	68	54.4	68	54.4
	Doğru	55	44.0	105	84.0	105	84.0	53	42.4	57	45.6	57	45.6
34.AIDS hastalığı aşağıdaki yollardan hangisi ile **bulaşabilmektedir**?	Yanlış	40	32.0	7	5.6	125	100.0	54	43.2	43	34.4	43	34.4
	Doğru	85	68.0	118	4.4	0	0.0	71	56.8	82	65.6	82	65.6
35.Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tedavisi ile ilişkili aşağıdaki bilgilerden hangisi **doğrudur**?	Yanlış	31	24.8	9	7.2	9	7.2	51	40.8	17	13.6	17	13.6
	Doğru	94	75.2	116	92.8	116	92.8	74	59.2	108	86.4	108	86.4
36.Cinsel şiddetle ilişkili olarak aşağıda verilen ifadelerden hangisi **doğrudur**?	Yanlış	33	26.4	14	11.2	10	8.0	44	35.2	18	14.4	18	14.4
	Doğru	92	73.6	111	88.8	115	92.0	81	64.8	107	85.6	107	85.6
37.Aşağıdakilerden hangisi kadınlara yönelik cinsel saldırı olgularının altta yatan nedenler arasında **sayılmaz**?	Yanlış	43	34.4	20	16.0	19	15.2	49	39.2	35	28.0	78	62.4
	Doğru	82	65.6	105	84.0	106	84.8	76	60.8	90	72.0	47	37.6
38.Aşağıdakilerden hangisi cinsel şiddete maruz kalan bir bireyin yapması gereken uygun bir davranış **değildir**?	Yanlış	23	18.4	1	0.8	1	0.8	46	36.8	45	36.0	45	36.0
	Doğru	102	81.6	124	99.2	124	99.2	79	63.2	80	64.0	80	64.0
39.Bireyin cinselliğinin ifadesi olarak sürekli yaptığı faaliyetler ya da alışkanlıklar olarak tanımlanan kavram aşağıdakilerden hangisidir?	Yanlış	75	60.0	13	10.4	13	10.4	78	62.4	66	52.8	66	52.8
	Doğru	50	40.0	112	89.6	112	89.6	47	37.6	59	47.2	59	47.2
40.Aşağıdakilerden hangisi riskli cinsel davranışların ortaya çıkmasına neden olan faktörlerden biri **değildir**?	Yanlış	65	52.0	17	13.6	17	13.6	62	49.6	42	33.6	42	33.6
	Doğru	60	48.0	108	86.4	108	86.4	63	50.4	83	66.4	83	66.4
TOPLAM	Yanlış	%47,18		%11,60		%13,96		%46,84		%40,24		%41,40	
	Doğru	%52,82		%88,40		%86,04		%53,16		%59,76		%58,60	

Çalışmamızın girişim grubundaki öğrencilerin akran eğitimi öncesi 27. (Gebeliği önleyici yöntem kullanmadan gerçekleşen çinsel ilişki sonrası ya da kullanılan korunma yönteminin başarısızlığı durumunda gebeliği önlemek için aşağıdaki yöntemlerden hangisi kullanılabilir?) soruya %81,6 oranında ve 38. (Aşağıdakilerden hangisi cinsel şiddete maruz kalan bir bireyin yapması gereken uygun bir davranış değildir?) soru için %81,6 oranında doğru yanıt verdiği tespit edilmiştir. Akran eğitimi sonrasında ise aynı soruların doğru yanıtlanma oranı 27. soru için %98,4'e ve 38. soru için de %99,2'ye yükselmiştir. Girişim grubuna uygulanan akran eğitimi öncesi 3. (Çocuğun kendi cinsiyetini fark ettiği ve cinsellikle ilgili ilk sorularını sorduğu dönem aşağıdakilerden hangisidir?) soruya %92 oranında, 9. (sosyal yönden kadın ve erkeğe verilen roller ve sorumluluklar" olarak tanımlanan kavram aşağıdakilerden hangisidir?) soruya %82,4 oranında ve 10. (Kastrasyon/iğdiş edilme (penisin kesilmesi) korkusu nedeniyle erkek çocuklarına sünnet yapılmasının sakıncalı olacağı dönem aşağıdakilerden hangisidir?) soruya %82,4 oranında yanlış cevap verilirken akran eğitimi sonrası aynı oranlar sırasıyla %21,6, %11,2 ve %11,2 olarak azalmıştır. Sonuç olarak girişim grubunun akran eğitimi öncesi CSBT'ne verdikleri doğru yanıtların toplamı %52,82 iken eğitim sonrası %88,40'a yükselmiş ve ilk izlemde de %86,04 te kaldığı saptanmıştır.

Araştırmamızın kontrol grubu katılımcılarının çevrimiçi CSÜS eğitimi öncesinde 21. (Bireyin çeşitli görsel, düşünsel ve fiziksel yöntemler kullanarak kendi kendini tatmin etmesi ve cinsel doyum sağlamasının bir yolu olarak tanımlanan cinsel davranış aşağıdakilerden hangisidir?) soruya %77,6 ve 26. (Aşağıdakilerden hangisi bir gebelikten korunma yöntemi değildir?) soruya %78,4 oranında en fazla doğru yanıt verdiği belirlenmiş olmakla birlikte eğitim sonrası bu doğrular sırasıyla %64,8 ve 84,8 şeklinde değişmiştir. Katılımcılar eğitim öncesi en fazla 3. (Çocuğun kendi cinsiyetini fark ettiği ve cinsellikle ilgili ilk sorularını sorduğu dönem aşağıdakilerden hangisidir?) soruya %80 oranında ve 32. (Aşağıdaki vücut sıvılarından hangisi CYBE'ların kişiden kişiye taşınmasında en az etkilidir?) soruya %76 oranında yanlış yanıt verirken eğitim sonrası aynı sorulara yanlış yanıt verme oranı 3. soruya %81,6 ve 32. soruya %64 olarak belirlenmiştir. Sonuçta kontrol grubunun akran eğitimi öncesi CSBT'ne verdikleri doğru yanıtların toplamı %53,16 iken eğitim sonrası %59,76 ve ilk izlemde de %58,60 olarak tespit edilmiştir.

4.5.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSÜS Eğitimi Öncesi, Sonrası, İlk ve İkinci İzlemdeki ÜSÖ Yanıtlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.5-2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSÜS Eğitimi Öncesi, Sonrası, İlk İzlem ve İkinci İzlem ÜSÖ Yanıtlarının Dağılımı

TÜRK ADÖLESANLARI İÇİN ÜREME SAĞLIĞI ÖLÇEĞİ		Girişim								Kontrol							
		Öncesi		Sonrası		İlk İzlem		İkinci İzlem		Öncesi		Sonrası		İlk İzlem		İkinci İzlem	
Sorular	**Yanıtlar**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
1.Cinsel ilişkiye girdiğim kişilerin sayısı benim için önemli değildir.	1.K. Katılmıyorum	32	25.6	0	0.0	1	0.8	1	0.8	29	23.2	23	18.4	22	17.6	22	17.6
	2.Katılmıyorum	23	18.4	1	0.8	2	1.6	2	1.6	23	18.4	20	16.0	20	16.0	20	16.0
	3. Kararsızım	12	9.6	10	8.0	10	8.0	10	8.0	15	12.0	17	13.6	17	13.6	17	13.6
	4. Katılıyorum	23	18.4	54	43.2	52	41.6	52	41.6	21	16.8	29	23.2	30	24.0	30	24.0
	5.K. Katılıyorum	35	28.0	60	48.0	60	48.0	60	48.0	37	29.6	36	28.8	36	28.8	36	28.8
2.İlk karşılaşmada ortam uygun olursa karşı cinsle cinsel ilişkiye girebilirim.	1.K. Katılmıyorum	23	18.4	1	0.8	1	0.8	1	0.8	19	15.2	17	13.6	17	13.6	17	13.6
	2.Katılmıyorum	29	23.2	2	1.6	3	2.4	3	2.4	28	22.4	23	18.4	22	17.6	24	19.2
	3. Kararsızım	19	15.2	15	12.0	13	10.4	13	10.4	14	11.2	17	13.6	17	13.6	16	12.8
	4.Katılıyorum	17	13.6	42	33.6	43	34.4	43	34.4	13	10.4	20	16.0	20	16.0	20	16.0
	5.K. Katılıyorum	37	29.6	65	52.0	65	52.0	65	52.0	51	40.8	48	38.4	49	39.2	48	38.4
3.Para karşılığı cinsel ilişkiye girebilirim.	1. K. Katılmıyorum	9	7.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	5.6	6	4.8	6	4.8	6	4.8
	2.Katılmıyorum	17	13.6	1	0.8	0	0.0	0	0.0	20	16.0	17	13.6	15	12.0	15	12.0
	3. Kararsızım	18	14.4	10	8.0	11	8.8	11	8.8	13	10.4	14	11.2	15	12.0	15	12.0
	4.Katılıyorum	18	14.4	27	21.6	28	22.4	28	22.4	15	12.0	20	16.0	21	16.8	21	16.8
	5.K. Katılıyorum	63	50.4	87	69.6	86	68.8	86	68.8	70	56.0	68	54.4	68	54.4	68	54.4
4.Aynı dönem içerisinde birden çok kişi ile cinsel ilişkiye girebilirim.	1. K. Katılmıyorum	24	19.2	3	2.4	3	2.4	3	2.4	19	15.2	15	12.0	15	12.0	15	12.0
	2.Katılmıyorum	22	17.6	1	0.8	2	1.6	2	1.6	19	15.2	20	16.0	19	15.2	19	15.2
	3. Kararsızım	14	11.2	9	7.2	10	8.0	10	8.0	18	14.4	21	16.8	22	17.6	22	17.6
	4.Katılıyorum	19	15.2	48	38.4	45	36.0	45	36.0	14	11.2	20	16.0	20	16.0	20	16.0
	5.K. Katılıyorum	46	36.8	64	51.2	65	52.0	65	52.0	55	44.0	49	39.2	49	39.2	49	39.2
5.Cinsel ilişkiye gireceğim kişi ile gebeliği önleyici yöntem kullanma konusunda konuşmaya utanırım.	1. K. Katılmıyorum	9	7.2	1	0.8	1	0.8	1	0.8	11	8.8	7	5.6	7	5.6	7	5.6
	2.Katılmıyorum	8	6.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	4.0	6	4.8	6	4.8	6	4.8
	3. Kararsızım	11	8.8	5	4.0	5	4.0	5	4.0	12	9.6	14	11.2	14	11.2	14	11.2
	4.Katılıyorum	39	31.2	34	27.2	33	26.4	33	26.4	25	20.0	31	24.8	31	24.8	31	24.8
	5.K. Katılıyorum	58	46.4	85	68.0	86	68.8	86	68.8	72	57.6	67	53.6	67	53.6	67	53.6
6.Toplumumuzda kızlık zarının önemli olması nedeniyle anal (ters) ilişkiyi tercih ederim.	1. K. Katılmıyorum	9	7.2	1	0.8	1	0.8	1	0.8	6	4.8	4	3.2	4	3.2	4	3.2
	2.Katılmıyorum	13	10.4	3	2.4	1	0.8	1	0.8	16	12.8	16	12.8	16	12.8	16	12.8
	3. Kararsızım	26	20.8	12	9.6	10	8.0	10	8.0	23	18.4	23	18.4	23	18.4	24	19.2
	4.Katılıyorum	33	26.4	47	37.6	51	40.8	51	40.8	21	16.8	29	23.2	29	23.2	29	23.2
	5.K. Katılıyorum	44	35.2	62	49.6	62	49.6	62	49.6	59	47.2	53	42.4	53	42.4	52	41.6
7.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan (CYBH) korunma konusunda ilişkiye gireceğim kişi ile konuşmaya utanırım.	1. K. Katılmıyorum	9	7.2	1	0.8	1	0.8	0	0.0	5	4.0	3	2.4	3	2.4	3	2.4
	2.Katılmıyorum	9	7.2	2	1.6	1	0.8	1	0.8	11	8.8	9	7.2	9	7.2	9	7.2
	3. Kararsızım	12	9.6	7	5.6	7	5.6	7	5.6	7	5.6	11	8.8	11	8.8	11	8.8
	4.Katılıyorum	31	24.8	30	24.0	31	24.8	32	25.6	28	22.4	33	26.4	33	26.4	33	26.4
	5.K. Katılıyorum	64	51.2	85	68.0	85	68.0	85	68.0	74	59.2	69	55.2	69	55.2	69	55.2
8.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar konusunda bir sorunum olduğunda, utandığım için kimseye bir şey sormam.	1. K. Katılmıyorum	8	6.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	3.2	1	0.8	1	0.8	1	0.8
	2.Katılmıyorum	17	13.6	3	2.4	3	2.4	2	1.6	18	14.4	15	12.0	15	12.0	15	12.0
	3. Kararsızım	15	12.0	5	4.0	6	4.8	7	5.6	14	11.2	18	14.4	18	14.4	18	14.4
	4.Katılıyorum	37	29.6	41	32.8	40	32.0	40	32.0	27	21.6	33	26.4	33	26.4	33	26.4
	5.K. Katılıyorum	48	38.4	76	60.8	76	60.8	76	60.8	62	49.6	58	46.4	58	46.4	58	46.4
9.Gebeliğe ve CYBH'lara karşı önlem almak gereksizdir, olacağı varsa olur.	1. K. Katılmıyorum	6	4.8	0	0.0	1	0.8	0	0.0	5	4.0	3	2.4	3	2.4	3	2.4
	2.Katılmıyorum	8	6.4	1	0.8	1	0.8	1	0.8	9	7.2	9	7.2	9	7.2	8	6.4
	3. Kararsızım	17	13.6	8	6.4	6	4.8	7	5.6	13	10.4	17	13.6	17	13.6	18	14.4
	4.Katılıyorum	23	18.4	23	18.4	24	19.2	24	19.2	16	12.8	16	12.8	16	12.8	16	12.8
	5.K. Katılıyorum	71	56.8	93	74.4	93	74.4	93	74.4	82	65.6	80	64.0	80	64.0	80	64.0
10.Yaşadığım bir cinsel ilişkiden sonra CYBH'ğın bulaşması benim kötü şansımdır.	1. K. Katılmıyorum	11	8.8	2	1.6	2	1.6	1	0.8	10	8.0	8	6.4	8	6.4	8	6.4
	2.Katılmıyorum	11	8.8	1	0.8	1	0.8	1	0.8	7	5.6	9	7.2	9	7.2	9	7.2
	3. Kararsızım	23	18.4	9	7.2	5	4.0	6	4.8	20	16.0	21	16.8	21	16.8	21	16.8
	4.Katılıyorum	33	26.4	42	33.6	46	36.8	46	36.8	21	16.8	21	16.8	21	16.8	21	16.8
	5.K. Katılıyorum	47	37.6	71	56.8	71	56.8	71	56.8	67	53.6	66	52.8	66	52.8	66	52.8
11.Ben her konuda şanslı bir kişiyim, bazen korunup bazen korunmasam da şansımın devam edeceğine inanıyorum.	1. K. Katılmıyorum	8	6.4	0	0.0	1	0.8	0	0.0	6	4.8	5	4.0	5	4.0	5	4.0
	2.Katılmıyorum	5	4.0	1	0.8	1	0.8	0	0.0	7	5.6	8	6.4	8	6.4	8	6.4
	3. Kararsızım	30	24.0	11	8.8	9	7.2	11	8.8	21	16.8	23	18.4	23	18.4	23	18.4
	4.Katılıyorum	27	21.6	40	32.0	41	32.8	41	32.8	17	13.6	20	16.0	20	16.0	20	16.0
	5.K. Katılıyorum	55	44.0	73	58.4	73	58.4	73	58.4	74	59.2	69	55.2	69	55.2	69	55.2
12.Cinsel ilişkiye gireceğim kişi temiz görünüşlü ve iyi eğitimli ise korunmaya gerek yoktur.	1. K. Katılmıyorum	10	8.0	3	2.4	2	1.6	2	1.6	6	4.8	8	6.4	8	6.4	8	6.4
	2.Katılmıyorum	17	13.6	1	0.8	1	0.8	1	0.8	19	15.2	20	16.0	20	16.0	20	16.0
	3. Kararsızım	14	11.2	10	8.0	11	8.8	11	8.8	11	8.8	12	9.6	12	9.6	12	9.6
	4.Katılıyorum	29	23.2	38	30.4	38	30.4	38	30.4	15	12.0	13	10.4	13	10.4	13	10.4
	5.K. Katılıyorum	55	44.0	73	58.4	73	58.4	73	58.4	74	59.2	72	57.6	72	57.6	72	57.6
13.Sürekli birlikte olduğum kişi ile güvende olduğumu düşünerek, korunmasız ilişkiye girerim.	1. K. Katılmıyorum	21	16.8	2	1.6	1	0.8	1	0.8	21	16.8	22	17.6	22	17.6	22	17.6
	2.Katılmıyorum	34	27.2	9	7.2	10	8.0	7	5.6	29	23.2	26	20.8	26	20.8	26	20.8
	3. Kararsızım	25	20.0	20	16.0	20	16.0	20	16.0	24	19.2	27	21.6	27	21.6	27	21.6
	4.Katılıyorum	20	16.0	52	41.6	52	41.6	55	44.0	10	8.0	13	10.4	13	10.4	13	10.4
	5.K. Katılıyorum	25	20.0	42	33.6	42	33.6	42	33.6	41	32.8	37	29.6	37	29.6	37	29.6
14.Korunma cinselliğin doğal akışını bozar.	1. K. Katılmıyorum	23	18.4	2	1.6	2	1.6	2	1.6	23	18.4	9	7.2	9	7.2	9	7.2
	2.Katılmıyorum	19	15.2	6	4.8	6	4.8	6	4.8	20	16.0	13	10.4	13	10.4	12	9.6
	3. Kararsızım	27	21.6	17	13.6	17	13.6	17	13.6	18	14.4	24	19.2	24	19.2	24	19.2
	4.Katılıyorum	25	20.0	54	43.2	54	43.2	54	43.2	17	13.6	33	26.4	33	26.4	34	27.2

	5.K. Katılıyorum	31	24.8	46	36.8	46	36.8	46	36.8	47	37.6	46	36.8	46	36.8	46	36.8
15.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık şüphesi duyarsam, kendi kendime ilaç alarak tedavi olmaya çalışırım.	1. K. Katılmıyorum	7	5.6	0	0.0	2	1.6	2	1.6	4	3.2	4	3.2	4	3.2	4	3.2
	2.Katılmıyorum	13	10.4	4	3.2	1	0.8	1	0.8	12	9.6	15	12.0	15	12.0	14	11.2
	3. Kararsızım	23	18.4	7	5.6	7	5.6	7	5.6	20	16.0	20	16.0	20	16.0	20	16.0
	4.Katılıyorum	28	22.4	39	31.2	40	32.0	40	32.0	16	12.8	17	13.6	17	13.6	18	14.4
	5.K. Katılıyorum	54	43.2	75	60.0	75	60.0	75	60.0	73	58.4	69	55.2	69	55.2	69	55.2
16.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmak için anal (ters) ilişkiyi tercih edebilirim.	1. K. Katılmıyorum	4	3.2	1	0.8	1	0.8	1	0.8	6	4.8	6	4.8	6	4.8	6	4.8
	2.Katılmıyorum	9	7.2	4	3.2	3	2.4	3	2.4	14	11.2	13	10.4	13	10.4	13	10.4
	3. Kararsızım	22	17.6	9	7.2	9	7.2	9	7.2	24	19.2	23	18.4	23	18.4	23	18.4
	4.Katılıyorum	33	26.4	44	35.2	45	36.0	45	36.0	28	22.4	34	27.2	34	27.2	34	27.2
	5.K. Katılıyorum	57	45.6	67	53.6	67	53.6	67	53.6	53	42.4	49	39.2	49	39.2	49	39.2
17.Cinsel ilişkiye girmeden önce cinsel eşimin de bunu istiyor olması benim için önemlidir.	1. K. Katılmıyorum	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	37	29.6	1	0.8	1	0.8	1	0.8
	2.Katılmıyorum	7	5.6	3	2.4	3	2.4	3	2.4	21	16.8	8	6.4	8	6.4	8	6.4
	3. Kararsızım	8	6.4	6	4.8	6	4.8	6	4.8	15	12.0	7	5.6	7	5.6	7	5.6
	4.Katılıyorum	29	23.2	35	28.0	35	28.0	35	28.0	23	18.4	30	24.0	30	24.0	30	24.0
	5.K. Katılıyorum	80	64.0	81	64.8	81	64.8	81	64.8	29	23.2	79	63.2	79	63.2	79	63.2
18.İlişkiye gireceğim kişi ile gebeliği önleyici yöntem kullanma konusunda rahatça konuşurum.	1. K. Katılmıyorum	5	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	51	40.8	6	4.8	6	4.8	6	4.8
	2.Katılmıyorum	10	8.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	10.4	12	9.6	12	9.6	12	9.6
	3. Kararsızım	12	9.6	2	1.6	2	1.6	2	1.6	14	11.2	19	15.2	19	15.2	19	15.2
	4.Katılıyorum	32	25.6	36	28.8	36	28.8	36	28.8	28	22.4	38	30.4	38	30.4	38	30.4
	5.K. Katılıyorum	66	52.8	87	69.6	87	69.6	87	69.6	19	15.2	50	40.0	50	40.0	50	40.0
19.Cinsel ilişkiye girerken birlikte olacağım kişi ile kondom (prezervatif, kılıf) kullanma konusunda konuşurum.	1. K. Katılmıyorum	15	12.0	2	1.6	0	0.0	0	0.0	70	56.0	15	12.0	15	12.0	15	12.0
	2.Katılmıyorum	7	5.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	15	12.0	8	6.4	8	6.4	8	6.4
	3. Kararsızım	19	15.2	6	4.8	8	6.4	8	6.4	13	10.4	18	14.4	18	14.4	18	14.4
	4.Katılıyorum	32	25.6	43	34.4	42	33.6	42	33.6	20	16.0	33	26.4	33	26.4	33	26.4
	5.K. Katılıyorum	52	41.6	74	59.2	75	60.0	75	60.0	7	5.6	51	40.8	51	40.8	51	40.8
20.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunma konusunda, ilişkiye gireceğim kişi ile rahatça konuşurum.	1. K. Katılmıyorum	4	3.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	55	44.0	6	4.8	6	4.8	6	4.8
	2.Katılmıyorum	10	8.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	14	11.2	8	6.4	8	6.4	8	6.4
	3. Kararsızım	18	14.4	3	2.4	2	1.6	2	1.6	18	14.4	19	15.2	19	15.2	19	15.2
	4.Katılıyorum	29	23.2	37	29.6	36	28.8	36	28.8	19	15.2	30	24.0	30	24.0	30	24.0
	5.K. Katılıyorum	64	51.2	85	68.0	87	69.6	87	69.6	19	15.2	62	49.6	62	49.6	62	49.6
21.İlişkiye girdiğim kişi ile güvenli cinsel ilişki ile ilgili bilgilerimi paylaşırım.	1. K. Katılmıyorum	6	4.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	72	57.6	8	6.4	8	6.4	8	6.4
	2.Katılmıyorum	16	12.8	1	0.8	1	0.8	1	0.8	25	20.0	16	12.8	16	12.8	16	12.8
	3. Kararsızım	18	14.4	9	7.2	9	7.2	8	6.4	12	9.6	21	16.8	21	16.8	21	16.8
	4.Katılıyorum	43	34.4	50	40.0	49	39.2	50	40.0	5	4.0	32	25.6	32	25.6	32	25.6
	5.K. Katılıyorum	42	33.6	65	52.0	66	52.8	66	52.8	11	8.8	48	38.4	48	38.4	48	38.4
22.Cinsellikte asla zorlayıcı olmam.	1. K. Katılmıyorum	4	3.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	59	47.2	5	4.0	5	4.0	5	4.0
	2.Katılmıyorum	10	8.0	0	0.0	1	0.8	1	0.8	21	16.8	12	9.6	12	9.6	12	9.6
	3. Kararsızım	10	8.0	3	2.4	2	1.6	2	1.6	23	18.4	15	12.0	15	12.0	15	12.0
	4.Katılıyorum	43	34.4	33	26.4	33	26.4	32	25.6	16	12.8	34	27.2	34	27.2	34	27.2
	5.K. Katılıyorum	58	46.4	89	71.2	89	71.2	90	72.0	6	4.8	59	47.2	59	47.2	59	47.2
23.Yaşadığım cinsel ilişkiden sonra gebelik gelişirse, hemen bir sağlık kuruluşuna başvururum.	1. K. Katılmıyorum	2	1.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	74	59.2	1	0.8	1	0.8	1	0.8
	2.Katılmıyorum	8	6.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	28	22.4	8	6.4	8	6.4	8	6.4
	3. Kararsızım	16	12.8	4	3.2	4	3.2	3	2.4	7	5.6	16	12.8	16	12.8	16	12.8
	4.Katılıyorum	36	28.8	35	28.0	36	28.8	35	28.0	11	8.8	35	28.0	35	28.0	35	28.0
	5.K. Katılıyorum	63	50.4	86	68.8	85	68.0	87	69.6	5	4.0	65	52.0	65	52.0	65	52.0
24.Cinsel organımda akıntı, kaşıntı gibi şikâyetlerim olduğunda hemen bir sağlık kuruluşuna başvururum.	1. K. Katılmıyorum	2	1.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	62	49.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	10	8.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	27	21.6	9	7.2	9	7.2	9	7.2
	3. Kararsızım	15	12.0	3	2.4	3	2.4	3	2.4	14	11.2	19	15.2	20	16.0	20	16.0
	4.Katılıyorum	36	28.8	37	29.6	38	30.4	38	30.4	18	14.4	41	32.8	41	32.8	41	32.8
	5.K. Katılıyorum	62	49.6	85	68.0	84	67.2	84	67.2	4	3.2	56	44.8	55	44.0	55	44.0
25.Kondom ya da hap gibi gebeliği önleyici bir yöntemi kullanmadan önce nasıl kullanılacağına ilişkin gerekli bilgileri alırım.	1. K. Katılmıyorum	4	3.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	82	65.6	4	3.2	4	3.2	4	3.2
	2.Katılmıyorum	5	4.0	1	0.8	1	0.8	0	0.0	16	12.8	3	2.4	3	2.4	3	2.4
	3. Kararsızım	9	7.2	3	2.4	2	1.6	1	0.8	13	10.4	9	7.2	9	7.2	9	7.2
	4.Katılıyorum	56	44.8	46	36.8	48	38.4	47	37.6	9	7.2	48	38.4	48	38.4	48	38.4
	5.K. Katılıyorum	51	40.8	75	60.0	74	59.2	77	61.6	5	4.0	61	48.8	61	48.8	61	48.8
26.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmak için bilgi alırım.	1. K. Katılmıyorum	5	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	67	53.6	4	3.2	1	0.8	1	0.8
	2.Katılmıyorum	8	6.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	21	16.8	5	4.0	6	4.8	6	4.8
	3. Kararsızım	11	8.8	3	2.4	3	2.4	3	2.4	20	16.0	20	16.0	21	16.8	21	16.8
	4.Katılıyorum	54	43.2	59	47.2	60	48.0	59	47.2	7	5.6	44	35.2	45	36.0	45	36.0
	5.K. Katılıyorum	47	37.6	63	50.4	62	49.6	63	50.4	10	8.0	52	41.6	52	41.6	52	41.6
27.Genital bölgemde herhangi bir normal olmayan akıntı olduğunda, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık açısından sağlık kuruluşuna başvururum.	1. K. Katılmıyorum	7	5.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	74	59.2	6	4.8	5	4.0	5	4.0
	2.Katılmıyorum	6	4.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	17	13.6	5	4.0	6	4.8	5	4.0
	3. Kararsızım	10	8.0	7	5.6	7	5.6	7	5.6	21	16.8	17	13.6	18	14.4	18	14.4
	4.Katılıyorum	34	27.2	34	27.2	34	27.2	33	26.4	7	5.6	38	30.4	38	30.4	39	31.2
	5.K. Katılıyorum	68	54.4	84	67.2	84	67.2	85	68.0	6	4.8	59	47.2	58	46.4	58	46.4
28.Cinsel ilişkiye girmek için ilişkiye gireceğim kişiyi sevmem ya da tanımam benim için önemlidir.	1. K. Katılmıyorum	16	12.8	1	0.8	1	0.8	0	0.0	74	59.2	12	9.6	10	8.0	10	8.0
	2.Katılmıyorum	6	4.8	2	1.6	2	1.6	2	1.6	15	12.0	10	8.0	12	9.6	10	8.0
	3. Kararsızım	14	11.2	11	8.8	10	8.0	10	8.0	11	8.8	15	12.0	16	12.8	16	12.8
	4.Katılıyorum	45	36.0	52	41.6	53	42.4	54	43.2	19	15.2	33	26.4	32	25.6	34	27.2
	5.K. Katılıyorum	44	35.2	59	47.2	59	47.2	59	47.2	6	4.8	55	44.0	55	44.0	55	44.0
29.Yalnızca sevdiğim ve güvendiğim birisiyle cinsel ilişkiye girmeyi tercih ederim	1. K. Katılmıyorum	16	12.8	1	0.8	0	0.0	0	0.0	41	32.8	9	7.2	8	6.4	8	6.4
	2.Katılmıyorum	15	12.0	2	1.6	1	0.8	1	0.8	10	8.0	22	17.6	24	19.2	22	17.6

	3. Kararsızım	11	8.8	10	8.0	11	8.8	11	8.8	24	19.2	17	13.6	18	14.4	18	14.4
	4.Katılıyorum	38	30.4	57	45.6	57	45.6	54	43.2	29	23.2	27	21.6	27	21.6	27	21.6
	5.K. Katılıyorum	45	36.0	55	44.0	56	44.8	59	47.2	21	16.8	50	40.0	48	38.4	50	40.0
30.Herkes Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık ve gebeliğe karşı, kendi güvenlik önlemini almaktan sorumludur.	1. K. Katılmıyorum	2	1.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	47	37.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	2.Katılmıyorum	10	8.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	17	13.6	10	8.0	10	8.0	10	8.0
	3. Kararsızım	16	12.8	5	4.0	4	3.2	4	3.2	18	14.4	19	15.2	19	15.2	19	15.2
	4.Katılıyorum	34	27.2	38	30.4	38	30.4	38	30.4	20	16.0	30	24.0	30	24.0	30	24.0
	5.K. Katılıyorum	63	50.4	82	65.6	83	66.4	83	66.4	23	18.4	66	52.8	66	52.8	66	52.8
31.Güvensiz cinsel ilişki yaşamın birçok risklerinden biridir.	1. K. Katılmıyorum	8	6.4	1	0.8	0	0.0	0	0.0	73	58.4	4	3.2	4	3.2	4	3.2
	2.Katılmıyorum	10	8.0	2	1.6	2	1.6	0	0.0	16	12.8	12	9.6	13	10.4	11	8.8
	3. Kararsızım	9	7.2	4	3.2	5	4.0	5	4.0	20	16.0	10	8.0	10	8.0	10	8.0
	4.Katılıyorum	49	39.2	50	40.0	50	40.0	52	41.6	12	9.6	43	34.4	43	34.4	43	34.4
	5.K. Katılıyorum	49	39.2	68	54.4	68	54.4	68	54.4	4	3.2	56	44.8	55	44.0	57	45.6
32.Eğer ilişkiye girdiğim kişilere dikkat etmezsem, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara yakalanabilirim.	1. K. Katılmıyorum	5	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	53	42.4	5	4.0	5	4.0	5	4.0
	2.Katılmıyorum	9	7.2	1	0.8	1	0.8	1	0.8	28	22.4	7	5.6	7	5.6	7	5.6
	3. Kararsızım	13	10.4	4	3.2	3	2.4	3	2.4	24	19.2	17	13.6	17	13.6	17	13.6
	4.Katılıyorum	37	29.6	39	31.2	40	32.0	40	32.0	14	11.2	33	26.4	33	26.4	33	26.4
	5.K. Katılıyorum	61	48.8	81	64.8	81	64.8	81	64.8	6	4.8	63	50.4	63	50.4	63	50.4
33.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmak için kondom (prezervatif, kılıf) kullanmadan cinsel ilişkiye girmem.	1. K. Katılmıyorum	15	12.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.6	6	4.8	6	4.8	5	4.0
	2.Katılmıyorum	13	10.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	4.8	16	12.8	16	12.8	15	12.0
	3. Kararsızım	30	24.0	5	4.0	5	4.0	5	4.0	7	5.6	30	24.0	30	24.0	31	24.8
	4.Katılıyorum	39	31.2	53	42.4	53	42.4	53	42.4	30	24.0	41	32.8	41	32.8	42	33.6
	5.K. Katılıyorum	28	22.4	67	53.6	67	53.6	67	53.6	80	64.0	32	25.6	32	25.6	32	25.6
34.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmak için, her cinsel ilişkimden önce korunma önlemi alırım.	1. K. Katılmıyorum	7	5.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	6.4	5	4.0	5	4.0	4	3.2
	2.Katılmıyorum	16	12.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	8.8	13	10.4	13	10.4	13	10.4
	3. Kararsızım	26	20.8	6	4.8	6	4.8	6	4.8	18	14.4	27	21.6	27	21.6	28	22.4
	4.Katılıyorum	38	30.4	47	37.6	47	37.6	47	37.6	38	30.4	38	30.4	38	30.4	38	30.4
	5.K. Katılıyorum	38	30.4	72	57.6	72	57.6	72	57.6	50	40.0	42	33.6	42	33.6	42	33.6

4.6. Girişim ve Kontrol Grubundaki Ögrencilerin Cinsel Sağlık Bilgi Testi ve Üreme Sağlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontol grubundaki öğrencilerin CSÜS eğitimi öncesi, sonrası ve ilk izlemdeki cinsel sağlık bilgi testi yanıtlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Ardından CSÜS eğitiminin CSBT puanlarına etkisine ilişkin bulgular verilmiştir. Ayrıca girişim ve kontrol gruplarının CSÜS eğitimi öncesi sonrası ve ilk izlemdeki CSBT puanlarındaki değişim şekil üzerinde görülebilmektedir. Daha sonra girişim ve kontol grubundaki öğrencilerin CSÜS eğitimi öncesi, sonrası, ilk ve ikinci izlemdeki üreme sağlığı ölçeği yanıtlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Ardından CSÜS eğitiminin ÜSÖ puanlarına etkisine ilişkin bulgular verilmiştir. Buna ek olarak gruplarının CSÜS eğitimi öncesi sonrası, ilk ve ikinci izlemdeki ÜSÖ puanlarındaki değişim şekil üzerinde görülebilmektedir. Ayrıca yapılan ilişki analizleriyle girişim ve kontrol grubunun CSBT son test ile ÜSÖ son test arasındaki ilişki izlenebilmektedir.

4.6.1. Girişim Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi CSBT Puanı Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.6-1. Girişim Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi CSBT Puanı Ortalamaları ve İlişkisi

Değişkenler	N	Ortalama	Standart Sapma	df	F	p
CSBT Ön Test	125	21,20	0,14			
CSBT Son Test	125	35,20	0,07	2	743,0	**0,001**
CSBT İzlem	124	34,40	0,07			

** ANCOVA Test*

Çalışmamızın girişim grubundaki öğrencilerin CSÜS akran eğitimi öncesi CSBT puanı ortalaması 21,20±0,14 iken eğitim sonrası 35,20±0,07 olarak yükselmiş ve eğitimden üç ay sonraki izlemde ise CSBT puanının 34,40±0,07 olduğu saptanmıştır. Öğrencilere düzenli aralıklarla tekrarlanan CSBT ölçümleri ANCOVA testiyle değerlendirilmiş ve CSBT puanı ortalamaları arasında istatistiksel fark saptanmıştır (F=743,0, p=0,01). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını saptamak için Post-Hoc Mauchly testi uygulanmıştır. Test sonucuna göre CSÜS akran eğitimi öncesi CSBT puanı ortalaması (21,20±0,14) ile CSÜS akran eğitimi uygulandıktan hemen sonraki CSBT puanı ortalaması (35,20±0,07) arasındaki artışın istatistiksel farklılığı tespit edilmiştir (p=0,01). Girişim grubundaki öğrencilerin CSÜS akran eğitimi sonrasındaki CSBT puanı ortalaması, eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır.

CSÜS akran eğitimi öncesi CSBT puanı ortalaması (21,20±0,14) ile eğitimden üç ay sonraki ilk izlem CSBT puanı ortalamaları (34,40±0,07) arasındaki artışın istatistiksel açıdan farklılığı belirlenmiştir (p=0,01). Bu fark CSÜS akran eğitiminden üç ay sonraki ölçümden kaynaklanmaktadır. Öğrencilerin CSÜS akran eğitiminden üç ay sonraki CSBT puanı ortalaması, eğitim öncesine göre anlamlı oranda yüksek tespit edilmiştir. Tablo 4.7-1'de görülebileceği gibi CSÜS akran eğitimi sonrası CSBT puanı ortalaması ile eğitimden üç ay sonraki CSBT puan ortalaması arasında artış saptanmıştır. CSBT puan ortalamaları arasındaki bu artışın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

4.6.2. Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi CSBT Puanı Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.6-2. Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi CSBT Puanı Ortalamaları ve İlişkisi

Değişkenler	N	Ortalama	Standart Sapma	df	F	p
CSBT Ön Test	125	21,20	0,12			
CSBT Son Test	125	24,00	0,13	2	78,1	**0,001**
CSBT İzlem	122	23,20	0,13			

** ANCOVA Test*

Çalışmamızın kontrol grubu katılımcılarının, çevrimiçi CSÜS eğitimi öncesi CSBT puanı ortalaması 21,20±0,12 iken eğitim sonrası 24,00±0,13 olarak yükselmiş ve eğitimden üç ay sonraki izlemde 23,20±0,13 olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin CSBT'ne verdikleri yanıtların tekrarlı değerlendirmesinde kullanılan ANCOVA testi sonuçları doğrultusunda, CSBT puanı ortalamaları arasında istatistiksel fark saptanmıştır (F=78,1, p=0,01). Fark oluşturan ölçümun hangisinin oldugunun belirlenmesinde Post-Hoc Mauchly testi uygulanmıştır. Mauchly testi, CSÜS akran eğitimi öncesi CSBT puanı ortalaması (21,20±0,12) ile CSÜS akran eğitimi uygulandıktan hemen sonraki CSBT puanı ortalaması (24,00±0,13) arasındaki artışın istatistiksel farklılığını ortaya koymuştur (p=0,01). Bu fark CSÜS akran eğitimi uygulamasından sonra uygulanan CSBT puanlarının yüksekliğinden kaynaklanmaktadır.

CSÜS akran eğitimi öncesi CSBT puanı ortalaması ile eğitimden üç ay sonraki ilk izlem CSBT puanı ortalamaları arasındaki artışın istatistiksel farklılığı saptanmamıştır (p>0,05). Öğrencilerin çevrimiçi CSÜS eğitimi öncesi CSBT puanı ortalaması ile eğitiminden üç ay sonrası ilk izlemdeki CSBT puanı ortalaması birbirine yakın saptanmıştır. Çevrimiçi CSÜS akran eğitimi sonrası CSBT puanı ortalaması ile eğitimden üç ay sonraki ilk izlem CSBT puan ortalaması arasındaki artış da istatistiksel açıdan fark oluşturmamamktadır (p>0,05). Öğrencilerin eğitimden hemen sonraki CSBT puanı ortalaması ile eğitiminden üç ay sonraki ilk izlem CSBT puanı ortalaması birbirine oldukça yakın tespit edilmiştir.

4.6.3. Girişim ve Kontrol Grubu Öğrencilerin CSBT Puanı Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.6-3. Girişim ve Kontrol Grubu Öğrencilerin CSBT Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Değişkenler	Gruplar	N	Ortalama	Standart Sapma	Min.	Max.	df	t	p
CSBT Ön Test	Girişim	125	21,20	0,14	0,18	0,80	248	-0,205	0,191
	Kontrol	125	21,20	0,12	0,20	0,83			
CSBT Son Test	Girişim	125	35,20	0,07	0,53	1,00	248	20,885	**0,001**
	Kontrol	125	24,00	0,14	0,18	0,85			
CSBT İzlem	Girişim	124	34,40	0,07	0,50	0,98	248	21,538	**0,001**
	Kontrol	122	23,20	0,13	0,18	0,85			

* *Bağımsız Gruplarda t Testi*

Tablo 4.7-3'de CSÜS akran eğitimi öncesi, girişim grubundakilerin CSBT puan ortalaması 21,20±0,14 ve kontrol grubundaki öğrencilerin CSBT puan ortalaması 21,20±0,12 olarak görülmektedir. CSÜS akran eğitimi çalışması kapsamına alınan girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin CSBT puanı ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Yapılan analizde CSÜS eğitimi öncesi gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

CSÜS akran eğitimi sonrası girişim grubundakilerin CSBT puan ortalaması 35,20±0,07 ve kontrol grubundaki öğrencilerin CSBT puan ortalaması 24,00±0,14 olarak tespit edilmiştir ve CSBT puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,01$, $p<0,05$). Akran eğiticilerden CSÜS akran eğitimi alan girişim grubunun CSBT puanı ortalaması (35,20±0,07), araştırmacı tarafından çevrimiçi CSÜS akran eğitimi alan kontrol grubunun CSBT puanı ortalamasından (24,00±0,14) yüksek belirlenmiştir.

CSÜS akran eğitiminden üç ay sonraki izlemde girişim ve kontrol gruplarının CSBT puanı ortalamaları arasında istatistiksel fark tespit edilmiştir ($p=0,01$). Tespit edilen bu fark girişim grubundan kaynaklanmaktadır. Akran eğiticiler tarafından CSÜS akran eğitimi verilen girişim grubunun CSBT puanı ortalaması (34,40±0,07), araştırmacı tarafından çevrimiçi CSÜS eğitimi verilen kontrol grubunun CSBT puanı ortalamasına (23,20±0,13) göre oldukça yüksek belirlenmiştir.

4.6.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSBT Puanlarına CSÜS Eğitiminin Etkisine İlişkin Bulgular

Tablo 4.6-4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSBT Puanlarına CSÜS Eğitiminin Etkisi

CSÜS Eğitimi	Gruplar	df	F	η^2	p
CSBT Ön Test ve	Girişim	2	743,0	**0,857**	**0,001**
Son Test Puanı Farkı	Kontrol	2	78,1	**0,387**	**0,001**

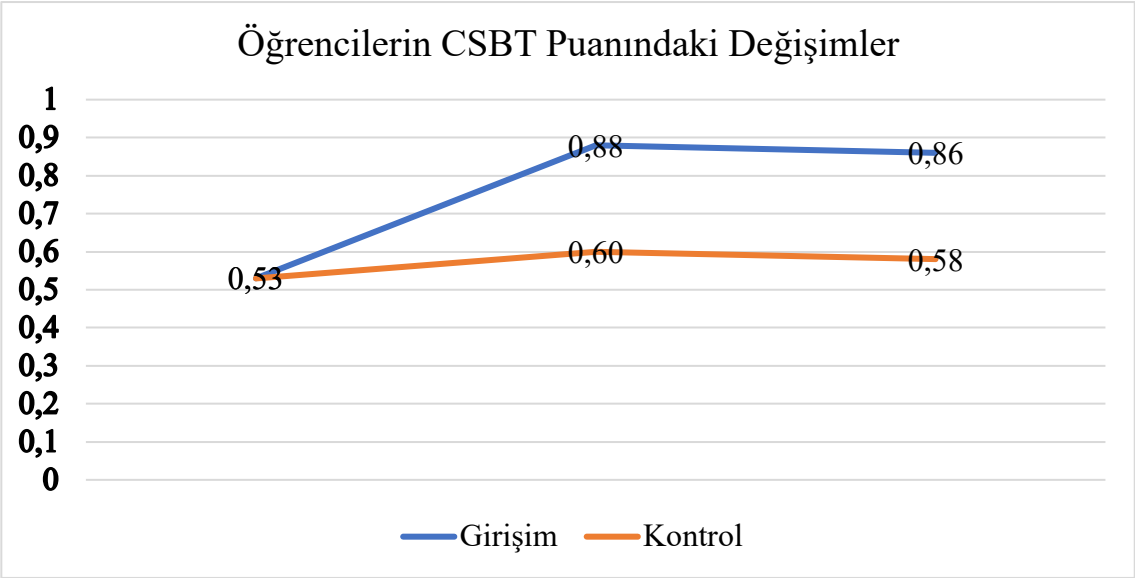
ANCOVA Test

Çalışmamız kapsamında akran eğiticiler tarafından girişim grubuna uygulanan ve araştırmacı tarafından kontrol grubuna uygulanan eğitim girişimlerinin etkisinin belirlenmesi için yapılan ANCOVA analizinde Eta kare (η^2) değeri incelenmiştir. Eta kare (η^2), bağımsız değişkenlerle açıklanabilen bağımlı değişkenlerin varyans oranını belirtmektedir. Eta kare değerinin; 0,01–0,05 aralığında olması zayıf, 0,06–0,13 aralığında olması orta, 0,14'ten büyük olması güçlü bir etki olduğunu göstermektedir (Cohen, 1988; Pallant, 2003).

Girişim grubundaki öğrencilere uygulanan CSÜS akran eğitimi sonrası ölçümündeki CSBT puanı ortalaması, CSÜS akran eğitimi öncesine göre anlamlı derecede yüksek belirlenmiştir. Girişim grubundaki ölçümler boyunca CSBT puanlarında görülen değişimin %85'ini ($\eta2=0,857$) CSÜS akran eğitimi işleminin etkisini açıklamaktadır. Buna göre CSÜS akran eğitiminin etkisinin güçlü olduğu söylenebilmektedir.

Kontrol grubundaki öğrencilere uygulanan çevrimiçi CSÜS akran eğitimi sonrası CSBT puanı ortalaması, eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Kontrol grubunun ön test son test CSBT puanlarında görülen değişimin %38'ini ($\eta2=0,387$), çevrimiçi CSÜS eğitimi işleminin etkisini açıklamaktadır ve eğitimin etki düzeyinin güçlü olduğu söylenebilmektedir. Tablo 4.7-4'te görüldüğü üzere girişim grubuna uygulanan CSÜS akran eğitiminin etki büyüklüğünün daha fazla olduğu saptanmıştır.

4.6.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSBT Puanlarına İlişkin Bulgular



Şekil 4.6-1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSBT Puanları

Şekil 4.6-1'de çalışma kapsamındaki girişim grubu öğrencilerinin CSBT puanlarının 0-1'lik sistemdeki değerlendirilmesi görülmektedir. Ögrencilerin CSBT puanı ortalaması CSÜS akran eğitimi öncesi 0,53 iken eğitimden hemen sonra yapılan değerlendirmede 0,88'e yükseldiği, eğitimden üç ay sonra yapılan izlemde ise 0,86 seviyesinde kaldığı belirlenmiştir. Girişim grubundaki öğrencilerin CSÜS akran eğitimi öncesi, sonrası ve izlem ölçümündeki CSBT puanı ortalamaları arasında istatistiksel fark belirlenmiştir (p=0,01). Girişim grubundaki öğrencilerin CSÜS akran eğitiminden hemen sonraki CSBT puan ortalaması eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir. Benzer şekilde CSÜS akran eğitiminden üç ay sonraki izlem CSBT puan ortalaması eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir (Tablo 4.6-1).

Kontrol grubundaki öğrencilerin ise CSBT puanı ortalaması çevrimiçi CSÜS akran eğitimi öncesi 0,53 iken eğitimden hemen sonra yapılan testte 0,60'a yükseldiği, eğitimden üç ay sonra yapılan izlemde ise 0,58'de kaldığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin çevrimiçi CSÜS akran eğitimi öncesi ile sonrasındaki CSBT puanı ortalamaları arasında istatistiksel fark saptanmıştır (p=0,01). Kontrol grubundaki ögrencilerin çevrimiçi CSÜS eğitiminden hemen sonraki CSBT puanı ortalaması eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir (Tablo 4.6-2). Kontrol

grubundaki öğrencilerin çevrimiçi CSÜS akran eğitiminden üç ay sonraki CSBT puan ortalaması eğitim öncesine göre artmış olmakla birlikte bu artış istatistiksel olarak anlamlılık derecesinde saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo 4.6-2). Şekil 4.7-1'de görüldüğü gibi çalışma kapsamına alınan girişim ve kontrol grubunun CSBT puanı ortalamalarının istatistiksel farklılığı sözkonusudur ($p=0,01$). Bu istatistiksel farkın girişim grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Akran eğiticiler tarafından CSÜS eğitimi alan girişim grubunun CSBT puanı ortalaması, araştırmacı tarafından çevrimiçi CSÜS eğitimi alan kontrol grubundan yüksek tespit edilmiştir ($p=0,01$, Tablo 4.6-3).

4.6.6. Girişim Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi ÜSÖ Puanı Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.6-5. Girişim Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi ÜSÖ Puanı Ortalamaları ve İlişkisi

Değişkenler	N	Ortalama	Standart Sapma	df	F	p
ÜSÖ Ön Test	125	130,56	0,55			
ÜSÖ Son Test	125	147,90	0,25			
ÜSÖ İlk İzlem	124	152,32	0,25	3	205,2	**0,001**
ÜSÖ İkinci İzlem	121	152,66	0,25			

**ANCOVA Test*

Tablo 4.6-5'de akran eğiticiler tarafından uygulanan girişim grubundaki öğrencilerin ÜSÖ puanı ortalaması CSÜS akran eğitimi öncesi 130,56±0,55 iken eğitimden hemen sonra 147,90±0,25'e, eğitimden üç ay sonra 152,32±0,25'ye ve eğitimden altı ay sonra ise 152,66±0,25'e yükseldiği görülmektedir. Öğrencilerin ÜSÖ puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli farklılık belirlenmiştir (p=0,01). Orataya çıkan farkın hangi ölçümden kaynaklandığının belirlenmesinde Post-Hoc Mauchly analizine başvurulmuştur. Analizi sonucunda, öğrencilerin CSÜS akran eğitimi öncesi ÜSÖ puanı ortalaması (130,56±0,55) ile eğitim sonrası ÜSÖ puanı ortalaması (147,90±0,25) arasındaki aratışın istatistiksel fark yarattığı ve öğrencilerin CSÜS akran eğitiminin hemen sonrasındaki ÜSÖ puanı, eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir (p=0,01). Mauchly analizi sonucu benzer şekilde CSÜS akran eğitimi öncesi ÜSÖ puanı ortalaması (130,56±0,55) ile eğitimden üç ay sonraki ilk izlem ÜSÖ puanı ortalaması (152,32±0,25) arasındaki artışın istatistiksel farklılığı belirlenmiştir (p=0,01). Öğrencilerin CSÜS akran eğitimden üç ay sonraki ilk izlem ÜSÖ puanı ortalaması, eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir. Aynı şekilde CSÜS akran eğitimi öncesi ÜSÖ puanı ortalaması (130,56±0,55) ile eğitimden altı ay sonraki ikinci izlem ÜSÖ puanı ortalaması (152,66±0,25) arasındaki artışın istatistiksel olarak önemli fark oluşturduğu saptanmıştır (p=0,01). Öğrencilerin CSÜS akran

eğitimden altı ay sonraki ikinci izlem ÜSÖ puanı ortalaması, eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek belirlenmiştir.

Post-Hoc Mauchly analizi sonucuna göre, CSÜS akran eğitimi sonrası ÜSÖ puanı ortalaması ile eğitimden üç ay sonraki ilk izlem ÜSÖ puanı ortalaması arasındaki artışın istatistiksel önemli bir artış olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Katılımcıların CSÜS akran eğitimi sonrası ÜSÖ puanı ortalaması ile altı ay sonraki ÜSÖ puanı ortalaması arasında istatistiksel fark saptanmamıştır ($p>0,05$). CSÜS akran eğitiminden altı ay sonraki ilk izlem ÜSÖ puanı ortalaması, eğitim sonrasına göre göre yüksek tespit edilsede bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. CSÜS akran eğitimden üç ay sonra ÜSÖ puanı ortalaması ile eğitimden altı ay sonraki ÜSÖ puanı ortalaması arasında istatistiksel fark belirlenmemiştir ($p>0,05$). Öğrencilerin CSÜS akran eğitiminden üç ay sonraki ilk izlem ÜSÖ puanı ortalaması ile eğitimden altı ay sonraki ikinci izlem ÜSÖ puanı ortalaması birbirine oldukça yakındır.

4.6.7. Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi ÜSÖ Puanı Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.6-6. Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi ÜSÖ Puanı Ortalamaları ve İlişkisi

Değişkenler	N	Ortalama	Standart Sapma	df	F	p
Ön ÜSÖ	125	104,04	0,04	3	330,4	**0,001**
Son ÜSÖ	125	130,22	0,52			
İlk İzlem ÜSÖ	122	133,96	0,52			
İkinci İzlem ÜSÖ	122	134,30	0,52			

** ANCOVA Test*

Kontrol grubundaki öğrencilerin çevrimiçi CSÜS eğitimi öncesi ÜSÖ puanı ortalaması 104,04±0,04 iken eğitimden hemen sonra 130,22±0,52'ye, eğitimden üç ay sonraki ilk izlemde 133,96±0,52'ye ve eğitimden altı ay sonra ikinci izlemde 134,30±0,52'ye ulaştığı belirlenmiştir. Çalışma kapsamına alınan kontrol grubundaki öğrencilerin tekrarlı değerlendirmelerde kullanılan ANCOVA testi sonuçlarına göre, öğrencilerin ÜSÖ ölçeği puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır (F=330,4, p=0,01). Farkın hangi ölçümden kaynaklandığını saptamak için Post-Hoc Mauchly analizi uygulanmıştır. Analiz, çevrimiçi CSÜS eğitimi öncesi ÜSÖ puanı ortalaması (104,04±0,04) ile eğitim sonrası ÜSÖ puanı ortalaması (130,22±0,52) arasındaki aratışın istatistiksel farklılığını ortaya koymuştur (p=0,01). Öğrencilerin CSÜS akran eğitiminin hemen sonrasındaki ÜSÖ puanı, eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir. Benzer şekilde yapılan analizde çevrimiçi CSÜS akran eğitimi öncesi ÜSÖ puanı ortalaması (104,04±0,04) ile eğitimden üç ay sonraki ilk izlem ÜSÖ puanı ortalaması (133,96±0,52) arasındaki artışın istatistiksel farklılığı tespit edilmiştir (p=0,01). Buna göre kontrol grubundaki öğrencilerin çevrimiçi CSÜS akran eğitimden üç ay sonraki ilk izlem ÜSÖ puanı ortalaması, eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek belirlenmiştir. Analiz, CSÜS akran eğitimi öncesi ÜSÖ puanı ortalaması (104,04±0,04) ile eğitimden altı ay sonraki ikinci izlem ÜSÖ puanı ortalaması (134,30±0,52) arasındaki artışın da istatistiksel farklılığını ortaya koymuştur (p=0,01). Öğrencilerin çevrimiçi

CSÜS akran eğitimden altı ay sonraki ikinci izlem ÜSÖ puanı ortalaması, eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir.

Araştırmacı tarafından verilen çevrimiçi CSÜS eğitimi sonrası ÜSÖ puanı ortalaması ile eğitimden üç ay sonraki ilk izlem ÜSÖ puanı ortalaması arasındaki artış olsa da bu artışın istatistiksel farklılığı saptanmamıştır ($p>0,05$). Benzer olarak öğrencilerin çevrimiçi CSÜS eğitimi sonrası ÜSÖ puanı ortalaması ile altı ay sonraki ÜSÖ puanı ortalaması arasında istatistiksel fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Benzer şekilde eğitimden üç ay sonra ÜSÖ puanı ortalaması ile altı ay sonraki ÜSÖ puanı ortalaması arasında artış olmakla birlikte bu artış istatistiksel fark oluşturmamaktadır ($p>0,05$).

4.6.8. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin ÜSÖ Puanı Ortalamalarının Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.6-7. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin ÜSÖ Puanı Ortalamalarının Karşılaştırması

Değişkenler	Gruplar	N	Ortalama	Standart Sapma	Min.	Max.	df	t	p
ÜSÖ Ön Test	Girişim	125	130,56	0,55	1,82	4,91	248	15,521	**0,001**
	Kontrol	125	104,04	0,05	2,88	3,12			
ÜSÖ Son Test	Girişim	125	147,90	0,26	3,26	4,82	248	10,111	**0,001**
	Kontrol	125	130,22	0,52	2,12	4,76			
ÜSÖ İlk İzlem	Girişim	124	152,32	0,26	3,44	4,97	248	10,340	**0,001**
	Kontrol	122	133,96	0,53	2,21	4,91			
ÜSÖ İkinci İzlem	Girişim	121	152,66	0,25	3,56	4,97	248	10,443	**0,001**
	Kontrol	122	134,30	0,53	2,21	4,91			

* *Bağımsız Gruplarda t Testi*

Çalışma kapsamındaki girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin ÜSÖ puanı ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Girişim grubundaki öğrencilerin ÜSÖ puanı ortalaması 130,56±0,55 ve kontrol grubundaki öğrencilerin ÜSÖ puanı ortalaması 104,04±0,05 olmakla birlikte gruplar arasında istatistiksel fark saptanmıştır ($p<0,05$). CSÜS akran eğitimi öncesi girişim grubundaki öğrencilerin ÜSÖ puanı ortalaması, kontrol grubundan daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tablo 4.6-8'de CSÜS akran eğitiminin hemen sonrasında, akran eğiticiler tarafından CSÜS akran eğitimi verilen girişim grubundaki öğrencilerin ÜSÖ puanı ortalaması 147,90±0,26, araştırmacı tarafından çevrimiçi CSÜS eğitimi verilen kontrol grubunun ÜSÖ puanı ortalaması 130,22±0,52 olarak görülmektedir. CSÜS akran eğitimi sonrası girişim grubunun ÜSÖ puanı ortalaması kontrol grubundan daha yüksek tespit edilmiştir ve ölçümler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$).

Benzer şekilde girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin CSÜS eğitiminden üç ay sonraki ÜSÖ puanı ortalamaları arasında istatistiksel fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Akran eğiticilerden CSÜS akran eğitimi alan girişim grubundaki öğrencilerin ÜSÖ puanı ortalaması, araştırmacı tarafından çevrimiçi CSÜS eğitimi verilen kontrol grubundan

anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir. CSÜS eğitiminden altı ay sonraki ikinci izlemde de benzer olarak ÜSÖ puanı ortalamaları arasında istatistiksel fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Tabloda görüldüğü üzere girişim grubundaki öğrencilerin ÜSÖ puanı ortalaması, kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir.

4.6.9. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin ÜSÖ Puanlarına CSÜS Eğitiminin Etkisine İlişkin Bulgular

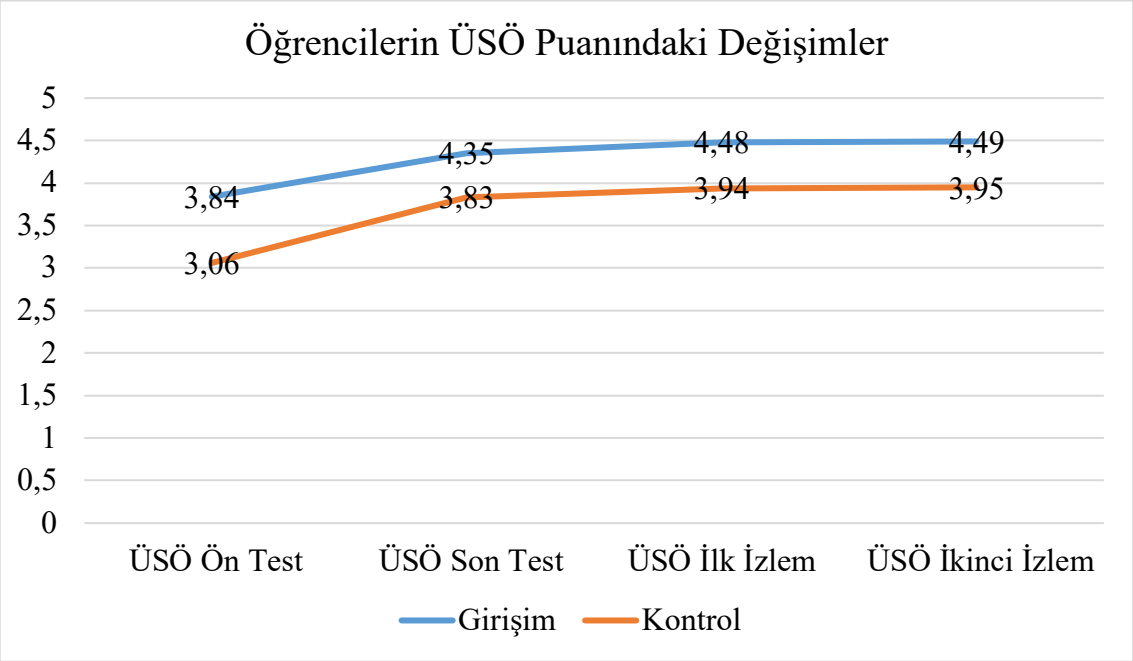
Tablo 4.6-8. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin ÜSÖ Puanına CSÜS Eğitiminin Etkisi

CSÜS Eğitimi	Gruplar	df	F	η^2	p
ÜSÖ Ön Test ve Son Test Puanı Farkı	Girişim	3	205,2	0,623	0,001
	Kontrol	3	330,4	0,727	0,001

ANCOVA Test

Çalışmamızda akran eğiticiler tarafından girişim grubuna uygulanan CSÜS akran eğitimi öncesi ve sonrası ÜSÖ puanlarında görülen değişimin %62'si (η^2=0,623) CSÜS akran eğitiminin etkisini ortaya koymaktadır. Kontrol grubundaki çevrimiçi CSÜS eğitimi öncesi ve sonrası ölçümleri doğrultusunda ÜSÖ puanlarında görülen değişimin %72'si (η^2=0,727) çevirimi içi CSÜS eğitiminin etkisini açıklamakta ve eğitiminin etki düzeyinin güçlü olduğunu ortaya koymaktadır. Akran eğiticiler tarafından kontrol grubuna verilen CSÜS akran eğitiminin etki değeri güçlü olmakla birlikte araştırmacı tarafından verilen çevrimiçi eğitimin ÜSÖ puanlarındaki değişime etkisinin daha büyük olduğu tespit edilmiştir.

4.6.10. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin ÜSÖ Puanlarına İlişkin Bulgular



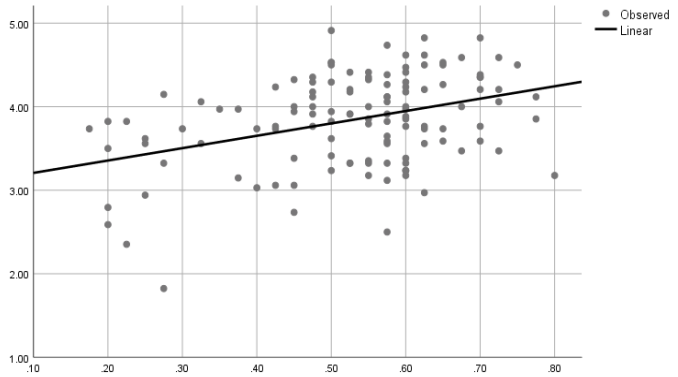
Şekil 4.6-2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin ÜSÖ Puanları

Şekil4.6-2'de girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin 0-5'lik değerlendirme sistemindeki ÜSÖ puanı ortalamalarının zamana göre değişimi izlenebilmektedir. Çalışmamız kapsamındaki öğrencilerin CSÜS akran eğitimi öncesi, eğitimden hemen sonra, üç ay ve altı ay sonraki dört değerlendirmede ÜSÖ puanı ortalamaları arasındaki değişimler gösterilmiştir. Girişim grubundaki öğrencilerin CSÜS akran eğitimi öncesi ÜSÖ puanı ortalaması 3,84 iken eğitimden sonra 4,35'e yükseldiği saptanmıştır. CSÜS akran eğitiminden üç ay sonra yapılan ilk izlemde ÜSÖ puanı ortalaması 4,48 ve altı ay sonraki ikinci izlemde ise 4,49 olarak yükseldiği belirlenmiştir. Girişim grubundaki öğrencilerin ÜSÖ ölçeği puanı ortalamalarının CSÜS akran eğitimi öncesi ve sonrasındaki değerlendirmelerinde istatistiksel fark saptanmıştır (p=0,01). Akran eğiticilerin CSÜS akran eğitimi vermiş olduğu girişim grubundaki öğrencilerin eğitim sonrasındaki ÜSÖ puanı ortalaması, eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir (Tablo 4.6-6).

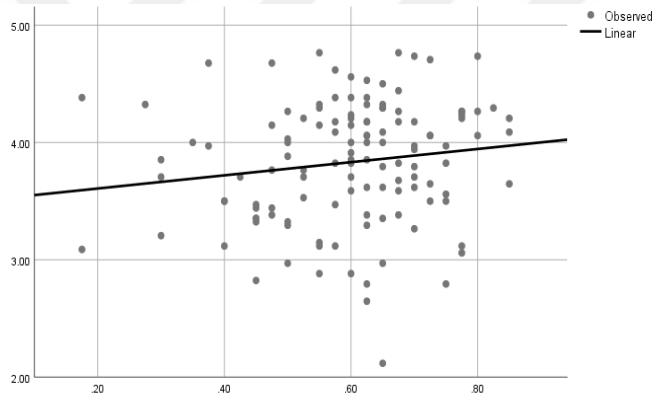
Kontrol grubundaki öğrencilerin CSÜS akran eğitimi öncesi ÜSÖ puanı ortalaması 3,06 iken eğitimden sonra 3,83'e yükseldiği, eğitimden üç ay sonra yapılan ilk izlemde ÜSÖ puanı ortalamasının 3,94 seviyesinde olduğu ve altı ay sonraki ikinci

izlemde ise 3,95 seviyesinde kaldığı belirlenmiştir. Tablo 4.6-7'de görüldüğü şekilde araştırmacının çevrimiçi CSÜS eğitimi vermiş olduğu kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim sonrasındaki ÜSÖ puanı ortalaması, eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir (p=0,01). Girişim ve kontrol grubunun her ikisine de verilen CSÜS eğitimleri eğitim öncesine göre yüksek saptanmış ve istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiş olmakla birlikte, girişim grubundaki öğrencilerin ÜSÖ puanı ortalamasındaki artış, kontrol grubundaki öğrencilere göre daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.6-8 p=0,01).

4.6.11. Girişim ve Kontrol Gurubundaki Öğrencilerin CSBT Son Test ile ÜSÖ Son Test Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular



Şekil 4.6-3. Girişim Gurubu CSBT Son Test ile ÜSÖ Son Test Arasındaki İlişki



Şekil 4.6-4. Kontrol Gurubu CSBT Son Test ile ÜSÖ Son Test Arasındaki İlişki

Çalışma kapsamına alınan girişim grubundaki öğrencilerin CSÜS akran eğitimi uygulandıktan sonraki CSBT toplam puanları ile ÜSÖ toplam puanları arasındaki ilişkinin incelendiği doğrusal regresyon analizine göre, CSBT puanları ile ÜSÖ puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (R^2=0,141). CSÜS eğitimi sonrası CSBT puanları arttıkça ÜSÖ puanları da artmaktadır (F=20,194, p<0,05). Girişim grubundaki ögrencilerin CSBT puanı ÜSÖ puanındaki değişimin %48'ini (ß=0,481) açıklamaktadır. CSBT puanı, ÜSÖ puanı üzerine anlamlı ve güçlü etki ettiği saptanmıştır. Kontrol grubundaki öğrencilerin CSBT puanları ile ÜSÖ puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (R^2=0,021).

5. TARTIŞMA

Üniversite öğrencilerine akran eğitimi yöntemiyle verilen CSÜS eğitiminin bilgi ve davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın birinci bölümünde akran eğiticilere yönelik bulguların tartışmasına yer verilmiş, ikinci bölümde ise akran grubunun bulguların tartışması gerçekleştirilmiştir.

BÖLÜM 1

AKRAN EĞİTİCİLERE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.1. Akran Eğiticilerin Tanımlayıcı ve CSÜS Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde akran eğitici grubundaki öğrencilerin tanımlayıcı ve CSÜS özelliklerinin dağılımına ilişkin bulguların tartışması verilmiştir. Aşağıda bulguların dört başlık altında tartışması yeralmaktadır.

5.1.1. Akran Eğiticilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamızın akran eğitici grubundaki öğrenciler, genç yaş grubunda (17-24 yaş) olmakla birlikte yaş ortancası 20,6 olarak belirlenmiştir. Akran eğiticilerin yaş ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.1-4, $p>0,05$). Literatürde akran eğitimiyle gerçekleştirilen CSÜS müdahele çalışmalarında akran eğiticilerin CSÜS bilgi ve davranış değişikliğinin olumlu yönde geliştiğini gösteren bir çok çalışma mevcuttur (He ve ark., 2020; Bagnall ve ark., 2015; Marcell ve ark., 2013; Mason-James, 2013). Bu nedenle akran eğitimi modelinin özellikle akran eğiticiler üzerinde bilgi ve davranış değişikliği yaratma yönünde kullanılabilecek güçlü bir araç olduğunu söyleyebilmek mümkündür.

Cinsel sağlık eğitimi standartlarının ve programlarının büyük çoğunluğu etkilemeyi amaçladıkları adölesan ve genç gruptan geribildirim alınmadan oluşturulmaktadır (Sorace, 2010). Adölesan ve gençler cinsel sağlık eğitiminin gelişimine katılma hakkına sahip oldukları için bu bir sorun teşkil etmektedir. Cinsel sağlık eğitimi

programlarının cinsel sağlık sonuçlarını iyileştirmede etkili olabilmesi için (cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanımının artması, ilk cinsel ilişkinin ertelenmesi, cinsel partner sayısının azalması) adölesan ve gençlerin cinsel sağlık eğitim programlarının geliştirilmesine dahil edilmesi ve danışılması gerekmektedir (McKee ve ark., 2014). Adölesan ve gençlere yönelik yapılan çalışmaların etkinliğinin artması ve onların gelişmesi için araştırmaların katılımcı olarak planlanması gerekmeketedir. Ancak Jacquez ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada 399 makale incelenmiş, araştırmalardan 56 tanesinin adölesan katılımı ile ilgili olduğu ve sadece 6 tanesinin cinsel sağlık eğitimine odaklandığı bildirilmiştir. Akran eğiticilerin araştırmaya dahil edilmesi sırasında Kimdir Bu? Testi ve gönüllü katılım uygulamaları yapılarak harhangi bir cinsiyet ayrımına gidilmemiştir. Herhangi bir müdahele olmaksızın kız katılımcılarımızın sayısı (18) erkeklerden (7) yüksektir. Cinsiyet ayrımı yapılmamasındaki amacımız üniversitedeki gençlerin tamamına ulaşmayı hedeflemektir.

Akran eğiticilerin tamamı eğitim fakültesinin tüm fakültelerinde akran eğitici olmaya yatkın öğrenciler arasından seçildiği için eğitimini almış oldukları bölüm gereği öğretim yöntemlerini etkili olarak akran eğitimi sırasında kullanabilmelerine olanak sağlamak hedeflenmiştir. Ayrıca CSÜS konsunu akranlarına anlatırken eğitim ve öğretim açısından pratik kazanmalarını ve kendi öğretim yöntemlerini keşfetmelerini sağlamak amaçlanmıştır. Ayrıca eğitim fakültesindeki öğrencilerin meslek hayatları boyunca CSÜS sorunları mevcut olabilecek adölesan ve gençlerle karşılaşma ihtimalleri yüksek olması nedeniyle CSÜS yönelik doğru bilgi ve davranış geliştirmeleri de bir o kadar önemlidir. Literatürde çalışmamıza benzer özellikte Pınar ve Taşkın (2011) tarafından yapılan "Üniversite gençleri için geliştirilen cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitim programının etkinliği" başlıklı araştırmada çalışma grupları eğitim fakültesine kayıtlı öğrenciler arasından belirlenmiştir.

Özellikle akran eğiticilerin üniversite öğrencisi kimliğini kabul etmesi bilgi ve davranış değişikliğini teşvik etmeleri açısından çalışmamız kapsamında oldukça önemlidir. Çalışmamıza benzer şekilde öğrencilere akran eğitimi modeli kullanılarak verilen eğitimin etkilerinin incelendiği Bulduk ve Erdoğan'ın (2011) çalışmasında da benzer şekilde öğrenciler üçüncü sınıftan seçilmiştir. Akran eğiticilerin bir çoğu (%68) ilde yaşarken üniversite yaşamı sırasında yurt veya pansiyona (%76) yerleşmiştir. Aile ortamından üniversite ortamına geçişteki değişim CSÜS risklerini bünyesinde

barındırmaktadır. Bu nedenle üniversite ortamları CSÜS müdahalelerinin yapılması gereken başlıca yerlerden bir tanesidir. CSÜS eğitim programlarının riskli davranışları ve adölesan gebeliği azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (O'Donnell ve ark., 2002; Kirby, 2007; Chin ve ark., 2012). Akran eğiticilerimizin orta (%64) gelir düzeyinde ve medeni durumlarının bekar (%100) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1-1).

Ağ geçidi teorileri, sağlığa zarar veren bir davranış biçimine dahil olmanın, diğer riskli davranışlara katılmaya yol açtığını öne sürmektedir (Pudney, 2003). Yüksek gelirli ülkelerde yıllar içerinde risk içeren davranışlarda meydana gelen azalma sadece alkol kullanımıyla sınırlı kalmayıp, tütün ve esrar kullanımında (Brooks-Russell ve ark., 2014), suç içeren davranışlar ve riskli cinsel davranışların (erken yaşta cinsel ilişki) azalmasıyla da kendini göstermektedir. Gençler arasında madde kullanımı, suçluluk ve cinsel davranış arasında güçlü ilişkiler olması nedeniyle meydana gelen düşüşlerin eşzamanlı olması beklenmektedir (Arnett, 2018; Twenge ve Park, 2019). Mete ve arkadaşları (2020) tarafından adölesanlarda sigara içme ve madde kullanma prevalansının incelendiği çalışmada sigara içme prevalansı %15,8 olarak saptanmıştır. Ayrıca yaş ile birlikte sigara kullanım sıklığında artış meydana gelmekte, sigara dışında madde kullanma riski 1,5 kat artmaktadır. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir başka çalışmada gençlerin %12,3'ünün sigara kullandığı saptanmıştır (Koca ve Oğuzöncül, 2015). Öztekin ve arkadaşları (2017) tarafından adölesanlarla yapılan çalışma sonuçlarına göre, yaşam boyu en az bir kez sigara kullanma oranı %41,2 olarak, bugüne kadar en az bir kez alkol kullanma oranı %38,6 olarak belirlenmiştir. Akran eğiticilerimizin %36'sının düzenli sigara, %8'nin düzenli alkol tüketicisi olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla bu rakamlar hiç azımsanacak düzeyde değildir (Tablo 4.1-1).

5.1.2. Akran Eğiticilerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığıyla İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

İsveç, Norveç ve Hollanda gibi Batı Avrupa ülkeleri, 50 yıl önce okul tabanlı kapsamlı cinsel eğitim programlarının uygulanmasına öncülük etmiştir. Bu ülkeler okullarda uzun süredir devam eden cinsel sağlık eğitimi programlarına sahiptir ve Doğu Avrupa, Orta Asya'daki gelişmekte olan ülkelerden önemli ölçüde daha düşük adölesan doğum oranlarına sahiptir (UNESCO, 2011). Araştırmamıza katılan tüm akran eğiticiler okullarda CSÜS eğitimini gerekli görmektedir. Bununla bitlikte CSÜS akran eğitici eğitimimize katılmadan önce çoğunluğunun CSÜS ile ilgili herhangi bir bilgi almadıkları

ve bu konudaki bilgilerini yeterli bulmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.1-2). Türk toplumundaki alielerin CSÜS'na karşı sergilediği muhafazakar tutum nedeniyle adölesan ve gençlerin CSÜS negatif etkilenmektedir. Türkiye'de ve ülkemizde yapılan çalışmalar adölesanların yetişkinliğe sorunsuz geçiş yapmalarına yardımcı olabilecek yeterli eğitim, rehberlik ve hizmetlerden yoksun olduğunu göstermektedir (Aşut ve ark., 2019; Aşçı ve ark., 2016; Siyez ve Esen, 2017; Ozcan ve ark., 2016; Akalpler ve Eroğlu, 2015; Siyez ve Siyez, 2009). Bu nedenle çalışmamızdaki akran eğiticilerinin benzer olarak CSÜS saorunlarını aileleriyle paylaşmadığı saptanmıştır.

Adölesanların erken yaşlarında CSÜS eğitimlerine başlanması, sağlıklı CSÜS işlevlerini devam ettirecek ve pekiştirecektir (Zangiabadizade, 2012). CSÜS açısından en istendik olan CSÜS eğitiminin ailede başlayıp okulda devam etmesi şeklindedir. Bunun haricindeki bütün öğrenme şekilleri adölesan ve gençlerin yanlış bilgi edinmelerine ya da istendik davranışlar sergilemelerine engel teşkil etmektedir. Çalışmamızdaki akran eğiticiler CSÜS ile ilgili bilgileri anne-babasından (%29,7) öğrenmiş fakat sağlık personelinden öğrenmek istedikleri belirlenmiştir (Tablo 4.1-2). Kouta ve Tolma tarafından (2008) Güney Kıbrıs'ta yapılan Kıbrıslı Rum ergenlerin cinsellik, cinsel sağlık ve üreme sağlığına yönelik bilgi, tutum ve inançlarının araştırıldığı çalışmada katılımcıların %50'si cinsel sağlık bilgisinin ideal kaynağını ebeveynleri olarak belirtmiştir. Aynı zamanda katılımcıların %79'u ebeveynlerinin CSÜS konusunda eğitmeleri gerektiğini düşünmektedir. Lindberg ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada cinsel deneyime sahip adölesanların yalnızca %10'u sağlık profesyonellerini CSÜS'nın bilgi kaynağı olarak bildirmiştir.

Ülkemizde gençlerin CSÜS'na yönelik taleplerini karşılayacak merkezlerin olmaması gençlerin sağlığını derinden etkileyecek davranışların artışına neden olmaktadır. Özellikle üniversitelerde kitlelerin bir arada bulunduğu alanlarda bu ihtiyacın ivedilikle karşılanma gereksinimi mevcuttur. Çalışmamızın akran eğiticilerinin sıklıkla öğrenmek istedikleri konu üreme sağlığı olmuştur (Tablo 4.1-2). Benzer şekilde Özcan ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada da öğrencilerin CYBH, cinsel sağlık, üreme sağlığı konularında eğitim almak istedikleri saptanmıştır. Bu veriler üniversitede öğrenim gören öğrencilerin CSÜS eğitim ihtiyacını açık şekilde yansıtmaktadır. Bu nedenle üniversite öğrencilerinin CSÜS gereksinimini karşılmak amacıyla akran eğitici eğitimi planlanarak yürütülmüş ve akran eğiticilerin akranlarına iletmesi sağlanmıştır.

5.1.3. Akran Eğiticilerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Deneyim ve Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda da saptadığımız üzere ülkemizdeki adölesan ve gençler okuldan, ebeveynlerinden veya başka yerlerden doğru, eksiksiz ve güvenilir bilgi edinememektedir. Bu nedenle cinsellikle ilgili sağlıklı ve gerçekçi bilgilere ulaşamayan birçok adölesan akran, internet ve medya gibi diğer bilgi kaynaklarından yardım alma arayışına girmekte ve çoğunlukla yanlış bilgi edinmektedir (Alison, 2014). CSÜS ile ilgili yanlış bilgi edinme ve aile ile iletişim kısıtlılıkları CSÜS sorunlarının artışını gündeme getirmektedir. Araştırmamız kapsamındaki akran eğiticilerin %32'si CSÜS ile ilgili herhangi bir sorun yaşamıştır. Yaşanılan sorunlar düzensiz menstrüasyon ve dismenore olarak saptanmıştır (Tablo 4.1-3). Bu noktada yaşanılan soruna etkili ve sağlıklı çözüm arama davranışı oldukça önemlidir. CSÜS ile ilgili herhangi bir sorun ile karşılaşan akran eğiticilerin %75'inin sorunun çözümü için başvurdukları yerler hastane ve özel doktor olmuştur. Yaşadıkları CSÜS sorunlarının ise yarı yarıya (%50) çözüme kavuştuğu belirlenmiştir (Tablo 4.1-3).

Türk toplumunun Müslüman inanç sistemine göre cinselliğin günah ve tabu olarak kabul edilmesi ülkemizde CSÜS'nın korunup geliştirilmesindeki en büyük engeli teşkil etmektedir. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda olduğu gibi ülkemizde de kapsamlı cinsel eğitim programlarının olmayışı, CSÜS mitlerin, yanlış bilgilerin, toplumsal cinsiyet ayrımcılığının ve aile içi şiddetin yaygınlığı, toplumun cinselliğe bakış açısının geleneksel tutumda olmasının da katkılarıyla adölesan ve gençlerin CSÜS'nın iyi seviyede olduğu birçok Batı Avrupa ülkesinden geride olduğumuz bilinmektedir. Tüm bu nedenlerle özellikle kadın cinsiyetinin evlilik öncesi cinsel deneyimi kabul görmeyen bir davranıştır. Araştırmamızda da tespit ettiğimiz üzere akran eğiticilerin, kararsız olanlarla birlikte büyük oranda (%60) bir kadının evlilik öncesi cinsel deneyimi olmasını kabul etmemektedir (Tablo 4.1-3). Yaşar (2019) tarafından yapılan çalışmada ise çalışmamıza benzer şekilde katılımcıların %56'sı evlilik öncesi her türlü cinsel deneyime karşı olduğunu belirtmiştir. Çalışmalardan elde edilen bulguların değişken olmasının nedeninin evlilik öncesi cinsel deneyim ile ilgili sorunun yöneltilme biçiminin farklı oluşundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Guttmacher-Lancet CSÜS Komisyonu, gençlerin okulda kalma süresinin uzamasıyla, daha geç evlendiklerini fakat evlenmeden cinsel ilişkiye başlayıp devam ettiklerini ve doğum kontrol yöntemlerini kullandıklarını belirlemiştir. Bu durum

evliliklerin her zaman cinsel ilişki deneyiminden önce olmadığını ortaya koymasının yanısıra cinsel ilişki deneyiminin de evliliğin de istenmeyen gebeliğe ve doğuma yol açma olasılığının düşük olduğunu çünkü kontraseptif yöntem kullanımının arttığını göstermektedir (Liang ve ark., 2019). Girişimsel tasarımlarla yapılan akran eğitimi çalışmaları HIV enfeksiyonunu önlemek ve ilk cinsel ilişki yaşını geciktirmek için CYBE ve prezervatif kullanımı hakkında bilgi ve yardım arayışını artırmada akran eğitimi programlarının yararlı olduğu bildirilmiştir. Sayıları tüm dünyada artan gençlik akran eğitimi programları, üreme sağlığını geliştirmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu programlar, genç ve ergen gönüllülerin ihtiyaçlarını karşılamak için uygun teknik çerçeveler, özellikle eğitim ve denetim gerektirmektedir (Mash ve Mash, 2012).

Adölesanların riskli cinsel davranışlar sergilemesi, CYBE, istenmeyen gebeliklere, cinsel ilişki ve cinselliğin olumsuz sonuçlarının ve üreme sağlığı sorunlarının erken yönetiminin gecikmesine veya yokluğuna neden olmaktadır. Adölesanlar sağlıklı ilişkiler, karşılıklı rıza, sınırlar ve güvenli bir şekilde cinsel davranışlara nasıl katılacakları konusunda deneyimsiz olabilmektedir. Dolayısıyla adölesanlar sağlıklı ile sağlıksız cinsel davranışları ayırt etmekte zorlanmaktadır (Alison, 2014; Maqbool ve ark., 2019; Kusheta, 2019). Cinsel sağlığı iyileştirme stratejileri, cinsel sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetlerine dahil edilmeli ve gençlere yönelik yüksek kaliteli cinsel sağlık hizmetlerini bütünleşik olarak sunan hizmetler yaygınlaştırılmalıdır. Bunun yanında sadece yoksunluk içeren cinsel eğitimin etkili olmadığı ve adölesanların sağlığını korumak ve onları sorumlu karar almaya hazırlamak, sevgi ve güven üzerine kurulu cinsel deneyim için doğru ve kapsamlı bilgiler sağlamak, halk sağlığı, aile ve toplum sorumlulukları sunmanın yolu kapsamlı cinsel eğitim sağlamaktan geçmeketedir. Ayrıca cinsel olarak aktif adölesanlar için, okullarda, sağlık kuruluşlarında finanse edilen programlar aracılığıyla düşük maliyetle veya ücretsiz olarak doğum kontrol haplarına ve prezervatiflere kolay erişim sağlanmalıdır (Swartzendruber ve Zenilman, 2010). İlk cinsel ilişki yaşının 15 hatta mümkünse 18 yaşın üstüne ötelenmesiyle CSÜS göstergelerinin iyileşmesi arasında pozitif ilişki mevcuttur (Liang ve ark., 2019). Akran eğitici grubundaki katılımcılarımızın ilk cinsel ilişki yaş ortancası 19 olarak saptanmıştır (Tablo 4.1-4). Ayrıca çalışmamızı gerçekleştirdiğimiz sırada akran eğiticilerin %84'ünün henüz cinsel ilişki deneyimlemediği belirlenmiştir. Cinsel ilişki deneyimi yaşayanların ise büyük çoğunluğunun (%75) sevgilisiyle bu deneyimi yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1-3). Yapılan çalışmalarda gençlere kapsamlı cinsel eğitim sağlanmasıyla kontraseptif

yöntem kullanılması arasında arasındaki pozitif yönde anlamlı ilişki artmakta, kapsamlı cinsel eğitim arttıkça kontraseptif yöntem kullanımı da artmaktadır (Wilson ve ark., 2013; Lindberg ve ark., 2016; Young ve ark., 2018).

Akran eğiticilerimizin ilk cinsel deneyim sırasında kontraseptif yöntem kullanma oranı %50 olarak belirlenmiş ve hiç istenmeyen gebelik deneyimleyen akran eğiticimiz olmamıştır (Tablo 4.1-3). DiClemente ve arkadaşları (2009) tarafından adölesanların prezervatif kullanımı gibi HIV / CYBE riskine katkıda bulunan faktörlerin azaltılmasını içeren müdahale çalışmasının girişim grubunun 12 aylık izleminde son cinsel ilişkide kondom kullanımı olasılığı (RR=1,30, p=0,005) kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bildirilmiştir. Hogben ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu bütüncül cinsel sağlık bakımını içeren güçlü çalışmasında katılımcıların CS'a yönelik bilgi, öz yeterlilik ve iletişiminde artış bildirilmiştir. Müdahele sonrası CYBE nedeniyle meydana gelen olumsuz sağlık sonuçlarında azalma saptanmıştır. Ayrıca cinsel risk davranışlarında azalma saptanmıştır. Ware ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan sistematik derlemede olumlu CSÜS davranışların arttırılmasına yönelik on üç müdahale çalışmasında, cinsel riskli davranışlarda bulunmada istatistiksel olarak anlamlı bir azalma saptanmıştır.

Bagnall ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmadaki güçlü kanıtlar, akran eğitiminin riskli davranışları azalttığını göstermiştir. Katılımcıların cezaevinden çıktıktan sonra ilk cinsel ilişkide kondom kullanmama arasında zayıf bir ilişki (RR=0,73, %95 CI:0,61, 0,88, n=400) saptanmıştır. Fetene ve Mekonnen (2018) Birden fazla cinsel partnerin varlığı, prezervatifsiz cinsel ilişki ve gençleri HIV enfeksiyonu ve istenmeyen gebelik de dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıklara yatkın hale getirebilecek erken cinsel ilişki ile kanıtlanan farklı riskli cinsel davranışlarda bulunan gençlerin büyük oranda gençlik merkezi üreme sağlığı kliniğini kullanmayanlarda meydana geldiğini saptamıştır. Ayrıca CSÜS hizmetlerini alamayanlarda CYBE'ın yaygın olarak görülme olasılığının CSÜS hizmetlerini kullananlara oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandığı belirlenmiştir (Fetene ve Mekonnen, 2018).

Benzer çalışmalarla kıyaslandığında çalışmamızdaki akran eğiticilerimizin CSÜS akran eğiticiliğine en uygun bireylerden seçilmiş olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmamızdaki akran eğitici eğitimine yönelik bulguların bu şekilde çıkmasında etkili olduğunu düşündüğümüz en büyük etkenin akran eğiticilerin liderlik gibi belirli kişisel özelliklere yeterli güvene, teknik yeterliliğe, merhamete ve iletişim becerilerine sahip

öğrencilerden seçilmesi olarak düşünülmektedir. Akran eğiticilerin akranları tarafından kabul gören öğrenciler arasından seçilmesi akran eğitimi programlarının başarısının önemli yönlerindendir (Shepherd ve ark., 2010). Akran eğitici seçiminin akran eğitimi müdahalelerinin etkililiğinde çok önemli ve hassas bir nokta olduğunu belirtilmiştir (Borgia ve ark., 2005).

5.2. Akran Eğiticilerin CSÜS Akran Eğitici Eğitimi Öncesi ve Sonrası CSBT Yanıtlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

CSÜS yönelik bilgi açığının doğru bilgilerle kapatılması davranış değişiminin ilk adımı olarak bilinmektedir. Öğrencilerin çalışmamızın başlangıcında, CSÜS eğitimi almadan önceki ölçümümüzde CSBT'ne vermiş oldukları yanlış cevaplar bilgi açığını ojektif olarak yansıtmaktadır. Çalışmamız kapsamına alınan akran eğiticilerin CSÜS akran eğitici eğitimine alınmadan önce CSBT'ndeki üç soru, grubun çoğunluğu tarafından yanlış cevaplandığı saptanıştır. Bu sorular CSBT'nin cinsel kimlik gelişimi kategorisindeki 3. soru (Çocuğun kendi cinsiyetini farkettiği ve cinsellikle ilgili ilk sorularını sorduğu dönem aşağıdakilerden hangisidir?) %92 ve aynı kategorideki 10. soru (Kastrasyon / iğdiş edilme (penisin kesilmesi) korkusu nedeniyle erkek çocuklarına sünnet yapılmasının sakıncalı olacağı dönem aşağıdakilerden hangisidir?) %96 ve CYBE kategorisindeki 31. sorular (Cinsel yolla bulaşan bir etken olup aynı zamanda kadınlarda rahim ağzı kanserine neden olan mikroorganizma aşağıdakilerden hangisidir?) %92 oranında yanlış cevaplanmıştır. Öğrencilerin CSÜS akran eğitici eğitimi alındıktan sonra aynı sorulara yanlış yanıt verme oranı sırasıyla %8, %28 ve %24 seviyesine gerilemiştir (Tablo 4.2-1). Özkan ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada eğitim almayan öğrencilerin 3. soruya verdiği yanlış cevapların oranı %66,7 iken eğitim alan grupta bu oran %37,9 olarak saptanmıştır. 10. soruya eğitim alamayan grup %75,9 oranında yanlış cevap verirken eğitim alan grup %46,6 oranında, 31. soruya 92,6 oranında yanlış yanıt verdiği eğitim alan gruptaki katılımcıların ise %31 oranında yanlış yanıt verdiği belirlenmiştir. Yazarlar tarafından yapılan çalışmada eğitim almayan grubu bizim çalışmamızdaki akran eğitici eğitimi öncesi veriler ile eğitim alan grubu ise bizim çalışmamızdaki akran eğitici eğitimi sonrası verilerle kıyaslamak doğru olacaktır. Sorulara yanlış verilen yanıtlar incelendiğinde bizim çalışmamızda eğitim sonrasında sorulara yanlış yanıtlar verme oranının daha az olduğu bu da çalışmamızın akran eğiticilerine uygulanan akran eğitici eğitiminin etkisini ortaya koymaktadır. Akran eğiticiler 5 gün toplam 20 saatlik akran eğitici eğitimine tabi tutulmuşlardır. Akran eğitici

eğitimi sırasında öğrencilerlerin empati yeteneğinin geliştirilmesine yönelik mahremiyet kareleri etkinliği, mahremiyetin CSÜS'ndaki önemi ve korunmasındaki hassasiyetlerinin arttırılması sağlanmıştır. Ayrıca akran eğiticilerin cinsel ilişkiler konusunda kişisel değerlerinin ortaya çıkarılması rol oyun etkinliği CSÜS akran eğitiminin etkili olmasını sağlamıştır. Akran eğiticilerin konuşma becererilerini olabildiğince arttırmaları ve kendilerine olan güvenlerini arttırmak amacıyla '30 saniyelik şöhret etkinliği' uygulanmış ve aktif katılım sağlanmıştır. Eğitim sonrasında yapılan birebir görüşmeler ve her hafta yapılan toplantılarla akran eğiticilerin bilgi açığı olabildiğince iyi kapatılmıştır. Tüm bu etkinlikler ve eğitim programının etkisi, Tablo 4.3-1'de de görülebileceği üzere eğitim öncesi ile sonrası CSBT puanı ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı saptanmıştır. Ayrıca yazarların çalışmasında eğitim alamayan gruba da eğitim alan gruba da ebelik bölümü öğrencileri atanmıştır. Bizim çalışmamızda tam tersi yanlılığının azaltılması için sağlık dışı bölümlerden öğrenciler randomize edilerek çalışmamıza alınmıştır.

5.3. Akran Eğiticilerin Cinsel Sağlık Bilgi Testi ve Üreme Sağlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde akran eğitici grubundaki öğrencilerin CSÜS eğitimi öncesi, sonrası cinsel sağlık bilgi testi ve üreme sağlığı ölçeği yanıtlarına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

5.3.1. Akran Eğiticilerin Grup İçi CSBT Puanı Ortalamalarının Tartışılması

Akran eğitimi, son yıllarda sağlığı geliştirme ve önleme için popüler bir strateji haline gelmiştir. Akran eğitimi programları akran grubunun davranışları üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğu varsayımına dayanarak, çoğunlukla gençlerle çalışmak için kullanılmıştır. Gençler, güvenli davranışlar gibi riskli davranışları da birbirlerinden öğrenir ve birbirlerini etkilerler. Akran eğitiminin diğer cinsel sağlık ve üreme sağlığını geliştirme yöntemlerine göre bazı avantajları olduğu düşünülmektedir. Bunlar arasında, hedef grup için akran eğiticilerin algılanan güvenilirliği vardır. Bu güvenilirligin arka planında, ilgi alanlarının ve dil kullanımının paylaşılması, bilgi aktarımını kolaylaştırması mevcuttur. Diğer bir avantaj, gençlerin üreme sağlığı ve insan bağışıklık yetmezliği virüsü (HIV) gibi hassas konular dahil olmak üzere çoğu konuda akranlarıyla konuşma eğiliminde olmalarıdır. Bunun yanında genç akran eğiticilerinin onlara nasıl davranacaklarını söyleyen bir otorite olarak değil, kendi gruplarının başka bir üyesi olarak görülmeleri iletişimi kolaylaştırmaktadır (Maticka-Tyndale ve Barnett, 2010).

Çalışmamızdaki akran eğiticilerin CSÜS akran eğitici eğitimi sonrası CSBT puanı ortalaması (36,00±0,07), eğitim öncesine (22,04±0,10) göre anlamlı derecede yüksek belirlenmiştir (Tablo 4.3-1). Tablo 4.3-1'de belirlenen akran eğiticilerin CSBT puanı ortalamasındaki artışının istatistiksel açıdan anlamlı değişimi girişim grubunun CSBT puanı ortalamalarındaki yükselmenin (Tablo 4.6-1) kontrol grubunun CSBT puanı ortalamasından (Tablo 4.6-2) daha yüksek olmasıyla da kendini göstermektedir. Akran eğiticilerin eğiticiliğe yatkın olan bireylerden seçilmiş olması ve akran eğitici eğitimi sırasında ve devamında kendilerini hem bilgi hemde davranış yönüyle değistirmeye çalışmaları girişim ve kontrol grubu arasında oluşan bu farkı açıklamaya yardımcı olmaktadır. CSÜS akran eğitici eğitimi sonrasında bilginin kalıcılığı artışı, akran eğiticilere dağıtılan CSÜS akran eğitimi rehberini kullanmalarıyla sağlanmıştır. Akran eğitimini en az beş kişiye anlatmaları da bilgilerini pekiştirmelerine yardımcı olmuştur. Akran eğitimi süresinde uygulanan davranış değişimine itici güç olarak kullanılan cinsel olan ve olmayan konularda irade kazanmalarını ve akran baskısı ile başedebilme yolları bulmalarını sağlamak amacıyla yapılan 'hayır diyebilme' etkinliği sayesinde de akran eğiticilerin davranış değişimini gerçekleştirip akranlarına aktarmalarına katkıda bulunmuştur.

5.3.2. Akran Eğiticilerin Grup İçi ÜSÖ Puanı Ortalamalarının Tartışılması

Akran eğitimi, ortak bir noktaya sahip bireyler arasında bilgi ve deneyim paylaşımı olarak bilinir. Erişilebilir, ucuz, önleyici ve psikososyal desteğin kurulması yoluyla, gençlerde olumlu davranış değişikliği için gerekli olan bilgi, tutum ve becerileri geliştirmelerine yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Akran eğitimi programları esas olarak bilgi, önleme ve erken müdahaleye odaklanmaktadır (Sandhu ve ark., 2013). Çalışmamız kapsamındaki akran eğiticilerin üreme sağlığı davranışlarına yönelik ÜSÖ puanı ortalaması CSÜS akran eğitici eğitimi öncesi 136,68±0,41, iken eğitim sonrası ÜSÖ puanı ortalaması 152,32±0,19 olarak saptanmıştır. Akran eğiticilerin CSÜS akran eğitici eğitimi sonrası ÜSÖ punındaki bu değişimi istatistiksel açıdan anlamlı saptanmıştır (p=0,01). Akran eğiticilerin ÜSÖ puanı ortalaması, eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek belirlenmiştir (Tablo 4.3-2). Çalışmamıza benzer özellikte Marcell ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada CSÜS eğitim müdahelesi öncesi CYBH'a yönelik bilgi seviyesi 0,46 iken müdahale sonrası izlemde bilgi seviyesi 0,81'e artmıştır. Benzer bir yükseliş cinsel davranış ölçümünde de meydana gelmiştir.

Araştırmada bilgi ve davranış ölçümleri birarada kullanılmıştır ve bilgi puanı yükseldikçe riskli cinsel davranışların azaldığı belirlenmiştir.

Bagnall ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan çalışmadaki niteliksel veriler doğrultusunda akran eğiticilerin kendi sağlık sorunları hakkında bilgilerinin geliştiği ve akran eğitici eğitiminin etkinliği saptanmıştır. Çalışmamızın akran eğitici eğitimine benzer şekilde Mason-Jones ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan "Güney Afrika'daki devlet liselerinde cinsel sağlık ve esenlik için akran eğitici eğitimi: Akran eğitimcilerinin kendilerini değiştirmek için yeterli mi?" başlıklı çalışmasında akran eğitimcilerinin karar verme ölçeği puanlarındaki fark, kontrol grubundaki öğrencilere göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Eğitim sonrasında akran eğiticilerin, daha geç cinsel ilişki yaşına sahip olduğu, son cinsel ilişkide daha yüksek oranda prezervatif kullandığını ve kontrol grubundaki öğrencilere göre eleştirel düşünme ve benlik saygısı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmış fakat bu farklılıkların hiçbirinin istatistiksel olarak anlamlılığı saptanmamıştır. Yazarlar tarafından yapılan çalışmada bizim çalışmamızdan farklı sonuçlar elde edilmesinin nedeni öğrencilerin %36'sının çalışma süresi boyunca araştırmaya devam etmemesi, rastgele seçilmiş örneklem olmamasından kaynaklandığı düşülmektedir. Ayrıca akran eğiticilerimizin, adölesan çağdaki bir kız ya da erkeğin cinsel sağlık problemlerinin nedenleri ve çözümleri üzerine düşünmelerini sağlamak amacıyla CSÜS akran eğitici eğitiminde yer verdiğimiz 'problem ağacı' etkinliğini akran eğiticilerin kullanabilmesinin olumlu etkisi olarak görülmesinden kaynaklandığı bilinmektedir.

Clemence (2015) tarafından yapılan akran eğitimi çalışmasında on beş akran eğitmeni seçilmiştir. Akran eğiticilere akran eğitimi eğitimini nasıl algıladıkları ve bu eğitimin kendi cinsel davranışlarını nasıl etkilediğini anlatmaları istenmiştir. Bulgular, katılımcıların olumlu bir eğitim deneyimi, olumlu kişisel gelişim yaşadıklarını ve çoğu akranlarına mentor olmak ve farkındalık oluşturmak için yeterli olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmamıza katılan akran eğiticilerin de üreme sağlığına davranış değişikliği ÜSÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı artışı şeklinde görülmektedir. Sawyer ve arkadaşları (2010) tarafından akran eğitimi akran cinselliği eğiticilerinin benlik saygısını, kişisel gelişimini ve cinsel davranışını nasıl değiştirdiğinin belirlendiği çalışmada akran eğiticilerin benlik saygısı, kişisel gelişim ve güvenli cinsel davranış düzeylerinde artış olduğu fakat bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Çalışmada açık

uçlu sorular sorulmuş ve katılımcıların objektif ölçümler değerlendirilen özelliklerde önemli artışları tespit edilmese de, öğrencilerin önemli yüzdelerinin güvenli cinsel davranış ve öz saygı düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Akran eğitimcilerin çoğu kendi yeteneklerine daha güvendiklerini ve başkalarına karşı daha açık olduklarını bildirmiştir.

Sawyer ve arkadaşları (2010) tarafından yapılan çalışmada bizim çalışmamızdan farklı sonuçlar elde edilmesinin nedeni katılımcıların ön testte yüksek puan ortalamalarına sahip olması olarak düşünülmektedir. Wingood ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan ve girişim grubuna doğru prezervatif kullanma becerilerinin öğretildiği web tabanlı çalışmasında girişim grubunun kondom kullanımı öz-yeterlik puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Ware ve arkadaşları (2019) tarafından "ABD'deki siyahi kadınlara yönelik cinsel sağlık müdahaleleri: sistematik bir literatür incelemesindeki" üç müdahele çalışmasında cinsel sağlığın artması yönünde tutumlarda, normlarda, niyetlerde ve / veya öz yeterlilikte istatistiksel olarak önemli değişiklikler saptanmıştır. Tutumlarda ve öz yeterlilikte meydana gelen artış davranış değişiminin itici gücü olması bakımından çalışmadan elde edilen verilerle çalışmamızdaki veriler bu yönüyle benzerdir.

BÖLÜM 2

GİRİŞİM VE KONTROL GRUBUNA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

5.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Tanımlayıcı ve CSÜS Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan akran grubundaki öğrencilerin adölesan ve genç yaş grubunda olduğu belirlenmiş ve çalışmamıza katılan gençlerin yaş ortalamasının 20,42 olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın girişim ve kontrol grubundaki katılımcılarının yaş ortalaması arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.4-5, $p>0,05$). CS ve ÜS ile ilgili literatür incelendiğinde akran eğitimi, adölesan ve gençlere yönelik bilgi ve davranış değişikliğinin sağlamasında olumlu etkisi tespit edilmiş özellikle CS ve ÜS gibi özellikli alanlarda yaygın olarak kullanılan bir model olarak tercih edilmektedir (Özkan ve ark., 2020; O'Malley ve ark., 2017; Aşçı ve ark., 2016; Ali ve ark., 2015; Mason-Jones, 2013; Kırmızıtoprak ve Şimşek, 2011; Sawyer ve ark., 2010).

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi, dünya çapındaki ergenlerin ve çocukların ebeveyn izni olmadan doğru ve uygun cinsel sağlık alma hakkına sahip olduğunu belirtmektedir (United Nation, 2013). Hemcins gruplarının önemli olduğu ortaokul veya özerklik ve gizliliğin önemli olduğu lise yaş grubunda CSÜS eğitiminin cinsiyet ayrımına gidilerek ayrı ortamlarda verilmesinin etkin olduğu bilinmektedir. Buna karşın üniversite çağında adölesan ve gençlerin karşı cinse olan ilgisinin artıp kızlarla erkeklerin daha çok ortak ortamlarda bulunma gereksinimine uygun olarak araştırmamız kapsamında cinsiyet ayrımına gidilmemiş aksine akran eğiticilerle girişim grubunun ilk etkileşiminin başlatılması amacıyla tanışma organizasyonu tertipedilerek etkili bir eğitim ortamı düzenlemeleri sağlanmıştır. Tüm bu nedenlerle çalışmanın planlanmasında akran eğitimi modeli tercih edilmiş ve çalışmaya dahil edilme kriterlerinde cinsiyete yönelik herhangi bir ayrıma gidilmeden rastgele örnekleme yapılarak CSÜS eğitiminin tüm gençlere ulaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmamıza katılan adölesan gençlerin cinsiyet

dağılımının benzer ve %47,2'inin kız, %52,8'inin erkek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4-1).

Öğrencilerin üniversite hayatına adapte olması, üniversite öğrencisi kimliğine kavuşması, sosyal etkileşim ortamlarının oluşmuş olması ve araştırmanın süresinin de gözönüne alınmasıyla girişim ve kontrol grubuna atanan katılımcılar ikinci sınıftan belirlenmiştir. Kontrol grubuna atanan öğrenciler çalışmanın ilerlemesi ve pandeminin gelişmesi nedeniyle üçüncü sınıftayken çalışmamıza dahil olmuşlardır. Kontrol grubundaki öğrenciler de girişim grubundaki öğrencilerin çalışma kapsamına alınmayan öğrencilerden randomize edilerek oluşturulmuş ve öğrecilerin birbiriyle etkileşimi biasını önlemek için bir sonraki dönemde çevrimiçi CSÜS eğitimi gerçekleştirilmiştir. Akran grubuna dahil olan girişim ve kontrol grubundaki öğrenciler kalabalik bi fakülte olması nedeniyle yoğunluklu olarak (%37,6) hukuk fakültesine kayıtlı öğrencilerden oluşmaktadır (Tablo 4.4-1).

Öğrencilerin medeni durumları incelendiğinde birçoğunun bekar (%76,4) veya partneriyle birlikte (%13,2) yaşadığı tespit edilmiştir. Çalışma kapsamındaki öğrencilerin üniversiteye başlamadan önce büyük oranda metropolde veya ilde (%70,5) yaşadığı, üniversiteye başladıktan sonra ise aile akraba yanında ve yurt/pansiyonda (%63,8) yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4-1). Çalışmamızın kontrol grubundaki öğrencilerin de büyük kısmı yurt ve pansiyonda yaşarken COVID-19 pandemisi nedeniyle ailesinin yanına yaşamaya başlaması nedeniyle aile akraba yanında yaşayanların sayısı yüksek izlenmektedir. Öğrenciler üniversite yaşamına başladıktan sonra aileden uzak ve yalnız bir yaşama başlamanın etkisiyle ilk defa birey olarak hareket etmeyi öğrenmektedir. Üniversite dönemi yaş itibariyle sağlık bilincinin oluşması nedeniyle yetişkinlik dönemine geçişte kritik bir noktadadır (Öztürk ve ark., 2017). Bu durum adölesan ve gençleri CSÜS rikleri açısından savunmasız hale getirmektedir. Bu noktada adölesan ve gençlerin bireyselleşme sürecinin başlangıcında CSÜS'na yönelik eğitim planlanmalı ve uygulanmalıdır. Üniversiteler HIV, CYBE ve gebeliği önleme müdaheleleri için önemli mekanlardır çünkü üniversite ortamında bulunan gençlerin riskli cinsel davranış sergileme olasılığı daha yüksektir (Grunbaum, 2000). Coyle ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan "Alternatif Okullarda Gençler Arasında Cinsel Risk Davranışlarını Azaltmaya Yönelik Müdahaleler:Randomize Kontrollü Çalışma" başlıklı çalışmada cinsel riskli davranışlar; önceki 3 ayda korunmasız cinsel ilişki sıklığı (kondomsuz vajinal

ilişki), eş türüne göre korunmasız cinsel ilişki sıklığı (son 3 ayda sabit ve değişken eşler ile prezervatif olmadan vajinal ilişki), cinsel partnerler (önceki 3 ayda korunmasız vajinal ilişkide bulunulan cinsel partner sayısı), son cinsel ilişkide kontrasepsiyon kullanımı (son vajinal ilişkide prezervatif kullanımı veya etkili bir gebelik önleme yöntemi), cinsel ilişki sıklığı (önceki 3 ayda vajinal ilişki sayısı), cinsel ilişkiye girme (şimdiye kadar vajinal ilişki yaşanması), HIV / CYBE testi (HIV ve diğer CYBE için test olma sayısı) olmak üzere detaylı şekilde ele alınmıştır. Çalışma sonuçlarına göre HIV / CYBE ve gebelik önlemeye yönelik eğitim alan grubun 6 aylık takibinde, önceki 3 ay içinde prezervatif kullanmadan cinsel ilişki deneyimleme olasılıkları kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır. Coyle ve arkadaşları'nın (2013) yapmış olduğu metodolojik açıdan güçlü çalışmanın bulgularına göre adölesanlara CSÜS eğitim müdahaleleriyle güvenli cinsel davranışlar kazandırmak mümkün olabilmektedir.

Kanıt temelli çalışmalar gençlerin sağlığa zarar veren davranışlarının sigara ve alkol kullanma davranışına kümelenerek yoğunlaştığını göstermektedir. Bu kümelenme adölesanların ya sağlığa zarar verici davranışlarda bulunmadığını ya da yüksek düzeyde sağlığa zarar verici davranışlarda bulunduğu iki ayrı uçta yoğunlaşmaktadır (Wiefferink ve ark., 2006; Conry ve ark., 2011). Jessor ve Jessor (2017) Problem Davranış Teorisi'nde adölesanların problem davranışlara erken katılımasının onların olgunluğu ve bağımsızlığı gösterme çabası ayrıca gelenekselliği reddetme girişimi olduğunu öne sürmektedir. Bu nedenle bir riskli davranışa katılan adölesanın diğer riskli davranışlara da katılabileceğini söyleyebilmek mümkündür. Akran grubunun %28'inin (n=70) düzenli olarak sigara içtiği, %28'inin (n=70) ise daha önceden sigara içmeyi denediği, %24,4'inin (n=61) hiç içmediği, %19,6'inin (n=49) ara sıra sigara içtiği saptanmıştır. Çalışmamıza dahil edilen akranların büyük çoğunluğu (88,8) gelir durumunu orta veya iyi olarak belirtmiştir (Tablo 4.4-1).

Akran grubundaki öğrencilerin birçoğu (%43,2) ara sıra alkol içtiği ve alkol içmeyi denediğini (%28,0) belirtmiştir (Tablo 4.4-1). Adölesanlar arasında alkol kullanımı, aşırı alkol içme ve alkol kullanım bozukluğu prevalansı 1990'ların sonlarından bu yana ABD'de ve diğer yüksek gelirli ülkelerde düzenli olarak azalmaktadır (Pape ve ve ark., 2018; Grucza ve ark., 2018). Türkiye'nin genel nüfusunda tütün, alkol ve madde kullanımına yönelik tutum ve davranış araştırmasına göre, yaşam boyu alkollü içecek kullanma prevalansı %22,1 olarak saptanmıştır. Erkeklerde bu oran %34,3 iken

kadınlarda %10,7 olarak saptanmış ve alkollü içecekleri ilk kez deneme yaşı gençlik döneminde (19,94) gerçekleşmektedir. Aynı araştırmada yaşam boyu tütün ve tütün ürünü (sigara, puro, pipo, nargile) kullanım prevalansı %47 olarak saptanmıştır. Erkeklerde bu oran %61,9 iken kadınlarda %32,2 olarak saptanmış ve tütün ürününü ilk kez deneme yaşının adölesan dönemde (17,85) olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmada Türkiye'de tütün ve alkol kullanımının yıllara göre neredeyse değişmediği fakat azda olsa düşüş gösterdiği belirlenmiştir (TC, İç İşleri Bakanlığı, 2018). Borodovsky ve arkadaşlarının (2019) ABD'li adölesanlar arasında son yirmi yıldaki madde kullanımı, suç içeren davranışlar ve rastgele cinsel ilişki davranışlarının eğiliminin incelendiği çalışmada alkol, tütün ve kokain kullanım prevalansının 1999'dan 2017'ye kadar istikrarlı bir şekilde azaldığı saptanmıştır. Örneğin, son 30 günlük sigara kullanımının yaygınlığı 1999'da %35,0 iken 2017'de %8,6'ya düşmüştür. Son 30 günlük alkol kullanımının yaygınlığı 1999'da %50 iken 2017'de %35'e düşmüştür. Türkiye'de adölesan ve gençlerle yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde Koca ve Oğuzöncül (2015) tarafından gençlerin sigara, alkol, madde kullanımı, madde kullanımına etki eden etmenler ve aileden aldıkları sosyal desteğin etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada gençlerin %16,9'unun halen alkollü içki kullandığı belirlenmiştir, benzer olarak araştırmamız kapsamındaki gençlerin de %10,5'inin düzenli alkol kullandığı saptanmıştır.

KKTC'deki adölesanların madde kullanımı prevalansı araştırmasında, yaşam boyu en az bir kez sigara kullanma oranı 1996'da %45,7 iken 2015'te %33'e düştüğü, alkol kullanım oranı ise 1996'da %80,8 iken 2015'te %70,7'ye düştüğü belirlenmiştir (Cakici ve ark., 2017). Çalışmamıza katılan öğrencilerin yaşam boyu en az bir kez sigara kullanma oranı %75,9 bugüne kadar en az bir defa alkol kullanma oranı %80,4 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamız kapsamındaki gençlerinlerin düzenli olarak sigara ve alkol kullanma oranı benzer çalışmalara yakın iken yaşam boyu en az bir kez sigara ve alkol kullanma oranının yüksek saptanması, öğrencilerin üniversite ortamına geçtikleri sırada sigara ve alkol kullanmayı en az bir kez denemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 4.4-1).

Liang ve arkadaşlarının 2019 yılında Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (Demographic and Health Surveys), Çoklu Göstergeli Küme Araştırmaları (Multiple Indicator Cluster Surveys) ve Dünya Nüfus Beklentileri (World Population Prospects) veri kaynaklarını kullanarak yaptığı çalışmaya göre, küresel, ulusal ve yerel düzeyde

temel CSÜS göstergelerinin eğilim analizi, adölesan kızların 25 yıl öncesine kıyasla bugün daha geç evlenme, ilk cinsel deneyimlerini ve ilk doğumlarını erteleme olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu çalışmaya göre kontraseptif kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. 1994 yılından bu yana en az üç ulusal anket yapılan otuz beş ülkeden yirmi dokuzu adölesanların ilk cinsel ilişki yaşının düşüş eğiliminde olduğunu göstermektedir. Özellikle 15 yaş öncesi cinsel ilişki deneyimi erken yaşta cinsel ilişki olması açısından CSÜS korunması ve geliştirilmesi için önemli kabul edilmektedir. Ankete katılan altı ülkenin beşinde 15 yaşından önce cinsel ilişki deneyimleyen kızların oranının arttığı tek bölgenin Latin Amerika olduğu belirlenmiştir. Latin Amerika'daki en büyük artış ise 15 yaş altı cinsel deneyim yaşayan kızların 1995'te %9'dan 2015'te %17'ye yükseldiği Kolombiya olmuş onu Dominik Cumhuriyeti ve Haiti takip etmiştir. Batı ve Orta Afrika'da, yirmi dört ülkeden yirmi üçünde 15 yaşından önce cinsel ilişki deneyimi bildirenlerde düşüş görülmüştür. Afrika'nın tamamının incelendiğinde adölesanlar arasındaki en yüksek cinsel ilişki oranına Sahra Altı Afrika sahiptir. Sahra Altı Afrika, Afrika'nın diğer bölgeleriyle karşılaştırıldığında, bölgedeki çocuk evlilik oranlarının daha yüksek olması nedeniyle, erken yaşta cinsel ilişkinin evlilik bağlamında meydana geldiğini göstermektedir. Dünya çapında erken yaşta cinsel ilişkide büyük ilerlemeler meydana gelmiş olsa da bazı ülkelerde ilerleme yetersizdir. Çad'da 18 yaş altı cinsel ilişki oranı 1996'da %33 iken 2015'te %29'a düşerek dünya çapında en yüksek ulusal oran olarak kalmıştır (Liang ve ark., 2019).

ABD, İskoçya, Finlandiya, Fransa ve Polonya'da 15 yaşındaki adölesanlar ile yapılan araştırma, cinsel ilişki prevalansının %18,1 (Finlandiya) ile %33,1 (İskoçya) arasında değiştiği saptanmış (Madkour ve ark., 2010). Bununla birlikte, Hong Kong'daki, adölesanlarda (10-19 yaş) cinsel ilişki prevalansı yalnızca %3,4 olarak saptanmıştır (Leung ve Lin, 2019). Türkiye'de üniversite öğrencilerinin cinsel ilişki deneyimine yönelik yapılan araştırmalar incelendiğinde bu oranın %17,3 ile %50,3 arasında değiştiği görülmektedir (Ozcan ve ark., 2016; Bal Yılmaz ve ark., 2010; Siyez ve Siyez, 2009). Çalışmamıza benzer özellikte Aşçı ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu çalışmada gençlerin ilk cinsel ilişki yaşı 17,71 olarak saptanmıştır. Aşut ve arkadaşları (2019) tarafından KKTC'de yapılan çalışmada ise ilk cinsel ilişki yaşı 17,1 olarak belirlenmiştir. Çalışmamıza katılan ve cinsel aktif olan öğrencilerin ilk cinsel ilişki yaşı 14 – 23 yaş arasında değişmekle birlikte gençlerin ilk cinsel ilişki yaş ortalaması 17,01 olarak tespit

edilmiştir (Tablo 4.4-5). Girişim ve kontrol grupları arasında ilk cinsel ilişki yaşı bakımından istatistiksel fark tespit edilmemiştir (p>0,05). Türkiye yapılan bir çok ve KKTC'de yapılan her iki çalışmada da ilk cinsel ilişki yaş ortalaması çalışmamızdaki değere (17,01) benzer olarak belirlenmiştir. KKTC'deki üniversitelerin Türkçe bölümlerine kayıtlı öğrencilerin bir çoğunun Türkiye'den gelen öğrecilerden oluştuğu düşünüldüğünde bu sonuç şaşırtıcı değildir.

5.4.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığıyla İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Batı Avrupada CSÜS konularında bilgi kaynağını okul olarak belirten gençlerin yüzdesi Hollanda'da %93, Belçika'da %86, Avusturya'da %84 ile ilk sırada yer almakla birlikte CSÜS eğitiminin türü kapsamlı cinsel eğitimdir. İngiltere, Ukrayna, İspanya'da CSÜS bilgi kaynağını okul olarak belirten gençlerin oranı sırasıyla %40, %33, %22'dir ve eğitim türü kapsamlı olmayan cinsel sağlık eğitimidir. Bulgaristan'da gençlerin %25'i, Gürcistan'da ise %10'u okulda cinsel sağlık eğitimi almadığını belirtmiştir (Ketting ve ark., 2020). Ketting ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu çalışmada Avrupa Bölgesindeki kapsamlı cinsel eğitim programlarının etkinliği incelenmiş, dokuz ülkede kapsamlı cinsel eğitim, sekiz ülkede ise kapsamlı olmayan CSÜS eğitimi verilmiş ya da CSÜS eğitimi verilmediği saptanmıştır. Çalışmanın bulgularına göre, okulda kapsamlı cinsel eğitim alan gençlerin oral kontraseptif ve kondom kullanım CSÜS eğitimi almayan gruba göre yüksek olduğu saptanmıştır. Okulda kapsamlı cinsel eğitim alan gençlerin oral kontraseptif oranı %43,2 iken kapsamlı olmayan CSÜS eğitimi alan ya da CSÜS eğitimi almayan gençlerin %18 saptanmıştır. Aynı çalışmada cinsel ilişki yaşı ve adölesan doğum oranı kapsamlı olmayan CSÜS eğitimi alan ya da CSÜS eğitimi almayan gruba göre düşük seyretmiştir. Kapsamlı cinsel eğitim alan gençlerin adölesan doğum oranı %6,9 iken kapsamlı olmayan CSÜS eğitimi alan ya da CSÜS eğitimi almayan gençlerin %18,1 olarak tespit edilmiştir (Ketting ve ark., 2020).

Yurt dışındaki okullarda kapsamlı cinsel eğitim programları yer alırken Türkiye'de bazı proje temelli faaliyetler dışında okullarda, örgün eğitim müfredatın bir parçası olarak CSÜS eğitimi verilmemektedir. Bununla birlikte, CSÜS üzerine üniversitelerde yapılan çalışmalar olumlu etkiler ortaya koymuştur (Kızıltoprak, 2007; Ozan ve ark., 2010; Özalp ve ark., 2012; Pınar ve Taşkın 2011, Öztürk ve Siyez, 2015; Esen ve Siyez, 2017). Çalışmamız kapsamına alınan öğrencilerin büyük çoğunluğu

(%93,6) okulda CSÜS eğitimi verilmesi gerektiğini belirtmiştir (Tablo 4.4-2). Çalışmamıza benzer olarak Duman ve arkadaşlarının (2015) üniversiteli gençlerde cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin bilgi, tutum ve davranışları incelendiği araştırmaya katılan öğrencilerin CSÜS konularına ilişkin herhangi bir eğitim almadığı (%51,6), ancak öğrencilerin yaklaşık yarısının (%44,0) eğitim ihtiyacı hissettiği belirlenmiştir. Özcan ve arkadaşlarının (2016) üniversite öğrencilerinin üreme ve cinsel sağlığa yönelik bilgi düzeyini incelediği çalışmasında, öğrencilerin %56'sı (kız=%66,4, erkek=33,6) CSÜS ile ilgili bilgi düzeyini yetersiz bulmakta ve %76,4'ü okullarda CSÜS eğitimi verilmesi gerektiğini belirtmektedir. Araştırmamız kapsamındaki akranların %47,6'sı çalışmamıza katılana kadar CSÜS ile ilgili bilgi almadığını belirtmiştir (Tablo 4.4-2). KKTC'de Akalpler ve Eroğlu (2015) tarafından Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde üniversite öğrencilerinin cinsel davranışları ve yaygın CYBE'a ilişkin bilgi düzeyleri üzerine yapılan çalışmada öğrencilerin yaklaşık yarısının CYBE'lara yönelik bilgi almadığı belirlenmiştir (Akalpler ve Eroğlu, 2015). Çalışmamız kapsamındaki öğrencilerin %64,4'ü (n=161) CSÜS'na yönelik bilgisini yetersiz bulmaktadır (Tablo 4.4-2). 2009 yılında Pınar ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin %81,9'u üniversitede cinsel sağlığa ilişkin bilgi verilmesini istemektedir. Aynı çalışmada öğrenciler CSÜS'na yönelik bilgiyi çoğunlukla anne-baba ve sağlık personelinden almak istediğini belirtmiştir.

Geleneksel toplumların cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularını tartışmayı açık kılmaması, yoğun zihinsel strese neden olabilecek duyguların bastırılmasına yol açmakta ve konuyla ilgili yeterli bilgi ve donanıma sahip olmayan kişilerden tavsiye almaya yol açmaktadır (Maqbool ve ark., 2019). Türkiye'deki ebeveynler çocuklarına CSÜS ile ilgili eğitim verilirse erken cinsel deneyim yaşama riskinden endişe duymakta fakat okulda CSÜS eğitimi sağlanmasına tamamen karşı çıkmamamaktadır. Ebeveynler okullarda verilecek olan CSÜS eğitiminin içeriği konusunda fikirlerinin alınmasını ve eğitimin içeriğinde aile içindeki roller ve ilişkiler, ebeveynlerin sorumlulukları konularından oluşan bir eğitim planı tercih etmektedir (Çuhadaroğlu, 2017). McKay ve Bissell tarafından (2010) farklı türde cinsel sağlığı geliştirme müdahalelerinin etkisinin incelendiği 174 çalışmanın metaanalizinde CSÜS programlarının cinsel davranış sıklığını veya cinsel partner sayısını arttırmadığını ortaya koymuştur. Aksine cinsel davranışları geciktirdiği veya azalttığı ve / veya prezervatif veya kontraseptif kullanımını artırdığı belirlenmiştir. Akran grubundaki katılımcılarımızın neredeyse yarısına yakınının (%42,5)

CSÜS sorunlarıyla ilgili aileleriyle konuşmadığı saptanmıştır (Tablo 4.4-2). Yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde de öğrecilerin CSÜS ile ilgili konuları aileleriyle konuşmadığı (Pınar ve ark., 2009; Vivancos ve ark., 2013; Duman ve ark., 2015; Karasu, 2017), hatta %59,6'sının cinsel konuları konuşmaktan rahatsızlık duyduğu belirlenmiştir (Duman ve ark., 2015). Adölesan-ebeveyn arasındaki iletişimin güçlü olması cinsellik ve üreme sağlığı sorunları hakkında ebeveynleriyle konuşabilmesi adölesanların riskli CSÜS davranışlarından kaçınmasına yardımcı olduğu bilinmektedir. Adölesanların riskli cinsel davranışlara katılması, CYBE, istenmeyen gebelikler, cinsel ilişki ve cinselliğin olumsuz sonuçlarının, üreme sağlığı sorunlarının erken yönetiminin gecikmesine veya yokluğuna neden olmaktadır (Kusheta, 2019). Çalışmamız kapsamındaki öğrencilerin CSÜS konularını aileleriyle konuşanlardan %17,6'sinin (n=53) sadece annesiyle konuştuğu belirlenmiştir.

Araştırmamız girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin CSÜS ile ilgili bilgileri kimden öğrendiği sorgulandığında çoğunluğunun iletişim araçlarından (%32,2) ve arkadaşlarından (%28,3) öğrendiği saptanmıştır. Karasu'nun (2017) çalışmasında öğrencilerin bilgi kaynakları, okul, internet ve arkadaşlar olarak saptanmıştır. Duman ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında öğrencilerin cinsel konuları en fazla konuştuğu kişiler arkadaş (%52,5) ve anne (%29,7) olarak saptanmıştır. Ailelerinden CSÜS konularıyla ilgili bilgi alamayan gençler, oluşan bu bilgi açığını internet ve arkadaşları üzerinden ya da güvenilir olmayan kaynaklardan kapatmaya çalışmaktadır (Karasu, 2017). Akalpler ve Eroğlu'nun (2015) KKTC'de yaptığı çalışmada ise öğrencilerin %59,7'si CSÜS'na yönelik bilgileri eğitim almış kişiler tarafından almak istemektedir. Çalışmamızda da benzer şekilde CSÜS ile ilgili bilgilerin kimden öğrenmek istendiği sorgulandığında öğrencilerin büyük çoğunluğu sağlık personeli (%34,6) yanıtı vermiştir (Tablo 4.4-2). Toplumumuzda öğrencilerle yapılan çalışmalar incelendiğinde CSÜS'na yönelik bilgilerinin yetersizliği, bilgi edinilmişse de edinilen bilgilerin güvenilir kaynaklardan edinilmediği ve CSÜS konularının ailelerle konuşulmadığı görülmektedir (Pınar ve ark., 2009; Duman ve ark., 2015; Akalpler ve Eroğlu, 2015; Aslan ve ark., 2014; Karasu, 2017; Yaşar, 2019). Özellikle ortaya çıkan bilgi açığının, öğrencilerin isteğine de uygun olarak CSÜS eğitimi almış, bilgili, donanımlı yargılayıcı olmayan sağlık personeli tarafından kapatılması büyük önem arz etmektedir. Bunun yanında bir çok sağlık personelinin CSÜS yönelik iletişim ve eğitim kısıtlılığı olduğu bilinmektedir. Sağlık personeli ve hemşireler içerisinde yaşadığı toplumun cinselliğe bakış açısından doğal olarak etkilenmekte ve

hemşirelik eğitimi sırasında CSÜS ile ilgili yeterli bilgi ve beceri yeterliliği olmadan mezun olabilmektedir. O nedenle gençlere CSÜS ile ilgili merkezlerinde hizmet verecek sağlık profesyonelleri ve hemşirelerin bu bilgi ve donanım açığını kapatması gerekmektedir.

Üniversiteler, adölesan dönemden gençlik dönemine adım atan bireylerin birarada bulunduğu, insan yaşamının kronolojik geçiş dönemlerine uygun olarak normal karşılanabilecek riskli davranışlara katılma, yeni alışkanlıkların kazanılması ya da yeni bilgi ve tutumların oluşturulmasının mümkün olabileceği bir ortam sağlamaktadır. Bu noktada üniversitedeki genclerin CSÜS ihtiyaçlarını karşılamak önem arzetmektedir. Çalışmamızdaki öğrencilerin CSÜS akran eğitimi programında yer alması gereken ve ihtiyaç duydukları konuların en başında kontraseptif yöntemler (%30,6) gelmektedir. Ardından sırasıyla CYBE/CYBH (%29,0) cinsel sağlık (%9,5), cinsel ilişki ve cinsel haz (%6,8), HIV/AIDS (%6,2), üreme sağlığı (%5,0), cinsel eğitim (%3,5), gebelik fizyolojisi ve istenmeyen gebelik (%2,5), güvenli cinsel davranışlar (%2,5), cinsel mitler (%2,0), mestrüasyon düzensizlikleri (%1,4), hijyen (%0,6), cinsel işlev bozukluğu (%0,4) olarak iletmişlerdir. Çalışma gruplarının CSÜS akran eğitimi programında yer alması gereken ve ihtiyaç duydukları konularda istatistiksel fark belirlenmiştir (Tablo 4.4-2). Oğuzkaya Artan ve Baykan'ın (2010) yaptığı çalışmada öğrencilerin %67,4'ü CYBH hakkında bilgi edinme ihtiyacı hissettiği saptanmıştır. Çalışmamızdaki gençlerin bu tarz işbirlikçi, katılımcı, eğitici aktivitelere katılım isteği, akran eğiticilere gelen soru ve sorunlar, eğitimlerin devamının talep edilmesi, tüm adaya yayılması ihtiyacı yönünde gelen olumlu geri bildirimler bu ihtiyaca dikkat çekmektedir. KKTC'deki üniversitelerde ve ada genelinde sosyal projelerin olmayışı ve sosyal hayatın kısıtlı olarak südürülmesi çalışmamıza katılan tüm adölesan ve gençlerin çalışmamızı sosyal bir proje gibi görerek sıkılmadan ve etkileşimli şekilde eğitim ve izlemlere katılmalarına olanak sağlamıştır.

5.4.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSÜS Deneyimi ve Durumlarıyla İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Cinsellik, değerlerin, tutumların, duyguların, etkileşimlerin ve davranışların tamamının birbiriyle olan uyumuyla yakından ilişkilidir. Özellikle cinsellikle ilgili olumlu tutum ve davranış geliştirmek için aile-adölesan arasındaki iletişim CSÜS sağlığı açısından kritik bir noktadır. Kusheta ve arkadaşlarının (2019) cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunlarının faktörleri üzerine adölesan-ebeveyn iletişimi çalışmasında, genç

dostu cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri kullanımı ile katılımcıların CSÜS hakkındaki bilgileri, adölesan-ebeveyn iletişimi ile önemli oranda ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde, genç dostu cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri kullanmayanların, bu hizmeti kullananlara kıyasla ebeveynleriyle sağlıklı iletişim kurma olasılıkları yaklaşık %54 daha düşük tespit edilmiştir. Alt sınıf (9. sınıf) katılımcıların, daha yüksek sınıflardaki katılımcılara (12. sınıf ve üstü) kıyasla ebeveynleriyle cinsel ve üreme sorunları hakkında iletişim kurma olasılıkları yaklaşık 3 kat daha fazla saptanmıştır (Kusheta ve ark., 2019). Bu durum CSÜS eğitimin adölesan dönemin başına çekilirse daha yararlı olacağını göstermektedir. Çalışmamız kapsamındaki öğrencilerin %22'si (n=55) CSÜS konularında en az bir sorun yaşadığını bildirmiştir. Yaşanılan sorunlarının en başında ise mestrüasyon düzensizliği (%30,9) ardından CYBH (%30,9) ve dismenore (%25,4) son olarak ise cinsel işlev bozukluklarının (%12,8) geldiği saptanmıştır (Tablo 4.4-3).

Vücut fonksiyonları, yapıları ve cinsellikleri hakkındaki sınırlı bilgi, adölesanları üreme sağlığı sorunlarına karşı savunmasız hale getirmektedir (Maqbool ve ark., 2019). Toplum ve aile içerisinde üreme sağlığı konusunda açık konuşulmaması, adölesan ve gençlik döneminin artan risk alma davranışlarıyla kesişmesi ile birlikte üreme sağlığı sorunları sık yaşanmaktadır. Çalışmamızdaki akranların CSÜS ile ilgili sorun yaşaması durumunda genellikle hastaneye (%36,3) başvurduğu saptanmıştır. Yaşanılan CSÜS sorunlarının ise büyük oranda (%74,6) devam etmediği saptanmıştır (Tablo 4.4-3). Çalışmamız kapsamındaki öğrenciler, bir erkeğin evlilik öncesi cinsel deneyimi olmasını büyük oranda (%82,8) normal karşılamakta fakat bir kadının evlilik öncesi cinsel deneyimi olmasını normal karşılamayıp karşıt (%58,0) görüşte olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.4-3). Kouta ve Tolma (2008) tarafından yapılan çalışmada, katılımcıların %54'ü bir erkeğin evlilik öncesi cinsel ilişki deneyiminin olmasını kabul edilebilir bulurken, yalnızca %36'sı bir kadının evlilik öncesi cinsel ilişki deneyiminin olmasını normal bulmaktadır. Pınar ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada öğrencilerin evlilik öncesi cinsel deneyimi normal karşılayanların oranı %41,9 olarak belirlenmiştir. Evlilik öncesi cinsel deneyimi normal karşılayan erkeklerin oranı %51 iken kızlarda bu oran %33,4 olarak belirlenmiştir.

25 Sahra altı Afrika ülkesi, üç Latin Amerika ve Karayipler ve biri Orta ve Güney Asya dahil olmak üzere 29 ülkedeki adölesanlar arasında, evlilik dışı veya birlikte

yaşanmayan bir partnerle cinsel ilişki deneyiminde genel bir azalma ve prezervatif kullanımda artış tespit edilmiştir. 1999-2018 yılları arasında, prezervatif kullanan adölesan kızların oranı %27'den %37'ye, erkeklerin ise %35'ten %48'e yükselmiştir (Liang ve ark., 2019). Çalışmamızdaki girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin %54'ünün (n=135) daha önce cinsel ilişki deneyimi yaşadığı, 46'sının (n=115) cinsel ilişki deneyimi yaşamadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4-3). Katılımcılarımızın ilk cinsel deneyimini kiminle yaşadığı sorgulandığında ise %63,7'sinin (n=86) sevgilisiyle, %22,9'unun (n=31) de tanımadığı bir kişiyle para karşılığında yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.4-3). ABD'nde adölesanların cinsel aktivitesi ve adölesan doğumları ve gebeliklerinin 1991'den itibaren 2012 yılına kadar azaldığı belirlenmiştir. Adölesan doğum oranlarındaki düşüş, cinsel olarak aktif gençlerin ilk cinsel ilişki deneyiminde ve hayat boyu cinsel ilişki sırasında prezervatif ve hormonal doğum kontrol yöntemlerinin kullanımının artmasını yansıtmaktadır (Chin ve ark., 2012). ABD'ndeki 15-19 yaş adölesanların yaklaşık %45'inin, karşı cinsten bir partnerle vajinal cinsel ilişki yaşadığı tahmin edilmektedir (Marcell ve Burstein, 2017). Türkiye'de Kızıltoprak ve Şimşek (2011) tarafından yapılan çalışmada ise öğrencilerin %43,1'inin seks işçisiyle, %43,3'ünün yakın arkadaş ya da sevgilisi ile ilk cinsel ilişki deneyimi yaşadığı belirtilmiştir. Gençlerin ilk cinsel deneyimini tanımadığı bir kişiyle para karşılığında gerçekleştirmesi birçok cinsel riski beraberinde getirmektedir. Çalışmamızda Kızıltoprak ve Şimşek (2011) tarafından yapılan çalışmadan daha düşük olmakla birlikte yüksek olarak saptanmıştır. Çalışmamızdaki cinsel aktif öğrencilerin ilk cinsel deneyim sırasında %48,8'inin (n=66) kontraseptif bir yöntem kullandığı, %42,3'nin ise (n=57) kontraseptif bir yöntem kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 4.4-3). Wilson ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmasında kızların %55'inin ve erkeklerin %43'ünün CSÜS'na yönelik bilgi kaynağı ebeveynler ve öğretmenler olduğu ve kızların %59'u doğum kontrolü hakkında bilgi almak isterken, erkeklerin %66'sı CYBE / HIV hakkında bilgi talep ettiği saptanmıştır. Lindberg ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada 15-19 yaş adölesanların %80'inden fazlası CYBE, HIV veya cinsel ilişkiye nasıl "hayır" diyecekleri hakkında resmi eğitim aldığı, ancak erkeklerin sadece %55'inin ve kızların %60'ının kontraseptif yöntemler ve doğum kontrolü hakkında eğitim aldığı saptanmıştır.

Young ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan ve adölesanlar arasında cinsel ilişki, cinsel ilişkiye başlama yaşı ve kontrasepsiyon çalışmasından elde edilen bulgular, cinsel aktif gençlerin yaklaşık %80'inin son cinsel ilişki sırasında prezervatif

kullandığını, erkeklerin beşte biri ve kızların dörtte birinin doğum kontrol hapı kullandığı ve yaklaşık %14'ünün geri çekme yöntemini kullandığı bildirilmiştir. Bunun yanında erkeklerin yaklaşık %10'u ve kızların %6'sı son cinsel ilişki sırasında hiçbir kontraseptif yönteme başvurmamıştır (Young ve ark., 2018). Ülkemizdeki sağlık sistemi içerisinde gençlere yönelik ücretsiz danışmanlık ve hizmet birimlerinin eksikliği, üniversitelerimizde de CSÜS merkezlerinin olmayışı öğrencilerin kontraseptif yöntemlere erişimini oldukça kısıtlamaktadır. Çalışmamız kapsamında öğrencilerin diledikleri kadar alabilecekleri kondom sağlanmış ve kontraseptif yöntemlere yönelik tüm sorular direkt ya da gizli olarak yöneltildiğinde yanıtlanmış ve bilgilendirme sağlanmıştır. Bu konuda akran eğiticilere yöneltilen ve onların yanıtlayamayacakları detaylı soru durumlarında ve kontrol grubundan direkt araştırmacıya yöneltilen konularda kontraseptif danışmanlık sağlanmıştır. Çalışmamızın akran katılımcılarının %69,6'sinin (n=94) düzenli bir cinsel yaşama sahip olduğu ve yarısından fazlasının %57,9'unun (n=66) düzenli olarak kontraseptif yöntem kullanmadığı tespit edilmiştir. Düzenli olarak kontraseptif yöntem kullananların ise büyük çoğunluğunun (%81,2) kondom kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.4-4). Ketting ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan prevalans çalışmada kapsamlı cinsel eğitim alan gençlerin kondom kullanım oranı %68,2 iken kapsamlı olmayan CSÜS eğitimi alan ya da CSÜS eğitimi almayan gençlerin %65,4 oranında belirlenmiştir. Dolayısıyla kontraseptif yöntemlere yönelik bilgisizlik ilk cinsel ilişki sırasında ve yaşam boyu kullanım oranını düşürmektedir. Çalışmamızdaki akranların düzenli olarak kontraseptif yöntem kullanmamasının ilk üç nedeni, doğallığı bozacağı (%46), kendine uygun kontraseptif yöntem bulamama (%25,9), kontraseptif yöntemler hakkında bilgi eksikliği (%24,8) olarak görülebilmektedir (Tablo 4.4-4). Çalışmamızdaki katılımcıların kontraseptif yöntem kullanmama sebebi olarak ilk sırada doğallığı bozacağı düşüncesini iletmiş olmalarının sebebinin toplumun cinsellik konusunda geleneksel bir tutum sergilemesinden kaynaklandığı düşünülmeketedir. Kondom kullanımının, cinselliğin doğal akışına uygun olmadığı ve cinsel ilişkinin ahengini ve doğallığını bozacağı düşüncesiyle CSÜS eğitimi öncesi yaygın bir yanılgı olarak karşılaşılmıştır. Bununla birlikte genç kızlarda kombine oral kontraseptiflerin kullanılmasının infertiliteye yol açabileceği düşüncesinin yaygın olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmamızdaki öğrencilerin ya da partnerlerinin %97,7'sinin (n=132) istenmeyen gebelik yaşamadığı %2,3'ünün (n=3) ise istenmeyen gebelik yaşadığı

saptanmıştır. İstenmeyen gebeliğin sonlanma şeklinin incelendiği zaman ise çiftlerin anlaşarak küretaj yaptırdığı (%100) saptanmıştır (Tablo 4.4-4). ABD'nde bildirilen Chlamydia vakalarının %65'i ve gonore vakalarının %50'si 15 ila 24 yaş arasında görülmektedir. Adölesan doğum oranları, son 70 yılın en düşük oranları olsa da sanayileşmiş ülkeler arasında en yüksek sırada yer almaktadır (CDC, 2015). ABD'nde 15-17 yaş aralığındaki gebeliklerin %88'i istenmeyen gebelik olmaya devam etmektedir (Finer ve Zolna, 2011). Çalışmamıza benzer şekilde Aslan ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmasında cinsel aktif kız öğrencilerin %3,8'i (n=13) küretaj deneyimlerinin olduğu belirlenmiştir.

5.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSÜS Eğitimi Öncesi, Sonrası ve İzlemdeki Cinsel Sağlık Bilgi Testi Yanıtlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızın girişim grubundaki öğrencilerinin CSÜS akran eğitimi alınmadan önce CSBT'nin cinsel kimlik gelişimi kategorisindeki 3. (Çocuğun kendi cinsiyetini fark ettiği ve cinsellikle ilgili ilk sorularını sorduğu dönem aşağıdakilerden hangisidir?) soruya %92 oranında, cinsel yönelim kategorisindeki 9. ('Sosyal yönden kadın ve erkeğe verilen roller ve sorumluluklar' olarak tanımlanan kavram aşağıdakilerden hangisidir?) soruya %82,4 oranında ve yine CSBT'nin cinsel kimlik gelişimi kategorisindeki 10. (Kastrasyon/iğdiş edilme (penisin kesilmesi) korkusu nedeniyle erkek çocuklarına sünnet yapılmasının sakıncalı olacağı dönem aşağıdakilerden hangisidir?) soruya %82,4 oranında yanlış cevap verildiği belirlenmiştir (Tablo 4.5-1). Aynı soruların eğitim sonrasında yanlış yanıtlama oranları oranlar sırasıyla %21,6, %11,2 ve %11,2'ye gerilemiştir. Özkan ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmanın bulgularına göre eğitim almayan grubun 3. soruya verdiği yanlış cevap oranı %66,7 iken eğitim alan grubun yanlış oranı %37,9 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada eğitim almayan grup 9. soruya %38,9 oranında yanlış cevap verirken eğitim alan grupta bu oran %5,2 olarak belirtilmiştir. Gruplara göre 10. soruya verilen yanlış cevaplar incelendiğinde ise eğitim almayan grupta %75,9, eğitim alan grupta ise %46,6 olarak görülmektedir. Yazarlar tarafından yapılan çalışmada da bizim çalışmamızda da 3. ve 10. soruların yanlış cevaplanma oranı yüksek kalmıştır.

Kontrol grubundaki katılımcılarımızın CSÜS akran eğitimine alınmadan önce en fazla CSBT'nin cinsel kimlik gelişimi kategorisindeki 3. (Çocuğun kendi cinsiyetini fark ettiği ve cinsellikle ilgili ilk sorularını sorduğu dönem aşağıdakilerden hangisidir?) soruya

%80 oranında ve CYBE kategorisindeki 32. (Aşağıdaki vücut sıvılarından hangisi CYBE'ların kişiden kişiye taşınmasında en az etkilidir?) soruya %76 oranında yanlış yanıt verdiği belirlenmiştir. Eğitim sonrası 3. soruyu yanlış cevaplayanların oranı %81,6 ile neredeyse aynı kalmış 32. sorunun yanlış cevaplanma oranı %64 olarak azalmıştır (Tablo 4.5-1). Çalışmamızla benzer özellikte Özkan ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada eğitim almayan grubun 3. soruya verdiği yanlış cevap oranı %66,7 iken eğitim alan grubun yanlış oranı %37,9 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmadaki 32. soruya eğitim almayan gruptaki öğrencilerin yanlış cevap verme oranı %79,6 iken eğitim alan grubun %79,3 olarak belirlenmiştir.

Girişim grubundaki öğrencilerin yanlış cevaplarının her ikisi de cinsel kimlik gelişimi kategorisindeki soru 3, 10 ve cinsel yönelim kategorisindeki soru 9'dan oluşmaktadır. Kontrol grubundaki öğrencilerin yanlış cevaplarıysa yine cinsel kimlik gelişimi kategorisindeki 3. ve CYBE kategorisindeki 32. soruda toplandığı görülebilmektedir (Tablo 4.6-1). Bu belirlenen kategorilerdeki bilgi eksikliği hem akran eğiticilerde hem girişim hem de kontrol grubunda CSÜS akran eğitimi programı kapsamında giderilmiştir. Çalışmamızda akran eğitimini vermek üzere eğitilen akran eğiticilerin, CSÜS akran eğitici eğitimi öncesi CSBT puanı ortalaması 22,04±0,10 iken eğitim sonrası CSBT puanı ortalaması 36,00±0,07 olarak saptanmıştır. CSBT puanı ortalamaları arasında istatistiksel fark anlamlı saptanmıştır (p=0,01). Tüm bu nedenler bizim toplumumuzdaki gençlere CSÜS eğitimi, hizmeti ve danışmanlığı sağlanırken bu parametrelerin tamamlanmasına ve özellikle tüm katılımcılarda bilgi eksikliği saptanan cinsel kimlik gelişimine önem verilmesi gerekmektedir.

5.6. Girişim ve Kontrol Grubundaki Ögrencilerin Cinsel Sağlık Bilgi Testi ve Üreme Sağlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde girişim ve kontol grubundaki öğrencilerin CSÜS eğitimi öncesi, sonrası ve ilk izlemdeki cinsel sağlık bilgi testi yanıtlarına ilişkin bulguların tartışması verilmiştir. Ardından CSÜS eğitiminin CSBT puanlarına etkisine ilişkin bulguların tartışmasına yer verilmiştir. Daha sonra girişim ve kontol grubundaki öğrencilerin CSÜS eğitimi öncesi, sonrası, ilk ve ikinci izlemdeki üreme sağlığı ölçeği yanıtlarına ilişkin bulguların tartışması gerçekleştirilmiştir. Ardından CSÜS eğitiminin ÜSÖ puanlarına etkisine ilişkin bulgularin tartısması yapılmıştır. Daha sonra girişim ve kontrol grubunun

CSBT ile ÜSÖ arasındaki ilişkinin tartışması izlenebilmektedir. Ek olarak girişim ve kontrol grubunun ilk cinsel ilişki yaşı ile ÜSÖ son test arasındaki ilişki tartışılmıştır.

5.6.1. Girişim Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi CSBT Puanı Ortalamaları ve İlişkisinin Tartışılması

Akran eğiticiler, duyguların, tutumların ve inançların açıkça ifade edilmesine ve tartışılmasına izin vermelidir. Hedef grupla ilişki kurarken şakaların ve mizahın faydasının da farkında olmalıdır. Bununla birlikte, eğitimsel sonuçlar büyük ölçüde akranlarla olan ilişkiye bağlı olacaktır (Zangiabadizade, 2012). Çalışmamız kapsamına alınan girişim grubundaki öğrencilerin CSÜS akran eğitimi öncesi CSBT puanı ortalaması 21,20±0,14 iken eğitim sonrası 35,20 ±0,07 olarak yükselmiş ve eğitimden üç ay sonraki izlemde 34,40±0,07 olduğu saptanmıştır. Girişim grubundaki öğrencilerin CSÜS akran eğitimi sonrasındaki ve üç ay sonrasındaki CSBT puanı ortalaması, eğitim öncesi ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (Tablo 4.6-1). Karasu ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan hemşirelik öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgilerinin incelenmesi çalışmasında Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar (CTBH) İle İlgili Bilgi Testi'yle öğrencilerin cinsel sağlık bilgileri ölçülmüştür. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36 olmakla birlikte yazarlar tarafından gerçekleştirilen çalışmada öğrencilerin CTBH bilgi testine verdikleri doğru yanıtların ortalama puanı 26,12±5,85, olarak saptanmıştır. Aynı test ile yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde Bakır ve Beji'nin (2013) yaptığı çalışmada öğrencilerin doğru yanıt ortalaması 16,64±7,00, Vural ve arkadaşlarlarının (2015) yaptığı çalışmada öğrencilerin doğru yanıt ortalaması 20,35±6,07 olarak saptanmıştır. Çalışmamız kapsamındaki girişim ve kontrol grubu öğrencilerinin CSÜS eğitim girişimi sonrası CSBT puanları Bakır ve Beji'nin (2013) ve Vural ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmaya benzer olmakla birlikte Karasu ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmadan daha düşük saptanmıştır. Bunun nedeni olarak yazarların çalışmasında örnekleme alınan grubun hemşirelik öğrencilerinden oluşması ve çalışmamızdaki bilgi testinin değerlendirme puan aralığının daha geniş olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

5.6.2. Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi CSBT Puanı Ortalamaları ve İlişkisinin Tartışılması

Mohamadi ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan "akran eğitiminin kızlarda ergenlik bilgisi ve uygulamasına etkisi" başlıklı çalışmada akran eğitimi müdahelesi

öğrencilerin ergenliğe yönelik bilgi puanı ortalaması 28,18±3,85 ve uygulama puanı ortalaması 121,59±10,32 iken akran eğitiminden bir ay sonra bilgi puanı ortalaması 31,91±3,69'a, uygulama puanı ortalaması 130,37±8,07'ye yükselmiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Ayrıca girişim ve kontrol grubunun bilgi ve uygulama puanı ortalamaları da istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,01). Çalışmamızın kontrol grubu katılımcılarının, çevrimiçi CSÜS eğitimi öncesi CSBT puanı ortalaması 21,20±0,12 iken eğitim sonrası 24,00±0,13'e yükselmiştir (Tablo 4.7-2). Yazarlar tarafından yapılan çalışmadaki bulgular çalışmamızdaki bulgularla büyük oranda benzerlik göstermektedir. Bagnall ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan "Cezaevlerinde akran eğitiminin ve akran desteğinin etkililiğinin ve maliyet etkinliğinin sistematik bir incelemesi" başlıklı çalışmasında akran eğitiminin mahkumların bilgi seviyesi üzerine etkisi bildirilmiştir. Bilgi seviyesinin ölçülmesi için standart bir ölçü yoktu fakat sorulan 43 sorudan yirmi ikisine verilen ve akran eğitimini destekleyen istatistiksel olarak önemli gelişmeler görülmüştür (RR=0,43, %95 CI:0,33, 0,56, n=949). Çalışmamızdaki girişim grubuna yönelik yüksek bulgular akran eğiticilerimizin iletişim ve eğitim başarısını göstermektedir. Akran eğiticiler aracılığıyla katılımcılara sağlanan istekleri doğrultusunda alabilecekleri kondom ve kalemlerle, akran eğitimi programının etkinliğini yanstmaktadır. Bu nedenle akran eğitimimiz finansal, entelektüel ve duygusal nedenlerin birleşimiyle çekici hale gelmiştir.

5.6.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSBT Puanı Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Okullar cinsel sağlık eğitimi ile ilgili bilgilerinin önemli ve bazı durumlarda tek güvenilir kaynağıdır. Okullarda sunulan cinsel eğitimi sunumu ve içeriğinde iyileştirilmesi gereken birkaç alan bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi CSÜS içeriğinin iyileştirilmesidir. İçeriğin iyileştirilmesi kapsamında, cinsel sağlık davranışlarının normalleştirildiği, gebelikten ve CYBE'dan koruma konusunda prezervatif kullanımı hakkında pratik ve gerçekçi bilgi verilmesi gerekmektedir. Ayrıca anatomi, fizyoloji ve adölesan dönem hakkında bilgi verilmesi gerekmektedir. Bu konularla CSÜS'na giriş yapıldıktan sonra, cinsel zevk, ilişki dinamikleri (yani cinsel karar verme ve kondom kullanımıyla ilgili iletişim) de dahil olmak üzere cinsel sağlığın duygusal yönleri hakkında bilgi verilmesi gerekmektedir. Aksi durumda CSÜS sadece olumsuz sonuçları üzerinde yoğunlaşmak gençlerin katılımcı olmadığı çok didaktik, bilimsel veya alakasız olarak nitelendirilmektedir. Çalışmamızın girişim ve kontrol

gruplarının kendi içinde içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıkları olduğu gibi gruplar arasında da istatistiksel farklılıklar bulunmaktadır. Girişim grubunun CSÜS akran eğitimi sonrası CSBT puanı ortalaması 35,20±0,07 iken, kontrol grubunun CSBT puanı ortalaması 24,00±0,14 olarak saptanmıştır. Girişim ile kontrol grubunun CSBT puan ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı tespit edilmiştir (p=0,01). Akran eğiticilerden CSÜS akran eğitimi alan girişim grubunun CSBT puanı ortalaması, araştırmacı tarafından çevrimiçi CSÜS akran eğitimi alan kontrol grubundan yüksek saptanmış ve araştırmanın hipotezi doğrulanmıştır (Tablo 4.6-3). Çalışmamızda akran eğiticiler tarafından sağlanan CSÜS akran eğitimi ve araştırmacı tarafından kontrol grubuna sağlanan çevrimiçi CSÜS eğitiminin her ikisinde de CSÜS'nın sadece olumsuz yönleri değil yaşamı bütünleyici ve etkileşimli yönleri üzerinde durulan bir eğitim modeli kullanılmıştır. Bunun yanında akran eğiticilerin bilgilerini başarıyla akranlarına aktarması girişim ve kontrol grubu arasında oluşan farkı açıklamaktadır.

Çalışmamıza benzer şekilde Özkan ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin cinsel sağlığa yönelik bilgilerinin değerlendirilmesinde CSBT kullanılmıştır ve çalışmada cinsel eğitim alan öğrencilerin puan ortalamaları 31,65±3,61, almayan öğrencilerin puan ortalamaları ise 22,85±3,52 olarak belirlenmiştir. Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p=0,000). Yazarlar tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarıyla çalışmamızdaki bulgular bu yönüyle benzerlik göstermektedir. Harper ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan toplum temelli akran eğitimi çalışmasında girişim grubunun CYBE bilgisinin kontrol grubundan daha fazla arttığını ortaya koymaktadır. Kontrol grubundaki katılımcılar başlangıçta daha fazla CYBE bilgisi bildirmiş olsalar da, girişim grubundaki katılımcıların son test ve 2 aylık izlemde daha fazla CYBE bilgisine sahip oldukları belirlenmiştir. Bonell ve arkadaşlarının (2013b) "gençler ve adölesanlar için randomize kontrollü deneme: bir kreşte gençlik gelişimi ile gönüllü hizmeti birleştiren bir genç gebeliğini önleme müdahalesi" çalışmasında girişim grubundaki kızların düşük özgüven, düşük cinsel sağlık bilgisi bildirme veya doğum kontrol hapını tartışırken güçlük bildirme olasılıkları düşük olarak saptanmıştır. Ayrıca girişim grubunda özgüven seviyesi sabit kalırken, kontrol grubunda daha düşük olduğu saptanmıştır. Guruplardaki düşük benlik saygısı cinsel deneyim ile ilişkilendirilmektedir. Özgüven sevyesi kızların erken yaşta cinsel başlangıç ve adölesan gebeliğe karşı koruyucu olabileceğini düşündürmektedir.

Salam ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan "Adölesan cinsel ve üreme sağlığının iyileştirilmesi: potansiyel müdahalelerin sistematik bir incelemesi" başlıklı çalışmada, cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimi, danışmanlığı ve kontraseptif yöntemlere erişimin sağlanmasıyla "cinsel sağlık ve kontrasepsiyon hakkında ortalama bilgi puanının", "ortalama prezervatif kullanım öz-yeterlik puanının", "herhangi bir kontrasepsiyon kullanımının" ve "prezervatif kullanımının" arttığı saptanmıştır. Aynı çalışmada müdahalelerin türüne göre grup analizi sonuçları, akran liderliğindeki danışmanlığın ortalama bilgi puanını önemli ölçüde artırdığını, ancak kontrasepsiyon kullanımını önemli ölçüde etkilemediğini göstermektedir. Çalışmamızın akran eğiticileri tarafından akran eğitimi verilen girişim grubunun CSBT puanı ortalamaları son test ve ilk izlemde kontrol grubuna göre yüksek saptanmıştır. Bu durum girişim grubundaki öğrencilerin CSÜS konusunda kendilerinin de araştırarak öğrendiklerini ve akran eğiticilerin bu konuya gerekli ilgi ve alakayı sağladığını göstermektedir. Bu nedenle de izlem ölçümünde aradaki artışın anlamlılığının devam ederek bilgilerin kalıcılığının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülebilmektedir (Tablo 4.6-1).

5.6.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin CSBT Puanlarına CSÜS Eğitiminin Etkisinin Tartışılması

Adölesanların cinsel sağlık eğitimine ilişkin algılarını etkileyen en önemli faktör, CSÜS eğitiminin yoksunluk türünde mi yoksa kapsamlı içerik türünde mi olduğudur. Adölesanlar, bilgili, açık fikirli eğitimcilerden yararlanırlarsa, rahat bir eğitim ortamı yaratırlarsa, CSÜS içeriğini en geç adölesan dönemde alırlarsa ve ilgili eğitim materyalleri verirlerse cinsel sağlık eğitim programlarını olumlu gördükleri bildirilmiştir (Corcoran ve ark., 2020). Girişim grubundaki ölçümler boyunca CSBT puanlarında görülen değişimin %85'ini ($\eta 2=0,857$) CSÜS akran eğitimi işleminin etkisini açıklamaktadır. Kontrol grubunun ön test son test CSBT puanlarında görülen değişimin %38'ini ($\eta 2=0,387$), çevrimiçi CSÜS eğitimi işleminin etkisini açıklamaktadır ve eğitimin etki düzeyinin güçlü olduğu söylenebilmektedir. Girişim grubuna yapılan akran eğitiminin etkisi kontrol grubuna yapılandan daha büyük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6-4). Çalışmamıza benzer özellik gösteren Esen ve Siyez (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmada girişim grubunun sontest cinsel sağlık bilgi testi ortalaması ile kontrol grubunun sontest ortalaması arasında da anlamlı fark saptanmıştır. Girişim grubunun cinsel sağlık bilgi testinde görülen değişimin %18'i yapılan eğitimin etkisine bağlanmıştır. Akran eğiticiler tarafından sağlanan CSÜS akran eğitimi sırası ve

sonrasında bilgilerini korumak, eğitim sırasında öğretimlerini desteklemek amacıyla dağıtılmış olan akran eğititimi rehberinin sağlanması, katılımcıların yargılayıcı olmayan rahat ve gizliliğe önem gösterilen ortamda, kondom ve kalem dağıtılmasıyla eğitim programının içinde ve dahil hissetmelerinin etkisi olarak benzer çalışmadan yüksek çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

5.6.5. Girişim Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi ÜSÖ Puanı Ortalamaları ve İlişkisinin Tartışılması

Akran eğiticiler, gençlerin, aynı gruptan akranları aracılılığıyla bilgi alırken kendilerini daha rahat hissedebilecekleri öncül düşüncesiyle CSÜS ile ilgili konularda akranlarına bilgi sunmak üzere eğitilmektedir (Kim ve Free, 2008). Çalışmamız kapsamına alınan ve akran eğiticiler tarafından CSÜS akran eğitimi uygulanan girişim grubundaki öğrencilerin ÜSÖ puanı ortalamaları arasında istatistiksel fark belirlenmiştir (F=205,2, p=0,01). Girişim grubundaki öğrencilerin CSÜS akran eğitimi öncesi ÜSÖ puanı ortalaması 130,56±0,55 iken eğitimden hemen sonra 147,90±0,25'e, eğitimden üç ay sonra 152,32±0,25'ye ve eğitimden altı ay sonra ise 152,66±0,25'ya yükseldiği saptanmıştır. Öğrencilerin CSÜS akran eğitiminin hemen sonrasındaki, üç ve altı ay sonrasındaki ÜSÖ puanı ortalaması, eğitim öncesine göre anlamlı derecede yüksek tespit edilmiştir (Tablo 4.6-6). Aşçı ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan "hemşirelik öğrencilerine akran eğiticiler ile verilen üreme sağlığı eğitiminin etkinliği" başlıklı çalışmasında ÜSÖ kullanılmıştır. Yazarların yapmış olduğu çalışma öğrencilerin eğitim öncesi ÜSÖ puanı ortalaması 146,14±15,95 iken eğitim sonrası 149,57±15,38 olarak belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,03). Aşçı ve arkadaşlarının (2016) gerçekleştirdiği çalışmadaki öğrencilerin eğitim öncesi ÜSÖ puanı ortalamasının çalışmamız kapsamındaki öğrencilerden yüksek olmasına rağmen eğitim sonrası ÜSÖ puanı ortalamalarının bezer olduğu görülmektedir, bu da çalışmamızın ÜSÖ puanı ortalamasına etkisinin büyüklüğünü göstermektedir. Yazarlar tarafından yapılan çalışmadaki ön test puanlarının yüksek olmasının nedeninin, örneklemin hemşirelik öğrencilerinden alınmış, bizim çalışmamızdaki katılımcıların ise sağlık dışı bölümlerden alınmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Akranlar arası cinsel sağlık eğitimi müdahalelerinin etkililiğine ilişkin bulgular karışıktır. Akran eğiticilerin kendileri ve gelecekteki işleri için değerli deneyimler (örneğin, referans mektupları, eğitim ve kariyer yönü), bir topluluk duygusu, kişisel

gelişim ve danışmanlık becerileri (Jaworsky ve ark., 2013) dahil olmak üzere bildirilen faydalar olsa da, akran eğitiminin adölesanlar arasında cinsel sonuçları iyileştirme üzerindeki etkisinin ikna edici olmadığı saptanmıştır (Kim ve Free, 2008). Sistematik incelemeler, akranlar arası müdahalelerin çoğunun bilgi, tutum ve niyetlerde gelişme sağladığını, ancak hiçbirinin cinsel sağlık davranışsal sonuçları üzerinde önemli olumlu etkileri olmadığını bildirmiştir (Kim ve Free, 2008; Tolli, 2012). Bizim çalışmamızda girişim grubunun cinsel davranışlarında eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı değişim gerçekleşmiş ve bu değişimin etkisi altı ay boyunca devam ederek kalıcı olmuştur (Tablo 4.6-6). Dahası kontrol grubunda da istatistiksel açıdan anlamlı değişim gerçekleşmiş olsa da girişim grubundan yüksek olmadığı belirlenmiştir (Şekil 4.7-2). Risk altındaki gençlere daha rahat ulaşmada güven oluşturmak için uygulanan 'rüzgardaki söğüt etkinliği' akran eğiticilerin akranlarının davranış değişikliğini gerçekleştirmelerinde kolaylaştırıcı güç olarak kullanılmıştır. Bu sayede akran eğiticilerimizin kendi deneyimledikleri ve içselleştirdikleri davranışları aktarmalarını sağlamıştır. Çalışmamıza benzer nitelikte Kızıltoprak ve Şimşek (2011) tarafından yapılan cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve güvenli cinsel yaşam konusunda gençlerin bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi başlıklı çalışmada eğitimin etkinliğinin saptanmasında araştırmacılar tarafından "Gençlerin Sağlığı Bilgi ve Davranış Formu" kullanılmıştır. Güvenli cinsel davranışlarla ilgili (evleninceye kadar cinsel ilişkiden kaçınma, tek eşli olma, çok eşlilik söz konusu ise her ilişkide kondom kullanma) parametreleri bilmeyen öğrencilerin oranı eğitim öncesinde %79,9 iken eğitim sonrası bu oran %4,7'ye kadar düşmektedir. Bu değişim gruba uygulanan akran eğitiminin başarısını yansıtmaktadır. Güçlü ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan "gençlerin cinsel sağlık konusunda bilgi düzeylerini artırıcı bir müdahale: akran eğitimi projesi" başlıklı araştırmada öğrencilerde sık görülen riskli davranışların azalmasına yönelik puan ortalaması 18,26±8,2'den 23,65±8,5'e yükselmiş ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı belirlenmiştir ($p<0,01$). Çalışmamızda da benzer şekilde öğrencilerin CSÜS arkan eğitimi sonrası üreme sağlığı davranış ölçeği puan ortalaması, eğitim öncesine göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

5.6.6. Kontrol Grubundaki Öğrencilerin Grup İçi ÜSÖ Puanı Ortalamaları ve İlişkisinin Tartışılması

Özellikle gençlerle çalışılan tüm alanlarda olduğu gibi CSÜS akran eğitimi, damgalamanın azaltılmasına olanak sağlaması açısından cinsel sağlık eğitim

programlarının avantajları arasındadır. Ayrıca çevrimiçi ortamlar özel ve anonim ortamlar olarak algılanmakta ve yüz yüze olmak zorunda kalmadan erişilebilir bir bir ortam olarak algılanmasının avantajları bulunmaktadır. Tablo 4.7-7'de kontrol grubundaki öğrencilerin çevrimiçi CSÜS eğitimi öncesi ÜSÖ puanı ortalaması 104,04±0,04 iken eğitimden hemen sonra 130,22±0,52'ye, eğitimden üç ay sonraki ilk izlemde 133,96±0,52'ye ve eğitimden altı ay sonra ikinci izlemde 134,30±0,52'ye ulaştığı görülebilmektedir. Denfort ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan "cinsel sağlığı iyileştirmeye yönelik okul temelli müdahalelerin sistematik incelemesi" başlıklı çalışmada 37 randomize kontürollü çalışma örnekleme dahil edilmiştir. Kapsamlı cinsel eğitim müdahalelerin, özellikle HIV önlemeyi hedefleyenlerin ve okul temelli CSÜS eğitimlerinin, bilgiyi geliştirmede ve tutumları, davranışları ve sağlıkla ilgili sonuçları değiştirmede etkili olduğu saptanmıştır. Sani ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan "Sahra altı Afrika'da CYBE / HIV'i önlemek için okul temelli cinsel sağlık eğitimi müdahaleleri: sistematik bir inceleme ve meta-analiz" çalışmasında okul temelli müdahalelerin CSÜS sorunlarını önleyici eğitim ve öğretim sağlama potansiyeline sahip olduğu saptanmış aynı zamanda kondom kullanımı üzerine olumlu etkisini bildirmiştir. Adölesanlar cinsel aktiviteyi gelişimin doğal bir parçası olarak görmektedir. Eğitimciler bu aktiviteyi damgaladıklarında, adölesanlar cinsel riskli davranışları benimsemeye yönelmektedir. Adölesanlar cinsel davranışlarının damgalamadığı, yaşamlarıyla ilgili soruları yanıtlamaya istekli, açık fikirli, yargılayıcı olmayan eğitimciler ve ve güvenlik duygusunu besleyen bir ortamda CSÜS hizmetleri talep etmektedir. Çalısmamız bulgularına göre özellikle akran eğiticilerin bu talepleri karşılamakta etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Morrison-Beedy ve arkadaşlarının (2013) adölesan kızların cinsel risk davranışlarını azaltmak için yapmış olduğu çalışmada CSÜS müdahelesi yapılan girişim grubundaki kızların cinsel ilişkiyi erteleme, cinsel aktif ise tüm izlem takiplerinde (üç ve altı ay) korunmasız cinsel ilişki ve altıncı aydaki izlemde toplam cinsel partner sayısının azalması gibi cinsel riskli davranışların azaldığı belirlenmiştir. 12. aydaki izlemde ise CSÜS müdahelesi yapılan grubun pozitif gebelik testlerinde %50 azalma olduğu gösterilmiştir. Adölesanlar için özel olarak tasarlanmış teori temelli CSÜS eğitim müdahaleleri, cinsel riski azaltmaya yardımcı olmakta ve istenmeyen gebelikleri de azaltabilmektedir. Liu ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan "Pekin, Çin'de erkeklerle seks yapan yeni teşhis edilmiş HIV pozitif erkekler arasında yüksek riskli davranışları

azaltmaya yönelik standart bakım yerine akran danışmanlığı: randomize bir müdahale çalışması" kapsamında akran danışmanlığının, anal cinsel ilişkiyi (AOR=0,65; %95 CI:0,45-0,94), kondomsuz anal cinsel ilişkiyi (AOR=0,27; %95 CI:0,10-0,64) ve yasadışı uyuşturucu kullanımını (AOR=0,32; %95 CI:0,16-0,64) azalttığı saptanmıştır. Akran danışmanlığı, erkeklerle kondomsuz anal cinsel ilişkinin, yasadışı uyuşturucu kullanımının ve kadınlarla prezervatifsiz vajinal cinsel ilişkinin azaltılmasında 12 aylık izlemindeki zaman içinde daha büyük bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda da benzer şekilde eğitim öncesine göre üreme sağlığına yönelik davranış değişikliği eğitimden altı ay sonraya kadar etkisini sürdürmüş ve eğitim öncesiyle altı ay sonrasında ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlı belirlenmiştir (Tablo 4.6-7). Özellikle HIV / AIDS ile ilgili yapılan çalışmalarda eğitimle davranış değişimi ve kalıcılığının sağlanmasının daha etkin olarak saptanmasının nedeni bu çalışmalardaki katılımcıların HIV (+) / AIDS tanısı almış bireylerden oluşması ya da tanının yaygın görüldüğü yerlerde yapılması davranış değişikliğinin gerçekleşmesine ve kalıcılığına katkı sağlamaktadır.

5.6.7. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin ÜSÖ Puanı Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmamızda akran eğiticiler tarafından CSÜS akran eğitimi verilen girişim grubundaki öğrencilerin eğitim sonrası ÜSÖ puanı ortalaması (147,90±0,26), araştırmacı tarafından çevrimiçi CSÜS eğitimi verilen kontrol grubunun ÜSÖ puanı ortalamasından (130,22±0,52) daha yüksek tespit edilmiştir (Tablo 4.6-8, Şekil 4.6-2). CSÜS eğitimi sonrası yapılan ölçümler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmış ve hipotez doğrulanmıştır ($p<0,05$). Harper ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan toplum temelli akran eğitimi girişiminin kondom tutumları üzerinde olumlu etkisi saptanmıştır. Araştırmada eğitim girişimi uygulanan girişim grubunda kondom kullanım tutumlarının arttığı ve kontrol grubu için azaldığını ortaya koyulmuştur. Kontrol grubunun katılımcıları başlangıçta ve iki aylık izlemde biraz daha olumlu kondom tutumları bildirmiş olsalar da, girişim grubu katılımcıları son testte daha olumlu kondom tutumları bildirmişlerdir. Araştırmada girişim grubu katılımcıları için algılanan akran norm puanlarının arttığı saptanmıştır. Bu sonuç, akran eğitiminin cinsel sağlığı koruyucu davranışları desteklediğini göstermektedir.

Elliott ve arkadaşları tarafından (2013) yapılan "gençler için hedeflenmemiş cinsel sağlık teşviki sınırına ulaştı mı?" başlıklı çalışmada girişim grubuna adölesan gebeliği azaltma müdahelesi yapılan okullar, kontrol grubuna ise cinsel ilişkiden yoksunluk eğitimi yapılan okullardan öğrenciler atanmıştır. Araştırma öncesinde girişim ve kontrol grubundaki cinsel aktif erkek ve kadınların yaklaşık üçte ikisi, 'her zaman veya çoğu durumda' prezervatif kullandığını belirtmiştir. Müdahale sonrasında, girişim grubundaki erkekler kontrol grubuna göre daha yüksek oranda kondom kullanımı bildirmiştir. Marcell ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada iki sağlık eğitmeni tarafından katılımcılara CSÜS eğitim müdahelesi yapılmıştır. Katılımcıların CYBE ve sağlık bakımı hakkında bilgisi, kondom hakkında tutumları, cinsel davranış ve sağlık bakımını kullanma düzeyleri ölçülmüştür. CSÜS eğitim müdahelesi öncesi girişim ve kontrol grubundaki her on kişiden dokuzu son üç ayda vajinal, oral veya anal cinsel deneyim yaşadığını aynı zamanda on kişiden üçünün bu dönemde üç veya daha fazla cinsel partneri olduğu saptanmıştır. Müdahele öncesi girişim ve kontrol grubundakilerin yarısından fazlası son cinsel ilişkide prezervatif kullandığını bildirmiştir. CSÜS eğitim müdahelesi sonrası, kontrol grubundakilerin cinsel davranış ölçümleri nispeten sabit kalmış fakat girişim grubundaki katılımcıların riskli cinsel davranış ölçümlerinde düşüş saptanmıştır ve prezervatif kullanımında önemli artış bildirilmiştir. İncelenen çalışmalar CSÜS'na yönelik davranış değişikliğini geliştirmesi bakımından çalışmamızla benzerlikler göstermektedir. Bizim çalışmamızdaki akran eğiticilerimizin davranış değişimini gerçekleştirmelerinde HIV testi deneyimini daha derinlemesine anlamalarını sağlamak amacıyla gerçekleştirilen 'hayali HIV (+) testi' etkinliğimizin katkısının büyük olduğu akran eğiticiler tarafından iletilmiştir.

5.6.8. Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin ÜSÖ Puanlarına CSÜS Eğitiminin Etkisinin Tartışılması

Girişim grubuna uygulamış olduğumuz ön test ve son test ölçümleri ÜSÖ puanlarında görülen değişimin %62'si (η^2=0,623) CSÜS akran eğitiminin etki olarak görülmektedir. Kontrol grubunun ön ve son test ölçümleri doğrultusunda ÜSÖ puanlarında görülen değişimin %72'si (η^2=0,727) çevrimiçi CSÜS eğitiminin etkisini açıklamakta ve eğitiminin etki düzeyinin güçlü olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 4.6-9). Kontrol grubuna uygulanan çevrimiçi CSÜS eğitiminin etki düzeyinin girişim grubuna uygulanan CSÜS akran eğitiminden yüksek olması kontrol grubuna araştırmacı tarafından eğitim verilmesi olarak düşünülmektedir. Akran eğitimi her ne kadar

CSÜS'nın geliştirilmesi konusunda güçlü bir metod olsada eksik yönleri olabilmektedir. Adölesanlar akranlarına güven duymayabilmektedir. Bu konuda yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde gençler yargılayıcı olmayan ve iyi eğitimli gördükleri cinsel sağlık eğitimcilerini tercih etmişlerdir (Barbagallo ve Boon, 2012; Brown ve ark., 2012; Byers ve ark., 2017). Rol yapma ve hikaye anlatımı gibi nitel veri toplama yöntemlerine katılan 15 - 19 yaşları arasındaki 88 Avustralyalı adölesan, 'genç dostu' cinsel sağlık eğitmenlerine olan ihtiyacı tartışmış ve katılımcılar, açık fikirli gördükleri, soruları cevaplamaya istekli olarak gördükleri eğitimcileri tanımlamak için 'genç dostu' terimini icat etmişlerdir (Brown ve ark., 2012). Benzer şekilde, Kimmel ve arkadaşları (2013), Afrikalı-Amerikalı ergen katılımcıların genç, tarafsız ve cinsel sağlık konusunda bilgili bir cinsel sağlık eğitimcisini tercih ettiğini bildirmiştir. Katılımcılar sağlık departmanındaki eğitimcilerin cinsel sağlık içeriği öğrettiklerini çünkü sağlık çalışanlarını okulundaki öğretmenlere göre cinsel sağlık konusunda daha eğitimli ve daha az yargılayıcı olarak algıladığını öne sürmüştür. Sağlık profesyonelleri (Kimmel ve ark., 2013) veya riskli cinsel sağlık kararlarının sonuçlarını deneyimlemiş kişiler (örneğin adölesan gebelik, CYBE / HIV öyküsü) (Rose ve Friedman, 2017) tarafından cinsel sağlık eğitimi sağlanması adölesanların eğitime ilgi düzeyi ve ilişkilendirilebilirliği algısını arttırdığı belirlenmiştir (McKee ve ark., 2014). Esen ve Siyez (2017) tarafından yapılan çalışmanın bulgularında cinselliğe ilişkin tutum ölçeği puanlarında görülen değişimin %23'ü yapılan girişimsel işlem ile ilişkilendirilmiştir. Çalısmamızdaki bulgular dogrultusunda kontrol grubuna CSÜS eğitiminin davranış değişimi boyutunda etkisinin daha büyük olması araştırmacının CSÜS eğitimi sunumunun başarısını yansıtmaktadır.

5.6.9. Girişim ve Kontrol Gurubunun CSBT Son Test Puanları İle ÜSÖ Son Test Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

CSÜS'na yönelik etkili programlar, cinsel ya da psikososyal risk ve cinsel davranışı etkileyen koruyucu faktörleri (bilgi, algılanan riskler, değerler, tutumlar, algılanan normlar ve öz-yeterlik) ele almıştır (Kirby, 2007). Bu nedenle CSÜS davranış değişimi bilgi artışıyla yakından ilişkilidir. Çalışmamızın girişim grubundaki katılımcıları CSÜS akran eğitimi uygulandıktan sonraki CSBT toplam puanları ile ÜSÖ toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (R^2=0,141). CSÜS eğitimi sonrası CSBT puanları yükseldikçe ÜSÖ puanları da yükselmektedir (F=20,194, p<0,05, Şekil 4.6-3). Kontrol grubundaki öğrencilerin CSBT toplam puanları ile ÜSÖ toplam puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (R^2=0,021, p>0,05, Şekil 4.6-4). Bu

durum girişim grubuna sağlanan akran eğitimiyle CSBT puan artışının üreme sağlığına yönelik olumlu davranışların oluşturulmasında daha etkili olduğunu göstermektedir. Ortaya çıkan bu anlamlı sonucun akran eğiticilerin toplumun risk altında olan kırılgan gruplarına uygulanan damgalama ve ayrımcılığın farkına varmalarını sağlamak amacıyla 'hayatımın bir günü' canlandırma etkinliğinin etkisinin büyük olduğu düşünülmektedir. Kontrol grubunda da benzer bir artış tespit edilmesine rağmen istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır.

2009 yılında Medley ve arkadaşları tarafından yapılan HIV'in önlenmesi için akran eğitiminin etkinliği ile ilgili sistematik bir inceleme ve metaanaliz sonuçlarına göre HIV ile ilgili bilgileri artırmak veya prezervatif kullanımını artırmak gibi davranışsal sonuçları iyileştirmede etkili olduğu fakat etki büyüklüğünün orta derecede olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda da benzer şekilde CSÜS'na yönelik bilgi düzeyinin artmasıyla, akran eğitiminin uygulandığı grubun üreme sağlığına yönelik davranış puanlarının yükseldiği saptanmıştır. Benzer şekilde Maticka-Tyndale ve Barnett (2010) düşük ve orta gelirli ülkelerde adölesanlarda HIV ile ilgili akran eğitiminin etkinliğiyle ilgili yürütülen 24 programın sistematik incelemesinde, akran eğitiminin bilginin artması ve prezervatif kullanımı, tutumları ve toplum normlarında değişikliklere yol açması konusunda olumlu etkileri olduğu saptanmıştır. Tolli ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan "gençler için HIV'in önlenmesi, ergen gebeliğinin önlenmesi ve cinsel sağlığın teşviki için akran eğitimi müdahalelerinin etkinliği: Avrupa çalışmalarının sistematik bir incelemesi" başlıklı çalışmasında Avrupa Birliği üye ülkelerinin gençleri için HIV'in önlenmesi, ergen gebeliğinin önlenmesi ve cinsel sağlığın teşviki ile ilgili akran eğitiminin etkililiğine dair net bir kanıt bulunamamıştır. İnceleme sonuçları, akran eğitiminin faydalarının müdahalelerin uygulanma şekline bağlı olarak değişebileceği belirtilmektedir. Akran eğiticilerinin seçiminde, yetkilendirilmesi, eğitimi ve denetimi konusuna bağlı olarak sonuçların değişebileceği bildirilmiştir. Çalışmamızdaki bulguların yazarlar tarafından yapılan çalışmadan farklı olmasının nedeni, akran eğiticilerin seçimi, yetki, eğitim ve denetimi konusunda akran eğitimi modelinin etkin uygulama basamakları izlenmemesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Adölesan ve gençler üzerinde kalıcı davranış değişimi meydana getirilmesi güç olabilmektedir bu bağlamda davranış değişimi ve devamlılığın sağlanabileceği etkili hemşirelik modellerinin uygulanmasına gereksinim duyulmaktadır. Davranış

değişiklikleri, kendi kendini yönetme ve davranışı sürdürmenin temel bir bileşeni olduğundan değişikliği önemli bir alandır. Sağlık inanç modeli, planlı davranış teorisi, trans teorik model ve bilgi-motivasyon-davranışsal beceriler (IMB) modeli gibi davranış teorileri, potansiyel olarak uygun davranış belirleyicilerini içermesi nedeniyle davranışsal müdahaleleri geliştirmek için sıklıkla kullanılmıştır (Newman ve ark., 2008). Sağlık İnanç modeli'nin adölesanlarda cinsel risk alma davranışını anlamaya ve önlemeye yardımcı olabileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır (Jones ve ark., 2014; Goyal ve ark., 2013; Holman ve Sillars, 2012). CSÜS davranış değişikliği geliştirmede yaygın olarak kullanılan diğer model bilgi-motivasyon-davranışsal becerileri modelidir. IMB modelinin davranış değisikliğini sağlamadaki etkinliği bir çok çalışmada kanıtlanmıştır (Chang ve ark., 2014; Zarani ve ark., 2011; Fisher ve ark., 2002).

Ghasemi ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan "Akran eğitiminin İranlı adölesanların sağlığın teşviki ve geliştirilmesi üzerindeki etkisi: sistematik bir inceleme" başlıklı Cochrane incelemesinde akran eğitiminin hastalıkların önlenmesi, ruh sağlığı, beslenme davranışları ve ergenlerde yüksek riskli davranışların önlenmesi üzerindeki etkisi saptamak üzere 20 makale sistematik olarak incelenmiş ve gözden geçirilmiştir. Tüm kategorilerde sonuçlar, akran eğitiminin adölesanların bilgi, tutum, uygulama, özyeterlik ve sağlık davranışları üzerinde öğretmen, sağlık personeli, ders, broşür ve kitapçık gibi diğer yöntemlerle karşılaştırıldığında eşit veya daha fazla etkisini göstermiştir. Sadece hekim tarafından verilen eğitimin etkisinin akran eğitiminden daha fazla etkili olduğu saptanmıştır. Akran eğitimi adölesanların bilgi, tutum, sağlık davranışları ve öz yeterliklerini geliştirmekte kullanılabilir olduğu kanıt temelli çalışmalarla saptanmıştır.

He ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan "Yüksek riskli gruplar arasında HIV'in önlenmesi için akran eğitimi: sistematik bir inceleme ve meta-analiz" başlıklı Cochrane incelemesinde toplam 60 makale incelenmiştir. Sonuçlar akran eğitiminin yüksek risk grupları arasında HIV enfeksiyonunu %36 azaltmasıyla ilişkilendirilmiştir (OR=0,64; %95 CI:0,47-0,87). Ayrıca akran eğitimi, kontamine ekipman paylaşımını azaltırken (OR=0,50; %95 CI:0,33) HIV testini (OR=3,19; %95 CI:2,13-4,79) ve kondom kullanımını (OR=2,66, %95 CI:2,11-3,36) arttırmaktadır ve korunmasız cinsel ilişkiyi (OR=0,82; %95 CI:0,72-0,94) azaltmaktadır. Çalışmada yapılan zaman eğilimi analizi, akran eğitiminin 24 aydan fazla süren davranış değişikliği üzerinde tutarlı bir etkiye sahip

olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde araştırmamızda, akran eğiticiler tarafından akran eğitimi alan girişim grubunu cinsel sağlığa yönelik bilgi ve üreme sağlığına yönelik davranışlarının, araştırmacı tarafından çevrimiçi CSÜS alan gruptan daha fazla geliştiği saptanmıştır (Şekil 4.6-3 ve Şekil 4.6-4).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Üniversite öğrencilerine akran eğitimi modeli ile verilen CSÜS eğitiminin bilgi ve davranışlarına etkisinin incelendiği araştırmanın sonucunda,

- Katılımcıların %49,5'inin kız, %50,5'inin erkek (p>0,05), akran eğiticilerin çoğunluğunun eğitim fakültesinin okul öncesi öğretmenliği bölümünde, girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin çoğunluğunun ise hukuk fakültesinde eğitim gördüğü (p=0,01),
- Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının 20,42±1,14 olduğu (p>0,05) ve cinsel aktif öğrencilerin ilk cinsel ilişki yaş ortalamasının 17,01±2,22 olduğu (p>0,05),
- Öğrencilerin %33,5'i CSÜS'na yönelik bilgisini yeterli bulurken, %66,5'i bilgisini yetersiz bulduğu (p=0,02) ve yarısına yakınının (%47,5) CSÜS ile ilgili sorunlarını ailesiyle konuşmadığı, konuşanların ise %22,2'sinin sadece annesiyle konuştuğu (p>0,05),
- Çalışmaya katılan öğrencilerin CSÜS'na yönelik bilgi kaynalarının ilk sırasında sırasıyla iletişim araçları ve akranları olduğu (p>0,05) ve bilgi almak istedikleri kaynakların ise sağlık personeli olduğu (p>0,05),
- Çalışmamıza katılan öğrencilerin CSÜS akran eğitimi programında yer alması gereken ve ihtiyaç duydukları konuların en başında kontraseptif yöntemler olduğu (p=0,01),
- Akran eğiticilerin CSÜS akran eğitici eğitimi sonrası CSBT ve ÜSÖ puanı ortalamasının, eğitim öncesinden yüksek olduğu (p=0,01),
- CSÜS akran eğitici eğitimi sonrası akran eğiticilerin ilk cinsel ilişki yaşı yükseldikçe güven üzerine kurulu sağlıklı cinsel deneyim yaşama, sevgi bağıyla kuvvetlenmiş iletişim sürdürme olasılığının arttığı ve CYBH'dan da korunma olasılığının arttığı (p<0,05).
- Akran eğiticiler tarafından CSÜS akran eğitimi verilen girişim grubunun eğitim sonrası ve ilk izlemdeki CSBT puanı ortalamasının, araştırmacı tarafından çevrimiçi CSÜS eğitimi verilen kontrol grubundan yüksek olduğu (p<0,05),

- Akran eğiticiler tarafından girişim grubuna uygulanan CSÜS akran eğitiminin CSBT puanına etkisinin ($\eta 2=0,857$), araştırmacı tarafından kontrol grubuna uygulanan çevrimiçi CSÜS eğitiminin etkisinden ($\eta 2=0,387$) daha güçlü olduğu,
- Akran eğiticilerden CSÜS akran eğitimi alan girişim grubunun eğitim sonrası, ilk ve ikinci izlemdeki ÜSÖ puanı ortalamasının, araştırmacı tarafından çevrimiçi CSÜS eğitimi alan kontrol grubundan yüksek olduğu ($p<0,05$),
- Araştırmacı tarafından kontrol grubuna uygulanan çevrimiçi CSÜS eğitiminin ÜSÖ puanına etkisinin ($\eta^2=0,623$), Akran eğiticiler tarafından girişim grubuna verilen CSÜS akran eğitiminin etkisinden ($\eta^2=0,727$) daha güçlü olduğu,
- Girişim grubundaki öğrencilerin CSÜS eğitimi sonrası CSBT puanları arttıkça ÜSÖ puanlarının da arttığı ($p<0,05$),
- Girişim grubundaki öğrencilerin ilk cinsel deneyim yaşı yükseldikçe, cinsel ilişkiye girilen kişi sayısı, para karşılığı cinsel ilişki, çok eşliliğin azaldığı ve riskli cinsel davranışlardan uzaklaşıldığı ($p<0,05$) saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler,

- Hipotezimizin doğrulanması nedeniyle üniversitedeki adölesan ve gençlere akran eğiticiler tarafından CSÜS eğitimi verilmesi önerilmektedir.
- CSÜS eğitimi, mümkün olduğunca öne çekilerek ilk cinsel ilişki deneyiminin gerçekleştiği ortalama 17 yaş öncesine alınmalıdır.
- CSÜS eğitimi tüm adölesan ve gençlere en geç üniversite ortamında sağlanmalıdır.
- Adölesan ve gençlerin CSÜS bilgi kaynakları arkadaşları ve bilgi almak istedikleri kaynakların da sağlık personeli olması nedeniyle, CSÜS danışmanlığı üniversitelerin sağlık merkezlerinde sağlık personeli tarafından sunulmalı ve hizmetin sunumuna akranlar da dahil edilmelidir.
- Ek olarak üniversitelerin bünyesindeki CSÜS danışmanlık merkezlerindeki akranların sağladığı eğitimleri CSÜS eğitmeni tarafından da denetlenmeli ve gerektiğinde danışmanlık sağlanmalıdır.

- Adölesan ve gençlerin CSÜS bilgisinin yetersizliği gözönüne alındığında ve CSÜS yönelik sorunların sadece anneyle paylaşıldığı düşünüldüğünde CSÜS eğitimine ebeveynlerin de dahil edilmesi gerekmektedir.
- Ayrıca CSÜS eğitiminin içeriğine mutlaka kontraseptif yöntemlerle ilgili detaylı bilgi eklenmelidir.
- Akanlar tarafından sağlanan CSÜS akran eğitiminin, çevrimiçi eğitime göre bilgi ve davranış üzerindeki değişime etkisi düşünüldüğünde, CSÜS akran eğitimi çalışması öncelikle üniversitemizde başlatılıp daha sonra tüm adadaki üniversitelere genişletilebilir.
- Böylece gençlerin CSÜS ile ilgili bilgi açığı etkisi kanıtlanmış olan akran eğitimi modeli ile kapatılabilir. CSÜS ile ilgili bilgi açığının kapanması davranış değişimleri de beraberinde getirecektir.
- Ayrıca üniversitelerde kurulacak olan CSÜS merkezleri ile düzenli bilgi ve danışmanlık sağlanarak bilgi ve davranışların kalıcılığı sağlanabilir ve cinsel riskli davranışlar azaltılabilir.
- Adölesan ve gençlerin toplumun büyük bir çoğunluğunu oluşturduğu düşünüldüğünde cinsel riskli davranışların azaltılması, gençlerin hastalık yükünün azaltılmasına, adölesan gebelik ve doğumların azalmasına yardımcı olararak ulusal ve uluslararası hedeflere ulaşmayı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

Abdi, F., & Simbar, M. (2013). The peer education approach in adolescents-narrative review article. *Iranian Journal of Public Health*, *42*, 1200-1206.

Advocates for Youth. (2007). *Abstinence-Only-Until-Marriage Programs: Ineffective, Unethical, And Poor Public Health.* Erişim 22.02.2019, http://www.advocatesforyouth.org/storage/advfy/documents/pbabonly.pdf

Akalpler, Ö., & Eroğlu, K. (2015). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde üniversite öğrencilerinin sık görülen cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ilişkin bilgileri ve cinsel davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *2*, 1-19.

Akers, A. Y., Holland, C. L., & Bost, J. (2011). Interventions to improve parental communication about sex: a systematic review. *Pediatrics*, *127*, 494-510.

Akkuş, D., Eker, F., Karaca, A., Kapısız, Ö., & Açıkgöz, F. (2016). Lise gençlerinde akran eğitimi programı madde bağımlılığını önlemede etkili bir model olabilir mi?. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *7*, 34-44.

Alison B. (2014). *An Over View of Adolescent Sexual Development.* Erişim 10.01.2019, National Sexual Violence Resource Center (NSURC): www.nsvrc.org.

Allen, L. (2008). They think you shouldn't be having sex anyway': Young people's suggestions for improving sexuality education content. *Sexualities*, *11*, 573–594.

Alvarado, G., Skinner, M., Plaut, D., Moss, C., Kapungu, C., & Reavley, N. (2017). *A Systematic Review of Positive Youth Development Programs in Low-and Middle-İncome Countries.* Erişim 07.12.2019, 2019, Youth Power Learning, Making Centers: https://www.youthpower.org/sites/default/files/YouthPower/files/resources/SystematicReview%20FINAL%209-26-17%20compress.pdf.

Anderson, M. (2016). *Parents, Teens And Digital Monitoring.* Erişim 07.12.2019, Internet, Science & Technology, Pew Research Center: http://www.pew internet.org/2016/01/07/parents-teens-and-digital-monitoring.

Arnett, J. J. (2018). Getting better all the time: Trends in risk behavior among American adolescents since 1990. *Archives of Scientific Psychology*, *6*, 87.

Ashcraft, A. M., & Murray, P. J. (2017). Talking to parents about adolescent sexuality. *Pediatric Clinics*, *64*(2), 305-320.

Aslan, E., Bektaş, H., Başgöl, Ş., Demir, S., & Vural, P. I. (2014). Üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeyleri ve davranışları. *Sted*, *23*(5), 174-82.

Aşcı, Ö., Gökdemir, F., & Çiçekoğlu, E. (2016). Hemşirelik öğrencilerine akran eğiticiler ile verilen üreme sağlığı eğitiminin etkinliği. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, *3*, 173-183.

Aşut, Ö., Vaizoğlu, S., & Cali, S. (2019). Knowledge and attitudes of medical students about emergency contraception. *Cukurova Medical Journal*, *44*, 612-620.

Atwood, R. M., Beckert, T. E., & Rhodes, M. R. (2017). Adolescent Problematic Digital Behaviors Associated with Mobile Devices. *North American Journal of Psychology*, *19*, 659-683.

Azzopardi, P. S., Hearps, S. J., Francis, K. L., Kennedy, E. C., Mokdad, A. H., Kassebaum, N. J., ... & Dogra, S. (2019). Progress in adolescent health and wellbeing: Tracking 12 headline indicators for 195 countries and territories, 1990–2016. *The Lancet*, *393*, 1101-1118.

Baggaley, R., Armstrong, A., Dodd, Z., Ngoksin, E., & Krug, A. (2015). Young key populations and HIV: a special emphasis and consideration in the new WHO Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. *Journal of International AIDS Soceciety*, *18*, 85-88.

Bagnall, A. M., South, J., Hulme, C., Woodall, J., Vinall-Collier, K., Raine, G., ... & Wright, N. M. (2015). A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons. *BMC Public Health*, *15*, 1-30.

Bakır, N., & Beji, N. K. (2015). Öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *5*, 10-16.

Bal Yilmaz, H., Kavlak, O., & Ünsal Atan, Ş. (2010). Sexual activity, knowledge and contraceptive usage by gender among university students in Turkey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *15*, 433-440.

Barr, E. M., Goldfarb, E. S., Russell, S., Seabert, D., Wallen, M., & Wilson, K. L. (2014). Improving sexuality education: the development of teacher-preparation standards. *Journal of School Health*, *84*, 396-415.

Barrense-Dias, Y., Berchtold, A., Surís, J. C., & Akre, C. (2017). Sexting and the definition issue. *Journal of Adolescent Health*, *61*, 544-554.

Battles, H. B. & Wiener, L. S. (2002). From adolescence through young adulthood: Psychological adjustment associated with long-term survival of HIV. *Journal of Adolescent Health, 30*, 161-168.

Behrman, J. A. (2015). The effect of increased primary schooling on adult women's HIV status in Malawi and Uganda: Universal primary education as a natural experiment. *Social Science & Medicine*, *127*, 108-115.

Bellizzi, S., Ali, M. M., & Cleland, J. (2019). Long-Term Trends in Reproductive Behavior Among Young Women in Four Countries, 1995–2009. *Journal of Adolescent Health*, *64*, 201-210.

Benotsch, E. G., Snipes, D. J., Martin, A. M., & Bull, S. S. (2013). Sexting, substance use, and sexual risk behavior in young adults. *Journal of Adolescent Health*, *52*, 307-313.

Benson, P. L. (2002). Adolescent development in social and community context: A program of research. *New Directions for Youth Development*, *95*, 123-148.

Bhattacharjee, M. (2019). Menstrual hygiene management during emergencies: a study of challenges faced by women and adolescent girls living in flood-prone districts in Assam. *Indian Journal of Gender Studies*, *26*, 96-107.

Bickmore, T. W., Utami, D., Matsuyama, R., & Paasche-Orlow, M. K. (2016). Improving access to online health information with conversational agents: a randomized controlled experiment. *Journal of Medical Internet Research*, *18*, e1-12.

Blakemore, S. J., Burnett, S., & Dahl, R. E. (2010). The role of puberty in the developing adolescent brain. *Human Brain Mapping*, *31*, 926-933.

Blanc, A. K., Tsui, A. O., Croft, T. N., & Trevitt, J. L. (2009). Patterns and trends in adolescents contraceptive use and discontinuation in developing countries and comparisons with adult women. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *35*, 63-71.

Blank, L., Baxter, S. K., Payne, N., Guillaume, L. R., & Pilgrim, H. (2010). Systematic review and narrative synthesis of the effectiveness of contraceptive service interventions for young people, delivered in educational settings. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *23*, 341-351.

Bobakova, D., Geckova, A. M., Klein, D., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2013). Protective and risk factors of early sexual initiation in youth subcultures. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *18*, 242-250.

Bonell, C., Farah, J., Harden, A., Wells, H., Parry, W., Fletcher, A., ... & Murphy, S. (2013a). Systematic review of the effects of schools and school environment interventions on health: evidence mapping and synthesis. *Public Health Research*, *1*, 1-26.

Bonell, C., Maisey, R., Speight, S., Purdon, S., Keogh, P., Wollny, I., ... & Wellings, K. (2013b). Randomized controlled trial of 'teens and toddlers': A teenage pregnancy prevention intervention combining youth development and voluntary service in a nursery. *Journal of Adolescence*, *36*, 859-870.

Borodovsky, J. T., Krueger, R. F., Agrawal, A., & Grucza, R. A. (2019). A decline in propensity toward risk behaviors among US adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *65*, 745-751.

Bouclaous, C. H., Alrazim, A., Chababi, J., Jamaleddine, W., Nassar, E., Maalouf, A., ... & Slika, M. (2021). Association between sources of sexuality education, sexual beliefs and behaviours in Lebanese young adults: a university-based cross-sectional study. *Sex Education*, *21*, 1-12.

Boyar, R., Levine, D., & Zensius, N. (2011). *TECHsex USA: Youth sexuality and reproductive health in the digital age*. Oakland, CA, USA: ISIS Inc.

Breuner, C. C., Mattson, G., & Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (2016). Sexuality education for children and adolescents. *Pediatrics*, *138*, e1-13.

Brooks-Russell, A., Farhat, T., Haynie, D., & Simons-Morton, B. (2014). Trends in substance use among 6th-to 10th-grade students from 1998 to 2010: findings from a national probability study. *The Journal of Early Adolescence*, *34*, 667-680.

Bulduk, S., & Erdogan, S. (2012). The effects of peer education on reduction of the HIV/sexually transmitted infection risk behaviors among Turkish university students. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *23*, 233-243.

Büyüköztürk, Ş. (1998). Kovaryans analizi (Varyans analizi ile karşılaştırmalı bir inceleme). *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *31*, 1-15.

Cakici, M., Ergun, D., Cakici, E., & Onur, C. (2017). The prevalence and risk factors of substance use among high school students in Turkish Republic of Northern Cyprus, 1996-2015. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *18*, 428-438.

Callister, L. C., & Edwards, J. E. (2017). Sustainable development goals and the ongoing process of reducing maternal mortality. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *46*, e56-e64.

Campbell, C., & MacPhail, C. (2002). Peer education, gender and the development of critical consciousness: participatory HIV prevention by South African youth. *Social Science & Medicine*, *55*, 331-345.

Carlson, M. J. (2006). Family structure, father involvement, and adolescent behavioral outcomes. *Journal of Marriage and Family*, *68*, 137-154.

Casey, E. A., & Beadnell, B. (2010). The structure of male adolescent peer networks and risk for intimate partner violence perpetration: Findings from a national sample. *Journal of Youth and Adolescence*, *39*, 620-633.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2010). *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines.* Erişim 18.01.2020, http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/std-treatment- 2010-rr5912.pdf.

Centers for Disease Control and Prevention. (CD, 2015). *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2015.* Erişim 25.04.2020, www.cdc.gov/std/stats15/default.htm.

Chandan, U., Cambanis, E., Bhana, A., Boyce, G., Makoae, M., Mukoma, W., & Phakati, S. (2008). *Evaluation of My Future is My Choice (MFMC): peer education life skills programme in Namibia: identifying strengths, weaknesses and areas for*

*improvemen*t. Erişim 10.05.2020, Final Report for UNICEF: http://ecommons.hsrc.ac.za/bitstream/handle/20.500.11910/5101/5593_Chandan_EvaluationofMFMC.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chandra-Mouli, V., Camacho, A. V., & Michaud, P. A. (2013). WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *Journal of Adolescent Health*, *52*, 517-522.

Chandra-Mouli, V., Lane, C., & Wong, S. (2015). What does not work in adolescent sexual and reproductive health: a review of evidence on interventions commonly accepted as best practices. *Global Health: Science and Practice*, *3*, 333-340.

Chandra-Mouli, V., McCarraher, D. R., Phillips, S. J., Williamson, N. E., & Hainsworth, G. (2014). Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access. *Reproductive Health*, *11*, 1-8.

Chandra-Mouli, V., Plesons, M., Adebayo, E., Amin, A., Avni, M., Kraft, J. M., ... & Garcia-Moreno, C. (2017). Implications of the global early adolescent study's formative research findings for action and for research. *Journal of Adolescent Health*, *61*, 5-9.

Chang, S. J., Choi, S., Kim, S. A., & Song, M. (2014). Intervention strategies based on information-motivation-behavioral skills model for health behavior change: a systematic review. *Asian Nursing Research*, *8*, 172-181.

Chávez, N. R., Shearer, L. S., & Rosenthal, S. L. (2014). Use of digital media technology for primary prevention of STIs/HIV in youth. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *27*, 244-257.

Chin, H. B., Sipe, T. A., Elder, R., Mercer, S. L., Chattopadhyay, S. K., Jacob, V., ... & Santelli, J. (2012). The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the Guide to Community Preventive Services. *American Journal of Preventive Medicine*, *42*, 272-294.

Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A., & Innis, J. (2006). Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*, *368*, 1810-1827.

Clemence, N. I. S. (2015). *Peer educators' perception of the '100% Young' peer education training programme*. Erişim 16.03.2020, http://uir.unisa.ac.za.

Cohen, J. N., Byers, E. S., & Sears, H. A. (2012). Factors affecting Canadian teachers' willingness to teach sexual health education. *Sex Education*, 12, 299-316.

Collins, R. L., Strasburger, V. C., Brown, J. D., Donnerstein, E., Lenhart, A., & Ward, L. M. (2017). Sexual media and childhood well-being and health. *Pediatrics*, *140*, 162-166.

Conry, M. C., Morgan, K., Curry, P., McGee, H., Harrington, J., Ward, M., & Shelley, E. (2011). The clustering of health behaviours in Ireland and their relationship with mental health, self-rated health and quality of life. *BMC Public Health*, *11*, 1-10.

Courtney, M. E., Charles, P., Okpych, N. J., Napolitano, L., Halsted, K., & Courtney, M. E. (2014). Findings from the California Youth Transitions to Adulthood Study (CalYOUTH): Conditions of foster youth at age 17. Erişim 10.02.2020, https://cpb-us-w2.wpmucdn.com/voices.uchicago.edu/dist/9/1022/files/2018/05/calyouth_youth_report-2frgw6w.pdf

Çuhadaroğlu, A. (2017). The effects of sex education on psychological counselling students in Turkey. *Sex Education*, *17*, 209-219.

Darroch, J. E., Woog, V., Bankole, A., Ashford, L. S., & Points, K. (2016). Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. *Guttmacher Institute*. *1*, 1-9.

De La Haye, K., Robins, G., Mohr, P., & Wilson, C. (2013). Adolescents' intake of junk food: Processes and mechanisms driving consumption similarities among friends. *Journal of Research on Adolescence*, *23*, 524-536.

De Neve, J. W., Fink, G., Subramanian, S. V., Moyo, S., & Bor, J. (2015). Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: Evidence from a natural experiment. *The Lancet Global Health*, *3*, e470-e477.

Deibert, R., Palfrey, J., Rohozinski, R., & Zittrain, J. (2010). *Access Contested: Security, Identity, and Resistance in Asian Cyberspace.* Cambridge MA, London: Mit Press.

Denford, S., Abraham, C., Campbell, R., & Busse, H. (2017). A comprehensive review of reviews of school-based interventions to improve sexual-health. *Health Psychology Review*, *11*, 33-52.

Denison, J. A., Tsui, S., Bratt, J., Torpey, K., Weaver, M. A., & Kabaso, M. (2012). Do peer educators make a difference? An evaluation of a youth-led HIV prevention model in Zambian Schools. *Health Education Research*, *27*, 237-247.

Dennison, C. (2004). *Teenage pregnancy: An overview of the research evidence.* Erişim 12.06.2020, Health Development Agency: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/http://www.wiredforhealth.gov.uk/PDF/bloopregPO.pdf

DeSmet, A., Shegog, R., Van Ryckeghem, D., Crombez, G., & De Bourdeaudhuij, I. (2015). A systematic review and meta-analysis of interventions for sexual health promotion involving serious digital games. *Games for Health Journal*, *4*, 78-90.

DiClemente, R. J., Davis, T. L., Swartzendruber, A., Fasula, A. M., Boyce, L., Gelaude, D., ... & Staples-Horne, M. (2014). Efficacy of an HIV/STI sexual risk-reduction intervention for African American adolescent girls in juvenile detention centers: a randomized controlled trial. *Women & Health*, *54*, 726-749.

DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Rose, E. S., Sales, J. M., Lang, D. L., Caliendo, A. M., ... & Crosby, R. A. (2009). Efficacy of sexually transmitted disease/human immunodeficiency virus sexual risk–reduction intervention for African American adolescent females seeking sexual health services: A randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *163*, 1112-1121.

Divecha, Z., Divney, A., Ickovics, J., & Kershaw, T. (2012). Tweeting about testing: Do low-income, parenting adolescents and young adults use new media technologies to communicate about sexual health? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *44*, 176-183.

Dixon-Mueller, R. (2008). How young is 'too young'? Comparative perspectives on adolescent sexual, marital and reproductive transitions. *Studies in Family Planning,* 39, 247–262.

Downs, J. S. (2014). Prescriptive scientific narratives for communicating usable science. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *111*, 13627-13633.

Döring, N. (2014). Consensual sexting among adolescents: Risk prevention through abstinence education or safer sexting?. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, *8*, 1-9.

Eisenberg, M. E., Madsen, N., Oliphant, J. A., Sieving, R. E., & Resnick, M. (2010). "Am I qualified? How do I Know?" A qualitative study of sexuality educators' training experiences. *American Journal of Health Education*, *41*, 337-344.

Eisenberg, M. E., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., & Hemphill, S. A. (2014). Social norms in the development of adolescent substance use: A longitudinal analysis of the International Youth Development Study. *Journal of Youth and Adolescence*, *43*, 1486-1497.

Elliott, L., Henderson, M., Nixon, C., & Wight, D. (2013). Has untargeted sexual health promotion for young people reached its limit? A quasi-experimental study. *J Epidemiol Community Health*, *67*, 398-404.

Ellsberg, M., Arango, D. J., Morton, M., Gennari, F., Kiplesund, S., Contreras, M., & Watts, C. (2015). Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say?. *The Lancet*, *385*, 1555-1566.

Emler, N. (2002). The costs and causes of low self-esteem: Nicholas Emler, professor of Social Psychology at the London School of Economics, examines the research literature to determine what is known about the consequences of low self-esteem, the factors and conditions that determine a person's level of self-esteem, and the effect of planned interventions on self-esteem. *Youth Studies Australia*, *21*, 45-49.

Engel, D. M. C., Paul, M., Chalasani, S., Gonsalves, L., Ross, D. A., Chandra-Mouli, V., ... & Beadle, S. (2019). A Package of Sexual and Reproductive Health and Rights Interventions—What Does It Mean for Adolescents? *Journal of Adolescent Health*, *65*, 41-50.

Englander, E. (2019). What do we know about sexting, and when did we know it?. *Journal of Adolescent Health*, *65*, 577-578.

Erdoğan, S., Nahcivan, N. ve Esin, M. N. (2015). *Hemşirelikte Araştırma Süreç Uygulama ve Kritik.* İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Esen, E., & Siyez, D. M. (2017). Cinsel Sağlık Eğitimi Programının 9. Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Bilgi Düzeyleri ve Tutumlarına Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *32*, 560-580.

Evans, D. L., & Tripp, J. H. (2006). Sex education: the case for primary prevention and peer education. *Current Paediatrics*, *16*, 95-99.

Evcili, F., & Golbasi, Z. (2019). The effect of peer education model on sexual myths of Turkish university students: An interventional study. *Perspectives in Psychiatric Care*, *55*, 239-248.

Evcili, F., & Gölbaşı, Z. (2017). Cinsel sağlık bilgi testi: Geliştirme, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *1*, 29-33.

Falchikov, N., Goldfinch, J. (2000). Student peer assessment in higher education: a meta-analysis comparing peer and teacher marks. *Review of Educational Research, 70,* 287-322.

Fellmeth, G. L., Heffernan, C., Nurse, J., Habibula, S., & Sethi, D. (2013). Educational and Skills-Based Interventions for Preventing Relationship and Dating Violence in Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. *Campbell Systematic Reviews*, *9*, 1-124.

Fergusson, D., Aaron, S. D., Guyatt, G., & Hébert, P. (2002). Post-randomisation exclusions: the intention to treat principle and excluding patients from analysis. *The BMJ*, *325*, 652-654.

Fetene, N., & Mekonnen, W. (2018). The prevalence of risky sexual behaviors among youth center reproductive health clinics users and non-users in Addis Ababa, Ethiopia: a comparative cross-sectional study. *PloS One*, *13*, 1-15.

FIGO (2011). International Federation of Gynecology and Obstetrics. *Adolescent sexual and reproductive health (ASRH)*. Erişim 16.09.2020, FIGO:http://www.figo.org/figo-projectpublications

Fisher, J. D., Fisher, W. A., Bryan, A. D., & Misovich, S. J. (2002). Information-motivation-behavioral skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*, *21*, 177.

Fleming, N., O'Driscoll, T., Becker, G., Spitzer, R. F., Allen, L., Millar, D., ... & Spitzer, R. (2015). Adolescent pregnancy guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *37*, 740-756.

Fletcher, A., Bonell, C., & Sorhaindo, A. (2011). You are what your friends eat: systematic review of social network analyses of young people's eating behaviours and bodyweight. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *65*, 548-555.

Frappier, J. Y., Kaufman, M., Baltzer, F., Elliot, A., Lane, M., Pinzon, J., & McDuff, P. (2008). Sex and sexual health: A survey of Canadian youth and mothers. *Pediatric and Child Health, 13*, 25-30.

Gakidou, E., Cowling, K., Lozano, R., & Murray, C. J. (2010). Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis. *The Lancet*, *376*, 959-974.

Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology,* 121, 8-40.

Gardner, E. A. (2015). Abstinence-only sex education: College students' evaluations and responses. *Americaon Journal of Sexuality Education, 10*, 125–139.

Gastón, C. M., Misunas, C., & Cappa, C. (2019). Child marriage among boys: a global overview of available data. *Vulnerable Children and Youth Studies*, *14*, 219-228.

Ghasemi, V., Simbar, M., Rashidi Fakari, F., Saei Ghare Naz, M., & Kiani, Z. (2019). The effect of peer education on health promotion of Iranian adolescents: A systematic review. *International Journal of Pediatrics*, *7*(3), 9139-9157.

Giedd, J. N., Blumenthal, J., Jeffries, N. O., Castellanos, F. X., Liu, H., Zijdenbos, A., ... & Rapoport, J. L. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience*, *2*(10), 861-863.

Giorgio, M. M., Kantor, L. M., Levine, D. S., & Arons, W. (2013). Using chat and text technologies to answer sexual and reproductive health questions: Planned Parenthood pilot study. *Journal of Medical Internet Research*, *15*, e203.

Goddings, A. L., Mills, K. L., Clasen, L. S., Giedd, J. N., Viner, R. M., & Blakemore, S. J. (2014). The influence of puberty on subcortical brain development. *Neuroimage*, *88*, 242-251.

Godeau, E., Vignes, C., Nic Gabhainn, S., Ross, J., Boyce, W., & Todd, J. (2008). Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: Results from 24 countries. *JAMA*, 162, 66–73.

Golbasi, Z., & Kelleci, M. (2011). Sexual experience and risky sexual behaviours of Turkish university students. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *283*, 531-537.

Goldman, J. D. (2011). An exploration in health education of an integrated theoretical basis for sexuality education pedagogies for young people. *Health Education Research*, *26*, 526-541.

Goodwin, N., Smith, J., Davies, A., Perry, C., Rosen, R., Dixon, A., ... & Ham, C. (2012). *Integrated care for patients and populations: improving outcomes by working together.* Erişim 06.11.2020, London King's Fund: https://www.networks.nhs.uk.

Goonesekere, S. W. (2019). The Indivisibility of Rights and Substantive Equality for Women. *International Human Rights of Women*, *1*, 39-61.

Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., ... & Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *The Lancet*, *377*, 2093-2102.

Goyal, M., Witt, R., Gerber, J., Hayes, K., & Zaoutis, T. (2013). 131. Physician Adherence to Sexual Health and STI/HIV Screening Recommendations During Routine Adolescent Health Visits. *Journal of Adolescent Health*, *52*, S84.

Griffiths, F., Lindenmeyer, A., Powell, J., Lowe, P., & Thorogood, M. (2006). Why are health care interventions delivered over the internet? A systematic review of the published literature. *Journal of Medical Internet Research*, *8*, e10.

Grucza, R. A., Krueger, R. F., Agrawal, A., Plunk, A. D., Krauss, M. J., Bongu, J., ... & Bierut, L. J. (2018). Declines in Prevalence of Adolescent Substance Use Disorders and Delinquent Behaviors in the United States: A Unitary Trend? *Psychological Medicine*, *48*, 1494.

Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S. A., Ross, J. G., Gowda, V. R., Collins, J. L., & Kolbe, L. J. (2000). Youth risk behavior surveillance national alternative high school youth risk behavior survey, United States, 1998. *Journal of School Health*, *70*, 5-17.

Gullo, S., Galavotti, C., Sebert Kuhlmann, A., Msiska, T., Hastings, P., & Marti, C. N. (2017). Effects of a social accountability approach, CARE's Community Score Card, on reproductive health-related outcomes in Malawi: A cluster-randomized controlled evaluation. *PLoS One*, *12*, e 1-20.

Guzmán, B. L., & Stritto, M. E. D. (2012). The role of socio-psychological determinants in the sexual behaviors of Latina early adolescents. *Sex Roles*, *66*, 776-789.

Güçlü, S., Elem, E., & Unutkan, A. (2015). Gençlerin cinsel sağlık konusunda bilgi düzeylerini artırıcı bir müdahale: akran eğitimi projesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, *4*, 156-62.

Gürsoy, E., & Gençalp, N. S. (2010). Cinsel sağlık eğitiminin önemi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, *23*, 29-36.

Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (2007). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents*. *American Academy of Pediatrics*. Erişim, 11.28.2019, https:// brightfutures. aap. org/ Bright%20 Futures%20 Documents/ 9- Sexuality. pdf.

Hale, D. R., & Viner, R. M. (2016). The correlates and course of multiple health risk behaviour in adolescence. *BMC Public Health*, *16*, 458.

Hall, G. S. (1905). *Adolescence: Its Psychology And Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion And Education.* London: Appleton.

Harden, A., Brunton, G., Fletcher, A., & Oakley, A. (2009). Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. *The BMJ*, *339*, 42-54.

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

Hardin, A. P., Hackell, J. M., & Committee on Practice and Ambulatory Medicine. (2017). Age limit of pediatrics. *Pediatrics*, *140*, 2-5.

Harper, G. W., Bangi, A. K., Sanchez, B., Doll, M., & Pedraza, A. (2009). A quasi-experimental evaluation of a community-based HIV prevention intervention for Mexican American female adolescents: The SHERO's program. *AIDS Education & Prevention*, *21*, 109-123.

Hatzold, K., Gudukeya, S., Mutseta, M. N., Chilongosi, R., Nalubamba, M., Nkhoma, C., ... & Smith, G. (2019). HIV self-testing: breaking the barriers to uptake of testing among men and adolescents in sub-Saharan Africa, experiences from STAR demonstration projects in Malawi, Zambia and Zimbabwe. *Journal of the International AIDS Society*, *22*, e25244.

He, J., Wang, Y., Du, Z., Liao, J., He, N., & Hao, Y. (2020). Peer education for HIV prevention among high-risk groups: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*, *20*, 1-20.

Hennegan, J., Shannon, A. K., Rubli, J., Schwab, K. J., & Melendez-Torres, G. J. (2019). Women's and girls' experiences of menstruation in low-and middle-income countries: A systematic review and qualitative metasynthesis. *PLoS Medicine*, *16*, e1002803.

Hensel, D. J., Nance, J., & Fortenberry, J. D. (2016). The association between sexual health and physical, mental, and social health in adolescent women. *Journal of Adolescent Health*, *59*, 416-421.

Heywood, W., Patrick, K., Smith, A. M., & Pitts, M. K. (2015). Associations between early first sexual intercourse and later sexual and reproductive outcomes: a systematic review of population-based data. *Archives of Sexual Behavior*, *44*, 531-569.

Hogben, M., Ford, J., Becasen, J. S., & Brown, K. F. (2015). A systematic review of sexual health interventions for adults: narrative evidence. *Journal of Sex Research*, *52*, 444-469.

Holman, A., & Sillars, A. (2012). Talk about "hooking up": The influence of college student social networks on nonrelationship sex. *Health Communication*, *27*, 205-216.

Ibitoye, M., Choi, C., Tai, H., Lee, G., & Sommer, M. (2017). Early menarche: A systematic review of its effect on sexual and reproductive health in low-and middle-income countries. *PloS One*, *12*, e0178884.

ICPD (1994). *United Nations International Conference on Population and Development Programme of Action.* New York: United Nations. Erişim 03.11.2019, https://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action.

ILO (2019). International Labour Organization. *ILOSTAT Database.* Erişim 10.01.2020, ILO:https://www.ilo.org/ilostat.

Ingram, J., & Salmon, D. (2007). No worries!' Young people's experiences of nurse-led drop-in sexual health services in South West England. *Journal of Research in Nursing*, *12*, 305-315.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *GBD Database.* Erişim 17.01.2019, http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool

Iyer, P., & Aggleton, P. (2013). 'Sex education should be taught, fine… but we make sure they control themselves': teachers' beliefs and attitudes towards young people's sexual and reproductive health in a Ugandan secondary school. *Sex Education*, *13*, 40-53.

Jaccard, J., Dodge, T., & Dittus, P. (2002). Parent-adolescent communication about sex and birth control: A conceptual framework. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 97, 9-42.

Jacquez, F., Vaughn, L. M., & Wagner, E. (2013). Youth as partners, participants or passive recipients: A review of children and adolescents in community-based participatory research (CBPR). *American Journal of Community Psychology, 51*, 176–189.

James-Traore, T. A., Finger, W., Ruland, C. D., & Savariaud, S. (2004). *Teacher training: Essential for school-based reproductive health and HIV/AIDS education*. Erişim 18.08.2020, Family Health International, YouthNet Program: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnacy995.pdf

Jaworsky, D., Larkin, J., Sriranganathan, G., Clout, J., Janssen, J., Campbell, L., ... & Flynn, S. (2013). Evaluating Youth Sexual Health Peer Education Programs:

"Challenges and Suggestions for Effective Evaluation Practices". *Journal of Education and Training Studies*, *1*, 227-234.

Jemmott, J. B., Jemmott, L. S., Braverman, P. K., & Fong, G. T. (2005). HIV/STD risk reduction interventions for African American and Latino adolescent girls at an adolescent medicine clinic: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *159*, 440-449.

Jeon, K. C., & Goodson, P. (2015). US adolescents' friendship networks and health risk behaviors: a systematic review of studies using social network analysis and Add Health data. *PeerJ*, *3*, 1-29.

Jessor, R., & Jessor, S. L. (2017). *Problem Behavior Theory and Adolescent Health*. Indiana University, Bloomington, IN, USA:Springer International Publishing.

Jones, C. J., Smith, H., & Llewellyn, C. (2014). Evaluating the effectiveness of health belief model interventions in improving adherence: a systematic review. *Health Psychology Review*, *8*, 253-269.

Jones, G. W. (2010). *Changing Marriage Patterns in Asia.* Erişim 22.05.2020. Asia Research Institute: http://www.ari.nus.edu.sg/wps/wps10_131.pdf.

Jones, L. M., Mitchell, K. J., & Finkelhor, D. (2012). Trends in youth internet victimization: Findings from three youth internet safety surveys 2000–2010. *Journal of Adolescent Health*, *50*, 179-186.

Jones, R. K., & Biddlecom, A. E. (2011). Is the internet filling the sexual health information gap for teens? An exploratory study. *Journal of Health Communication*, *16*, 112-123.

Kaaya, S. F., Mukoma, W., Flisher, A. J., & Klepp, K. L. (2002). School-based sexual health interventions in sub-Saharan Africa: A review. *Social Dynamics*, *28*, 64-88.

Kaya, M. (2016). Grup Oyunlarında Öğrenci Etkileşimlerinin İncelenmesi: Kim Biliyor? Oyunu Örneği. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, (1), 5-27.

Kaptanoğlu, A. F., Süer, K., Diktaş, H., & Hınçal, E. (2013). Knowledge, attitudes and behaviour towards sexually transmitted diseases in Turkish Cypriot adolescents. *Central European Journal of Public Health*, *21*, 54-58).

Kaptanoğlu, Y. İ., Çavlin, A. ve Ergöçmen, A., B. (2015). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile içi Şiddet Araştırması. Elma Teknik Basım Matbaacılık. Ankara.

Karasu, F., Göllüce, A., Güvenç, E., Dadük, S., & Tuncel, T. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgilerinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, *5*, 1-15.

Kellam, S. G., Wang, W., Mackenzie, A. C., Brown, C. H., Ompad, D. C., Or, F., ... & Windham, A. (2014). The impact of the Good Behavior Game, a universal classroom-based preventive intervention in first and second grades, on high-risk sexual behaviors and drug abuse and dependence disorders into young adulthood. *Prevention Science*, *15*, 6-18.

Ketting, E., Brockschmidt, L., & Ivanova, O. (2020). Investigating the 'C'in CSE: implementation and effectiveness of comprehensive sexuality education in the WHO European region. *Sex Education*, *21*, 133-147.

Kırbaş A, Gülerman HC, Yüksel N. (2011). Evaluation of Adolescent Pregnancy Outcomes. *Turkish Journal of Gynecology Obstetricsand Neonatology, 8*, 1271-1273.

Kırmızıtoprak, E., & Şimşek, Z. (2011). Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve güvenli cinsel yaşam konusunda gençlerin bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, *10*, 463-472.

Kiani, M. A., Ghazanfarpour, M., & Saeidi, M. (2019). Adolescent pregnancy: a health challenge. *International Journal of Pediatrics*, *7*, 9749-9752.

Kim, C. R., & Free, C. (2008). Recent evaluations of the peer-led approach in adolescent sexual health education: A systematic review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *40*, 144-151.

Kim, J. L., & Ward, L. M. (2012). Striving for pleasure without fear: Short-term effects of reading a women's magazine on women's sexual attitudes. *Psychology of Women Quarterly*, *36*, 326-336.

Kirby, D. (2002). Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and childrearing. *The Journal of Sex Research, 39,* 51-57.

Kirby, D. (2007). Emerging answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy. *American Journal of Health Education*, *32*, 348-355.

Kirby, D., Laris, B. A., & Rolleri, L. (2005). *Impact of Sex and HIV Education Programs on Sexual Behaviors of Youth in Developing and Developed Countries.* Erişim 12.04.2020, Family Health International, YouthNet Program:https://www.iywg.org/sites/iywg/files/youth_research_wp_2.pdf

KKTC Devlet Planlama Örgütü (2018). Ekonomik ve Sosyal Göstergeler. Erişim 05.11.2020, www.devplan.org

KKTC Sağlık Bakanlığı (2018). *Bildirimi Zorunlu Hastalıklar*. Erişim 05.11.2020, www.saglık.gov.ct.tr

Klein, J. D., Sabaratnam, P., Pazos, B., Auerbach, M. M., Havens, C. G., & Brach, M. J. (2005). Evaluation of the parents as primary sexuality educators program. *Journal of Adolescent Health*, *37*, 94-99.

Knerr, W., & Philpott, A. (2011). Strange bedfellows: bridging the worlds of academia, public health and the sex industry to improve sexual health outcomes. *Health Research Policy and Systems*, *9*, 1-9.

Koca, B., & Oğuzöncül, A. F. (2015). İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sigara, alkol, madde kullanımı, madde kullanımına etki eden etmenler ve aileden aldıkları sosyal desteğin etkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, *4*, 4-13.

Koletić, G. (2017). Longitudinal associations between the use of sexually explicit material and adolescents' attitudes and behaviors: A narrative review of studies. *Journal of Adolescence*, *57*, 119-133.

Kouta, C., & Tolma, E. L. (2008). Sexuality, sexual and reproductive health: an exploration of the knowledge, attitudes and beliefs of the Greek-Cypriot adolescents. *Promotion & Education*, *15*, 24-31.

Kusheta, S., Bancha, B., Habtu, Y., Helamo, D., & Yohannes, S. (2019). Adolescent-parent communication on sexual and reproductive health issues and its factors among secondary and preparatory school students in Hadiya Zone, Southern Ethiopia: institution based cross sectional study. *BMC Pediatrics*, *19*, 1-11.

Kutlu, Ö., & Çok, F. (2002). Cinsel Eğitim Programına Dayalı Cinsel Bilgi Testinin Geliştirilmesi. *Eğitim ve Bilim*, *27*, 3-12.

Kütük S. (2012). Adölesan gebelik riskleri ve sorunlar. *Türk Aile Hekimiği Dergisi 16*, 31-4.

Langer, A., Meleis, A., Knaul, F. M., Atun, R., Aran, M., Arreola-Ornelas, H., ... & Frenk, J. (2015). Women and health: the key for sustainable development. *The Lancet*, *386*, 1165-1210.

Lazarus, J. V., Sihvonen-Riemenschneider, H., Laukamm-Josten, U., Wong, F., & Liljestrand, J. (2010). Systematic review of interventions to prevent the spread of sexually transmitted infections, including HIV, among young people in Europe. *Croatian Medical Journal*, *51*, 74-84

Lenhart, A., Madden, M., Smith, A., & Macgill, A. R. (2009). Teens and social media: An overview. *Pew Internet and American Life*, *1*, 97-119.

Leung, H., & Lin, L. (2019). Adolescent sexual risk behavior in Hong Kong: prevalence, protective factors, and sex education programs. *Journal of Adolescent Health*, *64*, S52-S58.

Leung, R. K., Toumbourou, J. W., & Hemphill, S. A. (2014). The effect of peer influence and selection processes on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Health Psychology Review*, *8*, 426-457.

Levine, D. (2011). Using technology, new media, and mobile for sexual and reproductive health. *Sexuality Research and Social Policy*, *8*, 18-26.

Levine, D., McCright, J., Dobkin, L., Woodruff, A. J., & Klausner, J. D. (2008). SEXINFO: a sexual health text messaging service for San Francisco youth. *American Journal of Public Health*, *98*, 393-395.

LeVine, R. A., LeVine, S., Schnell-Anzola, B., Rowe, M. L., & Dexter, E. (2011). *Literacy and Mothering: How Women's Schooling Changes the Lives of The World's Children*. London:Oxford University Press.

Li, C., Cheng, Z., Wu, T., Liang, X., Gaoshan, J., Li, L., ... & Tang, K. (2017). The relationships of school-based sexuality education, sexual knowledge and sexual behaviors a study of 18,000 Chinese college students. *Reproductive Health*, *14*, 1-9.

Liang, M., Simelane, S., Fillo, G. F., Chalasani, S., Weny, K., Canelos, P. S., ... & Michielsen, K. (2019). The state of adolescent sexual and reproductive health. *Journal of Adolescent Health*, *65*, 3-15.

Lindberg, L. D., Maddow-Zimet, I., & Boonstra, H. (2016). Changes in adolescents' receipt of sex education, 2006–2013. *Journal of Adolescent Health*, *58*, 621-627.

Litt, D. M., & Stock, M. L. (2011). Adolescent alcohol-related risk cognitions: the roles of social norms and social networking sites. *Psychology of Addictive Behaviors*, *25*, 708.

Liu, Y., Vermund, S. H., Ruan, Y., Liu, H., Rivet Amico, K., Simoni, J. M., ... & Qian, H. Z. (2018). Peer counselling versus standard-of-care on reducing high-risk behaviours among newly diagnosed HIV-positive men who have sex with men in Beijing, China: a randomized intervention study. *Journal of the International AIDS Society*, *21*, 25-79.

Lloyd, C.B. (2010). The role of schools in promoting sexual and reproductive health among adolescents in developing countries. İçinde S. Malarcher (Ed.), *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health: Informing Future Research and Programme İmplementation.* Geneva: World Health Organization Inc; 115–131.

Lopez, A. D., Collishaw, N. E., & Piha, T. (2011). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, *3*, 242.

Lundgren, R., & Amin, A. (2015). Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *Journal of Adolescent Health*, *56*, 42-50.

Macdonald-Wallis, K., Jago, R., & Sterne, J. A. (2012). Social network analysis of childhood and youth physical activity: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, *43*, 636-642.

Madkour, A. S., Farhat, T., Halpern, C. T., Godeau, E., & Gabhainn, S. N. (2010). Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. *Journal of Adolescent Health*, *47*, 389-398.

Magee, J. C., Bigelow, L., DeHaan, S., & Mustanski, B. S. (2012). Sexual health information seeking online: a mixed-methods study among lesbian, gay, bisexual, and transgender young people. *Health Education & Behavior*, *39*, 276-289.

Malhotra, A., Amin, A., & Nanda, P. (2019). Catalyzing gender norm change for adolescent sexual and reproductive health: Investing in interventions for structural change. *Journal of Adolescent Health*, *64*, 13-15.

Maqbool, M., Khan, M., Mohammad, M., Adesina, M. A., & Fekadu, G. (2019). Awareness about reproductive health in adolescents and youth: A review. *Journal of Applied Pharmaceutical Sciences and Research*, 2, 1-5.

Marcell, A. V., & Burstein, G. R. (2017). Sexual and reproductive health care services in the pediatric setting. *Pediatrics*, *140*, 1-34.

Marcell, A. V., Allan, E., Clay, E. A., Watson, C., & Sonenstein, F. L. (2013). Effectiveness of a Brief Curriculum to Promote Condom and Health Care Use Among Out-of-School Young Adult Males. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *45*, 33-40.

Mardi, A., Ebadi, A., Shahbazi, S., & Moghadam, Z. B. (2018). Factors influencing the use of contraceptives through the lens of teenage women: a qualitative study in Iran. *BMC Public Health*, *18*, 202.

Martino, S. C., Elliott, M. N., Corona, R., Kanouse, D. E., & Schuster, M. A. (2008). Beyond the "big talk": The roles of breadth and repetition in parent-adolescent communication about sexual topics. *Pediatrics*, *121*, e612-e618.

Mash, R., & Mash, R. J. (2012). A quasi-experimental evaluation of an HIV prevention programme by peer education in the Anglican Church of the Western Cape, South Africa. *BMJ Open*, *2*, 1-8.

Maticka-Tyndale, E., & Barnett, J. P. (2010). Peer-led interventions to reduce HIV risk of youth: a review. *Evaluation and Program Planning*, *33*, 98-112.

Maturo, C. C., & Cunningham, S. A. (2013). Influence of friends on children's physical activity: a review. *American Journal of Public Health*, *103*, e23-e38.

Mavedzenge, S. N., Luecke, E., & Ross, D. A. (2014). Effective approaches for programming to reduce adolescent vulnerability to HIV infection, HIV risk, and HIV-

related morbidity and mortality: a systematic review of systematic reviews. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *66*, 154-169.

McGovern, P., Waylen, A., Wolke, D., Low, N., & Ness, A. (2010). Romantic and sexual behavior in young adolescents: Repeated surveys in a population-based cohort. *Journal of Early Adolescence*, *30*, 432–443.

McKay, A. & Bissell, M. (2010). *Sexual Health Education in The Schools*. Erişim 11.09.2020, Sex Information and Education Council of Canada (SIECCAN): http://www.sieccan.org/pdf/she_q&a_3rd.pdf

McKee, A., Watson, A.-F., & Dore, J. (2014). 'It's all scientific to me': Focus group insights into why young people do not apply safe-sex knowledge. *Sex Education, 14*, 652–665.

McKellar, K., & Sillence, E. (2020). *Sexual Health Education in and Outside of Schools and Digital Sexual Health Interventions.* UK: Academic Press.

McKellar, K., Sillence, E., & Smith, M. A. (2019). Sexual health experiences, knowledge and understanding in low SES female teenagers: A diary approach. *Journal of Adolescence*, *73*, 122-130.

Meadows, S. O., Engel, C. C., Collins, R. L., Beckman, R. L., Cefalu, M., Hawes-Dawson, J., ... & Williams, K. M. (2018). 2015 Department of Defense health related behaviors survey (HRBS). *Rand Health Quarterly*, *8*, 1-47.

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

Mellanby, A. R., Newcombe, R. G., Rees, J., & Tripp, J. H. (2001). A comparative study of peer-led and adult-led school sex education. *Health Education Research*, *16*, 481-492.

Merakou, K., & Kourea-Kremastinou, J. (2006). Peer education in HIV prevention: an evaluation in schools. *The European Journal of Public Health*, *16*, 128-132.

Mercer, C. H., Tanton, C., Prah, P., Erens, B., Sonnenberg, P., Clifton, S., ... & Copas, A. J. (2013). Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life

course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *The Lancet*, *382*, 1781-1794.

Mete, B., Söyiler, V., & Pehlivan, E. (2020). Adölesanlarda Sigara İçme ve Madde Kullanma Prevalansı. *Bağımlılık Dergisi*, *21*, 64-71.

Mohamadi, S., Motaghi, Z., Keramat, A., Goli, S., Mousavi, S. A., & Shahroud, I. (2019). Effect of peer education on puberty knowledge and practice in girls. *Journal of Mazandaran Universitesi Medical Science*, *29*, 124-138.

Montagu, D., Yamey, G., Visconti, A., Harding, A., & Yoong, J. (2011). Where do poor women in developing countries give birth? A multi-country analysis of demographic and health survey data. *PloS One*, *6*, e17155.

Moreno, M. A., & Whitehill, J. M. (2014). Influence of social media on alcohol use in adolescents and young adults. *Alcohol Research: Current Reviews*, *36*, 91.

Morris, J. L., & Rushwan, H. (2015). Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *131*, 40-42.

Morrison-Beedy, D., Jones, S. H., Xia, Y., Tu, X., Crean, H. F., & Carey, M. P. (2013). Reducing sexual risk behavior in adolescent girls: results from a randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, *52*, 314-321.

Neal, S., Stone, N., & Ingham, R. (2016). The impact of armed conflict on adolescent transitions: a systematic review of quantitative research on age of sexual debut, first marriage and first birth in young women under the age of 20 years. *BMC Public Health*, *16*, 225.

Nesmith, J. D., Klerman, L. V., Oh, M. K., & Feinstein, R. A. (1997). Procreative experiences and orientations toward paternity held by incarcerated adolescent males. *Journal of Adolescent Health*, *20*, 198-203.

Nguyen, M. C., & Wodon, Q. (2015). Global and regional trends in child marriage. *The Review of Faith & International Affairs*, *13*, 6-11.

Nove, A., Matthews, Z., Neal, S., & Camacho, A. V. (2014). Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. *The Lancet Global Health*, *2*, e155-e164.

O'Malley, T. L., Horowitz, K. R., Garth, J., Mair, C., & Burke, J. G. (2017). A technology-based peer education intervention: Results from a sexual health textline feasibility study. *American Journal of Sexuality Education*, *12*, 383-394.

O'Donnell, L., Stueve, A., O'Donnell, C., Duran, R., San Doval, A., Wilson, R., ... & Pleck, J. H. (2002). Long-term reductions in sexual initiation and sexual activity among urban middle schoolers in the reach for health service learning program. *Journal of Adolescent Health*, *31*, 93-100.

O'Higgins, N. (2017). Rising to the youth employment challenge: New evidence on key policy issues. International Labour Office–Geneva: ILO.

OECD (2016). *Population With Tertiary Education.* Erişim 22.12.2019*,* https://data.oecd. org/eduatt/population-with-tertiary-education.htm.

Oğuzkaya Artan, M., & Baykan, Z. (2010). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeyleri ve bunu etkileyen faktörler. *Türk Hijyen ve Girişimsel Biyoloji Dergisi*, *67*, 127-133.

Oringanje, C., Meremikwu, M. M., Eko, H., Esu, E., Meremikwu, A., & Ehiri, J. E. (2016). Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2,* 5-105.

Oshima, K. M. M., Narendorf, S. C., & McMillen, J. C. (2013). Pregnancy risk among older youth transitioning out of foster care. *Children and Youth Services Review*, *35*, 1760-1765.

Ott, M. A. & Santelli, J. S. (2007). Abstinence and abstinence-only education. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology, 19,* 446-452.

Owolabi, O. O., Wong, K. L., Dennis, M. L., Radovich, E., Cavallaro, F. L., Lynch, C. A., ... & Benova, L. (2017). Comparing the use and content of antenatal care in adolescent and older first-time mothers in 13 countries of west Africa: a cross-sectional analysis of Demographic and Health Surveys. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *1*, 203-212.

Ozan, S., Timbil, S., Aras, S., Can Bilgin, A., Orcin, E., & Semin, S. (2010). Sexual attitudes, behaviour changes and opinions of interns in Izmir, Turkey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *15*, 367-375.

Özalp, S., Tanır, H. M., Ilgın, H., Ilgın, B., & Karataş, A. (2012). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp ve Mühendislik Fakültesi öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve aile planlaması konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, *14*, 18-21.

Özcan, H., Kızılkaya Beji, N., Karadağ, A., & Emlik, K. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Üreme Ve Cinsel Sağlığa Yönelik Bilgi Düzeyleri. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 7*, 83-97.

Öztekin C, Şengezer T, Özkara A. (2017). Effects of parental attitudes on the use of addictive substances in high school students. *Niger Clincical Practice Journal,* 20, 1112-1121.

Öztürk Çopur, E. & Kubilay, G. (2017). Üniversite öğrencilerinin öğrenci sağlık merkezlerinde sunulan hizmetlere ilişkin görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, *4*, 15-21.

Pape, H., Rossow, I., & Brunborg, G. S. (2018). Adolescents drink less: how, who and why? A review of the recent research literature. *Drug and Alcohol Review*, *37*, 98-114.

Parkes, A., Henderson, M., Wight, D., & Nixon, C. (2011). Is parenting associated with teenagers' early sexual risk-taking, autonomy and relationship with sexual partners?. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *43*, 30-40.

Pathipati, A. S., Azad, T. D., & Jethwani, K. (2016). Telemedical education: training digital natives in telemedicine. *Journal of Medical Internet Research*, *18*, e193.

Patten, S., Vollman, A., Thurston, W. (2000). The utility of the transtheoretical model of behavior change for HIV risk reduction in injection drug users. *Journal of the Association Nurses AIDS Care, 11*, 57-66.

Patton, G. C., & Viner, R. (2007). Pubertal transitions in health. *The Lancet*, *369*, 1130-1139.

Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., ... & Viner, R. M. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, *387*, 2423-2478.

Perry, R. C., Kayekjian, K. C., Braun, R. A., Cantu, M., Sheoran, B., & Chung, P. J. (2012). Adolescents' perspectives on the use of a text messaging service for preventive sexual health promotion. *Journal of Adolescent Health*, *51*, 220-225.

Peter, J., & Valkenburg, P. M. (2016). Adolescents and pornography: A review of 20 years of research. *The Journal of Sex Research*, *53*, 509-531.

Pettifor, A., Bekker, L. G., Hosek, S., DiClemente, R., Rosenberg, M., Bull, S., ... & Cowan, F. (2013). Preventing HIV among young people: research priorities for the future. *Journal of Acquired İmmune Deficiency Syndromes*, *63*, 145-155.

Phillips, K. R. (2010). BrdsNBz: A text-messaging forum for improving the sexual health of adolescents in North Carolina. *North Carolina Medical Journal*, *71*, 368-371.

Pınar, G., Doğan, N., Ökdem, Ş., Algıer, L., & Öksüz, E. (2009). Özel bir üniversitede okuyan öğrencilerin cinsel sağlıkla ilgili bilgi tutum ve davranışları. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, *7*, 105-113.

Pınar, G., & Taşkın, L. (2011). Üniversite gençlerine yönelik olarak geliştirilen cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitim programının etkinliği. *Gülhane Tıp Dergisi*, *53*, 1-8.

Polis, C. B., Hussain, R., & Berry, A. (2018). There might be blood: a scoping review on women's responses to contraceptive-induced menstrual bleeding changes. *Reproductive Health*, *15*, 1-17.

Pound, P., Denford, S., Shucksmith, J., Tanton, C., Johnson, A. M., Owen, J., ... & Campbell, R. (2017). What is best practice in sex and relationship education? A synthesis of evidence, including stakeholders' views. *BMJ open*, *7*, 1-11.

Prochaska, J.O., Velicer, W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion, 12*, 38-48.

Psaki, S. R., Chuang, E. K., Melnikas, A. J., Wilson, D. B., & Mensch, B. S. (2019). Causal effects of education on sexual and reproductive health in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *SSM-Population Health*, *8*, e100386.

Public Health Agency of Canada (PHAC, 2014). *Population-specific status report: HIV/AIDS and other sexually transmitted and blood borne infections among youth in Canada.* Erişim 08.09.2019, http://librarypdf.catie.ca/pdf/ATI-20000s/26485.pdf

Pudney, S. (2003). The road to ruin? Sequences of initiation to drugs and crime in Britain. *The Economic Journal*, *113*, 182-198.

Randall, J., & Langlais, M. (2019). Pornography use and virginity status: Examining the correlations of pornography consumption for virgins and non-virgins. *Sexuality & Culture*, *23*, 271-291.

Raymo, J. M., Park, H., Xie, Y., & Yeung, W. J. J. (2015). Marriage and family in East Asia: Continuity and change. *Annual Review of Sociology*, *41*, 471-492.

Raznahan, A., Lerch, J. P., Lee, N., Greenstein, D., Wallace, G. L., Stockman, M., ... & Giedd, J. N. (2011). Patterns of coordinated anatomical change in human cortical development: a longitudinal neuroimaging study of maturational coupling. *Neuron*, *72*, 873-884.

Reed, S. J., Miller, R. L., & Adolescent Medicine Trials Network for HIV/AIDS Interventions. (2014). The benefits of youth engagement in HIV-preventive structural change interventions. *Youth & Society*, *46*, 529-547.

Reed, S. J., Miller, R. L., & Adolescent Medicine Trials Network for HIV/AIDS Interventions. (2014). The benefits of youth engagement in HIV-preventive structural change interventions. *Youth & Society*, *46*, 529-547.

Rittenberg, V., Sobaleva, S., Ahmad, A., Oteng-Ntim, E., Bolton, V., Khalaf, Y., ... & El-Toukhy, T. (2011). Influence of BMI on risk of miscarriage after single blastocyst transfer. *Human Reproduction*, *26*, 2642-2650.

Rose, I. D., & Friedman, D. B. (2017). Schools: A missed opportunity to inform african American sexual and gender minority youth about sexual health education and services. *The Journal of School Nursing*, *33*, 109–115.

Rosenfield, R. L., Lipton, R. B., Drum, M. L. (2009). Thelarche, pubarche, and menarche attainment in children with normal and elevated body mass index. *Pediatrics*, *123*, 84–88.

Ross, M. W., Månsson, S. A., Daneback, K., Cooper, A., & Tikkanen, R. (2005). Biases in internet sexual health samples: Comparison of an internet sexuality survey and a national sexual health survey in Sweden. *Social Science & Medicine*, *61*, 245-252.

Royer, H.R., Keller, M.L., & Heidrich, S.M. (2009). Young adolescents' perceptions of romantic relationships and sexual activity. *Sex Education, 9,* 395–408.

Rudasill, K. M., & Kalutskaya, I. (2014). Being shy at school. *Sex Roles*, *70*, 267-273.

Ryan, E. M. (2010). Sexting: How the state can prevent a moment of indiscretion from leading to a lifetime of unintended consequences for minors and young adults. *Iowa Law Review*, *96*, 357.

Şahin, G. (2018). Üniversite Öğrencilerinin Üreme Sağlığı ve Psikolojik Sorunlar Konusundaki Bilgi Düzeyi: Şenlik Standından Bir Bakış. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, *2*(4), 247-257.

Salam, R. A., Faqqah, A., Sajjad, N., Lassi, Z. S., Das, J. K., Kaufman, M., & Bhutta, Z. A. (2016). Improving adolescent sexual and reproductive health: A systematic review of potential interventions. *Journal of Adolescent Health*, *59*, 11-28.

Sandhu, S., Veinot, P., Embuldeniya, G., Brooks, S., Sale, J., Huang, S., ... & Bell, M. J. (2013). Peer-to-peer mentoring for individuals with early inflammatory arthritis: feasibility pilot. *BMJ Open*, *3*, 1-14.

Sani, A. S., Abraham, C., Denford, S., & Ball, S. (2016). School-based sexual health education interventions to prevent STI/HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *16*, 1-26.

Santelli, J. S., Kantor, L. M., Grilo, S. A., Speizer, I. S., Lindberg, L. D., Heitel, J., ... & Heck, C. J. (2017). Abstinence-only-until-marriage: An updated review of US policies and programs and their impact. *Journal of Adolescent Health*, *61*, 273-280.

Santelli, J., Rochat, R., Hatfield-Timajchy, K., Gilbert, B. C., Curtis, K., Cabral, R., ... & Unintended Pregnancy Working Group. (2003). The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *35*, 94-101.

Sawyer, R. G., Pinciaro, P., & Bedwell, D. (2010). How peer education changed peer sexuality educators' self-esteem, personal development, and sexual behavior. *Journal of American College Health*, *45*, 211-217.

Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., Ezeh, A. C., & Patton, G. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, *379*, 1630-1640.

Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *2*, 223-228.

Saxbe, D. E., & Repetti, R. L. (2009). Brief report: Fathers' and mothers' marital relationship predicts daughters' pubertal development two years later. *Journal of Adolescence*, *32*, 415-423.

Saydam, B. K., Ceber, E., Bilge, A., Can, H. O., Mermer, G., Demirelöz, M. ve Özentürk, G. (2010). Reliability and validity of the reproductive health scale for Turkish adolescents. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Science*, *30*, 659-68.

Schalet, A. T., Santelli, J. S., Russell, S. T., Halpern, C. T., Miller, S. A., Pickering, S. S., ... & Hoenig, J. M. (2014). Invited commentary: broadening the evidence for adolescent sexual and reproductive health and education in the United States. *Journal of Youth and Adolescence, 43*, 1595-1610.

Scheepers, E., Christofides, N. J., Goldstein, S., Usdin, S., Patel, D. S., & Japhet, G. (2004). Evaluating health communication–a holistic overview of the impact of Soul City IV. *Health Promotion Journal of Australia*, *15*, 121-133.

Sebastian, R. A., Ramos, M. M., Stumbo, S., McGrath, J., & Fairbrother, G. (2014). Measuring youth health engagement: Development of the youth engagement with health services survey. *Journal of Adolescent Health*, *55*, 334-340.

Sedgh, G., Finer, L. B., Bankole, A., Eilers, M. A., & Singh, S. (2015). Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *Journal of Adolescent Health*, *56*, 223-230.

Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., ... & Karam, E. G. (2009). Cross-national associations between gender and mental

disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, *66*, 785-795.

Selkie, E. M., Benson, M., & Moreno, M. (2011). Adolescents' views regarding uses of social networking websites and text messaging for adolescent sexual health education. *American Journal of Health Education*, *42*, 205-212.

Seo, D. C., & Huang, Y. (2012). Systematic review of social network analysis in adolescent cigarette smoking behavior. *Journal of School Health*, *82*, 21-27.

Seymour, J. E., Almack, K., Kennedy, S., & Froggatt, K. (2013). Peer education for advance care planning: volunteers' perspectives on training and community engagement activities. *Health Expectations*, *16*, 43-55.

Shapiro, D., & Tenikue, M. (2017). Women's education, infant and child mortality, and fertility decline in urban and rural sub-Saharan Africa. *Demographic Research*, *37*, 669-708.

Shaw, P., Kabani, N. J., Lerch, J. P., Eckstrand, K., Lenroot, R., Gogtay, N., ... & Giedd, J. N. (2008). Neurodevelopmental trajectories of the human cerebral cortex. *Journal of Neuroscience*, *28*, 3586-3594.

Shepherd, L. M., Sly, K. F., & Girard, J. M. (2017). Comparison of comprehensive and abstinence-only sexuality education in young African American adolescents. *Journal of Adolescence*, *61*, 50-63.

Simmonds, D. J., Hallquist, M. N., Asato, M., & Luna, B. (2014). Developmental stages and sex differences of white matter and behavioral development through adolescence: a longitudinal diffusion tensor imaging (DTI) study. *Neuroimage*, *92*, 356-368.

Simon, L., & Daneback, K. (2013). Adolescents' use of the internet for sex education: A thematic and critical review of the literature. *International Journal of Sexual Health*, *25*, 305-319.

Simpkins, S. D., Schaefer, D. R., Price, C. D., & Vest, A. E. (2013). Adolescent friendships, BMI, and physical activity: untangling selection and influence through longitudinal social network analysis. *Journal of Research on Adolescence*, *23*, 537-549.

Slogrove, A. L., Mahy, M., Armstrong, A., & Davies, M. A. (2017). Living and dying to be counted: What we know about the epidemiology of the global adolescent HIV epidemic. *Journal of the International AIDS Society*, *20*, 21520.

Slogrove, A. L., Mahy, M., Armstrong, A., & Davies, M. A. (2017). Living and dying to be counted: What we know about the epidemiology of the global adolescent HIV epidemic. *Journal of the International AIDS Society*, *20*, 21520.

Sommer, M., & Sahin, M. (2013). Overcoming the taboo: advancing the global agenda for menstrual hygiene management for schoolgirls. *American Journal of Public Health*, *103*, 1556-1559.

Sommer, M., Figueroa, C., Kwauk, C., Jones, M., & Fyles, N. (2017). Attention to menstrual hygiene management in schools: An analysis of education policy documents in low-and middle-income countries. *International Journal of Educational Development*, *57*, 73-82.

Sommer, M., Gruer, C., Smith, R. C., Maroko, A., & Hopper, K. (2020). Menstruation and homelessness: challenges faced living in shelters and on the street in New York City. *Health & Place*, *66*, 102431.

Sommer, M., Hirsch, J. S., Nathanson, C., & Parker, R. G. (2015). Comfortably, safely, and without shame: defining menstrual hygiene management as a public health issue. *American Journal of Public Health*, *105*, 1302-1311.

Song, Y., Ma, J., Wang, H. J., Wang, Z., Hu, P., Zhang, B., & Agardh, A. (2014). Trends of age at menarche and association with body mass index in Chinese school-aged girls, 1985-2010. *The Journal of Pediatrics*, *165*, 1172-1177.

Sorace, D. (2010). *Envisioning the future of sex education: A tool kit for states and local communities. Future of sex education*. New York, NY: The Council Press.

Spencer, J. M., Zimet, G. D., Aalsma, M. C., & Orr, D. P. (2002). Self-esteem as a predictor of initiation of coitus in early adolescents. *Pediatrics*, *109*, 581-584.

Staff, J., Schulenberg, J. E., Maslowsky, J., Bachman, J. G., O'Malley, P. M., Maggs, J. L., & Johnston, L. D. (2010). Substance use changes and social role transitions: Proximal developmental effects on ongoing trajectories from late adolescence through early adulthood. *Development and psychopathology*, *22*, 917.

Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., Basu, A., Bertrand, J. T., Blum, R., ... & Sathar, Z. A. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, *391*, 2642-2692.

Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, *28*, 78-106.

Swartzendruber, A., & Zenilman, J. M. (2010). A national strategy to improve sexual health. *Jama*, *304*, 1005-1006.

T.C. İçişleri Bakanlığı (2018). *Emniyet Genel Müdürlüğü, Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, Türkiye'de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması.* Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2019). *Türkiye HIV / AIDS, Kontrol Programı (2019-2024).* T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Merkezi, Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı. Erişim 12,03,2021, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/hastaliklar/HIV-ADS/Tani-Tedavi_Rehberi/HIV_AIDS_Kontrol_Programi.pdf.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2020) Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Bulaşıcı Hastalıklar*. Erişim 05.11.2020, https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasicihastaliklar

Teen Health Source. (2016). *Talking Sex Together.* Erişim 10.11.2020, http://www.asktxtina.com/

Thapa, S. (2016). A new wave in the quiet revolution in contraceptive use in Nepal: the rise of emergency contraception. *Reproductive Health*, *13*, 1-7.

The World Bank (2007). *World development report 2007: development and the next generation.* Erişim 21.02.2020, Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank:http://dialogue2012.fanrpan.org/sites/default/files/publications/Session_1_Doc_1_World_Bank_eng.pdf.

Tolli, M. V. (2012). Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people: a systematic review of European studies. *Health Education Research*, *27*, 904-913.

Tome, G., de Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., & AlvesDiniz, J. (2012). How can peer group influence the behavior of adolescents: explanatory model. *Global Journal of Health Science*, *4*, 26-35.

Toor, K. K. (2016). A study of the attitude of teachers, parents and adolescents towards sex education. *MIER Journal of Educational Studies, Trends and Practices*, *2*, 117-189.

Tracy, K., Burton, M., Miescher, A., Galanter, M., Babuscio, T., Frankforter, T., ... & Rounsaville, B. (2012). Mentorship for Alcohol Problems (MAP): a peer to peer modular intervention for outpatients. *Alcohol and Alcoholism*, *47*, 42-47.

Trucco, E. M., Colder, C. R., & Wieczorek, W. F. (2011). Vulnerability to peer influence: A moderated mediation study of early adolescent alcohol use initiation. *Addictive Behaviors*, *36*, 729-736.

TUİK (2020). *İstatistiklerle Kadın 2020.* Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 18.11.2020, https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2020-37221.

TÜİK (2017 a). *Adölesan Doğurganlık Hızı.* Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim 08.01.2020, https://tuikweb.tuik.gov.tr.

TÜİK (2017 b). *İstatistiklerle Çocuk.* Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim Tarihi: 31.07. 2019, http://www.tuik.gov.tr/PreHaber Bultenleri.do?id=27596.

Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (2012). *Ergenlik: Büyümenin ve Değişimin Anlamı*. TAP Vakfı VII Ulusal Konferans Bildiri Kitabı. Maydanoz Matbaa.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2018). *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2018.* Erişim 18.01.2020, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/ tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf.

Twenge, J. M., & Park, H. (2019). The decline in adult activities among US adolescents, 1976–2016. *Child Development*, *90*, 638-654.

U. N. Women & UNICEF (2018). *International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach*. UNESCO.

UIS (2020). UNESCO Institute for Statistics. *UIS.Stat Database.* Erişim 21.08.2020, data.uis.unesco.org.

UNAIDS (2016). *Global AIDS Update.* Geneva: UNAIDS. Erişim 07.06.2019, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf

UNAIDS (2019). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *UNAIDS AIDS İnfo Estimates.* Erişim 18.06.2020. http://aidsinfo.unaids.org/

UNESCO (2009). United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. *Sexuality Education.* Erişim 22.02.2019, http://www.unesco.org/new/en/hiv-and-aids/our-priorities-in-hiv/sexualityeducation/

UNESCO (2011). *Cost and Cost-effectiveness Analysis of School-based Sexuality Education Programmes in Six Countries.* Paris: UNESCO. Erişim 17.06.2019, http://unesdoc.unesco.org/ images/0021/002116/211604e.pdf.

UNESCO (2013). *Ministerial Commitment on Comprehensive Sexuality Education and Sexual and Reproductive Health Services for Adolescents and Young People in Eastern and Southern African (ESA).* Paris: UNESCO. Erişim 30.05.2020, http://www. unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/HIV-AIDS/pdf/ ESACommitmentFINALAffirmedon7thDecember.pdf.

UNESCO (2015). *Emerging evidence and lessons and practice in comprehensive sexuality education review.* Paris: UNESCO. Erişim 11.06.2020, http://unesdoc. unesco.org/images/0024/002431/243106e.pdf

UNESCO (2016). *Review of the Evidence on Sexuality Education.* Report to inform the update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education; prepared by Paul Montgomery and Wendy Knerr, University of Oxford Centre for Evidence-Based Intervention. Paris: UNESCO. Erişim 30.05.2020, https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000264649_eng.

UNFPA (2012). United Nations Population Fund. *Education on sexual and reproductive health, building partnerships with and for youth.* Erişim 23.09.2019, http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/UNFPASexualReproductiveHealth.pdf. Accessed at 2019

UNFPA (2016) *Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges.* New York: United Nations Population Fund. Erişim 03.12.2019, https://www.unfpa.org/publications/universal-access-reproductive-health-progress-and-challenges

UNICEF (2011). *State of the World's Children 2011: Adolescence an Age of Opportunity.* New York: United Nations Children's Fund. Erişim 23.11.2020, https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children#:~:text=World's%20Children%202011,The%20State%20of%20the%20World's%20Children%202011%3A%20Adolescence%20%E2%80%93%20An%20Age,vulnerabilities%20of%20this%20pivotal%20stage.

UNICEF (2014). United Nations International Children's Emergency Fund. *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children. Erişim* 13.10.2020, http://www.unicef.org/publications/index_74865.html

UNICEF (2018). United Nations International Children's Emergency Fund. *Child Marriage*. Erişim 25.04.2019, https://data.unicef.org/topic/child-protection/ child-marriage/

UNICEF (2019). United Nations Children's Fund. *Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS).* Erişim 22.06.2019, http://mics.unicef.org

UNICEF&WHO (2019). United Nations Children's Fund and World Health Organization, *UNICEF/WHO Joint Database on SDG 3.1.2 Skilled Attendance At Birth.* Erişim 15.11.2019, https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/06/Interagency-SAB Database_UNICEF_WHO_Feb_2019.xlsx

United Nation (2013). Committee on the Rights of the Child. *General Comment No. 15 (2013) on the Right of the Child to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health.* New York: OHCHR. Erişim 15.10.2019. https://www.ohchr.org/en/hrbodies/crc/pages/crcindex.aspx

United Nations (1985). Department for Economic, Social Information, & Policy Analysis. *World Population Prospects (Vol. 86).* New York: United Nations, Department of International, Economic and Social Affairs. Erişim 18.07.2019. https://population.un.org/wpp/

United Nations (2015a). *Millennium Development Goals Report.* New York: United Nations. Erişim 04.11.2019, https://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf5.

United Nations (2015b). *Sustainable Development Goals.* New York: United Nations. Erişim 11.11.2019, https://undocs.org/A/RES/70/1.

United Nations (2015c). Secretary-General Global S*trategy for Women's, Children's and Adolescents' Health.* New York: United Nations. Erişim 03.11.2019, https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/en/

United Nations (2018a). *Department of Economic and Social Affairs World Youth Report: Youth and the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: United Nations Publications. Affairs. Erişim 20.12.2019. https://www.un.org/development/desa/youth/world-youth-report/wyr2018.html

United Nations (2018b) Department of Economic and Social Affairs. *World Urbanization Prospects: The 2018 Revision, Online Edition.* New York: United Nations, Department of International, Economic and Social Affairs. Erişim 26.06.2019, https://population.un.org/wup/

United Nations (2019a). Department of Economic and Social Affairs. *World Population Prospects*. New York: United Nations. Erişim 18.06.2020. https://population.un.org/wpp/

United Nations (2019b). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects, Online Edition.* New York: United Nations, Department of International, Economic and Social Affairs. Erişim 20.12.2019. https://population.un.org/wpp/Publications/.

United Nations (2021). *Global SDG Database*. Erişim 19.11.2020, https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/?indicator=3.7.2

Valente, T. W., Ritt-Olson, A., Stacy, A., Unger, J. B., Okamoto, J., & Sussman, S. (2007). Peer acceleration: effects of a social network tailored substance abuse prevention program among high-risk adolescents. *Addiction*, *102*, 1804-1815.

Valkenburg, P. M., & Peter, J. (2011). Online communication among adolescents: An integrated model of its attraction, opportunities, and risks. *Journal of Adolescent Health*, *48*, 121-127.

Viner, R. M., Coffey, C., Mathers, C., Bloem, P., Costello, A., Santelli, J., & Patton, G. C. (2011). 50-year mortality trends in children and young people: a study of 50 low-income, middle-income, and high-income countries. *The Lancet*, *377*, 1162-1174.

Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, *379*, 1641-1652.

Visser, M. J. (2007). HIV/AIDS prevention through peer education and support in secondary schools in South Africa. *Sahara-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, *4*, 678-694.

Vivancos, R., Abubakar, I., Phillips-Howard, P., & Hunter, P. R. (2013). School-based sex education is associated with reduced risky sexual behaviour and sexually transmitted infections in young adults. *Public Health*, *127*, 53-57.

Vural, P. İ., Bakır, N., & Oskay, Ü. (2015). Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusundaki bilgi düzeyleri. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, *2*, 58-70.

Ware, S., Thorpe, S., & Tanner, A. E. (2019). Sexual health interventions for black women in the United States: A systematic review of literature. *International Journal of Sexual Health*, *31*, 196-215.

Wartella, E., Rideout, V., Montague, H., Beaudoin-Ryan, L., & Lauricella, A. (2016). Teens, health and technology: A national survey. *Media and Communication*, *4*, 13-23.

Weinman, M. L., Small, E., Buzi, R. S., & Smith, P. B. (2008). Risk factors, parental communication, self and peers' beliefs as predictors of condom use among female adolescents attending family planning clinics. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *25*, 157.

Wellings, K., Collumbien, M., Slaymaker, E., Singh, S., Hodges, Z., Patel, D., & Bajos, N. (2006). Sexual behaviour in context: a global perspective. *The Lancet*, *368*, 1706-1728.

WHO (2006). *Orientation Programme on Adolescent Health for Health Care Providers*. Geneva: World Health Organization. Erişim 08.09.2019,

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/9241591269_op_handout.pdf.

WHO (2015a). *The Global Strategy for Women's, Children's, and Adolescents' Health (2016–30)*. Geneva: World Health Organization. Erişim 22.11.2019, http://www.who.int/life-course/partners/ global-strategy/ewec-globalstrategyreport-200915.pdf ?ua=1

WHO (2015b). *Core Competencies in Adolescent Health and Development for Primary Care Providers.* Geneva: World Health Organization. Erişim 27.06.2019, https://www.who.int/publications/i/item/9789241508315

WHO (2019). *WHO Consolidated Guideline on Self-Care Interventions for Health: Sexual and Reproductive Health and Rights.* Geneva: World Health Organization. Erişim 08.09.2019, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325480/9789241550550-eng.pdf.

WHO (2020a). *Coming of Age: Adolescent Health.* Geneva: World Health Organization. Erişim 11.02.2020, https://www.who.int/news-room/spotlight/coming-of-age-adolescent-health

WHO (2020b). *SDG Target 3.7 Ensure universal access to sexual and reproductive health-care services, including for family planning, information and education, and the integration of reproductive health into national strategies and programmes.* Geneva: World Health Organization. Erişim 18.05.2020, https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_7-sexual-and-reproductive-health.

WHO (2020c). *Adolescent Pregnancy.* Geneva: World Health Organization. Erişim 12.04.2020, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

WHO (2021a). *Adolescent and Young Adulth Health.* Geneva: World Health Organization. Erişim 25.04.2021, https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions

WHO (2021b). *Maternal Health.* Erişim 25.04.2021, https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_1

WHO (2021c). *Violence Againts Women Prevalence Estimates.* Geneva: World Health Organization. Erişim 15.04.2021, https://www.who.int/health-topics/violence-against-women#tab=tab_1

Wiefferink, C. H., Peters, L., Hoekstra, F., Ten Dam, G., Buijs, G. J., & Paulussen, T. G. (2006). Clustering of health-related behaviors and their determinants: possible consequences for school health interventions. *Prevention Science*, *7*, 127.

Wingood, G. M., DiClemente, R. J., Robinson-Simpson, L., Lang, D. L., Caliendo, A., & Hardin, J. W. (2013). Efficacy of an HIV intervention in reducing high-risk human papillomavirus, nonviral sexually transmitted infections, and concurrency among African American women: a randomized-controlled trial. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *63*, 36-43.

Wolak, J., Finkelhor, D., & Mitchell, K. J. (2012). How often are teens arrested for sexting? Data from a national sample of police cases. *Pediatrics*, *129*, 4-12.

World Association for Sexual Health (2008). Sexual health for the millennium: A declaration and technical document. Minneapolis, MN: World Association for Sexology. Erişim 08.09.2019, http://www.kinseyinstitute.org/resources/SEXUAL%20HEALTH%20FOR%20THE%20MILLENNIUM%20format ed%20MRCH%201%202008LD.pdf

Yager, A. M., & O'Keefe, C. (2012). Adolescent use of social networking to gain sexual health information. *The Journal for Nurse Practitioners*, *8*, 294-298.

Yaşar, Ö., Buluş, M. D., Kaymak, G. Ö., & Güneri, S. E. (2019). Üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi ve görüşlerinin incelenmesi. *Jaren*, *5*, 53-8.

Yoost, J. L., Hertweck, S. P., & Barnett, S. N. (2014). The effect of an educational approach to pregnancy prevention among high-risk early and late adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *55*, 222-227.

Young, H., Burke, L., & Gabhainn, S. N. (2018). Sexual intercourse, age of initiation and contraception among adolescents in Ireland: findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Ireland study. *BMC Public Health*, *18*, 1-17.

Zarani, F., Besharat, M. A., Sarami, G., & Sadeghian, S. (2012). An information–motivation–behavioral skills (IMB) model-based intervention for CABG patients. *International Journal of Behavioral Medicine*, *19*, 543-549.

Zhang, S., De La Haye, K., Ji, M., & An, R. (2018). Applications of social network analysis to obesity: a systematic review. *Obesity Reviews*, *19*, 976-988.

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, *35*, 1-17.

Zuurmond, M. A., Geary, R. S., & Ross, D. A. (2012). The effectiveness of youth centers in increasing use of sexual and reproductive health services: a systematic review. *Studies in Family Planning*, *43*, 239-254.

FORMLAR

Ek 1. Akran Eğitici, Girişim ve Kontrol Grubu için Bilgilendirilmiş Onam Formları

Akran Eğiticiler için Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, çalışmanın adı Üniversite Öğrencilerine Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Konusunda Verilen Akran Eğitiminin Bilgi ve Davranışlara Etkisi'dir.

Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerine CSÜS konusunda verilen akran eğitiminin bilgi ve davranışlarına etkisini test etmektir. Karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Çalışma sizin için cinsel sağlık ve üreme sağlığına yönelik akran eğitici eğitimini kapsamaktadır. Akran eğitimi 5 gün sürecektir. Akran eğitici eğitiminin içeriğinde üreme çağı boyunca karşılaşacağınız cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunları ve baş etme yöntemlerine yer verilecektir. Özellikle araştırmacıdan alacağınız eğitim ile cinsel sağlık ve üreme sağlığına yönelik bilgi ve davranışlarınızdaki değişiklik değerlendirilecektir.

Çalışmada yer almanız için akran eğitici eğitimine ve haftalık toplantılara katılmanız yeterli olup, çalışmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 25'tir. Çalışma toplamda 6 ay sürecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen akran eğitici eğitiminizi tamamlamanız, cinsel sağlık / üreme sağlığına yönelik sunum yaparak akran eğitici yeterliliğinizi ispat etmeniz, size yöneltilen soruları cevaplamanız ve akran eğitimini gerçekleştirmenizdir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararları bulunmaktadır. Bunlar arasında; cinsel sağlık, üreme sağlığı, toplumsal cinsiyet, üremenin fizyolojisi, gebelikten korunma, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, güvenli cinsel davranışlar hakkında detaylı bilgiye sahip olmak sayılabilir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Zeynep OĞUL tarafından hemşirelik destek programına dahil edileceksiniz. İlk görüşmede, 'Tanıtıcı Bilgi Formu', 'Cinsel Sağlık Bilgi Testi' ve 'Türk Adölesanları için Üreme Sağlığı Ölçeği' uygulanacaktır. Gerçekleştirilecek olan yüz yüze görüşme yerleri ve saatleri akran eğitici ve tarafınızdan belirlenecektir. Çalışma hakkında ek bilgi almak, çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0392 660 20 00 (2571) numaralı telefondan araştırmacı Zeynep OĞUL ile görüşebilirsiniz.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya dışında, uygulanan akran eğitimi programının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda veriler

gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir. Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve araştırma verileri yayınlandığında kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak çalışmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde genel bilgilerinize ulaşabilir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel:

Tarih ve İmza:

Girişim Grubu için Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, çalışmanın adı Üniversite Öğrencilerine Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Konusunda Verilen Akran Eğitiminin Bilgi ve Davranışlara Etkisi'dir.

Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerine CS/ÜS konusunda verilen akran eğitiminin bilgi ve davranışlarına etkisini test etmektir. Karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Çalışma sizin için cinsel sağlık ve üreme sağlığına yönelik akran eğitimini kapsamaktadır. Akran eğitimi akran eğitici tarafından size bir kere anlatılacaktır. Akran eğitiminin içeriğinde üreme çağı boyunca karşılaşacağınız cinsel sağlık / üreme sağlığı sorunları ve baş etme yöntemlerine yer verilecektir. Özellikle akran eğiticilerden alacağınız eğitim ile cinsel sağlık / üreme sağlığına yönelik bilgi ve davranışlarınızdaki değişiklik değerlendirilecektir.

Çalışmada yer almanız için üç kez yüz yüze görüşmeye dahil olmanız yeterli olup, çalışmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 125'tir. Çalışma toplamda altı ay sürecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen ve istenen akran eğiticisi ile akran eğitiminizi tamamlamanız ve size yöneltilen soruları cevaplamanızdır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararları bulunmaktadır. Bunlar arasında; cinsel sağlık, üreme sağlığı, toplumsal cinsiyet, üremenin fizyolojisi, gebelikten korunma, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, güvenli cinsel davranışlar hakkında detaylı bilgiye sahip olmak sayılabilir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Zeynep OĞUL tarafından akran eğitimi programına dahil edileceksiniz. İlk görüşmede, 'Tanıtıcı Bilgi Formu', 'Cinsel Sağlık Bilgi Testi' ve 'Türk Adölesanları için Üreme Sağlığı Ölçeği' uygulanacaktır. Gerçekleştirilecek olan yüz yüze görüşme yerleri ve saatleri akran eğitici ve tarafınızdan belirlenecektir. Çalışma hakkında ek bilgi almak, çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0392 660 20 00 (2571) numaralı telefondan araştırmacı Zeynep OĞUL ile görüşebilirsiniz.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya dışında, uygulanan akran eğitimi programının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda veriler gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir. Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma verileri yayınlandığında kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak çalışmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde genel bilgilerinize ulaşabilir.

Çalışmaya Katılma Onayı (İmza):

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü

olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel:

Tarih ve İmza:

Kontrol Grubu için Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, çalışmanın adı Üniversite Öğrencilerine Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Konusunda Verilen Akran Eğitiminin Bilgi ve Davranışlara Etkisi'dir.

Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerine CS/ÜS konusunda verilen akran eğitiminin bilgi ve davranışlarına etkisini test etmektir. Karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Çalışma sizin için cinsel sağlık ve üreme sağlığına yönelik eğitimini kapsamaktadır. CS/ÜS eğitimi araştırmacı tarafından size bir kere çevrimiçi ortamda anlatılacaktır. Akran eğitiminin içeriğinde üreme çağı boyunca karşılaşacağınız cinsel sağlık / üreme sağlığı sorunları ve baş etme yöntemlerine yer verilecektir. Özellikle araştırmacı tarafından alacağınız eğitim ile cinsel sağlık / üreme sağlığına yönelik bilgi ve davranışlarınızdaki değişiklik değerlendirilecektir.

Çalışmada yer almanız için üç kez katılmanız yeterli olup, çalışmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 125'dir. Çalışma toplamda altı ay sürecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen çevrimiçi eğitiminizi tamamlamanız ve size yöneltilen soruları cevaplamanızdır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararları bulunmaktadır. Bunlar arasında; cinsel sağlık, üreme sağlığı, toplumsal cinsiyet, üremenin fizyolojisi, gebelikten korunma, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, güvenli cinsel davranışlar hakkında detaylı bilgiye sahip olmak sayılabilir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Zeynep OĞUL tarafından akran eğitimi programına dahil edileceksiniz. İlk görüşmede, 'Tanıtıcı Bilgi Formu', 'Cinsel Sağlık Bilgi Testi' ve 'Türk Adölesanları için Üreme Sağlığı Ölçeği' uygulanacaktır. Çalışma hakkında ek bilgi almak, çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0392 660 20 00 (2571) numaralı telefondan araştırmacı Zeynep OĞUL ile görüşebilirsiniz.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya dışında, uygulanan eğitim programının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda veriler gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir. Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma verileri yayınlandığında kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak çalışmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde genel bilgilerinize ulaşabilir.

Çalışmaya Katılma Onayı (İmza):

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı

isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel:

Tarih ve İmza:

Ek 2. Kimdir Bu? Testi

KİMDİR BU? TESTİ

Kimdir bu? testi sınıfınızdaki arkadaş canlısı, lider özelliği ön planda olan kişilerin tespit edilmesi amacı ile geliştirilmiştir. Bu çalışmanın uygulanabilmesi için arkadaş canlısı, lider özelliği ön planda olan akran eğiticilerin belirlenmesi gerekmektedir. Bu çalışma cinsel sağlık üreme sağlığı konusunda verilen akran eğitiminin bilgi ve davranışlara etkisini test etmek amacıyla planlanmıştır. Her bir soruyu sınıfınızdaki bu özellikleri karşılayan kişiyi düşünerek yanıtlayınız. Sınıf arkadaşınızın adını ve soyadını eksiksiz yazmanız gerekmektedir. İçtenlikle vereceğiniz yanıtlar için teşekkür ederim.

Öğ.Gör.Zeynep OĞUL
Lefke Avrupa Üniversitesi
Sağlık Yüksekokulu

1. En çok sevilen kimdir?
   .....
2. Her zaman herkese yardım etmek isteyen kimdir?
   .....
3. Çok arkadaşı olan kimdir?
   .....
4. Başkaları ile hoş ve iyi geçinen kimdir?
   .....
5. Sözlerinden sohbetinden hoşlanılan kimdir?
   .....
6. Sözüne güvenilen, söylediklerine inanılan kişi kimdir?
   .....

Ek 3. Akran Eğitimi Becerilerini Ölçme Formu

AKRAN EĞİTİMİ BECERİLERİNİ ÖLÇME FORMU

Tarih:

Yer:

Akran Eğitici:

Lütfen aşağıdaki konularda size göre eğiticinin seviyesini belirtiniz.

Eğitim Teknikleri	**1 Zayıf**	**2 Fena Değil**	**3 İyi**	**4 Çok İyi**	**5 Mükemmel**
1.Etkili bir giriş yapma					
2.Giriş bölümünde amacı / konuyu açıklama					
3. Konunun katılımcı ile ilgisini kurma					
4.Katılımcıya ismi ile hitap etme					
5. Göz teması kurma					
6. Beden duruşu					
7. Mimikleri kullanabilme					
8. Dinleme becerisi					
9. Belirsiz ifadeleri somutlaştırma					
10. Olumlu geribildirim verme					
11. Sesin yüksekliği					
12. İnteraktif teknik kullanımı					
13. Eğitim alanının kullanımı					
14. Sesin tonlaması					
15. Etkili özet yapma					
Genel olarak sunum becerileri					

Ek 4. Tanıtıcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

Bu çalışma cinsel sağlık/üreme sağlığı konusunda verilen akran eğitiminin bilgi ve davranışlara etkisini test etmek amacıyla planlanmıştır. Vereceğiniz yanıtlar çalışmanın etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılacaktır. Her bir sorunun cevaplanması ve boş bırakılmaması çok önemlidir. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Ad soyad yazmanıza gerek yoktur. İçtenlikle vereceğiniz yanıtlar için teşekkür ederim.

Öğt.Gör.Zeynep OĞUL

Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu

1. **Yaşınız**:.....
2. **Cinsiyetiniz**: 1)Kız 2)Erkek
3. **Eğitim gördüğünüz bölüm**:.....
4. **Sınıf**:.....
5. **Daha önce yaşadığınız yer**: 1)Metropol (İstanbul, Ankara) 2)İl 3)İlçe, Köy, Bucak
6. **Şu an kaldığınız yer**:
   1)Yurt, pansiyon 2)Kız/erkek arkadaşımla evde 3)Yalnız evde 4)Aile/akraba yanında 5)Diğer:.....
7. **Gelir durumunuz**
   1)Çok kötü 2)Kötü 3)Orta 4)İyi 5)Çok iyi
8. **Medeni durumunuz**
   1)Bekar 2)Evli 3)Nişanlı/sözlü 4)Partneriyle birlikte 5)Boşanmış/dul
9. **Sigara içtiniz mi? / Halen içiyor musunuz?**
   1)Hiç içmedim 2)Denedim 3)Önceden içerdim 4)Ara sıra içerim 5)Düzenli içerim
   6)Ne kadar süredir içiyorsunuz? (yıl/ay)..... 7)Günde kaç adet/paket.....
10. **Alkollü içecek içer misiniz?**
    1)Hiç içmedim 2)Denedim 3)Önceden içerdim 4)Ara sıra içerim 5)Düzenli içerim (ayda.....)
11. **Size göre okullarda cinsel/üreme sağlığı eğitimi verilmeli midir?** 1)Evet 2)Hayır
12. **Şimdiye kadar cinsel/üreme sağlığıyla ilgili bilgi aldınız mı?** 1)Evet 2)Hayır
13. **Cinsel/üreme sağlığıyla ilgili bilginizi yeterli buluyor musunuz?** 1)Evet 2)Hayır
14. **Cinsel sağlık üreme sağlığı ile ilgili konularda ailenizle konuşur musunuz?** (birden çok şık işaretleyebilirsiniz)
    1)Hayır 2)Sadece annemle 3)Sadece babamla 4)Anne ve babamla 5)Abimle 6)Ablamla 7)Diğer:.....
15. **Cinsel/üreme sağlığıyla ilgili bilgileri ilk olarak kimden öğrendiniz?** (birden çok şık işaretleyebilirsiniz)

1)Anne 2)Baba 3)Kardeş (abla/abi) 4)İletişim araçları (tv/sosyal medya) 5)Öğretmen
6)Arkadaş 7)Akraba 8)Sağlık personeli (hekim/hemşire) 9)Diğer:.....

16. **Cinsel/üreme sağlığıyla ilgili bilgileri kimden öğrenmek isterdiniz?** (birden çok şık işaretleyebilirsiniz)
1)Anne 2)Baba 3)Kardeş (abla/abi) 4)İletişim araçları (tv/sosyal medya) 5)Öğretmen
6)Arkadaş 7)Akraba 8)Sağlık personeli (hekim/hemşire) 9)Diğer:.....
17. **Cinsel/üreme sağlığı eğitim programında yer almasını gerekli gördüğünüz, en çok ihtiyaç duyulan cinsel/üreme sağlığı konuları nelerdir? Lütfen yazınız**
1.....
18. **Cinsel/üreme sağlığıyla ilgili olarak bugüne kadar herhangi bir sorun yaşadınız mı?**
1)Evet 2)Hayır (lütfen 22. soruya geçiniz)
19. **Ne tür bir sağlık sorunu yaşadınız?** (birden çok şık işaretleyebilirsiniz)
1)Cinsel yolla bulaşan hastalık 2)İstenmeyen gebelik 3)Adet düzensizliği 4)Sancılı adet
5)Cinsel işlev bozukluğu (erken boşalma, cinsel isteksizlik, vb.) 6)Anomali:.....
7)Diğer:.....
20. **Sorunun çözümü için nereye başvurudunuz?** (birden çok şık işaretleyebilirsiniz)
1)Hiçbiryere 2)Öğrenci sağlık merkezi 3)Hastane 4)Özel doktor
5)Diğer:.....
21. **Sorununuz devam ediyor mu?** 1)Evet 2)Hayır
22. **Bir erkeğin evlilik öncesi cinsel tecrübesi olmasını nasıl karşılıyor sunuz?**
1)Tamamen karşıyım 2)Olabilir normal karşılıyorum 3)Kararsızım
23. **Bir kadının evlilik öncesi cinsel tecrübesi olmasını nasıl karşılıyor sunuz?**
1)Tamamen karşıyım 2)Olabilir normal karşılıyorum 3)Kararsızım
24. **Şimdiye kadar cinsel birleşmeyle sonuçlanan cinsel deneyiminiz oldu mu?**
1)Evet (25. sorudan devam ediniz) 2)Hayır (anketi burda tamamladınız teşekkür ederim)
25. **İlk cinsel ilişki deneyiminizi yaşadığınızda kaç yaşındaydınız**:.....
26. **İlk cinsel ilişki deneyiminizi kiminle yaşadınız?**
1)Eşimle 2)Nişanlımla/sözlümle 3)Sevgilimle 4)Tanımadığım bir kişiyle para karşılığında 5)Diğer.....
27. **İlk cinsel ilişkiniz sırasında siz ya da partneriniz herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullandı mı?**
1)Evet 2)Hayır 3)Hatırlamıyorum
28. **Eş/partenerinizin ya da birlikte olduğunuz kişinin istenmeyen bir gebeliği oldu mu?**
1)Evet 2)Hayır (30. soruya geçiniz)
29. **Bu istenmeyen gebelik nasıl sonlandı?**
1)Karşılıklı anlaşarak kürtaj yaptırdık 2)Kendiliğinden düştü 3)Evlendik gebeliği devam ettirdik

4)Evlenmeden gebeliği devam ettirdik 5)Diğer:.....

30. Halen düzenli bir cinsel yaşantınız var mı?

1)Evet (31. sorudan devam ediniz) 2)Hayır (anketi burda tamamladınız teşekkür ederim)

31. Düzenli olarak gebeliği önleyici yöntem kullanıyor musunuz?

1)Evet (lütfen hangi yöntemi kullandığınızı yazınız:.....) 2)Hayır (32. Soruya geçiniz)

32. Düzenli olark gebeliği önleyici yöntem kullanmama sebebiniz nedir? (birden çok şık işaretleyebilirsiniz)

1)Gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgim yok 2)Kendime uygun yöntem bulamadım

3)Dini inançlarıma ters

4)Doğallığı bozacağını düşünüyorum 5)Gebeliği önleyici yöntemi temin edemiyorum

6)Diğer:.....

Ek 5. Cinsel Sağlık Bilgi Testi

Rumuz:.....

CİNSEL SAĞLIK BİLGİ TESTİ (CSBT)

1. Aşağıdakilerden hangisi üreme sağlığı yönünden öncelikli sorunlardan biri **değildir?**
   a. Ergen gebelikler
   b. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
   c. Erken evlilikler
   d. Üreme yolları kanserleri
   e. Beslenme yetersizlikleri
2. Aşağıdakilerden hangisi cinsellikle ilgili evrensel değerlerden biri **değildir?**
   a. Cinsellik, tüm insanlara özgüdür
   b. Cinsellik yaşamın doğal ve sağlıklı bir parçasıdır
   c. Cinsel yaşam ile ilgili her kararın etkileri ve sonuçları vardır
   d. Cinselliği ifade etmenin tek yolu cinsel ilişkidir
   e. Cinsel davranışlara erken başlamak riskleri de beraberinde getirir.
3. Çocuğun kendi cinsiyetini farkettiği ve cinsellikle ilgili ilk sorularını sorduğu dönem aşağıdakilerden **hangisidir?**
   a. 0-1 yaş
   b. 1-3 yaş
   c. 3-6 yaş
   d. 6-12 yaş
   e. 12-18 yaş
4. Aşağıdaki davranışların hangisi bireyde **cinsel kimlik bozukluğu olabileceğini düşündürür?**
   a. Karşı cinsten arkadaşlarının fazla olması
   b. Kendi bedenin özelliklerinden nefret ettiğini dile getirmesi
   c. Anne ve babasından sürekli nefret ettiğini dile getirmesi
   d. En samimi arkadaşını karşı cinsten olması
   e. Sürekli olarak karşı cinsi öven ifadelerinin olması
5. Ayşe kadın olmaktan ve kendi cinsinin özelliklerinden nefret ettiğini, kendini bir erkek gibi hissettiğini ifade ediyor. Giyimi ve davranışlarıyla bir erkek gibi görünmeye çalışıyorsa Ayşe'nin cinselliği ile ilgili aşağıdakilerden hangisi **doğrudur?**
   a. Transseksüeldir
   b. Biseksüeldir
   c. Travestidir
   d. Heteroseksüeldir
   e. Homoseksüeldir
6. Günümüzde "İnsanlar neden farklı cinsel yönelimler geliştirmektedir?" sorusuna verilen **en doğru yanıt aşağıdakilerden hangisidir?**
   a. Çocuklukta yaşanılan geçmiş deneyimler
   b. Ailenin yetiştirilme tarzı
   c. Genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi
   d. Doğuştan gelen genetik faktörler
   e. Hormonal faktörlerin etkisi
7. Hem kadınlara hem de erkeklere karşı romantik ve cinsel çekim duyan kişinin cinsel yönelimini açıklayan seçenek aşağıdakilerden **hangisidir?**
   a. Lezbiyen
   b. Heteroseksüel
   c. Transeksüel
   d. Biseksüel
   e. Gay (Gey)
8. Toplumsal yaşamda kültürel, politik ve ekonomik alanların erkek egemenliğinde tutulduğu anlayışa **ne ad verilir?**
   a. Çoğulcu sistem
   b. Otoriter sistem
   c. Ataerkil sistem
   d. Özgürlükü sistem
   e. Demokratik sistem
9. "Sosyal yönden kadın ve erkeğe verilen roller ve sorumluluklar" olarak tanımlanan kavram aşağıdakilerden **hangisidir?**
   a. Toplumsal cinsiyet
   b. Cinsiyet
   c. Cinsel kimlik
   d. Cinsel davranış
   e. Cinsel yönelim
10. Kastrasyon/iğdiş edilme (penisin kesilmesi) korkusu nedeniyle erkek çocuklarına sünnet yapılmasının sakıncalı olacağı dönem aşağıdakilerden **hangisidir?**
    a. 0-1 yaş
    b. 1-3 yaş
    c. 3-6 yaş
    d. 6-12 yaş
    e. 12-18 yaş

11. Bir ailede aşağıdaki davranış özelliklerinden hangisi varsa o ailede **toplumsal cinsiyet temelli bir ayrımcılık** olduğu düşünülür?
    a. Kız çocuklarının ev işlerinde annesine yardım etmesi
    b. Erkek çocuklarının baba ile daha fazla zaman geçirmesi
    c. Ebeveynlerin çocuklarının arkadaşlarıyla tanışmak istemesi
    d. Çocukların belirli bir saatten sonra evde olmalarının istenmesi
    e. Aile ile ilgili kararlarda erkek çocukların fikrinin sorulması
12. Kadın üreme hücresinin olgunlaştığı ve deplandığı organ aşağıdakilerden **hangisidir?**
    a. Rahim
    b. Yumurta kanalı (tüpler)
    c. Yumurtalık
    d. Rahim ağzı
    e. Vajina
13. Aşağıdakilerden hangisi kadın dış üreme organlarından **değildir?**
    a. Hazne girişi (vajina girişi)
    b. Dış dudaklar
    c. İç dudaklar
    d. Bızır (klitoris)
    e. Rahim
14. Farklı cinsel yönelimleri olan bireylere karşı duyulan nefret, korku ve hoşnutsuzluk anlamına gelen aşağıdakilerden **hangisidir?**
    a. Androfobi
    b. Homofobi
    c. Homiklofobi
    d. Monofobi
    e. Urofobi
15. Aşağıdakilerden hangisi cinsel ilişkinin amaçlarından biri **değildir?**
    a. Üremeyi sürdürmek
    b. Yakınlık gereksinimini karşılamak
    c. Güven duygusunu paylaşmak
    d. Cinsel haz sağlamak
    e. Cinsel eş üzerinde hakimiyet kurmak
16. Orgazm (cinsel haz / tatmin) ile ilgili verilen bilgilerden **hangisi yanlıştır?**
    a. Cinsel hazzın en yoğun yaşandığı andır
    b. Kadınlar erkeklerden daha önce orgazm yaşar
    c. Erkekte boşalmanın gerçekleştiği evredir
    d. Kadında üreme organlarını saran kaslar istemsiz, ritmik kasılır
    e. Her iki cinste vücutta yaygın kızarma, nefes ve kalp hızında artış görülür
17. Mastürbasyonla ilgili aşağıdaki bilgilerden **hangisi doğrudur?**
    a. Fiziksel hastalıkların gelişmesine neden olur
    b. Psikolojik hastalıkların gelişmesine neden olur
    c. Bireyin bedeninden cinsel olarak haz almasını sağlar
    d. Bağımlılığa neden olur
    e. Erkeklere uygun bir cinsel davranıştır
18. Kadın üreme hücresine **ne ad verilmektedir?**
    a. Sperm
    b. Zigot
    c. Yumurta (ovum)
    d. Fetüs
    e. Embriyo
19. Aşağıda **gebeliğin oluşumu ve gelişimi** ile ilgili verilen bilgilerden **yanlış** olanı işaretleyiniz.
    a. Gebelik olasılığının en yüksek olduğu günler iki adet kanamasının ortasına rastlayan günlerdir
    b. Döllenme, kadının yumurtalıklarında meydana gelir
    c. Adet kanaması, gebelik oluşmadığı zaman rahimin iç tabakasının dökülmesinden kaynaklanan bir olaydır
    d. Bebeğin cinsiyeti erkek üreme hücresi tarafından belirlenir
    e. Gebeliğin ilk üç ayı bebeğin çevresel tehlikelere karşı en hassas olduğu dönemdir
20. Aşağıdakilerden hangisi erkek üreme organlarından **değildir?**
    a. Prostat bezi
    b. Bartholin bezi
    c. Erbezi
    d. Penis
    e. Tohum kanalı
21. Bireyin çeşitli görsel, düşünsel ve fiziksel yöntemler kullanarak kendikendini tatmin etmesi ve cinsel doyum sağlamasının bir yolu olarak tanımlanan cinsel davranış aşağıdakilerden **hangisidir?**
    a. Mastürbasyon
    b. Cinsel ilişki
    c. Oral seks
    d. Anal seks
    e. Fantezi

22. Adet döngüsüne ilişkin aşağıda verilen bilgilerden hangisi **yanlıştır?**
    a. Normal bir adet döngüsünde, iki adet kanaması arasındaki süre ortalama 28 gündür
    b. Adet kanaması, 3-7 gün boyunca sürer
    c. Adet kanamalarının ve üreme yeteneğinin sona ermesi menopoz olarak adlandırılır
    d. Adet kanaması vücuttaki kirli kanın dışarı atılmasını sağlar
    e. Adet kanaması öncesinde kadınlarda gerginlik ve huzursuzluk sık yaşanır
23. Aşağıdaki gebelikten korunma yöntemlerinden hangisinin **etkinliği (gebelikten koruma yüzdesi) düşüktür?**
    a. Kondom (prezervatif)
    b. Takvim yöntemi
    c. Doğum kontrol hapı
    d. Rahim içi araç
    e. Hormonal enjeksiyonlar
24. Aşağıda verilen ifadelerden hangisi **doğrudur?**
    a. İlk cinsel ilişkide gebelik oluşmaz
    b. Gebeliğin oluşması için erkeğin kadının vajinasına boşalması şarttır
    c. Cinsel ilişki sonrası kadın üreme organlarını su ile yıkarsa gebelik oluşmaz
    d. Geri çekme (dışarıya boşalma) yöntemi kullanılırken gebelik gelişebilir
    e. Doğumdan sonra kadın emzirdiği sürece gebe kalmaz
25. Aşağıda verilen gebeliği önleyici yöntemlerden hangisi tekrar çocuk sahibi olmak isteyen bir çift için **uygun değildir?**
    a. Doğum kontrol hapı
    b. Deri altı çubukları
    c. Kondom (prezervatif)
    d. Tüplerin bağlanması
    e. Rahim içi araç
26. Aşağıdakilerden hangisi bir **gebelikten korunma yöntemi değildir?**
    a. Rahim içi araç
    b. Doğum kontrol hapı
    c. Aylık iğneler
    d. Tüplerin bağlanması
    e. Küretaj
27. Gebeliği önleyici yöntem kullanmadan gerçekleşen cinsel ilişki sonrası ya da kullanılan korunma yönteminin başarısızlığı durumunda gebeliği önlemek için aşağıdaki yöntemlerden hangisi **kullanılabilir?**
    a. Ertesi gün hapı
    b. Takvim yöntemi
    c. Vücut ısısı yöntemi
    d. Kondom (prezervatif)
    e. Sperm öldürücü köpükler
28. Aşağıdakilerden hangisi kondom (prezervatif) kullanımında dikkat edilmesi gereken noktalardan biri **değildir?**
    a. Son kullanım tarihi geçmiş kondom kullanılmamalıdır
    b. Her türlü cinsel ilişkide (vajinal, oral, anal) kondom kullanılmalıdır
    c. Kondomlar kayganlaştırıcılar ile birlikte kullanılmalıdır
    d. Her cinsel ilişkide yeni bir kondom kullanılmalıdır
    e. Kondom paketi kesici bir aletle açılmamalıdır
29. Aşağıdaki bireylerden hangisi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından **en düşük riski taşır?**
    a. Uyuşturucu kullanan bireyler
    b. Tek cinsel eşi olan bireyler
    c. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon geçirmiş ve iyileşmiş bireyler
    d. Korunmasız ilişkide bulunmuş bireyler
    e. Dövme yaptıran bireyler
30. Aşağıdakilerden hangisi CYBE ile enfekte olma riskini azaltan **en etkili yöntemdir?**
    a. Doğum kontrol hapları
    b. Rahim içi araç
    c. Aylık iğneler
    d. Kondom (prezervatif)
    e. Deri altı çubukları
31. Cinsel yolla bulaşan bir etken olup aynı zamanda kadınlarda rahim ağzı kanserine neden olan mikroorganizma aşağıdakilerden **hangisidir?**
    a. Hepatit B virüsü
    b. İnsan papilloma virüsü (HPV)
    c. Genital uçuk virüsü
    d. HIV virüsü
    e. Klamidya trakomatis

32. Aşağıdaki vücut sıvılarından hangisi CYBE'ların kişiden kişiye taşınmasında **en az etkilidir?**
    a. İdrar
    b. Kan
    c. Sperm
    d. Vajinal salgı
    e. Anne sütü
33. Aşağıda verilen cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan hangisine yönelik aşılama **önerilmektedir?**
    a. Hepatit B
    b. HIV / AIDS
    c. Bel soğukluğu
    d. Frengi
    e. Genital uçuk
34. AIDS hastalığı aşağıdaki yollardan hangisi ile **bulaşabilmektedir?**
    a. Aynı ortamı soluma
    b. El sıkışma
    c. Kucaklama
    d. Derin öpüşme
    e. Aynı yüzme havuzunu kullanma
35. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tedavisi ile ilişkili aşağıdaki bilgilerden hangisi **doğrudur?**
    a. Tedavi için acele edilmez, ertelenebilir
    b. Her hastalık için tedavi gerekli değildir
    c. Bir kez tedavisi olan kişiye yeni bir hastalık bulaşmaz
    d. Hastalıkların tümünün kesin tedavileri mevcuttur
    e. Hastalığı olan kişinin cinsel eşide tedaviye alınır
36. Cinsel şiddetle ilişkili olarak aşağıda verilen ifadelerden hangisi **doğrudur?**
    a. Kadınların teşhir edici kıyafetler giymesi cinsel şiddeti doğurur
    b. Cinsel şiddet, mağdur için travmatik bir ~~deneyg~~irişimimdir
    c. Cinsel şiddet uygulayanların tümü erkeklerden oluşur
    d. Yalnızca kadınlar, cinsel şiddete uğrar
    e. Cinsel şiddet, bireye yabancı kişiler tarafından uygulanır
37. Aşağıdakilerden hangisi kadınlara yönelik cinsel saldırı olgularının altta yatan nedenler arasında **sayılmaz?**
    a. Aile içi şiddet davranışının öğrenilmesi
    b. Toplumda şiddeti kadın istiyor algısının hakim olması
    c. Kadınların pasif kişilik olarak yetiştirilmesi
    d. Toplumda erkeğe koruyucu roller atfedilmesi
    e. Erkeğin eğitim düzeyinin kadınlardan yüksek olması
38. Aşağıdakilerden hangisi cinsel şiddete maruz kalan bir bireyin yapması gerken uygun bir davranış **değildir?**
    a. Durumu ailesi ile konuşmak
    b. Yasal hakları konusunda bilgilenmek
    c. Durumu paylaşmamak ve kabullenmek
    d. Sosyal desteklerini harekete geçirmek
    e. Durumu polise bildirmek
39. Bireyin cinselliğinin ifadesi olarak sürekli yaptığı faaliyetler ya da alışkanlıklar olarak tanımlanan kavram aşağıdakilerden hangisidir?
    a. Cinsel uyum
    b. Cinsel davranış
    c. Cinsel kimlik
    d. Cinsel yönelim
    e. Cinsel rol
40. Aşağıdakilerden hangisi riskli cinsel davranışların ortaya çıkmasına neden olan faktörlerden biri **değildir?**
    a. Bilgi eksikliği
    b. Aşırı özgüven
    c. Olumlu cinsellik algısı
    d. Zayıf sorumluluk bilinci
    e. Yetersiz analiz becerisi

CSBT Yanıt Anahtarı

1.	E	21.	A
2.	D	22.	D
3.	C	23.	B
4.	B	24.	D
5.	A	25.	D
6.	C	26.	E
7.	D	27.	A
8.	C	28.	C
9.	A	29.	B
10.	C	30.	D
11.	E	31.	B
12.	C	32.	A
13.	E	33.	A
14.	B	34.	D
15.	E	35.	E
16.	B	36.	B
17.	C	37.	E
18.	C	38.	C
19.	B	39.	B
20.	B	40.	C

Ek 6. Üreme Sağlığı Ölçeği (ÜSÖ)

ÜREME SAĞLIĞI ÖLÇEĞİ (ÜSÖ)

Sevgili gençler aşağıdaki ifadeler, "Üreme Sağlığı" konusundaki tutum ve davranışlarınızı ölçmek için geliştirilmiştir. **İfadelerdeki "cinsel ilişki" kavramı, tam olarak gerçekleşen cinsel birlikteliği içermektedir.** Bu ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde yanıtlamanız bizim için oldukça önemlidir. Ankete vereceğiniz yanıtlar araştırmacı/lar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak, değerlendirilmeyecek ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Aşağıdaki her bir maddenin yanına, ilgili madde için size göre uygun olan sayıyı işaretleyiniz. Lütfen size uygun olan tek bir kutucuğa **X** işareti koyarak yanıtınızı belirtiniz. İçtenlikle vereceğiniz yanıtlar için teşekkür ederim.

Yanıtlamaya başlamadan önce daha önce kullandığınız AYNI rumuzu yazmayı unutmayınız

Öğr.Gör.Zeynep OĞUL
Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu

Rumuz:

1. Kesinlikle KATILMIYORUM	2. Katılmıyorum	3. Kararsızım	4. Katılıyorum	5. Kesinlikle KATILIYORUM

	1	2	3	4	5
1. Cinsel ilişkiye girdiğim kişilerin sayısı benim için önemli değildir.					
2. İlk karşılaşmada ortam uygun olursa karşı cinsle cinsel ilişkiye girebilirim.					
3. Para karşılığı cinsel ilişkiye girebilirim.					
4. Aynı dönem içerisinde birden çok kişi ile cinsel ilişkiye girebilirim.					
5. Cinsel ilişkiye gireceğim kişi ile gebeliği önleyici yöntem kullanma konusunda konuşmaya utanırım.					
6. Toplumumuzda kızlık zarının önemli olması nedeniyle anal (ters) ilişkiyi tercih ederim.					
7. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan (CYBH) korunma konusunda ilişkiye gireceğim kişi ile konuşmaya utanırım.					
8. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar konusunda bir sorunum olduğunda, utandığım için kimseye bir şey sormam.					
9. Gebeliğe ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara karşı önlem almak gereksizdir, olacağı varsa olur.					
10. Yaşadığım bir cinsel ilişkiden sonra Cinsel Yolla Bulaşan Hastalığın bulaşması benim kötü şansımdır.					
11. Ben her konuda şanslı bir kişiyim, bazen korunup bazen korunmasam da şansımın devam edeceğine inanıyorum.					

12. Cinsel ilişkiye gireceğim kişi temiz görünüşlü ve iyi eğitimli ise korunmaya gerek yoktur.					
13. Sürekli birlikte olduğum kişi ile güvende olduğumu düşünerek, korunmasız ilişkiye girerim.					
14. Korunma cinselliğin doğal akışını bozar.					
15. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık şüphesi duyarsam, kendi kendime ilaç alarak tedavi olmaya çalışırım.					
16. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmak için anal (ters) ilişkiyi tercih edebilirim.					
17. Cinsel ilişkiye girmeden önce cinsel eşimin de bunu istiyor olması benim için önemlidir.					

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
18. İlişkiye gireceğim kişi ile gebeliği önleyici yöntem kullanma konusunda rahatça konuşurum.					
19. Cinsel ilişkiye girerken birlikte olacağım kişi ile kondom (prezervatif, kılıf) kullanma konusunda konuşurum.					
20. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunma konusunda, ilişkiye gireceğim kişi ile rahatça konuşurum.					
21. İlişkiye girdiğim kişi ile güvenli cinsel ilişki ile ilgili bilgilerimi paylaşırım.					
22. Cinsellikte asla zorlayıcı olmam.					
23. Yaşadığım cinsel ilişkiden sonra gebelik gelişirse, hemen bir sağlık kuruluşuna başvururum.					
24. Cinsel organımda akıntı, kaşıntı gibi şikâyetlerim olduğunda hemen bir sağlık kuruluşuna başvururum.					
25. Kondom ya da hap gibi gebeliği önleyici bir yöntemi kullanmadan önce nasıl kullanılacağına ilişkin gerekli bilgileri alırım.					
26. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmak için bilgi alırım.					
27. Genital bölgemde herhangi bir normal olmayan akıntı olduğunda, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık açısından sağlık kuruluşuna başvururum.					
28. Cinsel ilişkiye girmek için ilişkiye gireceğim kişiyi sevmem ya da tanımam benim için önemlidir.					
29. Yalnızca sevdiğim ve güvendiğim birisiyle cinsel ilişkiye girmeyi tercih ederim.					
30. Herkes Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık ve gebeliğe karşı, kendi güvenlik önlemini almaktan sorumludur.					
31. Güvensiz cinsel ilişki yaşamın birçok risklerinden biridir.					
32. Eğer ilişkiye girdiğim kişilere dikkat etmezsem, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara yakalanabilirim.					
33. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmak için kondom (prezervatif, kılıf) kullanmadan cinsel ilişkiye girmem.					
34. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklardan korunmak için, her cinsel ilişkimden önce korunma önlemi alırım.					

Ek 7. Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Akran Eğitimi Rehberi



CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI AKRAN EĞİTİMİ REHBERİ

Prof. Dr. Nevin H. ŞAHİN
Öğr. Gör. Zeynep OĞUL

ETİK KURUL KARARI

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNE CİNSEL SAĞLIK ÜREME SAĞLIĞI KONUSUNDA VERİLEN AKRAN EĞİTİMİNİN BİLGİ VE DAVRANIŞLARA ETKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%8	%7	%2	%2
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
2	paperity.org İnternet Kaynağı	<%1
3	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<%1
4	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<%1
5	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	<%1
6	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	<%1
7	Submitted to Dokuz Eylul Universitesi Öğrenci Ödevi	<%1
8	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<%1
	data.tuik.gov.tr	