

CİNSEL SAĞLIK / ÜREME SAĞLIĞI
NO: 5-B

GENÇLERE YÖNELİK ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ

KATILIMCI KİTABI

T.C.Sağlık Bakanlığı
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
Genel Müdürlüğü

Ankara, 2009

Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı
Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri

Katılımcı Kitabı

T.C.Sağlık Bakanlığı
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
Ankara, 2009
ISBN 975-590-136-1

Her hakkı saklıdır. Kaynak göstererek alıntı yapılabilir.
Kitabın bir kısmının ya da tamamının çoğaltılması için Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünden izin alınmalıdır.

Bu rehber Türkiye Üreme Sağlığı Programı (TÜSP) kapsamında gerçekleştirilmiştir.

Bu kitabın 3.000 adet 2009 yılı tıpkıbasımı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi tarafından gerçekleştirilmiştir.

Çalışma Ekibi

Modül Hazırlama Ekibi

Prof. Dr. Hilal ÖZCEBE
TÜSP Kısa Dönem Ulusal Uzmanı

Dr. Anke van DAM
TÜSP Kısa Dönem Uluslararası Uzmanı

Teknik Çalışma Ekibi

Dr. Erdal Mehmet AKSOY
Dr. Nazmi ALGAN
Prof. Dr. Münevver BERTAN
Doç. Dr. Orhan DERMAN
Necla GÜNERHAN
Dr. Nuray KANBUR
Prof. Dr. Emine KILIÇ
Doç. Dr. Nilgün KIRCALIOĞLU
Dr. Selen ÖRS
Edibe ÖZMEN
Dolunay POLAT
Doç. Dr. Ferit SARAÇOĞLU

Koç Üniversitesi Sağlık Merkezi, İstanbul
Okmeydanı AÇSAP Başhekimliği, İstanbul
Uluslararası Çocuk Merkezi, Ankara
Hacettepe Üniversitesi Adölesan Ünitesi, Ankara
İl Sağlık Müdürlüğü, Hemşire, Ankara
Hacettepe Üniversitesi Adölesan Ünitesi, Ankara
Ankara Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı, Ankara
Uluslararası Çocuk Merkezi, Ankara
Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Proje Asistanı, Ankara
Akran Eğitici
TEB Cinsel Danışma Merkezi
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları
ve Doğum Kliniği, Ankara
9 Nolu AÇSAP Merkezi, Ankara
İl Sağlık Müdürlüğü, Hekim, Ankara
Gazi Üniversitesi Üroloji Bölümü, Ankara

Dr. Vildan SEYREK
Dr. Çiğdem ŞİMŞEK
Dr. Lütfü TUNÇ

Sağlık Bakanlığı CS/ÜS Program Birimi

Dr. İbrahim AÇIKALIN
Dr. Emel ŞAHİN
Dr. Handan SERİM
Hem. Çağlayan ÇAKMAKÇI

AÇSAP Genel Müdürlüğü, Kadın Sağlığı Daire Başkanı
AÇSAP Genel Müdürlüğü TÜSP Gençlik Sonuç Sorumlusu
AÇSAP Genel Müdürlüğü
AÇSAP Genel Müdürlüğü

Teknik Destek Ekibi

Dr. Doğan Güneş TOMRUK
Dr. Ayşegül ESİN
Prof. Dr. Ayşe AKIN
Doç. Dr. Şevkat Bahar ÖZVARIŞ
Dr. Ahmet AFŞAR

TÜSP Teknik Destek Ekibi Uzmanı
TÜSP Kısa Dönem Ulusal Uzmanı
TÜSP Modüller Arası Koordinasyon Kısa Dönem Ulusal
Uzmanı
TÜSP Modüller Arası Koordinasyon Kısa Dönem Ulusal
Uzmanı
TÜSP Hizmet İçi Eğitim Kapasitesini Güçlendirme Projesi
Kısa Dönem Ulusal Uzmanı

Gözden Geçirme Ekibi

Prof. Dr. Hilal ÖZCEBE
Dr. Emel ŞAHİN
Dr. Cemal H. GÜVERCİN
Dr. Oğuz ÖZYARAL

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara
SB. AÇSAP Genel Müdürlüğü
Yenimahalle 1 no'lu AÇSAP Merkezi, Ankara
TÜSP Hizmet İçi Eğitim Kapasitesini Güçlendirme Projesi
Usta Eğitmeni

İçindekiler

KURSUN AMAÇLARI.....	1
TÜRKİYE'DE GENÇLERİN ÜREME VE CİNSEL SAĞLIK DURUMLARI	2
ADOLESAN VE GENÇLERİN CİNSEL VE ÜREME HAKLARI.....	12
GENÇLERİN CİNSELLİĞİ	14
GENÇLERİN CİNSELLİK NORM VE DEĞERLERİ	17
ADOLESAN DÖNEMDE FİZİKSEL, CİNSEL BÜYÜME, VE PSİKOSOSYAL GELİŞME	19
GENÇLERİN CİNSEL VE ÜREME SAĞLIK GEREKSİNİMLERİ	33
GENÇLERDE SIK GÖRÜLEN SORUNLAR.....	38
GENÇLERLE İLETİŞİM VE DANIŞMANLIK	51
SAĞLIK KURULUŞLARINA ULAŞMADA SINIRLILIKLAR VE ÇÖZÜM YOLLARI	60
SEKTÖRLERARASI İŞBİRLİĞİ	64
EYLEM PLANI.....	68

KURSUN AMAÇLARI

AMAÇ:

Gençlerin üreme ve cinsel sağlığı konularında duyarlılık geliştirecek bilgi, tutum ve danışmanlık becerileri kazanmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu kursun sonunda katılımcılar:

1. Adolesan ve gençlik dönemlerini tanımlayabilmeli
2. Türkiye'de gençlerin üreme ve cinsel sağlık durumlarını açıklayabilmeli
3. Gençlerin farklılıklarını tartışabilmeli
4. Gençlerin cinsel ve üreme haklarını ve bu haklara ulaşmalarında karşılaştıkları engelleri ve birinci basamak sağlık kuruluşları düzeyinde çözüm önerilerini tartışabilmeli
5. Gençlerin cinsellik kavramını tartışabilmeli
6. Gençlerin cinselliğine ilişkin kendi norm ve değerlerinin farkına varabilmeli ve anlayabilmeli
7. Adolesan dönemde fiziksel ve cinsel büyüme ve gelişmeyi ve psikososyal gelişmeyi açıklayabilmeli
8. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gencin öyküsünün alınması sırasında sorulması gereken soruları tartışabilmeli
9. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gencin fizik muayenesi sırasında yapılması gerekenleri tartışabilmeli
10. Gençlerin cinsel sağlık/üreme sağlığı gereksinimlerini sıralayabilmeli
11. Gençlerin eğitim ve bilgilendirme, hizmetler, aile ve toplum düzeylerinde cinsel sağlık/üreme sağlığı gereksinimlerini tartışabilmeli
12. Birinci basamak sağlık kuruluşları düzeyinde gençlerin cinsel sağlık/üreme sağlığı gereksinimlerini belirleyebilmeli
13. Gençlerin cinsel sağlık/üreme sağlığı gereksinimlerin belirlenmesinin birinci basamak sağlık kuruluşlarının hizmet sunumu üzerindeki etkilerini açıklayabilmeli
14. Gençlerde en sık görülen üreme ve cinsel sağlık sorunlarını sıralayabilmeli ve bu sorunlara yaklaşımı tartışabilmeli
15. Gençlerle iletişim kurma kurallarını tanımlayabilmeli
16. Gençlerle iletişim kurabilmeli ve danışmanlık yapabilmeli
17. Gençlerin sağlık hizmet kullanımında karşılaştıkları engelleri ve engellerin ortadan kaldırılmasına yönelik yapılması gerekenleri tartışabilmeli
18. Birinci basamak "Genç Dostu Sağlık Hizmetleri" için kriterleri sıralayabilmeli
19. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında daha "Genç Dostu" bir yaklaşıma yönelik değişiklikler önerebilmeli
20. Gençlerin bulunduğu diğer sektörleri sıralayabilmeli, bu sektörlerle işbirliğinin önemini tartışabilmeli ve sektörler arası işbirliği ile yapılacak aktiviteleri tartışabilmeli
21. Birinci basamak sağlık kuruluşuna ulaşılabilirlik, kaliteyi geliştirmek ve kullanımı artırmak için yapılabilecekleri sıralayabilmeli

TÜRKİYE'DE GENÇLERİN ÜREME VE CİNSEL SAĞLIK DURUMLARI

AMAÇ:

Adolesan ve gençlik dönemlerinin tanımı ve Türkiye'de gençlerin üreme ve cinsel sağlık durumları hakkında bilgi kazanmak

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

1. Adolesan ve gençlik dönemlerini tanımlayabilmeli
2. Türkiye'de gençlerin üreme ve cinsel sağlık durumlarını açıklayabilmeli
3. Türkiye'de gençlerin farklılıklarını tartışabilmeli

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10-19 yaş grubu "Adolesan" yaş grubu olarak, 15-24 yaş grubu ise "Genç" grubu olarak tanımlanmaktadır. Adolesan ve gençlik dönemlerine ait yaşların kesişmesi nedeniyle de 10-24 yaş grubu "Genç İnsanlar" olarak değerlendirilmektedir. Bu kurs programında adolesan ve gençlik dönemlerini içine alan 10-24 yaş grubu hedef olarak alınmıştır.

Genellikle çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilen gençlik döneminde (10-24), fiziksel, psikolojik, sosyal, bilişsel ve ekonomik değişimler yaşanmaktadır. Bu dönemde yaşamın ilk 10 yıllık dönemindeki kadar hızlı büyüme ve gelişme süreci yaşanmaktadır.

Genç insanlar çocuk olmadıkları gibi erişkin de sayılmamaktadırlar; bu da bir paradoksa neden olmaktadır. Adolesan dönemde bir genç, çocukluk dönemine göre daha büyük sayılmakla beraber, halen erişkin desteğine gereksinimi vardır.

Gençler, olayların sonuçlarını çok fazla irdelemedikleri için risk alma davranışları sergilemektedirler; gençlerin iyimser ve meraklı olan yapıları, olayların hemen ardından ümitsizlik ve depresyon duygularına sahip olma durumu sıklıkla gözlenebilir.

Gençler, anne ve baba olma sorumluluğuna henüz hazır olmadan biyolojik olarak anne ve baba olabilirler.

Gençlik döneminde olan değişiklikler onların gereksinimlerinin de değişmesine neden olur.

Gençlerin Toplam Nüfus İçindeki Payı:

Türkiye Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından yapılan 2000 Yılı Nüfus Sayımı sonuçlarına göre toplam ülke nüfusu 67 803 927 olup, 10-19 yaş grubunun nüfusu 7 599 131 ve 20-24 yaş grubunun nüfusu 6 690 147 ve toplam 10-24 yaş grubunun nüfusu 14 289 278'dir. 10-24 yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı %21,1'dir. Yani her beş kişiden birisi gençlik yaş grubundadır.

Okula Devam Durumu:

2003 Nüfus ve Sağlık Araştırmasının sonuçlarına göre:

- 10-14 yaş grubu erkek nüfusunun %36,6'sı ilköğretimi bitirmemiş, %53,4'ü ilköğretim birinci kademe mezunu ve % 21,0'ı ise ilköğretim ikinci kademededir. 10-14 yaş grubundaki kadınların %38,5'i ilköğretimi bitirmemiş, %51,5'i ilköğretim birinci kademe bitirmiş ve %9,9'u ise ilköğretim ikinci kademededir.

- 15-19 yaş grubundaki erkeklerin %5,0'ının ve 20-24 yaş grubunun %3,6'sının hiç eğitimi yoktur. 15-19 yaş grubundaki kadınların %14,9'unun ve 20-24 yaş grubundaki kadınların %12,3'ünün hiç eğitimi bulunmamaktadır.
- Kadınların eğitim kurumlarına devam yüzdeleri erkeklerden daha düşük ve okur-yazar olmama yüzdeleri ise erkeklerden daha yüksektir.
- Yaşa özel net okullaşma oranları 6-24 yaş grubunda %88,8; kadınlarda %87,0 ve erkeklerde %90,6'dır.
- Okuldan terk oranı 6-24 yaş grubu kişilerde 1-7. sınıflarda %5,2; sekizinci sınıfta ise %20,0'dır. 6-24 yaş grubu kadınlarda 8. sınıfta okulu terk yüzdesi 21,3 ve erkeklerde 19,1'dir.

Çalışma Yaşamına Katılma Durumu:

12-14 yaş grubunda %11,3'ü, 15-19 yaş grubunun %38,3'ü ve 20-24 yaş grubunun %57,1'i halen gelir getiren bir işte çalışmaktadır.

12-14 yaş grubunda %0,9'u, 15-19 yaş grubunun %6,3'ü ve 20-24 yaş grubunun %9,4'ü iş aramakta ancak bulamamaktadır.

Genç Kadınların Evlenme Yaşı:

Evlenmenin yaygın olduğu ve doğumların neredeyse hepsinin evlilik içinde meydana geldiği Türkiye'de, gebelik riski altına girmenin başlangıcı anlamına gelen ilk evlenme yaşı önemli bir demografik göstergedir.

Ortanca ilk evlenme yaşının 25-29 yaş grubundaki kadınlar arasında 21,0'dır. 15-19 yaş grubu kadınların %1,4'ü 15 yaşında evlenmiştir; 20-24 yaş grubu kadınların %2,2'si 15 yaşında, %18,4'ü 18 yaşında ve %33,1'i 20 yaşında evlenmiştir.

Ortanca ilk evlenme yaşında yıllar içinde bir artış vardır; 45-49 yaş grubunda 19,2 olan ortanca yaş, 25-29 yaş grubundaki kadınlarda 21'e çıkmaktadır. Çok erken yaşta yapılan evliliklerde belirgin bir azalma olduğu görülmektedir. Örneğin, 15 yaşında evlenmiş kadınların oranı, 45-49 yaş grubundaki kadınlar arasında %8 iken, 20-24 yaş grubundaki kadınlar arasında sadece %2'dir.

Evli olan 15-19 yaş grubu adolesanların %14,5'inin eğitimi yok/ilköğretimi bitirmemiş, %13,9'u ilköğretim birinci ve %2,3'ü ilköğretim ikinci kademeyi bitirmiş ve %3,0'ının lise ve üzeri eğitimi vardır.

Evli Kadınların Doğurganlık Özellikleri

2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre, 15-19 yaş grubundaki kadınların %5,7'sinin ve bu yaş grubundaki evli kadınların %48,5'inin canlı doğumu vardır.

Yaşlara göre doğurganlık aşağıdaki gibidir;

- 15 yaşındaki evli adolesanların %0,2'si,
- 16 yaşındaki evli adolesanların %1,3'ü,
- 17 yaşındaki evli adolesanların %5,3'ü,
- 18 yaşındaki evli adolesanların %11,4'ü ve
- 19 yaşındaki evli adolesanların %20,7'sinin doğurganlık öyküsü vardır.

20-24 yaş grubundaki kadınların %61,8'inin ve evli olan kadınların %23,4'ünün canlı doğumu yoktur. Bu sayılar göstermektedir ki, Türkiye'de evli olan genç kadınların doğurganlıkları yüksektir ve bu yaş grubunda evli olan kadınların yaklaşık dörtte üçünün 20-24 yaşlarında canlı doğumu olmaktadır. 25-29 yaş grubundaki kadınların ortalama ilk doğum yaşı 22,9 olması da bu bulgunun başka bir ifade şeklidir.

Düşük Öyküsü

15-49 yaş grubundaki kadınlardaki 100 gebelikten 11,3'ü isteyerek düşük şeklinde sonlanırken, 15-19 yaş grubunda 100 gebelikten 3,4'ü ve 20-24 yaş grubunda 100 gebelikten 5,6'sı isteyerek düşük şeklinde sonlanmıştır.

Evli Kadınların Gebelikten Önleyici Yöntem Bilgisi ve Kullanımı

2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre, 15-19 yaş grubu evli kadınların %98,0'ı ve 20-24 yaş grubu evli kadınların %99,5'i herhangi bir modern yöntem bilmektedir.

15-24 yaş grubunda evli kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı (%) aşağıdaki gibidir:

Yaş	Herhangi bir yöntem	Herhangi bir modern yöntem	Herhangi bir geleneksel yöntem	Yöntem kullanmıyor
15-19	44,3	16,9	27,5	55,7
20-24	59,2	31,4	27,9	40,3

Gençlik döneminde evli kadınların önemli bir kısmı gebelik planlamakta ve hiç bir yöntem kullanmamaktadır.

15-19 yaş grubundaki evli kadınların %26,0'ı ilk iki yıl içinde ve %46,0'ı iki yıldan sonra çocuk istemektedir. Bu yüzdeler 20-24 yaş grubu evli kadınlar için sırasıyla %17,4 ve %46,8'dir.

Üniversite Gençliği

Türkiye'de üniversitelerde okuyan gençlerin ise cinsellik konusundaki bilgi ve davranışları evli gençlere göre farklılık göstermektedir. Üniversite öğrencilerinin büyük bir kısmı bekârdır. Erkeklerin çoğunun, kızların daha az ama önemli bir kısmının karşı cinsiyet ile ilk temas ve cinsel ilişki deneyimi olduğuna ilişkin bulgular vardır.

Üniversite gençliğinin de cinsellik hakkındaki bilgileri de oldukça yetersizdir. Üniversitelerimizde yapılan bazı çalışmaların bulguları aşağıda sunulmuştur.

Akın ve Özvarış'ın Hacettepe (n=1789) ve Dicle Üniversiteleri (n=1877) birinci sınıf öğrencilerinde yaptıkları çalışmada, gençlerin cinsel sağlık/üreme sağlığı bilgi açığı ve hizmet gereksinimleri olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmada Hacettepe Üniversitesinde kız öğrencilerin %2,3'ü ve erkek öğrencilerin %12,8'i cinsel ilişki deneyimi olduğunu ifade etmiştir. Dicle Üniversitesinde aynı yüzdeler sırasıyla %2,3 ve %12,8'dir. Gebelik öyküsü Hacettepe Üniversitesinde %4,5 ve Dicle Üniversitesinde %6,1'dir. Üniversite gençliğinin %85'inin cinsel sağlık/üreme sağlığı konusunda herhangi bir hizmet almadıkları ortaya çıkmaktadır.

Ungan ve Yaman'ın Orta Doğu Teknik Üniversitesinde (n=1693) yaptıkları çalışmada öğrencilerin %51'i AIDS hastalığı hakkındaki bilgileri yeterli bulunmuştur. Öğrencilerin %19'unun cinsel ilişki deneyimi olup, son cinsel ilişkide kondom kullanımı ise %30'dur.

Erkeklerde İlk Cinsel İlişki Yaşı

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (1998) sonuçlarına göre, 25-29 yaş grubundaki erkeklerin ortalama ilk cinsel ilişki yaşı kentlerde 18,8 ve kırdada ise 20,7'dir. Türkiye için ortalama yaş 19,2 olup, bölgeler arası farklılıklar vardır; Orta Anadolu Bölgesi'nde 20,1, Batı Anadolu Bölgesi'nde 18,6 (en düşük) ve Doğu Anadolu Bölgesi'nde 21,0 yaş (en yüksek) olduğu görülmektedir.

Yapılan çalışmalar sosyal yapı ile birlikte ilk cinsel ilişki yaşının değiştiğini göstermektedir. Üniversitelerde değişik sınıflarda yapılan çalışmalarda genç erkeklerin %65-80'inin cinsel ilişki deneyimi olduğu bulunmuştur. Yapılan araştırmalara göre üniversite öğrencisi erkeklerin ortalama ilk cinsel ilişki yaşları 17,0-17,8 arasında bulunmuş olup, bir başka çalışmada ise erkeklerin %57'sinin 17 yaşından evvel cinsel ilişki deneyimleri olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde yapılan bu çalışmalar ilk cinsel ilişki yaşının dünyadaki birçok ülkede olduğu gibi 17 yaş civarında olduğu göstermektedir.

Yapılan yerel araştırma sonuçlarına göre erkeklerin cinsel ilişkide bulundukları kişiler seks işçileri, kız arkadaş, tanıdık bir kadın, nişanlı/sözlü, tanıdık olmayan herhangi birisi ve eştir.

Kırsal Bölgede Erkekler

Ülkemizde adolesan yaş grubunun üreme sağlığı bilgileri ve davranışlarının saptanması amacıyla birçok çalışma yapılmıştır ve halen yapılmaktadır. Ancak kırsal kesimde ve erkeklerde yapılmış olan çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır.

Kırsal bölgede yapılan bir çalışmada (4 köy; n=202) 15-24 yaş grubundaki erkeklerin %45,4'ü cinsel ilişki deneyimleri olduğunu ifade ederken, ortalama ilk cinsel ilişki yaşı 16,5 (SS 2,4) dır. İlk cinsel ilişkide kondom kullanımı ise %13,0'dır. Kırsal kesimdeki erkekler ile kentlerde yaşayan ve üniversitede okuyan gençlerin ilk cinsel ilişki yaşları arasında önemli bir fark olmadığı görülmektedir.

Kızlarda İlk Cinsel İlişki Yaşı

Toplumun değişik kesimlerinde yaşayan genç kızların farklı davranışlara sahip olduğu bilinmektedir. Bir kesimde erken yaşta evlenme daha yaygın iken, bir kesimde ise evlilik öncesi cinsellik yaşanmaktadır. Yapılan yerel çalışmalara göre kızlarda evlilik öncesi ilk cinsel ilişki yaşı 19-20 civarındadır.

Erkekler evlilik öncesi cinsel ilişki deneyimine kızlardan daha fazla sahiptirler.

Kızlarda ilk cinsel eş ise genellikle erkek arkadaş olarak tanımlanmaktadır.

Kızlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımı ise düşüktür.

Cinsellik Konusunda Bilgiler

Kızların ve erkeklerin fiziksel, cinsel ve psiko sosyal gelişim evreleri hakkında bilgileri yeterli düzeyde değildir. İlköğretim okullarının birinci kademelerinde öğrencilere adolesan dönem ve üreme/cinsel sağlık konusunda bilgi verilmemektedir. Ancak ilköğretim okullarının ikinci kademesinde fen bilgisi dersinde üreme sistemlerine yer verilmektedir. Üreme sağlığı ile ilgili bilgiler ortaöğretim eğitim müfredatında yer

almaktadır. Burada yer alan bilgi ise üreme sağlığı kapsamında olup cinsel sağlık açısından oldukça sınırlıdır.

Milli Eğitim Bakanlığı adolesan üreme/cinsel sağlığı konusunda bazı ek programlar çerçevesinde eğitim vermeye başlamıştır. Ergenlik Döneminde Değişim Projesinde ilköğretim okulları ikinci kademe öğrencilerine eğitilmiş öğretmenler ile bazı üreme sağlığı bilgileri verilmektedir.

Üniversitelerde ve liselerde yapılan küçük örneklem grupları ile yapılan çalışmalarda da gençlerin üreme sağlığı bilgileri yetersiz olarak değerlendirilmektedir.

Bilgi kaynaklarından alınan bilginin yetersiz olması ve değişen vücut yapısını tanımaması gençlerin kendi bedenleri hakkında endişe duymalarına yol açmaktadır. Kızlar menarş ve erkekler spermarş sırasında korku, endişe, utanç, panik olma gibi değişik duyguları yaşamaktadırlar.

Bunun yanı sıra cinsel gelişim sırasında ortaya çıkan bazı sağlık sorunları konusunda da yeterli bilgiye sahip olmadıkları için endişe ve korkuları daha da artmaktadır.

Bilgi Kaynakları

Gençlerin üreme sağlığı bilgi kaynaklarının farklı olduğu bilinmektedir. Kentsel kesimde yapılan araştırmalarda lise öğrencilerinin cinsellik ile ilgili bilgilerine ait bilgi kaynakları şu şekilde bulunmaktadır: Arkadaş, gazete-dergi, televizyon ve kitap. Üniversite öğrencilerinde bilgi kaynakları bir miktar daha farklıdır, arkadaş, anne ve baba çok daha arka planlarda kalmaktadır ve yazılı materyal daha ön sıralara geçmektedir.

Sosyoekonomik durum yükseldikçe de bilgi kaynaklarının sıralamasının değiştiği görülmektedir. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki gençler tarafından yazılı bilgi kaynaklarının daha fazla kullanıldığı vurgulanmaktadır.

Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu (1997) tarafından Türkiye'yi temsil eden bir örneklem üzerinde yapılan çalışmada, ergenlerin bilgi kaynaklarına ulaşma durumu yerel çalışmaların sonuçlarını destekler sonuçlar bulunmuştur.

Sağlık Hizmetlerine Ulaşım

Evli ve son beş yıl içinde doğum öyküsü olan 20 yaşından küçük kadınların %14,4'ü doğum öncesi bakım hizmeti almamıştır. Doğumların %20,8'i evde yaptırılmış ve doğumların %82,7'si hekim ve hemşire tarafından yaptırılırken, %8,2'si geleneksel ebe ve %7,7'si akraba tarafından yaptırılmıştır.

Kadayıfçı ve arkadaşları Adana'da ortaokullarda disfonksiyonel kanama ve menstrüel sorunlar üzerinde yaptıkları çalışmada gençlerin %12,7'sinin düzensiz kanamaları olduğu, %62,2'sinin yaşamında en az bir defa düzensiz kanaması olduğunu ve %46,6'sının dismenoresi olduğunu bulmuşlardır. Düzensiz kanama nedeniyle hekime başvuru %11,3'dür ve tedavi olma yüzdesi ise 4,5'dir.

Akın ve Özvarış'ın iki üniversite çalışmasında üniversite gençliğinin %85'inin cinsel sağlık/üreme sağlığı konusunda herhangi bir hizmet almadıkları bulunmuştur.

Sonuç olarak Türkiye'de gençler:

- Toplam nüfus içindeki payı yüksektir (1/5)
- Kadınlarda erken yaşta evlilik oldukça yüksektir (15-19 yaş grubunda %11,9 ve 20-24 yaş grubunda %49,2)
- Evli olan genç kadınların öğrenim düzeyleri düşüktür.
- Gençler evliliğin ilk yıllarında çocuk sahibi olma istenmektedir ve modern gebeliği önleyici yöntem kullanımı düşüktür (15-19 yaş grubunda %16,9 ve 20-24 yaş grubunda %31,4).
- Evlilik deneyimi olan kadınların %14,4'ü gebelik döneminde doğum öncesi bakım hizmetlerine ulaşamamakta, %20,8'i evde doğum yapmakta ve %17,1'i sağlık personeli yardım olmaksızın doğum yapmaktadır.
- Evli olmayan ve okuyan gençlerin evlilik öncesi cinsel yaşamları başlamakta ve istenmeyen gebelikler oluşmaktadır.
- Evli olmayan ve okuyan gençlerin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmak için bariyer yöntemleri kullanım hızları düşüktür.
- Erkeklerde kadınlara göre cinsel yaşam daha erken yaşta başlamaktadır. Kızlar erkeklere göre daha geç yaşlarda cinsel ilişkide bulunmaktadırlar. Erkekler ve kızların çoğunun "güvenli cinsellik" davranışları göstermedikleri görülmektedir.
- Kız ve erkeklerin cinsel/üreme sağlığı konusunda bilgileri yetersizdir. Kendi beden değişimleri konusunda yorum yapamamaktadırlar.
- Gençlerin üreme sağlığı bilgi kaynaklarının farklı olduğu bilinmektedir. Kentsel kesimde yapılan araştırmalarda lise öğrencilerinin cinsellik ile ilgili bilgilerine ait bilgi kaynakları şu şekilde bulunmaktadır: Arkadaş, gazete-dergi, televizyon ve kitap. Üniversite öğrencilerinde bilgi kaynakları bir miktar daha farklıdır, arkadaş, anne ve baba çok daha arka planlarda kalmaktadır ve yazılı materyal daha ön sıralara geçmektedir.
- Sosyoekonomik durum yükseldikçe de bilgi kaynaklarının sıralamasının değiştiği görülmektedir. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki gençler tarafından yazılı bilgi kaynaklarının daha fazla kullanıldığı vurgulanmaktadır.

Türkiye'de evli ve üniversite okuyan gençlerin dışında çalışan gençler, sokakta yaşayan gençler, özürlü gençler gibi çok farklı gençlik grupları vardır. Bütün bu farklı gruplarda bulunan gençlerin yaşam koşullarına bağlı olarak cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusundaki bilgileri ve davranışları birbirlerinden farklıdır. Gençlerin bilgi kaynakları farklı olduğu gibi, doğru bilgiye ulaşma olasılıkları gruplar arası farklılık göstermektedir. Türkiye'de gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgilerine ve sağlık hizmetine ulaşma gereksinimi vardır.

OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI:

1. Adolesan ve gençlik dönemlerinin tanımları arasındaki fark nedir?
2. Sizce Türkiye'de gençlerin en önemli üreme ve cinsel sağlık sorunu nedir?

Okuma Parçası

Dünyada Gençlerin Üreme ve Cinsel Sağlık Durumlarına Genel Bir Bakış

Dünyada Gençler ve Farklılıkları:

Dünya nüfusu altı milyarın üzerindedir ve dünya nüfusunun beşte birini 10-19 yaş grubu oluşturmaktadır. 10-19 yaş grubunun nüfusu yaklaşık 1,2 milyar olup, bu yaş grubunun nüfusu giderek artmaktadır. Gençlerin beşte dördü gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. 10-24 yaş grubunun nüfusu 1,6 milyar olup 1,4 milyarı yine gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır.

Gençlerin gelişme dönemi ve yaşadıkları ortama göre çok farklı gereksinimleri bulunmaktadır. Bazı gençlere çok zor ulaşılabilir ve çok daha fazla desteğe gereksinim duyabilirler. Örneğin, genç insanlar;

- Eğitimlerini tamamlama fırsatını değerlendirememektedirler
- Evleri ya da sosyal destekleri yoktur. Uygunsuz koşullarda yaşamak gençlerin, beslenme bozuklukları, istismar, şiddet ve hastalıklara yakalanma risklerini artırır.
- Erişkinler tarafından cinsel istismar, cinsel şiddetle karşılaşmakta ya da cinsel olarak kullanılmaktadırlar.
- Çok az ücret karşılığında uzun süre ve riskli işlerde çalıştırılmaktadırlar.
- Toplumların çatışmalar nedeniyle parçalandığı savaş ortamlarında yaşamaktadır; bazıları bu ortamda şiddet olaylarına karışmakta, bazıları sokaklarda yaşamak zorunda kalmaktadırlar.
- Geleneksel değer ve toplum yapısının olmadığı kamplarda yaşamaktadırlar.
- Evli genç kadınlar yaşadıkları aile ortamında ezilmekte ve istismar edilmektedirler.
- Toplumun kabul etmediği etnik gruplarda aileleri ile yaşamaktadırlar.
- On gençten birisi sakat olup, gelişimleri için yaşlıları ile aynı fırsatlara sahip değildir

Beslenme Sorunları:

Çocukluk ve adolesan dönemde malnütrisyon yaşam boyu süren sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Adolesan kız ve erkekler hızlı bir büyüme ve gelişme sürecinde oldukları için daha fazla besine gereksinim duymaktadırlar. Bu konunun önemi yeterince bilinmemekte ve yetersiz beslenme nedeniyle adolesan dönemdeki büyüme ve gelişme olumsuz olarak etkilenmektedir. Bodurluk çocukluk döneminde olduğu kadar adolesan döneminin de sorunudur.

Bazı toplumlarda kızlar daha az ve en son olarak beslenmektedirler. Kızlarda, yetersiz beslenme pubertenin gecikmesine ve pelvik yapının yeterince gelişmemesine neden olmaktadır.

Genç bir gebenin beslenme sorunu hem annenin sağlık sorunu yaşamasına hem de doğacak bebeğin sağlık sorunlarının olmasına neden olur. Beslenme sorunu yaşayan genç kadınların vücutları yeterince gelişmediği için gebelik sürecine ve komplikasyonlarına karşı daha hassastır. Kansızlıkla beraber anne ölümleri de artmaktadır. Genç kadınların ayrıca düşük doğum ağırlıklı bebekleri olabilir ve yaşam boyunca başka sağlık sorunlarına neden olacak sağlık sorunlarına sahip olurlar.

Cinselliğin Başlaması ve Etkileyen Faktörler:

Kızlar ve erkekler püberte döneminde olan değişikliklerin farkında olmalıdırlar. Kızlar menstrüasyon başladığında erkekler ise gece boşalmaları sırasında desteğe gereksinim duyarlar.

Bu dönem ayrıca cinsel davranış ve kararların verildiği bir dönemdir. Gençler erken ve korunmasız cinsel ilişkiden çok daha yoğun olarak etkilenmektedirler. Birçok genç insan cinsel bir ilişkiyi ya da sonuçlarını düşünmeden cinsel olarak aktif bir yaşama başlar. Birçok durumda, erken cinsel ilişki istenmediği zorla ve baskı ile yaşandığı bilinmektedir.

Gençler, medyanın etkisi ile kültürel değerlerin değiştiği ve cinselliğin daha fazla olduğu toplumlarda yaşamaktadır. Kentlerin hızlı büyümesi, çatışmalar, göçler, savaşlar, ekonomik zorluklar ve aile bağlarının zayıflaması, genç kız ve erkeklerin daha erken yaşlarda cinselliği yaşamalarına neden olmaktadır.

Bunun yanı sıra, cinsel gelişme daha erken yaşlara doğru kaymaktadır ve birçok toplumda sosyal değişimler nedeniyle evlenme yaşı da ileriye doğru kaymaktadır. Sonuç olarak, genç bir insan için evlenmeden evvel on yıldan daha uzun, cinsel olarak aktif olarak geçirdiği ya da geçirebileceği bir süre mevcuttur. Bu süre de genç insanların kendilerini ya da cinsel eşlerini risk altına almadan, baskı ve beklentilerle mücadele edebilme becerisine sahip olmalarını gerektirmektedir.

Erken Yaşta Cinsel İlişki ve Sorunlar

Bazı toplumlarda erken cinsel ilişkinin yaşanmasına neden olan erken evlilikler geleneksel olarak desteklenmektedir.

Her yıl, 15-19 yaş grubunda 15 milyon genç kız doğum yapmaktadır. 18 yaş altında yaşayan gebeliklerde anne ölüm hızı, daha geç yaşta olan gebeliklere göre 2-3 kez daha yüksektir.

Genç kadınlar yasal evlilikleri sırasında olan gebeliklerini ya da korunmadan ve güvenli olmayan cinsellik sonucunda oluşan gebeliklerini isteyerek düşük ile sonlandırmaktadırlar. Her yıl, dört milyon adolesan kadın isteyerek düşük yapmaktadır. Genç kadınlarda isteyerek yapılan düşüklerde pelvik enfeksiyonlar, infertilite ve hatta ölüm riski daha yüksektir.

Bazı cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar bu dönemde daha sık görülmektedir. Her yıl, 20 gençten birisi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanmakta ve bu hastalıkların çoğu tedavi edilebilir olduğu halde çoğu tedavi edilmemektedir. Yüz milyon genç kız cinsel yolla bulaşan enfeksiyon nedeniyle tedavi almaktadır.

HIV/AIDS, dünyada bir pandemi halinde seyretmektedir. HIV enfeksiyonlarının %40'I 15-24 yaş grubunda görülmektedir; bu da her yıl 7 000 HIV vakasına karşılık gelmektedir.

Milyonlarca genç insan cinsel şiddet, istismar ve cinsel kullanıma maruz kalmaktadır. Birçok toplumda kadınlar erkeklere göre daha fazla maruz kalmaktadırlar; kadınlar çoğu kez erken evliliği reddetmek, gebelikler arasındaki süreyi uzatmak ya da korunmasız cinsel ilişkiyi reddetmek haklarını kullanamamaktadır.

Sağlık Hizmetine Ulaşma:

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

- Bazı sağlık sorunları gençlerde, çocuklar ve erişkinlere göre daha sık görülmektedir.
- Gençlerin bazı hastalıklar için sahip oldukları risk faktörleri erişkinlere göre daha farklıdır.
- Gençlerin sağlık sorunlarının sonuçları erişkin dönemdekine çok daha ciddi sonuçlara neden olmaktadır.
- Gençlerin sağlık sorunlarının çözümü erişkin ve çocukluk dönemine göre farklıdır.

Gençler, kendi sağlıkları için sorumluluk almanın bilincinde değildirler. Bu dönemde gerçekten bedenlerine neler olduğu ve nasıl destek olmaları gerektiği konusunda yeterli bilgiye sahip değildirler.

Gençler, diğer yaş grubunda görülen hastalıklara da yakalanmaktadır. Ancak, gençler semptomların farkında değildir ve bunların önemini göz ardı etmektedir. Bunlara ek olarak gençler bu sorunları için başvurmaları gereken yerleri de bilmemektedir. Sonuç olarak, gençler mevcut sağlık sorunları için de sağlık hizmetini en az kullanan gruplar arasında yer almaktadır.

Hastalıkları olduğunda tedavi edilmemesinin altında, tedaviden korkma, toplum tarafından dışlanma endişesi ya da tedavi edilebileceğine inanmama yer alabilir. Gençler, nerede, ne zaman ve nasıl tedavi olabileceklerini öğrenmelidir.

KAYNAKLAR:

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.
2. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc., Katkıda bulunan kuruluşlar: SB AÇSAP Genel Müdürlüğü, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu ve ABD Uluslararası Kalkınma Teşkilatı. Ankara, 1999.
3. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. 2000 Genel Nüfus Sayımı Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri. Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası. Yayın No: 2759, Ankara.

4. Adolescent and Adolescent Reproductive Health. International Children's Centre, (supported by UNFPA and Ministry of Health General Directorate of Maternal Child Health Family Planning), Meteksan A.Ş. pp. 1-7, Ankara 2003.
5. WHO. Adolescent Friendly Health Services An Agenda for Change, WHO/FCH/CAH/02.14, Geneva, 2002. (web sayfasından ulaşılabilir)
6. WHO. Adolescent Sexual and Reproductive Health, <http://www.who.int/reproductive-health/adolescent/>
7. Akın A, Özvarış ŞB. Adolesanların/Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Projesi (Özet Rapor). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve DSÖ, Ankara, 2004.
8. Bulut A. Türkiye'de Kadınlar, Çocuklar ve Gençlerin Sağlığı "Yeni Türkiye'de Üreme Sağlığının Geliştirilmesi İçin Gereksinimler. Yeni Türkiye;39:459-483, Mayıs-Haziran 2001.
9. Nalbant H, Bulut A. Gençler ve Üreme Sağlığı. Aktüel Tıp Dergisi Kadın Sağlığı Özel Sayısı; 6(1):30-36, Ocak-Şubat 2001.
10. Demri C, Kadayıfçı O, Vardar MA, Atay Y. Dysfunctional Uterine Bleeding and Other Menstruel Problems of Secondary School Students in Ankara, Turkey. Journal Pediatric Adolescent Gynecology; 13:171-175, 2000.
11. Özcebe H. "Üniversite Gençliğinde Cinsel Yaşam". HIV/AIDS Dergisi, Cilt 5(2):51-58, Nisan-Mayıs-Haziran 2002.
12. Özcebe H. "Kırsal Kesimde Erkek Adolesanların Bazı Üreme Sağlığı Bilgileri ve Cinsel İlişki Deneyimleri". Nüfusbilim Dergisi, Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdları Enstitüsü Cilt. 23 Sayfa No. 41-58, Ankara, 2001.
13. Ungan M, Yaman H. AIDS Knowledge and Educational Needs of Technical University Students in Turkey. Patient Education and Counseling; 51:163-167, 2003.

ADOLESAN VE GENÇLERİN CİNSEL VE ÜREME HAKLARI

AMAÇ:

Gençlerin cinsel ve üreme hakları hakkında bilgi sahibi olmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

1. Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu tarafından gençler için özelleştirilen "Gençlerin Cinsel ve Üreme Haklarını" açıklayabilmeli
2. Gençlerin cinsel ve üreme haklarına ulaşmada karşılaştıkları engelleri tartışabilmeli
3. Birinci basamak sağlık kuruluşu düzeyinde gençlerin cinsel ve üreme haklarına ulaşması için yapılması gerekenleri tartışabilmeli

Cinsel ve Üreme Hakları

Cinsel ve Üreme Hakları, İnsan Haklarının bir parçasıdır. Amacı her bireyin risksiz ve tatminkâr bir cinsel yaşama sahip olmasıdır. Cinsel ve Üreme Hakları cinsel ve üremenin tam iyilik halinde olabilmesini ilişkin yapıyı sağlamaktadır.

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD, Kahire, 1994) ve Dördüncü Dünya Kadın Konferansı (Pekin, 1995) cinsel ve üreme haklarını insan hakları gündemine koyarak, insan haklarını toplumsal boyuttan kişisel boyuta taşımıştır.

Cinsel ve Üreme Haklarının Maddeleri aşağıda sunulmuştur:

1. Yaşama Hakkı
2. Özgürlük Hakkı
3. Eşitlik Hakkı
4. Mahremiyet Hakkı
5. Düşünce Özgürlüğü Hakkı
6. Bilgilenme ve Eğitim Hakkı
7. Evlenme ve Aile Kurma Konularında Seçim Yapma Hakkı
8. Çocuk Sahibi Olup Olmamaya Karar Verme Hakkı
9. Sağlık Bakımı Alma ve Sağlığın Korunması Hakkı
10. Bilimsel Gelişmelerden Yararlanma Hakkı
11. Toplanma Özgürlüğü ve Siyasete Katılma Hakkı
12. İşkence ve Kötü Muameleden Özgür Olma Hakkı

Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (International Planned Parenthood Federation) Uluslararası İnsan Hakları Yasalarına bağlı olarak gençler için özelleştirilmiş cinsel ve üreme haklarını tanımlamıştır:

1. **Kendin olma hakkı** - kendi kararını vermede kendini ifade etmede, cinsellikten zevk almada, güvenli olmada, evlenmeyi ya da evlenmemeyi seçmede ve aile planlamasında özgür olma.

2. **Bilme hakkı** - seks, kontraseptifler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar/HIV/AIDS ve üreme ve cinsel haklar.
3. **Kendini koruma ve başkası tarafından korunma hakkı** - istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar/HIV/AIDS ve cinsel istismar
4. **Sağlık hizmetlerine sahip olma** - sır saklayan, karşılanabilen, iyi kalitede ve saygıyla sunulan
5. **Katılma hakkı** - gençler için planlanan programların planlanma, toplantı ve seminerlere katılma gibi her düzeyde çalışmalara katılma

Gençlerin cinsel ve üreme hakları uluslararası insan haklarıdır. Gençlerin cinsel ve üreme haklarına saygı gösterilmeli, onların cinsellikleri kabul edilmeli, gereksinimleri, uyarıları duyulmalı ve ciddiye alınmalıdır. Gençler gerekli bilgiye, desteğe ve hizmete ulaşmalıdır.

Adolesanlar ve genç insanlar, aileler, sağlık personeli ve toplum tarafından adolesan ve gençlerin cinsel ve üreme haklarının göz önüne alınmadığı ve ihlal edildiği bilinmektedir. Genç insanlar sosyodemografik, kültürel ve sosyal faktörler nedeniyle sağlık hizmetlerini özellikle cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerini oldukça az kullanan bir toplum kesimini oluşturmaktadır. Sağlık, eğitim, sosyal hizmetler ve ülke programları içinde adolesan ve gençlerin cinsel ve üreme haklarını hakkında korunmasına ve saygı gösterilmesine yönelik bir hizmet anlayışı geliştirilmesi gerekmektedir.

OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI:

1. Gençlerin cinsel ve üreme haklarını sıralar mısınız?
2. Sağlık personeli gençlerin cinsel ve üreme haklarına ulaşmasında nasıl engel oluşturuyor?
3. Sağlık personelinin gençlerin cinsel ve üreme haklarına ulaşmasında oluşturduğu engeller nasıl kaldırılabilir?

KAYNAKLAR:

1. IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights, Vision 2000, International Planned Parenthood Federation, 1996, Benson Production, UK.
2. Türkiye Aile Planlaması Derneği. Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu, IPPF Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi. (IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights), 1997, Ankara.

GENÇLERİN CİNSELLİĞİ

AMAÇ

Gençlerin cinselliği kavramı hakkında bilgi kazanmak

ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu oturumun sonunda katılımcılar gençlerin cinselliğini tanımlayabilmeli

Uluslararası Cinsellik Tanımı (Dünya Sağlık Örgütü, 2002)

Cinsellik insan hayatının önemli bir parçasıdır ve cinsellik, toplumsal cinsiyet kimlikleri ve rolleri, cinsel oryantasyon, erotizm, tatmin, yaklaşma ve üremeyi kapsar. Cinsellik düşünce, fantezi, arzu, inanç, tutum, değer, davranış, uygulama, rol ve ilişkiler aracılığıyla tecrübe ve ifade edilir. Cinsellik bunların tümünü kapsayabileceği gibi bunların hepsi her zaman tecrübe ya da ifade edilmez. Biyolojik, fizyolojik, sosyal, ekonomik, siyasi, kültürel, yasal, tarihi ve dini ve manevi faktörlerin etkileşimi cinselliğe yansır.

Adolesanlar ve Cinsellik

Cinsellik insan yaşamının önemli bir parçasıdır. Kim olduğunuza, nereden geldiğinize ve kendi cinsel tecrübelerinize bağlı olarak birçok farklı şekilde tanımlanabilir. Cinsellik aşk, üreme, tatmin, toplumsal cinsiyet rolleri, kimlik ve sağlığa ilişkin adetleri kapsayabilir. Cinsellik aynı zamanda utanma, korku, suçluluk, fonksiyon bozukluğu, enfeksiyon, şiddet ve güç ile de ilgilidir. Cinsellik farklı şekillerde ifade edilir. Cinsellik; sosyal, kültürel, duygusal, biyolojik ve fiziksel bir olaydır.

Cinsel gelişme insan gelişiminin önemli bir parçasıdır. Genellikle, özellikle ergenlikten söz edilirken biyolojik terimlerle anlatılır. Genç insanlar biyolojik (cinsel) olgunlaşmalarını sembolize eden fiziksel değişiklikler geçirirler. Bu değişikliklerle birlikte dokunma, görme ve düşünme ile yeni duygular ortaya çıkar. Bir kimsenin cinselliğinin nasıl şekilleneceğini işte bu değişimlere yüklenen anlamlar belirler. Bu anlamlar cinselliğe verilen duygusal ve fiziksel tepkiler üzerinde etkili olur. Ayrıca aktivite ve kimlik genç insanların cinselliklerine ilişkin olarak verdikleri kararlar üzerinde de önemli rol oynar.

Adolesanların cinselliği genellikle tabu olarak kabul edilirken çocukların cinselliği genelde daha büyük bir tabudur; çünkü çocukların "cinselliği"ni tanımlarken kendi olgunlaşmış cinsel anlamlarımızı kullanma eğilimi gösteririz. Yetişkinler çocukların cinsellikle ilgili kendileriyle aynı tepkileri verdiği ve aynı şeyleri hissettiklerini varsayarlar; böylece çocukluk dönemindeki cinselliği yetişkin tecrübeleriyle bir sayarlar. Çocukların "cinsel davranışlar" sergilerken ne hissettiklerini tam olarak bilemeyebiliriz, fakat henüz öğrenilmemiş bazı anlamlar yükleyerek bu sürece ilişkin düşüncelerimizi sınırlamamaya dikkat etmemiz gerekir. Örneğin; bebekler bedenlerini keşfeder. Ayak parmaklarına, burunlarına dokunur ve ağızlarına bir şeyler alırlar. Bunların dışında cinsel organlarına dokunmaları da bu keşfin bir parçasıdır. Bebek bu uyarılmadan hoşlanabilir fakat bunu cinsellikle bağlantılandırırları anlamına gelmez.

Genç insanların ergenlik çağıının başlarında cinselliklerinin farkına varmaya başladığına inanılır. Cinsellik bu dönemde farklı anlamlar taşımaya başlar. Daha karmaşık hale gelir çünkü bir oyun olarak görülemez veya tecrübe edilemez olur. Bu dönemde genç insanlar cinselliği ve cinsel davranışı kendileri için bir şey olarak tanımlamaya hazırdır. Sosyal olarak gençlerin cinsel davranışı da yetişkinlerin yükledikleri anlamlara göre tanımlanır. Fakat bu cinsel varlıklar olarak, özellikle kızların, kabul edilecekleri anlamına gelmez. Aslında gençler yaşamlarının birçok yönüne ilişkin gerçeklere dayalı bilgileri alırken cinsellik göz ardı edilir.

Adolesan dönemde gençlerin çoğu cinsellikle daha fazla ilgilenmeye başlar ve cinsel ilişki kurmaya çalışırlar. Gençler kendi kendilerine mastürbasyonlar ve başkalarıyla cinsel ilişkiye girerek cinselliği tecrübe etmeye başlarlar. Adolesan dönemde cinsel deneyim yaşanabilir ve sosyal ve kültürel bağlamda nasıl anlaşıldığına göre hem heyecan verici hem de korkutucu olabilir. Gençler kendi tecrübelerinden de öğrenirler.

Bu da gençlerin kendi (cinsel) kimlikleri ve yaşamlarını şekillendirme sürecinde aktif olarak yer aldıkları anlamına gelmektedir. Gençlerin cinselliği tecrübe etme yolları da çeşitlilik gösterir. Cinsel tecrübeler isteyerek ve anlaşılarak olduğu takdirde memnun edici olabilir. Zorlama olduğu takdirde acı verebilir ve kırıcı olabilir. Cinsel deneyimlerin olumlu ya da olumsuz olarak algılanmasını sosyal ve kültürel anlamlar belirler. Genç insanların cinselliklerine ilişkin doğru bilgiye ihtiyaçları vardır. Kendi cinsel davranışları ve hislerini anlamak için destekleyici bir ortama ve bu deneyimlere kendi yaşamlarında geçerlilik kazandırmaya ihtiyaç duyarlar.

Gençlerde Cinsel Etkileşim Değişimi

I. Evre: 12 – 13 yaş

- Bedende değişiklikler olur. Bunun sosyal ve kişisel anlamı vardır.
- Bedene daha çok dikkat edilir
- Bedene güvensizlik yaşanır
- Diğerleri ve karşı cinsiyet hakkında merak artar
- Kızlar ve erkekler arasındaki farklar artar
- Aynı cinsiyetle daha fazla temas halinde olunur (kız grupları ve erkek kulüpleri)
- Cinsel ilişkiye girilmesi, cinsel ilişki ve cinsiyet farklılıklarına ilgi artar
- Cinsel fanteziler kurulur

II. Evre: 14 – 15 yaş

- Birisiyle temasa geçme isteği oluşur
- Bir cinsel ilişkiye girme arzusu gelişir
- Öpüşme ve giysilerin altından okşama başlayabilir.

III. Evre: 16 – 17 yaş

- Kısa süreli ilişkiler başlayabilir
- Öpüşme, okşamaya ilişkin doğru davranışla ilgili birçok endişe ortaya çıkar
- İletişim ve ilişkilere fazlaca zaman ayrılır

IV. Evre: 18 – 19 yaş

- Uzun süreli bir ilişki başlayabilir
- Kız çocuklarının daha büyük arkadaşları olur.

- Daha duygusal ilişkiler kurulmaya başlanır.
- İlişkiler daha fazla önemli hale gelir.

OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI:

1. Genç insanların cinselliği kapsamında yer alan bazı önemli konuları belirtiniz?

KAYNAKLAR:

1. WHO, Gender and Reproductive Rights, Sexual Health, http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html, 17 Aralık 2004, Erişim Tarihi: 15 Aralık 2004.
2. 'Young and Sexual", Youth Intensives, Rutgers Nisso Group, 2004.

GENÇLERİN CİNSELLİK NORM VE DEĞERLERİ

AMAÇ

Gençlerin cinsellik norm ve değerleri konusunda bilgi kazanmak

ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

1. Gençlerin cinselliğine ilişkin kendi norm ve değerlerini anlayabilmeli
2. Sağlık hizmeti sunan kişilerin gençlerin cinselliklerine karşı olan kendi değer ve normlarının farkına varabilmeleri

Normlar ve değerler

Her kültürün seks ve cinsellik konusunda normları vardır. Bu normlar toplumsal cinsiyet rolleriyle, ilişkilerle, evlilikle, partnerliklerle, arkadaşlıklarla ve ailelerle yansıtılır. Toplumsal normlar genellikle cinsel davranışlara, evlilik geleneklerine, onaylanmayan cinsel davranışlar için cezalara; fuhuş'a, eşcinselliğe, gebeliğin önlenmesine, cinsel tabulara ve cinsellik eğitime ilişkin tutumları belirler.

Bütün toplumların özel ve sosyal davranışlarını yönlendiren değerleri vardır. Bu değerler; dinler, gelenekler, hükümetler ve toplumun yasalarını biçimlendiren diğer kurumlar tarafından tanımlanır. Bununla birlikte, kişinin günlük davranışlarını yansıtan kişisel değerleri yaşanan kültürün formal değerleriyle tutarlılık göstermeyebilir.

Bunların dışında, toplumlar gençlerin davranışlarını ve cinselliklerini yönlendiren değerlere de sahiptirler. Bazı toplumlarda gençlerin evlenmeden önce cinsel ilişkiye girmelerine izin verilmemektedir. Bazı ülkelerde ise genellikle genç kızların (12-16 yaş) erken evlendirilmesi söz konusudur.

Büyük tartışmalara konu olan diğer bir konu da düşükle ilgili norm ve değerlerdir. Bazı toplumlarda kadının yaşamı ve seçme özgürlüğü daha önemlidir. Bazı toplumlarda ise fetüsün yaşamı anneninkinden daha önemlidir. Bu konudaki farklı görüşler çoğunlukla dini ve sosyokültürel normlara bağlıdır.

Tabu davranışlar

Bazı toplumlarda eşcinsel davranışlar konusunda katı tabular vardır; bu toplumlar eşcinselliğin varlığını reddedebilirler. Ancak, eşcinsel kimliğin ya da yönelimin her toplumda ve kültürde var olduğuna ilişkin kanıtlar vardır. Bu koşullar altında, o toplumdaki eşcinsel uygulamalar bastırılabilir ya da özel bir alt kültür seviyesinde tutulabilir. Benzer şekilde, bir evlilik dışı cinsel ilişki açık biçimde yasaklanabilir, ancak, birçok insan eşleri dışında insanlarla cinsel ilişkiye girebilir. Bazı kültürlerde, bu durum kabul edilmemekle birlikte kabul edilebilir boyutlarda yaygın olup; bazı kültürlerde bu davranış normlarla ve hatta yasalarla yalnızca bir cinsiyet için kabul edilebilir kılınmaktadır. Sözgelimi, bazı kültürlerde erkeklerin birden fazla cinsel eş ile veya eşleri olmayan kadınlarla cinsel ilişkiye girmeleri kabul edilebilirken, evlilik dışı ilişkiye giren

kadınlar (tecavüze uğramış olsalar bile) damgalanmakta, cezalandırılmakta ya da sosyal olarak dışlanmaktadır.

Evrensel boyuttan çok nadir olarak görülen birçok tabu türü vardır. Örneğin, birçok kültürde yakın aile fertleriyle cinsel ilişkiye girme veya evlenme (baba-kız, anne-oğul vb.) karşıtı yasalar ve tabular vardır. Ama akrabalığın "yakınlık" derecesi konusunda kültürden kültüre farklılıklar bulunmaktadır. Bazı kültürler birinci düzey kuzenlerin evlenmesine olanak tanımakta, bazıları ise bu ilişkiye izin vermemektedir. Birçok kültürde menstrüasyon, gebelik, emzirme sırasında seks konusunda tabular bulunmaktadır. Bazı kültürlerde ise bu tür tabular yoktur.

Dini normlar ve değerler

Din, bazı kabul edilebilir davranış ve uygulamaları (kim kiminle evlenebilir, izin verilen cinsel ifade türleri, kontrasepsiyon kullanımı vb.) ifade eden "kutsal" bir yasayla cinsel değerleri şekillendirir. Bazı ülkelerde oral ve anal sekse karşı kanunlar vardır. Bunlar, Orta Çağlarda yasa dışı ilan edilmiş uygulamalardır.

Ekonomik yasa ve politikalar

Ekonomi cinsel değerleri şekillendirir ve bir kültürün göreneği halini alır. Bazı yasalar insanları cinsel tacizden (örn, tecavüz, çocuklara ilgi duyma, ensest) koruyacak biçimde tasarlanmış ise de diğer bazı yasalar rızası olan veya belirli bir cinsiyeti veya cinsel yönelimi tercih eden yetişkinlerin cinsel davranışlarını düzenlemektedir.

Bazı ülkelerde (ör: Belarus, Kıbrıs, Romanya) eşcinsel veya biseksüel yönelimler yasa dışıdır ve ayrımcılığa olanak tanınmaktadır. Ancak, bazen yasalar cinsel uygulamaları koruyabilmektedir. Bazı ülkelerde (ör: Hollanda, İsveç, Danimarka ve Ukrayna) bu tür yönelimleri olan insanlar korunmaktadır.

OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI:

1. Cinsellik kavramı üzerinde etkili olan bazı norm ve değerleri sıralayınız.
2. Türkiye'de gençlerin cinselliği konusunda normlar ve değerlere örnek veriniz.

KAYNAKLAR:

1. Engenderhealth, HIV/AIDS and STI Resources, 2004.
2. Irvine, Janice (Ed), 1994: *Sexual Cultures and the Construction of Adolescent Identities*. Philadelphia, Pennsylvania. Temple University Press.
3. Vance, Carol. *Anthropology Rediscovered Sexuality*. *Social Science and Medicine*. 33(8): 875-884, 1991.
4. 'Young and Sexual': Youth Incentives, Rutgers Nisso Group, 2004.

ADOLESAN DÖNEMDE FİZİKSEL ve CİNSEL BÜYÜME ve GELİŞME VE PSİKOSOSYAL GELİŞME

AMAÇ

Adolesan dönem fiziksel ve cinsel büyüme ve gelişme ve psikososyal gelişme hakkında bilgi kazanmak

ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

1. Adolesan dönemde fiziksel ve cinsel büyüme ve gelişmeyi açıklayabilmeli
2. Adolesan dönemde psikososyal gelişmeyi açıklayabilmeli
3. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gencin öyküsünün alınması sırasında sorulması gereken soruları tartışabilmeli
4. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gencin fizik muayenesi sırasında yapılması gerekenleri tartışabilmeli

Adolesan Dönemde Fiziksel Büyüme Ve Cinsel Gelişme

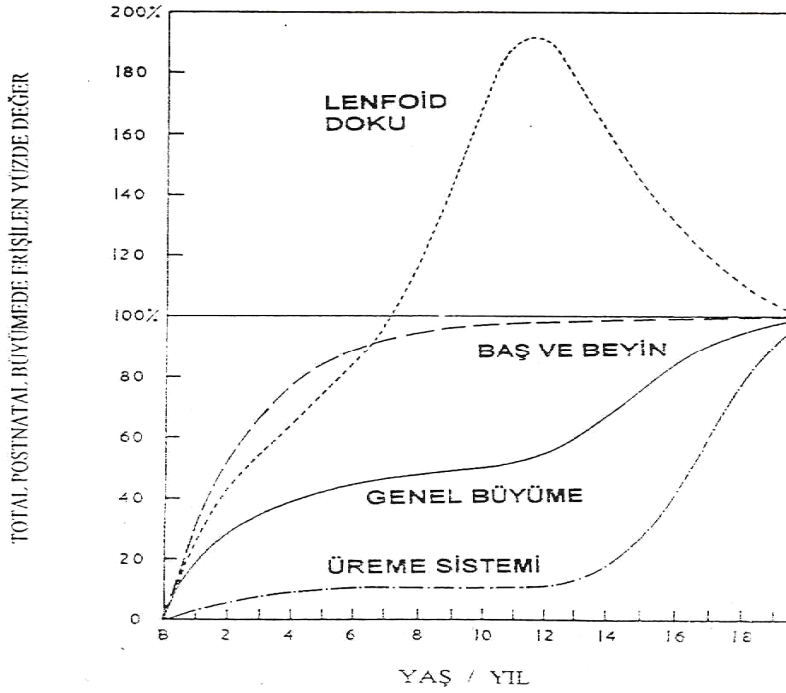
Adolesan dönem, çocukluktan erişkinlik döneme geçiş dönemi olarak tanımlanmaktadır. Bu dönem fiziksel ve cinsel olarak hızlı büyüme ve gelişme ve ayrıca psikososyal gelişme ile karakterizedir. Gelişmenin başlama yaşı genetik ve çevre faktörlerinden etkilenir ve kişiler arası farklılık gösterir. Beslenme, genel sağlık ve yaşam koşullarının değişmesi gelişme sürecini daha erken yaşlara kaymasına neden olmuştur.

Fizik Büyüme

Adolesan dönemde en önemli değişimlerden birisi hızlı fizik büyümedir. Adolesan bir kaç yıl gibi kısa bir dönemde erişkin boyutlarına ulaşır. Kız ve erkek adolesanlarda vücut boyutları ve vücut şeklinde olan değişiklikler birbirinden farklı hızda ve zamanda olmaktadır. Kadın ve erkekte seks hormonlarının salgılanması ve buna bağlı olarak cinsel gelişme bulgularının belirlenmesi pubertenin başlaması olarak kabul edilir. Puberte döneminde fiziksel büyüme hızlanır.

Erkeklerde ve kızlarda somatik büyüme bedenin büyümesini içermektedir. Adolesan dönemde iskelet sistemi, organlar, bezler, yağ ve adale dokularında büyüme olur; lenf dokuda (lenf doku, timus, tonsiller, adenoidler) ise ani bir küçülme göstermektedirler. Değişik organ ve dokular için büyüme hızı farklıdır. En hızlı büyüme üreme organlarında olmakta, beyin ise hiç büyümemektedir. Bu dönemde adolesan erişkin boyunun %96'sına ulaşmaktadır (Şekil 1).

Şekil 1. Adolesan Dönemde Bazı Doku ve Organlarda Büyüme



Lenfoid Doku: Timus, tonsiller, lenf düğümleri, barsak lenf kitlesi,

Baş ve Beyin: Beyin ve kısımları, kafatası boyutları,

Genel: Baş hariç vücut ölçüm değerleri, solunum ve sindirim sistemleri, böbrekler, aort ve pulmoner damarlar, kaslar ve kan hacmi,

Üreme Sistemi: Testis, over, epididim, prostat, seminal vezikül, fallop tüpleri

Kaynak: Kınık E. Adolesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme. Katkı Pediatri Dergisi. Cilt 21, Sayı 6, 721, Ankara, 2000.

Boy Uzama Atağı (Peak Height Velocity "PHV")

Adolesan dönemde boyca uzama atağı üç dönemde gözlenir. İlk dönemde lineer büyüme hızı giderek artar. İkinci dönemde büyüme hızı doruğa ulaşır ve üçüncü dönemde büyüme hızı azalarak büyüme tamamlanır.

Pubertal büyüme atağında, boy uzama hızı maksimuma ulaştığı döneme "Boy Uzama Atağı" adı verilir. Boy uzama atağı 11-16 yaşları arasında genellikle iki-üç yıl kadar devam eder. Erkekler ve kızlarda boy uzama atağının en üst seviyeye ulaştığı yaşlar arasında fark bulunmaktadır. Erkeklerde boy uzama atağı 13-15,5 yaşları arasında olur ve yılda 10-16 cm lik boy uzunluğu artışı olur. Kızlarda boy uzama atağı 11 yaş civarında başlar ve yılda 9 cm lik boy uzaması olur ve 13,5 civarında sonlanır. Boyca uzama hızı doruğuna kızlar ortalama 12, erkekler ise 14 yaşta erişir.

Büyüme atağı döneminde, erkeklerde toplam 26-28 cm ve kızlarda 23-28 cm boy uzunluğu artışı olur. Pubertenin sonunda erkek ve kızların boyları erişkin dönem boy uzunluklarının %98'ine ulaşır. Genel olarak erkekler kızlara göre daha uzun ve vücut ağırlıkları daha fazladır. Erkekler kızlara göre ortalama 12-13 cm daha uzundurlar, erkeklerde kemiklerin büyümesi kızlara göre iki yıl daha fazla devam eder.

Vücut Bölümlerinde Büyüme

Adolesan büyümesi periferden bedene doğrudur. Başka bir deyişle, eller ve ayaklar en önce büyür, daha sonra kol ve bacaklar ve en son kalça ve göğüste büyüme olur. Büyüme hızı bütün yıl boyunca devam etmekle birlikte ilkbahar ve yaz aylarında artış gösterir. Bu nedenle büyüme hızı 6-12 aylık dönemler için hesaplanır.

Adolesanda büyüme atağı sürecinde vücutta gençler cinsiyete özel şekil ve oranlar kazanırlar. Erkeklerde omuzların kalçaya oranla fazla genişlemesine karşılık kızlarda kalçalar omuz ve bele oranla daha fazla genişler. Kızlarda kalça genişliğindeki artış omuzlardaki artıştan daha fazladır. Erkek ve kızlarda farklılık biakromial ve bikristal genişliklerin karşılaştırılması ile görülür. Dokuz ile on sekiz yaşlar arasında erkeklerde biakromial ve bikristal genişlik oranı yaklaşık olarak 1,37 değerinde ve sabit olduğu halde, kızlarda devamlı bir azalma sonucunda oran 1,27'e düşer.

Vücut gelişiminde cinsiyetler arasında bir diğer farklılık ise oturma yüksekliği/boy uzunluğu arasındaki orandır. Bu oran her iki cinsiyette adolesan döneme kadar eşit iken, bu dönemin sonunda kızlarda bacak uzunluklarının erkeklere göre daha kısa olduğu gözlenmektedir. Böylece aynı boyda olan kız ve erkekler karşılaştırıldığında kızların bacak uzunluklarının erkeklerden daha kısa olduğu görülür.

Ağırlık Artışı

Büyüme atağı döneminde erişkin hayattaki vücut ağırlığının yaklaşık yarısı kazanılmaktadır. Ağırlık artışında da ağırlık artım hızında giderek artma, ağırlık artım hızının doruğa ulaşması ve üçüncü fazla ağırlık artımında yavaşlama olur. Erkeklerde vücut ağırlığındaki artış piki ve boy uzunluğunda artış piki aynı dönemlerde olur. Kızlarda boy uzunluğunda olan artıştan yaklaşık altı ay sonra vücut ağırlığında artış olur.

Vücut Yapısında Farklılıklar

Adolesan dönemde erkek ve kızların vücut yapısında farklılaşmalar olur. Adolesan dönemde erkeklerde kas dokuda artış kızlara göre daha fazladır. Erkeklerde boy uzama atağı sırasında adale dokuda artış da en üst seviyeye ulaşır. Kızlarda menarş sırasında kas dokuda artış en üst seviyeye ulaşır. Pubertenin ilk yılında cilt altı dokuda yağ dokuda azalma olur ve boyca uzama atağı sırasında yağ doku azalma hızı en üst düzeye erişir. Bundan sonra kızlarda daha fazla olmak üzere her iki cinsiyette de yağ kitlesinde artış olur.

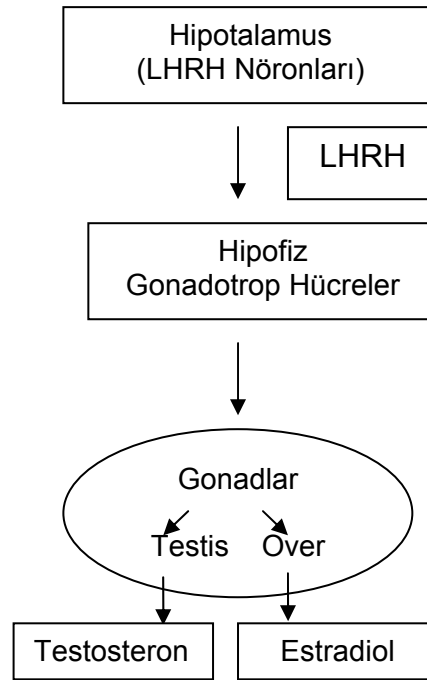
Puberte

Puberte bir insanın fizyolojik olarak üreme kapasitesine ulaşma durumu olarak tanımlanır. Biyolojik değişiklikler nörosekretuar faktörler/hormonlar, fizik büyüme, seks hormonu salgılayan bezlerin gelişmesi, hipotalamus-hipofiz gonadal mekanizmanın çalışması, over ve testislerden hormon salınımının başlaması, seks hormonlarına yanıt olarak biyolojik ve psikolojik değişikliklerin olması ve cinsiyete özel dış görünümün oluşmasıdır. Fizyolojik olarak kızlarda ovulasyon ve erkeklerde spermatogenez meydana gelir ve üreme

fonksiyonları kazanılmış olur. Bu süreç içinde cinsel gelişim ve sekonder seks karakterlerinin gelişimi olur.

Fetal ve erken bebeklik döneminde aktif olan hipotalamus-hipofiz-gonad aksı çocukluk döneminden başlayarak puberteye kadar negatif feed-back mekanizması ile baskı altındadır. Erken bebeklik döneminden prepubertal döneme kadar geceleri uykunun ilk saatlerinde LH salınımı olur. Uyku sırasında LH salınımında olan kısa süreli artışlar pubertedeki ilk hormonal değişikliklerdir. Geceleri olan artışlar zamanla gün içinde olmaya başlar. Zaman zaman artışlar gösteren gonadotropinler gonadların matürasyonunu tamamlamasını ve seks hormonlarının salınımını sağlar. (Şekil 2)

Şekil 2. Hipotalamus-Hipofiz-Gonad Aksı



Kaynak: Alikışifoğlu A. Pubertenin Endokrin Yönü. Katkı Pediatri Dergisi. Cilt 21, Sayı 6, 742, Ankara, 2000.

Erken ve Geç Puberte

Pubertal değişiklikler kızlarda sekiz ve erkeklerde dokuz yaşından önce ise *Erken Puberte*; kızlarda 13 ve erkeklerde 14 yaşında halen değişimler başlamadıysa *Gecikmiş Puberte* tanısı konur.

Puberte Dönemi Kızlarda Olan Cinsel Değişimler

Kızlarda cinsel gelişme over, uterus, vajina, labialar ve göğüslerin büyümesi ve pubik kıllanma ile karakterizedir.

Plazma gonadotropinlerinin artışı ile salınan estradiol, sekonder seks karakterlerinin gelişmesinden sorumludur. Sekonder seks karakterleri göğüslerin gelişmesi, üreme organlarının büyümesi, yağ dağılımı ve kemiklerin büyümesidir.

Overlerin gelişmesi de estradiol salınımı ile ilişkilidir. Puberte öncesinde overlerin hacmi 0,3-0,9 cm³ iken puberte dönemi ile birlikte 4,0 cm³'e ulaşır (1,8-5,0 cm³).

Puberte öncesi dönemde uterusun şekli gözyaşı şeklinde iken, istmus uterusun hacminin 2/3'ü kadardır. Östrojen salınımı ile uterusun boyu uzar, servikste incelmeye olur ve armut şeklini alır.

Puberte sırasında plazma estradiol seviyeleri dalgalanır, bazen foliküler değişimlere neden olabilir. Uterusta endometrium tabakası da bu dalgalanmadan etkilenir, proliferasyon ve regresyon oluşur. Uterus endometrium tabakası yeterli proliferasyona ulaştığında östrojenin çekilmesi ile ilk menstrüasyon oluşur. Kızlarda sekonder seks karakterleri gelişmişse, plazma progesteronu düşük seviyede var demektir. Menarştan sonra progesteronda ani artış olması genellikle ovulasyonun olduğunu gösterir. Östrojenin pozitif geri bildirim mekanizması gelişmediği için menarştan 6-9 ay sonrasına kadar ovulasyon oluşmaz.

Kızlarda puberte döneminde erkekler kadar olmasa bile testosteron seviyesinde de artış olmaktadır.

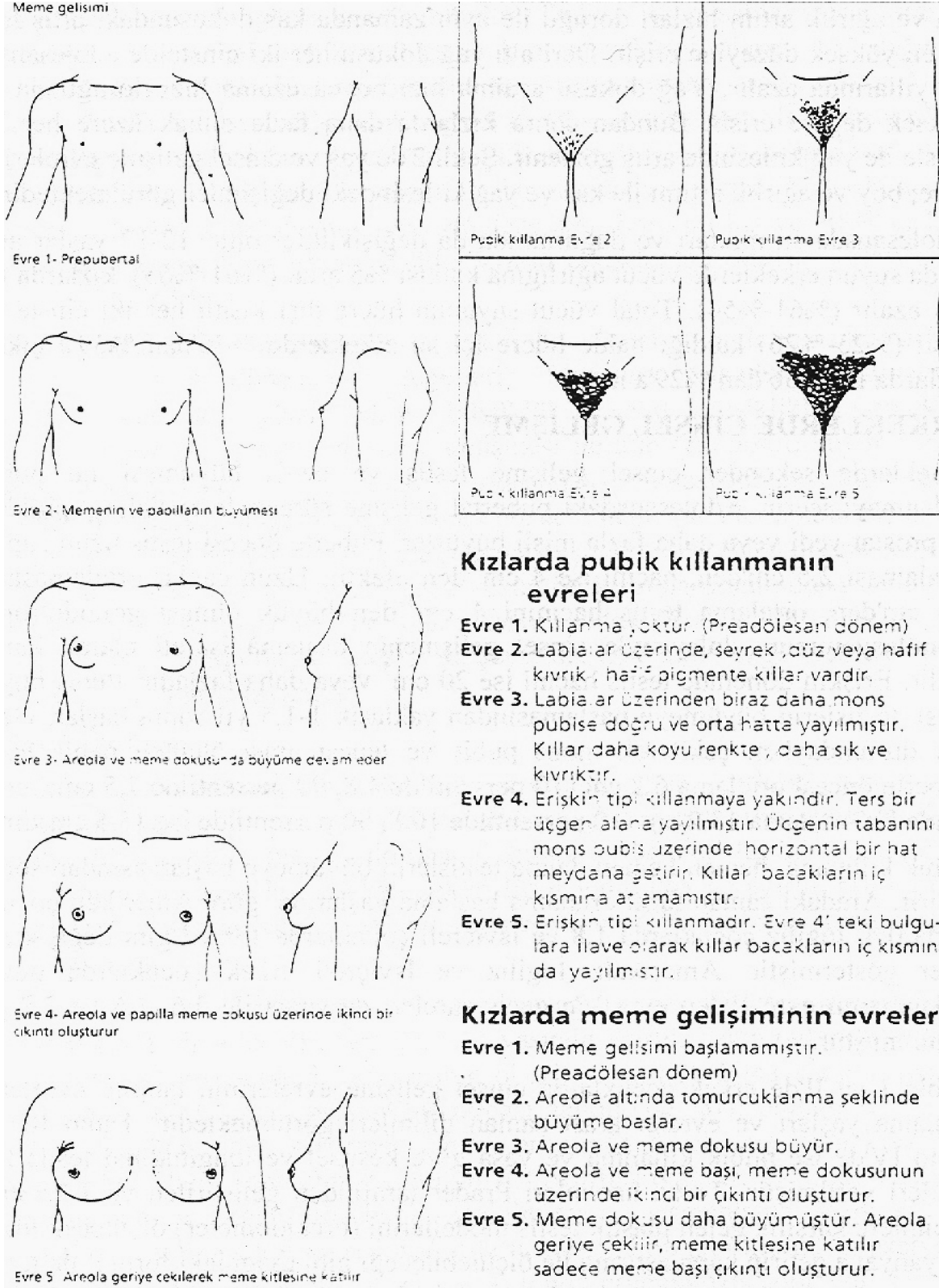
Puberte Döneminde Cinsel Gelişimin Değerlendirilmesi:

Erkekler ve kızlar için pubertede beş temel değişim tanımlanmaktadır (Tanner Evreleri). Her iki cinsiyette de cinsel gelişme genellikle belirli bir sıra takip etmektedir. Kızlar için iki temel fiziksel değişime bakılmaktadır:

- Meme gelişmesi
- Pubik bölgede kıllanma

Kızlarda cinsel gelişimin ilk belirtisi memelerin büyümesidir, daha sonra boy uzama atağı görülmektedir. Kısa bir süre sonra pubik bölgede ve koltuk altında kıllanma oluşur. Memelerin gelişmesi (telarş) 11 yaşlarında başlarken, menarş, bundan yaklaşık iki yıl sonradır. Son yıllarda genç kızlarda telarş yaşında daha erken yaşlara kayma olduğu bildirilmektedir. Memelerin büyümesi ve pubik bölgede kıllanmanın değerlendirilmesi Tanner Evreleri ile değerlendirilir (Şekil 3).

Şekil 3. Kızlarda Cinsel Gelişim Evreleri



Kaynak: Kınık E. Adolesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişim. Katkı Pediatri Dergisi. Cilt 21, Sayı 6, 726, Ankara, 2000.

Puberte Dönemi Erkeklerde Olan Değişimler:

Erkeklerde sekonder cinsel gelişme, testis ve penis büyümesi ile pubik kıllanmayı içerir (Şekil 4). Adolesan dönem pubertal gelişim sırasında testisler, epididim ve prostat yedi kat ve daha fazla büyür.

Pubertenin ilk belirtileri testislerin hacminin 4 ml ya da uzunlamasına çapının 2,5 cm olması, skrotal kıvrılmaların olması ve pigmentasyonun olması şeklindedir.

Erkeklerde cinsel gelişmede erken puberte döneminden itibaren büyüme hızında artış, 14-15 yaşlarında büyüme hızında maksimum büyümeye ulaşma, testislerde büyüme ve Leydig hücrelerinde gelişmesi ile testosteron salınımı oluşur.

Testislerin büyümesi FSH'nin etkisi ile puberte öncesi ve puberte döneminde oluşur. Tanner 4. evrede uzunlamasına çap 5,0+0,5 cm ya da 17,6+4,0 ml hacime ulaşabilir.

Uzun etkili LH sekresyonu ile interstisiyel hücreler testosteron salgılayan Leydig hücreleri haline dönüşürler ve LH için negatif geri bildirim yaparlar. Puberte ilerledikçe, spermatogenezis başlar; FSH ve LH kontrolünde Leydig hücrelerinden testosteron salınır. Plazma testosteronunu Tanner 3-4. evreler arasında en üst seviyeye ulaşır.

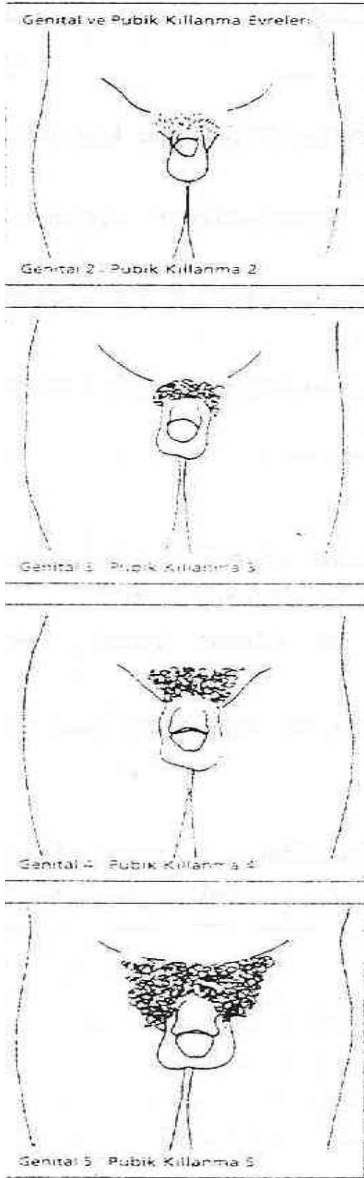
Puberte Döneminde Cinsel Gelişmenin Değerlendirilmesi:

Erkekler için cinsel gelişim için:

- Testislerin büyüklüğü
- Penisin uzunluğu
- Pubik bölgede kıllanma

Erkekler için pubertede beş temel değişim aşaması tanımlanmaktadır. Erkeklerde, skrotum ve testislerin büyümesi ile başlar, penis boyunun uzaması ve kalınlaşması ile devam eder ve prostat ve meni keseciğinin gelişmesi ile tamamlanır. Daha sonra pubik bölgede kıllanma başlar. Koltuk altı ve yüzde bıyık ve sakal çıkması pubik bölgede kıllanmadan yaklaşık iki yıl sonra görülür. Boyda uzama atağı testislerin büyümeye başlamasından yaklaşık bir yıl sonra başlar. Ortalama ilk ejakülasyon yaşı ise 12,5-14 arasında olmakla beraber; psikolojik, kültürel ve biyolojik faktörlerden etkilenir. İlk ejakülasyon penisin büyümeye başlamasından yaklaşık bir yıl sonradır.

Şekil 4. Erkeklerde Cinsel Gelişim Evreleri



Erkeklerde pubik kılınmanın evreleri

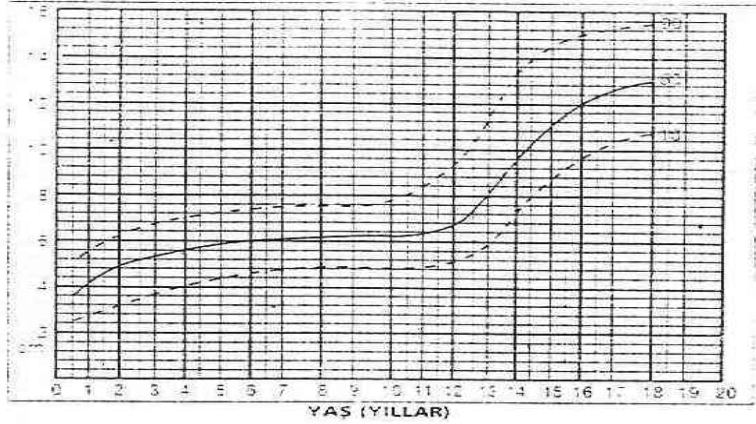
- Evre 1.** Pubik kılınma yoktur. (Preadölesan dönem)
- Evre 2.** Penis tabanında seyrek, düz veya hafif kıvrık, hafif pigmente kılardır.
- Evre 3.** Kılınma pubise doğru yayılır, daha koyu renkte, daha sık ve kıvrıktır.
- Evre 4.** Yetişkin tipi kılınmaya yakındır. Kılınma bacağın iç kısmına atlamamıştır.
- Evre 5.** Yetişkin tipi kılınmadır. Evre 4' teki bulgulara ilave olarak kılınma bacağın iç kısmına da yayılmıştır.

Erkeklerde penis ve testislerin gelişimi

- Evre 1.** Penis, skrotum ve testislerde büyüme başlamamıştır. (Preadölesan dönem)
- Evre 2.** Skrotum ve testislerde büyüme başlar. Skrotumun cilt rengi koyulasır. Peniste henüz büyüme yoktur.
- Evre 3.** Penis uzamaya ve kalınlaşmaya başlar, skrotum ve testisler büyümeye devam eder.
- Evre 4.** Glansin büyümesi ve kalınlaşması ile penisin büyüklüğü artar, skrotum cildi daha da koyulasır.
- Evre 5.** Testisler, skrotum ve penis yetişkin erkek boyutundadır.

Uzatılmış Penis Boyu

Pubo-penil cilt birleşkesinden glans ucuna kadar ölçülür. (Schorfeld and Beebe, J. Pediatr. 48, 59-77, 1947)



Kaynak: Kınık E. Adolesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişim. Katkı Pediatri Dergisi. Cilt 21, Sayı 6, 731, Ankara, 2000.

Adolesan Dönemde Büyüme ve Gelişimin İzlenmesi

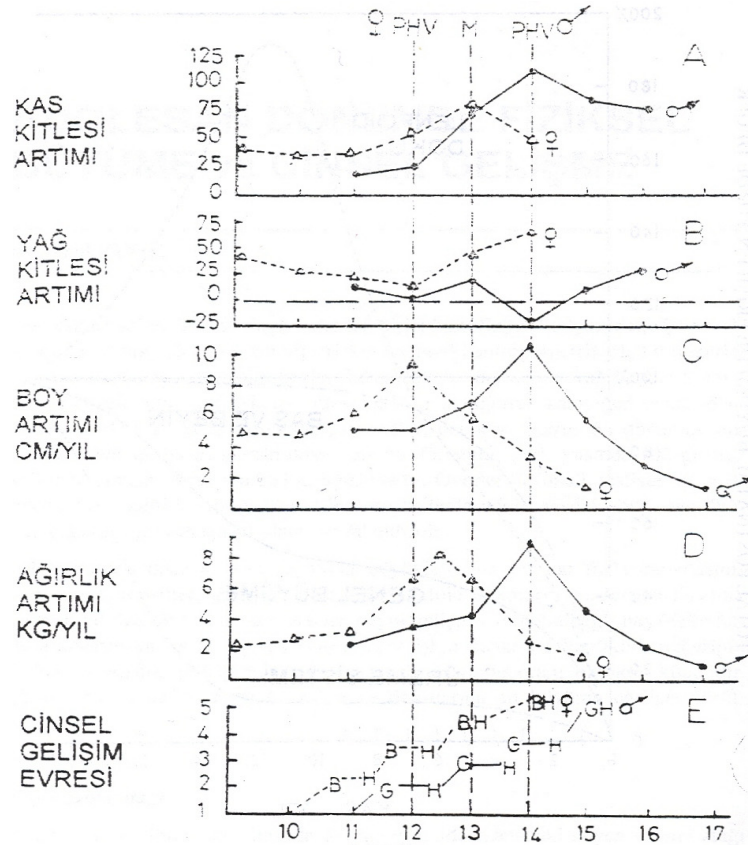
Adolesan döneme giriş, belirli evrelere ulaşma, büyüme ve cinsel gelişimin tamamlanma yaşları gerek cinsiyetler gerekse aynı cinsiyetteki bireyler arasında değişkenlik göstermektedir. Bu değişkenlikte en önemli etken biyolojik matürasyonun takvim yaşına göre büyümemesidir. Biyolojik matürasyonu belirlemede en güvenilir yöntem kemik yaşı tayinleridir.

Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümlerinin değerlendirilmesinde standart ölçüm tabloları kullanılmalıdır.

Adolesanın cinsel gelişim ve büyüme atağı başladıktan sonra yılda en az bir defa yapılacak kontrollerde boy uzunluğu ve vücut ağırlığı artışının ve cinsel gelişimin değerlendirilmesi önerilmektedir. Erkek ya da kızlarda fiziksel büyüme ve cinsel gelişimin değerlendirilmesi sırasında psikososyal yapının değerlendirilmesi de yapılmalıdır.

Adolesan dönemde sağlığın korunması ve geliştirilmesi için sağlam adolesan izlemi son derece önemlidir.

Şekil 5. Normal Kız ve Erkek Adolesanlarda Cinsel Gelişme Evreleri ve Yaşa Göre Kas Kitlesi, Boy ve Ağırlıkta Değişikler



Şekil 2. Normal kız ve erkek adolesanlarda cinsel gelişme evreleri ve yaşa göre kas kitlesi, yağ kitlesi, boy ve ağırlıktaki değişiklikler. PHV (Peak Height Velocity; Boyca Uzama Hızı Doruğu), M (Menarche), G (Genital), B (Breast; Kızlarda göğüs gelişme evresi), P (Pubic Hair; Her iki cinste pubik kıllanma evresi)

PHV (Peak Height Velocity-Boyca Uzama Hızı Doruğu), M (Menarche),
G (Genital), B (Kızlarda Meme Gelişme Evresi), P (Pubik Kıllanma Evresi)

Kaynak: Kırık E. Adolesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme. Katkı Pediatri Dergisi. Cilt 21, Sayı 6, 722, Ankara, 2000.

Adolesan Dönemde Psikososyal Gelişme

Her adolesan için aynı şekilde bir adolesan psikososyal gelişimi tanımlamak olası değildir. Adolesanlar homojen bir grup olmayıp, biyolojik ve duygusal olarak çok farklılıklar göstermektedirler. Çocukluktan erişkin döneme geçiş sırasında devamlı ve tek bir yol izlenmemektedir; biyolojik, sosyal, duygusal ve entelektüel büyüme birbirinden farklı hızlarla oluşmaktadır.

Adolesan dönem zor geçen bir dönem olup, birçok adolesan bu güçlüklerle baş edebilir. Ancak adolesanların bir kısmı bu dönemin zorlukları ile baş edememektedirler. Bu nedenle adolesanın psikososyal gelişiminin bilinmesi ve değerlendirilmesi karşılaştığı sorunların tanımlanması ve çözüm önerisi oluşturulması açısından önemlidir.

Adolesan dönem üçe ayrılmaktadır.

- | | |
|-------------------------|-------------|
| 1. Erken adolesan dönem | (10-13 yaş) |
| 2. Orta adolesan dönem | (14-16 yaş) |
| 3. Geç adolesan dönem | (17-19 yaş) |

Erken Adolesan Dönem:

Erken adolesan dönemde pubertenin başlaması ile oluşan fiziksel değişimler ve bu değişimlerle birlikte psikososyal değişimler gözlenmektedir. Adolesan bu dönemde temel olarak fiziksel değişimleri özümsemeye ve bağımsızlık için mücadele etmeye çalışırlar. Puberte ile birlikte, ancak kızlarda erkeklere göre bir iki yıl önce psikososyal ve duygusal değişimler ortaya çıkar.

Bağımsızlık-Bağımlılık Mücadelesi:

Erken adolesan dönem, aileye olan bağımlılığın bağımsızlık davranışı şeklinde değiştirilmesi çabalarının başlangıcıdır.

1. Ailenin aktiviteleri ile daha az ilgilenme ve ailenin eleştirisi ya da tavsiyelerine uymada isteksizlik gösterme
2. Başka bir desteğe sahip olmadan aileden ayrılma ortamı oluşturma ve bunun da aile içinde bazı sorunlara yol açması
3. Duygusal dalgalanmalar
4. Kendini ifade etme yeteneğinde artma
5. Aile dışında yeni insanlar arama

Beden İmajı Algısı:

Hızlı büyüme ile vücudunda olan değişimleri kafasına takma ve normal olup olmadığını sorgularlar:

1. Kendisini sorgulama
2. Dış görünüşü ve çekiciliği konusunda emin olmama
3. Sıklıkla kendi bedenini başkaları ile karşılaştırma
4. Cinsel anatomi ve fizyoloji ile ilgilenme, menstrüasyon ya da ejakulasyon, mastürbasyon, göğüs ya da penis büyüklüğü hakkında endişe etme

Akran Grup İlişkisi:

Aileden uzaklaştıkça arkadaşların yanında kendini daha iyi hissetmeye başlarlar.

1. Yalnızca aynı cinsiyetten arkadaş edinme
2. Arkadaşlarına karşı çok fazla duygusal ve hassas; aynı zamanda homoseksüel olma korkusu ya da ilişkileri konusunda kaygı duyma
3. Bazen karşı cinsiyetten arkadaşlıklar da kurabilme

Kişilik Gelişimi:

Fiziksel büyümenin hızlı olması ile kognitif özelliklerde de gelişme gözlenir. Bu dönemde, adolesan gelecek için hazırlanmakta ve başarılı olması beklenmektedir.

1. Soyutluk kavramını anlama
2. Sıklıkla hayal kurma (yalnız başına hayal kurulması sağlıklı olmamakla beraber; hayal kurmanın ifade etme, problemleri çözme, yaşamın farklı yönlerini yaratma gibi yararlar sağladığı bilinmektedir)
3. Gerçekçi olmayan ideallere sahip olma (pilot olma isteği gibi)
4. Otoriteyi sorgulama, aile ya da öğretmenlerin dayanma derecesini test etme
5. Daha fazla özel bir yaşama sahip isteği, bu dönemde günlük tutma çoğunlukla çok önemlidir.
6. Cinsel isteklerin ortaya çıkması, açık saçık konuşma ve şakalar yapma eğiliminin artması
7. Kendi değer yargılarını geliştirme
8. Kendi isteklerini kontrol edememe, bu da risk alma davranışlarına yol açabilir.
9. Bulunduğu durumunu abartmak, çok yalnız hissetmek, problemlerinin çok büyük olduğunu düşünme

Orta Adolesan Dönem

Orta adolesan dönemde daha yoğun duygular, büyük bir amaç belirlenir ve akranların etkisi önemlidir.

Bağımsızlık-Bağımlılık Mücadelesi:

Aileler ile olan çatışmalar daha fazladır ve arkadaşları çok daha önemlidir.

Beden İmajı Algısı:

Birçok pubertal değişim sonuçlanmıştır, değişimlerini daha az sorgulamaktadır. Bedenini kabul etmiştir ve rahatlar. Bedenine daha fazla vakit ayırır ve çekici görünmek için çok fazla vakit harcar.

Akran Grup İlişkisi:

Akranların etkisi çok kuvvetlidir.

1. Kendi kültürel yapısı içinde yoğun bağlanmalar yaşama
2. Arkadaşların değer, giysileri ile uyum içinde olma, arkadaşları ile ortak şifreler oluşturma, aileden uzaklaşma
3. Duygusal beraberliklerin artması, flörtünün olması, cinsel deneyim yaşama, cinsel ilişkisinin olması
4. Kulüp, takım, çete gibi farklı gruplara girme

Kişilik Gelişimi:

Soyut kavramlarda gelişme olur, yeni bir kişilik geliştirir.

1. Kendi amaç ve duygularda açıklık gelişir, başkalarının duygularını değerlendirme becerisi gelişir
2. Entelektüel kapasitede artma ve yaratıcılık başlar
3. Daha az idealistik beklentiler (bu dönemde orta ve az düzeyde beceriye sahip olan adolesanlar, kendi kapasitelerinin düşük olduğu düşüncesi ile kendine değersiz görme sorunu yaşayabilirler)
4. Risk alma davranışlarını alma eğilimi, ölümsüz olduğunun ispatına ait duygulara sahip olma

Geç Adolesan Dönem

Geç adolesan dönem kişiliğin mücadele edinilen ve ayrılık dönemidir. Eğer erken ve orta adolesanda destekleyici bir aile ve arkadaş grubunda bulunduyorsa bu dönemi de başarı ile geçirecek ve erişkin dönem için sorumluluklarını üstlenebilirler.

Bağımsızlık-Bağımlılık Mücadelesi:

Bu dönemde sakinleşme ve tekrar aileye bağlanma vardır. Aile ile olan ilişkiler değişmiş, ailenin önemi ve değeri daha fazla anlaşılmıştır. Ailenin önerileri tekrar kabul edilmeye başlar. Ancak bu dönemde bazı adolesanlar erişkin sorumluluklarını üstlenemezler; aile ya da arkadaşlara bağımlı kalmak isteyebilirler.

1. Kendine yetmeyi erteleme
2. Kelimeleri daha iyi kullanma ve kendini daha iyi ifade etme
3. Daha tutarlı ilgilere sahip olma
4. Tek başına karar verebilme

Beden İmajı Algısı:

Büyüme ve gelişme tamamlanmıştır. Anormallik olmadığı sürece sorun olmamaktadır.

Akran Grup İlişkisi:

Akranlar ilişkiler daha az önemlidir, kendi değer ve düşünceleri vardır. Arkadaş olduğu bir kişi ile daha uzun zaman geçirilir. Tek kişi ile yaşanan bu ilişkide daha fazla paylaşma,

deneyim kazanma ve ifade edebilme yer alır. Genellikle duygusal bir beraberlik olan akranlarla iletişim tercih edilir.

Kişilik Gelişimi:

1. Gerçekçi düşüncenin gelişmesi
2. Sınırlılık koyabilme, geciktirme, uzlaşma becerilerini geliştirme
3. Amaçlarına ulaşma ve ekonomik olarak bağımsızlık sürecine başlama
4. Dini, manevi ve cinsel değerlerini tekrar süzgeçten geçirme

Adolesanların hepsi gelişimleri sırasında psikososyal gelişim evrelerine tamamen uymamaktadır. Ancak, birçok adolesan bu süreci yaşamaktadır. Sağlık personelinin adolesan dönem genel gelişim sürecini bilmesi adolesanların davranışlarını değerlendirmesine yardımcı olur.

OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI:

1. Erkek ve kızların adolesan dönem fiziksel büyümeleri sırasında farklılıklar nelerdir?
2. Erkek ve kızların cinsel gelişimlerinin değerlendirilmesinde hangi kriterler kullanılır?
3. Sağlık kuruluşuna herhangi biri sağlık yakınması ile başvuran bir adolesanın fiziksel ve cinsel gelişiminin değerlendirmesi yapılmalı mıdır?
4. Erken, orta ve geç adolesan dönemde adolesanın akranları ile olan ilişkileri nasıldır?
5. Erken, orta ve geç adolesan dönemde adolesanın aileleri ile olan ilişkileri nasıldır?
6. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında adolesan psikososyal gelişiminin değerlendirilmesi yapılabilir mi?

KAYNAKLAR:

1. Alikışifoğlu A. Pubertenin Endokrin Yönü. Katkı Pediatri Dergisi. Cilt 21, Sayı 6, 741-746, Ankara, 2000.
2. Büyükgebiz A. Adolesan Tanımı ve Fiziksel Gelişimi. Adolesan Sağlığı ve Gelişmesi Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, s. 9-14, Ankara, 2001.
3. Çuharadoğlu Çetin F. "Psychosocial Development in Adolescence". Adolescent and Adolescent Reproductive Health. International Children's Centre, (supported by UNFPA and Ministry of Health General Directorate of Maternal Child Health Family Planning), Meteksan A.Ş. pp. 114-118, Ankara 2003.
4. Derman O. "Physical Growth and Sexual Development in Adolescence". Adolescent and Adolescent Reproductive Health. International Children's Centre, (supported by UNFPA and Ministry of Health General Directorate of Maternal Child Health Family Planning), Meteksan A.Ş. pp. 60-67, Ankara 2003.
5. Kılıç E. Adolesanla Görüşme Nasıl Yapılır. Ergen Sağlığı ve Gelişimi Kaynak Kitabı, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, pp 311-317, Ankara, 2001.

6. Kınık E. Adolesan Dönemde Fiziksel Büyüme ve Cinsel Gelişme. Katkı Pediatri Dergisi. Cilt 21, Sayı 6, 720-740, Ankara, 2000.
7. Neinstein LS and Kaufman FR. Normal Physical Growth and Development. Adolescent Health Care A Practical Guide (ed. LS Neinstein).pp. 3-51. Lippincott Williams&Wilkins, USA, 2002.
8. Radzik M, Sherer S and Neinshein LS. Psychosocial Development and Normal Adolescents. Adolescent Health Care A Practical Guide (ed. LS Neinstein).pp. 52-59. Lippincott Williams&Wilkins, USA, 2002.
9. Schwitzgebel VM. Puberty, Geneva Foundation for Medical Education and Research.
http://www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2004/Pdf/Puberty.pdf
10. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. Growth and Development.
<http://www.merck.com/mrkshared/mmanual/section19/chapter275/275b.jsp>
11. US Department of Health and Human Services Health. Adolescent Physical Development. <http://depts.washington.edu/growth/module7/text/contents.htm>
12. Uluslararası Çocuk Merkezi, Hizmet Sunanlar İçin Gençlik Dönemi Üreme Sağlığı Eğitim Rehberi (Eğiticiler İçin), Gençlere Üreme Sağlığı Hizmetleri Sunumu İçin Üniversite Modelleri (TUR/03/01/13-02/P13) UNFPA projesi kapsamında hazırlanmış proje dokümanı, Ankara, 2002.

GENÇLERİN CİNSEL VE ÜREME SAĞLIK GEREKSİNİMLERİ

AMAÇ

Gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı gereksinimlerini hakkında farkındalık kazanmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

1. Gençlerin cinsel sağlık/üreme sağlığı gereksinimlerini sıralayabilmeli
2. Gençlerin eğitim ve bilgilendirme, hizmetler, aile ve toplum düzeylerinde cinsel sağlık/üreme sağlığı gereksinimlerini tartışabilmeli
3. Birinci basamak sağlık kuruluşları düzeyinde gençlerin cinsel sağlık/üreme sağlığı gereksinimlerini belirleyebilmeli
4. Gençlerin cinsel sağlık/üreme sağlığı gereksinimlerin belirlenmesinin birinci basamak sağlık kuruluşlarının hizmet sunumu üzerindeki etkilerini anlayabilmeli

Dünyada ve ülkelerde gençlerin cinsel sağlık/üreme sağlığı gereksinimleri kültürel ve coğrafik farklılıklara bağlı olarak büyük farklılıklar göstermektedir.

Erken evlilik, erken yaşta cinsel ilişki, istenmeyen gebelikler, erken yaşta çocuk doğurma, HIV/AIDS yayılımı ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve kadın sünneti bu konular arasında yer almaktadır.

Bütün gençler için, doğru bilgi gereksinimi, yargılanmaksızın danışmanlık ve ödenebilecek ve ulaşılabilecek bir sağlık hizmeti, bütün bu sorunlarla baş etmeyi ve onları istenmeyen gebeliklerden korumak, cinsel sağlık/üreme sağlığı için bakım ve eğitim olanağı sağlamaktadır.

Birçok adolesan cinsel olarak aktif ve istenmeyen gebeliklerden etkilenmektedir.

Bugün dünyada her on adolesandan birisi anne olmaktadır. Adolesan gebeliklerini azaltmak öncelikle çözülmesi gereken sorunların başında yer almaktadır.

Sahra Güneyi ülkelerde kadınların %43'ünün ve Latin Amerika'da kadınların %20'sinin 20 yaşından evvel cinsel yaşamları başlamaktadır. Gelişmiş olan ülkelerde de cinsel yaşam erken yaşta başlamaktadır; ABD de kadınların %68'inin ve Fransa'da % 72'sinin 20 yaşından evvel cinsel yaşamları başlamaktadır.

Birçok ülkede erken yaşta olan gebeliklerin, genç kızların eğitimi, ekonomik durumu ve sağlığı üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Adolesan anneler çoğunlukla eğitimlerini yarım bırakmak durumunda kalmaktadırlar, bu da onların gelecekte iş bulma şansını ve ekonomik olarak kendilerinin ve çocuklarının olumsuz koşullarda yaşamasına neden olmaktadır.

Gelişmemiş vücut yapısı, fakirlik, eğitim eksikliği, sağlık hizmetlerine ulaşamama önemli risk faktörleridir. Erken yaşta gebeliklerde doğurganlığın erken yaşta başlamasına, daha fazla çocuk doğurmalarına neden olmaktadır.

18 yaşından önce olan gebeliklerde, adolesan anneler daha fazla tıbbi sorunlar yaşamaktadırlar. Gebelik, doğum ve sağlıklı düşük komplikasyonları 15-19 yaş grubundaki annelerin temel ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. 15-19 yaş grubunda anne ölümleri 20'li yaşlara göre iki kat daha yüksektir.

20 yaşından küçük olan annelerin çocukların birinci yaş gününü görmeme olasılıkları, 20-29 yaş grubundaki annelere göre 1,5 kat daha yüksektir. Genç annelerin bebeklerinde prematürite, düşük doğum ağırlığı ve doğum komplikasyonları çok daha sıktır.

Latin Amerika ve Karayip'lerde adolesan gebeliklerin beşte biri istenmeyen gebelik şeklindedir. Kuzey Amerika'da %15'i, Orta Doğu ve Kuzey Afrika'da %30'u, Asya ve Afrika'da (Gana, Kenya, Filipinler, Zimbabwe) %60'ı istenmeyen gebeliktir.

Dünyada her yıl 15-19 yaş grubunda 15 milyondan fazla adolesan doğum ve dört milyondan fazla adolesan isteyerek düşük yapmaktadır. Düşüklerin %40'ı sağlıklı olmayan koşullarda yapılmaktadır.

Adolesanlar cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından erişkinlerden daha fazla risk altındadırlar.

Halen, her yıl 20 adolesandan birisi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanmaktadır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (HIV/AIDS dâhil) en yüksek görüldüğü yaş grubu 20-24'dür; daha sonra sık olarak görüldüğü yaş grubu "15-19"dur. Her gün, 500 bin genç cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanmaktadır. HIV/AIDS enfeksiyonlarının yarısı 25 yaş grubunun altında görülmektedir.

Birçok cinsel yolla bulaşan enfeksiyon ölümcül olmamakla birlikte gebelik komplikasyonlarına, infertiliteye, genel sağlık durumunun bozulmasına ve aynı zamanda HIV/AIDS hastalığının bulaşması için bir hazırlayıcı faktör olarak rol oynamaktadır.

Adolesanlarda cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve bulaşma şekli hakkındaki bilgi eksikliği yüksek enfeksiyon hızlarına neden olmaktadır. Birçok genç bu konulardaki bilgilerini arkadaşlarından, televizyondan ve magazinlerden sağlamaktadırlar.

Toplumun değerleri ve beklentileri aynı zamanda hastalıkların yayılma hızlarını etkilemektedir. Çalışmalar göstermektedir ki, kızlar sosyalleşmesiyle beraber sevgi nedeniyle, duygusal ilişkilerinin olması gibi nedenlerden dolayı daha erken yaşta cinsel olarak aktif hale gelmektedirler. Genç erkekler için çok eşin olması erkekliğin önemli bir göstergesi olabilir ve daha fazla riskli davranışlara sahip olabilirler.

Kadınlar ve genç kızlar

Birçok toplumda kadınların durumları ve toplumsal cinsiyet rolleri adolesan kızların sağlık risklerini ve gereksinimlerini önemli ölçüde etkilemektedir. HIV enfeksiyon hızı genç kadınlarda daha fazladır; bunun önemli kısmı kadınların fizyolojisine bağlıdır. Fakat diğer kısmı ise kesinlikle sosyo-kültürel yapısına, kadının güçsüzlüğüne bağlıdır.

Genç kadınlar için, cinsel ilişkiler her zaman isteyerek olmamaktadır. Bazen, zorlama, istismar, hatta ensest şeklinde olmaktadır. Bazı genç kızlar ne zaman, kiminle evleneceklerini kontrol edememektedirler; puberteye ulaşmadan evvel cinsel ilişkide bulunmaktadırlar. Bazı ülkelerde, genç kızların %50'sinden daha fazlası 18 yaşından evvel evlenmektedir.

İstenmeyen ve zorlama ile olan cinsel ilişkiler erken ve zorla yapılan evliliklere neden olmaktadır.

Bazı ülkelerde, kadının sünneti kadının bedenine uygulanan bir şiddet olup, kadının cinsel olarak haz alması engellenir ve enfeksiyon, ağrılı cinsel ilişki, uzamış ve zor doğum ve hatta ölüm gibi çok ciddi sağlık sorunları yaşamasına neden olur. Her yıl, iki milyondan fazla genç kız kadın sünnetine maruz kalmaktadır.

Erkeklerin cinsel sağlık gereksinimleri de karşılanamamaktadır.

19 yaş altındaki erkekler baba oldukları zaman okullarını bitirmedikleri ve iş bulmakta zorluklar yaşadıkları bilinmektedir.

Kenya'da yapılan araştırmalarda erkekler genç yaşta aile planlaması ve diğer üreme sağlığı konuları hakkında bilgilendirildiklerinde, daha sonraki yaşamlarında aile planlaması yöntem kullanımı veya kullanımı destekleme konularında pozitif bir tutum kazanmaktadırlar.

Avrupa'da gençlerin üreme ve cinsel sağlık konularında karşılaştıkları sorunlar ve konular:

- Korunmasız cinsel ilişki
- Kadına yönelik cinsel istismar, kullanım ve şiddet
- Ulusal politika ve programların açık ve net olmaması
- Toplumun, ailenin, okul öğretmenlerinin, sağlık personelinin ve dini görevlilerin sosyal desteğinin yetersiz olması
- Gençlerin cinsellik ve haklar konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması ve davranışları hakkında doğru kararları alamaması
- Cinsel sağlık/üreme sağlığı konularında yetersiz bilgi ve bilgilendirme
- İnsan gücü ve finansal kaynak yetersizliği

OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Türkiye'deki gençlerin CSÜS gereksinimleri konusunda ne biliyoruz?
2. Gençlerin bazı cinsel sağlık/üreme sağlığı gereksinimlerini sıralayınız.
3. Birinci basamak sağlık personelinin gençlerin cinsel sağlık/üreme sağlığı konusundaki gereksinimlerini belirlemedeki rolü ne olabilir?
4. Birinci basamak sağlık personelinin gençlerin cinsel sağlık/üreme sağlığı konusundaki gereksinimlerini karşılamada rolü ne olabilir?

ICC Çalıştayı "Adolesanların Üreme Sağlığının Farkındalığını Artırma" Bildirgesi

ICC tarafından 1-2 Kasım 2000 tarihlerinde Ankara'da düzenlenen "Adolesanlar Arasında Üreme Sağlığı Farkındalığını Artırma Araçları" konulu iki günlük çalıştayda adolesanlar da yer almıştır. Bu çalıştaya katılan adolesanlar tarafından "Adolesanların Üreme Sağlığının Farkındalığını Artırma" Bildirgesini hazırlamıştır.

Adolesanların sesi

Bizim perspektiflerimiz:

- İhmal edildiğimizi hissediyoruz; herkes tarafından daha fazla dikkate alınmaya, ilgiye ve desteğe ihtiyacımız var.
- Bütün alternatifleri bilmek ve kariyerlerimizi, arkadaşlarımızı, hareketlerimizi ve hayat arkadaşlarımızı seçme konusunda kendi seçimlerimizi yapma hakkına sahip olmadığımızı hissediyoruz.
- Özellikle kendimizdeki fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle ilgili olarak düzgün ve doğru bilgilendirme ve yönlendirme konusunda büyük sıkıntı çekiyoruz.
- Kendimizi ve düşüncelerimizi ifade etmemize izin verilmiyor.
- Bize olgun değilmişiz gibi davranılıyor. Sorumluluk paylaşmayı ve kendimizi kanıtlamayı istiyoruz.
- Bireyselliğimizi geliştirebilecek fazla imkân bulamıyoruz.
- Anne-babalarımızın hayal ve arzularının bize dayatılmaması gerektiğini düşünüyoruz.

Anne-babalar, bizi duyuyor musunuz?

- Bizi, hayallerimizi, deneyimlerimizi, açıklamalarımızı, zayıf yanlarımızı ve başarılarımızı dinlemenizi istiyoruz.
- Bize zaman ayırın, hayatı bize siz verdiniz, şimdi zamanınızdan bir parça istiyoruz.
- Bizimle arkadaş olun.
- Bizi anlayın.
- Özellikle bizimle ilgili olduğunda bizden bir şeyler saklamayın.
- Bize büyümemiz için mahremiyet ve imkân tanıyın.
- Açık olmayı ve teşvik edilmeyi baskı ve tehditlere tercih ederiz.
- Bize rehberlik edin, bizi idare etmeyin.
- Para sorunları bile olsa sorunlarınızı bizimle paylaşın. Biz sizin parçanızız.
- Düzeltin ve açıklayın. Bizi herkesin önünde kınamayın.
- Birbirimize karşı değil, birlikte mücadele etmek istiyoruz.
- Kız ya da erkek olalım biz size aitiz.

Hükümetler ve toplum - sesimiz size ulaşıyor mu?

- En büyük sorunumuz: Kızlara neden ayrımcılık yapılıyor? Bir şeyler yapın.
- Eğitim sistemini, özellikle de bizi değerlendirme yönteminizi gözden geçirin.
- Deneylerinizi bizim üzerimizde yapmayın; öğretim programlarını böylesine sık değiştirmeyin.
- Eğitimi konularla daha ilgili ve ilginç hale getirin.
- Bizim için öğretim programını destekleyici ve eğlendirici aktiviteler düzenleyin ve bunun için bize zaman tanıyın.
- Nahoş politikalara alet edilmek için çok genciz.
- Yaptığınız yasaları uygulayın.

- Yasa uygulayıcı kurumlar fiziksel taciz vakalarına karşı daha duyarlı olmalılar.
- Bize daha fazla danışmanlık ve kariyer yönlendirme merkezi sağlayın.
- Okula gidemeyenlerimize resmi olmasa da eğitim imkânı tanıyın.
- Madde bağımlısı ve cinsel tacize uğramış gençler için rehabilitasyon merkezleri kurun.

Bildirgemiz burada sona ermektedir, ancak, temsil ettiğimiz milyonlarca adolesan için bir şeyler yapma isteğimiz sona ermeyecek.

Anne ve babalarımız, sizi seviyoruz. Lütfen bizi anlayın hepimizi.

KAYNAKLAR:

1. Declaration of the ICC Workshop on 'Means of Increasing Awareness of Reproductive health Among Adolescents', ICC Bulletin, January 2001.
<http://www.icc.org.tr/iccbulletins.htm>, Erişim Tarihi: 15 Aralık 2004.
2. Activate, A Workbook for Young people on Sexual and Reproductive Health; IPPF/Youth, 1998.
3. IPPF/Youth Manifesto, 1998.
4. Population Reports, Meeting the Needs of Young Adults, Series J, Number 41, October 1995.
5. Adolescent and Adolescent Reproductive Health. International Children's Centre, (supported by UNFPA and Ministry of Health General Directorate of Maternal Child Health Family Planning), Meteksan A.Ş. pp. 1-7, Ankara 2003.
6. WHO. Adolescent Friendly Health Services An Agenda for Change, WHO/FCH/CAH/02.14, Geneva, 2002. (web sayfasından ulaşılabilir)
7. WHO. Adolescent Sexual and Reproductive Health,
<http://www.who.int/reproductive-health/adolescent/>

GENÇLERDE SIK GÖRÜLEN SORUNLAR

AMAÇ:

Gençlerde sık görülen sağlık sorunları hakkında bilgi kazanmak

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

1. Gençlerde sık görülen aşağıdaki sorunları açıklayabilmeli
 - o Memeye ait sorunlar ve hastalıklar
 - o Menstrüel siklus sorunları (premenstrüel sendrom, disfonksiyonel kanama, dismenore)
 - o Testis, skrotum ve spermatik kord hastalıkları
2. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında gençlerde sık görülen sorunlara yaklaşımı tartışabilmeli

1. Meme Sorunları ve Hastalıkları

Adolesan dönem meme gelişiminin olduğu dönemdir. Adolesan kızlar için meme gelişimi cinsel duyarlılığın artmasında önemli bir rol oynamaktadır.

Meme gelişiminin başlamasına "Telarş" adı verilmektedir. Telarş kızlarda pubertenin başlamasının ilk işaretidir. Ortalama telarş yaşı 9,8'dir ve gençlerin %99'unda meme gelişimi 8-13 yaşlar arasında başlar. Meme gelişimini Tanner Sınıflandırması kullanılarak tanımlanmaktadır ve değerlendirilmektedir.

Erken meme gelişimi (prematür telarş) meme gelişmesinin sekiz yaşından önce başlamasıdır. Erken telarş, erken puberteden ayrılması gereken bir durumdur. Ayırıcı tanı için kemik yaşı ve estradiol bakılmalıdır. Kemik yaşı normal ancak serum östradiol seviyesi 70-220 pg/ml arasında ise prematür telarş düşünülür. Kemik yaşı büyük ve serum östradiol seviyesi 220 pg/ml üzerinde ise erken puberte düşünülür. Bu nedenle birinci basamak sağlık kuruluşunda sekiz yaşından önce meme gelişimi olan kızların bu tetkiklerin yapılabileceği ve bu konuda çalışan uzmanı olan sağlık kuruluşlarına sevk edilmesi gerekir.

Meme gelişiminin 13 yaşına kadar başlamaması ise gecikmiş telarş olarak adlandırılmaktadır. Gecikmiş telarşa gecikmiş puberte eşlik edebilir. Bu nedenle genç kızın büyümesi, kronik hastalık durumu ve yeme bozuklukları ile ilgili sorunları da olabilir. Gecikmiş telarş düşünülen vakaların laboratuvar tetkik olanakları ve bu konuda çalışan uzmanı olan sağlık kuruluşlarına sevki uygundur.

Adolesan dönemde meme sorunları gelişim anomalileri, iyi huylu meme hastalıkları, meme başı akıntıları ve meme kanserleri olarak sınıflandırılırlar. Adolesan dönemde en sık görülen gelişimsel sorunlar asimetri, aksesuar meme, meme dokusunun olmaması, tüberoz meme deformitesi ve makromastiadır. İyi huylu meme hastalıkları fizyolojik olarak gerginlik, büyüme ve hassasiyet, meme ağrısı (periyodik ya da periyodik olmayan ağrı), proliferatif meme değişiklikleri (noduler, fibrokistik değişiklikler) ve fibroadenomlardır.

Gelişimsel Meme Hastalıkları:

Asimetrik Meme Gelişimi:

Meme gelişimi bir taraftan başlar ve diğerine göre daha hızlı olarak büyür, bunun nedeni bilinmemektedir. Puberte sonunda iki memenin büyüklüğü eşit düzeye gelir. Sol meme genellikle sağ memeden daha büyük olur.

Aksesuar Meme Dokusu:

Polimastia meme dokusunun birden fazla olması, politelia ise meme başının birden fazla olmasıdır. Aksesuar doku aksilladan inguinal bölge ortasına kadar olan embriyonik süt hattı boyunca görülebilir. Bu vakalarda kardiyojenik ve gastrointestinal anomaliler de olabilir.

Meme Dokusunun Olmaması:

Meme dokusunun hiç olmaması "amastia" olarak adlandırılır. "Athelia" ise meme başının olmamasıdır.

Tüberoz Meme Deformitesi:

Meme hipoplazisi ile ileri derecede genişlemiş areola sonucu ortaya çıkar. Selim bir lezyondur.

Makromastia:

Tek taraflı ya da çift taraflı olarak memenin normalden daha fazla büyümesidir. Normal meme doku 250-300 mm³ dür; 400-600 mm³ arasında hafif hipertrofi, 600-800 mm³ arasında orta hipertrofi, 800'den fazla ise ileri hipertrofi olarak sınıflandırılır.

Selim Meme Hastalıkları

Psikolojik Büyüme ve Gerginlik:

Her menstrüel siklusa hormonal stimulus ile lobüllerde veya glandüler dokuda proliferatif değişiklikler olur. Bu yakınması olan vakaların %50'sinde sebep psikolojiktir. Analjezik ve uygun sutyen önerisi yapılır.

Mastalji (Periyodik ve Periyodik Olmayan):

Gençlerde daha sık olarak görülen periyodik mastalji menstrüel siklus ile beraber olan meme ağrısıdır. Periyodik mastaljiada genellikle bilateral, lokalize olmayan ve aksilla ve kola yayılan ağrı ve acı vardır. Menstrüasyon sonrası ağrı azalır. Periyodik olmayan mastaljinin menstrüel siklus ile ilişkisi yoktur ve daha çok ileri yaşlarda görülür. Mastaljiada bir ya da her iki memenin üst dış kadranında tek noktada ağrı olur. Memede patolojik bir değişiklik yoktur. Tedavide sıkı destek, analjezik, hormonal tedavi, çuha çiçeği yağı ve diüretik önerilir.

Fibrokistik Değişiklikler:

Adolesan ve genç kadınlarda memedeki nodüler değişiklik, selim, proliferatif meme değişiklikleri ile beraberdir. Proliferatif ve iyi huylu nodüler değişiklikler olarak

tanımlanır. Menstrüasyondan yaklaşık bir hafta önce hassasiyet vardır ve menstrüasyon ile beraber sonlanır. Nodüller hassastır ve büyüklükleri bir kaç mm'den bir cm çapına kadar ulaşabilir. Tedavisinde uygun sutyen, analjezik, hormon tedavisi (oral kontraseptif), medrosiprogesteron (provera) kullanılır. Ayrıca kafein alımının azaltılması da önerilir.

Fibroadenom:

Meme bezlerinin selim tümörüdür. Adolesanlarda "common fibroadenom" türü sık olarak görülür. Adolesanlar kendi kendine fark edebilirler. Eşlik eden semptom olmayabileceği gibi menstrüasyon ya da gebelik sırasında rahatsızlık semptomları olabilir. Histopatolojik yönden tanısı gerekir; elektif olarak cerrahi ekzisyon yapılabilir. Yapılması gereken en önemli müdahale ise izlemdir.

Dev ya da juvenil fibroadenomda fibroadenomun çapı 5 cm. den daha büyüktür. İyi huylu olmasına karşılık meme deformitesine neden olur. Meme dokusunu en fazla bırakacak şekilde ekzisyon önerilebilir.

Filloides tümörü ise çok daha az görülür. Deri retraksiyonu ve meme başı akıntısı olabilir. Malin karakterde seyredebilir. Cerrahi olarak çıkarılması önerilir.

Meme Başı Akıntıları:

Adolesan dönemde meme başı akıntısı tek başına gelen bir semptomdan ziyade birçok farklı bulguyla beraber gelebilir. Meme başı akıntısının nedenleri galaktore, Montgomery tüberkülleri, intraduktal papillomatozis ve duktal ektazilerdir. Meme akıntısında, akıntının rengi ve tipi önemlidir.

Enfeksiyonlar:

Yabancı cisim, epidermal kist ve travma ile deriden duktal sistem içine yerleşen bakteriler aracılığıyla sellülit ve meme apsesi gelişebilir. Enfeksiyon belirtileri olan kızarıklık, hassasiyet, ısı artışı ve şişme görülür. Adolesanlarda sık değildir. Enfeksiyon tedavisi yaklaşımı uygulanır.

Meme Kanseri:

Bütün meme tümörlerinin %1'den daha azı adolesan dönemdedir. Adolesanlardaki meme kanserlerinin 1/3'ü primer meme odaklıdır, diğerleri metastatiktir. En sık geliş yakınması meme kitlesidir. Semptomlar sık olmayıp, aksiller lenfadenopati sık değildir. Adolesanlarda ailelerinde premenoposal meme kanseri öyküsü varsa meme kanseri riski artmaktadır.

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Yaklaşım:

Adolesan meme yakınması ile geldiğinde öncelikle rahatlatılarak öyküsü alınmalıdır. Öyküde memede olan değişimler, yakınmalar, hastalıkların bulgularına ilişkin sorular, daha önce yapılan uygulamalar gibi fizik muayene öncesi ön tanıya götürecek sorular yer almalıdır.

Fizik muayene sırasında odada bir hemşirenin bulunması sağlanmalıdır. Meme muayenesinde enspeksiyon ve palpasyon uygulanır. Enspeksiyon ile asimetri ve deri

görüntüsü izlenir. Memelerin enspeksiyonu üç pozisyon yapılmalıdır: ileri doğru yaslanarak, başının üzerine ellerini koyarak ve kalçalarının üzerine ellerini yaslayarak. Meme palpasyonunda tekerlek dingili, orta merkezli daireler ve vertikal çizgiler yöntemleri kullanılır. Kitle palpasyonu başparmak ve indeks parmak arasında yapılır.

Adolesan meme dokusu yoğun olduğu için ve meme kanseri sık olmadığı için mamografi önerilmez. Sevk edilen sağlık kuruluşlarında ultrasonografi ve gerekirse ince iğne biyopsisi ile kesin tanı konulabilir.

Taniya uygun olan tedavi önerilir. Gelişimsel sorunlar için puberte gelişimi ile ilişkisi değerlendirilmelidir. Psikolojik büyüme, gerginlik, mastalja, fibroadenom ve fibrokistik yapılar için yakınmalara yönelik öneriler verilebilir. Memede kitle olması durumunda ise bir üst kuruma sevk edilmesi gerekir.

Adolesan muayenesi sırasında adolesana kendi kendine meme muayenesi öğretilmelidir.

Jinekomasti

Jinekomasti, erkeklerde puberte ile ilişkili olarak meme bez ve stromal dokunun iyi huylu olarak artmasıdır.

Doğumda erkek ve kız bebeklerde meme dokusu benzer yapıdadır ve çocuklukta östrojene, benzer yanıt verirler. Pubertede, erkeklerde meme dokusunun duktal ve periduktal dokunun proliferasyonu görülür. Pubertede kızlarda östrojen ve progesteron salınımı ile meme dokusunda duktal büyüme ve genişleme olur. Hormon seviyeleri meme dokusunun büyüme derecesini etkiler. Çünkü östrojen meme dokusunun gelişmesini sağlar ve androjenler ise karşı etki gösterirler, erkeklerde östrojenin testosterona göre relatif olarak yüksek olması jinekomastiye neden olur. Normalde, testislerden salınan androjen seviyesinin artması ile bu doku geriler ve atrofiye olur.

Jinekomasti, patolojik ya patolojik olmayan olarak sınıflandırılmaktadır: Endokrinopatiler (hipogonadizm, hipertroidi, adrenal hastalıkları), tümörler (hipofiz, adrenal, testis, karaciğer, lenfoma, lösemi, meme), kronik hastalıklar (karaciğer, böbrek, malnütrisyon, AIDS, sinir sistemi yaralanmaları) ve ailesel nedenli olabilir.

Hormonlar (östrojen, aromataz androjenler, koryonik gonodotropinler), tümör ilaçları, kardiyovasküler ilaçlar, tüberküloz ilaçları, uyuşturucular ve alkol jinekomastiye neden olabilir.

Jinekomasti tanı ve izlemi Nydick sınıflandırması ile glandüler diskin çapının ölçümü kullanılarak yapılır. Jinekomastisi olan erkekler üç ayda bir glandüler disk çapı ölçümü yapılarak izlenir.

Nydick sınıflandırması, glandüler diskin çapının ölçümü ile yapılır. Disk areolayı geçmiyorsa "+", disk areola sınırına kadar gelmişse "++" ve disk areolayı geçmişse "+++" olarak tanımlanır.

Disk 4 cm den daha küçük ise veya ikinci pubertal döneme karşılık geliyorsa, hekim sadece hastayı bilgilendirmelidir. Disk çapı 4-6 cm arasında ise tıbbi tedavi önerilir ve 6 cm den daha büyük ise cerrahiye sevk edilmelidir.

Puberte döneminde jinekomasti, gebelikle 12-18 ay içinde kendiliğinden kaybolur. Vakaların çok azında erişkin dönemde jinekomasti devam edebilir. Jinekomasti ile meme kanseri arasında herhangi bir ilişki gösterilememiştir.

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Yaklaşım:

Jinekomasti yakınması ile gelen adolesanın öyküsü (aile öyküsü), kullandığı ilaç öyküsü, kronik hastalık öyküsü, palpasyonda diskin hissedilmesi, bulunan puberte evresi, karaciğer, böbrek ve tiroid fonksiyon testleri, östrojen, testosteron, serbest testosteron, DHEA-SO₄, SHBG bakılması önerilir. Bu nedenle jinekomasti ön tanısı alan adolesanın bu tetkiklerin yapılabileceği sağlık kuruluşuna sevk edilmesi gerekir.

2. Menstrüel Siklus ile İlgili Sorunlar

Premenstruel Sendrom (PMS)

Premenstrüel sendrom menstrüel siklusun luteal fazında ortaya çıkan ve menstrüasyon ile hemen ortadan kalkan fiziksel, duygusal, kognitif ve davranışlara ait önceden tahmin edilebilen bir dizi yakınmanın olma hali olarak tanımlanmaktadır. PMS risk faktörleri arasında 30 yaş altında olma ve genetik faktörler yer almaktadır. Bazı çalışmalar göstermektedir ki, anneleri PMS olan adolesanlarda PMS daha sık olarak görülmektedir.

PMS nin oluş mekanizması tam olarak bilinmemektedir, ancak bazı teoriler tartışılmaktadır: Östrojen fazlalığı, progesteron eksikliği, hormonlarda dengesizlik, vitamin eksiklikleri, glukoz mekanizmasında değişiklikler ve nörotransmitterlerde değişiklikler.

Klinik Bulgular:

Literatürde çok hafiften günlük aktiviteleri sınırlandıracak kadar ağır olarak tanımlanan 150 den fazla semptom sıralanmaktadır. Duygusal semptomlar (sinirlilik, depresyon, yorgunluk, letarji, kızgınlık, uykusuzluk ya da aşırı uyku hali, kişilik değişiklikleri, anksiyete, konsantre olamama, ağlama ve sosyal yalnızlık) ve fiziksel bulgular (baş ağrısı, bacak ve göğüslerde şişkinlik, iştah artışı, aşırme, karında şişkinlik, yorgunluk, adale ve eklem ağrıları) sık olarak görülür.

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Yaklaşım:

Tanıda sıklık semptomların öyküsü kullanılır. Özel bir bulgu ya da laboratuvar testi bulunmamaktadır. Tanı koyabilmek için üç önemli bulgu aranmalıdır:

- Semptomlar genellikle luteal dönemde ortaya çıkmakta ve menstrüasyondan bir kaç gün sonra geçmektedir. Foliküler fazda semptom bulunmamaktadır.

- Başka bir fiziksel ve psikolojik nedene bağlı olmaksızın birçok siklus döneminde semptomlar ortaya çıkmıştır.
- Semptomlar normal aktiviteleri engelleyecek kadar ciddi olmakla beraber geçmekte, kaybolmaktadır.

Premenstrüel Sendrom tanısında hastanın bir takvimde yakınmalarını ve yakınmaların şiddetini işaretlemesi istenir. Takvimde yer alan yakınmalar şunlardır: Kızgınlık, konsantre olamama, yorgunluk, sinirlilik, gerginlik, kabızlık, kafa dağınıklığı, sosyal aktivitelerde isteksizlik, göğüslerde hassasiyet ve ağrı, kötü hissetme, baş ağrısı, bazı gıdalara karşı aşırı istek, göğüslerde, ayaklarda ve karında şişkinlik. Bu yakınmaların derecesi de alınır. Ayrıca adolesanın menstrüel siklusuna ait bilgiler de alınır. ABD Ulusal Mental Enstitüsüne göre, semptomlardan en az %30'unun olması, yakınmaların menstrüasyondan 6 gün önce başlaması ve menstrüasyondan sonra devam etmesi, en az iki siklus arka arkaya devam etmesi ile tanı konulmaktadır. PMS'a birinci basamak sağlık kuruluşlarında tanı konulabilir ancak tanı yaklaşımı önemlidir.

Tedavi:

1. Eğitim: hasta menstrüel fizyoloji, hormonlar ve semptomlar arasındaki ilişki hakkında bilgilendirilmelidir.
2. Stres yönetimi öğretilmelidir.
3. Düzenli egzersiz önerilmelidir (örneğin aerobik gibi)
4. Vitamin ve mineral desteği (B6 vitamini, kalsiyum, magnezyum, E Vitamini, karbonhidrat desteği) önerilmektedir.
5. Ovulasyon baskılanabilir.
6. Doğal progesteronlar verilebilir.
7. Semptomlara yönelik tedavi önerilir.
8. Psikolojik semptomların baskılanması için tedavi önerilir.

Disfonksiyonel Uterus Kanaması:

Tanım olarak, disfonksiyonel uterus kanaması, uterusun anatomik olarak herhangi bir bozukluğunun olmadığı durumda hormonal etki ile endometriuma bağlı olan kanamadır. Disfonksiyonel uterus kanaması çok ağır ise, yaşamı tehdit edebilir. Disfonksiyonel uterus kanaması, adolesan dönemde sık olarak görülmektedir. Adolesanlarda hastalığın nedeni, fizyolojik olarak gelişmenin tamamlanması ve buna bağlı olarak yumurtlama olmaması şeklinde açıklanmaktadır.

Ayırıcı Tanı

Poliklinikte anormal kanama ile gelen adolesanların yaklaşık %10'u tedavi edilebilir, %25'inin yapısal, enfeksiyon ve pıhtılaşma sorunları olması nedeniyle yatırılarak tedavi edilmesi gerekir. Gebeliğe bağlı nedenler, patolojik yapı, kanama diatezi, hormonal nedenler tanı sırasında düşünülmelidir. Oral kontraseptifler, DMPA and levonorgestrel implantları da düzensiz kanamaya neden olabilir.

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Yaklaşım

Disfonksiyonel kanama tanısı için organik bir patolojinin olmadığından emin olunması gerekir. Bu nedenle gerçek disfonksiyonel kanama tanısı koyabilmek için kanamaya neden olabilecek bütün patolojilerin ekarte edilmesi gerekir.

Adolesandan menstrüel, cinsel yaşam, sistemik hastalık, endokrin ve aile öyküsü alınır ve sistemlerin değerlendirilmesi yapılmalıdır. Genç kızlardan özellikle menstrüel siklus öyküsü oldukça zor alınır. Bu nedenle menstrüasyon ve kanama miktarını işaretleyebileceği bir kaç aylık menstrüel siklus kaydının alabileceği bir formun adolesan tarafından doldurulması önerilmektedir.

Fizik muayenede vital bulgular, cinsel gelişim derecesi, deri, saç ve mukoza, tiroid, meme, lenf bezleri, karın ve pelvik muayene yer almalıdır.

Laboratuar testleri arasında gebelik testi, tam kan sayımı, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon taraması, eritrosit sayımı, tiroid fonksiyon testleri, protrombin zamanı, karaciğer fonksiyon testleri, antinükleer antikor, LH, FSH, testosteron, pelvis ultrasonografisi ve endometrial aspirasyon yer alır.

Özellikle laboratuar muayenesi tanı için çok önemli olduğundan adolesanın laboratuar olanakları olan sağlık kuruluşuna sevki uygundur.

Anovulatuar disfonksiyonel uterus kanamasında etiyolojiye yönelik tedavi ve destek tedavisi verilir. Etiyolojiye yönelik olarak tıbbi tedavi, cerrahi tedavi ve radyoterapi yapılmaktadır. Etiyolojiye yönelik tıbbi tedavide hormonal tedavi, nonsteroidal ajanlar ve antifibrinolitik ajanlar önerilir. Hormonal tedavide kombine östrojen-progesteron, progesteron, östrojen, androjen ve danazol ve gonadotropin analogları önerilmektedir. Etiyolojiye yönelik cerrahi tedavide ise disfonksiyonel kanamanın nedenine yönelik olarak kürtaj (D&C), endometrial ablasyon ve histerektomi önerilmektedir. Destek tedavisinde ise demir takviyesi çok önemli olup bazen kan transfüzyonu gerekebilir.

3. Testis, Skrotum ve Spermatik Kordun Hastalıkları

Erkeklerde skrotal hastalıklar arasında testisin gelişimsel ve yerleşim sorunları başta gelen sorunlardır. Spermatik kordun hastalıkları arasında ise spermatosel, varikosel, hidrosel, spermatik kord torsiyonu ve testis/epididim apendiks torsiyonu yer almaktadır.

Adolesan dönemde en sık görülen hastalık varikoseldir. Adolesanlara özel olmamakla birlikte, her adolesan değerlendirilirken inmemiş testis ve çıkan testis (daha önce skrotumda iken daha sonra inmemiş testis yerine çıkma) kavramları mutlaka göz önüne alınmalıdır. Adolesanlarda bu bölgede görülen diğer hastalıklar bu döneme ait olmayıp, genellikle daha erken yaşlardan itibaren görülebilen hastalıklardır. Bu hastalıklar arasında fıtık, hidrosel, kordon kisti, inmemiş testis, hipospadias ve eksotrofik anomaliler yer almaktadır. Bunlardan başka travma ve tümörler de bölgenin diğer hastalıkları arasındadır. Adolesan dönemde karşılaşılan testis torsiyonu da acil olarak müdahale edilmesi gereken bir durumdur.

Hipogonadizm

Konjenital olarak ya da prepubertal primer testiküler eunuchodism veya hipofizer hipogonadizm şeklinde görülebilir. Vakalar epifizlerin kapanması gecikmiş olduğu için uzun boyludurlar. Vakalarda testisler küçük olup, sekonder seks karakterleri gelişmemiştir ve libido eksikliği vardır. Kadın vücut tipinde yağlanma ve gözler etrafında çizgiler olabilir. Uzun etkili testosteron tedavisi gerekir. Hipogonadizm vakalarının birinci basamak sağlık kuruluşlarında ön tanısının konulmasından sonra sevk edilmesi gerekir.

İnmemiş Testis

Karın içinde gelişen testisler intrauterin hayatın 28. haftasında skrotuma inerler. İnmemiş testis, testislerin skrotumda olmaması durumudur. İnmemiş testisin nedeni bilinmemektedir.

Klinik bulgulara testisler skrotum içinde yer almazlar, bazen testis bulunduğu yerde ağrı yapabilir. İnmemiş testisin fizik muayenesinde skrotumda testis palpe edilemez. Bazen testis inguinal kanalda palpe edilebilir. Laboratuarda idrarda 17-ketosteroidler, gonadotropinler ve serum testosteronu etiyolojiye yönelik araştırma için gereklidir. Testisler muayene sırasında ele gelmiyorsa herniografi, venografi ve arteriografi önerilir. Serumda serum testosteron seviyesi sınırda ise dört gün 2000 ünite hCG verilir ve beşinci gün serum testosteron seviyesi ölçülür. Testisler mevcut ise serum testosteron seviyesi seviyesinin 10 kat yükselmesi beklenir. Ayrıca radyografi, CT, ultrasonografi ve MR da ileri tetkik amaçlı yapılır.

İnmemiş testis müdahalesinin cerrahi olarak iki yaş civarında yapılmış olması gerekmektedir. Adolesanlarda inmemiş testis prevalansı %0,7'dir. Komplikasyonları infertilite (6 yaşına kadar müdahale edilmemiş ise) ve malignensi (bütün malignensilerin %5-12'sinde inmemiş testis öyküsü vardır) şeklindedir.

Beş yaşından önce hormonal tedavide başarı sağlanabilir. Hormon tedavisi başarıya ulaşamadığı durumlarda İnmemiş testis tedavisi cerrahi olarak yapılır. Testisteki tahribat bilinmemeyebilir.

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Yaklaşım

Adolesanlar kendi kendine testis muayenesi konusunda eğitilmelidirler. İnmemiş testis ön tanısı konulduğunda adolesana hemen müdahale yapılması gerekeceği için hemen bir ürolog ya da çocuk cerrahisi olan kuruluşa sevk edilir.

Skrotumda Şişlik ve Kitle

Adolesana öykü alma sırasında mutlaka sorulması gerekenler:

- Ağrı (ağrının olmaması tümör ya da kistik bir yapıyı destekler, torsiyonda ani başlayan ağrı vardır)
- Travma
- Yakın geçmişte testis büyüklüğünde olan değişme

- Epididimit için cinsel olarak aktif olma
- Daha önceki ağrı öyküsü (torsiyon için daha önceden hafif ağrılar)

Skrotum şişliği ve kitle yakınmasında, testis torsiyonu mutlaka eradike edilmelidir, torsiyonu olan testis diğer taraftaki testise göre daha yüksektedir, enfeksiyonlarda ise daha aşağıda bulunur.

Testisler, epididimis, kord ve epididimis başının muayenesi kitle, hassasiyet ve ağrı bulgularının bulunması tanı için önemlidir.

Skrotumda kitle veya şişme hidrosel, spermatosel, varikosel, fıtık ve testis tümörünü düşündürür. Ağrılı kitle veya şişme spermatik kordun torsiyonu, testis torsiyonu, epididimitis, orşit, travmaya bağlı hematoma, fıtık ve Henoch-Schönlein sendromunu düşündürür.

Testis Torsiyonu

Normalde testisler mezotelyal bir yapı olan tunika vajinalis ile sarılıdır. Bazı erkeklerde, tunika vajinalis testisleri tamamen sarar; ancak deformite olduğu durumlarda testis spermatik kord etrafında dolaşımını etkileyecek kadar dönebilir.

Testis torsiyonunu en sık 12-18 yaş arasında görülür.

Testis torsiyonunda travma, oluşmasını kolaylaştırıcı bir faktör olabilir. Testis torsiyonu genellikle ani olarak gece başlar. Adolesanların yaklaşık yarısında daha önceden ağrı vardır. Testis torsiyonu ağrısı genellikle skrotuma lokalizedir, kusma ve bulantı olabilir.

Muayene bulguları arasında, testisler hassas ve şişkin, skrotal deride kızarıklık, torsiyone olan testis diğer tarafa göre daha yukarıda ve yatay pozisyonda olarak bulunur. Torsiyon olan testiste ateş genellikle yoktur.

Torsiyon olduğunda, torsiyonun derecesine, torsiyone olan spermatik kord uzunluğuna ve torsiyondan sonra geçen süreye bağlı olarak o testisin kanlanması etkilenmektedir. Önce venöz obstrüksiyon daha sonra arteriyel dolaşımın bozularak hemorajik testis infarktına neden olabilir. Diğer taraftan, eğer testiste inmeme, torsiyon, tümör, travma, varikosel veya vas deferens obstrüksiyonu gibi herhangi bir nedene bağlı olarak zedelenirse karşı taraftaki normal testis de bir şekilde etkilenmektedir. Karşı testisin zedelenmesi hakkında çeşitli mekanizmalar ileri sürülmekle birlikte nedeni henüz tartışılmaktadır. Ancak torsiyon süresinin hem o taraf hem de karşı taraf testis zedelenmelerinde etkin bir parametre olduğu bilinmektedir.

Testis torsiyonu tanısı, testislerinde ani olarak şişlik ve ağrısı olan her adolesanda şüphelenerek başlar. Üroloji ya da çocuk cerrahisi konsültasyonu istenmelidir. Tedavi acil cerrahidir. Testis torsiyonunda testis fonksiyonlarını

korumak için erken cerrahi girişimi yapılmalıdır, müdahalenin 3-4 saati geçmesi testis atrofisine neden olabilir.

Epididimitis

Epididimitis 35 yaş altında cinsel olarak aktif olan erkeklerde ve genellikle Chlamydia trachomatis ve Neisseria gonorrhoeae'nin neden olduğu bir enfeksiyon hastalığıdır. Epididimitis puberte öncesinde ve cinsel olarak aktif olmayan erkeklerde çok seyrekir.

Epididimitis bulguları ani başlayan şişkinlik, hassasiyet, akıntı, dizüri, ateş ve piyüri şeklindedir.

Epididimitisin tanısı için Chlamydia trachomatis veya Neisseria gonorrhoeae tanısı için idrar testi gerekmektedir. Üroloji konsültasyonu istenebilir. Tedavide skrotal destek, yatak istirahati, analjezik, antibiyotik, cinsel eşin belirlenmesi ve eşin tedavisi yapılır.

Testis Tümörleri

Birçok testis tümörünün orijini germ hücrelidir. Testis tümörleri 15-35 yaş arasında genellikle solid yapıdadırlar. İnsidansı 100 000 erkekte 2,3 olup, inmemiş testis öyküsü olan adolesanlarda testis tümör riski 10-40 kat artmaktadır.

Ağrısız ve testisle ilişkili olan kitle tümör olasılığını düşündürmelidir. Tedavi, biyopsi ve patolojik değerlendirme sonunda belirlenen hücre tipine göre yapılır.

Hidrosel

Processus vaginalisin kapanmaması durumunda ortaya çıkmaktadır. Hidroselde tunika ya da processus vaginaliste sıvı toplanır. Hidrosel spermatik kordda görülebilir ancak sıklıkla testis etrafındadır. Hidrosel, travma, radyoterapi, tüberküloz, enfeksiyon ya da orşite sekonder gelişebilir. Kronik hidrosel çok nadirdir.

Genç erkekler öyküde hidroseli tanımlarlar, testis yapısı sabahları küçük ve yumuşak bir yapıda iken akşamları şişer ve hassas hale gelirler. Hidrosel muayenesinde nedensel faktör olarak herhangi bir enfeksiyon yok ise enfeksiyona ilişkin bulgular yoktur. Ancak bazı komplikasyonları yönünden dikkatli olunması gerekir; hidrosel testis kanlanması bozabilerek atrofiye neden olabileceği gibi travma da kanamaya neden olabilir.

Hidroselde ağrısız, yumuşak, kistik, transluminasyonda veya ultrasonografide kistik görüntü vardır. Genellikle tedavi önerilmez. Ancak testisin dolaşımı bozulmuş ise, rahatsız edici kitle ya da kozmetik olarak rahatsız veriyorsa cerrahi tedavi önerilir.

Varikozel

Varikozel on yaşın altında ender olarak görülürken 10-15 yaşlarında görülme sıklığı artarak %10-15'e çıkmaktadır. Varikozel geliştikten sonra yaşam boyu devam

etmektedir. Varikoselin testis gelişimi, histolojisi ve fonksiyonunu olumsuz yönde etkilediği kabul edilmektedir. Dolayısıyla varikosel nedenli infertiliteden korunma adolesan dönemde ve erken tanı şeklinde olan ikincil korunmadır.

Varikosel, ven kapaklarının yeterince gelişmemiş olması ya da artmış baskı nedeniyle venlerin genişlemesidir. Varikosel vakalarının %85'inde varikosel sol tarafta, %15'inde iki taraflıdır.

Varikosel üç derecede değerlendirilmektedir. Birinci derecede genişleme çok azdır. İkinci derecede, orta derecede genişleme bulunur. Üçüncü derecede ise, karşıdan bakıldığında kolaylıkla görülebilen derecede varikosel görülür. En sık olarak birinci, en seyrek olarak üçüncü derecede varikosel görülmektedir.

Varikosel adolesanlarda rutin muayene sırasında ya da hastanın bir tarafında daha yoğun bir dolgunluk hissetmesi yakınması sonrasında yapılan muayene sırasında yapılır. Ancak özellikle bakılmadığı durumlarda tanı konulamayabilir. Bu nedenle adolesan muayenesinde varikosel muayenesinin yapılması gerekir. Adolesan ayakta muayene edilirken kordda dolgunluk varken, yatar pozisyonda gergin olan görünüm azalır.

Varikosel tedavisinde farklı cerrahi yöntemler önerilmektedir, ancak halen kesin bir öneri bulunmamaktadır. En sık kullanılan yöntemlerden birisi internal spermatik venin inguinal kanala bağlanması ya da asılmasıdır. Ayrıca balon kateter gibi perkutan yöntemler de uygulanmaktadır.

Spermatosel

Spermatosel, epididimin üst kısmında ağrısız, sperm içeren kistik bir yapıdır. Spermatosellerin önemli bir kısmı bir cm çaptan daha küçüktür. Nedeni tam olarak bilinmemektedir.

Çok küçük oldukları için genellikle testis muayenesi sırasında solid yapıda ve şekilli olarak palpe edilir. Translüminasyon muayenesinde testis üzerinde serbest hareketli kistik görüntü verir. Kistten alınan aspirasyonun mikroskopik incelemesinde ölü spermeler vardır. Büyüklüğünden dolayı herhangi bir yakınma yoksa tedavi önerilmez.

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Yaklaşım

Adolesanlarda çeşitli belirti ve bulgularla seyreden skrotum sorunları genellikle kolay tanınabilirler. Birçok durumda ek laboratuara gerek duyulmayabilir. Bu bölge hastalıklarının ön tanılarının konulması durumunda sevk edilmesi gerekir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında özellikle acil durumları tanımak ve hızlı davranmak gerekir. Bir adolesanda skrotumda ani olarak başlayan ağrı ve şişlik ile karşılaşıldığında akut skrotum ön tanısı ile zaman kaybetmeden cerrahi müdahalenin yapılabileceği bir

merkeze sevki en uygun davranıştır. Akut skrotumda gecikme hastanın testislerinin zedelenmesine neden olabilir.

Erkek üreme organlarının muayenesi erkek adolesanların muayenesinin en zor kısmını oluşturmaktadır. Muayene öncesinde en çok dikkat edilmesi gereken konulardan birisi, muayene yapacak olan hekim, ellerinin sıcak olduğu konusunda emin olmalıdır.

Enspeksiyon:

- Pubik bölge (cinsel gelişim, patolojik görüntü, scabies)
- Kasık ve uyluk iç tarafı (LAP, fıtık)
- Penis başı (kızarıklık, ülserasyon)
- Skrotum (kızarıklık, diğer lezyonlar)
- Testisler (büyüme)

Palpasyon:

- İnguinal bölge (LAP ve fıtık)
- Testisler (büyüklük, şekil, hassasiyet ve kitle)
- Epididimis
- Spermatik kord (Vas deferens)

Kendi Kendine Testis Muayenesi

Kadınlara meme muayenesi öğretildiği halde erkeklere testis muayenesi genellikle öğretilmemektedir. Oysa testis kanserleri solid türde olan ve gençlerde sık görülen kanserlerdir.

Amerikan Kanser Birliği tarafından önerilen testis muayenesi aşağıda verilmiştir:

Her erkek ayda bir defa testis muayenesi yapmalıdır.

Testis muayenesi için sıcak bir banyo ya da duş sonrası tercih edilmelidir; çünkü sıcak banyo testis üzerindeki deriyi yumuşatacağı için muayene daha iyi yapılabilir.

Kendi kendine muayene sırasında:

- Penisi testislerden ayırarak, her iki testisi de ayrı ayrı muayene ediniz.
- Testisi baş ve diğer parmaklar arasına alarak parmakların arasında yuvarlayınız. Her iki elle bu işlemi tekrarlayınız.

Testislerde ele gelen ya da görülen herhangi bir kitle, şişlik olması ve testislerin büyüklük, şekil ve yoğunluğunda farklılık olma durumu değerlendirilir.

OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI:

1. Erkeklerde sık görülen sorunlar nelerdir? Bu oturumdan sonra çalıştığınız bölgede erkeklerde bu sorunların görülme sıklığı hakkında ne düşünüyorsunuz?
2. Kızlarda sık görülen sorunlar nelerdir? Bu oturumdan sonra çalıştığınız bölgede kızlarda bu sorunların görülme sıklığı hakkında ne düşünüyorsunuz?

KAYNAKLAR:

1. Derman O. "Meme Hastalıkları" Ergen Sağlığı ve Gelişimi Kaynak Kitabı. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. s. 43-54, Ankara 2004.
2. Derman O. "Meme Hastalıkları". Katkı Pediatri Dergisi. Cilt 21, Sayı 6, 802-816, Ankara, 2000.
3. Derman O. "Pubertal Jinekomastii" Ergen Sağlığı ve Gelişimi Kaynak Kitabı. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. pp. 145-154, Ankara 2004.
4. Derman O. "Physical Problems in Adolescents". Adolescent and Adolescent Reproductive Health. International Children's Centre, (supported by UNFPA and Ministry of Health General Directorate of Maternal Child Health Family Planning), Meteksan A.Ş. pp. 68-78, Ankara 2003.
5. Canyel FC. "Adolesanlarda Skrotum Sorunları" Ergen Sağlığı ve Gelişimi Kaynak Kitabı. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. pp. 173-180, Ankara 2004.
6. American Cancer Society, Testicular Cancer.
http://www.cancer.org/docroot/CRI/content/CRI_2_4_3X_Can_Testicular_Cancer_Be_Found_Early_41.asp?rnav=cric
7. Anderson MM and Neinstein LS. in Adolescent Health Care A Practical Care (ed. LS Neinstein). Lippincott Williams&Wilkins, pp.966-972, 2002, Philadelphia.
8. Neinstein LS. Breast Disorders in Adolescent Health Care A Practical Care (ed. LS Neinstein). Lippincott Williams&Wilkins, pp. 1063-1984, 2002, Philadelphia.
9. Braveman PK and Neinstein LS. Dysmenorrhea and Premenstruel Problems in Adolescent Health Care A Practical Care (ed. LS Neinstein). Lippincott Williams&Wilkins, pp.952-965, 2002, Philadelphia.
10. Martin Memorial Health Systems. Adolescent Medicine Amenorrhea, <http://www.mmhs.com/clinical/peds/english/adolescent/amenr.htm>, 24 September 2004.
11. McAninch JW. Disorders of the Testis, Scrotum and Spermatic Cord. In: Smiths General Urology, Tanagho EA, McAninch JW. (eds), 15th Edition, 2000, McGraw Hill Company Inc., New York, pp 6784-693.
12. Mitan LAP and Slap GB. Dysfunctional Uterine Bleeding in Adolescent Health Care A Practical Care (ed. LS Neinstein). Lippincott Williams&Wilkins, pp.966-972, 2002, Philadelphia.

GENÇLERLE İLETİŞİM VE DANIŞMANLIK

AMAÇ:

Gençlerle iletişim ve danışmanlık konularında bilgi ve beceri kazanmak

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

1. Gençlerle iletişimde sözel ve sözel olmayan unsurları tanımlayabilmeli,
2. Gençlerle iletişim kurma kurallarını tanımlamayıabilmeli
3. Gençlerle iletişim kurabilmeli ve danışmanlık yapabilmeli

İletişim; mesaj, bilginin aktarılması, veri aktarılması ve bilgilendirmeye ilgilidir. Bazı insanlar iletişimi etkileme süreci olarak görürken diğerleri iletişimi bilginin aktarımı olarak tanımlamaktadır. Fauconnier'in iletişimi tanımı şu şekildedir "Gönderenin bilgi aktarmak amacıyla bazı kanalları kullanarak alıcıya uygun hale getirilen mesajları aktarması sürecidir". Bu tanımlamada inisiyatif gönderendedir. Bunun değerlendirilmesi oldukça önemlidir, çünkü sağlık hizmet sunumunda iletişim, hizmet sunucular tarafından başlatılır ve hizmet alıcılarından gelen sinyaller dışarıda bırakılmaktadır. Oysa bu yaklaşım yanlıştır, İletişim iki-yönlü bir süreçtir.

Göndericinin yolladığı mesajlar alıcıya doğru giden kanallar boyunca etkilenebilir. Ortamda bulunan bazı etkenler mesajların etkilenmesine neden olabilir: odadaki gürültü, alıcı veya göndericinin kötü işitmesi, alıcı veya göndericinin sinirli olması, rahat hissedememek, anlaşılması zor bir dil kullanmak ve iyi iletişim becerilerinin olmamasıdır.

Gençler sağlık kuruluşlarına geldiklerinde genellikle gergindirler, sorunlarını anlatıp ve sağlık personelinin sorularına cevap verecek becerileri olmayabilir, sağlık personelinin (anlaşılması zor ve tıbbi) diline ile alışık olmayabilir ve huzursuz hissedebilirler. Bu konular gençlere danışmanlığa başlamadan önce değerlendirilmesi gereken temel konulardır.

Sözel Olmayan İletişim

Gençler iyi bir şekilde karşılanıp saygı gördüklerinde kendilerini daha iyi hissederler. Bu yüzden sözel olmayan iletişim konusunda da sözel iletişimde olduğu kadar dikkatli olunmalıdır.

İletişimin büyük bir kısmı kelimeleri kesinlikle içermez. Bu sözel olmayan iletişim olarak adlandırılır. Hem olumlu hem de olumsuz sözel olmayan iletişim örnekleri şu şekildedir:

Olumlu sözel olmayan iletişime örnekler

- Hizmet alıcıya eğilerek konuşmak
- Gülümseme
- Gergin davranışlardan kaçınma
- İlgili bir yüz ifadesi
- Göz temasının korunması
- Cesaretlendirici mimiklerin kullanılması, baş ile onaylama gibi

Olumsuz sözel olmayan iletişime örnekler

- Karttan okuma
- Saatinize göz atmak
- Esnemek
- Cama bakmak
- Huzursuz oturmak
- Çatık kaşlı olmak
- Göz temasını korumamak

Genç hizmet alıcılara yardım etmede size gerekli olan bilgiyi alabilmeniz için, aktif olarak dinlemelidir. Bu sayede, konuşmasa da gencin gereksinimlerine ilgi gösterilir. Olumlu sözel olmayan örnekler kullanarak aktif dinleme yapılabilir.

Aktif dinlemenin diğer önemli bir yönü "sözel cesaretlendirme" olarak adlandırılır. Bu, hizmet alıcıya hizmet sunucunun ilgilendiği ve ilgi gösterdiği izlenimini verir. Bazı sözel cesaretlendirme ifadeleri şunlardır:

Sözel cesaretlendirme

- 'Evet'
- 'Anlıyorum'
- 'Doğru'
- 'Tamam'
- 'Gerçekten mi? Bana daha fazla bilgi verir misiniz?'
- 'Bu çok ilginç'

Sözel cesaretlendirme ifadelerinin bir kısmı 'açık-uçlu sorular' içerir. Bu kişinin 'evet' veya 'hayır' gibi basit cevaplar yerine tam cevaplar vermesini sağlar. Sadece 'evet' veya 'hayır' cevaplarını gerektiren sorular 'kapalı-uçlu sorulardır.

Kapalı-uçlu sorular

- Danışmanlık istiyor musunuz?
- Ergenlik hakkında herhangi bir sorunuz var mı?
- Benimle konuşmaktan korkuyor musunuz?
- Evde problemlerinizi var mı?
- Arkadaşlarınız sizinle dalga geçtiğinde üzülür müydünüz?
- Aktif bir cinsel hayatınız var mı?

Açık-uçlu sorular

- Neden bugün buraya geldiğinizi söyleyebilir misiniz? Sizin için ne yapabilirim?
- Ergenlik hakkında ne gibi sorularınız var?
- Benim ile konuşmaktan neden korkuyorsunuz?
- Bana ev hayatınızdan bahseder misiniz?
- Arkadaşlarınız sizinle dalga geçtiğinde nasıl hissettiniz?
- Eğer yeterince rahat hissediyorsanız, bana aktif cinsel hayatınızdan bahseder misiniz?

Gençlerle konuşurken anlayabilecekleri basit bir dil kullanmak önemlidir.

Yeniden ifadelendirmek, hizmet sunucularının, hizmet alıcıların nasıl iletişim kurduklarını tam olarak anlayabildiklerinden emin oldukları bir yöntemdir. Bu aynı zamanda genç hizmet alıcısına kendisinin söylediklerinin hangisi ile hizmet sağlayıcının ilgilendiğini bilmesini sağlar. Yeniden ifadelendirmenin tekniği kendi kelimelerinizle hizmet alıcısının sorduğu soruyu tekrarlamak anlamına gelir. Hizmet alıcının size kullandığı kelimeler dışında başka kelimeler ile sentezleyiniz veya özetleyiniz.

Yeniden ifadelendirmeye bir örnek:

Hizmet Alıcı: Hapları kullanmak istiyorum fakat kız kardeşim onların beni hasta ve zayıf yapacağını söylüyor

Hizmet sağlayıcı: Yani, hapların yan etkileri hakkında endişeleriniz mevcut.

Diğer bir yöntem duyguların onaylanması ve yansıtılmasıdır. Hizmet sağlayıcısı hizmet alıcısının hislerini anlamak için genç kişinin ifade ettiği duyguları açıklar.

Örneğin: Sanırım hamile olma konusunda endişeleriniz var?

Hizmet alıcıların duruma karşı gösterdikleri reaksiyonun oldukça normal olduğu ve bu duyguların aynı durumdaki kişiler içinde benzer olduğunu bildirmek hizmet alıcılar için oldukça yararlıdır. Hizmet sunucuları duyguların değerli olduğunu iletilebilir. Genç bir kişiye onun duygularının anlaşıldığını göstermek oldukça memnun edicidir. Gençler duyguları hakkında güvensizdirler.

Herhangi bir bilgi vermeden önce gencin hâlihazırda ne bildiğinin belirlenmesi yapılır. Gencin anlayabileceği kelimeleri kullanarak bilgi sağlamak oldukça önemlidir. Gençlere verilen bilgilerin anlaşılma durumunu öğrenmek için bilgiyi tekrarlamaları istenir.

Bazı iletişim tekniklerini kullanmak danışmanlığın niteliğini arttırabilir.

- Aktif Dinleme
- Olumlu sözel olmayan örnekler kullanma
- Açık-uçlu sorular sorma
- Yeniden ifadelendirme
- Duyguları yansıtma ve duygulara değer verme
- Basit dil kullanma
- Anlaşılır bilgi verme

Danışmanlık

Danışmanlık kişiden kişiye konuşmalarda birinin diğerine yardım etmesidir. Hizmet alıcısına yardım edildiğinde bir sorunun/durumun üzerine karar veriliyor ve danışmanlık yapılıyor.

İyi danışmanlık için bazı ön şartlar bulunmaktadır:

- Hizmet alıcısının ihtiyaçlarını ilk sırada tutulur
- Mahremiyetin sağlanması için danışmanlığı özel oturumlar ile düzenlenir
- Bütün dikkat hizmet sağlayıcısına verilir

- Hizmet alıcısına asla yargılayıcı imalarda bulunulmaz
- Hizmet alıcısına yaşı, eğitim seviyesi, etnik kökeni, dili, medeni durumu, dini veya sosyo-ekonomik durumu ile ilgili konularda saygı gösterilir.

Etkili Bir Danışman

- Gerçeği gösterir: güvenilir ve bilginin gerçek kaynağıdır.
- Özellik, saygı ve güven ortamı yaratır
- Etkili iletişim kurar: örneğin, diyalog ve açık görüşmelere yatkın olur.
- Yargılayıcı değildir: Öneriler sunar ve hizmet alıcılarının kararlarını eleştirmez.
- Empatikdir.
- Cinsellik konusunda rahattır.
- Gençlerle konuşmada rahattır.
- Hizmet alıcıyı rahatlatır ve onların gizliliğini sağlar.
- İlimli bir şekilde ve uygun bir ses tonuyla konuşur.
- Mesajları hizmet alıcıların anlayabileceği şekilde ve açık olarak sunar.
- Hizmet alıcılara mesajı anladığından emin olmak için sorular sorar.
- Hizmet alıcı kendisini ifade etmekte ve mesajı anlamada zorluk yaşarsa sabır gösterir.
- Zorlukları tanımlar ve çözümler.

Etkili Olmayan Bir Danışman

- Konuşmayı böler (Örneğin, danışmanlık sırasında başka insanlar ve/veya telefon ile konuşur)
- Yargılayıcıdır (Örneğin, hizmet alıcılar için karar verir)
- Hizmet alıcıyı rahatlatmaz ve gizliliğini sağlamaz (Örneğin, diğer insanların bulunduğu bir ortamda hizmet alıcının izni olmadan ve mahremiyetini bozarak danışmanlık yapar).
- Sözel olmayan iletişimde zayıftır (Örneğin, uzağa bakar ve çatık kaşlıdır)
- Üreme sağlığı konularında yetersiz bilgi sahibidir.
- Cinsellik konularında rahat değildir.
- Gençlerle konuşmada rahat değildir.
- Anlaşılabilirliği güçtür (Örneğin, hızlı konuşur ve yetersiz ses tonu kullanırlar veya hizmet alıcının anlayamayacağı bir dil kullanır)
- Hizmet alıcının mesajı anladığından emin olmak için soru sormaz.
- Hizmet alıcısı kendini ifade etmekte ve mesajı anlamada zorluk yaşadığında sabır göstermez.
- Empatik değildir. (Örneğin, kibar değildir ve hizmet alıcısının problem ve ihtiyaçlarını anlamaz)

Gençlere danışmanlık verecek sağlık personelinin sahip olması gereken özellikler:

- Açık
- Esnek
- Basit
- Doğrudan yanıt veren
- Güvenilir
- Gizliliği vurgulayan
- Yaklaşımcı
- Saygılı
- Sabırlı

OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI:

1. Etkili iletişim için lütfen bazı teknikler belirtiniz
2. Kapalı uçlu ve açık uçlu sorular arasındaki fark nedir?
3. İletişim ve danışmanlık arasındaki fark nedir?
4. Etkili danışmanlığın bazı özelliklerini belirtiniz

KAYNAKLAR:

1. Engenderhealth; Youth-friendly Services: A manual for Service Providers
2. Gezondheidszorg en cultuur (VU University Press): Prof. Dr. I. Wolffers, Dr. A. van der Kwaak
3. Population Reports, Series J, Number 48
4. IPPF: Rights for counseling
5. Uluslararası Çocuk Merkezi, Hizmet Sunanlar İçin Gençlik Dönemi Üreme Sağlığı Eğitim Rehberi (Eğiticiler İçin), Gençlere Üreme Sağlığı Hizmetleri Sunumu İçin Üniversite Modelleri (TUR/03/01/13-02/P13) UNFPA projesi kapsamında hazırlanmış proje dokümanı, Ankara, 2002.

İLETİŞİM TEKNİKLERİ VE DANIŞMANLIK ÖĞRENİM REHBERİ				
1. Geliştirilmesi gerekir	: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması			
2. Yeterli	: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerinin olması ve/veya eğiticinin yardımına veya hatırlatılmasına gerek duyulması			
3. Ustalaşmış	: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması			
Gözlem yapılamadı (G/Y)	: Basamağın eğitici tarafından gözlenmemiş olması			
KATILIMCININ ADI SOYADI	:			
KURS TARİHLERİ	:			
KARŞILAMA	UYGULAMA			
	1	2	3	4
1. Başvurana hoş geldin deme - el sıkma				
2. Karşılıklı tanışma				
3. Nasıl yardımcı olacağını sorma				
4. Yer gösterme				
5. Mahremiyeti sağlama (kapı, pencere, vb)				
6. Başvuranın duyarlılığını dikkate alma				
7. Başvurana odaklanma (probleme değil)				
8. Başvuranın beklemesi gerekiyorsa, kendini bilgilendirme				
9. Görüşmenin ne kadar süreceğini bildirme				
10. Başvurana değer verdiğini gösterme (SADE)				
• Saygı				
• Anlama				
• Dürüstlük				
• Empati				
11. Görüşmeye uygun bir şekilde başlama				
12. Görüşmenin başlangıcında sessiz kalma				
13. Sıcaklık ve yakınlık gösterme (GAYETÖS)				
• Gözle kontak				
• Anlaşılır olma				
• Yakınlaşma				
• Eğilme (hafif)- kare oturma				
• Tebessüm				
• Övgü				
• Ses tonu (yumuşak)				
14. Etkin dinleme				
15. Başvuranı rahatlatma				
• İlgi gösterme				
• Dostça davranma				
• Nazik davranma				
• Başvuranın davranışlarına uygun yaklaşma				
16. Konuyu açık ve net bir şekilde ortaya koyma				

17. Basit anlatma				
18. Açık uçlu soru sorma (niçin ile başlayan soru sormama)				
19. Söylenenlerin anlaşıldığından emin olma				
20. Görüşmeyi sonlandırma				
• Zamanında bitirme				
• Özet yapma				
• Özetle başvuranın olumlu yönlerinden başlama				
• Tekrar görüşme tarihini belirleme				
• Başvurana geldiği için teşekkür etme				
• Ne zaman isterse başvurabileceğini söyleme				

GENÇ AİLESİ İLE GELMİŞSE KULLANILACAK

İLETİŞİM TEKNİKLERİ VE DANIŞMANLIK ÖĞRENİM REHBERİ							
4. Geliştirilmesi gerekir	: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması						
5. Yeterli	: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerinin olması ve/veya eğiticinin yardımına veya hatırlatılmasına gerek duyulması						
6. Ustalaşmış	: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması						
Gözlem yapılamadı (G/Y)	: Basamağın eğitici tarafından gözlenmemiş olması						
KATILIMCININ ADI SOYADI :							
KURS TARİHLERİ :							
I. DANIŞMANIN PSİKO-DİNAMİK YÖNÜ				UYGULAMA			
				1	2	3	4
1. AİLE İLE GÖRÜŞME							
• Genci ailesi ile görüşmede danışmanlığa birlikte alma							
• Karşılıklı düzende olan sandalyelere aile üyelerinin diledikleri gibi oturmalarına izin verme							
• Aile üyeleri ile tanışma							
• Kliniğe danışmanlık hizmeti için gelmeye kimin karar verdiğini öğrenme							
• Aileye görevinin; durumu açıklığa kavuşturmak olduğunu ve kararı kendilerinin vereceğini söyleme							
• Ailenin, sandalyeleri paylaşma ve oturma düzenine dikkat etme							
• Ailenin oturma düzeninden öğrendiklerini uygun zamanda aile ile tartışma							
• Görüşmenin başlangıcında durumdan mutsuz olan gence uygun yaklaşma							
• Aile de aynı görüşte ise, gencin dışarıda bir kaç dakika beklemesini söyleme							
• Aile bireylerinin, sorunla ilgili görüşlerini öğrenme							
• Aileye eşlik ederek onları nazikçe odadan çıkarma							
• Dışarıdaki genci içeriye davet etme							
• Bu ilk görüşmede, gencin problemini nasıl algıladığına, kendini ifade etmesine yardım etme							
• Aileyi içeriye çağırma							
• Güçlükleri algıladıkları gibi dile getirdikleri için teşekkür etme							
• Aile üyelerinin birbirlerini dinlemesini sağlamak (örnek dinleme modeli uygulama)							
• Oturum sırasında olan herhangi bir şeyden, her bireyde meydana gelen değişikliği fark etme							
• Taraf tutmama (görevinin açıklığa kavuşturmak olduğunu, karar vermek olmadığı hatırlatma)							
• Gençlerde meydana gelen değişikliklere aileyi hazırlama							
• Ailenin otorisine el koymama							
2. OTURUM SIRASINDA AİLENİN TARTIŞMASI							

• Oturum sırasında ailenin birbirleriyle tartışmalarına izin verme				
3.DİNLEME BECERİSİ				
• Başvurana ilgi gösterme				
• Dikkatle dinleme				
• Yardımcı olmak istediğini hissettirme				
• Duygularını anlamaya çalışma				
4.SICAKLIK-YAKINLIK (GAYETÖS)				
• Gözle kontak				
• Anlaşılır olma				
• Yakınlaşma				
• Eğilme (hafif)- kare oturma				
• Tebessüm				
• Övgü				
• Ses tonu (yumuşak)				
5.AKTİF DİNLEME				
• Başvurana algıladığı duyguyu yansıtmama				
• Ne zaman isterse başvurabileceğini söyleme				
• Başvurana görüşmenin içeriğini kendi sözcükleriyle yansıtmama				
• Yüreklendiricileri kullanma ("devam edin, sonra ne oldu, biraz daha açıklar mısınız?" gibi)				
• Erken öneride bulunmama				
6. İFADE BECERİSİ				
• Açık ve net anlatma				
• Basit anlatma				
• Açık uçlu soru sorma				
• Niçin ile başlayan soru sormama				
• Söylenenlerin anlaşıldığından emin olma				
• Buraya geldiği için teşekkür etme				
7.OTURUMU TEKNİĞİNE UYGUN SONLANDIRMA				
Oturumu kapatmadan önce:				
• Aile bireylerinin her birinin ilgili konulardaki görüşünü açık, tarafsız olarak özetleme				
• İlgili konu ya da sorun hakkında bilgi verme				
• Oturum sırasında elde edilen başarıyı vurgulama				
• Aileye kliniğe geldikleri için ilk başarının kendilerine ait olduğunu söyleme				

SAĞLIK KURULUŞLARINA ULAŞMADA SINIRLILIKLAR VE ÇÖZÜM YOLLARI

AMAÇ:

Gençlerin birinci basamak sağlık kuruluşlarına gitmeleri önündeki engeller ve engellerin kaldırılmasına yönelik yapılması gereken hakkında farkındalığı artırmak

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

1. Gençlerin birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmaları sırasında karşılaştıkları engelleri belirtebilmeli
2. Gençlerin birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmaları sırasında karşılaştıkları engellerin kaldırılmasına yönelik çözüm önerilerini tartışabilmeli
3. Gençlerin cinsel sağlık/üreme sağlığı gereksinimlerini karşılaması sırasında karşısına çıkan engellerin etkisini yorumlayabilmeli
4. Birinci basamak "Genç Dostu" sağlık hizmetler için kriterleri sıralayabilmeli
5. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında daha "Genç Dostu" bir yaklaşıma yönelik değişiklikler önerebilmeli

Gençlerin Üreme Sağlığı Hizmeti Veren Kuruluşlara Ulaşırken Karşılaşılabilecek Engeller

- Hizmetlerin kendilerine yönelik olmadığı düşüncesi
- Personelin yargılayıcı olduğu ve dostça davranmadığı düşüncesi
- Tıbbi muayeneden ve kontraseptiflerin yan etkilerinden korkmaları
- Mahremiyet ve gizlilik konusu
- Anne-babaların sağlık kuruluşuna gittiklerini öğrenmelerinden korkmaları
- Üreme sağlığı konusunda yardım istemekten utanmaları
- Özellikle tacize uğradıktan ya da gebe kaldıktan sonra utanç duymaları

Fiziksel engeller:

- Yer
- Açılış saatleri
- Ulaşım
- Hizmetler, duyurma ve tanıtım konusunda farkındalık

Ekonomik engeller:

- Hizmet ücretleri
- İlaç/kontraseptif fiyatları

Psiko-sosyal/kültürel engeller:

- Mahremiyet
- Gizlilik
- Atmosfer; genç dostu olmaması
- Utanma/sıkılma
- Tutum

İdari

- Bekleme süresi
- Bekleme yeri
- Hizmet yelpazesi
- Politikalar; örneğin 18 yaşından küçük gençlere kontraseptif dağıtılmaması

Hizmet sunucular

- Gençlerle iletişim kurma becerilerinin olmaması
- CSÜS ve gençler konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları
- Genç dostu tutuma sahip olmamaları

Genç dostu hizmetlerin özellikleri

Programa ilişkin özellikler

- Gençler program tasarımına katılırlar.
- Genç kızlar ve erkekler iyi bir şekilde karşılanır ve hizmet alırlar.
- Evli olmayan gençler de iyi bir şekilde karşılanır ve hizmet alırlar.
- Grup tartışmaları yapılır.
- Ailelerin katılımı teşvik edilir, ancak gerekli olmayabilir.
- Hizmet ulaşılabilir ücretlidir.
- Hizmet alanı genişletir ve gerektiğinde sevk yapılabilirdir.
- Yeterli malzeme vardır.
- Randevusuz gelen gençler kabul edilir, randevu sistemi hızla çalışır.
- Bekleme süresi kısadır
- Eğitim materyali vardır.
- Hizmetler gençlerin bulunduğu yerlerde tanıtılır.
- Okullarla, gençlik kulüpleriyle ve diğer genç dostu kuruluşlarla bağlantı kurulur.
- Bilgiye, danışmanlığa ve hizmetlere alternatif erişim yolları sunulur.

Hizmet sunucu özellikleri

- Adolesan konusunda eğitilmiştir.
- Gençlere saygı gösterir.
- Mahremiyete ve gizliliğe dikkat eder.
- Hizmet alıcı-sunucu etkileşimi için yeterli süre ayrılır.
- Akran danışmanlar mevcuttur.

Sağlık kuruluşu özellikleri

- Uygun saatler
- Uygun yer
- Uygun mekân
- Yeterli mahremiyet
- Konforlu ortam

OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Gençler birinci basamak sağlık kuruluşlarına gittiklerinde ne tür fiziksel engellerle karşılaşmaktadır?
2. Gençler birinci basamak sağlık kuruluşlarına gittiklerinde hizmet sunucularla ilgili ne tür engellerle karşılaşmaktadırlar?
3. Gençlerin birinci basamak kuruluşlarına gittiklerinde karşılaştıkları engelleri nasıl bilebiliriz?
4. Program yapma yönlerini göz önünde tutarak, genç dostu hizmetlerin bazı önemli özelliklerini sayınız.
5. Hizmet sunucuları ilgilendiren bazı özellikleri sayınız.
6. Gençlere ne tür hizmetler sunmak istersiniz?

IPPF/Gençlik Bildirisi, 1998, 1. Hedef

Gençler cinsellik konusunda bilgi ve eğitim sahibi olmalı ve mümkün olan en iyi cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine (kontraseptifler dâhil) sahip olmalıdırlar.

1. Tüm gençler, kontrasepsiyonda son gelişmeler de dâhil olmak üzere tam kapsamlı kontraseptifler arasından seçim yapabilmelidir.
2. Gençlere yönelik cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri:
 - Gizli
 - Erişilebilir olmalı,
 - Yargılayıcı olmamalı,
 - Tam kapsamlı hizmetler olmalıdır.
3. Hizmet sunucular evli olan, olmayan, her yaştan, cinsiyetten, yetenekten inançtan ve cinsel yaşam biçiminden bütün gençlerin farklı gereksinimlerini karşılamalıdır.
4. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimi doğru, güvenilir olmalı, her yaştan ve cinsel yaşam biçiminden gençlerin fiziksel ve duygusal gereksinimlerine yanıt verebilmelidir.
5. Genç erkekler kendileri için tasarlanmış cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerini kullanmaya teşvik edilmelidir.
6. Hükümetler ve politika yapıcılar gençlere yönelik cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri ve eğitimi konusundaki politik kararlılık göstermeleri zorlanmalıdır.
7. Hizmet sunucular HIV/AIDS'le yaşayan, cinsel tacize maruz kalmış ve cinsel tacizde bulunmuş gençlerin gereksinimlerini karşılamalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Adolescent Friendly Health Services; An agenda for change, WHO 2003
2. Engenderhealth; Youth-Friendly Services: A Manual for Service Providers
3. IPPF/Youth Parliament, Prague, November 1998
4. Challenges 'Empowering youth', IPPF, 1995

SEKTÖRLERARASI İŞBİRLİĞİ

AMAÇ:

Gençlere hizmet sunabilmek ve onların sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi için sağlık kuruluşlarının gençlerle ilişkisi olan diğer sektörlerle işbirliğinin önemini kavramak

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

1. Gençlerle ilgili olan ve onları ilgilendiren sektörlerle işbirliğinin önemini tartışabilmeli
2. Sağlık sektörü ile işbirliği yapılabilecek sektörleri sıralayabilmeli
3. Sektörlerarası işbirliği ile yapılacak aktiviteleri tartışabilmeli

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı "yalnızca hasta ya da sakat olmama durumu değil, **fiziksel, ruhsal ve sosyal** yönden tam bir iyilik halidir" diye tanımlamaktadır. Bu tanımdan da görüldüğü gibi sağlık, çok boyutlu, pek çok faktörün bir "sonucu" olan geniş bir kavramdır.

Sağlık hizmetleri de çok yönlü, pek çok disiplin ve sektörü ilgilendiren hizmetlerdir. Bu nedenle sağlıklı olmanın gerçekleştirilmesi yalnızca sağlık sektörü tarafından sağlanması olası değildir. Sağlık hizmetlerinin başarısındaki faktörlerden biri de, sağlıkla ilgili hizmetleri veren sağlıklı olmada payı olan bütün sektörlerin planlı ve uyumlu bir şekilde çalışarak, aynı amaca varmak için çaba göstermeleridir.

Sektörler arası işbirliği akla yatkın ve kolay bir konu görünse de uygulamada çok güçlükleri vardır. Yalnızca ülkemizde değil, pek çok ülkede sektörler, kendi işlerine kapanmış ve yalnızca kendi görevlerini yapan kurumlar halinde olabilmektedirler. Böyle bir yapı içinde genel amaç unutulmuş, halka hizmetteki bütünlük amacı kaybolmuştur.

Güç olmasına karşılık sektörler arası işbirliği gerçekleştirilmelidir. Alma-Ata Bildirgesi, bu konuda bütün ülkelere gereken çabaları yapmayı önermektedir.

Özellikle üreme sağlığı hizmetlerinde sektörler arası işbirliğinin gerekliliği 1994 yılında Kahire'de düzenlenen Uluslar Arası Nüfus ve Kalkınma Konferans'ında da önemi vurgulanan konulardan birisidir. Eylem planında "milletvekilleri, seçimle yönetime gelmiş yerel yönetimler, toplumlar, özel sektör, sivil toplum kuruluşları ve kadın gruplarının aktif katılımı ile hükümetler sektörel, sektörler arası ve genel kalkınmanın planlanması ve uygulanması sürecinin ayrılmaz bir parçası olan nüfus ve kalkınma konularında bilinci artırmaya, göç dâhil nüfus ve kalkınma konularının ele alan ulusal strateji, politika, plan, program ve projeleri düzenlemeye, uygulamaya ve değerlendirmeye çalışmalıdırlar" ifadesi yer almaktadır.

Eylem planında ergenlerin üreme ve cinsel sağlık düzeyleriyle ilgili sorunlara değinilmekte ve ergenlerin üreme ve cinsel sağlık düzeylerinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaca ulaşmak için ergenlerin ergenlerden sorumlu, ergenlerin üreme ve cinsel sağlık

düzeylerinin yükseltilmesine ilişkin sektörler arası işbirliği konusunda önerilen eylemler aşağıda sıralanmıştır:

- Ergenlerden sorumlu ebeveynlerin ve diğer yasal açıdan sorumlu kişilerin sorumlulukları belirlenmeli, onlara hizmet sunan sağlık personelinin ergenlere karşı olan tutumlarının, onların her alanda hizmet almalarını sağlayacak şekilde olması sağlanmalıdır.
- Ergenlerin üreme sağlığı eğitimi, bilgisi ve bakımına ilişkin hakları korunmalı ve kullanılmalıdır.
- Hükümetler, hükümet dışı örgütlerle işbirliği yaparak ergenlerin özel ihtiyaçlarını karşılamaya ve bu ihtiyaçlara cevap verecek uygun programlar oluşturmaya teşvik edilmelidir. Bu programlar, cinsiyetler arası ilişkiler ve eşitlik, ergenlere yönelik şiddet, bilinçli cinsel davranış, bilinçli aile planlaması uygulaması, aile yaşamı, üreme sağlığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV enfeksiyonu ve AIDS'ten korunma alanlarında ergenlere eğitim ve danışmanlık desteği sağlanmalıdır. Bu tip programlar ergenlere bilgi sağlamalı ve olumlu sosyal ve kültürel değerleri güçlendirmek için bilinçli bir çaba göstermelidir. Ergenler, ebeveynlerin rehberliği ile ve sorumluluklarının farkında olarak bu bilgi ve hizmetlerin planlanmasına, uygulanmasına ve değerlendirilmesine tam olarak katılmalıdırlar.
- Programlar, ergenlere bilinçli cinsellik ve üreme davranışları konularında rehberlik edecek durumda olan herkesi, özellikle ebeveynleri ve aileleri, toplumları, dini kurumları, okulları, kitle iletişim araçlarını ve yaşıt gruplarını da kapsmalı ve eğitmelidir. Hükümetler ve hükümet dışı örgütler, ebeveynlerle çocukları arasındaki iletişimi güçlendirmek, ebeveynlerin özellikle cinsel davranış ve üreme sağlığı konularında çocukların olgunlaşma sürecini desteklemekte kendilerine düşen eğitim ve destek görevlerini daha iyi anlamalarını sağlamak amacıyla ebeveynlerin eğitilmesine yönelik programları yaygınlaştırmalıdırlar.

Kahire'de yapılan Nüfus ve Kalkınma Konferansında ergenlere yönelik hazırlanan eylem planında ergenlere ulaşmada sektörler arası işbirliği vurgulanmakta ve sivil toplum kuruluşlarının önemine değinilmektedir. Eylem planında hükümet dışı örgüt ve yerel toplum kuruluşlarının nüfus ve kalkınma konusunda çok deneyimli oldukları belirtilmiştir. Hükümetler ve hükümet dışı örgütlerin ortaklığının kabul edilmesi, uluslar arası, ulusal ve yerel düzeylerde aile planlaması da dâhil olmak üzere üreme sağlığı hizmetlerinin tam, güvenilir ve ulaşılabilir kılma sorumluluğunun tamamlayıcı bir unsur olarak görülmesidir.

Hükümet ve hükümet dışı örgütlerin ortaklığı için önerilen eylemler içinde; ülkenin karar mekanizmasına katılma, kadın gruplarının öneminin kabul edilmesi, aktivitelerin planlama, uygulama, izleme ve değerlendirme aşamalarında etkin olarak katılımı, mali kaynak oluşturan kuruluş ve ülkelerin kendi özerkliklerini korumaları, hizmet edilen nüfus ile karşılıklı etkileşimlerin güçlendirilmesi, şeffaflığın sağlanması ve kamuoyunun harekete geçirilmesi gibi eylemler bulunmaktadır.

Konferansta özel ve kar amaçlı sektörün malzeme üretimi, dağıtımı konusunda önemi vurgulanmıştır. Özel sektörün ayrıca bilgi ve eğitim açısından da sosyal ve ekonomik kalkınmada rolü olduğu ifade edilmiştir. Özel sektörün toplumun dini, ahlaki değerlerine ve kültürel geçmişine saygı göstermeleri gerekmektedir. Özel sektör aynı zamanda ülkelerin sosyal ve ekonomik kalkınmaları konusunda katkıda bulunmaktadır. Bütün bu nedenlerle hükümetler ve özel sektör işbirliği ile toplumun üreme sağlığına yönelik

alışmalar yapmalıdırlar. Hükümetler ve özel sektörlerin işbirliğinde önerilen eylemler içinde, kaliteli doğum kontrol araçları ve hizmetlerinin uygun bilgi ve eğitimle üretimi ve sunumu, kar amacı güden ve gitmeyen kuruluşların işbirliği ile yenilikçi yaklaşım ve araştırmaların teşvik edilmesi, özel sektörün tüketiciyi bilgilendirmesinin teşviki, kar amacı güden ve hükümet dış örgütlerin işbirliğinin sağlanması, özel sektör çalışanlarının bilgi, eğitim ve üreme sağlığı hizmetlerinin sağlanması yer almaktadır.

Nüfus ve Kalkınma Konferansı sonrasında hazırlanan Eylem Planına yönelik çok farklı gruplara yönelik çeşitli çalışmalar ile bu eylem planının aktive olmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır. Adolesan ve gençlere yönelik üreme ve cinsel sağlığın iyileştirilmesi için öncelikle ailelerin adolesanların bilgi ve gereksinimleri hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bu bilgilendirme içinde her iki cinsiyetin ayrı ayrı gereksinimlerinin olduğu, adolesanlarla iletişim, ailelerin destekleme yöntemleri, adolesanların bilgilendirme ve hizmet almalarının kabul ve bu haklarına ulaşımalarının sağlanmasının önemi yer almalıdır.

Adolesanlarla beraber olan diğer grupların içinde eğiticiler, dini liderler, adolesanlarla beraber çalışan gruplar yer almaktadır. Aileler gibi adolesanlarla beraber olan diğer erişkin yaş grubundaki kişilerin bilgilendirilmesi ve adolesanların bilgi ve hizmetlere ulaşımının önemi konusunda hassasiyet kazanması önem taşımaktadır.

Ailelere, ğretmenlere, dini liderlere ve adolesanlarla beraber olan diğer grupların bilgilendirilmesi ve bu grupların adolesanların bilgi ve hizmetlere ulaşmalarının önemi konusunda duyarlılıklarının artırılması için sağlık sektörünün dışında diğer sektörler de kendi iç mekanizmalarını harekete geçirilmelidir.

Adolesanların reme ve cinsel sağlık düzeyinin yükseltilmesi için temelde sağlık, eğitim ve ilişkili sektörler, dini gruplar, sivil toplum kuruluşları, sosyal hizmetler, kitle iletişim araçları, özel sektör, akademik ve profesyonel hizmet sunucuları sektörler arası işbirliği içinde olmalıdırlar. Adolesanların gereksinimlerinin karşılanması için çok farklı mekanizmalar kullanılabilir. Örneğin sağlık sektörü, eğitim sektörü ile işbirliği içinde olabilir, gençlik ve spor sektörü kendi aktiviteleri içinde sağlığı destekleyebilir, özel kar amaçlı sektörler ücret ödediği adolesan ve gençlerle bilgilendirme ve hizmet sunumunda çalışabilir, medya eğlence programları içine bilgilendirmeler yerleştirebilir ve gençlerin katılımını sağlayabilir. Bu alışmalar ev, okul, iş yeri, eğlence yerleri, spor yapılan alanlar gibi çok farklı yerlerde yürütülebilir. Toplumda var olan kaynaklar ve uygulamalar birleştirilebilir.

Medyanın adolesan sağlığının geliştirilmesi konusunda önemli ve güçlü bir yeri bulunmaktadır. Adolesanların materyal üretimi aşamasına katılımı sağlanabilir. Bunun dışında medyada yer alan panel, soru-cevap programları, radyo ve televizyon programları, gençler tarafından sunulan dramalar ve tiyatro oyunları, spor ve eğlence programlarına gençlerin katılımı sağlanmalıdır.

Özel sektörün materyal üretimi ve dağıtımı sırasında adolesan üreme ve cinsel sağlığını geliştirmeye yönelik bir bakış açısı olmalıdır. Özel sektör, sivil toplum kuruluşları ve devlet sektörlerinin beraber çalışması sağlanmalıdır. Gençlerin zel sektörde çalışması desteklenmelidir. Özel sektör, gençlerin bilgilendirme çalışmalarına aktif olarak katılabilir.

Özel sektör içinde yer alan eczanelerin de adolesan üreme ve cinsel sağlığının iyileştirilmesi konusunda katkıları bulunabileceği akılda tutulmalıdır.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında adolesan üreme ve cinsel sağlığının iyileştirilmesi için sektörler arası işbirliği oluşturma için aşağıdaki soruların yanıtlanması yol gösterici olabilir:

- Hizmet sunulan bölgede ne tür hizmetler mevcut?
- Gençlerin gereksinimleri nelerdir?
- Değişik grupların adolesan üreme ve cinsel sağlık düzeyinin yükseltilmesinde rolleri nelerdir?

Gençlere yönelik üreme ve cinsel sağlık hizmeti sunumu konusunda sektörler arası işbirliği için aşağıdaki bilgilerin toplanmasının katkısı bulunacaktır:

- Liderlerin görüşleri (Kaymakam, hekimler, öğretmenler, dini liderler)
- Gençler neredeler?
 - Okulda
 - Okul dışında
 - Evlerde
 - İş yerlerinde
 - Askerlik görevinde
 - Çeşitli kurum ve kuruluşlarda (Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Adalet Bakanlığı, Belediyeler gibi)

Çalışılan bölgede yaşayan gençlere ulaşmak için hangi sektörler ile işbirliği yapılabilir?

- İlçe Yönetimi (Kaymakam)
- Belediye
- Eğitim
- Sosyal hizmetler
- Emniyet
- Gençlik ve spor
- Tarım ve köy işleri
- Üniversiteler
- Çalışma ve sosyal güvenlik
- Müftülük
- Medya
- Kültür
- Sendikalar
- Eğlence yerleri sahipleri
- Spor salonları sahipleri
- Meslek örgütleri
- Özel sektör (kontraseptif üretici, ithalatçı firmalar, eczaneler vb)
- Sivil toplum kuruluşları
- Gençlik grupları
- Toplum liderleri

Hizmet neleri kapsamalıdır?

- Bilgilendirme
- Hizmet sunum ve kullanımını artırma
- Danışmanlık
- Araştırma

Neler yapılabilir?

- Bilgilendirme toplantıları, konferans, panel, sempozyum
- Spor yarışmaları
- Eğlence programları
- Televizyon ve radyo programları
- Yazılı basında aktiviteler
- Dergi, gazete çıkarma
- Okul içinde aktiviteleri
- Akran eğitimi gibi birçok aktivite içinde adolesan ve gençlere ulaşılması planlanmalıdır.

Sonuç olarak, devlet ve sivil toplum kuruluşları arasında, özel ve devlet sektörleri arasında, sağlık, eğitim ve diğer sektörler arasında gibi çok farklı düzeylerde ve alanlarda sektörler arası işbirliği gençlerin üreme ve cinsel sağlığının yükseltilmesi için desteklenmeli ve beraber aktiviteler yürütülmelidir.

OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI:

1. Sektörler arası işbirliği gençlere yönelik sunulan sağlık hizmeti üzerindeki etkisi nedir?
2. Hangi sektörler ile işbirliği yapılabilir?

KAYNAKLAR:

1. SAID, NGO Networks for Health, Path (Program for Appropriate Technology in Health), Engenderhealth. Capacity-Building Resources in Youth Sexual and Reproductive Health, Spring 2003.
2. Öztekin Z. "Temel Sağlık Hizmetleri". Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, 92/2, Meteksan Anonim Şirketi, Ankara, 1992.
3. Birleşmiş Milletler, Nüfus ve Kalkınma, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı Kahire 5-13 Eylül 1994.
4. UNFPA, Report of the Round Table on Adolescent Sexual and Reproductive Health, Key Future Actions, New York, 14-17 April 1998.
5. WHO, Pilot Approaches in Adolescent Reproductive Health, Report on a WHO Meeting Executive Summary, 8-9 April 1999, Lisbon, Portugal

GENÇLERİN ÜREME VE CİNSEL SAĞLIK KURSUNA KATILANLAR İÇİN EYLEM PLANI

AMAÇ:

Eğitim sonrası ulaşılması hedeflenen amaçlar doğrultusunda hizmet sunumunda yapılabilecekleri tartışmak

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

1. Çalıştıkları birinci basamak sağlık kuruluşuna ulaşılabilirlik, kaliteyi geliştirmek ve kullanımı artırmak için etkinlikleri içeren eylem planı yapabilmeli

Eylem planı aşılması gereken sorunları/yerine getirilmesi gereken işleri listeleme, yapılabilecek olanlara öncelik verme, böylece de çözüm alternatiflerini belirlemek için en uygun yöntemdir. Karar verildikten sonra işlerin bir sıra içinde, zamanlamasının yapılarak, kimlerin sorumluluğunda ve nasıl yapılacağıının belirlenmesi bir tablo düzeni halinde hazırlanır.

- Amaçlar
- Ulaşılması planlanan hedefler
- Yapılacak işler
- Karşılaşılabilecek sorunlar
- Sorunun çözümünde yapılabilecekler
- Kaynaklar (insan gücü ve malzeme)
- Sorumlu kişi
- Tamamlanacak tarihler
- Değerlendirme ölçütleri

KAYNAKLAR:

1. USAID, NGO Networks for Health, PATH (Program for Appropriate Technology in Health), Engenderhealth. Capacity-Building Resources in Youth Sexual and Reproductive Health, Spring 2003.

**GENÇLERİN ÜREME VE CİNSEL SAĞLIK HİZMETLERİ HİZMET İÇİ KURS
PROGRAMINA KATILANLARIN EYLEM PLANI ÇİZELGESİ**

Amaç:

Hedefler:

Yapılacak İşler	Karşılaşılabilecek Sorunlar	Sorunun Çözümünde Yapılabilecekler	Sorumlu kişi	Kaynaklar (İnsan gücü-malzeme)	Değerlendirme Ölçütleri

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting or typing. There are no margins, text, or other markings on the page.

[illegible]