

TC
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI

TSK'NİN BİR EĞİTİM BİRLİĞİNDE VERİLMEKTE OLAN
ÜREME SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI EĞİTİMLERİNİN
BU ALANDAKİ ETİK SORUNLAR ÜZERİNE ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

ALPER TUNGA KÖKCÜ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. ÖMÜR ELÇİOĞLU

ŞUBAT 2010

**TC
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI**

**TSK’NİN BİR EĞİTİM BİRLİĞİNDE VERİLMEKTE OLAN
ÜREME SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI EĞİTİMLERİNİN
BU ALANDAKİ ETİK SORUNLAR ÜZERİNE ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

ALPER TUNGA KÖKCÜ

TEZ DANIŞMANI

Doç.Dr. ÖMÜR ELÇİOĞLU

KABUL VE ONAY SAYFASI

AlperTunga KÖKÇÜ'nün Doktora Tezi olarak hazırladığı "TSK'nın Bir Eğitim Birliğinde Verilmekte Olan Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitimlerinin Bu Alandaki Etik Sorunlar Üzerine Etkisi" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "KABUL" edilmiştir.

26.02.2010

Üye : Doç.Dr.Ömür ELÇİOĞLU (Danışman)

Üye : Prof.Dr.Hikmet HASSA

Üye : Prof.Dr.İlhami ÜNLÜOĞLU

Üye : Doç.Dr.Adnan ATAÇ

Üye : Doç.Dr.Hilmi ÖZDEN

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 05.103.1 2010 tarih ve 822.../3813... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof Dr. Ferruh YÜCEL
Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu çalışmada Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK)'nde acemi erlere verilen üreme sağlığı ve aile planlaması (ÜSAP) eğitimlerinin, bu alandaki etik sorunlar üzerine etkisi araştırılmıştır. Araştırma kapsamında; planlanmamış ve istenmeyen gebelikler ile gebeliğin sonlandırılması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, kısırlık ve üremeye yardımcı tedaviler konu başlıkları etik sorun alanları olarak ele alınmıştır.

Kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini 2009 yılı üçüncü eğitim döneminde Kütahya 1'inci Jandarma Eğitim Tabur Komutanlığı'nda askerlik görevlerini yapmakta olan 1218 acemi er oluşturmuştur. Ayrıca bir örneklem seçilmemiş, evrenin tümü araştırmanın kapsamına alınmıştır. Araştırmada 1109 acemi ere ulaşılmış olup, cevaplılık oranı %91 olarak gerçekleşmiştir.

Acemi erlerin ÜSAP'na ilişkin bilgi ve tutumları, eğitim öncesi ve sonrasında tespit edilmeye çalışılmıştır. Verilerin toplanmasında doğru yanlış işaretlemeli 25 soruluk bir bilgi ölçeği ile likert tipinde hazırlanan 58 maddelik bir tutum ölçeği kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, ayrıca uygulanan bir form ile tespit edilmiştir. Elde edilen veriler parametrik olmayan test yöntemleriyle analiz edilmiş olup, bu amaçla SPSS 15.0 istatistik programından yararlanılmıştır.

Araştırmada yer alan askerlerin yaşları 20 ile 30 arasında olup, yaş ortalamaları 20,8(\pm 1,8)'dir. Katılımcılar Türkiye'nin farklı bölgelerinden gelmiş olup, öğrenim dereceleri de farklılık göstermektedir. Eğitim öncesi bilgi puanı ortalaması 16,64(\pm 3,06) iken eğitim sonrasında 20,22(\pm 3,16)'ye yükselmiş olup, %14,32 oranında anlamlı bir puan artışı olmuştur($P<0,001$). Eğitim öncesi tutum puanı ortalaması 3,78(\pm 0,38) iken eğitim sonrasında 4,08(\pm 0,42)'e yükselmiş olup, %7,44 oranında anlamlı bir puan artışı olmuştur($P<0,001$).

Uygulanan ÜSAP eğitim programının, askerlerin üreme sağlığı alanındaki söz konusu etik sorunlarla ilgili tutumlarını olumlu yönde etkilediği bu çalışmada ortaya konmuştur. Sonuç olarak verilen bilgi sayesinde tutumlar üzerinde, dolayısıyla

davranışlar üzerinde olumlu yönde, etkin bir değişim sağlayan ÜSAP eğitiminin, bu alandaki etik sorunların azaltılmasına katkı sağlayacağı değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Üreme sağlığı, Etik sorun, Eğitim, Bilgi, Tutum.

SUMMARY

In this study, the effect of the reproductive health and family planning (RHFP) educations given to recruits in Turkish Armed Forces (TAF) on ethical issues in this field has been investigated. In the scope of this research; ethical issues titled as unintended and unwanted pregnancies and the termination of pregnancy, sexually transmitted infections, infertility, and assisted reproductive treatments have been dealt with.

The population of this cross sectional research comprises 1218 recruits assigned in 1st Gendarmerie Training Battalion Command in Kutahya in the third training term of the year 2009. A separate sample was not selected; the all population of survey were included in the study. 1109 recruits were contacted in the research and the rate of response elicited had been 91%.

The knowledge and attitudes of recruits over RHFP were tried to be detected before and after the training. In the gathering of the data; a twenty-five true-false question knowledge scale and an attitude scale of 58 items prepared in the likert type were used. The sociodemographic properties of the participants were identified separately with a form. The data derived were analyzed with nonparametric tests, and SPSS 15.0 statistics program was used for this purpose.

The recruits involved in the research had an age range of 20 to 30, and the average age was 20,8(\pm 1,8). The participants were from various parts of Turkey and the degrees of their education also varied. While the average knowledge score was 16,64(\pm 3,06) before the training, it increased to 20,22(\pm 3,16) after the training and a significant increase in the score %14,32 was achieved ($P < 0,001$). While the average attitude score was 3,78(\pm 0,38) before the training, it increased to 4,08(\pm 0,42) after the training and a significant increase in score %7,44 was achieved ($P < 0,001$).

In this research it has been revealed that the RHFP training program in process has positively affected the attitudes of the recruits towards the mentioned ethical issues

in the field of reproductive health. In conclusion, it has been assessed that the RHFP training that leads to a change in attitudes and accordingly to a positive and effective change in behaviors with the knowledge it provides, will contribute to the reduction of ethical issues in this field.

Key Words: Reproductive health, Ethical issue, Education, Knowledge, Attitude.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	I
SUMMARY.....	III
İÇİNDEKİLER.....	V
TABLolar DİZİNİ.....	IX
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	XII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Üreme Sağlığı Kavramı ve Üreme Hakları.....	4
2.2. Üreme Sağlığının Önemi.....	8
2.3. Türkiye’de Üreme Sağlığına İlişkin Mevcut Durum.....	9
2.3.1. Doğurganlık.....	9
2.3.2. Anne ve Bebek Ölümleri.....	10
2.3.3. Düşükler ve Aile Planlaması.....	11
2.3.4. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS.....	12
2.3.5. Adolesanlarda Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık.....	13
2.3.6. Yaşlılarda Üreme Sağlığı.....	14
2.4. Üreme Sağlığı Programlarında Erkeğin Yeri.....	14
2.5. TSK Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Projesi.....	16
2.6. TSK Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Programı.....	19
2.6.1. Planlama.....	19
2.6.2. Uygulama.....	20
2.6.2.1. Dershaneler.....	20
2.6.2.2. Kurs Programı.....	20
2.6.2.3. Eğitim Malzemeleri.....	21
2.6.3. Kayıtlar.....	21
2.6.3.1. TSK Üreme Sağlığı Veritabanı.....	21
2.6.3.2. Üreme Sağlığı Dershaneleri.....	22
2.6.4. Konu İçerikleri.....	22
2.6.4.1. Üreme Organları ve Cinsel Sağlık.....	22
2.6.4.2. CYBH ve Sosyal Sonuçları.....	23

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

2.6.4.3. Aile Planlaması.....	23
2.6.4.4. Güvenli Annelik.....	23
2.6.4.5. Toplumsal Cinsiyet.....	23
2.7. Üreme Sağlığı Alanındaki Tıbbi Etik Sorunlar.....	24
2.7.1. Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması.....	25
2.7.1.1. Gebeliğin Sonlandırılmasında Karşılaşılan Etik İkilemler.....	26
2.7.1.2. Yaşamın Başlangıcının Sorgulanması.....	27
2.7.1.3. Gebeliğin Sonlandırılmasına İlişkin Görüşler.....	28
2.7.2. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar.....	29
2.7.3. Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri.....	31
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	35
3.1. Araştırmanın Sekli.....	35
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	35
3.4. Veri Toplama Araçları.....	35
3.4.1. Cevaplayıcıya Ait Temel Bilgi Formu.....	36
3.4.2. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği.....	36
3.4.3. Bilgi Değerlendirme Formu.....	38
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	38
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	39
4. BULGULAR.....	40
4.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri.....	40
4.2. ÜSAP ile İlgili Bilgi Seviyeleri.....	43
4.2.1. Bölgelere Göre Bilgi Puanları.....	43
4.2.2. Öğrenim Seviyesine Göre Bilgi Puanları.....	44
4.2.3. Medeni Duruma Göre Bilgi Puanları.....	45
4.2.4. Ekonomik Duruma Göre Bilgi Puanları.....	46
4.3. ÜSAP ile İlgili Tutumlar.....	46
4.3.1. Alt Boyutlarda ÜSAP ile İlgili Tutumlar.....	47

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

4.3.2. Madde Seviyesinde ÜSAP ile İlgili Tutumlar.....	48
4.3.2.1. Madde Seviyesinde Tutumlar.....	48
4.3.2.2. En Yüksek ve En Düşük Madde Puanı Ortalamaları.....	78
4.3.2.3. Madde Puanı Ortalamalarındaki Artışlar.....	79
4.3.3. Sosyodemografik Özellikler Bağlamında ÜSAP ile İlgili Tutumlar.....	79
4.3.3.1. Bölgelere Göre Tutumlar.....	79
4.3.3.2. Öğrenim Seviyesine Göre Tutumlar.....	81
4.3.3.3. Medeni Duruma Göre Tutumlar.....	83
4.3.3.4. Ekonomik Duruma Göre Tutumlar.....	84
5. TARTIŞMA.....	86
5.1. Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi.....	87
5.2. ÜSAP ile İlgili Bilgi Seviyelerinin Değerlendirilmesi.....	88
5.3. ÜSAP ile İlgili Tutumların Değerlendirilmesi.....	91
5.3.1. ÜSAP ile İlgili Tutumların Alt Boyutlar Bağlamında Değerlendirilmesi.....	92
5.3.2. ÜSAP ile İlgili Tutumların Madde Seviyesinde Değerlendirilmesi.....	93
5.3.2.1. Birinci Boyuttaki Maddelerin Değerlendirilmesi.....	94
5.3.2.2. İkinci Boyuttaki Maddelerin Değerlendirilmesi.....	99
5.3.2.3. Üçüncü Boyuttaki Maddelerin Değerlendirilmesi.....	103
5.3.3. ÜSAP ile İlgili Tutumların Sosyodemografik Özellikler Bağlamında Değerlendirilmesi.....	105
5.3.3.1. Bölgelere Göre Tutumların Değerlendirilmesi.....	105
5.3.3.2. Öğrenim Seviyesine Göre Tutumların Değerlendirilmesi.....	107
5.3.3.3. Medeni Duruma Göre Tutumların Değerlendirilmesi.....	108
5.3.3.4. Ekonomik Duruma Göre Tutumların Değerlendirilmesi.....	108
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	110
KAYNAKLAR DİZİNİ.....	115
EKLER DİZİNİ.....	123
EK-1. Cevaplayıcıya Ait Temel Bilgi Formu.....	123
EK-2. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği.....	125

İÇİNDEKİLER (devam ediyor)

EK-3. Bilgi Değerlendirme Formu.....	129
ÖZGEÇMİŞ	

TABLÖLAR DİZİNİ

TABLO-1.	Evlenme ve Boşanma Durumu Dağılımı.....	40
TABLO-2.	Okula Gitme ve Okuma-Yazma Durumu Dağılımı.....	40
TABLO-3	Öğrenim Düzeyi Dağılımı.....	41
TABLO-4.	Sosyal Güvenlik Kurumlarına Göre Dağılım.....	41
TABLO-5.	Gelir ve Ekonomik Durum Dağılımı.....	42
TABLO-6.	Aile ile Birlikte Yaşama ve Ayrı Oda Bulunma Durumu Dağılımı.....	42
TABLO-7.	İkamet Bölgesi Dağılımı.....	43
TABLO-8.	Toplam Bilgi Puanı Ortalamaları.....	43
TABLO-9.	Bölgelere Göre Toplam Bilgi Puanı Ortalamaları.....	44
TABLO-10.	Öğrenim Seviyesine Göre Toplam Bilgi Puanı Ortalamaları.....	45
TABLO-11.	Medeni Duruma Göre Toplam Bilgi Puanı Ortalamaları.....	45
TABLO-12.	Ekonomik Duruma Göre Toplam Bilgi Puanı Ortalamaları.....	46
TABLO-13.	Genel Tutum Puanı Ortalamaları.....	47
TABLO-14.	Alt Boyutlarda Tutum Puanı Ortalamaları.....	48
TABLO-15.	1. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	49
TABLO-16.	2. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	49
TABLO-17.	3. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	50
TABLO-18.	4. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	50
TABLO-19.	5. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	51
TABLO-20.	6. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	51
TABLO-21.	7. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	52
TABLO-22.	8. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	52
TABLO-23.	9. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	53
TABLO-24.	10. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	53
TABLO-25.	11. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	54
TABLO-26.	12. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	54
TABLO-27.	13. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	55
TABLO-28.	14. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	55
TABLO-29.	15. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	56
TABLO-30.	16. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	56

TABLOLAR DİZİNİ (devam ediyor)

TABLO-31.	17. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	57
TABLO-32.	18. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	57
TABLO-33.	19. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	58
TABLO-34.	20. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	58
TABLO-35.	21. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	59
TABLO-36.	22. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	59
TABLO-37.	23. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	60
TABLO-38.	24. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	60
TABLO-39.	25. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	61
TABLO-40.	26. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	61
TABLO-41.	27. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	62
TABLO-42.	28. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	62
TABLO-43.	29. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	63
TABLO-44.	30. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	63
TABLO-45.	31. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	64
TABLO-46.	32. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	64
TABLO-47.	33. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	65
TABLO-48.	34. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	65
TABLO-49.	35. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	66
TABLO-50.	36. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	66
TABLO-51.	37. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	67
TABLO-52.	38. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	67
TABLO-53.	39. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	68
TABLO-54.	40. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	68
TABLO-55.	41. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	69
TABLO-56.	42. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	69
TABLO-57.	43. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	70
TABLO-58.	44. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	70
TABLO-59.	45. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	71
TABLO-60.	46. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	71

TABLolar DİZİNİ (devam ediyor)

TABLO-61.	47. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	72
TABLO-62.	48. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	72
TABLO-63.	49. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	73
TABLO-64.	50. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	73
TABLO-65.	51. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	74
TABLO-66.	52. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	74
TABLO-67.	53. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	75
TABLO-68.	54. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	75
TABLO-69.	55. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	76
TABLO-70.	56. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	76
TABLO-71.	57. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	77
TABLO-72.	58. Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular.....	77
TABLO-73.	Bölgelere Göre Boyut Tutum Puanları.....	80
TABLO-74.	Bölgelere Göre Tutum Farklılığının Anlamlılık Testi	81
TABLO-75.	Öğrenim Seviyesine Göre Boyut Tutum Puanları.....	82
TABLO-76.	Öğrenim Seviyesine Göre Tutum Farklılığının Anlamlılık Testi	83
TABLO-77.	Medeni Duruma Göre Boyut Tutum Puanları.....	83
TABLO-78.	Medeni Duruma Göre Tutum Farklılığının Anlamlılık Testi	84
TABLO-79.	Ekonomik Duruma Göre Boyut Tutum Puanları	84
TABLO-80.	Ekonomik Duruma Göre Tutum Farklılığının Anlamlılık Testi	85

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

Simge ve Kısaltma	Açıklama
AÇS/AP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu
CYBE	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GATA	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
GYE	Genital Yol Enfeksiyonları
HIV	Human Immunodeficiency Virus İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
ICPD	International Conference on Population and Development Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı
ICSI	İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu
IUI	İntrauterin İnseminasyon
IVF/ET	İn Vitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi
P	Anlamlılık Değeri
SD	Serbestlik Derecesi
St. Sapma	Standart Sapma
TAF	Turkish Armed Forces Türk Silahlı Kuvvetleri
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSK	Türk Silahlı Kuvvetleri
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNAIDS	United Nations Joint Programme on HIV/AIDS Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Programı
UNFPA	United Nations Population Fund Agency Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
ÜSAP	Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması
χ^2	Ki-Kare Değeri
α	İç Tutarlılık Katsayısı

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1994 yılında Kahire’de 179 ülkenin katılımıyla gerçekleşen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD)’nda üreme sağlığı kavramı dile getirilmiş olup, bütün dünya ülkeleri tarafından kabul gören bir tanım yapılmıştır. Bu tanıma göre üreme sağlığı, “Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, üreme sisteminin bütün işlev ve süreçlerinin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” şeklinde ifade edilmiştir(3).

Üreme sağlığı gebeliğin meydana gelişinden, doğum, çocukluk, adölesan, erişkin ve ileri yaş dönemleri dahil, ölüme dek her yaşı ve her iki cinsiyeti de ilgilendirmektedir. Kadın ve erkek herkesin, tüm yaşamlarında, normal büyüme ve gelişme sürecinden kaynaklanan üreme ve cinsel sağlık ihtiyaçları vardır. Bu yaklaşımda, doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği; yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu vurgulanmaktadır(70).

2000 yılında tüm dünyada tahmini 529.000 maternal ölümün meydana geldiği, bu ölümlerin %95’inin Güney Afrika ve Asya’da, %4’ünün Latin Amerika ve Karayipler’de, %1’den azının da daha gelişmiş bölgelerde olduğu belirtilmiştir. Her yıl yaklaşık 46 milyon gebelik isteyerek düşükle sonlanmakta, bu düşüklerin de tahmini 20 milyonu sağlıklı olmayan koşullarda meydana gelmektedir. Gebelikle ilgili ölümlerin %13’ünün (Her yıl yaklaşık 67.000 ölüm) düşüklere bağlı komplikasyonlardan kaynaklandığı belirtilmektedir(79).

Geleneksel olarak üreme sağlığı programları kadınlar üzerine yoğunlaşmıştır. Erkekleri de içine almayan üreme sağlığı programlarının başarıya ulaşmasının zor ya da imkansız olduğu gerçeği, 1980’li ve 1990’lı yıllarda uygulanan programlardan edinilen tecrübeler ışığında ortaya çıkmıştır(57). Kahire Konferansında üreme sağlığı konusunda cinsel aktif bireylere yönelmenin daha doğru olacağı, kadınların yanı sıra erkekleri de hedef alan üreme sağlığı programlarının çok daha etkili olacağı kabul görmüştür(3).

Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) bünyesinde çeşitli sivil toplum kuruluşları tarafından erbaş ve erlere yönelik küçük ölçekli çalışmalar yapılmış ve yürütülen çalışmalar sonucunda tüm personelin ancak %5'ine ulaşılabilmektedir. Oysa ülke çapında üreme sağlığı ve aile planlaması (ÜSAP) hizmetlerinin başarılı olabilmesi için erkek nüfusun katılımı, katkısı ve işbirliği çok önemlidir. Bu noktada TSK'nin ülkemizin ÜSAP konusundaki ihtiyaçlarına çok ciddi katkı sağlayacak durumda olduğu tespit edilmiştir. Çünkü ülkemizde erkeklerin ortalama ilk evlenme yaşının Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin 2002 yılı verilerine göre 25,9 olduğu, büyük çoğunluğunun evlilik öncesi askerliğini yaptığı görülmüştür. Her yıl yaklaşık 500.000 erkek TSK saflarına katılmakta olup, bu durum ülkemizin erkek nüfusunun eğitilmesi için çok önemli bir fırsat olarak değerlendirilmiştir(85).

Üreme sağlığı açısından toplumsal kalkınmaya katkı sağlamak amacıyla Haziran 2001 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığı ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) işbirliği ile TSK'nde öncelikle askerlik hizmetini yapmakta olan erbaş ve erleri hedef alan bir proje başlatılmıştır. Birliklerde ÜSAP ile ilgili tüm hizmetler Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen standartlara uygun olarak yürütülmeye başlanmış ve proje uygulamaya konulmuştur. Standart eğitim malzemeleri bulunan eğitim dershaneleri tüm askeri garnizonlarda tesis edilerek erbaş ve erlere yirmişer kişilik gruplar halinde bir günlük kurslar düzenlenmiştir. 01 Nisan 2004 - 31 Ekim 2006 tarihleri arasında eğitilen asker sayısı 679.884 olarak tespit edilmiştir(85).

Çalışma grubumuz genç erişkin erkeklerden oluşmakta olup, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) açısından risk grubunda yer almaktadır. Dolayısıyla güvenli cinsel ilişki ve korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilmeleri gerekmektedir. CYBE'ın yanı sıra ÜSAP kurslarında üreme organları, cinsel sağlık, aile planlaması, güvenli annelik ve toplumsal cinsiyet konularında da eğitim verilmektedir.

Üreme sağlığı alanı, birçok ahlaki tartışma konusunu da kapsamaktadır. Bu kapsamda ele alınan ve önemli etik yönleri de bulunan konular arasında; kadının doğurma hakkı, kürtaj, anne karnında cinsiyet belirlenmesi, yardımcı üreme

tekniklerinin ahlaki boyutu, sperm bankaları, taşıyıcı annelik gibi oldukça geniş, kapsamlı ve çeşitlilik gösteren sorunlar bulunmaktadır.

Bu çalışmada TSK'nde acemi erlere verilen ÜSAP eğitimlerinin, bu alandaki etik sorunlar üzerine etkisi araştırılmıştır. Üreme sağlığı alanındaki etik sorunların oldukça geniş olması, çeşitlilik göstermesi ve çalışmanın genç erişkin erkekler üzerinde yürütülmesi nedenleriyle araştırma kapsamı aşağıdaki konu başlıkları ile sınırlı tutulmuştur;

1. Planlanmamış ve istenmeyen gebelikler ile gebeliğin sonlandırılması
2. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
3. Kısırlık ve üremeye yardımcı tedaviler

Bu kapsamda acemi erlerin ÜSAP'na ilişkin bilgi ve tutumları, eğitim öncesi ve sonrasında tespit edilmeye çalışılmıştır. Çalışmanın alt amaçları ise şunlardır:

1. Kişilerin tanıtıcı özelliklerine göre tutumları arasında farklılık bulunup-bulunmadığını değerlendirmek,
2. ÜSAP eğitiminin, acemi erlerin bu alandaki bilgileri üzerine etkisini saptamak,
3. Elde edilen bulgu ve bilgiler doğrultusunda, TSK bünyesinde verilmekte olan ÜSAP eğitimlerine katkı sağlamak üzere öneriler geliştirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üreme Sağlığı Kavramı ve Üreme Hakları

Yirminci yüzyılın ikinci yarısında tüm dünyayı ilgilendiren çevre kirliliği, nüfus artışı vb. problemler tartışılmaya başlanmış olup, ortak çözüm yollarının araştırılıp uygulanması için uluslararası toplantılar yapılmıştır. Dünya üzerindeki nüfus artış hızının azaltılmadığı takdirde besin ve enerji kaynaklarının yetersiz hale geleceği, olumsuz çevresel etkileri olacağı şeklindeki düşünceler savunulmuştur.

1974 yılında Bükreş'te yapılan Dünya Nüfus Konferansında gelişmiş ülkeler nüfus artışının genel kalkınmanın önünde engel olduğunu dile getirmişlerdir. Tıbbi olmaktan çok sosyal, ekonomik ve belki bir o kadar da politik olan “Nüfus Planlaması” kavramı dünya gündemindeki yerini almıştır. Gelişmekte olan ülkeler nüfus artışının genel kalkınmanın önünde engel olduğu fikrine karşı çıkmışlar ve bir uzlaşma sağlanamamıştır. Birçok ülkeye dikte ettirilen nüfus planlaması çalışmaları ise beklenen sonucu vermemiştir(82).

1984'te Meksika'nın ev sahipliği yaptığı Dünya Nüfus Konferansında ise gelişmiş ülkeler hızlı nüfus artışı ile kalkınma arasında ilişki kurmaktan vazgeçip annenin ve çocuğun sağlığını ön plana çıkarmışlardır(82). Bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumlarının arasını açmaya serbestçe ve sorumlucu karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları olarak getirilen “Aile Planlaması” kavramı uluslararası oybirliği ile güvence altına alınmıştır(30).

1994 yılında Kahire'de 179 ülkenin katılımıyla gerçekleşen ICPD'de üreme sağlığı kavramı dile getirilmiş olup, bütün dünya ülkeleri tarafından kabul gören bir tanım yapılmıştır. Bu tanıma göre üreme sağlığı, “Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, üreme sisteminin bütün işlev ve süreçlerinin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” şeklinde ifade edilmiştir(3).

Üreme sağlığı gebeliğin meydana gelişinden, doğum, çocukluk, adölesan, erişkin ve ileri yaş dönemleri dahil ölüme dek her yaşı ve her iki cinsiyeti de ilgilendirmektedir. Kadın ve erkek herkesin, tüm yaşamlarında, normal büyüme ve gelişme sürecinden kaynaklanan üreme ve cinsel sağlık ihtiyaçları vardır. Bu yaklaşımda, doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği; yaşama sağlıklı başlamının ilk adım olduğu vurgulanmaktadır(70).

ICPD'nin 20 yıllık eylem planına göre, 4 ana başlık ve 14 alt başlıkta hedefler tespit edilmiş ve beş yılda bir izlem kararı alınmıştır(20). Ana başlıklar;

1. Evrensel eğitim,
2. Bebek ve ocuk ölümlülüğünün azaltılması,
3. Anne ölümlülüğünün azaltılması,
4. Aile planlaması da dahil olmak üzere üreme ve cinsel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik.

Bu kapsamda ölkeler, Ana ocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AS/AP) hizmetlerini yaygınlaştırmaya yönelik büyük yatırımlar ve kampanyalar yapmışlardır. Ancak nüfus planlaması politikalarının bir uzantısı olarak uygulamaya konulan AS/AP programları insanı bir bütün olarak ele alamamıştır. Üreme sağlığı hizmetleri doğum kontrol yöntemlerine indirgenmiştir.

Ölkemizde cumhuriyet döneminde uygulanan nüfus politikaları temel olarak iki dönemde incelenmektedir. Birinci dönem, cumhuriyetin kuruluşundan 1960'lı yıllara kadar izlenen nüfusu artırıcı politikalarıdır. İkinci dönem, bu yıllarda tartışılmaya başlayan ve bugüne kadar devam eden nüfus artış hızını yavaşlatıcı politikalarıdır(46).

İkinci Dünya Savaşı sonrasında özellikle de 1950-1960 yılları arasında ölkemizde çok hızlı bir nüfus artışı meydana gelmiş, nüfus artışının kontrol altına alınması amacıyla 1 Nisan 1965 tarihli ve 557 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" ıkarılmıştır. Bu kanunla gebeliği önleyici ilaç ve araçların ithali serbest bırakılmış ve yeni aile planlaması politikalarının uygulanması görevi Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na verilmiştir. Anne ve bebek ölümlerinin azaltılması için 1982

yılında AÇS/AP Genel Müdürlüğü oluşturulmuştur. Kürtajın yasal olmaması nedeniyle uygun olmayan ortamlarda yapılan düşükler kadın sağlığını tehdit etmiş hatta ölümlere neden olmuştur. 24 Mayıs 1983 tarihli ve 2827 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” ile gebeliğin 10. haftasına kadar isteğe bağlı kürtajın yasal hale getirilmesi kadın sağlığı alanında atılan çok önemli bir adım olmuştur.

1990'lara kadar üreme sağlığını ilgilendiren konular, geleneksel olarak doğurganlıkla ilişkilendirilmiş ve bu fonksiyonda, rolü daha fazla olan kadına odaklanılarak genellikle AÇS/AP hizmetlerinden söz edilmiştir. Yıllar içerisinde bu geleneksel bakış açısı değişmeye başlamış ve nihayet 1994 yılında Kahire'de yapılan ICPD'de “Üreme Sağlığı” kavramı dile getirilmiştir. ICPD eylem planında ilk kez kavram olarak üreme sağlığı tanımı yapılmış, üreme sağlığı hizmetleri, üreme sağlığına ilişkin sorunların önlenmesi ve çözülmesi yoluyla üreme sağlığı ve sağlıklı yaşama katkıda bulunan yöntem, teknik ve hizmetlerin bütünü olarak tanımlanmıştır. Üreme sağlığının geleneksel AÇS/AP yaklaşımından temel iki farkı tüm yaşam sürecinin göz önüne alınması yaklaşımı ve her iki cinsiyeti kapsamasıdır. Ayrıca zararlı geleneksel uygulamalar (Genital mutilasyon gibi) adölesan cinselliği, istenmeyen gebelikler, sağlıksız düşükler, maternal morbidite ve mortalite, CYBE, HIV/AIDS (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü / Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu) genital yol enfeksiyonları (GYE), üreme organları malignensileri, prolapsuslar, cinsiyet temelli şiddetin ve üreme haklarının da üreme sağlığı kapsamında ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. Özellikle adölesan dönemden başlanarak postmenopozal ve ileri yaş dönemi de dahil, üreme sağlığı hizmetleri kapsamında ele alınması önerilmiştir(59).

İnsan hakları konusundaki ilk kapsamlı bildirme, 1948 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda açıklanan “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi” olmuştur. Bu beyannamenin 16. maddesi şöyledir;

1. Evlilik çağına varan her erkek ve kadın, ırk, uyrukluk veya din bakımından hiçbir kısıtlamaya tabi olmaksızın evlenmek ve aile kurmak hakkına haizdir. Her erkek ve kadın evlenme konusunda, evlilik süresince ve evliliğin sona ermesinde eşit haklara haizdir.
2. Evlenme akdi ancak müstakbel eşlerin serbest ve tam rızasıyla yapılır.

3. Aile, cemiyetin tabii ve temel unsurudur, cemiyet ve devlet tarafından korunmak hakkına haizdir.

Bu maddede evlenme ve aile kurma hakkına, dolayısıyla üreme sağlığı ve üreme haklarına vurgu yapılmıştır.

1968 yılında Tahran'da yapılan Uluslararası İnsan Hakları Konferansında insan hakları çerçevesinde üreme hakkı da ele alınmıştır. Tahran Bildirgesinde; ailenin ve çocuğun korunmasının, uluslararası toplumun kaygı duyduğu bir konu olmaya devam ettiği belirtilmiş, “Çocuklarının sayısını ve aralığını özgürce ve sorumlu olarak belirlemek, ebeveynlerin temel bir insan hakkıdır.” şeklinde ifade ile üreme hakkı tanımlanmıştır. 1974 yılında Bükreş'te yapılan Dünya Nüfus Konferansı Bildirgesinde yer alan “Tüm demografik hedefleri ne olursa olsun kişilerin özgür, bilgili ve sorumlu şekilde çocuklarının sayısını ve aralıklarını belirleme hakkına saygı duyulmalı ve garanti altına alınmalıdır.” ifade ile üreme hakkı tanımlanmıştır(51).

Tahran Bildirgesi ile Bükreş Bildirgesi arasındaki dikkat çekici birinci fark, üreme hakkının “ebeveynlerden” “çiftlere ve bireylere” doğru genişletilmesidir. İkinci fark ise kişilerin bu konuda karar verirken bilgili olmaları hususuna da değinilmiş olmasıdır.

1994 yılında Kahire'de yapılan ICPD'de üreme haklarının ulusal, uluslararası ve insan hakları belgelerinde kabul edilmiş olan belirli insan haklarını kapsadığı belirtilmiş ve “İnsanlar tatmin edici ve güvenli cinsel yaşam sürdürmeye, istedikleri zaman istedikleri kadar üremeye karar verme serbestliğine (Özgürlüğüne) sahiptirler. Erkekler ve kadınlar doğurganlıklarını düzenlemek için gereken güvenli, etkili, bütçelerine uygun, ulaşılabilir yöntemler hakkında bilgi alma ve aynı zamanda gebelik bakımı ve doğum hizmetlerine ulaşma hakkına sahiptirler” ifadesi ile üreme hakları tanımlanmıştır(3).

Kahire Bildirgesi ile üreme sağlığı kavramı; aile planlaması, cinsel eğitim, güvenli annelik ve HIV/AIDS'i de kapsayan CYBE'a karşı korunma başlıklarını da

içerecek şekilde düzenlenmiştir(51). Önceki bildirgelerden farklı olarak Kahire Bildirgesinde, üreme sağlığı hizmetlerine ulaşabilme hakkına da yer verilmiştir.

Kahire Konferansından on yıl sonra yapılan değerlendirmede; ülkelerin üreme sağlığı kavramı ve uygulamasını benimsedikleri, % 90'ının da üreme hakları konusunda ilerleme kaydettiği tespit edilmiştir(79).

2.2. Üreme Sağlığının Önemi

Anne ölümlerinin oluşmasında tıbbi nedenleri ağırlaştıran faktörlerin başında aşırı doğurganlık, doğum öncesi bakım ve beslenme yetersizlikleri ile sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama ve düşük sosyoekonomik durum gelmektedir. Pek çok ülkede yürütülen Dünya Doğurganlık Araştırması sonuçlarına göre anne ölümleri üçte bir oranında azaltılabilir. Bu artık çocuk istemeyen kadınlara aile planlaması yöntemlerini tanıtmak, yöntem talep edenlerin bu hizmetleri veren kuruluşlara ulaşması ile mümkün olacaktır. Tüm dünyada yılda yaklaşık 50 milyon isteyerek düşük olduğu, bunun da yarısının yasadışı düşüklere olduğu tahmin edilmektedir. Gebelikle ilgili ölümlerin yaklaşık 1/6'sı düşüklere bağlı komplikasyonlardan kaynaklanmaktadır(49).

CYBE'in büyük bir bölümünü oluşturan GYE 1940'lardan bu yana giderek artmakta, her yıl 250 milyondan fazla yeni vaka görülmekte ve bunların en az 1 milyonunu HIV enfeksiyonu oluşturmaktadır. Birçok ülkede ilk cinsel ilişki yaşı düşerken evlenme yaşı yükselmekte; bu da gençlerin değişik partnerler ile birlikte olma ihtimalini ve süresini arttırmaktadır. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerde 15-19 yaş arası evlenenlerin oranı % 25'leri bulmaktadır. Erken gebelikler ve çocuk sahibi olmak, anne ölüm riskini ve bu annelerin çocuklarında hastalık ve ölüm riskini arttırmakta; aynı zamanda kadının eğitim, sosyal ve ekonomik durumunun gelişmesini engellemektedir(85). Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Programı (UNAIDS)'nın 2008 AIDS Epidemisi Güncellemesindeki en son rakamlara göre, tahminen 33 milyon insan HIV ile yaşamaktadır. Birçok ülkede HIV enfeksiyon seviyelerinin düşmekte olduğu, fakat bunun sadece bir başlangıç olduğu belirtilmiştir(87).

Kahire Konferansı sonrasında beşer yıl ara ile yapılan değerlendirmelerde; üreme sağlığı, cinsel sağlık ve haklar konusunda ülkelerin ilerlemeler kaydettiği belirtilmiştir. 2009 yılında UNFPA tarafından yapılan değerlendirmede; tüm bu ilerlemelere rağmen dünyada gebelik ve doğuma bağlı nedenlerden halen her yıl yarım milyondan fazla kadının ölmekte olduğu, yine bu nedenlerden 3 milyon bebeğin yaşamın ilk bir haftası içinde, 1 milyon bebeğin ise ilk bir ayı içinde hayatını kaybettiği ifade edilmiştir. Aynı değerlendirmede, anne ve bebek ölümlerinin büyük bir kısmının yoksul yerlerde meydana gelmiş olduğu, basit ve uygun maliyetli stratejilerle bu ölümlerin önlenebileceği de belirtilmiştir(78).

2.3. Türkiye’de Üreme Sağlığına İlişkin Mevcut Durum

Üreme sağlığı kavramı ile oldukça geniş ve kapsamlı bir sağlık alanı tanımlandığından, ülkemizdeki üreme sağlığı ile ilgili mevcut durum aşağıdaki başlıklar altında değerlendirilmiştir;

2.3.1. Doğurganlık

Toplam doğurganlık hızı, bir kadının günümüzde gözlemlenen doğurganlık hızlarına göre doğum yapacağı varsayıldığında doğurganlık çağının sonunda sahip olması beklenen ortalama çocuk sayısı şeklinde yorumlanabilir. 2008 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)’nın ilk sonuçları, Türkiye’de toplam doğurganlık hızının 2,15 seviyesine düştüğünü göstermektedir. Doğurganlık yenilenme düzeyinin (2,10) hemen üzerinde olan bu hız, Türkiye’nin doğurganlık dönüşümünün tedrici ancak kesintisiz olarak devam ettiğine işaret etmektedir.

Batı ve Güney bölgelerinde ve İstanbul’da gözlenen doğurganlık hızlarının doğurganlıkta yenilenme düzeyi olan 2,1’in de altında olduğu görülmektedir. Türkiye’de en yüksek doğurganlık hızı, kadın başına 3,26 çocuk ile Doğu Anadolu bölgesindedir(40).

1978-2008 döneminde Türkiye'deki doğurganlığın hem düzeyi hem de yaş yapısı değişim göstermiştir. Türkiye'de 1970'lerin sonunda 4 çocuğun üzerinde olan toplam doğurganlık hızı,1980'lerin sonunda 3 çocuğa düşmüştü; 1990'lı yıllarda ise 3 çocuğun da altına düşerek 2,6 çocuk düzeyinde durağanlaşmıştır. Toplam doğurganlık hızında 1990'lı yıllarda gözlenen bu durağanlık, 2000'li yıllarda tekrar azalma eğilimine girerek 2,15 düzeyine kadar gerilemiştir(40).

2.3.2. Anne ve Bebek Ölümleri

Anne ölümü, bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya gebelik sürecine bağlı (Doğrudan) ya da bunların şiddetlendirdiği (Dolaylı) ancak tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan kadın ölümüdür. Anne ölüm oranı, 100.000 canlı doğumda $28,5 \pm 2,5$ seviyesiyle ülke genelinde oldukça düşük olup, bu durum sürekli artan doğum öncesi ve sonrası bakımın etkileri olarak yorumlanabilir. En düşük düzey Batı Anadolu (100.000 canlı doğumda 7,4), en yüksek düzey ise Doğu Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu (100.000 canlı doğumda 68,3) bölgeleri için bulunmuştur. Anne ölüm oranı kentsel alanlar için 20,7, kırsal alanlar için ise 40,3 olarak hesaplanmıştır(84).

Anne ölümlerine yol açan önlenemez faktörler 3 kategoride ele alınabilir;

1. Sağlık hizmeti verenlerle ilişkili faktörler
2. Sağlık hizmetindeki malzeme/donanım ile ilgili faktörler
3. Hane halkı ve toplumsal faktörler

Anne ölümlerinin %61,6'sında bir ya da daha fazla önlenemez faktör mevcuttur. Tüm faktörler içinde %58,8 oranı ile hane halkı ve toplumsal faktörler önemli yer teşkil etmektedir. Hane halkı faktörleri ve toplumsal faktörler arasında istenmeyen gebelikleri önlemek amacıyla gebeliği önleyici usullerin kullanılmaması ve doğum öncesi bakımın alınmaması anne ölümlerine katkıda bulunan faktörler arasında önemli bir yer tutmaktadır(84).

Türkiye’de her 1000 canlı doğumdan 18’i birinci yaş gününe; her 1000 canlı doğumdan 24’ü ise beşinci yaş gününe ulaşmadan ölmektedir. Bebek ölüm hızı, 1998-2003 ile 2003-2008 yılları arasındaki beş yıllık dönemde %47 azalmıştır. Aynı dönemde beş yaş altı ölüm hızında ise %43 azalma gerçekleşmiştir(40).

Ülkemizdeki anne ve bebek ölümlerinde ciddi azalmalar meydana gelmiştir. Ancak önlenebilir anne ve bebek ölümlerinin azalsa da devam ettiği göz önünde bulundurulduğunda, üreme sağlığı hizmetlerinin aksamadan, daha yaygın ve etkin bir şekilde verilmesine devam edilmelidir.

2.3.3. Düşükler ve Aile Planlaması

1998-2003 yılları arasındaki beş yıllık dönemde her 100 gebelikten yalnızca 1’i ölü doğumla sonuçlanırken, 10’u kendiliğinden ve 11’i isteyerek olmak üzere toplam 21’i de düşükle sonlanmıştır(39).

Gebeliklerin isteyerek düşükle sonuçlanması hiçbir gebeliği önleyici yöntem kullanmama, etkisiz yöntem kullanımı ya da yöntem kullanım hataları nedeniyle olabilmektedir. TNSA-2003 verilerine göre, önceki beş yıllık dönemde gerçekleşen isteyerek düşüklerin %24,4’ünde kadınlar gebelik öncesindeki ayda hiçbir gebeliği önleyici yöntem kullanmamışlar, %46,1’inde ise geri çekme yöntemi kullanılmıştır.

Türkiye’de gebeliği önleyici yöntem kullanımı son 20 yılda değişim göstermiştir. TNSA-1988 ile TNSA-1998 arasındaki 10 yıllık dönemde %63-64 seviyesinde durağanlık gösteren gebeliği önleyici yöntem kullanımı, 2000’li yıllarda hızla artarak 2003 yılında %71’e; 2008 yılında ise %73’e yükselmiştir. Son 20 yılda sürekli artan modern yöntem kullanımı, 2008 yılında %46’ya yükselmiştir. Modern yöntem kullanan kadınların yöntem kullanan kadınlar içindeki payı, 1988 yılında %50’nin altında iken 1998 yılında %59’a; 2008 yılında ise %63’e yükselmiştir(40).

TNSA-2008 verilerine göre; geri çekme yöntemi evli çiftler arasında gebeliği önleyici yöntem olarak %26,3 oranında kullanılmakta olup, bu grubun modern

yöntemleri kullanmaları sağlanmalıdır. Aile planlaması hizmet kalitesi yükseltilmeli, hizmetler yaygınlaştırılarak yerleşim yerleri ile bölgeler arası farklılıklar giderilmelidir. Bireylerin gebeliği önleyici araçlara mümkün olduğunca ücretsiz olarak ulaşabilmeleri temin edilmelidir.

2.3.4. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS

CYBE genel olarak şunlardır: HIV, gonore, sifiliz, klamidy, trikomonas, hepatit B ve C, herpes simpleks tip-1 ve tip-2, şankroid, lenfogradüloza venerum, granüloza inguinale, pedikulozis pubis, skabies(31,43).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2001 yılında yatarak tedavi gören 2.554 gonore, 2.248 sifiliz, 2002 yılında 5.813 Hepatit B vakası, 2003 yılında 1.712 AIDS vaka ve/veya taşıyıcısı bulunmaktadır(68). Yine Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 1985-2006 yılları arasında bildirilen AIDS vaka ve HIV taşıyıcı sayısı toplam 2.544'e ulaşmıştır(2). Birleşmiş Milletler 2008 yılı AIDS Epidemisi Güncellemesindeki rakamlara göre, Türkiye'de tahminen 2.000 insan HIV ile yaşamaktadır(87).

CYBE konusunda bireylerin sağlık kurumlarına yeterince başvurmamaları, sağlık kurumlarında bildirimlerin yapılmaması ya da yetersiz olması bu verilerin gerçeği yansıtmadığını düşündürmektedir. Yayılma yollarının özelliği, hastalığın asemptomatik geçen uzun bir döneminin olması, sıklıkla tanı koymanın kan testleri dışında mümkün olmaması vb. nedenler başta HIV/AIDS olmak üzere CYBE vakalarının giderek artmasına neden olmaktadır. Yine bu nedenlerden dolayı başta HIV/AIDS olmak üzere belirtilen CYBE'da vaka sayılarının gerçeğin çok altında olduğu düşünülmektedir.

CYBE'in oluşumunda rol oynayan biyolojik ve sosyal faktörler tespit edilmeli; klinik ve laboratuvar tanılarında yaşanan güçlükler giderilerek enfeksiyonların gizli bir şekilde yaygınlaşmasının önüne geçilmelidir. Cinsel sağlık, CYBE ve HIV/AIDS hakkında bilgilendirme ve tanı-tedavi hizmetleri temel sağlık hizmetlerine entegre edilmelidir.

2.3.5. Adölesanlarda Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık

Adölesan yaş grubu olarak kabul edilen 10-19 yaşlarındaki gençlerin üreme sağlığı ve cinsel sağlığa ilişkin sorunlarının ve özellikle bu konulardaki bilgi yoksunluklarının giderilmesi, dünya ülkelerinin giderek daha büyük önemle üzerinde durdukları bir amaçtır(83).

Adölesanların karşılaşılabilecekleri en önemli üreme sağlığı sorunları CYBE, AIDS, istenmeyen gebelikler, yasal olmayan abortuslar ve buna bağlı olarak gelişen komplikasyonlardır. Düşüklerin gelişmekte olan ülkelerdeki 20 yaş altı evlenmemiş kadınlar arasında hızla yükseldiği, bunun sonucunda da kadınlarda infertilite, uzun süreli sakatlıklar ve hatta ölümlerin meydana geldiği belirtilmektedir(13).

Adölesan anne ve adölesan annelerden olan çocukların yüksek derecede hastalık ve ölüm riski taşımaları nedeniyle, adölesan doğurganlık önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Kadınların adölesan dönemde anne olmasının kadının eğitimine devam edememesi, yani eğitim yaşamlarının engellenmesi gibi sosyal sonuçları da bulunmaktadır. TNSA-1998 verilerine göre eğitimle adölesan doğurganlık düzeyi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. İlköğretimin birinci basamağından daha az eğitim almış 15-19 yaş grubundaki kadınların %15'i anne olmuş ya da ilk çocuklarına hamileyken en az lise eğitimi almış kadınlarda bu oran %3'e düşmektedir(64).

TNSA-1998 bulgularına göre 25-64 yaşlarındaki evli erkeklerin %5'i ilk cinsel ilişki yaşını 15, %30,8'i de 18 olarak ifade etmişlerdir. 25-29 yaş grubunda olan erkeklerin %6,4'ünün ilk cinsel ilişki yaşının ise 15 olması, cinsel ilişkinin daha erken yaşlarda başlama eğiliminde olduğunun göstergesi sayılabilir(83).

Bu veriler ışığında ilk cinsel ilişki yaşının düşmesi de CYBE açısından adölesan dönem üreme sağlığı problemleri arasında yer almaktadır. Adölesanlara yönelik özel üreme sağlığı hizmetleri verilmeli, üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularında doğru ve yeterli bilgi edinebilmeleri sağlanmalıdır.

2.3.6. Yaşlılarda Üreme Sağlığı

Ülkemizde doğumda beklenen yaşam süresi 2006 yılı için kadında 75,3 ve erkekte 71,1'dir(80). 2008 yılında ülkemiz nüfusunun %6,8'i 65 ve daha yukarı yaş grubunda bulunmaktadır(75).

Üreme sağlığı kapsamında yaşlıların sağlık sorunları genetik yapı kadar bireyin cinsiyeti ve çevresel faktörler ile de bağlantılıdır. Tüm bu faktörler arasında ileri yaştaki üreme sağlığı ile ilgili durum ve sorunları cinsiyet çok belirgin olarak etkileyen bir faktördür. Zira, özellikle kadınlarda ortaya çıkan üreme organları malignensileri, kardiyovasküler problemler ve osteoporoz gibi sorunlar kadın üreme işlevinin bir parçası olan menopoza döneminden sonra spesifik olarak ortaya çıkan sorunlardır. Bu durum erkekler için çok daha az boyutta söz konusudur(83).

Yaşlılara verilmesi gereken üreme sağlığı hizmetleri temel sağlık hizmetlerine entegre edilmeli, toplumun konuyla ilgili bilgi seviyesi ve bilinci artırılmalıdır. Yaşlıların üreme sağlığını hedef alan kanser, osteoporoz vb. hastalıklar için tarama testleri rutin olarak uygulanmalıdır.

Üreme sağlığı ile ilgili bilgi ve hizmetlerin herkes için ulaşılabilir, uygun maliyetli, kabul edilebilir ve kolay kullanılabilir olmasının sağlanması; bireylerin doğurganlığının düzenlenmesinde sorumlu, gönüllü kararlar almalarının sağlanması; yaşam boyunca değişen üreme sağlığı hizmet gereksinimlerinin karşılanması temel amaç olmalıdır.

2.4. Üreme Sağlığı Programlarında Erkeğin Yeri

Gebelik dönemi ve doğum açısından bakıldığında üreme konusunda kadın sağlığının önemi tabii ki yadsınmaz. Ancak konuyu bu nokta ile sınırlamak cinsellik ve üreme alanında bir dizi olaylar zincirini göz ardı etmek olur. İnsan neslinin devam etmesinin, en azından günümüzde tek yolu olan üreme eyleminde hem erkek, hem de kadın görev almaktadır. Fekondasyona gelinceye kadar geçen evrede kadın ve erkek eşit

olarak rol alır. Daha sonra klinik pratikte doktorun önüne anne ve çocuk sağlığı sorunu olarak yansıyan tablolar bu dönemin ürünüdür(11).

Kadınlarda kontraseptif kullanımı erkeklere göre üç kat daha fazladır ve kadınların kullandığı yöntemlerin sağlık riskleri daha fazladır. Genel olarak pek çok toplumda hala tabu sayılan cinsellik konusunda, dünyanın çoğu yöresinde kadın ve erkek arasında büyük eşitsizlik hüküm sürmektedir. Kadının cinsellikten zevk almasını önlemeyi amaçlayan kadın sünneti (Genital mutilasyon) bunun en çarpıcı örneğidir. Oldukça invaziv bir işlem olmasının yanı sıra medikal sistemin dışında gerçekleşmesi tehlikelerini arttırmaktadır(23).

Geleneksel olarak üreme sağlığı programları kadınlar üzerine yoğunlaşmıştır. Erkekleri de içine almayan üreme sağlığı programlarının başarıya ulaşmasının zor ya da imkansız olduğu gerçeği, 1980'li ve 1990'lı yıllarda uygulanan programlardan edinilen tecrübeler ışığında ortaya çıkmıştır(57). Kahire Konferansında üreme sağlığı konusunda cinsel aktif bireylere yönelmenin daha doğru olacağı, kadınların yanı sıra erkekleri de hedef alan üreme sağlığı programlarının çok daha etkili olacağı kabul görmüştür(3).

Erkeklerin ideal aile büyüklüğü, cinsiyet tercihleri, ideal doğum aralıkları, aile planlaması yöntemlerini kullanma gibi konulardaki bilgi ve tutumları eşlerin doğurganlık davranışlarında belirleyici olmaktadır. Bu nedenle, şimdiye kadar ihmal edilen, erkeklerin üreme sağlığı gereksinimleri de dikkate alınmalıdır(50).

Erkeklerin aile planlamasına katılımı, kendilerine yönelik yöntemleri (Kondom, vazektomi) daha çok kullanmaları ve eşlerini aile planlaması yöntemi kullanımı konusunda desteklemeleridir(27).

Erkekler kadının üreme sağlığı ile ilgili kararlarında, kullanılacak kontraseptif yöntemi belirlemede sıklıkla karar verici olarak rol oynarlar. Yapılan çalışmalarda erkeklerin katılımı sağlandığı zaman kadına yönelik üreme sağlığı programlarının daha etkili olduğu saptanmıştır(34).

TNSA verilerine göre evli erkeklerin gebeliği önleyici modern yöntem (Kondom, vazektomi) kullanma sıklığı 1988 ve 1998 yılları arasında %12,2'den %11,5'e gerilemiş, 2008 yılında %14,4'e yükselmiştir(6,40). Ülkemizde 2005 yılında yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre; AP hizmetlerine erkek katılımının halen yeterli durumda olmadığı değerlendirilmiştir(6).

Buna karşın erkekleri de içine alan üreme sağlığı programlarının; erkeklerin kadınların doğurganlığı üzerindeki kontrolünü arttıracığı, toplumdaki erkek egemen yapının devamına katkı sağlayabileceği endişesi de göz ardı edilmemelidir(57).

2.5. TSK Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Projesi

Cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili sorunlarda gençler risk grubunda yer almaktadır. Dünyadaki tüm ülkelerde genç erkek ve kadınlarda evlilik yaşı yükselmekte, buna karşın ilk cinsel ilişki yaşı düşmektedir. Bu veriler evlilik öncesi cinsel ilişki olasılığının arttığını göstermektedir(41). Dolayısıyla genç erişkin erkekleri de içine alan üreme sağlığı programlarının uygulamaya konulmasıyla üreme sağlığına ilişkin olumsuz göstergelerin azalacağı değerlendirilmektedir.

Üreme eylemi hem kadın hem de erkeğin katılımını gerektiren bir süreç olduğu için üreme sağlığı programlarının her iki cinse yönelik olması gerekliliği benimsenmiştir. Özellikle evlilik öncesinde bireylere ulaşılması bu programların temel hedeflerindedir. Ülkemizde evlilik öncesi genç erişkin erkeklere ulaşmak için askerlik dönemi önemli bir fırsattır.

Türkiye'de askeri bir birlikte yapılan araştırmada; erlerin AP konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğu ancak bu bilgi açığının eğitimlerle giderilebileceği gösterilmiştir. İki saat gibi kısa süreli ve büyük gruplarda yapılan bir eğitim sonrasında AP bilgilerinde önemli artışlar olduğu, bu eğitimin daha uzun sürede ve daha küçük gruplarda verilmesi halinde bilgi düzeyini daha da artıracığı belirtilmiştir(27).

Ülkemizde, erlere yönelik aile planlaması eğitimi ve eğitim yöntemlerinin bilgi düzeyine etkisini araştıran bir çalışma yapılmış; eğitim sonrasında başarı durumu %47,8'den %66,5'e yükseldiği, bilgi düzeyinin anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir. Eğitim yöntemlerinin (Sunum, kitapçık verme, broşür verme) tümünün bilgi düzeyini artırdığı vurgulanmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre bilgi düzeyini arttırmaya yönelik eğitimlerde en etkin yöntem broşür dağıtmaktır, ancak tutum değişikliği hedeflendiğinde eğitici tarafından ders anlatımı daha etkili olmaktadır(45).

Üreme sağlığı ile ilgili geliştirilecek programlarda kadınların yanı sıra erişkin erkeklerin de hedef gruba ve hizmet kapsamına dahil edilmesi; böylece erkeklerin aile planlaması, çocuk yetiştirme ve CYBE'nin önlenmesine yönelik sorumluluklarını kabul etmelerinin sağlanması kabul görmesine rağmen ülkemizde erkek nüfusu hedef alan geniş kapsamlı, etkin bir ulusal program 2004 yılına kadar uygulamaya konulamamıştır.

Ülke çapında ÜSAP hizmetlerinin başarılı olabilmesi için erkek nüfusun katılımı, katkısı ve işbirliği çok önemlidir. Bu noktada TSK'nin ülkemizin ÜSAP konusundaki ihtiyaçlarına çok ciddi katkı sağlayacak durumda olduğu tespit edilmiştir. Bu kapsamda, TSK personeli ve aileleri ile erbaş ve erlere sunulan ÜSAP hizmetlerinin tek elden yürütülmesi ve yaygınlaştırılması amacıyla Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı bünyesinde ÜSAP kısmı oluşturulmuştur(85).

ÜSAP konusunda yapılacak eğitsel çalışmalarda;

1. Mevcut erbaş ve erlerin doğrudan kendileri,
2. Eğitim alan erbaş ve erler aracılığıyla mevcut veya müstakbel aileleri hedef kitle olarak belirlenmiştir.

Başlangıç aşamasında, TSK'nin tüm birimlerinde sürekli olarak bu hizmeti yürütebilmek için ÜSAP konusunda iletişim ve danışmanlık becerilerine sahip sağlık personelinin gerekli olduğu değerlendirilmiştir. İhtiyacı karşılayacak sayıda personelin olmasına karşın bu personelin istenen niteliğe sahip olabilmesi için özel bir eğitimden geçirilmesi gerektiği tespit edilmiştir. Söz konusu personel için Sağlık Bakanlığı

tarafından Ekim 2002-Eylül 2003 döneminde GATA ve Asker Hastaneleri'nden seçilen sağlık personeline "Eğitim Becerileri" kursu, yetiştirilen bu eğiticiler tarafından da Mart 2003-Nisan 2004 döneminde tabip, hemşire ve sağlık astsubaylarına "ÜSAP Eğiticilik ve Danışmanlık" kursu verilmiştir(7). Eğiticilerin eğitiminde yetişkin eğitimi teknikleri, iletişim ve danışmanlık becerileri, üreme sağlığı, aile planlaması ve CYBE üzerinde durulmuştur. Yetiştirilen eğitmen ve danışmanlardan beklenen görevler;

1. ÜSAP hizmetlerinin birlik çapında sürekli olarak yürütülebilmesi için kısa ve uzun vadeli eylem planı hazırlamak,
2. Tüm personele seviyelerine uygun uygulamalı kurslar düzenlemek,
3. Görsel ve işitsel araçlarla (Video, poster, broşür vb.) ÜSAP konusundaki duyarlılığı arttırmak,
4. Personelin ÜSAP ile ilgili sorunlarında bireysel danışmanlık yapmak,
5. Sağlık Bakanlığı'nın yerel teşkilatı ile koordinasyonu sağlamak olarak tespit edilmiştir.

Birliklerde ÜSAP ile ilgili tüm hizmetler Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen standartlara uygun olarak yürütülmeye başlanmış ve proje uygulamaya konulmuştur. Standart eğitim malzemeleri bulunan eğitim dershaneleri tüm askeri garnizonlarda tesis edilerek erbaş ve erlere yirmişer kişilik gruplar halinde bir günlük kurslar düzenlenmiştir. 01 Nisan 2004 - 31 Ekim 2006 tarihleri arasında eğitilen asker sayısı 679.884 tespit edilmiştir. Bu kursların içeriği ülkemizdeki arz, talep ve hizmet sunumunda yaşanan eksiklikler göz önüne alınarak belirlenmiş olup, şu şekildedir(85);

1. Erkek üreme sisteminin yapısı ve işleyişi,
2. Kadın üreme sisteminin yapısı ve işleyişi,
3. Cinsel sağlık,
4. Adet döngüsü,
5. Gebeliğin oluşumu,
6. Kısırlık,
7. Aile planlaması,
8. Erkeğin kullandığı güvenilir yöntemler,
9. Kadının kullandığı güvenilir yöntemler,
10. Gebeliği önleyici yöntemlerle ilgili yanlış inançlar,

11. CYBE ve korunma yolları,
12. Genetik hastalıklardan korunma ve akraba evliliklerinin riskleri,
13. Doğum öncesi bakımın önemi,
14. Güvenli doğum,
15. Emzirme ve aşılanmanın önemi.

2.6. TSK Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Programı

TSK bünyesinde verilmekte olan ÜSAP eğitim programı, aşağıda belirtilen ana hatlar çerçevesinde yürütülmektedir(85);

2.6.1. Planlama

ÜSAP kursları, yürütülen diğer eğitim ve hizmetler aksatılmadan mesai günlerinde ve saatlerinde uygulanmaktadır. Kurs gruplarının planlamasında erbaş ve erlerin benzer özellikte (Yaş, tertip tarihi, eğitim düzeyi, medeni durum, yetiştiği koşullar vb.) olmaları için özel bir çaba sarf edilmemektedir.

Bir kurs için planlanabilecek kursiyer sayısı en az 12 en çok 20 olup, kursiyer sayısının kurs başlangıcında 12'den az olduğu hallerde durum planlamayı yapan birime bildirilerek kurs ertelenmektedir.

Askerlik hizmeti boyunca her erbaş ve erin en az bir kez kurstan geçirilmesi esastır. Eğiticilerin ihtiyaç duyduğu durumlarda veya talep eden erbaş ve erler için bu kurslar tekrarlanabilmektedir.

Sivil kuruluşlardan gelen eğiticilerle ilgili planlama, eğiticinin bağlı olduğu kurum ile koordine edilerek yapılmaktadır.

2.6.2. Uygulama

2.6.2.1. Dershaneler

Kurslar, standart donanımı aşağıda belirtilen dershanelerde verilmektedir;

1. Televizyon
2. Video player
3. Tepegöz
4. Beyaz tahta
5. Flip-chart tahtası
6. Eğitim masası
7. Eğitim çantası
8. Sandalye (20 adet)
9. Masa (U düzeni için yeteri kadar)
10. Maket ve modeller
11. Yardımcı malzemeler (Kitap, broşür, poster, videokasetler)

Azami 20 kişilik bir grubun “U” düzeninde oturabildiği, eğiticilerin ve tüm kursiyerlerin aynı seviyede olabildiği bir öğretim düzeni kullanılmaktadır.

GATA tarafından, üreme sağlığı alanında faaliyet gösteren ulusal ve uluslararası kuruluşlarla koordine edilerek dershane donanımı mümkün olduğunca hibe ve bağış yoluyla tesis edilmektedir.

2.6.2.2. Kurs Programı

Kurslar, Üreme Sağlığı Eğitici Yetiştirme Merkezlerinde yetiştirilmiş danışman ve öğretmenler tarafından verilmekte olup, kurslarda, aşağıda belirtilen program uygulanmaktadır;

<u>SÜRE (Dk):</u>	<u>KONU (Aktivite):</u>
15	Açılış ve tanışma
10	Kursun tanıtılması (Amaç, hedefler,)

25	Kurs öncesi değerlendirme (Ön test)
45	Üreme organları ve cinsel sağlık
10	Ara
50	CYBE
40	CYBE'ın / HIV/AIDS'in sosyal sonuçları
60	Öğle yemeği
5	Isınma
50	Aile planlaması
10	Ara
45	Güvenli annelik
40	Toplumsal cinsiyet
25	Kurs sonrası değerlendirme (Son test)
10	Kapanış

Poster ve afişler, erbaş ve erlerin her gün karşılaşılabilecekleri yerlerde (Yemekhane, gazino, yatakhane vb) içeriğine uygun olmasına dikkat edilerek kullanılmaktadır.

Üreme sağlığı dersaneleri için gönderilen konu ile ilgili videokasetler, erbaş ve erlere kurs sonrası izlettirilmektedir.

2.6.2.3. Eğitim Malzemeleri

Eğitim çalışmalarının yürütülmesi ile ilgili eğitim malzemeleri, TSK Üreme Sağlığı Koordinasyon Kurulunca tüm birliklere gönderilmektedir.

2.6.3. Kayıtlar

2.6.3.1. TSK Üreme Sağlığı Veritabanı

TSK çapında yürütülen ÜSAP eğitim-öğretim ve hizmet uygulamalarının hızlı, etkin ve ekonomik olarak takip edilmesi ve değerlendirilmesi amacıyla, intranet ağı

üzerinde hizmet veren bir web-sitesi kurulmuştur. Üreme sağlığı web-sitesi üzerinden;

1. Veri toplama, analiz etme ve yayımlama,
2. Eğitim-öğretim ve hizmet uygulamalarında ortaya çıkan gelişmelerin ve değişikliklerin duyurulması,
3. Güncelleştirilen eğitim-öğretimle ilgili dokümanların yayımlanması,
4. Eğitim-öğretim ve hizmet veren birimlerde elde edilen bilgi ve deneyimlerin paylaşılması,
5. ÜSAP ile ilgili tüm personelin yararlanabileceği bilgilerin yayımlanması faaliyetleri yürütülmektedir.

2.6.3.2. Üreme Sağlığı Dershaneleri

Erbaş ve erlere yönelik kayıtlar kurs kayıt defterine işlenir. Her bir kurs kayıt defterine Üreme Sağlığı Koordinasyon Kurulu tarafından kod numarası verilmektedir.

Kurs kayıt defterinde ait olduğu dershanenin kayıtları tutulmakta olup, veriler üreme sağlığı veritabanına aktarılmaktadır.

Kurslarda eğitim amacıyla kullanılacak kondom, rahim içi araç ve hap gibi tıbbi sarf malzemeleri dershanenin bulunduğu yerdeki İl Sağlık Müdürlüğünden temin edilmektedir.

2.6.4. Konu İçerikleri

2.6.4.1. Üreme Organları ve Cinsel Sağlık

1. Erkek ve kadın üreme organlarının isimleri ile temel işlevleri
2. Erkek ve kadında cinsel sağlık

2.6.4.2. CYBE ve Sosyal Sonuçları

1. CYBE'in önemi ve tedavi edilmediğinde oluşabilen sorunlar
2. CYBE'in tanımı ve bulaşma yolları
3. CYBE için risk grupları
4. CYBE'in belirtileri
5. Sık görülen CYBE
6. CYBE'dan korunma yolları
7. Kondom kullanma uygulaması

2.6.4.3. Aile Planlaması

1. Adet döngüsü
2. Gebeliğin oluşumu
3. Aile planlaması
4. Aile planlamasının yararları
5. Gebeliği nleyici yöntemler
6. Gebeliği nleyici yöntemler ile ilgili yanlış bilgi ve inanışlar
7. Kısırlık

2.6.4.4. Güvenli Annelik

1. Güvenli anneliğin tanımı
2. Anne ölümlerinin nedeni
3. Güvenli annelik için erkeğe düşen sorumluluklar

2.6.4.5. Toplumsal Cinsiyet

1. Toplumsal cinsiyetin tanımı
2. Kadın ve toplumsal cinsiyet eşitliği
3. Erkeklerin cinsiyet eşitliğinin sağlanmasıdaki rolü
4. Toplumsal cinsiyet ve sağlık

5. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının üreme sağlığına etkileri

2.7. Üreme Sağlığı Alanındaki Tıbbi Etik Sorunlar

Üreme sağlığı ve üreme hakları kavramları 20. yüzyılın son yarısında tüm dünyada dile getirilmeye başlanmış, 1994 yılında Kahire’de düzenlenen ICDP’de kapsamlı olarak tanımları yapılmış ve kabul görmüştür.

“İnsanlar tatmin edici ve güvenli cinsel yaşam sürdürmeye, istedikleri zaman istedikleri kadar üremeye karar verme serbestliğine (Özgürlüğüne) sahiptirler. Erkekler ve kadınlar doğurganlıklarını düzenlemek için gereken güvenli, etkili, bütçelerine uygun, ulaşılabilir yöntemler hakkında bilgi alma ve aynı zamanda gebelik bakımı ve doğum hizmetlerine ulaşma hakkına sahiptirler” ifadesi ile üreme hakkı tanımlanmıştır(3).

Üreme hakkı kavramı bireylerin hem üreme hem de cinsel yaşamlarıyla ilgili özgürlüklerini içermektedir. Bu kavramların tanımlamaları kadın ve erkek eşitliği gözetilerek yapılmıştır. Ancak üreme eyleminin kadının bedeninde gerçekleşmesi, doğum, loğusalık, emzirme vb. süreçlerden kadının geçmesi üreme sağlığı sorunlarında kadınların ön planda yer almasına neden olmaktadır.

Üreme sağlığı alanı birçok ahlaki tartışma konusunu da kapsamaktadır. Bu kapsamda ele alınan ve önemli etik yönleri de bulunan konular arasında; kadının doğurma hakkı, kürtaj, etkili doğum kontrol yöntemi araştırmaları, anne karnında cinsiyet belirlenmesi, kısırlık tedavilerinin gerekliliği, yardımcı üreme tekniklerinin ahlaki boyutu, sperm bankaları, taşıyıcı annelik, cinsiyet temelli şiddet uygulamaları gibi oldukça geniş, kapsamlı ve çeşitlilik gösteren sorunlar bulunmaktadır(61). Bu sorun alanları içinde erkeklerin de bilgi, tutum ve davranışları ile müdahil olduğu başlıca konu başlıkları şunlardır;

1. Planlanmamış ve istenmeyen gebelikler ile gebeliğin sonlandırılması,
2. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar,
3. Kısırlık ve üremeye yardımcı tedaviler.

2.7.1. Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması

TNSA-2003 sonuçlarına göre 15-49 yaş grubu evli kadınların son beş yılda yapmış oldukları doğumların %14'ü daha sonra olması istenen, %20'si ise istenmemiş doğumlardır. 15-49 yaş grubu kadınlarda isteyerek düşük hızı 100 gebelikte 11,3 olarak saptanmıştır. Bu göstergeler ülkemizde istenmeyen gebelikler, istenmeyen gebelikler sonucu olan doğumlar ve isteyerek yapılan düşüklerin yaygın olduğunu göstermektedir(76).

Fetüsün uterus dışında yaşama yeteneğini kazanmadan gebeliğin sonlandırılması "Kürtaj veya düşük" olarak tanımlanır. Herhangi bir müdahale olmadan sonlanan gebelikler kendiliğinden düşük, müdahale ile gebeliğin sonlandırılması ise isteyerek düşük olarak tanımlanmaktadır(26).

Gebeliğin sonlandırılması, avcı toplayıcı topluluklardan, kırsal kesimde yaşayanlara, gelişmekte olan ülkelere, günümüzün modern olarak tanımlanan toplumlarına kadar hemen her toplumda tarihin her döneminde görülen bir olgudur(26).

İnançlar ve dinler arasında gebeliğin sonlandırılmasına karşı olan tutumlarda farklılıklar olsa da genel olarak bu eyleme izin verilmez. Bununla birlikte bazı dinlerde annenin yaşamının tehlikeye düştüğü durumlarda gebeliğin sonlandırılmasına izin verilir.

Çeşitli ülkelerin yasalarında genellikle ilk 10. ya da 12. gebelik haftasına kadar gebeliğe son verilebileceği kabul edilmekte, bundan sonraki gebelik sonlandırma işlemleri çok ayrı nedenlerle ve çok sıkı koşullara bağlı tutularak uygulanmaktadır. Gebeliğe tıbben son verilmesi bazı ülkelere kesinlikle kabul edilmemekte (Ürdün, Suriye, Lübnan) bazı ülkelere ise belirli tıbbi nedenlerin (Annenin hayatının tehlikede olması, sağlığın tehdit edilmesi çocuğun bir ırza tecavüz ürünü olması, anormal bir çocuğun doğmasının olası bulunması gibi) varlığı halinde kabul edilmektedir. İtalya, ABD, Belçika, Avusturya, İngiltere ve Hollanda bu gruba girmektedir(37). Türkiye'de

ise 24 Mayıs 1983 tarihli ve 2827 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” ile gebeliğin 10. haftasına kadar isteğe bağlı kürtaj yasal hale getirilmiştir.

Sonuç olarak gebeliğin sonlandırılması yaşamın başlangıcını ve yaşamın sorgulanmasını da beraberinde getirdiğinden çağlar boyunca tartışılmış ve hala tartışılmaya devam edilen bir konudur. Gebeliğin sonlandırılmasının yasal hale getirilmesi göreceli olarak oldukça yeni olmasına rağmen günümüzde pek çok ülkede belli koşullar ve gebeliğin belli dönemi içinde gerçekleşmesi koşulu ile yasallık kazanmıştır. Bu süreç içinde gebeliğin sonlandırılmasına bağlı olan anne ölümlerinde önemli bir düşüş de görülmektedir.

2.7.1.1. Gebeliğin Sonlandırılmasında Karşılaşılan Etik İkilemler

Özerklik ilkesi açısından baktığımızda gebe kadının hekim tarafından tüm tıbbi olasılıklar hakkında bilgilendirildikten sonra kendi bedenini tıbbi açıdan ilgilendiren bir konuda karar verme hakkı vardır. Fetüsün lehine kadının davranışını veya kararını etkilemek kadının özerkliğini de ihlal edeceğinden özerklik ilkesi açısından sorun oluşturur. Bunun yanı sıra özerklik ilkesi hekim özerkliği açısından da değerlendirilmelidir. Bu bağlamda hekimin etik olmayan veya yasadışı uygulamaları reddetme hakkı da dahil hekimin, mesleğinin kabul edilmiş standartları içinde hekimliğini uygulaması konusundaki duyarlılığı da dikkate alınmalıdır(58).

Fayda ilkesine göre hekimin gebe kadını gebeliği süresince her türlü zarardan koruma yükümlülüğü vardır. Hekimin aynı zamanda fetüse karşı faydalı olma yükümlülüğü de vardır. Zaman zaman hekimin fetüse karşı olan fayda yükümlülüğü ile annenin özerkliği ve faydası birbiri ile çelişebilir. Bu durumda fayda ödevi hangi taraf için daha çok gerekli ise, o taraf lehine kullanılarak dengelenmelidir. Yarar ilkesi aynı zamanda fetüsün babası veya ailenin diğer bireyleri için de söz konusudur. Ancak bu bireylerin esenliği anne ve fetüs arasındaki etik ikilemler kadar çarpıcı değildir(8).

Adalet ve zarar vermeme ilkeleri ise her canlının yaşama hakkı olduğundan kürtajın her türüne karşıdır. Doğmamış bir çocuğu öldürme istemi ve onun gelişimini

engelleme de zarar verme girişimi olarak kabul edilir. Bu bağlamda her canlının yaşama hakkı olduğu unutulmamalıdır. Ancak bazı araştırmacılar gebeliğin sonlandırılmasını haklı gerekçeleri (Hidrocefali vb.) olan olgularda kabul etmektedirler(26).

Gebeliğin sonlandırılmasında yaşamın başlangıcı açısından karşılaşılan en önemli sorunlardan birisi de embriyonun olası haklarından yola çıktığımızda ona adaletli davranılmış mıdır? Zarar vermeme ve yarar ilkeleri yalnızca anne, baba ve toplum için midir? Anne istemediği bir çocuğu doğurmak zorunda mıdır? Onu önce bedeninin kullanılması ile başlayan ve daha sonra da yıllarca sürecektir olan çocuğun yetiştirilmesi ve bundan doğacak sorumlulukları yüklenmeyi istememe hakkı olmalı mıdır? Eğer anne bebeğin doğmasını istiyor, baba istemiyorsa ya da tam tersi bir durumda ne yapılacaktır? Babanın bu durumda belirleyiciliği olabilir mi? Gebeliğin sonlandırılmasının bir hak olması bunun aynı zamanda etik açıdan doğru olduğunu göstermemektedir. Nereden bakılırsa bakılsın önemli olan gebeliği sonlandırma işleminin sıradan ya da rutin bir uygulama biçimine dönmemesidir(21).

2.7.1.2. Yaşamın Başlangıcının Sorgulanması

İnsan embriyosuna yapılan müdahalenin hem ahlaki hem de hukuki bakımdan anlamını belirleyecek en önemli noktalardan biri insan olmanın ve dolayısıyla hak sahibi varlık olmanın hangi anda başladığıdır(17).

Gebeliğin sonlandırılması ile ilgili yaklaşımlar arasındaki farklılıkların temelinde de “İnsan yaşamının ne zaman başladığı” sorusunun cevabı önemli bir yer tutar. Günümüzde bu soruya verilmeye çalışılan yanıtlar aşağıda belirtilmiştir;

Bazı otoriteler yumurtanın dölllenme anını insan yaşamının başlangıcı olarak kabul etmektedir. Bu görüşe göre, döllenmiş yumurta insan olarak gelişme potansiyeli taşıyan ilk yapıdır. Daha da ileri giderek sperm ve yumurtanın da bir canlı olduğu, ancak döllenmedikçe böyle bir potansiyele sahip olmadığı ileri sürülmektedir(28).

Bir canlının bir birey olarak kabul edilebilmesi için her şeyden önce bilinçlilik ve rasyonellik gibi iki önemli kapasiteye sahip olması gerektiği vurgulanmaktadır. Birey olmak; kendi varlığının farkında olma, nesnelere ve durumları zaman ve uzay boyutunda tanıma, geçmişini anımsama ve geleceği öngörme yetilerini gerektirir. Oysa fetüs gebeliğinin hiçbir döneminde bu kapasiteye sahip değildir. Bu durumda fetüs, yenidoğan, down sendromlu bebekler ve hatta birçok insanın bu özelliklere uymadığı görülür(48).

Belirtilen her iki yaklaşım da insanın var oluşunda bir süreklilik gösteren gebelik durumunu göz ardı ederek, bu sürecin iki ucunu (Başlangıç ve sonucunu) ölçüt olarak almaktadır. İntrauterin dönem insan yaşamının en erken dönemi olması nedeniyle kuşkusuz özel bir öneme sahiptir. Bu bağlamda fetüsün döllenmeyle başlayan ve doğum ile sonuçlanacak potansiyel bir insan olduğu söylenebilir(73).

2.7.1.3. Gebeliğin Sonlandırılmasına İlişkin Görüşler

Abortus karşıtları, döllenme anını insan yaşamının başlangıcı olarak kabul etmektedir. Çünkü döllenmiş yumurta, insan olarak gelişme potansiyeli taşıyan ilk yapıdır. İnsanın başlangıcı döllenme anı olduğu için de gebeliğinin her dönemindeki abortus bir insanı öldürmekle eş anlamdadır. Abortus karşıtları doğumdan hemen sonra bebeğin öldürülmesinin ahlak açısından yanlış, hukuk açısından suç sayılmasında olduğu gibi doğumdan bir hafta önceki fetüsün öldürülmesinin de yanlış ve suç olarak kabul edilmesi gerektiğini ileri sürmektedirler(44).

Gebeliğin sonlandırılmasına taraftar olanlar kadının sağlığının korunmasına öncelik verilmesi gerektiğini belirtirler. Gebe kadının yaşamının tehlikede olduğu durumlarda gebeliğinin sonlandırılabilmesi hatta fetüsün kadının bir dokusu olduğu, sadece kadının kürtaj isteminin yeterli olacağı savunulur. Yukarıda belirtilen her iki uç görüşün yanı sıra ara görüşte olanlar ise gebeliğinin sonlandırılmasına karşı olmakla birlikte annenin sağlığının tehlikede olduğu durumlarda ya da gebeliğinin ensest ilişki, tecavüz vb. sonucunda oluşması halinde gebeliğinin sonlandırılmasını kabul ederler(26).

2.7.2. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

CYBE arasında AIDS, Hepatit-B, Gonore, Klamidya, Sifiliz, Genital Herpes vb. enfeksiyonlar yer almaktadır. UNAIDS'in 2008 AIDS Epidemi Güncellemesindeki en son rakamlara göre, tüm dünyada tahminen 33 milyon insan HIV ile yaşamaktadır. Birçok ülkede HIV enfeksiyon seviyelerinin düşmekte olduğu, fakat bunun sadece bir başlangıç olduğu belirtilmiştir(87).

Cinsel davranışın çoğunlukla gizli ve cinsel birleşmelerin ise bütünüyle mahrem olarak gerçekleştirildiği göz önüne alındığında çiftlerin hangisinin daha çok risk aldığı kesin olarak belirlenmesi mümkün değildir. Mikrobiyolojik tanı yöntemleri hastalığın varlığını göstermelerine karşın hastalığın kim tarafından bulaştırılmış olabileceği konusunda kesin bir sonuç vermezler. Bu durumda çiftlerden hangisinin hastalığı önceden kapmış ve diğerine bu hastalığı bulaştırmış olduğunun saptanması da her zaman mümkün değildir(16).

Yürürlükte bulunan sağlık mevzuatına göre CYBE'in bir kısmı bildirim zorunlu hastalıklar arasında yer almakta olup, teşhisi yapan doktor tarafından ilgili sağlık müdürlüğü bulaşıcı hastalıklar şubesine bildirilmesi gerekmektedir. Uygulamada ise bu hastalıkların çoğunun günümüz şartlarında kolaylıkla tedavi edilebiliyor olmasından ve mevzuatın güncel olmamasından dolayı AIDS, vb. hariç bu bildirimlerin büyük bir çoğunluğu yapılmamaktadır.

CYBE açısından ülkemizde temel etik ikilem hastanın mahremiyetinin korunması karşısında partnerinin bulaşma riski ve enfekte olduysa tedavi edilmesi hakkında bilgilendirilmesi gerekliliğidir(22).

Pek çok gelişmekte olan ülkede, tedavisi ayrı bir etik sorun alanı olan infertilitenin başlıca önlenbilir nedenleri; tüberküloza, pelvik enfeksiyona ve dolayısıyla tüplerin kapanmasına, postpartum ve postabortal enfeksiyonlara neden olan gonore, klamidya vb. CYBE'dir.

Görüldüğü üzere hem doktor hem de hasta açısından CYBE'nin teşhis ve tedavi sürecinde zorluklar bulunmaktadır. Bu tür bir hastalığın şüphesi ya da semptomlarıyla doktora müracaat ederken birçok kişi utanma duygusu ve mahremiyetinin bozulacağı endişesi taşımakta, bir kısmı da bu gerekçelerden dolayı doktora gitmemektedir. Bu durum da enfeksiyonun ilerlemesine ve cinsel ilişkide bulunduğu diğer kişi/kişilere bulaşmasına neden olmaktadır. Doktor açısından zorluklar ise tüm bu şartlar altında karşısına gelen hastanın CYBE teşhisi almasından sonra başlamaktadır. Çünkü hastanın tedavisinin yanı sıra cinsel birliktelik yaşadığı kişinin de tanı ve tedavisi, yasal zorunluluklar nedeniyle hastalığın ilgili makamlara bildirilmesi gerekmektedir. Bu süreci yöneten doktorun etik ilkeler doğrultusunda hareket etmesi halinde bile bu ilkelerin birbirleriyle çeliştiği durumlarla karşı karşıya kalması kaçınılmazdır.

Yarar sağlama ve zarar vermeme ilkelerine göre doktorun bu tür bir hastalığa sahip hastasını tedavi etmesi, bunu yaparken mahremiyetine özen göstermesi ve özerklik ilkesine göre hareket etmesi gerekmektedir. Bildirimi zorunlu bir hastalık halinde toplumsal yarar sağlama ve zarar vermeme açısından bildirim ilgili yerlere yapılması gerekmekte olup, bu durum zaman zaman hastanın mahremiyetini zedelemekte, yarar sağlama ve zarar vermeme ilkeleri ile özerklik ilkesinin çatışmasına neden olmaktadır. Zarar vermeme ilkesine göre hastanın cinsel birliktelik yaşadığı kişinin de tanı ve tedavi sürecine alınması gerekliliği, özerklik ilkesi ile çatışabilmektedir.

Bu süreç içinde doktorun etik ilkeler doğrultusunda mümkün olduğunca doğru bir karar alarak hastanın tanı ve tedavisini yapması, hastayı hastalığı ve bulaştırıcılığı hakkında bilgilendirip rızasını alarak hareket etmesi ve hastanın mahremiyetini zedelemeyecek şekilde yasal düzenlemelerin gerekliliğini yerine getirmesi gerekmektedir.

Evlilik öncesi cinsel ilişki sıklığının tam olarak bilinmediği ve tedavi edilemeyen bazı CYBE'nin (Örneğin AIDS) sıklığının hala düşük olduğu Türkiye gibi ülkelerde CYBE ve korunma yöntemleri hakkında toplumun bilgilendirilmesi, tanı,

tedavi ve danışmanlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, gençlerin CYBE konusunda eğitimi gibi önceliklere önem verilmelidir.

2.7.3. Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri

Çocuk sahibi olmak tüm toplumlarda önemlidir. Çocuksuzluk geleneksel olarak bir çift için acı, endişe ve utanç kaynağı olmuştur. Günümüzde çocuksuz çiftler de aile olarak kabul edilmektedir; ancak çoğu kültürde bu kavram hala yerleşmemiştir.

Çocuksuzluğun çeşitli nedenleri vardır. İnfertilite, istek dışı çocuksuzluktur; daha geniş tanımıyla evli bir çiftin en az bir yıl süreyle kontraseptif önlem almaksızın düzenli cinsel ilişkisi olmasına karşın gebelik oluşmamasıdır. Herhangi bir ülkedeki infertilite düzeyi birçok faktöre bağlıdır. Örneğin tüberküloz, CYBE, doğum ya da kürtaj sonrası ciddi enfeksiyonlara sık rastlanması ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin sınırlı olması en önemli faktörlerdir. Çocuksuzluğun diğer önemli nedenleri arasında spontan düşükler, ölü doğumlar ve bebek ölümleri de vardır(31).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) infertiliteyle ilgili tanımları aşağıdaki gibidir;

1. Primer İnfertilite: Çiftin, en az 12 ay boyunca düzenli olarak (Haftada 2-3 kez) korunmasız ilişkide bulunmasına karşın gebelik oluşmaması.
2. Sekonder İnfertilite: Çiftin canlı doğumla sonuçlanmış gebelik öyküsü olması, ancak daha sonra 12 ay boyunca korunmasız ilişkide bulunmasına karşın gebelik oluşmaması.
3. Gebelik Kaybı: Kadının gebe kalabilmesine karşın canlı doğum yapamaması (Gebeliğin canlı bir çocuk doğuracak kadar uzun sürmemesi).

Gelişmiş ülkelerde çiftlerin %8-10'unda infertilite görülmektedir. Üreme sistemi enfeksiyonlarının yaygın olduğu gelişmekte olan ülkelere primer infertilite oranları düşükken, sekonder infertilite daha fazladır.

DSÖ'nün verilerine göre infertilite nedenleri genel olarak aşağıdaki gibidir;

1. Kadına ait nedenler %40

2. Erkeğe ait nedenler %40
3. Hem kadına hem de erkeğe bağlı nedenler %20

Bu oranlar, gelişmekte olan ülkelerde farklılıklar gösterir. Çünkü bu ülkelerde özellikle gonore ve klamidya gibi CYBE sırasında etkili tedavi görmeyen ya da hiç tedavi olamayan kadınlarda pelvik enfeksiyon, erkeklerde ise epididimit gelişmesi infertiliteye yol açmaktadır(31).

Tıbbi etik sorunlar zamanda oluşumlarına göre 3 gruba ayrılabilir(10);

1. Çağlar boyunca değişmeyip, günümüze gelen etik sorunlar: Ötenazi gibi.
2. Teknolojinin etkisi ile değişime uğramış etik sorunlar: Hasta bilgilerinin merkezi bilgisayarlarda saklanması vb. sorunlar.
3. Günümüzün bilimsel, teknik ve sosyokültürel gelişmelerinin yarattığı etik sorunlar: IVF vb. sorunlar.

Üremeye yardımcı teknolojiler konusunda İki uç yaklaşım, konuya yönelik çelişkilerin belirginleşmesi bakımından dikkate değer niteliktedir. Bu yaklaşımları, olumlu ya da olumsuz bir nitelik yüklemekten tutucu ve liberal olarak adlandırmak olanaklıdır. Tutucu yaklaşım, evlilikteki cinsel ilişkinin ahlaksal ve doğal bütünselliği ve dokunulmazlığını onaylar ve üreme teknolojileriyle ilgili olarak buna dayanan bir yaklaşım geliştirir. Evli çiftin cinsel ve üreme yaşamında herhangi bir değişiklik yapılmamalı, müdahalede bulunulmamalıdır. Cinsellik, aşk ve çocuk yapmaya ilişkin doğal süreçler parçalanmamalıdır. Bu yaklaşıma göre, üremeye yardımcı teknolojiler konusundaki tek yaklaşım, tümüyle reddedilmeleri olabilir. Liberal yaklaşım ise, bireylerin çocuk yapma istek ve hakları üzerine odaklanmıştır. Bireylerin bu arzularını yerine getirme olanakları varken, buna kimse karışamaz. Bireylerin, üremelerini düzenlemek konusunda yapacakları düzenleme ve uygulamalar, yalnızca kendilerini ilgilendirir. Bireysel özgürlükler, üremenin öznelliği ve üreme hakkı, yapılan girişimleri haklılaştırır. Karar verme yeterliğine sahip konuyla ilgili olarak aydınlatılmış erişkin kişiler, uygun sözleşmeler çerçevesinde uygulanan üremeye yardımcı teknolojilerden yararlanabilir(33).

Üremeye yardımcı tedavi yöntemleri çok çeşitli olup, bu yöntemlerden İntrauterin inseminasyon (IUI), In vitro fertilizasyon ve embriyo transferi (IVF/ET) ve İntrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) yaygın olarak kullanılmaktadır. Ülkemizde uygulanmasına izin verilmeyen diğer üremeye yardımcı tedavi yöntemleri arasında; taşıyıcı annelik ile embriyo, sperm, ovum dondurma vb. yer almaktadır.

Ülkemizde 21 Ağustos 1987 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan “Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği” ile IVF/ET merkezleri ve uygulamaları yasalarla sınırlandırılmıştır. 19 Kasım 1996'da yapılan değişiklikle yürürlükte olan yönetmeliğe göre; sadece evli çiftler, başka bir yöntemle tedavi edilemiyorlarsa IVF/ET yöntemiyle bebek sahibi olmak için başvurabilirler. Sperm ve yumurta satımı/satın alınması yasaktır (Ek:2, Madde 1). 3 yılı geçmemek şartıyla, eşlerden her ikisinin de rızası alınarak embriyo dondurma işlemi yapılabilir. Saklama ve dondurma işlemi için eşlere izin belgesi ve imha belgesi doldurtulmalıdır (Madde 13). Ancak; araştırma amaçlı embriyo üretimi hakkında yasada hiçbir açıklama bulunmamaktadır. Oysa “Araştırma amaçlarıyla insan embriyolarının oluşturulması yasaktır” (Madde 18-2) maddesinin bulunduğu “Biyotıp Sözleşmesi” nde (04 Nisan 1997 → 09 Aralık 2003) Türkiye'nin de imzası bulunmaktadır. Dünyada bu yolla üretilen embriyolar üzerindeki tartışmalar düşünülürse bu konunun önemi çok daha iyi anlaşılacaktır(67). 08 Temmuz 2005 tarihinde söz konusu yönetmeliğin yasaklar başlığı altında yer alan 17. maddesinde yapılan değişiklikle yardımcı üreme tekniklerinin uygulandığı merkezlerde üçten fazla embriyo transfer edilmesi yasaklanmıştır. Ayrıca 10 Haziran 1998 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan “Genetik Hastalıklar Tanı Merkezleri Yönetmeliği” nde cinsiyete bağlı hastalıklar dışında cinsiyet belirlemesinin yapılamayacağı belirtilmiştir.

İnfertilite sorununu ele alırken bunun bireyin değil, çiftin sorunu olduğu unutulmamalıdır. İnfertilite incelemeleri tam olmalı, ancak infertil çiftlerdeki kaygı ve stresi en aza indirmek için olabildiğince çabuk tamamlanmalıdır. İnfertilite değerlendirmeleri pahalı olmakla kalmaz; eğer dikkatli, sevecen ve anlayışlı bir ekip tarafından yapılmazsa, infertil çift açısından stresli ve adeta robotlaştırıcı bir sürece dönüşebilir.

İnfertilite danışmanlığı uygun şekilde yapıldığında bu potansiyel sorun daha işin başında büyük oranda kontrol altına alınabilir. İnfertilite danışmanlığında üreme fizyolojisine ilişkin basit açıklamalar yapılarak fertilitiyi bozabilen faktörler hakkında bilgi verilir ve bunları ortaya çıkarmaya yönelik araştırmaların neler olduğu anlatılır. İnfertilitenin çiftin sorunu olduğu vurgulanarak bu sorunun paylaşılmasının daha doğru bir yaklaşım olduğu hatırlatılır(31).

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Sekli

Bu araştırma; Kütahya ili 1'inci Jandarma Eğitim Tabur Komutanlığında verilen ÜSAP eğitimlerinin, bu alandaki etik sorunlar üzerine etkisini tespit etmek amacı ile yapılmıştır. Bu kapsamda söz konusu eğitimin acemi erlerin bilgi ve tutumları üzerindeki etkileri, eğitim öncesi ve sonrasında verilerin toplanmasıyla değerlendirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Kütahya 1'inci Jandarma Eğitim Tabur Komutanlığı 1979 yılında kurulmuş olup, halen yılda dört dönem acemi er eğitimi verilmektedir. Acemi erlerin eğitim birliğinde kalma süreleri on haftadır. İki adet standart donanımlı ÜSAP eğitim dershanesi bulunmakta olup, eğitimler askeri ve sivil sağlık personeli tarafından verilmektedir. Eğitim dönemlerinde her acemi erin bir tam gün süreli ÜSAP eğitimi alması sağlanmaktadır. Eğitim birliğine hemen hemen tüm illerden acemi er katılımı olmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini 2009 yılı üçüncü eğitim döneminde Kütahya 1'inci Jandarma Eğitim Tabur Komutanlığında görevli olan 1218 acemi er oluşturmuştur. Ayrıca bir örneklem seçilmemiş, evrenin tümü araştırmanın kapsamına alınmıştır. Araştırmada 1109 acemi ere ulaşılmış olup, cevaplılık oranı %91 olmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri şu araçlarla toplanmıştır;

1. Cevaplayıcıya Ait Temel Bilgi Formu (Bkz. EK-1),

2. ÜSAP Tutum Ölçeği (Bkz. EK-2),
3. Bilgi Değerlendirme Formu (Bkz. EK-3).

3.4.1. Cevaplayıcıya Ait Temel Bilgi Formu

Medeni durum, ikamet yeri, öğrenim bilgileri vb. tanıtıcı özelliklerin yer aldığı cevaplayıcıya ait temel bilgi formu ile acemi erlerin sosyo-demografik bilgilerinin toplanması amaçlanmıştır.

3.4.2. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Tutum Ölçeği

Tutum ölçümü konusunda yapılan girişimler üç kategoride toplanmaktadır. Tüm girişimler, bazı gözlenebilir göstergelerden tutum hakkında çıkarımlar yapmayı gerektirmektedir. İlk kategori, bireylerin bir dizi cümle ya da sıfata verdikleri tepkilere dayalı olarak çıkarımlarda bulunmaya olanak tanıyan yöntemleri kapsar. Bu kategoride yer alan yöntemler “Ölçekleme Teknikleri” olarak tanımlanmakta ve “Ölçek” olarak ifade edilen araçları içine almaktadır. İkinci kategori bireylerin davranışlarından çıkarımla yapılması, üçüncü kategori ise bireylerin fizyolojik tepkilerinden çıkarımla yapılmasıdır(9).

TSK'nin bir eğitim birliğinde verilmekte olan ÜSAP eğitimlerinin bu alandaki etik sorunlar üzerine etkisi araştırılırken ölçekleme tekniği kullanılmıştır. Ölçekleme tekniği tutumların ölçülmesinde sıklıkla kullanılan bir yöntem olup, tutum ölçeklerinin güvenilirlik hesabının da yapılması gerekmektedir. Hazırlanan ÜSAP tutum ölçeğinin geneli ve her bir alt boyutu için iç tutarlılık katsayıları hesaplanmış olup, yeterli düzeyde oldukları tespit edilmiş ve ölçeğin güvenilir olduğu anlaşılmıştır. Dolayısıyla araştırmada yer alan katılımcıların tutumlarının ölçülebildiği değerlendirilmiştir.

ÜSAP eğitimi öncesi ve sonrası uygulanmak üzere geliştirilen, 5 dereceli likert tipi 58 maddelik ÜSAP tutum ölçeği ile verilen eğitimin acemi erlerin tutumları üzerindeki etkilerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Her bir ifadeye karşılık gelen tamamen katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, tamamen katılmıyorum

seçenekleri mevcut olup, ifadelerin olumluluk ya da olumsuzluk durumuna göre cevaplar 1-5 arasında puanlandırılmıştır. Puanların düşüklüğü tutumların olumsuzluğunu, yksekligi ise olumluluğunu yansıtılmaktadır. Ölçekte 21 adet olumlu 37 adet olumsuz tutum ifadesi yer almaktadır.

SAP eğitimi öncesi ve sonrası uygulanmak üzere geliştirilen 58 maddelik likert tipi SAP tutum leği, pilot çalışma olarak Kütahya 1'inci Jandarma Eğitim Tabur Komutanlığında görevli olan 88 erbaş ve ere 03 Eylül 2009 tarihinde uygulanmıştır. leği eksiksiz olarak cevaplayan 67 kişinin yanıtlarının istatistiki değerlendirilmesi sonucunda iç tutarlılık katsayısı (α): 0,88 bulunmuş olup, ölçeğin yüksek derecede güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada SAP tutum leği üç boyuta ayrılmış ve her bir boyuttaki tutumların ayrı ayrı değerlendirilmesi amaçlanmıştır;

- 1.Boyut: 1-26 maddeler birinci boyutu oluşturmakta olup, planlanmamış ve istenmeyen gebelikler ile gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin ifadeler yer almaktadır.
- 2.Boyut: 27-45 maddeler ikinci boyutu oluşturmakta olup, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ilişkin ifadeler yer almaktadır.
- 3.Boyut: 46-58 maddeler nc boyutu oluşturmakta olup, kısırlık ve remeye yardımcı tedavilere ilişkin ifadeler yer almaktadır.

Olumlu tutum ifadelerinde katılım derecesi arttıķa, olumsuz tutum ifadelerinde ise katılım derecesi azaldıkķa maddeye verilen puan yükselmiştir. Tüm katılımcıların her bir ifadeye verdikleri cevaplar 1-5 puan arasında puanlandırılmış ve ortalamaları alınarak her bir tutum ifadesinin “Madde Tutum Puanı Ortalaması” ıkarılmıştır. Her bir boyut içinde yer alan tüm maddelerin puan ortalamalarının da ortalaması alınarak “Boyut Tutum Puanı Ortalaması” elde edilmiştir. Böylelikle her bir tutum ifadesine ve her bir boyuta ilişkin tutumların ayrı ayrı değerlendirilmesi sağlanmıştır. Ayrıca, ölçekte yer alan tüm maddelerin puan ortalamalarının da ortalaması alınarak “Genel Tutum Puanı Ortalaması” elde edilmiştir. Tüm ortalama değerlerinde alt sınır 1 puan, st sınır 5 puandır.

3.4.3. Bilgi Değerlendirme Formu

ÜSAP eğitim programında halihazırda eğitim öncesi ve sonrası uygulanan doğru-yanlış işaretlemeli 25 soruluk bilgi değerlendirme formu ile verilen eğitimin acemi erlerin bilgi seviyelerine katkısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Her bir soruya verilen doğru cevap 1 puan olarak değerlendirilmiş olup, doğru cevap puanlarının toplanması ile her bir katılımcının “Toplam Bilgi Puanı” hesaplanmıştır. Alınabilecek en yüksek toplam puan 25’dir. Değerlendirmelerde “Toplam Bilgi Puanı Ortalaması” kullanılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Kütahya 1’inci Jandarma Eğitim Tabur Komutanlığında yapılacak olan araştırma için Jandarma Genel Komutanlığından gerekli izin alındıktan sonra 09 Eylül – 22 Ekim 2009 tarihleri arasında veri toplama araçları uygulanmıştır.

Veri toplama araçları uygulanmadan önce katılımcılara ölçek ve formların ÜSAP eğitimi ile ilgili yapılacak olan bir araştırmada kullanılacağı belirtilmiş, gönüllü olmaları halinde doldurmaları ifade edilmiştir. Ölçek ve formlara her bir katılımcı için bir kod numarası verilmiş olup, eğitim öncesi ve sonrasında katılımcıların kendi kod numaralarını taşıyan ölçek ve formları cevaplaması sağlanmıştır.

ÜSAP eğitimi için dersanelere gelen acemi erlere gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra, eğitim öncesinde cevaplayıcıya ait temel bilgi formu uygulanmıştır. Bu form toplandıktan sonra, eğitim öncesinde bilgi değerlendirme formu ile ÜSAP tutum ölçeği uygulanmıştır. Bir tam günlük ÜSAP eğitimi sonrasında bilgi değerlendirme formu ile ÜSAP tutum ölçeği tekrar uygulanmıştır. Eğitim sonrası acemi erlerin bilgi seviyeleri ve tutumları üzerindeki değişimler değerlendirilmiştir. Okuma-yazma bilmeyen acemi erlerin ölçek ve formları karşılıklı görüşme yapılarak doldurulmuştur.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Uygulama sonrasında ÜSAP tutum ölçeğinin geneli ve her bir boyut maddeleri için güvenilirlik analizi gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin geneli için eğitim öncesi α : 0,86 ve eğitim sonrası α : 0,89 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin 1. boyutu için eğitim öncesi α : 0,69 ve eğitim sonrası α : 0,78 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin 2. boyutu için eğitim öncesi α : 0,80 ve eğitim sonrası α : 0,79 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin 3. boyutu için eğitim öncesi α : 0,65 ve eğitim sonrası α : 0,70 olarak tespit edilmiştir.

ÜSAP tutum ölçeği ve bilgi değerlendirme formu ile eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında elde edilen verilerin, normal dağılıma uygunluğu ve homojenliği analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermemesi ve homojen olmaması nedeniyle analizlerde parametrik olmayan istatistik testler kullanılmıştır. Eğitimin bilgi ve tutumlar üzerinde yarattığı farklılığı ortaya koymak amacıyla elde edilen verilerin analizinde “Wilcoxon İşaret Sıralaması Testi” kullanılmıştır. Bunun yanı sıra katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre aralarında, bilgi ve tutum farklılığı bulunup-bulunmadığını değerlendirmek için verilerin analizinde “Kruskal Wallis Testi” ve “Mann-Whitney U Testi” kullanılmıştır. Ayrıca tanıtıcı özelliklere ait tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Bütün bu analizler SPSS 15.0 istatistik paket programında yapılmıştır.

4. BULGULAR

Kütahya 1'inci Jandarma Eğitim Tabur Komutanlığında 09 Eylül – 22 Ekim 2009 tarihleri arasında ÜSAP eğitimlerine katılan 1109 acemi erin verileri, veri toplama araçları ile toplanmıştır. Elde edilen bulgular aşağıda belirtilmiştir.

4.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmada yer alan acemi erlere ait sosyodemografik bilgilerin dağılımı tablolar eşliğinde açıklanmıştır.

Araştırmada yer alan 1109 acemi erden 1059'u (%95,5) bekar, 50'si (%4,5) evlilik yapmıştır. Askerlik hizmetinin erteleyici bir neden olmadığı takdirde 20 yaşında yerine getirilmesi esas olduğundan araştırmaya katılanların büyük bir çoğunluğu 20 yaşında olup, bekarıdır. Araştırmaya katılan evlilik yapmış acemi erlerden 1'i (%2) boşanmış olup, 49'u (%98) halen evlidir. Dağılımlar TABLO-1 'de belirtilmiştir.

TABLO-1. Evlenme ve Boşanma Durumu Dağılımı

Evlenme Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)	Boşanma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evlilik yapmış	50	4,5	Halen evli	49	98,0
Bekar	1059	95,5	Boşanmış	1	2,0
Toplam	1109	100,0	Toplam	50	100,0

Araştırmada yer alan 1109 acemi erden 1085'i (%97,8) okula gitmiş, 24'ü(%2,2) okula gitmemiş ve okuma-yazma bilmemektedir. Dağılımlar TABLO-2'de belirtilmiştir.

TABLO-2. Okula Gitme ve Okuma-Yazma Durumu Dağılımı

Okula Gitme Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)	Okuma-Yazma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okula gitmiş	1085	97,8	Okuma-yazma bilmiyor	24	2,2
Okula gitmemiş	24	2,2	Okuma-yazma bilmiyor	1085	97,8
Toplam	1109	100,0	Toplam	1109	100,0

Araştırmaya katılanların büyük bir çoğunluğu ortaokul mezunu ve lise mezunudur. Bu iki grubun toplam sayısı 845 olup, tüm katılımcıların %76,2'sini oluşturmaktadır. Dağılımlar TABLO-3'de belirtilmiştir.

TABLO-3. Öğrenim Düzeyi Dağılımı

Öğrenim Düzeyi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okuma-yazma bilmeyen ve ilkokul terk	74	6,7
İlkokul	80	7,2
Ortaokul	485	43,7
Lise	360	32,5
Yüksekokul	110	9,9
Toplam	1109	100,0

Araştırmada yer alan acemi erlerden 674'ünün (%60,8) askere gelmeden önce sağlık güvencelerinin mevcut olduğu, 435'inin (%39,2) ise sağlık güvencelerinin olmadığı tespit edilmiştir. Sağlık güvencesi olan katılımcıların büyük bir kısmının SSK ve Yeşil Kart aracılığı ile sosyal güvencelerini sağladığı tespit edilmiştir. Bu iki grubun toplam sayısı 402 olup, sağlık güvencesi olanların %92,4'ünü oluşturmaktadır. Dağılımlar TABLO-4'de belirtilmiştir.

TABLO-4. Sosyal Güvenlik Kurumlarına Göre Dağılım

Sosyal Güvenlik Kurumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Emekli sandığı	10	2,3
SSK	265	60,9
Bağ-Kur	16	3,7
Yeşil kart	137	31,5
Özel sigorta	7	1,6
Toplam	435	100,0

Araştırmada yer alan acemi erlerden 747'si (%67,4) ailelerinin gelirlerinin giderlerini karşıladığını, 323'ü (29,1) karşılamadığını, 39'u (%3,5) ise gelirlerinin giderlerinden daha çok olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların 967'si (%87,2) ailelerinin

ekonomik durumunu orta halli olarak, 123'ü (%11,1) yoksul olarak, 19'u (%1,7) zengin olarak ifade etmiştir. Dağılımlar TABLO-5'de belirtilmiştir.

TABLO-5. Gelir ve Ekonomik Durum Dağılımı

Gelir Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ekonomik Durum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Geliri giderini karşılamıyor	323	29,1	Yoksul	123	11,1
Geliri giderini karşılıyor	747	67,4	Orta halli	967	87,2
Geliri giderinden çok	39	3,5	Zengin	19	1,7
Toplam	1109	100,0	Toplam	1109	100,0

Katılımcıların 1043'ü (%94) askere gelmeden önce aileleri ile birlikte yaşadıklarını, 66'sı (%6) ise ailelerinden ayrı yaşadıklarını, 611'i (%55,1) kendilerine ait ayrı bir odalarının bulunduğunu, 498'i (%44,9) ayrı bir odalarının olmadığını ifade etmiştir. Dağılımlar TABLO-6'da belirtilmiştir.

TABLO-6. Aile ile Birlikte Yaşama ve Ayrı Oda Bulunma Durumu Dağılımı

Aile ile Birlikte Yaşama Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ayrı Oda Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile ile birlikte yaşıyor	1043	94,0	Ayrı odası var	611	55,1
Aileden ayrı yaşıyor	66	6,0	Ayrı odası yok	498	44,9
Toplam	1109	100,0	Toplam	1109	100,0

Katılımcıların 572'si (%51,6) il merkezinde, 349'u (%31,5) ilçe merkezinde, 188'i (%17) bucak ya da köyde yaşadıklarını belirtmiştir. Araştırmaya katılan acemi erlerin askere gelmeden önce ikamet ettiği coğrafi bölgeler arasında Marmara bölgesi %26,3 oran ile ilk sırada almıştır. Diğer bölgelerde ikamet etme oranları ise birbirine yakın olup, %10,4 ile %14,9 arasında değişmektedir. Dağılımlar TABLO-7'de belirtilmiştir.

TABLO-7. İkamet Bölgesi Dağılımı

İkamet Bölgesi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Marmara	292	26,3
İç Anadolu	165	14,9
Güneydoğu Anadolu	140	12,6
Doğu Anadolu	135	12,2
Akdeniz	134	12,1
Karadeniz	128	11,5
Ege	115	10,4
Toplam	1109	100,0

4.2. ÜSAP ile İlgili Bilgi Seviyeleri

Toplam Bilgi Puanı ortalamasında puan aralığı 0-25 puan arasında olduğundan; eğitim sonrası ile eğitim öncesi arasındaki puan farkının 25 puana göre oranlaması yapılarak artış yüzdesi tespiti yapılmıştır. Eğitim öncesi toplam bilgi puanı ortalaması 16,64($\pm 3,06$) iken, eğitim sonrasında 20,22($\pm 3,16$)'ye yükselmiş olup, bu doğrultuda %14,32 oranında bir puan artışı olmuştur. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası arasındaki bilgi puanı farklılığının anlamlı ($P < 0,001$) olduğu görülmüştür. Sonuçlar TABLO-8'de belirtilmiştir;

TABLO-8. Toplam Bilgi Puanı Ortalamaları

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	St. Sapma
Önce	1109	5,00	25,00	16,64	3,06
Sonra	1109	5,00	25,00	20,22	3,16

Wilcoxon İşaret Sıralaması Testi Z: -25,077 P: 0,000 P<0,001

Katılımcıların bilgi seviyeleri eğitim öncesi ve eğitim sonrasında genel olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca bölgelere, öğrenim derecelerine, medeni ve ekonomik duruma göre farklılıkları da incelenerek bulgular aşağıda açıklanmıştır.

4.2.1. Bölgelere Göre Bilgi Puanları

Eğitim sonrasında tüm coğrafi bölgelerde toplam bilgi puan ortalamaları artış göstermiştir. Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgesinden gelen acemi erlerin

toplam bilgi puanı ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrasında diğer bölgelere göre düşük çıkmıştır. Eğitim öncesi ve eğitim sonrasında en yüksek toplam bilgi puanı ortalaması Marmara bölgesinden gelen acemi erlerde görülmüştür. Hem eğitim öncesinde hem de eğitim sonrasında coğrafi bölgelere göre bilgi farklılığının anlamlı ($P<0,001$) olduğu görülmüştür. Sonuçlar TABLO-9’da belirtilmiştir.

TABLO-9. Bölgelere Göre Toplam Bilgi Puanı Ortalamaları

Bölge		N	Minimum	Maksimum	Ortalama	St. Sapma
İç Anadolu	Önce	165	8,00	24,00	16,74	3,13
	Sonra	165	8,00	25,00	20,33	3,29
	Toplam	165				
Ege	Önce	115	9,00	25,00	16,89	3,23
	Sonra	115	11,00	25,00	20,60	2,95
	Toplam	115				
Marmara	Önce	292	7,00	25,00	17,22	3,07
	Sonra	292	5,00	25,00	20,70	2,98
	Toplam	292				
Akdeniz	Önce	134	8,00	24,00	17,11	2,94
	Sonra	134	10,00	25,00	20,29	3,15
	Toplam	134				
Karadeniz	Önce	128	9,00	24,00	16,65	2,88
	Sonra	128	11,00	25,00	20,64	2,92
	Toplam	128				
Doğu Anadolu	Önce	135	5,00	23,00	15,72	3,02
	Sonra	135	7,00	25,00	19,32	3,31
	Toplam	135				
Güneydoğu Anadolu	Önce	140	9,00	23,00	15,52	2,72
	Sonra	140	10,00	25,00	19,17	3,25
	Toplam	140				

Kruskal Wallis Testi Eğitim öncesi χ^2 : 50,304 SD:6 P: 0,000 $P<0,001$
Eğitim sonrası χ^2 : 39,942 SD:6 P: 0,000 $P<0,001$

4.2.2. Öğrenim Seviyesine Göre Bilgi Puanları

Eğitim öncesinde ve sonrasında katılımcıların öğrenim seviyelerine göre toplam bilgi puanı ortalamaları, öğrenim derecesi yükseldikçe artış göstermektedir. Hem eğitim öncesinde hem de eğitim sonrasında öğrenim seviyelerine göre bilgi farklılığının anlamlı ($P<0,001$) olduğu görülmüştür. Sonuçlar TABLO-10’da belirtilmiştir.

TABLO-10. Öğrenim Seviyesine Göre Toplam Bilgi Puanı Ortalamaları

Öğrenim		N	Minimum	Maksimum	Ortalama	St. Sapma
Okuma-yazma bilmeyen ve İlkokul terk	Önce	74	9,00	22,00	15,28	2,87
	Sonra	74	9,00	25,00	18,33	3,71
	Toplam	74				
İlkokul	Önce	80	7,00	21,00	15,42	2,78
	Sonra	80	11,00	25,00	19,22	3,11
	Toplam	80				
Ortaokul	Önce	485	7,00	25,00	16,47	2,97
	Sonra	485	5,00	25,00	20,23	3,11
	Toplam	485				
Lise	Önce	360	5,00	25,00	17,10	3,11
	Sonra	360	7,00	25,00	20,54	3,09
	Toplam	360				
Yüksekokul	Önce	110	9,00	24,00	17,67	3,01
	Sonra	110	11,00	25,00	21,10	2,59
	Toplam	110				

Kruskal Wallis Testi Eğitim öncesi χ^2 : 48,556 SD: 4 P: 0,000 P<0,001

Eğitim sonrası χ^2 : 43,644 SD: 4 P: 0,000 P<0,001

4.2.3. Medeni Duruma Göre Bilgi Puanları

Eğitim öncesinde ve sonrasında her iki grubun toplam bilgi puanı ortalamaları birbirine yakın çıkmıştır. Eğitim sonrasında hem evli olan hem de bekar olan grupta aynı oranlarda bilgi puanı artışı olmuştur. Hem eğitim öncesinde hem de eğitim sonrasında medeni duruma göre anlamlı bir bilgi farklılığının olmadığı görülmüştür(P>0,05). Sonuçlar TABLO-11’de belirtilmiştir.

TABLO-11. Medeni Duruma Göre Toplam Bilgi Puanı Ortalamaları

Medeni Durum		N	Minimum	Maksimum	Ortalama	St. Sapma
Evli	Önce	50	11,00	23,00	16,68	2,74
	Sonra	50	12,00	24,00	20,12	3,02
	Toplam	50				
Bekar	Önce	1059	5,00	25,00	16,64	3,08
	Sonra	1059	5,00	25,00	20,22	3,17
	Toplam	1059				

Mann-Whitney Testi Eğitim öncesi U: 26181,000 W: 587451,000 Z: -0,133 P: 0,894 P>0,05

Eğitim sonrası U: 25945,000 W: 27220,000 Z: -0,241 P: 0,810 P>0,05

4.2.4. Ekonomik Duruma Göre Bilgi Puanları

Hem eğitim öncesinde hem de eğitim sonrasında katılımcıların ekonomik durumuna göre toplam bilgi puanı ortalamaları, ekonomik durumları yükseldikçe artış göstermektedir. Buna karşın eğitim sonrasında bilgi puanı ortalamasında en az oranda artış zengin grupta görülmüştür. Hem eğitim öncesinde hem de eğitim sonrasında ekonomik duruma göre bilgi farklılığının anlamlı ($P<0,01$) olduğu görülmüştür. Sonuçlar TABLO-12’de belirtilmiştir.

TABLO-12. Ekonomik Duruma Göre Toplam Bilgi Puanı Ortalamaları

Ekonomik Durum		N	Minimum	Maksimum	Ortalama	St. Sapma
Yoksul	Önce	123	8,00	22,00	16,16	3,26
	Sonra	123	10,00	25,00	19,22	3,61
	Toplam	123				
Orta halli	Önce	967	5,00	25,00	16,65	3,02
	Sonra	967	5,00	25,00	20,35	3,06
	Toplam	967				
Zengin	Önce	19	11,00	25,00	18,89	2,94
	Sonra	19	8,00	25,00	20,21	3,89
	Toplam	19				

Kruskal Wallis Testi Eğitim öncesi χ^2 : 12,731 SD: 2 P: 0,002 $P<0,01$
Eğitim sonrası χ^2 : 11,023 SD: 2 P: 0,004 $P<0,01$

4.3. ÜSAP ile İlgili Tutumlar

Genel tutum puanı ortalamasında puan aralığı 1-5 puan arasında olduğundan; eğitim sonrası ile eğitim öncesi arasındaki puan farkının, 4 puana göre oranlaması yapılarak artış yüzdesi tespiti yapılmıştır. Eğitim öncesi genel tutum puanı ortalaması $3,78(\pm 0,38)$ iken eğitim sonrasında $4,08(\pm 0,42)$ ’e yükselmiş olup, bu doğrultuda %7,44 oranında bir puan artışı olmuştur. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası arasındaki genel tutum puanı farklılığının anlamlı ($P<0,001$) olduğu görülmüştür. Sonuçlar TABLO-13’de belirtilmiştir;

TABLO-13. Genel Tutum Puanı Ortalamaları

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	St. Sapma
Önce	1109	2,24	4,76	3,7829	,38098
Sonra	1109	2,84	5,00	4,0807	,42161

Wilcoxon İşaret Sıralaması Testi Z: -21,705 P: 0,000 P<0,001

4.3.1. Alt Boyutlarda ÜSAP ile İlgili Tutumlar

ÜSAP tutum ölçeğinin üç boyutu da değerlendirilmiştir. Her bir boyuta ait eğitim öncesi ve eğitim sonrası boyut tutum puanı ortalaması TABLO-14’de belirtilmiştir. Alt boyutlarda tutum puanı ortalamaları eğitim öncesi ve sonrasında sırasıyla tespit edilmiştir;

1. boyutta: [3,56(±0,40) → 3,85(±0,48)]
2. boyutta: [4,00(±0,50) → 4,32(±0,47)]
3. boyutta: [3,89(±0,47) → 4,17(±0,50)]

ÜSAP eğitimi sonrasında her bir boyutun boyut tutum puanı ortalamasında birbirine yakın artışlar tespit edilmiştir. Her bir boyut için eğitim öncesi ve eğitim sonrası arasındaki tutum puanı farklılıklarının anlamlı (P<0,001) olduğu görülmüştür.

Bunun yanı sıra hem eğitim öncesinde hem de eğitim sonrasında en düşük tutum puanı “Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması” başlıklı 1. boyutta çıkmış olup, en yüksek tutum puanı ise “Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar” başlıklı 2. boyutta çıkmıştır. “Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri” başlıklı 3. boyutun tutum puanı eğitim öncesi ve sonrasında orta sırada yer almıştır.

TABLO-14. Alt Boyutlarda Tutum Puanı Ortalamaları

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	St. Sapma
<u>1. Boyut (önce)</u> Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması	1109	2,15	4,77	3,56	0,40
<u>2. Boyut (önce)</u> Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar	1109	2,00	5,00	4,00	0,50
<u>3. Boyut (önce)</u> Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri	1109	1,92	5,00	3,89	0,47
<u>1. Boyut (sonra)</u> Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması	1109	2,58	5,00	3,85	0,48
<u>2. Boyut (sonra)</u> Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar	1109	2,63	5,00	4,32	0,47
<u>3. Boyut (sonra)</u> Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri	1109	2,23	5,00	4,17	0,50

Wilcoxon İşaret Sıralaması Testi	1. Boyut	Z: -18,360	P: 0,000	P<0,001
	2. Boyut	Z: -19,278	P: 0,000	P<0,001
	3. Boyut	Z: -15,091	P: 0,000	P<0,001

4.3.2. Madde Seviyesinde ÜSAP ile İlgili Tutumlar

Bu başlık altında her bir tutum ifadesine verilen cevapların dağılımı, en yüksek-en düşük madde puanı ortalamaları ve madde puanı ortalamalarındaki artışlar açıklanmıştır.

4.3.2.1. Madde Seviyesinde Tutumlar

ÜSAP tutum ölçeğinde bulunan tutum ifadelerine verilen cevapların dağılımı ile madde tutum puanı ortalamaları tablolar eşliğinde açıklanmıştır.

1. Maddede “Gebeliği önleyici yöntemlerin kullanılmasına rağmen gebe kalınması halinde gebeliğin devamına ya da sonlandırılmasına (Kürtaj) erkek tek başına karar verir” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-15’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-15. 1’inci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	34	3,1	15	1,4
Katılıyorum	46	4,1	19	1,7
Kararsızım	45	4,1	18	1,6
Katılmıyorum	277	25,0	263	23,7
Tamamen Katılmıyorum	707	63,8	794	71,6
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,42 (±0,97)		4,62 (±0,73)	

2. Maddede “Ailede önemli kararlar erkek tarafından alınmalıdır” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-16’da verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-16. 2’nci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	115	10,4	81	7,3
Katılıyorum	269	24,3	120	10,8
Kararsızım	70	6,3	27	2,4
Katılmıyorum	379	34,2	402	36,2
Tamamen Katılmıyorum	276	24,9	479	43,2
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,38 (±1,35)		3,97 (±1,24)	

3. Maddede “Planlanmamış bir gebelik mutlaka sonlandırılmalıdır” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-17’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmamıştır.

TABLO-17. 3’üncü Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	72	6,5	119	10,7
Katılıyorum	152	13,7	151	13,6
Kararsızım	228	20,6	144	13,0
Katılmıyorum	345	31,1	338	30,5
Tamamen Katılmıyorum	312	28,1	357	32,2
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,60 (±1,21)		3,59 (±1,34)	

4. Maddede “Kürtaj kadın için sıradan bir tıbbi müdahaledir” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-18’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-18. 4’üncü Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	36	3,2	61	5,5
Katılıyorum	131	11,8	107	9,6
Kararsızım	166	15,0	86	7,8
Katılmıyorum	393	35,4	365	32,9
Tamamen Katılmıyorum	383	34,5	490	44,2
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,86 (±1,11)		4,00 (±1,18)	

5. Maddede “Planlanmamış bir gebelik halinde gebelik süresi 10 haftayı geçmişse yasal süre aşıldığından kürtaj yaptırılmamalıdır” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-19’da verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-19. 5’inci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	428	38,6	574	51,8
Katılıyorum	305	27,5	301	27,1
Kararsızım	162	14,6	66	6,0
Katılmıyorum	102	9,2	72	6,5
Tamamen Katılmıyorum	112	10,1	96	8,7
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,75 (±1,32)		4,06 (±1,26)	

6. Maddede “Kürtaj yaptırabilmek için öngörülen 10 haftalık yasal süre yetersizdir” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-20’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-20. 6’ncı Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	46	4,1	50	4,5
Katılıyorum	139	12,5	91	8,2
Kararsızım	368	33,2	175	15,8
Katılmıyorum	340	30,7	383	34,5
Tamamen Katılmıyorum	216	19,5	410	37,0
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,48 (±1,06)		3,91 (±1,12)	

7. Maddede “Doğacak çocuğun cinsiyetini bilmek kürtaj kararını kolaylaştırır” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-21’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-21. 7’nci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	47	4,2	43	3,9
Katılıyorum	114	10,3	87	7,8
Kararsızım	142	12,8	72	6,5
Katılmıyorum	336	30,3	306	27,6
Tamamen Katılmıyorum	470	42,4	601	54,2
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,96 (±1,15)		4,20 (±1,10)	

8. Maddede “Kürtaj dini açıdan uygun olmadığı için yaptırılmamalıdır” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-22’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-22. 8’inci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	317	28,6	281	25,3
Katılıyorum	256	23,1	203	18,3
Kararsızım	205	18,5	107	9,6
Katılmıyorum	187	16,9	202	18,2
Tamamen Katılmıyorum	144	13,0	316	28,5
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	2,62 (±1,38)		3,06 (±1,58)	

9. Maddede “Kürtaj bazı durumlarda (Tecavüz, annenin hayatının tehlikede olması, özürlü çocuk vb.) yaptırılabilir” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-23’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-23. 9’uncu Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	273	24,6	447	40,3
Katılıyorum	387	34,9	388	35,0
Kararsızım	226	20,4	104	9,4
Katılmıyorum	125	11,3	90	8,1
Tamamen Katılmıyorum	98	8,8	80	7,2
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,55 (±1,22)		3,93 (±1,21)	

10. Maddede “Kürtaj insan öldürmenin bir türüdür ve kesinlikle yasaklanmalıdır” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-24’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-24. 10’uncu Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	277	25,0	250	22,5
Katılıyorum	229	20,6	175	15,8
Kararsızım	225	20,3	159	14,3
Katılmıyorum	244	22,0	246	22,2
Tamamen Katılmıyorum	134	12,1	279	25,2
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	2,75 (±1,36)		3,11 (±1,50)	

11. Maddede “Kürtajın yapılabilmesi için sadece kadının ve erkeğin kararı/istemi yeterli olmalı, başka bir gerekçeye ihtiyaç duyulmamalıdır” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-25’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmamıştır.

TABLO-25. 11’inci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	203	18,3	311	28,0
Katılıyorum	367	33,1	325	29,3
Kararsızım	179	16,1	73	6,6
Katılmıyorum	221	19,9	178	16,1
Tamamen Katılmıyorum	139	12,5	222	20,0
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	2,75 (±1,30)		2,70 (±1,51)	

12. Maddede “Erkek adamın erkek çocuğu olur” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-26’da verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-26. 12’nci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	88	7,9	48	4,3
Katılıyorum	97	8,7	54	4,9
Kararsızım	30	2,7	26	2,3
Katılmıyorum	340	30,7	294	26,5
Tamamen Katılmıyorum	554	50,0	687	61,9
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,05 (±126,)		4,36 (±1,04)	

13. Maddede “Doğan her çocuğun rızkını ‘Allah’ verir” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-27’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-27. 13’üncü Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	612	55,2	494	44,5
Katılıyorum	245	22,1	244	22,0
Kararsızım	50	4,5	36	3,2
Katılmıyorum	112	10,1	121	10,9
Tamamen Katılmıyorum	90	8,1	214	19,3
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	1,93 (±1,31)		2,38 (±1,58)	

14. Maddede “Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-28’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-28. 14’üncü Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	104	9,4	87	7,8
Katılıyorum	218	19,7	148	13,3
Kararsızım	214	19,3	108	9,7
Katılmıyorum	351	31,7	354	31,9
Tamamen Katılmıyorum	222	20,0	412	37,2
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,33 (±1,25)		3,77 (±1,28)	

15. Maddede “Kız ya da erkek çocuk fark etmez her ikisi de hayırlıdır” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-29’da verilmiştir. Maddenin tutum puan ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-29. 15’inci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	768	69,3	829	74,8
Katılıyorum	239	21,6	198	17,9
Kararsızım	21	1,9	10	0,9
Katılmıyorum	22	2,0	18	1,6
Tamamen Katılmıyorum	59	5,3	54	4,9
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,47 (±1,02)		4,56 (±0,97)	

16. Maddede “Kızın varsa derdin var” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-30’da verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-30. 16’ncı Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	53	4,8	41	3,7
Katılıyorum	71	6,4	40	3,6
Kararsızım	88	7,9	41	3,7
Katılmıyorum	377	34,0	304	27,4
Tamamen Katılmıyorum	520	46,9	683	61,6
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,11 (±1,10)		4,39 (±0,98)	

17. Maddede “Ailenin sahip olacağı çocuk sayısını eşler birlikte belirlemelidir” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-31’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-31. 17’nci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	631	56,9	776	70,0
Katılıyorum	347	31,3	262	23,6
Kararsızım	36	3,2	16	1,4
Katılmıyorum	44	4,0	22	2,0
Tamamen Katılmıyorum	51	4,6	33	3,0
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,31 (±1,03)		4,55 (±0,86)	

18. Maddede “Her ailenin mutlaka bir erkek çocuğu olmalıdır” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-32’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-32. 18’inci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	141	12,7	136	12,3
Katılıyorum	258	23,3	191	17,2
Kararsızım	149	13,4	90	8,1
Katılmıyorum	378	34,1	348	31,4
Tamamen Katılmıyorum	183	16,5	344	31,0
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,18 (±1,30)		3,51 (±1,39)	

19. Maddede “Planlanmamış bir gebelik her zaman sonlandırılabilir” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-33’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-33. 19’uncu Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	65	5,9	87	7,8
Katılıyorum	153	13,8	174	15,7
Kararsızım	318	28,7	150	13,5
Katılmıyorum	340	30,7	334	30,1
Tamamen Katılmıyorum	233	21,0	364	32,8
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,47 (±1,13)		3,64 (±1,29)	

20. Maddede “Ailede planlanmayan gebeliklerden kaçınmak her zaman kadının görevidir” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-34’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-34. 20’nci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	85	7,7	69	6,2
Katılıyorum	230	20,7	130	11,7
Kararsızım	256	23,1	105	9,5
Katılmıyorum	375	33,8	388	35,0
Tamamen Katılmıyorum	163	14,7	417	37,6
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,27 (±1,16)		3,86 (±1,21)	

21. Maddede “Erkekler aile planlanması yöntemlerini bilmelidir” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-35’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-35. 21’inci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	487	43,9	652	58,8
Katılıyorum	484	43,6	364	32,8
Kararsızım	54	4,9	30	2,7
Katılmıyorum	43	3,9	33	3,0
Tamamen Katılmıyorum	41	3,7	30	2,7
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,20 (±0,96)		4,42 (±0,89)	

22. Maddede “Kadınlar aile planlaması yöntemlerini bilmelidir” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-36’da verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-36. 22’nci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	435	39,2	620	55,9
Katılıyorum	486	43,8	379	34,2
Kararsızım	75	6,8	35	3,2
Katılmıyorum	66	6,0	36	3,2
Tamamen Katılmıyorum	47	4,2	39	3,5
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,07 (±1,03)		4,35 (±0,95)	

23. Maddede “İstenmeyen gebelikleri sonlandırma kararı sadece kadına bırakılmalıdır” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-37’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-37. 23’üncü Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	48	4,3	38	3,4
Katılıyorum	102	9,2	56	5,0
Kararsızım	147	13,3	69	6,2
Katılmıyorum	392	35,3	374	33,7
Tamamen Katılmıyorum	420	37,9	572	51,6
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,93 (±1,12)		4,24 (±1,01)	

24. Maddede “Gebelik planlanmamış olsa bile her çocuk doğmalıdır” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-38’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-38. 24’üncü Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	292	26,3	260	23,4
Katılıyorum	342	30,8	261	23,5
Kararsızım	228	20,6	165	14,9
Katılmıyorum	142	12,8	202	18,2
Tamamen Katılmıyorum	105	9,5	221	19,9
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	2,48 (±1,26)		2,87 (±1,46)	

25. Maddede “Kürtaj yaptırmak fiziksel ve ruhsal açıdan kadının sağlığını bozar” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-39’da verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-39. 25’inci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	337	30,4	475	42,8
Katılıyorum	426	38,4	412	37,2
Kararsızım	208	18,8	96	8,7
Katılmıyorum	87	7,8	71	6,4
Tamamen Katılmıyorum	51	4,6	55	5,0
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,82 (±1,09)		4,06 (±1,10)	

26. Maddede “Eşinin kürtaj yaptırmaması erkeği de olumsuz olarak etkiler” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-40’da verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-40. 26’ncı Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	287	25,9	422	38,1
Katılıyorum	517	46,6	461	41,6
Kararsızım	195	17,6	96	8,7
Katılmıyorum	61	5,5	74	6,7
Tamamen Katılmıyorum	49	4,4	56	5,0
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,84 (±1,01)		4,00 (±1,09)	

27. Maddede “Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda doktora hemen gidilmelidir” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-41’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-41. 27’nci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	823	74,2	882	79,5
Katılıyorum	214	19,3	183	16,5
Kararsızım	16	1,4	7	0,6
Katılmıyorum	16	1,4	9	0,8
Tamamen Katılmıyorum	40	3,6	28	2,5
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,59 (±0,88)		4,69 (±0,75)	

28. Maddede “Cinsel yolla bulaşan hastalıkların kendiliğinden iyileşmesi beklenmelidir” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-42’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-42. 28’inci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	80	7,2	34	3,1
Katılıyorum	35	3,2	20	1,8
Kararsızım	22	2,0	18	1,6
Katılmıyorum	151	13,6	148	13,3
Tamamen Katılmıyorum	821	74,0	889	80,2
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,44 (±1,15)		4,65 (±0,85)	

29. Maddede “Cinsel yolla bulaşan bir hastalıktan tedavi alan bir kişi bu durumdan eşini veya cinsel birliktelik yaşadığı kişiyi haberdar etmelidir” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-43’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-43. 29’uncu Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	656	59,2	783	70,6
Katılıyorum	354	31,9	264	23,8
Kararsızım	47	4,2	17	1,5
Katılmıyorum	27	2,4	15	1,4
Tamamen Katılmıyorum	25	2,3	30	2,7
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,43 (±0,86)		4,58 (±0,82)	

30. Maddede “AİDS vb. hastalıklardan korunmak için kullanılan prezervatif cinsel hazzı azalttığından dolayı kullanılmamalıdır” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-44’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-44. 30’uncu Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	57	5,1	68	6,1
Katılıyorum	113	10,2	56	5,0
Kararsızım	151	13,6	27	2,4
Katılmıyorum	321	28,9	246	22,2
Tamamen Katılmıyorum	467	42,1	712	64,2
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,92 (±1,19)		4,33 (±1,14)	

31. Maddede “Bel soğukluğu utanılacak bir hastalıktır” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-45’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-45. 31’inci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	37	3,3	63	5,7
Katılıyorum	113	10,2	65	5,9
Kararsızım	199	17,9	47	4,2
Katılmıyorum	403	36,3	334	30,1
Tamamen Katılmıyorum	357	32,2	600	54,1
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,83 (±1,08)		4,21 (±1,13)	

32. Maddede “Erkek adama AIDS bulaşmaz” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-46’da verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-46. 32’nci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	37	3,3	24	2,2
Katılıyorum	35	3,2	18	1,6
Kararsızım	78	7,0	11	1,0
Katılmıyorum	244	22,0	192	17,3
Tamamen Katılmıyorum	715	64,5	864	77,9
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,41 (±0,98)		4,67 (±0,77)	

33. Maddede “Evlilik dışı cinsel ilişkiler bulaşıcı hastalıklar yönünden risklidir” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-47’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-47. 33’üncü Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	432	39,0	678	61,1
Katılıyorum	419	37,8	287	25,9
Kararsızım	77	6,9	26	2,3
Katılmıyorum	105	9,5	48	4,3
Tamamen Katılmıyorum	76	6,9	70	6,3
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,92 (±1,20)		4,31 (±1,13)	

34. Maddede “Sağlık çalışanları cinsel yolla bulaşan hastalığı olanları hor görür” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-48’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-48. 34’üncü Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	38	3,4	54	4,9
Katılıyorum	125	11,3	84	7,6
Kararsızım	206	18,6	72	6,5
Katılmıyorum	393	35,4	324	29,2
Tamamen Katılmıyorum	347	31,3	575	51,8
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,79 (±1,10)		4,15 (±1,14)	

35. Maddede “Cinsel yolla bulaşan hastalıklar utanç vericidir” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-49’da verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-49. 35’inci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	74	6,7	68	6,1
Katılıyorum	247	22,3	131	11,8
Kararsızım	177	16,0	80	7,2
Katılmıyorum	345	31,1	304	27,4
Tamamen Katılmıyorum	266	24,0	526	47,4
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,43 (±1,25)		3,98 (±1,25)	

36. Maddede “Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için her ilişkide yeni bir prezervatif kullanılmalıdır” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-50’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-50. 36’ncı Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	629	56,7	868	78,3
Katılıyorum	335	30,2	184	16,6
Kararsızım	53	4,8	11	1,0
Katılmıyorum	41	3,7	17	1,5
Tamamen Katılmıyorum	51	4,6	29	2,6
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,30 (±1,04)		4,66 (±0,80)	

37. Maddede “Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için en emin yol tek eşlilik” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-51’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-51. 37’nci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	504	45,5	701	63,2
Katılıyorum	328	29,6	271	24,4
Kararsızım	150	13,5	61	5,5
Katılmıyorum	92	8,3	38	3,4
Tamamen Katılmıyorum	35	3,2	38	3,4
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,05 (±1,09)		4,40 (±0,98)	

38. Maddede “Cinsel yolla bulaşan hastalıklar mutlaka gizli tutulmalıdır” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-52’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-52. 38’inci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	72	6,5	46	4,1
Katılıyorum	125	11,3	67	6,0
Kararsızım	132	11,9	58	5,2
Katılmıyorum	358	32,3	320	28,9
Tamamen Katılmıyorum	422	38,1	618	55,7
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,84 (±1,22)		4,25 (±1,07)	

39. Maddede “Cinsel yolla bulaşan bir hastalığın tedavi edilebilmesi için 18 yaş ve üzerinde olmanız gerekir” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-53’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-53. 39’uncu Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	60	5,4	76	6,9
Katılıyorum	167	15,1	138	12,4
Kararsızım	281	25,3	122	11,0
Katılmıyorum	348	31,4	299	27,0
Tamamen Katılmıyorum	253	22,8	474	42,7
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,51 (±1,15)		3,86 (±1,27)	

40. Maddede “İlk kez cinsel ilişkide bulunanlar cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalanmaz” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-54’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-54. 40’ıncı Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	20	1,8	24	2,2
Katılıyorum	62	5,6	60	5,4
Kararsızım	203	18,3	62	5,6
Katılmıyorum	429	38,7	309	27,9
Tamamen Katılmıyorum	395	35,6	654	59,0
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,00 (±0,96)		4,36 (±0,96)	

41. Maddede “Her zaman bir kişinin cinsel organına bakarak onun cinsel yolla bulaşan bir hastalığa sahip olup-olmadığı söylenebilir” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-55’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-55. 41’inci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	54	2,2	59	5,3
Katılıyorum	62	5,6	116	10,5
Kararsızım	264	23,8	108	9,7
Katılmıyorum	409	36,9	325	29,3
Tamamen Katılmıyorum	350	31,6	501	45,2
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,90 (±0,98)		3,98 (±1,20)	

42. Maddede “Sadece eşcinsel erkekler AIDS’e yakalanır” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-56’da verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-56. 42’nci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	24	2,2	14	1,3
Katılıyorum	44	4,0	37	3,3
Kararsızım	187	16,9	35	3,2
Katılmıyorum	429	38,7	307	27,7
Tamamen Katılmıyorum	425	38,3	716	64,6
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,07 (±0,94)		4,50 (±0,81)	

43. Maddede “Sadece cinsel yaşamı aktif olan yetişkinler cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanabilirler” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-57’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-57. 43’üncü Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	56	5,0	81	7,3
Katılıyorum	196	17,7	146	13,2
Kararsızım	194	17,5	74	6,7
Katılmıyorum	387	34,9	332	29,9
Tamamen Katılmıyorum	276	24,9	476	42,9
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,56 (±1,18)		3,88 (±1,29)	

44. Maddede “Cinsel yolla bulaşan hastalıkların belirtisi ortadan katlığında bir doktora gitmenize gerek yoktur” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-58’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-58. 44’üncü Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	28	2,5	31	2,8
Katılıyorum	67	6,0	49	4,4
Kararsızım	89	8,0	22	2,0
Katılmıyorum	545	49,1	403	36,3
Tamamen Katılmıyorum	380	34,3	604	54,5
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,06 (±0,94)		4,35 (±0,93)	

45. Maddede “Eğer birden fazla partneriniz varsa cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalanma riskiniz artar” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-59’da verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-59. 45’inci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	342	30,8	635	57,3
Katılıyorum	479	43,2	321	28,9
Kararsızım	160	14,4	54	4,9
Katılmıyorum	78	7,0	49	4,4
Tamamen Katılmıyorum	50	4,5	50	4,5
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,88 (±1,06)		4,30 (±1,05)	

46. Maddede “Çocuğu olmayan evli çiftler tedavi için sağlık kuruluşuna birlikte müracaat etmelidir” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-60’da verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-60. 46’ncı Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	669	60,3	823	74,2
Katılıyorum	350	31,6	231	20,8
Kararsızım	24	2,2	13	1,2
Katılmıyorum	29	2,6	13	1,2
Tamamen Katılmıyorum	37	3,3	29	2,6
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,42 (±0,91)		4,62 (±0,80)	

47. Maddede “Kısırlık utanılacak bir durum değildir” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-61’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-61. 47’nci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	494	44,5	642	57,9
Katılıyorum	419	37,8	356	32,1
Kararsızım	91	8,2	29	2,6
Katılmıyorum	55	5,0	41	3,7
Tamamen Katılmıyorum	50	4,5	41	3,7
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,12 (±1,05)		4,36 (±0,97)	

48. Maddede “Kısırlık tedavisi yakın aile üyelerinden bile gizli tutulmalıdır” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-62’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-62. 48’inci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	64	5,8	61	5,5
Katılıyorum	121	10,9	75	6,8
Kararsızım	172	15,5	76	6,9
Katılmıyorum	444	40,0	366	33,0
Tamamen Katılmıyorum	308	27,8	531	47,9
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,73 (±1,14)		4,11 (±1,14)	

49. Maddede “Çocuk erkeğin gücünü gösterir” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-63’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-63. 49’uncu Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	71	6,4	90	8,1
Katılıyorum	197	17,8	152	13,7
Kararsızım	195	17,6	68	6,1
Katılmıyorum	397	35,8	356	32,1
Tamamen Katılmıyorum	249	22,5	443	39,9
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,50 (±1,19)		3,82 (±1,30)	

50. Maddede “Kısırlığın nedeni kadın hastalıklarıdır” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-64’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-64. 50’nci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	27	2,4	20	1,8
Katılıyorum	45	4,1	34	3,1
Kararsızım	255	23,0	47	4,2
Katılmıyorum	437	39,4	409	36,9
Tamamen Katılmıyorum	345	31,1	599	54,0
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,92 (±0,95)		4,38 (±0,84)	

51. Maddede “Çocuğu olmayan evli bir erkek yeni evlilikle şansını denemelidir” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-65’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-65. 51’inci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	53	4,8	49	4,4
Katılıyorum	103	9,3	59	5,3
Kararsızım	162	14,6	65	5,9
Katılmıyorum	365	32,9	327	29,5
Tamamen Katılmıyorum	426	38,4	609	54,9
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,90 (±1,15)		4,25 (±1,07)	

52. Maddede “Kısırlılığın nedeni erkeğe ya da kadına ait olabilir” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-66’da verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-66. 52’nci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	409	36,9	628	56,6
Katılıyorum	486	43,8	355	32,0
Kararsızım	114	10,3	37	3,3
Katılmıyorum	63	5,7	48	4,3
Tamamen Katılmıyorum	37	3,3	41	3,7
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,05 (±0,99)		4,33 (±0,99)	

53. Maddede “Çocuğu olmayan evli kadınlar tıbbi olmayan şifa yöntemlerini de uygulamalıdır” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-67’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-67. 53’üncü Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	44	4,0	61	5,5
Katılıyorum	154	13,9	84	7,6
Kararsızım	240	21,6	112	10,1
Katılmıyorum	333	30,0	334	30,1
Tamamen Katılmıyorum	338	30,5	518	46,7
Toplam	1109	100	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,69 (±1,15)		4,04 (±1,16)	

54. Maddede “Çocuk sahibi olmak önemlidir” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-68’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-68. 54’üncü Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	449	40,5	602	54,3
Katılıyorum	473	42,7	372	33,5
Kararsızım	108	9,7	58	5,2
Katılmıyorum	40	3,6	51	4,6
Tamamen Katılmıyorum	39	3,5	26	2,3
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,12 (±0,97)		4,32 (±0,93)	

55. Maddede “Üremeye yardımcı tedavi yöntemleri çok para gerektirir” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-69’da verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmamıştır.

TABLO-69. 55’inci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	143	12,9	262	23,6
Katılıyorum	329	29,7	278	25,1
Kararsızım	420	37,9	207	18,7
Katılmıyorum	167	15,1	206	18,6
Tamamen Katılmıyorum	50	4,5	156	14,1
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,31 (±1,02)		3,25 (±1,37)	

56. Maddede “Çocuk sahibi olmak sabır gerektirir” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-70’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-70. 56’ncı Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	368	33,2	581	52,4
Katılıyorum	511	46,1	387	34,9
Kararsızım	107	9,6	52	4,7
Katılmıyorum	76	6,9	46	4,1
Tamamen Katılmıyorum	47	4,2	43	3,9
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,97 (±1,04)		4,27 (±1,00)	

57. Maddede “Bir ailede çocuğun olmaması boşanma nedenidir” şeklinde olumsuz bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-71’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-71. 57’nci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	61	5,5	65	5,9
Katılıyorum	117	10,6	96	8,7
Kararsızım	173	15,6	80	7,2
Katılmıyorum	361	32,6	299	27,0
Tamamen Katılmıyorum	397	35,8	569	51,3
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	3,82 (±1,18)		4,09 (±1,20)	

58. Maddede “Çocuk sahibi olmak neslin devamı için gereklidir” şeklinde olumlu bir tutum ifadesi yer almaktadır. Katılımcıların tutum dağılımları ve maddenin tutum puanı ortalaması TABLO-72’de verilmiştir. Maddenin tutum puanı ortalamasında eğitim sonrasında artış olmuştur.

TABLO-72. 58’inci Maddedeki Tutum İfadesine Ait Bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tamamen Katılıyorum	472	42,6	632	57,0
Katılıyorum	421	38,0	358	32,3
Kararsızım	92	8,3	45	4,1
Katılmıyorum	83	7,5	38	3,4
Tamamen Katılmıyorum	41	3,7	36	3,2
Toplam	1109	100,0	1109	100,0
Tutum Puanı Ortalaması	4,08 (±1,06)		4,36 (±0,95)	

4.3.2.2. En Yüksek ve En Düşük Madde Puanı Ortalamaları

ÜSAP tutum ölçeği ile elde edilen veriler doğrultusunda, hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrası 1. boyutta en düşük madde puanı ortalaması 13. maddede çıkmıştır. Bu maddede “Doğan her çocuğun rızkını Allah verir” tutum ifadesi yer almaktadır. Bu boyutta eğitim öncesi en yüksek madde puanı ortalaması ise 15. maddede çıkmıştır. Bu maddede “Kız ya da erkek çocuk fark etmez her ikisi de hayırlıdır” tutum ifadesi yer almaktadır. Bu boyutta eğitim sonrası en yüksek madde puanı ortalaması ise 1. maddede çıkmıştır. Bu maddede “Gebeliği önleyici yöntemlerin kullanılmasına rağmen gebe kalınması halinde gebeliğin devamına ya da sonlandırılmasına (Kürtaj) erkek tek başına karar verir” tutum ifadesi yer almaktadır.

Eğitim öncesi uygulanan ÜSAP tutum ölçeği ile elde edilen veriler doğrultusunda, 2. boyutta en düşük madde puanı ortalaması 35. maddede çıkmıştır. Bu maddede “Cinsel yolla bulaşan hastalıklar utanç vericidir” tutum ifadesi yer almaktadır. Eğitim sonrası elde edilen veriler doğrultusunda, bu boyutta en düşük madde puanı ortalaması 39. maddede çıkmıştır. Bu maddede “Cinsel yolla bulaşan bir hastalığın tedavi edilebilmesi için 18 yaş ve üzerinde olmanız gerekir” tutum ifadesi yer almaktadır. Bu boyutta hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrası en yüksek madde puanı ortalaması ise 27. maddede çıkmıştır. Bu maddede “Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda doktora hemen gidilmelidir” tutum ifadesi yer almaktadır.

ÜSAP tutum ölçeği ile elde edilen veriler doğrultusunda, hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrası 3. boyutta en düşük madde puanı ortalaması 55. maddede çıkmıştır. Bu maddede “Üremeye yardımcı tedavi yöntemleri çok para gerektirir” tutum ifadesi yer almaktadır. Bu boyutta eğitim öncesi ve eğitim sonrası en yüksek madde puanı ortalaması ise 46. maddede çıkmıştır. Bu maddede “Çocuğu olmayan evli çiftler tedavi için sağlık kuruluşuna birlikte müracaat etmelidir” tutum ifadesi yer almaktadır.

4.3.2.3. Madde Puanı Ortalamalarındaki Artışlar

Eğitim sonrasında en yüksek madde puanı artışı 1. boyutta 2. ve 20. maddelerde çıkmıştır. Bu maddelerde sırasıyla “Ailede önemli kararlar erkek tarafından alınmalıdır”, “Ailede planlanmayan gebeliklerden kaçınmak her zaman kadının görevidir” tutum ifadeleri yer almaktadır. Bu boyutta 3. ve 11. maddelerde madde puanı artışı olmamıştır. Bu maddelerde sırasıyla “Planlanmamış bir gebelik mutlaka sonlandırılmalıdır”, “Kürtajın yapılabilmesi için sadece kadının ve erkeğin kararı/istemi yeterli olmalı, başka bir gerekçeye ihtiyaç duyulmamalıdır” tutum ifadeleri yer almaktadır.

Eğitim sonrasında en yüksek madde puanı artışı 2. boyutta 35. maddede çıkmıştır. Bu maddede “Cinsel yolla bulaşan hastalıklar utanç vericidir” tutum ifadesi yer almaktadır. Bu boyutta en düşük madde puanı artışı 41. maddede çıkmıştır. Bu maddede “Her zaman bir kişinin cinsel organına bakarak onun cinsel yolla bulaşan bir hastalığa sahip olup-olmadığı söylenebilir” tutum ifadesi yer almaktadır.

Eğitim sonrasında en yüksek madde puanı artışı 3. boyutta 50. maddede çıkmıştır. Bu maddede “Kısırlığın nedeni kadın hastalıklarıdır” tutum ifadesi yer almaktadır. Bu boyutta 55. maddede madde puanı artışı olmamıştır. Bu maddede “Üremeye yardımcı tedavi yöntemleri çok para gerektirir” tutum ifadesi yer almaktadır.

4.3.3. Sosyodemografik Özellikler Bağlamında ÜSAP ile İlgili Tutumlar

ÜSAP tutum ölçeği ile elde edilen veriler katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre her bir alt boyutta analiz edilmiş olup, tablolar eşliğinde açıklanmıştır.

4.3.3.1. Bölgelere Göre Tutumlar

Eğitim sonrasında tüm coğrafi bölgelerde tutum puanı ortalamaları artış göstermiştir. Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgesinden gelen acemi erlerin eğitim öncesi boyut tutum puanı ortalamaları üç boyutta da diğer bölgelere göre düşük

iken, eğitim sonrasında diğer bölgelerle aynı seviyeye gelmiştir. Sonuçlar TABLO-73’de belirtilmiştir.

TABLO-73. Bölgelere Göre Boyut Tutum Puanları

Bölge		N	Minimum	Maksimum	Ortalama	St. Sapma
İç Anadolu	1. Boyut (önce)	165	2,77	4,69	3,53	0,36
	2. Boyut (önce)	165	2,68	5,00	3,98	0,44
	3. Boyut (önce)	165	2,69	5,00	3,91	0,43
	1. Boyut (sonra)	165	2,73	4,88	3,76	0,43
	2. Boyut (sonra)	165	2,63	5,00	4,24	0,46
	3. Boyut (sonra)	165	2,23	5,00	4,06	0,56
	Toplam	165				
Ege	1. Boyut (önce)	115	2,69	4,65	3,67	0,42
	2. Boyut (önce)	115	2,42	5,00	4,13	0,52
	3. Boyut (önce)	115	2,31	4,92	3,97	0,50
	1. Boyut (sonra)	115	2,88	5,00	3,88	0,45
	2. Boyut (sonra)	115	2,89	5,00	4,38	0,43
	3. Boyut (sonra)	115	2,85	5,00	4,21	0,44
	Toplam	115				
Marmara	1. Boyut (önce)	292	2,42	4,65	3,60	0,40
	2. Boyut (önce)	292	2,00	5,00	4,05	0,46
	3. Boyut (önce)	292	2,15	4,85	3,88	0,42
	1. Boyut (sonra)	292	2,62	5,00	3,89	0,46
	2. Boyut (sonra)	292	2,74	5,00	4,35	0,46
	3. Boyut (sonra)	292	2,62	5,00	4,19	0,47
	Toplam	292				
Akdeniz	1. Boyut (önce)	134	2,15	4,42	3,57	0,40
	2. Boyut (önce)	134	2,05	5,00	4,02	0,51
	3. Boyut (önce)	134	2,23	4,77	3,86	0,47
	1. Boyut (sonra)	134	2,58	5,00	3,87	0,47
	2. Boyut (sonra)	134	2,95	5,00	4,35	0,46
	3. Boyut (sonra)	134	2,62	5,00	4,14	0,50
	Toplam	134				
Karadeniz	1. Boyut (önce)	128	2,31	4,77	3,60	0,44
	2. Boyut (önce)	128	2,32	5,00	4,05	0,49
	3. Boyut (önce)	128	1,92	5,00	4,00	0,45
	1. Boyut (sonra)	128	2,96	5,00	3,85	0,47
	2. Boyut (sonra)	128	2,95	5,00	4,34	0,45
	3. Boyut (sonra)	128	3,00	5,00	4,23	0,42
	Toplam	128				
Doğu Anadolu	1. Boyut (önce)	135	2,58	4,27	3,49	0,38
	2. Boyut (önce)	135	2,26	5,00	3,87	0,56
	3. Boyut (önce)	135	2,31	5,00	3,81	0,52
	1. Boyut (sonra)	135	2,69	5,00	3,85	0,50
	2. Boyut (sonra)	135	2,68	5,00	4,30	0,50
	3. Boyut (sonra)	135	3,08	5,00	4,23	0,49
	Toplam	135				
Güneydoğu Anadolu	1. Boyut (önce)	140	2,73	4,31	3,43	0,35
	2. Boyut (önce)	140	2,47	5,00	3,83	0,51
	3. Boyut (önce)	140	2,23	5,00	3,85	0,50
	1. Boyut (sonra)	140	2,65	5,00	3,82	0,56
	2. Boyut (sonra)	140	2,68	5,00	4,27	0,54
	3. Boyut (sonra)	140	2,31	5,00	4,13	0,58
	Toplam	140				

Eğitim öncesinde katılımcıların her bir boyut için tutum puanı ortalamaları ikamet ettikleri coğrafi bölgelere göre anlamlı farklılık göstermekte iken, eğitim sonrasında bu farklılıkların uç boyutta da ortadan kalktığı tespit edilmiştir. Analiz sonucu TABLO-74’de belirtilmiştir.

TABLO-74. Bölgelere Göre Tutum Farklılığının Anlamlılık Testi

	1. Boyut (nce)	2. Boyut (nce)	3. Boyut (nce)	1. Boyut (sonra)	2. Boyut (sonra)	3. Boyut (sonra)
Ki-Kare	34,156	35,532	17,966	11,015	9,375	10,571
Serbestlik derecesi	6	6	6	6	6	6
Anlamlılık	,000	,000	,006	,088	,154	,103

Kruskal Wallis Testi

Tüm boyutlarda eğitim ncesi $P < 0,01$ eğitim sonrası $P > 0,05$

4.3.3.2. ğrenim Seviyesine Göre Tutumlar

Tüm boyutlarda eğitim sonrasında tutum puanlarında artış olmuştur. Eğitim öncesinde katılımcıların öğrenim seviyelerine göre tüm boyutlardaki, eğitim sonrasında ise 2. ve 3. boyutlardaki boyut tutum puanı ortalamaları, öğrenim seviyesi yükseldikçe artış göstermektedir. Eğitim sonrasında ‘‘Okuma-yazma bilmeyen ve İlkokul terk’’ grubundaki katılımcıların 1. boyuttaki tutum puanı ortalaması ‘‘İlkokul’’, ‘‘Ortaokul’’ ve ‘‘Lise’’ grubundakilerden yüksek çıkmış olup, bu boyuttaki en fazla puan artışı da %14 artış oranıyla bu grupta olmuştur. Ayrıca tüm boyutlarda, tutum puanlarındaki artış oranı ile öğrenim seviyesi arasında ters yönde bir ilişki çıkmıştır. Sonuçlar TABLO-75’de belirtilmiştir.

TABLO-75. Öğrenim Seviyesine Göre Boyut Tutum Puanları

Öğrenim durumu	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	St. Sapma	
Okuma-yazma bilmeyen ve İlkokul terk	1. Boyut (önce)	74	2,15	4,31	3,34	0,39
	2. Boyut (önce)	74	2,05	5,00	3,70	0,58
	3. Boyut (önce)	74	2,23	5,00	3,65	0,54
	1. Boyut (sonra)	74	2,85	5,00	3,90	0,62
	2. Boyut (sonra)	74	2,68	5,00	4,23	0,59
	3. Boyut (sonra)	74	2,31	5,00	4,06	0,61
	Toplam	74				
İlkokul	1. Boyut (önce)	80	2,42	4,31	3,38	0,36
	2. Boyut (önce)	80	2,47	4,79	3,69	0,43
	3. Boyut (önce)	80	1,92	4,69	3,66	0,45
	1. Boyut (sonra)	80	2,85	5,00	3,76	0,51
	2. Boyut (sonra)	80	3,16	5,00	4,25	0,48
	3. Boyut (sonra)	80	2,77	5,00	4,13	0,54
	Toplam	80				
Ortaokul	1. Boyut (önce)	485	2,31	4,77	3,50	0,40
	2. Boyut (önce)	485	2,00	5,00	3,95	0,52
	3. Boyut (önce)	485	2,15	5,00	3,86	0,48
	1. Boyut (sonra)	485	2,62	5,00	3,80	0,47
	2. Boyut (sonra)	485	2,63	5,00	4,27	0,50
	3. Boyut (sonra)	485	2,23	5,00	4,12	0,51
	Toplam	485				
Lise	1. Boyut (önce)	360	2,81	4,77	3,66	0,37
	2. Boyut (önce)	360	2,74	5,00	4,12	0,43
	3. Boyut (önce)	360	2,77	5,00	3,99	0,40
	1. Boyut (sonra)	360	2,65	5,00	3,88	0,44
	2. Boyut (sonra)	360	3,11	5,00	4,37	0,41
	3. Boyut (sonra)	360	3,00	5,00	4,23	0,45
	Toplam	360				
Yüksekokul	1. Boyut (önce)	110	3,00	4,65	3,76	0,34
	2. Boyut (önce)	110	2,84	5,00	4,21	0,40
	3. Boyut (önce)	110	2,85	4,92	4,08	0,40
	1. Boyut (sonra)	110	2,58	5,00	3,99	0,42
	2. Boyut (sonra)	110	2,79	5,00	4,48	0,43
	3. Boyut (sonra)	110	2,92	5,00	4,26	0,44
	Toplam	110				

Eğitim öncesinde ve sonrasında katılımcıların her bir boyut için tutumlarının öğrenim seviyelerine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Analiz sonucu

TABLO-76’da belirtilmiştir.

TABLO-76. Öğrenim Seviyesine Göre Tutum Farklılığının Anlamlılık Testi

	1. Boyut (önce)	2. Boyut (önce)	3. Boyut (önce)	1. Boyut (sonra)	2. Boyut (sonra)	3. Boyut (sonra)
Ki-Kare	100,775	96,177	75,281	26,192	22,918	13,161
Serbestlik derecesi	4	4	4	4	4	4
Anlamlılık	,000	,000	,000	,000	,000	,011

Kruskal Wallis Testi Tüm boyutlarda eğitim öncesi ve sonrası $P < 0,05$

4.3.3.3. Medeni Duruma Göre Tutumlar

Evli olan acemi erlerin eğitim öncesi ve sonrası 1. boyut tutum puanı ortalaması, evli olmayanlara göre yüksek çıkmıştır. Sonuçlar TABLO-77’de belirtilmiştir.

TABLO-77. Medeni Duruma Göre Boyut Tutum Puanları

Evlilik durumu		N	Minimum	Maksimum	Ortalama	St. Sapma
Evli	1. Boyut (önce)	50	2,42	4,19	3,66	0,36
	2. Boyut (önce)	50	2,68	4,89	4,01	0,47
	3. Boyut (önce)	50	2,85	4,85	3,97	0,44
	1. Boyut (sonra)	50	3,00	5,00	3,99	0,44
	2. Boyut (sonra)	50	3,58	5,00	4,41	0,40
	3. Boyut (sonra)	50	2,85	5,00	4,22	0,44
	Toplam		50			
Bekar	1. Boyut (önce)	1059	2,15	4,77	3,56	0,40
	2. Boyut (önce)	1059	2,00	5,00	4,00	0,50
	3. Boyut (önce)	1059	1,92	5,00	3,89	0,47
	1. Boyut (sonra)	1059	2,58	5,00	3,84	0,48
	2. Boyut (sonra)	1059	2,63	5,00	4,32	0,48
	3. Boyut (sonra)	1059	2,23	5,00	4,17	0,50
	Toplam		1059			

Eğitim öncesinde ve sonrasında katılımcıların 1. boyut için tutumlarının evli olup-olmamlarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Eğitim öncesinde ve sonrasında katılımcıların 2. ve 3. boyutlar için tutumlarının evli olup-olmamlarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Analiz sonucu TABLO-78’de belirtilmiştir.

TABLO-78. Medeni Duruma Göre Tutum Farklılığının Anlamlılık Testi

	1. Boyut (önce)	2. Boyut (önce)	3. Boyut (önce)	1. Boyut (sonra)	2. Boyut (sonra)	3. Boyut (sonra)
Mann-Whitney U	21566,000	26369,000	23961,000	21843,500	24203,500	25379,000
Wilcoxon W	582836,000	27644,000	585231,000	583113,500	585473,500	586649,000
Z	-2,219	-,048	-1,138	-2,093	-1,028	-,496
Anlamlılık (İki yönlü)	,026	,962	,255	,036	,304	,620

Mann-Whitney U Testi

1. boyutta eğitim öncesi ve sonrası $P < 0,05$ 2. ve 3. boyutlarda eğitim öncesi ve sonrası $P > 0,05$ **4.3.3.4. Ekonomik Duruma Göre Tutumlar**

Eğitim öncesinde katılımcıların ekonomik durumlarına göre tüm boyutlardaki boyut tutum puanı ortalamaları, gelir seviyesi yükseldikçe artış göstermektedir. Sonuçlar TABLO-79’da belirtilmiştir.

TABLO-79. Ekonomik Duruma Göre Boyut Tutum Puanları

Ekonomik durum		N	Minimum	Maksimum	Ortalama	St. Sapma
Yoksul	1. Boyut (önce)	123	2,62	4,42	3,48	0,38
	2. Boyut (önce)	123	2,63	5,00	3,93	0,52
	3. Boyut (önce)	123	2,38	5,00	3,83	0,48
	1. Boyut (sonra)	123	2,58	5,00	3,86	0,54
	2. Boyut (sonra)	123	3,00	5,00	4,33	0,49
	3. Boyut (sonra)	123	2,54	5,00	4,14	0,52
	Toplam		123			
Orta halli	1. Boyut (önce)	967	2,15	4,77	3,57	0,40
	2. Boyut (önce)	967	2,00	5,00	4,00	0,50
	3. Boyut (önce)	967	1,92	5,00	3,90	0,46
	1. Boyut (sonra)	967	2,62	5,00	3,85	0,47
	2. Boyut (sonra)	967	2,63	5,00	4,32	0,47
	3. Boyut (sonra)	967	2,23	5,00	4,17	0,50
	Toplam		967			
Zengin	1. Boyut (önce)	19	3,00	4,69	3,64	0,47
	2. Boyut (önce)	19	3,16	5,00	4,14	0,45
	3. Boyut (önce)	19	2,38	4,85	3,98	0,60
	1. Boyut (sonra)	19	3,27	4,54	3,91	0,36
	2. Boyut (sonra)	19	3,58	5,00	4,39	0,37
	3. Boyut (sonra)	19	3,08	4,85	4,18	0,50
	Toplam		19			

Eğitim öncesinde ve sonrasında katılımcıların her bir boyut için tutumlarının ekonomik durumlarına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Analiz sonucu TABLO-80’de belirtilmiştir.

TABLO-80. Ekonomik Duruma Göre Tutum Farklılığının Anlamlılık Testi

	1. Boyut (önce)	2. Boyut (önce)	3. Boyut (önce)	1. Boyut (sonra)	2. Boyut (sonra)	3. Boyut (sonra)
Ki-Kare	5,080	3,558	4,523	,406	,256	,687
Serbestlik derecesi	2	2	2	2	2	2
Anlamlılık	,079	,169	,104	,816	,880	,709

Kruskal Wallis Testi Tım boyutlarda eğitim öncesi ve sonrası $P>0,05$

5. TARTIŞMA

Etiğin ana konusu eylemdir. Kişiyi eyleme götüren etkenler kadar, eylemin içinde yapıldığı koşullar, eylemin yöneldiği şey, eylemin sonuçları, eylemin doğruluğu-yanlılığı ve gerektiğinde eylemin doğruluğunun temellendirilmesi etiğin alanını oluşturur(63)

Yaşamımızın her anında seçimler yaparız. Bu seçimlerden bazıları önemsizdir, diğerleri önemlidir. Bazı seçimler, kişisel tercihler, zevkler sonucu ya da sırf kapris nedeniyle yapılır. Diğer seçimler ise davranış standartlarına dayanır. Davranış standartlarına uymak her zaman kolay olmayabilir, çünkü bu standartlar birbirleriyle ve kişisel çıkarlarımızla çoğu zaman çatışırlar. İnsanlar, genellikle etik ve kişisel çıkarları arasında değil de, farklı etik, ahlaki, hukuki, siyasi, dini veya kurumsal yükümlülükler arasında bir seçim yapmak zorunda kalırlar. Bu sorunlu seçimler etik çıkmazları beraberinde getirir. Etik çıkmaz terimi, bir kişinin her biri bir davranış standardı tarafından desteklenen en azından iki farklı tutum arasında seçim yapmak zorunda kaldığı durumlar için kullanılır(53).

Tutum “Bir kimse, nesne ya da durumla ilgili, oldukça organize ve sürekli olan inanç ve duygular” olarak ifade edilebilir(38). Sosyal psikologlar Fishbein ve Ajzen (1975) ise tutumları “Belli kişi, grup, fikir ya da durumlara yönelik, sürekli olumlu ya da olumsuz tepkilere neden olan, öğrenilmiş eğilimler” olarak tarif etmektedirler. Sonuç olarak, en yalın haliyle tutum “Belirli nesne, durum, kurum, kavram ya da diğer insanlara karşı öğrenilmiş, olumlu ya da olumsuz tepkide bulunma eğilimi” olarak tanımlanabilir(65).

Tutumun üç temel boyutu vardır: Bilişsel boyutu, yani öğrenmeye dayalı olan; duygusal boyutu, yani duyguların söz konusu olduğu ve davranışsal, yani tepkilerin ortaya konduğu boyut(65). Tutum gözlenebilen bir davranış değil, davranışa hazırlayıcı bir eylemdir. Öyleyse bireyler ilk önce, o tutum objesi hakkında bazı bilgiler edinirler. Sonra onu duygusal bir tepki olarak ifade eder. En sonunda da onu davranışa

dönüştürür. Sahip olduğu bilgileri, davranışa dönüştürme aşaması boyunca çevreden gelen tepkilere de cevaplar verir(32).

Tutumların davranışlar üzerinde doğrudan etkili olduğu, ancak bunun nedenlerinin saptanmasının oldukça güç olduğu söylenebilir. Çünkü tutumların davranışları etkilemesi sürecinde normlar, değerler, alışkanlıklar, kişilik, öğrenme süreçleri ve çevresel faktörler rol oynamaktadırlar. Kişisel tutumlarımız yaşam boyu geçirdiğimiz tecrübeler ve yetiştirme tarzımız sonucu oluşur. Tutumlar bireylerin yaşam süreçleri içerisinde elde ettikleri tecrübelerinin birikimidir(36).

Kişi etrafındaki değişikliği izler, bu değişimlerden yeni bilgi elde eder, elde ettiği bilgi ve oluşturduğu inanç ve değer sistemi doğrultusunda dış dünyaya uyum sağlamaya çalışır. İşte bu uyum isteği zamanla tutumların değişmesine yol açar(19).

Tutumların oluşmasında 12-30 yaş dönemi kritik dönem olarak adlandırılmakta; bu dönem kendi içinde 12-20 yaş arası ergenlik evresi, 21-30 yaş arası da ilk yetişkinlik evresi olarak ayrıntılandırılmaktadır. Araştırma evreni yaş itibarıyla kritik dönemin ilk yetişkinlik evresi içinde yer almaktadır. Tutumların büyük bir bölümü bu dönemde nihai şeklini almaktadır. Akranlar, kitle iletişim araçları ve diğer kaynaklardan alınan bilgi ve eğitim bu aşamada ayrı bir öneme sahip olmaktadır.

Araştırmaya katılan acemi erlerin sosyodemografik özellikleri ile ÜSAP konusundaki bilgi ve tutumları eğitim öncesi ve eğitim sonrasında elde edilen veriler doğrultusunda değerlendirilmiştir.

5.1. Sosyodemografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Askerlik hizmetinin erteleyici bir neden olmadığı takdirde 20 yaşında yerine getirilmesi esas olduğundan araştırmaya katılanların büyük bir çoğunluğu 20 yaşında ve bekarıdır. TÜİK 2008 yılı verilerine göre Türkiye’de ortalama ilk evlenme yaşı erkekler için 26,2’dir(77). Bu kapsamda genç erişkin erkeklerin büyük bir çoğunluğu, evlilik öncesinde askerlik hizmeti esnasında ÜSAP eğitimi almaktadır. TSK üreme sağlığı

programının proje aşamasında en önemli çıkış noktası, özellikle evlilik öncesinde genç erişkin erkek nüfusu hedef almak ve bu kitleye ulaşabilmektir. Araştırma verilerine göre bu amacın öngörüldüğü şekilde gerçekleştiği görülmüştür.

TÜİK 2006 yılı verilerine göre Türkiye’de erkek yetişkinlerin okuma-yazma oranı %96’dır(81). Araştırma verilerimiz TÜİK verileri ile uyumlu olup, katılımcıların okuma-yazma oranı %97,8’dir.

Sağlık güvencesi olmayan katılımcıların oranı %39,2 olup, bu oran oldukça yüksektir. Bu kişilerin askerlik öncesinde istenen ölçüde sağlık hizmetlerini alamadığı askerlik dönemi sonrasında da büyük bir kısmının aynı duruma döneceği değerlendirilmiştir.

Katılımcıların büyük bir kısmı kendisi ve ailesinin gelirlerinin giderlerini karşıladığını, ekonomik durumlarının orta halli olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmada yer alan katılımcıların askere gelmeden önce ikamet ettikleri yer ve coğrafi bölgelere bakıldığında, Türkiye’nin tüm coğrafi bölgelerinden katılımcı mevcut olduğu görülecektir. Bu durum bölgeler açısından bilgi ve tutum farklılığının olup-olmadığının araştırılmasına imkan sağlamıştır.

5.2. ÜSAP ile İlgili Bilgi Seviyelerinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların 16,64(±3,06) olan eğitim öncesi toplam bilgi puanı ortalamasının, eğitim sonrasında 20,22(±3,16)’ye yükseldiği görülmüştür. Bilgi puanında %14,32 oranında anlamlı bir artış olmuştur(P<0,001). Bu kapsamda ÜSAP eğitiminin acemi erlerin konu ile ilgili bilgi seviyelerini arttırdığı dolayısıyla etkin olduğu değerlendirilmiştir.

Daha önce de belirtildiği gibi öğrenilmiş bilgi, tutumların oluşumunda önemli bir role sahiptir. Eğitim sonrasında katılımcıların bilgi düzeyinde meydana gelen artışın, ÜSAP alanındaki tutumlarını da olumlu yönde etkileyeceği değerlendirilmiştir.

Kır ve arkadaşlarının 2004 yılında iki ayrı askeri birlikte 410 asker üzerinde yaptığı araştırmada; katılımcıların HIV/AIDS bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Askerlere uygulanan soru formlarının doğru yanıt ortalaması 24 soru üzerinden 19,1(\pm 3,3) olmuştur. Evli olan katılımcıların ortalama doğru yanıt ortalamaları bekar olanlardan, cinsel ilişkiye girmiş olanlarınkı cinsel ilişkiye girmemiş olanlardan, AIDS hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu bildirenlerinki yeterli bilgiye sahip olmadığını bildirenlerden daha yüksek çıkmıştır. Doğru yanıt ortalaması Batı, Güney, Orta ve Kuzey bölgelerinde ikamet edenlerde benzer iken Doğu bölgesinde ikamet edenlerde daha düşüktür. Aylık geliri fazla olanların az olanlara göre ortalama doğru yanıt sayıları daha fazladır(35). Bizim alışmamızda ulaştığımız sonuçlar ile bu araştırmanın sonuçları benzerlik göstermektedir.

2004 yılında askeri bir birlikte yapılan araştırmada; basit rastgele yöntem ile 325 acemi asker seçilmiş, 310 kişiye ulaşılmıştır. Katılımcıların tamamı genç erişkin erkeklerdir, yaş ortalaması 21,8(\pm 1,7) olarak bulunmuştur. Geliştirilen anket formu 13 sorudan oluşmuş, araştırma bağımlı değişkeni olarak CYBE hakkındaki bilgi düzeyi alınmıştır. Bireylerin aldıkları puanlar 10 üzerinden puanlandırılarak değerlendirilmiştir. Genel bilgi puanlarına bakıldığında 6,4(\pm 2,3)'tür. ğrenim düzeyi ilkokulu bitirmemiş olanlarda başarı puanı ortalaması sadece 4,2 iken, bu değer öğrenim derecesine paralel artmış ve lise ve üstü okul mezunlarında 7,1'e çıkmış, gruplar arası farkın anlamlı olduğu bulunmuştur($P<0,001$). Batı bölgesinde doğmuş olanlar ve halen batı bölgesinde yaşamakta olanlar en yüksek başarı puanı ortalamasına sahiptir (Sırasıyla 7,8 ve 7,1)(1). Bizim alışmamızda elde ettiğimiz sonuçların, bu araştırmanın sonuçlarıyla uyumlu olduğu değerlendirilmiştir.

Bir askeri birlikte 2006 yılında 40 erbaş ve er üzerinde yapılan bir araştırmada; katılımcılara 2 gün süre ile günde 4 saat planlı eğitim verilmiş olup, eğitim öncesi ve sonrasında bilgi seviyeleri llmştir. Bu alışma, erlerin AP yöntemlerine ilişkin bilgilerinin eksik olduğunu göstermiştir. Erlerle eğitim verildikten sonra bilgi puanlarında önemli derecede, anlamlı ($P<0,001$) bir artış gözlenmiştir(69).

2007 yılında yapılan bir araştırmada; İkinci Ordu Komutanlığı bölgesindeki Kahramanmaraş, Gaziantep ve Diyarbakır illerindeki askeri birliklerde bulunan ÜSAP dershanelerinden üçer tanesi kura ile belirlenmiş, toplam 1837 asker çalışmaya katılmıştır. 25 soruluk bir bilgi testi içeren soru formları eğitim öncesinde ve sonrasında gözlem altında doldurulmuştur. Eğitim öncesi ve sonrasında tüm test ile beş alt soru grubuna verilen yanıtlar 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Katılımcıların eğitim öncesi aldıkları puanların ortalaması 64,0(\pm 18,5), eğitim sonrası puanlarının ortalaması 77,1(\pm 17,2) olup, artışın anlamlı düzeyde olduğu tespit edilmiştir($P<0,001$). Sonuç olarak, ÜSAP konularında verilen eğitimin, askerliğini yapmakta olan genç erişkin erkeklerin bilgi düzeylerinin artmasında etkili olduğu değerlendirilmiştir(24). Bu araştırmada tespit edilen eğitim öncesi ve sonrası bilgi puan ortalamaları ile eğitim sonrasındaki artış oranı, bizim araştırma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir.

Eğitim sonrası bilgi düzeyindeki artışın en önemli dayanağı eğitime katılan kişilerin bu eğitime açık olmalarıdır. Literatürde ifade edildiği gibi erişkin eğitiminin temel esaslarından birisi, kişinin kendisi için faydalı olacağına inandığı bilgiyi almaya eğilimli olmasıdır. Askerler toplumun genç ve seksüel olarak aktif kısmını oluşturmaktadır. Üreme sağlığı konularını içeren eğitim programları özellikle küçük yerleşim yerlerinden gelen ve 8 yıldan sonra eğitim almamış olan erkeklerin bilgilendirilmesinde önemli bir yere sahiptir(66).

2007 yılında yapılan daha geniş kapsamlı bir araştırmada; TSK Üreme Sağlığı Programı çerçevesinde Nisan 2004 ile Ocak 2006 tarihleri arasında 484.949 askere eğitim verildiği, eğitim öncesi ve sonrası doğru yanlış tipinde 25 soruluk testler uygulandığı belirtilmiştir. TSK Üreme Sağlığı Programı veritabanından alınan veriler doğrultusunda tüm eğitim görenlerden 135.905 doğuda doğan asker belirlenerek analizler bunlar üzerinde yapılmıştır. Bu kapsamda doğuda yaşamaya devam edenlerin ön test ve son test ortalamaları (Sırasıyla 62,3 ve 65,7), artık doğuda yaşamayanların aynı değerleri ile (Sırasıyla 80,8 ve 83,3) karşılaştırılmış ve anlamlı ($P<0,001$) fark bulunmuştur(25). Bu araştırmada uygulandığı belirtilen doğru yanlış tipindeki 25 soruluk testler ile bizim araştırmamızda kullanılan bilgi değerlendirme formu aynı olup, bulgularımızın mukayese edilebilmesine imkan sağlamaktadır. Bizim araştırmamızda da

Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgesinden gelen acemi erlerin toplam bilgi puanı ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrasında diğer bölgelere göre düşük çıkmış, en yüksek toplam bilgi puanı ortalaması ise marmara bölgesinden gelen acemi erlerde görülmüş olup, coğrafi bölgeler arasındaki bilgi farklılığının hem eğitim öncesinde hem de eğitim sonrasında anlamlı olduğu görülmüştür($P<0,001$).

Yine 2007 yılında yayımlanan bir araştırmada; TSK üreme sağlığı web-sitesi üzerinden 248.796 askeri kapsayan çalışma yapılmıştır. Bu araştırmada da eğitim öncesi ve sonrası uygulanan doğru yanlış tipinde 25 soruluk test verileri kullanılmıştır. 100 puan üzerinden yapılan değerlendirme sonucunda, ortalama puan kurs öncesi $65,7(\pm 15,4)$ iken kurs sonrasında $83,5(\pm 12,7)$ çıkmıştır($P<0,001$). Doğu bölgesinde ikamet edenlerin puanları kurs öncesi ve sonrasında diğer bölgelere göre düşük çıkmıştır($P<0,001$). Askerlerin öğrenim seviyesi yükseldikçe puanlarının da yükseldiği görülmüştür($P<0,001$)(29). Bizim araştırmamızdaki bulgular da bu araştırmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Ayrıca, bizim araştırmamızda eğitim öncesinde ve sonrasında askerlerin ekonomik durumlarına göre bilgi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup, eğitim sonrasında en az oranda bilgi puanı artışı da zengin olan grupta görülmüştür($P<0,01$).

Diğer araştırmalarda da görüldüğü üzere askerlere verilen ÜSAP eğitimi, bilgi seviyelerinde anlamlı bir artış sağlamıştır. Bizim çalışmamızda ise bu sonuca ilave olarak; ÜSAP eğitiminin askerlerin öğrenim seviyelerinden, bölgelerinden ve ekonomik durumlarından kaynaklanan bilgi farklılığını ortadan kaldırmadığı görülmüştür.

5.3. ÜSAP ile İlgili Tutumların Değerlendirilmesi

Eğitim öncesi genel tutum puanı ortalaması $3,78(\pm 0,38)$ iken eğitim sonrasında $4,08(\pm 0,42)$ 'ye yükselmiş olup, %7,44 oranında anlamlı bir puan artışı olmuştur($P<0,001$).

2004 yılında TSK'nde yapılan bir araştırmada; çeşitli aile planlaması eğitim tekniklerinin (kitapçık ve broşür dağıtımı, yansı ile ders anlatımı), genç erişkin

erkeklerin aile planlaması konusundaki bilgi ve tutumlarına etkisi incelenmiştir. Bir askeri birlikte görev yapan 2300 er/erbaştan 230'unun örneklem olarak seçilmiştir. İlk 76 kişiye kitapçık, sonraki 85 kişiye broşür dağıtılmış ve kalan 69 kişiye ders anlatılmıştır. Katılımcılara eğitimden önce ve bir gün sonra 20 adet bilgi sorusu ve 6 adet likert tipi tutum sorusu bulunan soru formu gözlem altında uygulanmıştır. Bilgi düzeyi puanları açısından atfedilen etkinlik broşür dağıtılan grupta en yüksek çıkmıştır ($P<0,01$). Tutum sorularına verilen cevaplar incelendiğinde olumlu yönde en yüksek artışın yansı ile ders anlatılan grupta olduğu saptanmıştır ($P<0,01$). Eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında her üç yöntemin de bilgi düzeyini arttırdığı ($P<0,01$), kitapçık dağıtılan grupta meydana gelen tutum değişikliğinin anlamlı olmadığı, broşür dağıtılan ve ders anlatılan gruplarda ise tutumda anlamlı ($P<0,01$) değişiklik meydana geldiği tespit edilmiştir(45).

Gençlerin üreme sağlığı bağlamında sınırlı olarak değerlendirilen bilgilerinin arttırmada farklı odak ve seçeneklere yöneldikleri görülmektedir. Gençler üreme sağlığı konusunda daha çok sağlık kurum ve kuruluşlarından bilgi almak istemektedir. Literatürde açıklandığı gibi üreme sağlığı alanındaki eğitimlerin bu alanda eğitim almış kişilerce verilmesi önemlidir(47).

Bizim araştırmamızda ÜSAP eğitiminde ders anlatımı, video film izlettirilmesi ve görsel eğitim materyalleri kullanılmıştır. Toplam bilgi puanı ortalamasında %14,32 oranında, genel tutum puanı ortalamasında %7,44 oranında artış olmuştur. Görüldüğü üzere ÜSAP eğitimi askerlerin bilgi düzeylerinde artışa ve tutumlarında olumlu değişime neden olmuştur. Ancak tutumlar üzerine olan etkisi bilgi düzeyine olan etkisinden daha az olmuştur. Araştırma sonuçlarımızın literatürle uyumlu olduğu değerlendirilmiştir.

5.3.1. ÜSAP ile İlgili Tutumların Alt Boyutlar Bağlamında Değerlendirilmesi

ÜSAP tutum ölçeğinin üç boyutu da değerlendirilmiştir. Alt boyutların tutum puanı ortalamaları eğitim öncesi ve sonrasında sırasıyla; 1. boyutta (3,56→3,85),

2.boyutta (4,00→4,32), 3. boyutta (3,89→4,17) olarak tespit edilmiştir. Eğitim sonrasında her bir boyutun tutum puanlarında birbirine yakın artışlar tespit edilmiştir.

Bunun yanı sıra hem eğitim öncesinde hem de eğitim sonrasında en düşük tutum puanı “Planlanmamış ve İstenmeyen Gebelikler ile Gebeliğin Sonlandırılması” başlıklı 1. boyutta çıkmış olup, en yüksek ise “Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar” başlıklı 2. boyutta çıkmıştır. “Kısırlık ve Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri” başlıklı 3. boyutun tutum puanı eğitim öncesi ve sonrasında orta sırada yer almıştır. Sonuçların bu şekilde çıkmasının, katılımcıların tamamının erkek ve büyük bir çoğunluğunun bekar olması nedeniyle diğer iki konuya göre CYBE konusunda daha fazla duyarlılık göstermesinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Aşağıda belirtilen araştırma bulgularının da bu düşünceyi desteklediği görülmektedir.

2002 yılında ergenlerin sağlık bilincinin geliştirilmesi projesi kapsamında yapılan bir araştırmada; yaşları 14-20 arasında değişen toplam olarak 56 gencin katıldığı 6 odak grup tartışması yapılarak veri toplanmıştır. Üreme sağlığı konularının tartışıldığı bölümde kız ergenler ile erkek ergenler arasındaki en belirgin farklılıklar kızların gebelik, doğum, gebeliğin önlenmesi ve sonlandırılması gibi konularda erkek ergenlerden daha bilgili ve sorumluluk benimseyici bir tutum geliştirmeleri olmuştur. Erkek ergenlerin bir kısmı söz konusu konuların henüz kendilerini ilgilendirmediği biçiminde bir tutum sergilemişler ve bu tür konuların sadece kadınları ilgilendirdiğini belirtmişlerdir. Erkek ergenlerin cinsel ilişkiye girme ve CYBE konularında daha bilgili oldukları görülmüştür(14).

Her bir boyut için eğitim öncesi ve eğitim sonrası arasındaki tutum farklarının anlamlı olduğu görülmüştür($P<0,001$). Bu kapsamda ÜSAP eğitiminin acemi erlerin tüm boyutlar ile ilgili tutumlarını olumlu yönde etkilediği değerlendirilmiştir.

5.3.2. ÜSAP ile İlgili Tutumların Madde Seviyesinde Değerlendirilmesi

Toplam 58 tutum ifadesi içeren tutum ölçeğinin her bir alt boyutundaki maddelere ilişkin bulgular sırasıyla değerlendirilmiştir.

5.3.2.1. Birinci Boyuttaki Maddelerin Değerlendirilmesi

Aşağıdaki maddeler ile aile içinde önemli kararların alınmasına ve kürtaj kararının alınmasına dair tutumlar sorgulanmıştır;

- * *Madde 1 : Gebeliği önleyici yöntemlerin kullanılmasına rağmen gebe kalınması halinde gebeliğin devamına ya da sonlandırılmasına (Kürtaj) erkek tek başına karar verir.*
- * *Madde 2 : Ailede önemli kararlar erkek tarafından alınmalıdır.*
- * *Madde 23 : İstenmeyen gebelikleri sonlandırma kararı sadece kadına bırakılmalıdır.*

Yukarıdaki tutum ifadelerine verilen cevaplar incelendiğinde; katılımcıların çoğunluğunun aile içinde kürtaj kararının ve diğer önemli kararların erkek tarafından alınması görüşüne taraftar olmadığı, bununla birlikte kürtaj kararının yalnızca kadın tarafından alınmasına da karşı oldukları görülmüştür. Aile içinde önemli kararların ve kürtaj kararının erkek tarafından alınması gerektiği görüşüne sahip katılımcıların büyük bir kısmının, ÜSAP eğitimi sonrasında bu tutumlarından vazgeçtiği görülmüştür. Bu kapsamda ÜSAP eğitiminin, aile içinde kürtaj kararının kadın ve erkeğin eşit katılımıyla alınması yönünde katılımcıların tutumlarını olumlu yönde değiştirdiği söylenebilir.

Aşağıdaki maddeler ile planlanmamış ve istenmeyen gebelikler ile gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin tutumlar sorgulanmıştır;

- * *Madde 3 : Planlanmamış bir gebelik mutlaka sonlandırılmalıdır.*
- * *Madde 5 : Planlanmamış bir gebelik halinde gebelik süresi 10 haftayı geçmişse yasal süre aşıldığından kürtaj yaptırılmamalıdır.*
- * *Madde 6 : Kürtaj yaptırabilmek için öngörülen 10 haftalık yasal süre yetersizdir.*
- * *Madde 8 : Kürtaj dini açıdan uygun olmadığı için yaptırılmamalıdır.*
- * *Madde 9 : Kürtaj bazı durumlarda (Tecavüz, annenin hayatının tehlikede olması, özürlü çocuk vb.) yaptırılabilir.*
- * *Madde 10 : Kürtaj insan öldürmenin bir türüdür ve kesinlikle yasaklanmalıdır.*

- * *Madde 11 : Kürtajın yapılabilmesi için sadece kadının ve erkeğin kararı/istemi yeterli olmalı, başka bir gerekçeye ihtiyaç duyulmamalıdır.*
- * *Madde 19 : Planlanmamış bir gebelik her zaman sonlandırılabilir.*
- * *Madde 24 : Gebelik planlanmamış olsa bile her çocuk doğmalıdır.*

Yukarıdaki tutum ifadelerine verilen cevaplar incelendiğinde; katılımcıların çoğunluğunun gerek dini inançlar, gerekse toplumsal gelenekler temelinde genel olarak kürtaja karşı oldukları, buna karşın bazı durumlarda (tecavüz, annenin hayatının tehlikede olması, özürlü çocuk vb.) kürtajın yapılabilmesine olumlu baktıkları görülmüştür. Ayrıca katılımcıların çoğunluğunun görüşü, kürtaj yaptırabilmek için öngörülen 10 haftalık yasal sürenin yeterli olduğu, bu sürenin aşılması halinde kürtajın yapılmaması gerektiği yönünde olmuştur. ÜSAP eğitimi sonrasında planlanmamış ve istenmeyen gebelikler ile gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin tutumlar üzerinde genel olarak olumlu yönde bir gelişme görülmüştür.

Aşağıdaki maddeler ile kürtajın kadın ve erkek üzerindeki etkisine ilişkin tutumlar sorgulanmıştır;

- * *Madde 4 : Kürtaj kadın için sıradan bir tıbbi müdahaledir.*
- * *Madde 25 : Kürtaj yaptırmak fiziksel ve ruhsal açıdan kadının sağlığını bozar.*
- * *Madde 26 : Eşinin kürtaj yaptırması erkeği de olumsuz olarak etkiler.*

Yukarıdaki tutum ifadelerine verilen cevaplar incelendiğinde; katılımcıların büyük bir çoğunluğunun görüşünün, kürtaj için yapılan tıbbi müdahalenin kadın için travmatik ve sıra dışı bir işlem olduğu, bununla birlikte kadını olduğu kadar erkeği de psikolojik açıdan etkilediği yönünde olduğu görülmüştür. ÜSAP eğitimi ile kürtajın kadın bedeni üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu, kadını ve erkeği ruhsal açıdan etkilediği, bir aile planlaması yöntemi olarak kullanılamayacağı hakkında katılımcıların farkındalıkları arttırılmıştır.

Aşağıdaki maddeler ile ailelerin sahip olacağı çocuk sayısı ve cinsiyet tercihleri ile ilgili tutumlar sorgulanmıştır;

- * *Madde 7 : Doğacak çocuğun cinsiyetini bilmek kürtaj kararını kolaylaştırır.*
- * *Madde 12 : Erkek adamın erkek çocuğu olur.*
- * *Madde 13 : Doğan her çocuğun rızkını “Allah” verir.*
- * *Madde 14 : Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar.*
- * *Madde 15 : Kız ya da erkek çocuk fark etmez her ikisi de hayırlıdır.*
- * *Madde 16 : Kızın varsa derdin var.*
- * *Madde 17 : Ailenin sahip olacağı çocuk sayısını eşler birlikte belirlemelidir.*
- * *Madde 18 : Her ailenin mutlaka bir erkek çocuğu olmalıdır.*

Yukarıdaki tutum ifadelerine verilen cevaplar incelendiğinde; katılımcıların büyük bir çoğunluğunun kız ya da erkek çocuk sahibi olma tercihi konusunda herhangi bir önceliklerinin olmadığı, ayrıca cinsiyet tercihinden kaynaklanabilecek bir kürtaj istemlerinin de olmayacağı görülmüştür. ÜSAP eğitimi ile katılımcıların, sahip olacağı çocuk sayısını belirleme ve cinsiyetleri ile ilgili tercihlerine dair tutumları olumlu yönde gelişmiştir.

Aşağıdaki maddeler ile aile planlaması yöntemlerinin eşlerden hangisi tarafından bilinmesi ve uygulanması gerektiğine dair tutumlar sorgulanmıştır;

- * *Madde 20 : Ailede planlanmayan gebeliklerden kaçınmak her zaman kadının görevidir.*
- * *Madde 21 : Erkekler aile planlaması yöntemlerini bilmelidir.*
- * *Madde 22 : Kadınlar aile planlaması yöntemlerini bilmelidir.*

Yukarıdaki tutum ifadelerine verilen cevaplar incelendiğinde; katılımcıların büyük bir çoğunluğunun aile planlaması yöntemlerini eşlerin her ikisinin de bilmesi gerektiği yönünde görüşlerinin olduğu, buna karşın yöntem uygulamasında sorumluluğu tamamen kadına yükleyen katılımcıların oranının da azımsanmayacak derecede olduğu görülmüştür. Aile planlaması yöntemlerinin uygulanması konusunda erkeğin de sorumluluğunun farkında olması bağlamında ÜSAP eğitimi katılımcıların tutumlarını olumlu yönde değiştirmiştir.

Kürtaj sürecinde erkeğin düşüncelerini ortaya koymak amacıyla yurt dışında yapılan bir araştırmada, kürtaj için bir sağlık kuruluşuna başvuran kadınların partnerleri ile görüşülmüştür. Araştırma kapsamındaki 30 erkekte üçte ikisinin eşlerinin kürtaj yaptırma kararına katılmadıkları görülmüştür(42). Bu oranın, diğer araştırmalarda elde edilen bulgulardan oldukça yüksek olduğu düşünülmüştür. Yapılan benzeri araştırmalarda kürtaj kararını çoğunlukla eşlerin birlikte aldığı yönünde bulgular mevcuttur.

2005 yılında yapılan bir çalışmada; isteğe bağlı kürtaj için bir sağlık kuruluşuna başvuran kadınların kürtaj uygulamasına yönelik düşünceleri değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 63 kadından %45'inin 28-35 yaş grubunda, %65,1'inin ilkokul mezunu, %98,4'ünün çalışmadığı, %66,7'sinin çekirdek aile olduğu, %38,1'inin köyde yaşadığı saptanmıştır. Kadınların çoğunluğu (%79,4) kürtaj olma kararını eşi ile birlikte verdiğini, %9,5'i kendisinin istememesi üzerine, %7,9'u ise eşinin istememesi üzerine kürtaj olduğunu ifade etmiştir(60).

Yapılan bir başka çalışmada, Şubat 1998 ve Eylül 2000 tarihleri arasında yasal tahliye için iki ayrı sağlık kuruluşuna başvuran 107 kadına bu kürtajı en çok kimin istediği sorulduğunda, 82'si (%77) ortak karar, 14'ü (%13) kadının tercihi, 11'i (%10) ise erkeğin tercihi olduğu yanıtı alınmıştır(74).

Bizim araştırmamızda kürtaj kararını erkeğin tek başına vermesi gerektiğini ifade edenlerin oranı eğitim öncesinde %7,2 olup, eğitim sonrasında %3,1'e düşmüştür. Bulgularımızın diğer araştırma bulgularıyla uyumlu olduğu değerlendirilmiştir.

Trakya Üniversitesi'ne 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 ve 2007 yıllarında kayıt yaptıran öğrenciler içinden seçilen 26.282 kişi (%52'si erkek, %48'i kız) üzerinde yapılan bir araştırmada; "Tıbbi gereklilik halinde kürtaj yapılmalı" ifadesine erkeklerin %33,8'i, kızların %49,5'i katılmışlardır. "Kürtaj kesinlikle uygulanmamalı" ifadesine erkeklerin %21,2'si, kızların %16,6'sı katılmışlardır. Kürtaj hakkındaki düşünceler açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür(72). Bu bulgular ile

bizim çalışmamızdaki bulgular arasındaki farklılığın, düşünce seçeneklerinin tek bir soru başlığı altında toplanmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kürtaj yaptırmak isteyen 402 evli kadın üzerinde yurt dışında yapılan bir araştırmada, istenmeyen gebeliklerin 1/3'ünün nedeninin kocalarının korunma yöntemi kullanmada isteksiz olmaları ve kondomun uygun şekilde kullanılmaması olduğu görülmüştür(12).

2007 yılında Çukurova Üniversitesinde 527 öğrenci üzerinde yapılan bir araştırmada; temel biyoetik konuları hakkındaki düşünceleri öğrenilmeye çalışılmıştır. Araştırmanın gebeliğe son verme bölümünde derlenen veriler genel olarak değerlendirildiğinde, gebeliğe son verme kararını hamile kadının tek başına almasını kabul etmeyenlerin % 66, kabul edenlerin % 25 oranında olduğu, hamileliğin başlarında rahimdeki varlığın henüz insan olmadığı dolayısıyla yaşamına saygı gösterilmesi gerekmediği görüşünü benimsemeyenlerin % 77, benimseyenlerin % 13 oranında olduğu, gebeliğin son aylarında bebeğin ciddi bir sağlık sorununa sahip olarak doğma olasılığının ortaya çıkması halinde riski göze alıp gebeliği sürdürmeyi destekleyenlerin % 34, desteklemeyenlerin % 33 oranında olduğu, gebeliğin son aylarında anne adayının doğum sürecinde ciddi bir sağlık sorunu yaşaması olasılığının ortaya çıkması halinde riski göze alıp gebeliği sürdürmeyi desteklemeyenlerin % 47, destekleyenlerin % 23 oranında olduğu görülmüştür(5). Bu araştırmanın bulguları ile bizim çalışmamızda elde edilen bulguların uyumlu olduğu değerlendirilmiştir.

TNSA-2008 kapsamında 15-49 yaşlarında halen evli 7.000 kadın ile görüşülmüş ve aile planlamasında %46'sının modern bir yöntem, %27,1'inin geleneksel bir yöntem kullandığı saptanmıştır. Modern yöntem kullanan ailelerin %31,3'ünün erkeğe ait bir yöntem kullandığı belirtilmiştir(40). Modern bir aile planlaması yönteminin çoğunlukla kadın tarafından kullanıldığı bu araştırmada ortaya konmuş olup, bizim araştırmamızda da yöntem kullanma sorumluluğunu kadına yükleyen genç erişkin erkeklerin oranı %28'4 olarak bulunmuştur. Bu oran eğitim sonrasında %17,9'a düşmüştür.

5.3.2.2. İkinci Boyuttaki Maddelerin Değerlendirilmesi

Aşağıdaki maddeler ile CYBE'nin tedavisine ilişkin tutumlar sorgulanmıştır;

- * *Madde 27 : Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda doktora hemen gidilmelidir.*
- * *Madde 28 : Cinsel yolla bulaşan hastalıkların kendiliğinden iyileşmesi beklenmelidir.*
- * *Madde 34 : Sağlık çalışanları cinsel yolla bulaşan hastalığı olanları hor görür.*
- * *Madde 39 : Cinsel yolla bulaşan bir hastalığın tedavi edilebilmesi için 18 yaş ve üzerinde olmanız gerekir.*
- * *Madde 41 : Her zaman bir kişinin cinsel organına bakarak onun cinsel yolla bulaşan bir hastalığa sahip olup-olmadığı söylenebilir.*
- * *Madde 44 : Cinsel yolla bulaşan hastalıkların belirtisi ortadan katlığında bir doktora gitmenize gerek yoktur.*

Yukarıdaki tutum ifadelerine verilen cevaplar incelendiğinde; katılımcıların büyük bir çoğunluğunun CYBE'nin zaman kaybedilmeden tedavi edilmesi gerektiğini düşündüğü, bir kısmının da böyle bir hastalığın sağlık çalışanları karşısında kişileri küçük düşüreceğini düşündüğü görülmüştür. ÜSAP eğitimi sonrasında söz konusu tutumların tamamında olumlu yönde bir artış olmuştur.

Aşağıdaki maddeler ile CYBE hakkındaki toplumsal algılamalara ve gizliliğe dair tutumlar sorgulanmıştır;

- * *Madde 29 : Cinsel yolla bulaşan bir hastalıktan tedavi alan bir kişi bu durumdan eşini veya cinsel birliktelik yaşadığı kişiyi haberdar etmelidir.*
- * *Madde 31 : Bel soğukluğu utanılacak bir hastalıktır.*
- * *Madde 35 : Cinsel yolla bulaşan hastalıklar utanç vericidir.*
- * *Madde 38 : Cinsel yolla bulaşan hastalıklar mutlaka gizli tutulmalıdır.*

Yukarıdaki tutum ifadelerine verilen cevaplar incelendiğinde; katılımcıların büyük bir çoğunluğunun CYBE'da eşin veya cinsel birliktelik yaşanan kişinin haberdar edilmesi gerektiğini düşündüğü, bir kısmının ise bu hastalıklara yakalanmanın

utanç vericisi olduğunu ve gizli tutulmasını düşündüğü görülmüştür. ÜSAP eğitimi ile CYBE'in utanç kaynağı olduğunu ve gizli tutulmasını düşünenlerin oranında azalma, eşin veya cinsel birliktelik yaşanan kişinin haberdar edilmesi gerekliliğine katılanların oranında ise artış sağlanmıştır.

Aşağıdaki maddeler ile CYBE'dan korunma ile ilgili olumlu tutumlar sorgulanmıştır;

- * *Madde 33 : Evlilik dışı cinsel ilişkiler bulaşıcı hastalıklar yönünden risklidir.*
- * *Madde 36 : Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için her ilişkide yeni bir prezervatif kullanılmalıdır.*
- * *Madde 37 : Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için en emin yol tek eşliliğdir.*
- * *Madde 45 : Eğer birden fazla partneriniz varsa cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalanma riskiniz artar.*

Yukarıdaki tutum ifadelerine verilen cevaplar incelendiğinde; katılımcıların büyük bir çoğunluğunun CYBE'dan korunmada tek eşliliğin önemine inandığı ve bariyer yöntemlerin etkin olduğunu düşündüğü görülmüştür. ÜSAP eğitimi sonrasında katılımcıların CYBE'dan korunmaya ilişkin tutumlarında olumlu yönde bir artış olmuştur.

Aşağıdaki maddeler ile CYBE ile ilgili yanlış bilinenlere dair tutumlar sorgulanmıştır;

- * *Madde 30 : AIDS vb. hastalıklardan korunmak için kullanılan prezervatif cinsel hazzı azalttığından dolayı kullanılmamalıdır.*
- * *Madde 32 : Erkek adama AIDS bulaşmaz.*
- * *Madde 40 : İlk kez cinsel ilişkide bulunanlar cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalanmaz.*
- * *Madde 42 : Sadece eşcinsel erkekler AIDS'e yakalanır.*
- * *Madde 43 : Sadece cinsel yaşamı aktif olan yetişkinler cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanabilirler.*

Yukarıdaki tutum ifadelerine verilen cevaplar incelendiğinde; katılımcıların bir kısmının CYBE konusunda bilimsel gerçeklerle örtüşmeyen yanlış inanışlara sahip olduğu görülmüştür. ÜSAP eğitimi ile söz konusu olumsuz tutumlara katılanların oranında azalma sağlanmıştır.

2000-2001 yıllarında GATA'de 146 sağlık astsubay okulu öğrencisi ile 123 asker üzerinde yürütülen bir çalışmada; öğrencilere CYBE konusunda eğitici eğitimi verilmiş, bu öğrenciler de askerlere eğitim vermiştir. Her iki grup için ayrı ayrı hazırlanmış soru testleri eğitimleri öncesinde ve sonrasında uygulanmıştır. Öğrencilerin eğitim öncesi 69,4(±9,7) olan puan ortalaması, eğitim sonrasında 87(±8) olmuştur. Askerlerin eğitim öncesi 52,2(±22,4) olan puan ortalaması, eğitim sonrasında 75,6(±17) olmuştur. Her iki grupta da anlamlı (P<0,001) bir bilgi artışı olmuştur(71). Bu araştırmada elde edilen sonuçların, TSK ÜSAP eğitim programının temellerinin atılmasına katkı sağladığı değerlendirilmiştir.

2007 yılında yapılan gençlerde cinsel sağlık ve üreme sağlığı araştırmasında, ülke genelinde 15-24 yaş grubu 911 erkek ve 1.064 kadın ile bireysel görüşme yapılmıştır. Gençlerin yüzde 83,7'si CYBE'ı duyduğunu belirtmiş olup, bu oran kadınlarda yüzde 79,9 iken erkeklerde yüzde 87,5 bulunmuştur. Her on gençten yalnızca birinin HIV/AIDS konusunda doğru bilgiye sahip olduğu, gençlerin yaklaşık % 97'sinin üreme ve cinsel sağlık hizmeti (ilk sırada bilgilendirme hizmeti gelmektedir) sunulmasını olumlu karşıladığı görülmüştür(86).

1995-1996 yıllarında Amerikan Hava Kuvvetleri'nde 32.144 acemi asker üzerinde yapılan bir araştırmada katılımcıların %16'sı, AIDS vb. CYBE'in bulaşma riskine rağmen bazen kondom kullanmadan cinsel ilişkiye girebileceğini belirtmiştir(15).

Güney Afrika'da 18-24 yaş arasındaki acemi askerler üzerinde yapılan bir çalışmada, AIDS ile ilgili sorulara askerlerin %80'in üzerinde doğru cevap verdiği, buna karşın hala yanlış inanışlara sahip olan ve kondom kullanmadan yeni bir partner ile ilişkiye girenlerin olduğu da görülmüştür(54).

2003 yılında yayımlanan, 705 lise öğrencisini (305'i kız, 400'ü erkek) kapsayan bir araştırmada; öğrencilerin AIDS hakkındaki bilgi ve tutumları ele alınmıştır. Öğrencilerin bilgi puanları ortalaması, 100 tam puan üzerinden 59,15(±14,22) olmuştur. Özel okul öğrencilerinin devlet okulu öğrencilerinden, erkeklerin kızlardan, üst sınıf öğrencilerinin alt sınıf öğrencilerinden daha fazla bilgiye sahip oldukları görülmüştür. Öğrencilerin çoğunluğunun AIDS hakkındaki bilgiyi medyadan öğrendikleri saptanmıştır(55).

2000-2002 yılları arasında Hacettepe ve Dicle Üniversitelerinde yapılan, 3666 öğrenciyi kapsayan araştırmada; gençlerin cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili bilgi, algı, tutum, risk davranışları ve deneyimlerini saptamak amaçlanmıştır. Her iki üniversitenin öğrencileri arasında sosyo-ekonomik, psiko-sosyal özellikler açısından bölgesel özelliklere paralel, o özellikleri yansıtan farklılıkların olduğu görülmüştür. Genel olarak bilgilerinin yetersiz olduğu, birinci sınıf öğrencilerinin bilgi açığının daha fazla olduğu ve hizmet gereksinimi olduğu tespit edilmiştir. Türkiye gibi nüfusu, bölgesel farklılıkları fazla olan bir ülkede cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerinde her bölgede uygulanabilecek tek tip, aynı içerikte bir müdahale modelinin düşünülmemesi gerektiği belirtilmiştir(4).

Türkiye'de cinsellik, başka birçok ülkede olduğu gibi, üstü kapalı bir konu olarak kalmıştır ve bu konuda eğitim, hizmet ve araştırma sınırlıdır. Ülkemizde ergenlere yönelik yapılandırılmış bir cinsel eğitim programı yoktur. Aile içerisinde başlaması beklenen cinsel eğitimi verecek olan ebeveynlerin de bu konuda yeterli bilgi birikimine sahip olduklarını söylenemez. Kaldı ki, sosyal ve kültürel faktörler nedeniyle cinsel konuların ailede halen tabu konumunda olduğu bilinmektedir(56).

Literatürde yer alan araştırma bulguları, bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçları destekler mahiyettedir. Askerler CYBE açısından risk grubunda olup, bu konuda bilgi almaya eğilimlidirler. Bilgi açıklarının bu konuda eğitim almış sağlık profesyonelleri tarafından verildiğinde etkili bir şekilde giderilebileceği, bu çalışmada ulaşılan sonuçlardan birisidir.

5.3.2.3. Üçüncü Boyuttaki Maddelerin Değerlendirilmesi

Aşağıdaki maddeler ile kısırlığın, eşler tarafından hissedilen hastalık algısına ilişkin tutumları sorgulanmıştır;

- * *Madde 47 : Kısırlık utanılacak bir durum değildir.*
- * *Madde 48 : Kısırlık tedavisi yakın aile üyelerinden bile gizli tutulmalıdır.*

Yukarıdaki tutum ifadelerine verilen cevaplar incelendiğinde; katılımcıların büyük bir çoğunluğunun kısırlığı utanılacak bir durum olarak görmediği, gizlemeye de gerek duymadıkları görülmüştür. Araştırmaya katılan askerlerin %95,5'inin bekar olduğu hatırlandığında, kısırlık konusunda vermiş oldukları yanıtlar şaşırtıcı bulunmamıştır. ÜSAP eğitimi ile bu konuda olumsuz tutum belirten katılımcıların oranında azalma sağlanmıştır.

Aşağıdaki maddeler ile kısırlığın kadından kaynaklandığına dair olumsuz tutumlar sorgulanmıştır;

- * *Madde 49 : Çocuk erkeğin gücünü gösterir.*
- * *Madde 50 : Kısırlığın nedeni kadın hastalıklarıdır.*
- * *Madde 51 : Çocuğu olmayan evli bir erkek yeni evlilikle şansını denemelidir.*
- * *Madde 53 : Çocuğu olmayan evli kadınlar tıbbi olmayan şifa yöntemlerini de uygulamalıdır.*
- * *Madde 57 : Bir ailede çocuğun olmaması boşanma nedenidir.*

Yukarıdaki tutum ifadelerine verilen cevaplar incelendiğinde; katılımcıların büyük bir çoğunluğunun, kısırlığın sadece kadından kaynaklandığı ve boşanma nedeni olduğu şeklindeki görüşe katılmadığı görülmüştür. ÜSAP eğitimi ile bu olumsuz tutumlara katılanların oranında azalma sağlanmıştır.

Aşağıdaki maddeler ile kısırlığın nedeni ve tedavisi ile ilgili tutumlar sorgulanmıştır;

- * *Madde 46 : Çocuğu olmayan evli çiftler tedavi için sağlık kuruluşuna birlikte müracaat etmelidir.*
- * *Madde 52 : Kısırlığın nedeni erkeğe ya da kadına ait olabilir.*
- * *Madde 55 : Üremeye yardımcı tedavi yöntemleri çok para gerektirir.*

Yukarıdaki tutum ifadelerine verilen cevaplar incelendiğinde; katılımcıların büyük bir çoğunluğunun, kısırlığın erkekten de kaynaklanabileceğine, eşlerin tedavi arayışına birlikte katılmaları gerektiğini düşündükleri görülmüştür. ÜSAP eğitimi sonrasında bu olumlu tutumlara katılanların oranında artış olmuştur.

Aşağıdaki maddeler ile çocuk sahibi olmaya ilişkin tutumlar sorgulanmıştır;

- * *Madde 54 : Çocuk sahibi olmak önemlidir.*
- * *Madde 56 : Çocuk sahibi olmak sabır gerektirir.*
- * *Madde 58 : Çocuk sahibi olmak neslin devamı için gereklidir.*

Yukarıdaki tutum ifadelerine verilen cevaplar incelendiğinde; katılımcıların büyük bir çoğunluğu, çocuk sahibi olmayı önemli ve sabır gerektiren bir durum olarak görmüşlerdir. ÜSAP eğitimi sonrasında bu tutuma katılanların oranında artış olmuştur.

2005 yılında Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik ve Sağlık Memurluğu bölümlerinde öğrenim gören 227 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada; öğrencilerin infertilite hakkındaki görüşleri belirlenmiştir. Öğrencilerin yaş ortalaması 21,62(±2,38) olup, %50,2'si hemşirelik bölümünde öğrenim görmekte, %55,1'i kız ve %79,3'ü herhangi bir işte çalışmamaktadır. Sağlık memurluğu bölümünde öğrenim gören, erkek olan ve çok çocuk sahibi olmayı isteyen öğrencilerin infertil olmaya yönelik daha olumsuz düşüncelerinin olduğu, kız öğrencilerin puan ortalamasının erkeklerden yüksek olduğu ve aralarında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür(P<0,001). Sağlık memurluğu bölümünde öğrenim gören öğrencilerin büyük çoğunluğu erkek öğrencidir. Bu sonuç, ataerkil özellik gösteren toplumumuzda yetişen erkekler için infertil olmanın ne derece önemli olduğunu gösterdiği şeklinde yorumlanmıştır(62).

Bir başka çalışmada, erkek ve kadınların çocuk sahibi olmayı isteme durumları arasında anlamlı farklılık olmadığı, ancak erkeklerin bu isteğinin kadınlara oranla daha fazla olduğu belirtilmiştir(18).

Yaş ortalaması 17,5(±0,98) olan, 772 lise öğrencisi (377'si kız) üzerinde yurt dışında yapılan bir araştırma ile infertilite hakkındaki bilgi ve tutumları incelenmiştir. Öğrencilerin %79'unun infertilite kavramını bildikleri, %94'ünün ise infertiliteye neden olabilen gonore ve klamidyaya enfeksiyonlarını bilmedikleri, %70'inin üreme fonksiyonlarının korunmasını önemsedikleri görülmüştür. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan öğrencilerin infertilite ve infertiliteye neden olan CYBE ile ilgili bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir(52).

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulguların literatürle uyumlu olduğu değerlendirilmiştir. Bazı CYBE'in (Gonore, klamidyaya) kısırlılığa neden olduğu dikkate alındığında, bu konunun eğitim esnasında özellikle vurgulanması gerektiği düşünülmüştür. Askerlerin CYBE hakkındaki bilgilerinin arttıkça, kısırlılığa karşı korunmada farkındalıklarının da artacağı değerlendirilmiştir.

5.3.3. ÜSAP ile İlgili Tutumların Sosyodemografik Özellikler Bağlamında Değerlendirilmesi

Araştırmanın bulguları katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre her bir alt boyutta değerlendirilmiştir. Bu kapsamda cevaplayıcıya ait temel bilgi formunda yer alan sağlık güvencesi olması, yaşadığı konutta ayrı oda bulunması ve aile ile birlikte yaşama kıstaslarına göre katılımcıların tutumlarında herhangi bir farklılık tespit edilemediğinden bu özellikler değerlendirmeye alınmamıştır.

5.3.3.1. Bölgelere Göre Tutumların Değerlendirilmesi

Araştırmada Türkiye'nin her bir coğrafi bölgesine mensup yeterli miktarda katılımcı mevcut olduğundan, bölgeler arasında tutum farklılığının olup-olmadığı değerlendirilebilmiştir.

Eğitim 6ncesinde boyut tutum puanı ortalamaları 6ç boyutta da Ege ve Karadeniz b6lgelerinden gelen acemi erlerde diğer b6lgelere g6re y6ksek 6ıkmıştır. G6neydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu b6lgelerinden gelen acemi erlerin eğitim 6ncesi boyut tutum puanı ortalamaları 6ç boyutta da diğer b6lgelere g6re d6ř6k iken, eğitim sonrasında y6kselmiş ve bu farklılıklar kaybolmuştur. Eğitim sonrasında t6m coğrafi b6lgelerde tutum puanı ortalamalarında artış g6r6lm6řt6r.

Hasde ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, TSK'nde askerlere verilen 6SAP eğitiminde doğu b6lgesinden gelen grubun 6n-test ve son-test bilgi puanlarının diğer b6lgelerden gelenlere g6re d6ř6k olduğu g6r6lm6řt6r($P<0,001$)(29).

G6çgeldi ve arkadaşlarının TSK 6reme sağlığı web-sitesi 6zerinden elde ettikleri veriler 6zerinden yaptıkları araştırmada; doğuda yaşamaya devam eden askerlerin 6n test ve son test ortalamalarının, artık doğuda yaşmayanların aynı değerleri ile karşılaştırıldığında daha d6ř6k olduğu g6r6lm6řt6r($P<0,001$)(25).

A6ıkel ve arkadaşlarının bir askeri birlikte yaptığı 6alışmada askerlerin CYBE ile ilgili bilgi d6zeyleri araştırılmıştır. Batı b6lgesinde doğmuş olan askerlerin ve halen batı b6lgesinde yaşamakta olanların en y6ksek başarı puanı ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır(1).

Bizim araştırmamızda da coğrafi b6lgeler arasındaki bilgi farklılığının hem eğitim 6ncesinde hem de eğitim sonrasında anlamlı olduğu g6r6lm6řt6r($P<0,001$). Buna ilave olarak, eğitim 6ncesinde katılımcıların her bir boyut i6in tutumları ikamet ettikleri coğrafi b6lgelere g6re anlamlı farklılık ($P<0,01$) g6stermekte iken, eğitim sonrasında bu farklılıkların 6ç boyutta da ortadan kalktığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla 6SAP eğitiminin coğrafi b6lgelerden kaynaklanan bilgi farklılıklarını gideremediği, ancak tutum farklılıklarını giderebildiği s6ylenebilir.

5.3.3.2. Öğrenim Seviyesine Göre Tutumların Değerlendirilmesi

Her öğrenim grubunda, tüm boyutlarda eğitim sonrasında tutum puanlarında artış olmuştur. Eğitim öncesi ve sonrasında boyut tutum puanı ortalamalarının, genel olarak öğrenim seviyesi yükseldikçe artış gösterdiği görülmüştür.

Eğitim öncesinde ve sonrasında öğrenim grupları arasındaki tutum farkları anlamlı ($P<0,05$) bulunmuştur. Ancak eğitim sonrasında, “Okuma-yazma bilmeyen ve İlkokul terk” grubundaki katılımcıların 1. boyuttaki tutum puanı ortalaması “İlkokul”, “Ortaokul” ve “Lise” grubundakilerden yüksek çıkmış olup, bu boyuttaki en fazla puan artışı da %11,2 oranla bu grupta olmuştur.

Ayrıca tüm boyutlarda, tutum puanlarındaki artış oranı ile öğrenim seviyesi arasında ters yönde bir ilişki görülmüştür. Tutum puanlarında en fazla artış oranının alt öğrenim seviyesindeki gruplarda, en az artış oranının da üst öğrenim seviyesindeki gruplarda çıktığı görülmüştür.

2007 yılında yayımlanan bir araştırmada, TSK’nde askerlere verilen ÜSAP eğitimi sonrasında en fazla bilgi puanı artışının düşük öğrenimli ve evlenmemiş gruplarda görüldüğü belirtilmiştir($P<0,001$)(29). Bizim araştırmamızda da bilgi puanlarındaki artış oranı ile öğrenim seviyesi arasında ters yönde bir ilişki görülmüş olup, buna ilave olarak ters yöndeki bu ilişkinin tutum puanları açısından da geçerli olduğu tespit edilmiştir.

Değişik tarihlerde TSK’de askerler üzerinde üreme sağlığı ve eğitimleri ile ilgili yapılan araştırmalarda uygulanan testlerde, askerlerin öğrenim seviyelerinin yükseldikçe puan ortalamalarının da yükseldiği görülmüştür. Ön-test son-test şeklinde toplanan verilerde ise, öğrenim seviyelerinden kaynaklanan farkın eğitim sonrasında da devam ettiği görülmüştür(1,25,29).

Çalışmamızın sonuçları bahsedilen çalışmalarla uyumludur. Bu kapsamda, üreme sağlığı ile ilgili olarak genç erişkin erkeklerin öğrenim seviyelerinden

kaynaklanan hem bilgi hem de tutum farklarının kısa süreli bir eğitim ile giderilemeyeceği söylenebilir.

5.3.3.3. Medeni Duruma Göre Tutumların Değerlendirilmesi

Evli ya da bekar her iki grupta da tüm boyutlarda eğitim sonrasında tutum puanlarında artış görülmüştür. Evli olan acemi erlerin eğitim öncesi ve sonrası 1. boyut tutum puanı ortalaması, evli olmayanlara göre yüksek çıkmıştır.

Eğitim öncesinde ve sonrasında katılımcıların evli olup-olmamalarına göre 1. boyutta tutumlarının anlamlı farklılık ($P<0,05$) gösterdiği, 2. ve 3. boyutlarda ise anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. İki grup arasındaki 1. boyuttaki tutum farklılığının ÜSAP eğitimi sonrasında da devam ettiği görülmüştür.

Bu bağlamda, evli olan katılımcıların planlanmamış ve istenmeyen gebeliklere ilişkin tutumlarının, bekarlara göre daha olumlu olduğu söylenebilir.

Göçgeldi ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada; ÜSAP eğitimi verilen askerlerin bilgi testlerinden aldıkları puanların, medeni durumlarına göre eğitim öncesinde ve sonrasında farklılık göstermediği görülmüştür(25). Bizim çalışmamızda ÜSAP tutum ölçeğinin 1. boyutu ile ilgili elde ettiğimiz bulguların, bu araştırmanın bulgularıyla uyumlu olmadığı görülmüştür.

5.3.3.4. Ekonomik Duruma Göre Tutumların Değerlendirilmesi

Katılımcıların ekonomik durumlarına göre yapılan gruplamada, tüm boyutlarda eğitim öncesinde tutum puanlarında, gelir seviyesinin yükseldikçe puanların da arttığı görülmüştür. Eğitim sonrasında ise grupların tüm boyutlarda boyut tutum puanı ortalamaları birbirine yakın çıkmıştır. Tutum puanlarında en fazla artış oranının gelir seviyesi düşük olan grupta, en az artış oranının da gelir seviyesi yüksek olan grupta çıktığı görülmüştür.

Hem eğitim 6ncesinde hem de eğitim sonrasında katılımcıların her bir boyut için tutumlarının ekonomik durumlarına g6re anlamlı farklılık g6stermediği tespit edilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, üreme sisteminin bütün işlev ve süreçlerinin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanan üreme sağlığı; gebeliğin meydana gelişinden, doğum, çocukluk, adölesan, erişkin ve ileri yaş dönemleri dahil ölüme dek her yaşı ve her iki cinsiyeti de ilgilendirmektedir.

Üreme hakları ise insanların tatmin edici ve güvenli cinsel yaşam sürdürmeye, istedikleri zaman istedikleri kadar üremeye karar verme serbestliğine (özgürlüğüne) sahip olması, erkeklerin ve kadınların doğurganlıklarını düzenlemek için gereken güvenli, etkili, bütçelerine uygun, ulaşılabilir yöntemler hakkında bilgi alma ve aynı zamanda gebelik bakımı ve doğum hizmetlerine ulaşma hakkına sahip olması şeklinde tanımlanmıştır.

Tüm dünyada görüldüğü gibi ülkemizde de üreme sağlığı alanındaki sorunlar arasında; anne ve bebek ölümleri, CYBE, düşükler, aile planlaması ve doğurganlığa ilişkin sorunlar yer almaktadır. Bu sorunların nedenleri araştırıldığında; bireylerin üreme sağlığı alanındaki bilgi eksikliği ve olumsuz tutumları ilk sıralarda karşımıza çıkmaktadır. Bu kapsamda eğitim ile bireylerin üreme sağlığı alanındaki bilgi açıklarını gidermek, dolayısıyla söz konusu problemleri makul boyuta çekebilmek ülkelerin uygulayacağı geldikleri bir politika olmuştur.

Üreme sağlığı alanındaki bu sorunlar aynı zamanda birçok ahlaki tartışma konusunu da beraberinde getirmektedir. Bu kapsamda ele alınan ve önemli etik yönleri de bulunan konular arasında; kadının doğurma hakkı, kürtaj, anne karnında cinsiyet belirlenmesi, CYBE, yardımcı üreme tekniklerinin ahlaki boyutu gibi oldukça geniş, kapsamlı ve çeşitlilik gösteren sorunlar bulunmaktadır.

Üreme sağlığı eğitimlerinde hedef kitlenin doğru belirlenmemesi, uygulanan programlardan beklenen sonuçların tam olarak alınamamasına neden olmuştur. Sadece kadınların hedef alındığı, erkekleri de içine almayan üreme sağlığı programlarının

başarıya ulaşmasının zor olduğu görülmüştür. Ayrıca, bireylerin üreme sağlığı eğitimiyle elde ettiği bilgiyi her zaman için davranışlarına yansıtmasını beklemek pek de gerçekçi görünmemektedir.

Dolayısıyla üreme sağlığı eğitim programlarında hedef kitle içinde kadınların yanı sıra erkeklerin de yer alması gerekmekte olup, eğitimin kişilerin üreme sağlığına ilişkin davranışlarında mümkün olduğunca olumlu değişiklikleri sağlayacak şekilde verilmesi esas alınmalıdır.

Öncelikle askerlik hizmetini yapmakta olan erbaş ve erleri hedef alan bir program kapsamında TSK'nde 2004 yılından itibaren askerlere ÜSAP eğitimi verilmektedir. Söz konusu eğitimin verildiği bir askeri birlikte yaptığımız araştırmada, elde ettiğimiz veriler ışığında şu sonuçlara ulaşılmıştır;

1. ÜSAP eğitimi, askerlerin bilgi düzeylerinde anlamlı bir artış sağlamıştır,
2. Öğrenim derecelerinden, bölgelerden ve ekonomik durumdan kaynaklanan üreme sağlığına ilişkin bilgi düzeyi farklılıkları verilen eğitim ile giderilememiştir,
3. Eğitim sonrasında, askerlerin büyük bir çoğunluğunun üreme sağlığı ile ilgili tutumlarında olumlu yönde anlamlı bir gelişme olmuştur,
4. Askerlerin çoğunluğunun gerek dini inançlar, gerekse toplumsal gelenekler temelinde genel olarak kürtaja karşı oldukları, buna karşın bazı durumlarda (tecavüz, annenin hayatının tehlikede olması, özürlü çocuk vb.) kürtajın yapılabilmesine olumlu baktıkları görülmüştür,
5. Eğitim sonrasında, kürtaj kararının kadın ve erkeğin eşit katılımıyla alınması şeklinde olumlu yönde bir tutum değişimi sağlanmıştır,
6. Askerlerin çoğunluğu kürtaj için yapılan tıbbi müdahalenin kadın için travmatik ve sıra dışı bir işlem olduğu, bununla birlikte kadını olduğu kadar erkeği de psikolojik açıdan etkilediği kanaatindeyiz,

7. Eğitim, kürtaj girişiminin bir aile planlaması yöntemi olmadığı konusunda askerlerin görüşlerini pekiştirmiştir,
8. Askerlerin büyük bir çoğunluğunun kız ya da erkek çocuk sahibi olma konusunda herhangi bir tercihi yoktur,
9. Askerlerin büyük bir çoğunluğunun aile planlaması yöntemlerini eşlerin her ikisinin de bilmesi gerektiğinin farkında olduğu, buna karşın yöntem uygulamasında sorumluluğu tamamen kadına yükleyen katılımcıların oranının da azımsanmayacak derecede olduğu görülmüştür,
10. Askerlerin büyük bir çoğunluğunun CYBE’da eşin veya cinsel birliktelik yaşanan kişinin haberdar edilmesi gerektiğini düşündüğü, bir kısmının ise bu hastalıklara yakalanmanın utanç verici olduğunu ve gizli tutulmasını düşündüğü görülmüştür,
11. Askerlerin çoğunluğu CYBE’den korunmada tek eşliliğin önemli olduğu kanısındadır,
12. Askerlerin büyük bir çoğunluğunun çocuk sahibi olmayı önemli ve sabır gerektiren bir durum olarak gördüğü, kısırlığı ise utanılacak bir durum olarak görmedikleri ve gizlemeye de gerek duymadıkları görülmüştür,
13. Eğitim ile askerlerin değişik coğrafi bölgelere mensubiyetlerinden kaynaklanan üreme sağlığına ilişkin tutum farklılıkları giderilmesine rağmen, öğrenim derecelerinden kaynaklanan tutum farklılıkları devam etmiştir,
14. Planlanmamış ve istenmeyen gebelikler ile gebeliğin sonlandırılması başlıklı alt boyut ile ilgili tutumlar genel olarak olumlu olmasına karşın, diğer alt boyutlara göre düşük derecededir,

15. Evli olan askerlerin planlanmamış ve istenmeyen gebelikler ile gebeliğin sonlandırılması başlıklı alt boyut ile ilgili tutumları bekar askerlere göre anlamlı derecede daha olumlu bulunmuştur.

Bu kapsamda TSK bünyesinde verilmekte olan ÜSAP eğitimlerinin askerlerin bilgi seviyelerini arttırdığı, tutumları üzerinde olumlu yönde gelişim sağladığı, ancak tutumlar üzerine olan etkisinin daha sınırlı olduğu değerlendirilmiştir. Tutumun gözlenebilen bir davranış değil davranışa hazırlayıcı bir düşünce aşaması olduğu göz önüne alındığında, ÜSAP eğitimi ile sağlanan tutum değişikliklerinin her zaman için davranışlara yansımaları da beklenmemelidir.

ÜSAP eğitimi sonrasında askerlerin burada öğrendikleri bilgileri sonraki yaşamlarında kullanmaları, kısacası davranışa dönüştürmeleri öngörülmektedir. Bu doğrultuda verilen bilginin mümkün olduğunca tutumlara, dolayısıyla da davranışlara etki etmesini sağlayacak şekilde mevcut ÜSAP eğitim programının yeniden düzenlenmesi gerektiği değerlendirilmiştir. Oğur ve arkadaşlarının TSK'nde verilmekte olan ÜSAP eğitimleri ile ilgili olarak yaptığı araştırmada, tutumlar üzerinde değişikliğin sağlanmasında en etkin yöntemin eğitici tarafından ders anlatımı olduğu belirtilmiştir(45).

Bu kapsamda, kurs veren eğitmen ve danışmanların yetişkin eğitimi teknikleri, iletişim ve danışmanlık becerileri konularındaki bilgilerinin belirli aralıklarla yenilenmesi faydalı olacaktır. Kullanılmakta olan standart bilgi ölçeğinin yanı sıra, bir tutum ölçeği de uygulanarak eğitimin tutumlar üzerindeki etkisi takip edilmelidir. Ayrıca üreme sağlığı veritabanı ile elde edilen veriler analiz edilmeli, sonuçları eğitimcilerle paylaşılmalı, ihtiyaç halinde eğitimle ilgili yeni düzenlemeler yapılmalıdır. Dolayısıyla TSK üreme sağlığı programı; eğitilen grubun, eğitici grubun ve organizasyon merkezinin devamlı iletişim ve etkileşim içinde bulunduğu dinamik bir yapı haline getirilmelidir.

Üreme sağlığı alanındaki planlanmamış ve istenmeyen gebelikler ile gebeliğin sonlandırılması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, kısırlık ve üremeye yardımcı

tedaviler başlıklı etik sorun alanları üzerinde, mevcut haliyle ÜSAP eğitim programının askerlerin tutumlarını olumlu yönde etkilediği bu araştırmada ortaya konmuştur.

Sonuç olarak verilen bilgi sayesinde tutumlar üzerinde, dolayısıyla davranışlar üzerinde olumlu yönde, etkin bir değişim sağlayan ÜSAP eğitiminin, bu alandaki etik sorunların azaltılmasına katkı sağlayacağı değerlendirilmiştir.

2004 yılından itibaren TSK bünyesinde verilmekte olan ÜSAP eğitiminin bilgi üzerine olan etkisi yapılan diğer araştırmalarda ortaya konmuştur. Bu araştırmada ise eğitimin bilgi üzerine olan etkisinin yanı sıra tutumlar üzerindeki etkisi de incelenmiştir. Askerlikleri esnasında ÜSAP eğitimi alan genç erişkin erkeklerin sonraki yaşamlarındaki davranışları üzerinde yapılacak araştırmalar ile bu eğitim programının gerçek yaşamdaki etkilerinin ortaya konacağı düşünülmektedir. Önümüzdeki süreçte bu yönde yapılacak araştırmalar, üreme sağlığı eğitim programlarının geliştirilmesine önemli katkılar sağlayacaktır.

KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Açıkel, CH., Babayiğit MA., Kılıç S., Hasde M., Bakır, B., 2004, Genç erişkin erkeklerin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi düzeyleri (Ankara 2004), TAF Prev Med Bull., 4(1):16-24 s.
2. Ağaçfidan, A., Akın, L., 2007, Türkiye’de cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve HIV/AIDS’in sürveyans sistemine ilişkin durum analizi, Altan, P., (Ed.), Ankara, Buluş Tasarım ve Matbaacılık, 31 s.
3. Akın, A., 1995, 21. Yüzyılda herkes için üreme sağlığı ve hakları, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (Eylül, 1994) , önerilen etkinliklere ilişkin özet rapor, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yay., 4-6 s.
4. Akın, A., Özvarış, ŞB., 2004, Adölesanların/gençlerin cinsel fve üreme sağlığını etkileyen faktörler projesi,
http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale_alanlari/genclik/sempozyum_dokumanlari/FinalPresentations_030606/turkish_presentations/2ndDay/01_Presentation_SevkatOzvaris_t.ppt, (28-012010).
5. Akın, H., 2007, Çukurova Üniversitesi fen-edebiyat fakültesi ve eğitim fakültesi öğrencilerinin temel biyoetik konuları hakkındaki görüşleri, Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniv., Sağ.Bil.Ens., 104 s.
6. Akın, L., Özyaydın, N., Aslan, D., 2006, Türkiye’de evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörler, Gülhane Tıp Dergisi, 48(2):63-69 s.
7. Albrectsen, AB., Güngör, S., Bakır, B., Akyüz, A., Göçgeldi, E., Kaya, T., Güleç, M., Hasde, M., Temiztugay, A., Pabuçcu, R., Yıldırım, G., 2008, Askeri birliklerde üreme sağlığı eğitimi ve danışmanlığı sistemi kurulması: Erkeğin katılımının sağlanması için Türk modeli, TAF Prev Med Bull., 7(2):97-106 s.
8. Altıparmak, S., Çiçeklioğlu, M., Yıldırım, G., 2009, Abortus ve etik, Cumhuriyet Tıp Dergisi 31:84-90 s.
9. Anderson, LW., 1991, Attitudes and their measurement, 1988 (Çev.: Çıkrıkçı, N.), A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 24(1):241-250 s.
10. Arda, B., Şahinoğlu, S., Kayı, AÇ., 1993, Yardımcı üreme tekniklerinin (IVF'nin) getireceği tıbbi etik sorunlar, T Klin Tıbbi Etik, 1:53-56 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

11. Aydın, S., 2000, Erkek üreme sağlığı, Van Tıp Dergisi, 7(3):117-119 s.
12. Banerjee, N., Sinha, A., Kriplani, A., Roy, KK., Takar, D., 2001, Factors determining the occurrence of unwanted pregnancies, Natl Med J India, 14(4):211-214 p.
13. Başer, M., 2000, Adölesan cinselliği ve gebelik, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1):50-54 s.
14. Bulut, A., Nalbant, H., Çokar, M., 2002, Ergenlerin sağlık bilincinin geliştirilmesi projesi: Ergenler ve sağlık durum raporu, <http://sdb.meb.gov.tr/okulsagligi/ergenrapor.pdf>, (24-12-2009).
15. Cooper, TV., DeBon, M., Haddock, CK., Esquivel, DR., Klesges, RC., Lando, H., Talcott, GW., 2008, Demographics and risky lifestyle behaviors associated with willingness to risk sexually transmitted infection in Air Force recruits, Am J Health Promot., 22(3):164-167 p.
16. Çokar, M., Tomruk, DG., Sert, G., Evlenme muayeneleri ve etik sorunlar, <http://www.pozitifyasam.org/publishDocument.php?id=710>, (13-06-2009).
17. Doğan, İ., 2005, İnsan hayatını koruma yükümlülüğü ve insan embriyosunun ahlaki statüsü, Kamu Hukuku Arşivi, 8(2):104-112 s.
18. Ekşi, B., 2005, Evliliğe hazırlık aşamasındaki karı-koca adaylarının evlilik ve anne-baba olma üzerindeki düşünceleri, Aile ve Toplum Dergisi, 2(8):75-84 s.
19. Erdoğan, İ., 1997, İşletmelerde davranış, İstanbul, İstanbul Üniv. İşletme Fakültesi Yay., 366 s.
20. Ergin, I., Üreme sağlığının değişen çehresi, uluslar arası metinler, http://halksagligi.med.ege.edu.tr/seminerler/2006-07/Ureme_sagligi_IE.pdf, (13-10-2009).
21. Elçioğlu, Ö., 2003, Üreme fonksiyonları ile ilgili tıbbi uygulamalar ve etik, İçinde: Erdemir, AD., Öncel, Ö., Aksoy, Ş., (Editörler), Çağdaş tıp etiği, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 288-308 s.
22. Eşrefoğlu, M., 2002, Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve etik, T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, 10:81-86 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

23. Fathalla, MF., 1992, Reproductive health in world: Two decades of progress and the challenge ahead, In: Khanna, J., Van Look, PFA., Griffin, PD., (Eds), Reproductive health: A key to a brighter future biennial report 1990-1991 special 20th anniversary issue, Geneva, WHO publ.; 3-32 p.
24. Göçgeldi, E., Bakır, B., Güleç, M., Akyüz, A., Kaya, T., Tüzün, H., Timur, S., Türker, T., Telatar, GT., Çakmak, H., Babayiğit, MA., Hasde, M., 2007, Genç erişkin erkeklere verilen üreme sağlığı ve aile planlaması eğitimlerinin bilgi düzeyinin artışına etkisinin değerlendirilmesi, <http://www.halksagligi.org/halkmed/index.php?id=3438>, (12-11-2009).
25. Göçgeldi, E., Bakır, B., Akyüz, A., Güleç, M., Kaya, T., Güngör, S., Hasde, M., 2008, Reproductive health training of Turkish soldiers from certain risk groups, Turk J Med Sci, 38(6):595-608 p.
26. Görkey, Ş., 2001, Gebeliğin sonlandırılmasında karşılaşılan etik sorunlar, İçinde: Hatemi, H., Doğan, H., (Editörler), Medikal etik (Doğum, ölüm süreçleri ve yaşamın anlamı), İstanbul, Yüce Yay., 80-109 s.
27. Günay, T., Kılıç, B., Kartal, M., Şahin, A., 2007, Erkeklerin aile planlamasına katılımını arttırmak için bir adım: Erlere yönelik aile planlaması eğitimi, T Klin J Gynecol Obst., 17:283-91 s.
28. Harris, J., 1985, The Value of Life, London, Great Britain by Butler-Tanner Ltd., 10-13 p.
29. Hasde, M., Güngör, S., Bakır, B., Akyüz, A., Göçgeldi, E., Açıkkel, CH., Kaya, T., Gül, R., Yıldırımkaaya, G., 2007, Reproductive health education of conscripts in Turkish Armed Forces: First evaluation of training courses, Mil Med, 172(12):1254-1259 p.
30. Hatcher, RA. ve ark., 1990, Kontraseptif yöntemler (Çev. Ed.: Dervişoğlu, AA.), Ankara, Demircioğlu Matbaacılık, 1. Basım, 58 s.
31. İsen, M., Özek, B., Özmen, Ş., Tüzer, TT., 2000, Ulusal aile planlaması hizmet rehberi, Ankara, Damla Matbaacılık, 205-218, 241 s.
32. Kağıtçıbaşı, Ç., 1988, İnsan ve insanlar, İstanbul, Evrim Basım Yayım Dağıtım, 84 s.
33. Kalaça, Ç., 1996, Üremeye yardımcı teknolojiler ve tıp etiği, T Klin Tıbbi Etik, 4:63-66 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

34. Kamal, N., 2000, The influence of husbands on contraceptive use by Bangladeshi women, Health Policy Plan., 15(1):43-51 p.
35. Kır, T., Kılıç, S., Oğur, R., Uçar, M., Hasde, M., 2004, Ankara'daki iki askeri birlikte erlerde HIV/AIDS bilgi düzeyinin değerlendirilmesi, TAF Prev Med Bull., 3(5):93-102 s.
36. Kirel, Ç., 2004, Tutum ve tutum değişimi, İçinde: Ünlü, S., (Ed.), Sosyal psikoloji, Eskişehir, Anadolu Üniv. Yay., 1. Basım, 69-75 s.
37. Kırımlıoğlu, N., 1998, Aile planlaması gebeliğin sonlandırılması ve Türkiye'deki nüfus politikaları hakkında yasalar ve etik yaklaşımlar, T Klin J Med Ethics, 6:24-32 s.
38. Kızılcılık, S., Erjem, Y., 1996, Açıklamalı sosyoloji sözlüğü, İzmir, Saray Kitabevleri, 562 s.
39. Koç, İ., Özdemir, E., 2004, Doğurganlık. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara, Hacettepe Üniv. Nüfus Etütleri Ens. Yay., 82 s.
40. Koç, İ., Yiğit, EK., Çoşkun, Y., 2009, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 ön rapor, Ankara, TÜBİTAK Yay., 17 s.
41. Kostrzewa, K., 2008, The sexual and reproductive health of young people in Latin America: Evidence from WHO case studies, Salud Publica Mex., 50(1):10-6 p.
42. Naziri, D., 2007, Man's involvement in the experience of abortion and the dynamics of the couple's relationship: a clinical study, Eur J Contracept Reprod Health Care, 12(2):168-174 p.
43. Neyzi, O., Yolsal, N., Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tanı ve Tedavi Rehberi, İstanbul, Aşama Mat., 2. Basım, 1-5 s.
44. Nuttall, J., 1997, Ahlak üzerine tartışmalar (Çev.: Yılmaz, A.), İstanbul, Ayrıntı Yay., 120-134 s.
45. Oğur, R., Tekbaş, ÖF., Uçar, M., Hasde, M., 2004, Genç erişkin erkeklerde aile planlaması eğitim tekniklerinin bilgi ve tutuma etkisi, <http://www.halksagligi.org/halkmed/index.php?id=2569>, (12-11-2009).

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

46. Özberk, E., 2003, Nüfus politikaları ve kadın bedeni üzerindeki denetim, Yüksek lisans tezi, Ankara Üniv., Sağ.Bil.Ens., 72 s.
47. Özcebe, H., Akın, L., Aslan, D., 2004, A peer education example on HIV/AIDS at a high school in Ankara. Turk J Pediatr, 46(1): 54-59 p.
48. Öztürk, H., 1997, Abortus ve etik sorunlar: Etik bunun neresinde, Ankara, Ankara Tabip Odası Yay., 75-83 s.
49. Özvarış, ŞB., 1997, Doğurganlığın düzenlenmesi, İçinde: Aile planlamasında temel bilgiler, İstanbul, Damla Matbaacılık, 5-15, 19 s.
50. Özvarış, ŞB., 2003, Üreme sağlığı ve aile planlaması, İçinde: Aile planlamasında temel bilgiler, Ankara, Damla Matbaacılık, 2 s.
51. Perrow, F., 2003, The road to global reproductive health, In: Kampen, JV., (Ed.), Reproductive health and rights on the international agenda 1968–2003, England, EuroNGOs Better Communication Project, 10 p.
52. Quach, S., Librach, C., 2008, Infertility knowledge and attitudes in urban high school students, Fertil Steril., 90(6):2099-2106 p.
53. Resnik, DB., 2004, Bilim etiği, 1998 (Çev.: Mutlu, V.), İstanbul, Ayrıntı Yay., 31 s.
54. Ryst, E., Joubert, G., Steyn, F., Heunis, C., Roux, J., Williamson, C., 2001, HIV/AIDS-related knowledge, attitudes and practices among South African military recruits, S Afr Med J., 91(7):587-591 p.
55. Savaşer, S., 2003, Knowledge and attitudes of high school students about AIDS: a Turkish perspective, Public Health Nurs., 20(1):71-79 p.
56. Set, T., Dağdeviren, N., Aktürk, Z., 2006, Ergenlerde cinsellik, Genel Tıp Derg., 16(3):137-141 s.
57. Sternberg, P., Hubley, J., 2004, Evaluating men's involvement as a strategy in sexual and reproductive health promotion, Health Promot Int., 19(3):389-96 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

58. Strong, C., Anderson, GD., 1994, Anethical framework for issues during pregnancy, In: Gillion, R., Wiley, J., (Eds.), Principles of health care ethics, 591 p.
59. Şahin, N., Güngör, İ., 2008, Türkiye’de uluslararası üreme sağlığı ve aile planlaması kongrelerinde sunulan çalışmaların değerlendirilmesi, Genel Tıp Dergisi, 18(4):153-157 s.
60. Şahin, S., Cevahir, R., Sözeri, C., 2006, Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi hastanesi’ne isteğe bağlı kürtaj için başvuran kadınların değerlendirilmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(1):17-32 s.
61. Şahinoğlu, S., Örs, Y., 2003, Kadın sağlığında tıbbi etik ve sorunları, İçinde: Akın, A., (Ed.), Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın, Ankara, Hacettepe Üniv. Yay., 219-227 s.
62. Taşçı, KD., Özkan, S., 2007, Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin infertilite hakkındaki görüşleri, TAF Prev Med Bull., 6(3):187-192 s.
63. Tepe, H., 1992, Etik ve metaetik, Ankara, Türkiye Felsefe Kurumu Yay., 6 s.
64. Tezcan, S., Bozbeyoğlu, AÇ., 2004, Düşükler ve ölü doğumlar, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Ankara, Hacettepe Üniv., Nüfus Etütleri Ens. Yay., 59 s.
65. Topkaya, E., Yalın, M., 2005, Uygulama öğretmenliğine ilişkin tutum ölçeği geliştirilmesi, Eğitimde Kuram ve Uygulama Dergisi, 1(1-2):14-24 s.
66. Uncu, Y., Sadıkoğlu, G., Özdemir, H., 2003, Bursa Hava Ulaştırma Okulu erbaş ve erlerine verilen aile planlaması eğitiminin etkinliğinin araştırılması, Türk Aile Hek Derg., 7(3):112-116 s.
67. Uysal, P., 2003, İn vitro fertilizasyon - embriyo transferi (IVF-ET) ve etik, T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, 11:41-44 s.
68. Uzun, E., Kişioğlu, M., 2007, Bir meslek yüksek okulunda okuyan öğrencilerin cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili bilgi durumları, S.D.Ü. Tıp Fak. Derg., 14(3):7-12 s.
69. Üzel, A., 2007, Er ve erbaşların aile planlaması ile ilgili bilgilerinin eğitim öncesi ve sonrası Değerlendirilmesi, Yüksek lisans tezi, Mersin Üniv., Sağ.Bil.Ens., 52-63 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

70. Yanikkerem, E., Saruhan, A., Şirin, A., 2008, Güvenli annelik açısından anne hakları, TAF Prev Med Bull., 7(2):179-186 s.
71. Yaren, H., Kır, T., Ucar, M., Göçgeldi, E., Hasde, M., 2004, Training enlisted men on sexually transmitted diseases and preparation of a training model, Mil Med., 169(12):980-984 p.
72. Yıldırım, T., 2008, Üniversite çağındaki ergenlerin cinsel bilgi, tutum ve davranışları, Uzmanlık tezi, Trakya Üniv., Tıp Fak., 50 s.
73. Yiğit, R., 2002, Fetus - yenidoğan hakları ve hemşirelik, C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6(2):50-56 s.
74. Yüksel, H., Odabaşı, AR., Kafkas, S., Onur, E., Çetinşahin, M., 2001, Aydın'da yasal gebelik tahliyesi amacıyla başvuranların korunma biçimi ve tahliye sonrası için düşündükleri korunma yöntemi, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2(3):5-8 s.
75. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi 2008 nüfus sayımı sonuçları, 2009, TÜİK Yay., <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=3992>, (20-10-2009).
76. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı sağlık sektörü için ulusal stratejik eylem planı, 2005, Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü Yay., 17 s., http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/01_USEP.pdf, (28-09-2009).
77. Evlenme ve boşanma istatistikleri 2008, 2009, TÜİK Yay., <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=4077>, (30-12-2009).
78. Healthy expectations: Celebrating achievements of the Cairo consensus and highlighting the urgency for action, 2009, UNFPA Publ., 2 p., <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/chartbook.pdf>, (10-08-2009).
79. Investing in people: National progress in implementing the ICPD programme of action 1994-2004, 2004, UNFPA Publ., p.10., http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/278_filename_icpd04_summary.pdf, (17-08-2010).

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

80. Nüfus ve kalkınma göstergeleri, 2007, TÜİK Yay., <http://nkg.tuik.gov.tr/goster.asp?aile=1>, (20-10-2009).
81. Nüfus ve kalkınma göstergeleri, 2007, TÜİK Yay., <http://nkg.tuik.gov.tr/goster.asp?aile=3>, (30-12-2009).
82. Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğünün 16 Ağustos 2006 tarihli ve Sayı: B.10.0.AÇS.0.12.00.14/610/3323 sayılı “Yazılı Soru Önergesi” konulu yazısı, <http://www2.tbmm.gov.tr/d22/7/7-14789c.pdf>, (23-08-2010).
83. Sekizinci beş yıllık kalkınma planı: Nüfus, demografi yapısı, Göç Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 2001, DPT Yay., 46-48, 120 s., www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/3345/oik572.pdf, (03-08-2010).
84. Türkiye ulusal anne ölümleri çalışması 2005, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/ozet_rapor.pdf, (27-08-2009).
85. Üreme sağlığı ve aile planlaması eğitim rehberi, 2003, Ankara, Damla Matbaacılık, 109-123 s.
86. 2007 Türkiye gençlerde cinsel sağlık ve üreme sağlığı araştırması, http://www.pozitifyasam.org/document/2007_CSUS_Arastirmasi.doc, (26-01-2010)
87. 2008 Report on the global AIDS epidemic, 2008, WHO Publ., 229-233 p., http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp, (25-07-2009).

CEVAPLAYICIYA AİT TEMEL BİLGİ FORMU

DOĞUM TARİHİ (Gün/Ay/Yıl) :

İKAMET ETTİĞİ YER (İl) :

(İlçe) :

(Bucak/Köy) :

1. Hiç evlendiniz mi?

Evet

Hayır → 3. soruya geçiniz.

2. Şu andaki medeni durumunuz nedir?

Halen evli

Eşi ölmüş

Boşanmış

Ayrı yaşıyor

3. Hiç okula gittiniz mi?

Evet → 5. soruya geçiniz.

Hayır

4. Okuma-yazma durumunuz nedir? → 6. soruya geçiniz.

Evet

Hayır

5. Öğrenim durumunuz nedir?

İlkokul mezunu

Ortaokul mezunu

Lise mezunu

Yüksekokul mezunu

6. Sağlık güvenceniz var mı?

Evet

Hayır → 8. soruya geçiniz.

7. Sağlık harcamalarınız için hangi sağlık güvencesini kullanıyorsunuz?

Emekli sandığı

SSK

Bağ-Kur

Yeşil kart

Özel sigorta

8. Ailenizin gelir durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Geliri giderini karşılamıyor

Geliri giderini karşılıyor

Geliri giderinden çok

9. Ailenizin ekonomik durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Yoksul

Orta halli

Zengin

10. Aileniz ile birlikte mi yaşıyorsunuz?

Evet

Hayır

11. Yaşadığınız konutta ayrı bir odanız var mı?

Evet

Hayır

ÜREME SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI TUTUM ÖLÇEĞİ

Bu ölçek askerlerin “Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması” ile ilgili duygu ve düşüncelerini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Ölçekte 58 ifade bulunmaktadır. Sizden beklenen; her bir ifadeyi dikkatlice okuduktan sonra düşünceye katılma derecenizi, aşağıdaki katılma derecelerine göre ilgili seçeneğe ait kutucuğa (x) ile işaretleyerek belirtmenizdir. İşaretsiz ifade bırakmayınız. Çalışmaya katıldığınız için teşekkürler.

İ F A D E L E R		Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1	Gebeliği önleyici yöntemlerin kullanılmasına rağmen gebe kalınması halinde gebeliğin devamına ya da sonlandırılmasına (kürtaj) erkek tek başına karar verir.					
2	Ailede önemli kararlar erkek tarafından alınmalıdır.					
3	Planlanmamış bir gebelik mutlaka sonlandırılmalıdır.					
4	Kürtaj kadın için sıradan bir tıbbi müdahaledir.					
5	Planlanmamış bir gebelik halinde gebelik süresi 10 haftayı geçmişse yasal süre aşıldığından kürtaj yaptırılmamalıdır.					
6	Kürtaj yaptırabilmek için öngörülen 10 haftalık yasal süre yetersizdir.					
7	Doğacak çocuğun cinsiyetini bilmek kürtaj kararını kolaylaştırır.					
8	Kürtaj dini açıdan uygun olmadığı için yaptırılmamalıdır.					
9	Kürtaj bazı durumlarda (tecavüz, annenin hayatının tehlikede olması, özürlü çocuk vb.) yaptırılabilir.					
10	Kürtaj insan öldürmenin bir türüdür ve kesinlikle yasaklanmalıdır.					
11	Kürtajın yapılabilmesi için sadece kadının ve erkeğin kararı/istemi yeterli olmalı, başka bir gerekçeye ihtiyaç duyulmamalıdır.					

EKLER DİZİNİ (devam ediyor)**EK-2**

12	Erkek adamın erkek çocuğu olur.					
13	Doğan her çocuğun rızkını “Allah” verir.					
14	Fazla çocuk çevrede sosyal güç sağlar.					
15	Kız ya da erkek çocuk fark etmez her ikisi de hayırlıdır.					
16	Kızın varsa derdin var.					
17	Ailenin sahip olacağı çocuk sayısını eşler birlikte belirlemelidir.					
18	Her ailenin mutlaka bir erkek çocuğu olmalıdır.					
19	Planlanmamış bir gebelik her zaman sonlandırılabilir.					
20	Ailede planlanmayan gebeliklerden kaçınmak her zaman kadının görevidir.					
21	Erkekler aile planlaması yöntemlerini bilmelidir.					
22	Kadınlar aile planlaması yöntemlerini bilmelidir.					
23	İstenmeyen gebelikleri sonlandırma kararı sadece kadına bırakılmalıdır.					
24	Gebelik planlanmamış olsa bile her çocuk doğmalıdır.					
25	Kürtaj yaptırmak fiziksel ve ruhsal açıdan kadının sağlığını bozar.					
26	Eşinin kürtaj yaptırması erkeği de olumsuz olarak etkiler.					
27	Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda doktora hemen gidilmelidir.					
28	Cinsel yolla bulaşan hastalıkların kendiliğinden iyileşmesi beklenmelidir.					
29	Cinsel yolla bulaşan bir hastalıktan tedavi alan bir kişi bu durumdan eşini veya cinsel birliktelik yaşadığı kişiyi haberdar etmelidir.					
30	AİDS vb. hastalıklardan korunmak için kullanılan prezervatif cinsel hazzı azalttığından dolayı kullanılmamalıdır.					
31	Bel soğukluğu utarılacak bir hastalıktır.					
32	Erkek adama AIDS bulaşmaz.					
33	Evlilik dışı cinsel ilişkiler bulaşıcı hastalıklar yönünden risklidir.					

EKLER DİZİNİ (devam ediyor)**EK-2**

34	Sağlık çalışanları cinsel yolla bulaşan hastalığı olanları hor görür.					
35	Cinsel yolla bulaşan hastalıklar utanç vericidir.					
36	Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için her ilişkide yeni bir prezervatif kullanılmalıdır.					
37	Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için en emin yol tek eşliktir.					
38	Cinsel yolla bulaşan hastalıklar mutlaka gizli tutulmalıdır.					
39	Cinsel yolla bulaşan bir hastalığın tedavi edilebilmesi için 18 yaş ve üzerinde olmanız gerekir.					
40	İlk kez cinsel ilişkide bulunanlar cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalanmaz.					
41	Her zaman bir kişinin cinsel organına bakarak onun cinsel yolla bulaşan bir hastalığa sahip olup olmadığı söylenebilir.					
42	Sadece eşcinsel erkekler AIDS'e yakalanır.					
43	Sadece cinsel yaşamı aktif olan yetişkinler cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanabilirler.					
44	Cinsel yolla bulaşan hastalıkların belirtisi ortadan kalktığında bir doktora gitmenize gerek yoktur.					
45	Eğer birden fazla partneriniz varsa cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yakalanma riskiniz artar.					
46	Çocuğu olmayan evli çiftler tedavi için sağlık kuruluşuna birlikte müracaat etmelidir.					
47	Kısırlık utanılacak bir durum değildir.					
48	Kısırlık tedavisi yakın aile üyelerinden bile gizli tutulmalıdır.					
49	Çocuk erkeğin gücünü gösterir.					
50	Kısırlığın nedeni kadın hastalıklarıdır.					
51	Çocuğu olmayan evli bir erkek yeni evlilik ile şansını denemelidir.					
52	Kısırlığın nedeni erkeğe ya da kadına ait olabilir.					
53	Çocuğu olmayan evli kadınlar tıbbi olmayan şifa yöntemlerini de uygulamalıdır.					
54	Çocuk sahibi olmak önemlidir.					
55	Üremeye yardımcı tedavi yöntemleri çok para gerektirir.					

EKLER DİZİNİ (devam ediyor)**EK-2**

56	Çocuk sahibi olmak sabır gerektirir.					
57	Bir ailede çocuğun olmaması boşanma nedenidir.					
58	Çocuk sahibi olmak neslin devamı için gereklidir.					

BİLGİ DEĞERLENDİRME FORMU

Aşağıdaki soruları doğru olanlara D seçeneğinin altına, yanlış olanlara ise Y seçeneğinin altına (×) ile işaretleyerek cevaplayınız.

		D	Y
1	Elle doyumun fiziksel veya duygusal bir zararı yoktur.		
2	Kadında cinsel ilişki rahim aracılığıyla olur.		
3	Kadında ilk ilişki sırasında kanama olmayabilir.		
4	Erkeklerde her sertleşme mutlaka boşalmayla sonuçlanmalıdır.		
5	Erkek çocuğun sünneti ya 2 yaşına kadar ya da 7 yaşından sonra yaptırılmalıdır.		
6	Hepatit B, AIDS/HIV enfeksiyonu, bel soğukluğu ve frengi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardır.		
7	Bel soğukluğu (gonore) erkekte ve kadında kısırlığa neden olmaz.		
8	AIDS/HIV enfeksiyonunun günümüzde kesin tedavisi vardır.		
9	Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmada her cinsel ilişkide mutlaka yeni bir kondom kullanılmalıdır.		
10	Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar başkalarına bulaşabildiği halde kişinin kendisinde hiçbir belirti vermeyebilir		
11	Aile planlaması istenilen sayıda ve zamanda çocuk sahibi olmaktır.		
12	Kondom aile planlaması yöntemidir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korumaz		
13	Hap, iğneler, rahim içi araç etkili korunma yöntemleri değildir.		
14	Çocuğun kız ya da erkek olmasında babadan gelen tohum hücresi etkilidir.		
15	Kadınların her ay adet görmesi gerekmez.		
16	Kondom ucunda boşluk kalmayacak şekilde sertleşmiş penise takılmalıdır.		
17	AIDS/HIV enfeksiyonu sadece cinsel ilişkiyle bulaşır.		
18	Daha önce cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirmiş ve tedavi ile iyileşmiş olan bir kişi tekrar hastalığa yakalanabilir.		

EKLER DİZİNİ (devam ediyor)**EK-3**

19	Kondom cinsel ilişki öncesinde kamışa sertleşme gerçekleşmeden takılır.		
20	Kamıştan veya hazneden renkli ve kötü kokulu akıntı gelmesi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarda karşılaşılan belirtilerdir.		
21	Gebe kadınlar, sağlık kuruluşunda düzenli aralılarla kontrol edilmelidir.		
22	18 yaşından küçük, 35 yaşından büyük kadınların gebe kalmalarında sakınca yoktur.		
23	Akraba evliliği sakat çocukların doğmasında etkilidir.		
24	Doğum sağlık kuruluşunda ya da sağlık personeline yapılmaya da olur.		
25	Emzirmek çocuğun ilk aşısıdır.		

ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Alper Tunga KÖKCÜ
Doğum Tarihi ve Yeri : 09.03.1976 / Mihalıççık
Uyruğu : T.C.
Medeni Durumu : Evli
İletişim Adresleri : 1.J.Eğt.Tb.K.lığı Revir Baştabipliği / KÜTAHYA

Eğitim Durumu

İlkokul : Şabanata İlkokulu - 1987
Ortaokul : Kozan Ortaokulu - 1990
Lise : Kuleli Askeri Lisesi -1994
Üniversite : GATA Askeri Tıp Fakültesi - 2001

Mesleki Deneyim

2001 yılından itibaren 1'inci basamak askeri sağlık kuruluşlarında tabur tabibi, sıhhiye bölük komutanı, sağlık şube müdürü, revir baştabibi ve sağlık kısım amiri görevleri.

Yayınlar

Sözlü Bildiriler :

1. Kökcü, AT., Elçioğlu, Ö., 2007, Organ, doku ve hücre nakil hizmetleri hakkında kanun tasarısının etik açıdan değerlendirilmesi, I. Uluslararası Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul, Nobel Yay., 575-582 s.
2. Elçioğlu, Ö., Kökcü, AT., Özden, H., Ünlüoğlu, İ., Akşit, MA., 2008, Selim Sırrı TARCAN'ın (1874-1957) "Çocuklara Sağlık Öğütleri" adlı kitabı üzerine bir değerlendirme, I. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongresi ve X. Ulusal Türk Tıp Tarihi Kongresi Bildiri Kitabı (Cilt-2), İstanbul, Form Reklam Hizmetleri, 1505-1516 s.

3. Kökcü, AT., 2009, Palyatif bakım, hospisler ve Türkiye’deki durumun değerlendirilmesi, II.Uluslararası Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi Bildiri Kitabı, Ankara, Nobel Yay., 435-443 s.

Bilimsel Etkinlikler

Sözlü Seminerler :

1. Askeri sağlık kurumlarında hasta hakları uygulamalarının değerlendirilmesi, Ocak-2007, ESOGÜ Sağ.Bil.Ens.
2. John Stuart Mill’in faydacı teoriye göre ahlak ve hukuk görüşlerinin değerlendirilmesi, Mayıs-2007, ESOGÜ Sağ.Bil.Ens.
3. Bilimsel yayınlarla ilgili etik sorunlar, Ocak-2008, ESOGÜ Sağ.Bil.Ens.

Katılan Kurslar :

1. Sahra Sağlık Hizmetleri Kursu, 2001, Sh.Shh.Okulu Komutanlığı, Samsun.
2. Acil Tıp Kursu, 2001, GATA Acil Tıp AD. Başkanlığı, Ankara.
3. Kanamalı Hastaya Yaklaşım Kursu, 2003, Asker Hastanesi Baştabipliği, Çorlu/Tekirdağ.
4. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Danışmanlık Kursu, 2003, Asker Hastanesi Baştabipliği, Çorlu/Tekirdağ.
5. Sahrada Tıbbi Müdahale Kursu, 2006, Asker Hastanesi Baştabipliği, Şırnak.
6. İlk Yardım Eğitici Eğitimi Kursu, 2008, Jandarma Okullar Komutanlığı, Ankara.
7. Acil Psikiyatri Kursu, 2009, GATA Askeri Psikoloji ve Harp Psikiyatrisi BD. Başkanlığı, Ankara.

Katılan Kongre ve Sempozyumlar :

1. Antisosyal Kişilik Bozukluğu Sempozyumu, 31 Ekim - 01 Kasım 2002, Çorlu/Tekirdağ.
2. I. Uluslararası Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi, 17-20 Ekim 2007, Antalya.
3. I. Uluslararası Türk Tıp Tarihi Kongresi ve X. Ulusal Türk Tıp Tarihi Kongresi, 20-24 Mayıs 2008, Konya.
4. TSK Kıt’a Koruyucu Ruh Sağlığı Sempozyumu, 06-08 Mayıs 2009, Ankara.
5. II. Uluslararası Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi, 04-07 Kasım 2009, Bursa.