



Gizem ÇITAK¹ 

*Sorumlu Yazar e mail:
gzmakg@hotmail.com

¹Tokat Gaziosmanpaşa
Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Ebelik Bölümü,
Tokat

Çıtak G. Adölesanlarda
Üreme Sağlığı Sorunları ve
Eğitimin Önemi. Halic Üniv
Sağ Bil Der. 2021; 93-100

Çıtak G. Reproductive Health
Problems in Adolescents and
the Importance of Education.
Halic Uni J Health Sci. 2021;
93-100

Doi: 10.48124/
husagbilder.798730

Geliş Tarihi: 22 Eylül 2021
Kabul Tarihi: 13 Mart 2021

ADÖLESANLARDA ÜREME SAĞLIĞI SORUNLARI VE EĞİTİMİN ÖNEMİ

Öz

Bir ülkede gençlerin sağlık düzeyi göstergeleri, o ülkenin en önemli ulusal başarı göstergelerindedir. Yapılan çalışmalarda; sıklıkla gelişmekte olan ülkelerdeki gençlerin, kız ve erkek cinsiyet özellikleri, üreme sistemi işlev ve fonksiyonları gibi konularda eksik bilgilere sahip olduğunu göstermektedir. Bu eksik bilgilerle erken yaşta cinsel yaşam, erken yaş evlilik ve doğurganlık, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, aile planlaması yöntem kullanımını tercih etmeme gibi birçok üreme sağlığı sorunları ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne ait veriler, adölesanların üreme sağlığı konularındaki bilgi kaynağı olarak en fazla arkadaş ve sosyal medyayı kullandıklarını göstermektedir. Ülkemizde adölesan sağlığı ile ilgili birçok proje yürütülmesine karşılık; TNSA 2018 verilerine göre; adölesanlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki yaygınlık oranının 15-19 yaş ve 20-24 yaş aralığında sırasıyla %36 ve %53 olarak düşük olduğu bildirilmiştir. Adölesanlarla ilgili yapılan çoğu araştırmada eğitim alacakları bireyin sağlık profesyoneli olmasını istediklerini ifade etmişlerdir. Sağlık profesyonelleri üreme sağlığı konularında gerekli bilgi ve danışmanlığı sağlayabilmeli, adölesanların büyüme-gelişmesi ile ilgili bilgi sahibi olmalı ve anormal durumları saptayabilmelidir. Bu derlemede amaç; Dünyada ve Türkiye'de adölesanlara yönelik üreme sağlığı sorunlarını tartışmak ve sağlık profesyonellerinin rol ve sorumlulukları ile ilgili farkındalık kazandırmaktır.

Anahtar Kelimeler: adölesan, üreme sağlığı, adölesan sağlığı sorunları

REPRODUCTIVE HEALTH PROBLEMS IN ADOLESCENTS AND THE IMPORTANCE OF EDUCATION

Abstract

Youth health level indicators in a country are among the most important national success indicators of that country. In the studies conducted; It shows that young people in developing countries often lack knowledge on issues such as male and female gender characteristics, reproductive system functions and functions. With this incomplete information, many reproductive health problems such as early sex life, early marriage and fertility, sexually transmitted infections, and not choosing to use family planning methods emerge. The data of the World Health Organization show that adolescents use friends and social media the most as a source of information on reproductive health issues. Although many projects related to adolescent health are carried out in our country; According to TNSA 2018 data; It has been reported that the prevalence rate of use of contraceptive methods in adolescents is 36% and 53% in the 15-19 age range and 20-24 age range, respectively. In most of the studies about adolescents, they stated that they want the individual to be trained to be a health professional. Health professionals should be able to provide the necessary information and consultancy on reproductive health issues, have knowledge about the growth and development of adolescents and be able to detect abnormal situations. The aim of this review is; The world and to discuss reproductive health issues for adolescents in Turkey and to gain awareness of the role and responsibilities of health professionals.

Keywords: adolescent, reproductive health, adolescent health problems

1.Giriş

Adölesan kelimesi, Latince “olgunlaşmak”, “büyümek” anlamındadır. Dünya sağlık örgütü (DSÖ)’ne göre, “Adölesan” dönem 10-19 yaş arası, “Gençlik” dönemi 10-24 yaş arası olarak tanımlanmaktadır (1). Adölesan dönem fizyolojik, sosyal ve mental olgunlaşmanın tamamlandığı dönemdir (2). Adölesanlar birçok ülke nüfusunun %20–25’ini oluşturur (3). Adölesanlarda görülen başlıca üreme sağlığı sorunları; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), plansız gebelikler, abortuslar ve bununla birlikte ortaya çıkan komplikasyonlardır (3). DSÖ verilerine göre her yıl, her 20 gençten biri CYBE’lara yakalanmaktadır. Her yıl 2,4 milyon yeni HIV enfeksiyonu tanısı konmaktadır. Dünyanın birçok ülkesinde yeni HIV enfeksiyonunun çoğu, özellikle güvensiz cinsel ilişki nedeniyle 15–24 yaş grubunda görülmektedir (4). DSÖ’nün tahminlerine göre; adölesanlarda %50 oranında sağlıklı koşullarda yapılan abortuslar görülmektedir. Bunların çoğu; yasal olmayan abortuslardır. Bunun sonucunda ise; tam olmayan abortus, kanama, uterus rüptürü, sepsis gibi komplikasyonların yanısıra, pelvik enfeksiyonlar, yapışık tüpler, dış gebelikler, ikincil infertilite, tekrarlayan abortuslar, erken doğum tehdidi görülebilir (5). Birçok ülkede istemli düşük komplikasyonları ile hastaneye yatırılan kadınların %60’ının adölesanlar olduğu belirtilmektedir (5). Ülkemizde yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018’e göre; adölesanlarda gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki yaygınlık oranının 15-19 yaş ve 20-24 yaş aralığında sırasıyla %36 ve %53 olarak düşük olduğu bildirilmiştir (6).

2.Adölesanların Üreme Sağlığı Sorunları

Bir ülkede gençlerin sağlık düzeyi göstergeleri, o ülkenin en önemli ulusal başarı göstergelerindedir. Yapılan çalışmalarda; sıklıkla gelişmekte olan ülkelerdeki gençlerin, kız ve erkek cinsiyet özellikleri, üreme sistemi işlev ve fonksiyonları gibi konularda eksik bilgilere sahip olduğunu göstermektedir (7). Bu nedenle sunulan bakımdan; sağlığın korunması ve geliştirilmesine odaklanmalı, adölesanlara yönelik verilen eğitimin kalitesi artırılmalıdır (8).

Literatürde daha çok beslenme, egzersiz, hijyen, uyku, madde kullanımı gibi sağlığı geliştirici ve koruyucu çalışmalar öne çıkmaktadır (9).

Adölesan dönemde ruhsal ve sosyal gelişimden önce fiziksel gelişim olmaktadır. Kendini keşfeden adölesan, cinsel rol ve kişiliğinin gelişmesi ile cinsel yaşama başlamaktadır. Bu da CYBE, erken yaş doğurganlık, istenmeyen gebelik, sağlıklı olmayan düşük gibi üreme sağlığı problemlerini meydana getirmektedir (7).

2.1.Erken Yaşta Cinsel İlişki

Cinsel davranış; toplumun sosyal ve kültürel yapısı, dini inançları, gelenek ve görenekleri gibi birçok faktörle ilişkilidir (10). Ülkeler arasında adölesanların cinsel davranışları çeşitlilik gösterebilmektedir (11). Çoğu ülkede cinsel aktivite başlangıç yaşı giderek düşmektedir (10). Gelişmiş ülkelerde evlilik dışı cinsel birliktelik adölesanlarda sıklıkla görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise, evlilik öncesi cinsel ilişki azdır; ancak evlilik ve çocuk sahibi olma erken dönemde olmaktadır (12). Literatürde 18 yaş ve altı kadınlarda cinsel aktiflik oranı; Gana’da %66, İngiltere’de %64, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) %63, Brezilya’da %43, Zimbabve’de %38, Japonya’da %26’dır. Cinsel olarak aktif erkek oranları ise; Brezilya’da %77, ABD’de %73, İngiltere’de %64, Gana’da %43, Japonya’da %43, Zimbabve’de %38’dir. Özellikle Sahra altı ülkelerde erken yaş evlilik oranı %93 civarındadır. Bu oran Asya’da %82 ve Latin Amerika’da %60’a yükselmektedir (13).

Ülkemizde evlilik öncesi cinsellik tabu olarak görülmekte ve hoş karşılanmamaktadır (14). Dolayısıyla evli olmayan adölesanların cinsel sağlık/üreme sağlığı (CS/ÜS) ihtiyaçları göz ardı edilmekte ve cinsellikle ilgili doğru ve yeterli bilgi alamadıklarından cinselliklerini gizlilik içerisinde yürütmektedir (15). Civil ve Yıldız’ın bekâret ve evlilik öncesi cinsel birlikteliğe ilişkin öğrencilerin görüşlerini belirttikleri çalışmalarında; bekâreti çok önemli gördüğünü belirtenlerinin oranının %60,5’i evlilik öncesi cinsel ilişkinin olmaması gerektiğini belirtmiş, %39,8’i ise evlilik öncesi cinselliğin olabileceğini bildirmiştir (14). Benzer bir şekilde Tokuç ve arkadaşlarının 338 sağlık bilimleri fakültesi

öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, öğrencilerin öğrencilerin %69,2'si bir kadının evlendiğinde bakire olması gerektiğini, %66,9'u evlenmeden önce cinsel ilişkiye girilmesinin yanlış olduğunu belirtmiştir (16).

2.2. Erken Yaşta Evlilik

Dünyada 650 milyondan fazla kadın erken yaşta evlendirilmektedir (17) Genellikle az gelişmiş ülkelerde erken yaş evlilikler daha sıktır. Tüm dünyada kadınların 3'te 1'i 18 yaş öncesi evlendirilirken; 2017 yılında bu rakam 5'te 1'e gerilemiştir. Yani 2000 yılında %11 olan 15 yaş öncesi evlilikler 2017 yılında %5'e düşmüştür (18). Gana, Kenya ve Zimbabwe'de kadınların üçte biri, Kuzey Afrika ve Orta Doğu Ülkelerinde %30 civarı ve Yemen'de de yaklaşık yarısı 18 yaşından önce evlenmektedirler. Özellikle Afrika ve Sahra altı ülkelerinde 20 yaş öncesi evlenme oranı %93'e civarında seyretmektedir (19). Türkiye aile yapısının incelendiği "Türkiye Aile Yapısı İleri İstatistik Analizi, 2018" raporunda 2006'da 18,6 olan evlilik yaşı ortalaması 2016'da 20,1'e ilerlemiştir. İlk evlilik yaşı ortalaması 2011'de 19,9 iken 2016'da 20,2'ye arttığı gözlenmiştir (20).

Ülkemizde TNSA 2018'e göre; erken yaşta (15 yaşında) yapılan evliliklerde önemli ölçüde bir azalma olduğu görülmektedir. 15-19 yaş grubundaki evlenmiş kadınların oranı %1,1 iken, 20-24 yaş grubunda %2'dir (6). UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund), WHO (World Health Organization) gibi uluslararası kuruluşlar 18 yaş ve sonrasını evlilik için ideal yaş olarak kabul etmektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada yoksul ve evli kadınların ilk evlilik yaşları 15-26 arasında olduğu saptanmıştır. Bu çalışma doğrultusunda erken yaşta evlenen kadınların çoğunun kalabalık ve yoksul ailelerde yaşayan, eğitim seviyesi düşük kadınlar olduğu belirlenmiştir (21).

2.3. Erken yaşta doğurganlık

Erken yaşta cinsel deneyimle birlikte erken yaşta doğurganlık da söz konusu olabilmektedir. Kontraseptif yöntem kullanımındaki eksiklikler nedeniyle adölesan gebeliklerde artış meydana gelmektedir. Adölesan gebelikler riskli gebelikler

grubunda olup; anne ve bebek sağlığı için birçok riski de beraberinde getirmektedir (22). Literatürde doğurganlık yaşı küçüldükçe annelerde komplikasyon riskinin arttığı bildirilmiştir (23, 24). Özellikle bu gebelerde sigara/alkol kullanımı, Human Immunodeficiency Virus (HIV), CYBE'lar daha sıklıkla görüldüğü belirlenmiştir (25, 26). Ayrıca, beslenme yetersizliği, yetersiz kilo alımı, yetersiz doğum öncesi izlem sıklığı, zor doğum ve komplikasyonları görülmektedir (27, 28).

Adölesan gebelik ile ilgili araştırmalar sıklıkla kanama, preeklamsi, anemi, pyelonefrit, idrar yolu enfeksiyonu (İYE) görülmektedir (29,30). Ayrıca anne ölümleri adölesan gebeliklerde iki kat daha fazla görülmektedir (19). Geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde her yıl 15 milyon adölesan anne doğum yapmaktadır ve dünyadaki tüm doğumların yaklaşık %10'u adölesan anne doğumlarıdır (7). TNSA 2018'e göre adölesan kadınların %3,5'i çocuk sahibi olmuş, kadınların %2,8'i canlı bir doğum yapmıştır (6).

Geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde 15-19 yaş arasındaki adölesan gebeliklerinde %14 civarında güvenli olmayan düşük yaşanmaktadır. Her yıl dünyada 2,5 milyon adölesan güvenli olmayan düşük deneyimlemekte ve daha fazla komplikasyona maruz kalmaktadır (31). Özellikle düşük sebebiyle komplikasyon yaşayan adölesanlar; Kongo, Kenya, Mali, Nijerya, Liberya ve Zaire gibi ülkelerde %38 ile %68 arasında görülmektedir (11).

Ülkemizde 1993 TNSA'da evlenmiş kadınların çeyreğinden fazlası (%28) isteyerek düşüğü olduğunu belirtirken, 2018 TNSA'da bunun yarısı oranında kadın (%15) isteyerek düşüğü olduğunu belirtmiştir. Yaşam boyu ortalama isteyerek düşük sayısı 1998 TNSA'da 0,5 iken 20 sene sonra 2018 TNSA'da bu sayı 0,21'dir. 100 gebelikte isteyerek düşük sayısı 1993 TNSA'da 18 iken, 2013 TNSA'da 5'e düşmüş, 2018 TNSA'da ise benzer seviyede kalmıştır (100 gebelikte 6).

2018 TNSA'ya göre isteyerek düşüğü olan kadınların oranı 15-19 yaş grubu için %3 iken, 45-49 yaş grubu için %27'ye yükselmektedir. Benzer bir durum 100 gebelikte isteyerek düşük sayısında da gözlenebilir; 15-19 yaş grubundaki

kadınların 100 gebeliğinde isteyerek düşük sayısı 5 iken, bu sayı 45-49 yaş grubu için 25'tir (6).

2.4.Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE)

Adölesan dönemde erken yaşta ve bilinçsiz cinsel birlikteliklerin önemli bir sonucu CYBE'dir. CYBE'lar tüm dünyada görülme sıklığı fazla olmasından dolayı önemli bir problemdir. Ayrıca çoğu bireysel ve sosyal olmak üzere çeşitli sebeplerden ötürü tam olarak tedavi edilememektedir. Bu durum, üremeye ilgili önemli morbidite ve mortalite sebebi olabilmektedir (22). Hastalık yükünü arttıran 10 risk faktörü arasında %14,9'unu beslenme bozukluğu, %10,2'sini güvensiz cinsel yaşam, %5.5'ini hijyen, %5.7'sini tütün, diğerlerini ise kolesterol, yüksek kan basıncı ve mineral eksiklikleri oluşturmaktadır (22). Dolayısıyla güvensiz cinsel yaşam sonucu ortaya çıkan CYBE ikinci sırada yer almaktadır. DSÖ tarafından her yıl 2/3'sinden daha fazlası gelişmekte olan ülkelere olmak üzere 333 milyon tedavi edilebilir CYBE'lar ortaya çıktığı tahmin edilmektedir. Enfeksiyonların çoğunluğu 25 yaş altındaki adölesanlarda görülmektedir. En yüksek hız 20-24 yaşları arasında olup, bunu 15-19 yaşları takip etmektedir. Her yıl 20 gençten birinin tedavi edilebilir bir CYBE'lara yakalandığı tahmin edilmektedir (23). DSÖ verilerine göre dünyada ortalama 40,3 milyon İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) ile enfekte kişi olduğu ve hastalığın tanımlandığı 1981 yılından beri 30,9 milyon kişide mortal seyrettiği belirtilmektedir. Ayrıca adölesanlar arasında HIV prevalansı %25'in üzerindedir (24). Kadınlarda HIV prevalansının arttığı yaş grubu 20-24 yaş, erkeklerde ise 25-29 yaşdır (25).

2.5.Aile Planlaması Yöntemi Kullanmama

Adölesanların genellikle cinsellik ve aile planlaması (AP) bilgileri yetersizdir ve yöntem kullanımını etkileyen birçok unsur bulunmaktadır. Kültürel yapıları evlilik öncesi bir cinsel ilişkiyi kabul etmiyorsa, maddi olarak yetersiz ve sağlık kurumuna ulaşmakta sıkıntı yaşıyorsa AP hizmetlerinden yararlanması oldukça zordur (11)

Gelişmekte olan ülkelere kıyasla gelişmiş ülkelerde aile planlaması yöntem kullanımı daha fazladır. Adölesanlar AP kullanımı; İngiltere'de %91, Danimarka'da %70, Macaristan'da %19, İspanya'da %7'dir. Gelişmiş ülkelerde son yıllarda AP kullanım hızlarında fazlaca artış görülmektedir (7). Bu ülkelerde adölesanların çoğu hormonal yöntemler ya da kondom kullanmaktadır (34). Yapılan bazı araştırmalarda sıklıkla adölesanlar arasında kondom kullananların oranı %11,3-78, oral kontraseptif kullananların oranı %5-52,6, enjeksiyon kullananların oranı %4-18,3, geri çekme kullananların oranı %2-13,5 arasında değişkenlik göstermektedir (35, 36)

Geri kalmış ülkelerde 15-19 yaş evli kadınların sadece %17'si AP kullanmaktadır. Bu sorun adölesanların AP yöntemlerini bilmelerine rağmen, yöntemlere ulaşım ve kullanımının sağlanamamasından kaynaklanmaktadır (11). Bazı çalışmalara adölesanların çoğunun etkili kontraseptif yöntemlerden kullanmadığını ve yöntem kullanımının yaş arttıkça arttığını belirtmektedir (37).

TNSA 2018'e göre; 15-49 yaş grubu evli kadınların AP yöntem kullanım yaygınlık oranı %70'tir. Bu kadınların %21'i geleneksel yöntemleri, %49'u ise modern yöntemleri kullanmaktadır. AP yöntem kullanımı evli kadınların yaşı ile beraber artmaktadır. Genç kadınlar arasında (15-19 ve 20-24 yaş) aile planlaması yöntemlerinin kullanımı düşüktür (sırasıyla %36 ve %53) (6).

2.6.Dünyada Adölesanlara Yönelik Üreme Sağlık Hizmetleri

Gelişmekte olan ülkelere üreme sağlığı hizmetleri kent merkezlerindeki CYBE kliniklerinde yapılmaktadır. Bu merkezlerde çoğunlukla gençleri hareketlendirmek ve hizmet sunumlarını artırmak akran eğitici ve danışmanlar yetiştirilmektedir. Yine bu merkezlerde genç dostu yaklaşımı, adölesanların cinsel sağlık gereksinimlerini karşılayan ve CYBE tanı ve tedavisinin sunulmasında eğitim almış kişiler olan klinik hizmet verenler de bulunmaktadır (7). Latin Amerika, Afrika ve Doğu Avrupa gibi ülkelerde adölesan sağlığına önem veren sağlık personelinin yetiştirilmesi sağlanmaktadır. Brezilya'da adölesan sağlığı bakımı tıbbi müfredatın

bir bölümü olarak öğretilmekte; Tanzanya, Zambiya, Zimbabve ve Ukrayna’da da adölesan üreme sağlığı doktorları, hemşireleri ve asistanları gibi sağlık uzmanlarını eğitilmektedir (19).

Adölesan üreme sağlığı hizmetlerinde; erişim ve utanmaya bağlı güçlüklerin bilinmesi gerekmektedir (32). CYBE ve istenmeyen gebeliklerin fazlalaşmasıyla 1960’larda Amerika’da ve Kuzey Avrupa’da, 1970’lerde Latin Amerika’da, 1990’larda da Afrika’da ve Asya’da başlamıştır (32).

Devlet ya da gönüllü kuruluşlara yönelik hizmet sağlayan sağlık merkezleri, CYBE yönetimi, AP hizmetleri ve madde bağımlılığını önlemeyi amaçlayan kuruluşlardır. Çoğunlukla UNICEF ve UNFPA (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu) tarafından birçok proje yürütülmektedir (38). Şu anda pek çok ülkede; adölesanlara karşı yargılayıcı bir tutumda olmayan ergen dostu yaklaşımlar benimsenmektedir. Bu tutumu benimseyen ve 15 kliniğe sahip olan ülkelerden biri Estonya’dır. İlk olarak 1993 yılında kurulmuş ve ebeler, jinekologlar, sosyal hizmet uzmanları ve psikologları kapsayan profesyonellerle birlikte yürütülmüştür. Amaçları adölesanların sorunlarını çözmek ve CYBE’in tanı ve tedavisinde bulunmaktır (19). Asya bölgesi ise bu yönde çok az kamu hizmetine sahiptir. Çünkü bu bölgedeki ülkelerde CYBE tedavisi alanlar ve evlilik öncesi cinsel birliktelik deneyimleyenler damgalanmıştır. Bu bölgede hizmet sadece klinik hizmetten oluşmakta ve çoğu adölesanları değil de sadece hayat kadınlarına hitap etmektedir. Endonezya ve Filipinler’de özel olarak adölesan hizmeti verilmemektedir (22). Doğu Avrupa’da ise pek çok sağlık hizmetinin ücretsiz olmasına rağmen; adölesana yönelik sağlık hizmeti oranları düşüktür.

2.7.Türkiye’de Üreme Sağlığı Hizmetleri

Türkiye’de 2001 yılında üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığına (CS/ÜS) yönelik bilgi ve düşüncelerini saptamak ve genç dostu hizmet modeli oluşturulmuş ve “Gençlerin Cinsel ve Üreme Sağlığı”ni etkileyen faktörler araştırması” yürütülmüştür. Bu araştırmaya; sağlık dışında bir bölümde birinci sınıfta okuyan toplam 3666 öğrenci dahil edilmiştir.

Öğrencilerin sağlık merkezini kullanımı, CS/ÜS konularında bilgi düzeyleri ve davranışlarının, hizmet ihtiyaçları ve hizmetle ilgili beklentilerinin profili oluşturulmuştur (38). Araştırmanın sonucunda; gençler arasında CS/ÜS ile ilgili riskli davranışların olduğu ve bilgilerinin yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır (38).

2013 yılında UNFPA Doğu Avrupa ve Orta Asya Bölgesel ofisi ile birlikte Gençler için Cinsel Sağlık Programının Güçlendirilmesi konusunda İstanbul’da çalıştay düzenlenmiştir. Bu çalıştayda “Risk Altındaki Gençler İçin Cinsel ve Üreme Sağlığı Eğitici Eğitimi” kursunda kullanılan eğitici eğitimi modülünün gözden geçirilmesi ve bu modülden yararlanarak ülke düzeyinde yeni eğitim müfredatının geliştirilmesi amaçlanmıştır (38).

Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından 2002’den beri uluslararası ve ulusal kuruluşlarla iş birliği çerçevesinde yaklaşık 24 Adölesan Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi kurulmuştur. Ayrıca “Genç Dostu Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetleri” adıyla hizmet sunum modeli geliştirilmiştir. Bu model; gençlerle iletişim halinde olan bütün sağlık personelinin hizmet içi eğitim almasını kapsamaktadır. Ayrıca SB tarafından eğitici broşürler oluşturulup, açılan gençlik birimlerine yeterli ekipmanlar sağlanmıştır (19).

3.Adölesanlara Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Önemi

Literatür adölesanların; AP hizmetleri, üreme fizyolojisi ve CYBE gibi temel CS/ÜS konularında bilgilerinin yeterli olmadığını belirtmektedir (12). Gelişmiş ülkelerde yeterli CS/ÜS eğitiminin verilmesine karşın; çoğu adölesanın AP yöntemi kullanmadıkları ve CS/ÜS sorunlarının devam ettiği görülmektedir. ABD’de CS/ÜS eğitimi verilmesine karşılık; ilk cinsellik yaşının düştüğü ve evlilik öncesi cinselliğin %42 civarında olduğu belirtilmiştir (39).

ÜS/CS sağlık eğitimin birçok toplumda verilmesi ve yaygınlaştırılması istendik bir durumdur. Okul eğitim programlarına ÜS/CS eğitiminin eklenmesi gerekmektedir (11). Gelişmiş ülkelerde okulda verilen CS/ÜS eğitimin istendik ve başarılı olduğu, bilgi düzeyini artırdığı ve CYBE azaldığı ortaya konmuştur (11). İsvaç gibi gelişmiş bir

ülkede; uzun zamandır okullarda CS/ÜS eğitimi verilmektedir. Ancak 10 yıl sonra bir bölgede yapılan çalışmanın sonuçlarına göre; adölesanların %41'inin bu konuyu kimseyle konuşmadıkları, sadece %2'sinin okuldaki cinsel eğitimi gerekli bulduğunu ifade etmiştir (7). Çalışma sonucuna göre; toplum tabanlı çalışmaların da yapılmasının gerekli olduğu belirtilmektedir (11).

DSÖ'ye ait veriler, adölesanların üreme sağlığı konularındaki bilgi kaynağı olarak en fazla arkadaş ve sosyal medyayı kullandıklarını göstermektedir (40). 14 ülkede yapılan bir çalışmada; adölesanların cinsellik konularındaki bilgi kaynağı sorulmuş ve %28'i arkadaş ve %22'si cinsel partner olduğunu belirtmiştir. Diğer cevaplar ise; %13'ü okul, %10'u anne %3'ü baba, %2'si sağlık personeli olduğunu söylemiştir (11). Yapılan başka bir çalışmada ise adölesanlara üreme sağlığı eğitimini vereceklerin kim olmasını istedikleri sorulmuş ve %50'si sağlık personeli cevabını vermiştir (19). Adölesanların üreme sağlığı eğitimine yönelik Saroj ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; eğitim sonrası adölesanların bilgi düzeylerinin arttığı belirlenmiştir (41). Ford ve arkadaşlarının kadınların CYBE'dan korunmasına yönelik yaptıkları araştırmada, verilen CS/ÜS eğitiminin; AIDS bilgi düzeyinde ve kondom kullanımında artış sağladığı belirlenmiştir (42). Literatürde benzer sonuçlara rastlanan çalışmalarda bulunmaktadır (43, 44).

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) tarafından 2006 yılında yapılan araştırmada CS/ÜS alanındaki sağlık hizmet talebini etkileyen faktörler ve bu alanda medyanın etkilerinin saptanması amaçlanmıştır. 19 ilde 1500 kişi ile görüşülerek araştırma sonlandırılmıştır. Araştırmanın sonucuna göre; adölesanların en fazla cinsel bilgiyi çevre ve arkadaşlarından aldığını, en güvenilir bilgi kaynağının %59 oranında uzman doktor olduğunu ve CS/ÜS eğitiminin okullarda verilmesinin önemli olduğunu vurgulamıştır (34).

4.Sonuç ve Öneriler

Sağlık Profesyonele;

- Adölesanların büyüme-gelişmesi ile ilgili bilgi sahibi olma, gerekli takipleri

yapabilme, büyüme ve gelişmedeki anormal durumları saptayabilmelidir.

- Güvenli okul ve ev çevresi oluşturmaya yönelik olarak ilgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği yapabilmelidir.
- Adölesanın ailesine ve öğretmenlerine toplum kaynaklarına ulaşımı ve iletişim konusunda rehberlik edebilmelidir.
- Yaşam stresörlerinin, yaşanan travmatik olayların ve durumsal krizlerin sağlığa etkisini değerlendirmelidir.
- Sorunlarla başa çıkma ve sorun çözme konusunda hasta ve aileye eğitim, yönlendirme sağlayabilmelidir.
- Çocuk/adölesan ve ailesinin eğitim ve danışmanlık ihtiyaçlarını belirleyebilmeli ve sağlayabilmelidir.
- Beslenme problemlerini belirleyebilmeli, çözüm yaklaşımlarında bulunmalıdır.
- CYBH, AP hizmetleri, gebelik, doğum ve prekonsepsiyonel dönemde etkili ve yeterli eğitim becerilerine sahip olabilmeli, adölesanın ihtiyaçlarını belirleyebilmelidir.

Kaynaklar

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Gençlere Yönelik Üreme Sağlığı Hizmetleri. Ankara; 2006. [Erişim tarihi: 01.04.2019]. Erişim Adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap40.pdf>
2. Köksal, Ü. Gazi Üniversitesi Öğrencilerinin Cinsel Davranışları, Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgi Ve Görüşleri [Yüksek Lisans Tezi] Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, 2009.
3. Başer, M. Adölesan Cinselliği Ve Gebelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; (1).
4. Giray ,H., Kılıç, B. Bekar Kadınlar ve Üreme Sağlığı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2004; 13 (8).
5. Dünya Sağlık Örgütü. Dünya Sağlık Raporu 1998; Cenevre. [Erişim tarihi: 27.11.2019] Erişim Adresi: https://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf?ua=1.
6. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018. [Erişim tarihi: 04.04.2019]. Erişim adresi: [www://http.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_ana_rapor.pdf](http://http.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_ana_rapor.pdf)

7. Ersin, F. Gençlere Verilen Üreme Sağlığı Eğitiminin Üreme Sağlığı Bilgi ve Davranışlarına Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, 2008.
8. Bulduk, S., Erdoğan, S. Okul sağlığı ekibinin nitelik ve hizmet kapsamının geliştirilmesi. *Klinik Çocuk Forumu*, 2005; 57-66.
9. Savaşer, S. Çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin rolü. *22. Pediatri Günleri ve 2. Pediatri Hemşireliği Günleri Program ve Özet Kitabı*, İstanbul, 2010;362-370.
10. Greene, ME., Rasekh, Z., Amen, KA. In This Generation Sexual and Reproductive Health Policies For A Youthful World, Population Action International Available [Erişim tarihi: 01.04.2019]. Erişim Adresi: www.populationaction.org/resources/publications/InThisgeneration/accessed
11. Özcebe, H. Kırsal Alanda Adolesan ve Gençlerin Üreme Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyinin Saptanması ve Bilgi Düzeyinin Arttırılması İçin Bir Müdahale: Adolesan ve Genç Sağlık Gönüllüsü [Doktora Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, 2000.
12. Brandurup-Lukanov A. WHO Regional Strategy On Sexual and Reproductive Health. *Entrenous*, 2012;52:4-5.
13. "Population Reports" Series J, Number 41, October 1995 [Erişim tarihi: 27.11.2019]. Erişim Adresi: <http://www.infoforhealth.org/pr/j41/j41chap1.shtml>
14. Civil, B., Yıldız, H. Erkek öğrencilerin cinsel deneyimleri ve toplumdaki cinsel tabulara yönelik görüşleri. *DEÜ Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Derg.* 2010;3:58-64.
15. Varol Saraçoğlu G, Erdem İ, Doğan S, Tokuç B. Youth sexual health: sexual knowledge, attitudes, and behavior among students at a university in Turkey. *Noro Psikiyatı Ars* 2014;51:222-8.
16. Tokuç, B., Berberoğlu, U., Varol Saraçoğlu, G., Çelikkalp, Ü. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin evlilik dışı cinsel ilişki, istemli düşükler ve kontraseptif kullanımı konusundaki görüşleri. *Türkiye Halk Sağlığı Derg.* 2011;9:166-73.
17. UNICEF. Child Marriage Arond The World. <https://www.unicef.org/stories/child-marriage-around-world> (son erişilme tarihi: 07.02.2021).
18. UNFPA. How Common Is Child Marriage. <https://www.unfpa.org/child-marriage-frequently-asked-questions#how%20common%20is%20child%20marriage> (son erişilme tarihi: 07.02.2021).
19. Kırmızıtoprak, E. Gençlerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve Güvenli Cinsel Yaşam Konusunda Bilgi Ve Davranışlarına Akran Eğitiminin Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Şanlıurfa, Harran Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2006.
20. Koç, İ., Saraç, M. Türkiye’de İlk Evlilik Yaşının Ve Evliliğe İlişkin Pratiklerin Değişimi Ve Boşanma İle İlişkisi (2006-2016). in *Türkiye Aile Yapısı İleri İstatistik Analizi* 88 (2018).
21. Aşkın, EÖ., Aşkın, U. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Ve Yoksulluk İlişkisi: Aile İçi Şiddet Mağduru Kadınlar Üzerine Bir Araştırma. *Kapadokya Akad. Bakış Derg.* 2017; 1, 16-37.
22. Gölbaşı, Z. "Adölesan Dönem Üreme Sağlığı Sorunları ve Etkileyen Faktörler" Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2015; 8 (1):100-108.
23. Yıldızhan, R., Kolusarı, A., Edirne, T., Adalı, E., Erol, Ş., Kurdoğlu, M., Kurdoğlu, Z. Van Yöresinde Adölesan Gebeliklerin Analizi. *Van Tıp Dergisi*, 2009;16 (4): 124-7.
24. Edirne, T., Can, M., Kolusarı, A., Yıldızhan, R., Adalı, E., Akdag, B. Trends, characteristics, and outcomes of adolescent pregnancy in eastern Turkey. *International Journal of Gynecology and Obstetric* 2010;110(2):105-8.
25. Demirgöz, M., Canbulat, N. Adölesan Gebelik, *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28(6): 947-52.
26. Mason, E. Guidelines for preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva, World Health Organization, 2011. p:1-8.
27. Öner, S., Yapıcı, G. Adölesan gebeliklere bakış. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2010; 8(1): 30-9.
28. Şen, S., Kavlak, O. Çocuk gelinler: Erken yaş evlilikleri ve adölesan gebeliklere yaklaşım. *Aile ve Toplum Dergisi* 2011; 7(25): 35-44.
29. Babadağlı, B. Gebelik yaşının gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11(3): 96-105.
30. Başer, M. Adölesan Cinselliği ve Gebelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000; 4 (1): 50-4.
31. Dixon-Mueller R. Research issues in developing countries the sexual and reproductive health of younger adolescents WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. 2011: 26-9.
32. Karl, LD. Gabriele R. Sexually Transmitted Infections Among Adolescents, The Need for Adequate Health Service, WHO; 2015. [Erişim

- tarihi: 01.04.2019]. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43221>.
33. Ross, A., Dick B. Preventing Hiv/Aids In Young People A Systematic Review Of The Evidence From Developing Countries, UNAIDS Inter-Agency Task Team On Young People, WHO, 2016; 2-3. [Erişim tarihi: 01.04.2019]. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43453>.
 34. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği-CE-TAD Bilgilendirme Dosyası-7: Gençlik ve Cinsellik. Retrieved December 11, 2007, from <http://www.cetad.org.tr/duyuru.php?id=17>.
 35. MacPhail, C., Pettifor, AE., Pascoe, S., Rees, HV. Contraception use and pregnancy among 15–24 year old South African women: a nationally representative cross-sectional survey [Electronic version]. *BMC Medicine*, 2007; 5, 31, 1-8.
 36. Pauku, M., Quan, J., Darney, P., Raine, T. Adolescents contraceptive use and pregnancy history: is there a pattern? *Obstetrics & Gynecology*, 2003; 101, 3, 534-538.
 37. Lazdane, G. DSÖ'nün Adolesan CSUS Stratejileri ve Bunların Avrupa'da Uygulanması [Erişim tarihi: 27.11.2019]. Erişim Adresi: https://sbu.saglik.gov.tr/.../turkish_presentations/1st-Day/03_Presentation_GuntalLazdane_t.ppt
 38. Akın, A. Dünyada ve Türkiye'de Adolesan ve Gençlerin Sağlığı, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Nisan 2007;47-50, Ankara.
 39. Leigh, BC., Morrison, DM., Trocki, K., Temple MT. Sexual Behavior of American Adolescents: Results From A U.S. National Survey, *J. Adolescents Health*, 2004;15(2):117-105.
 40. Nalbant, H., Bulut, A. Gençler ve Üreme Sağlığı, *Aktüel Tıp Dergisi*, 2011;6(1):30-36
 41. Saroj, P., Rajesh, K., Indarjeet, W., Arun, A. Reproductive Health Education Intervention Trial, *Indian Journal Pediatrics*, 2005, Volume 72.
 42. Ford, K. Evaluation Of A Peer Education Programme For Female Sex Workers In Bali, Indonesia, *Int Jour STD AIDS*, 2000;11(11):731-733.
 43. Lou, C., Wang, B., Shen, Y., Gao, ES. Effects Of Community Based Sex Education and Reproductive Health Service Program on Contraceptive Use Of Unmarried Youths In Shanghai, *Journal Of Adolescent Health*, 2004;34:433-440.
 44. Brieger, WR., Delano, GE., Lane, CG., Oladepo, O., Oyediran, KA. West African Youth Initiative: Outcoma of a Reproductive Health Education Program, *Journal Of Adolescent Health*, 2011; 29:439-446.