



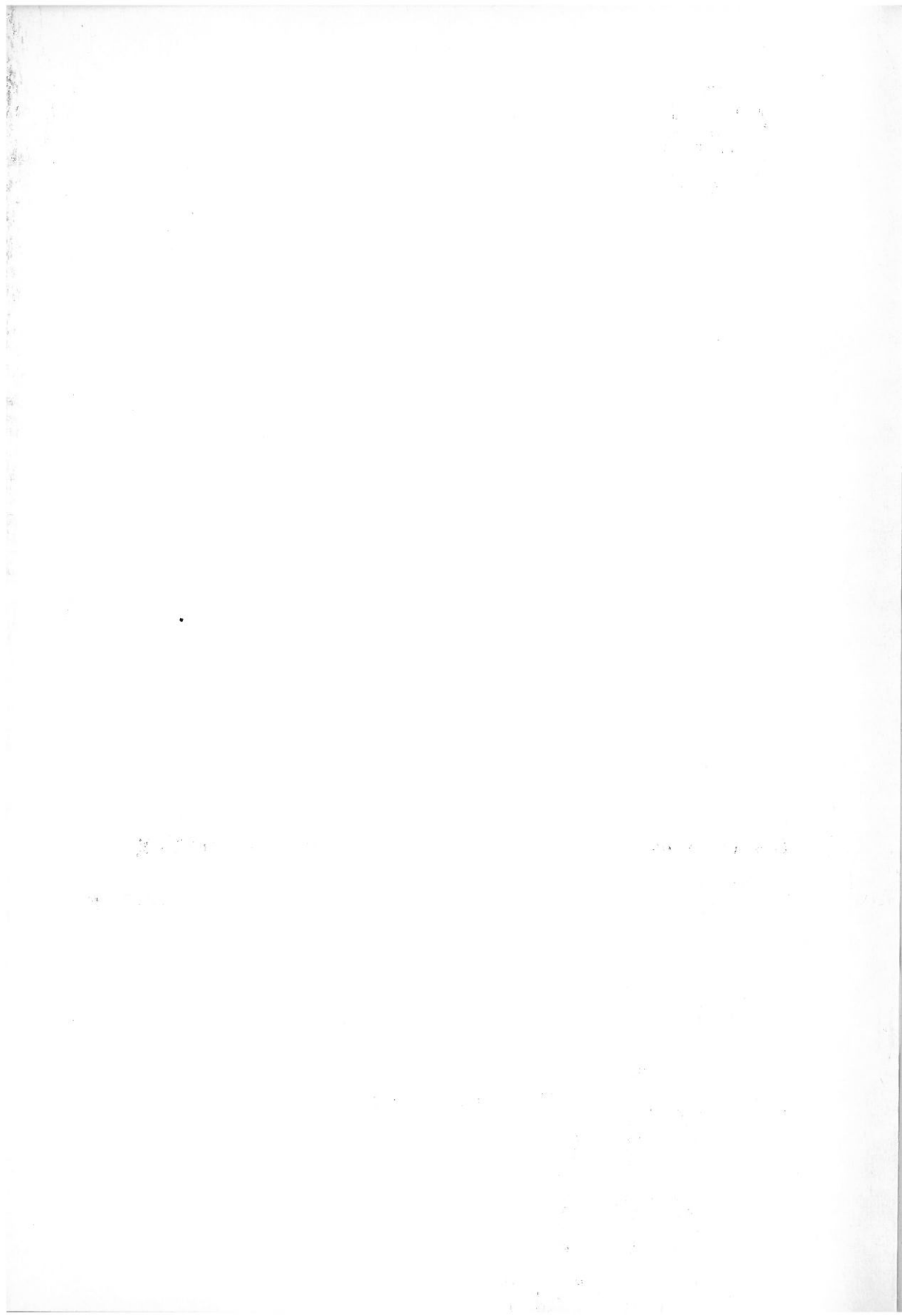
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ YAYINLARI NO : 31

Gençlerin Sağlık Sorunları Nedenleri ve Çözüm Önerileri

Doç. Dr. Osman GÜNAY

Prof. Dr. Yusuf ÖZTÜRK

KAYSERİ — 1992



**GENÇLERİN SAĞLIK SORUNLARI
NEDENLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

Doç. Dr. Osman GÜNAY

Prof. Dr. Yusuf ÖZTÜRK

Kayseri-1992

Bu kitabın ilk baskısı Erciyes Üniversitesi Yayını olarak 500 adet basılmıştır.
Telif hakkı Erciyes Üniversitesine ait olup, izinsiz tamamen veya kısmen yayınlanamaz.

ISBN: 975-7598-41-0

Dizgi-Baskı: Erciyes Üniversitesi Matbaası Ofset Tesisleri

Kayseri-1992

İsteme Adresi: Erciyes Üniversitesi Basımevi
Tel: 174901-09/1832

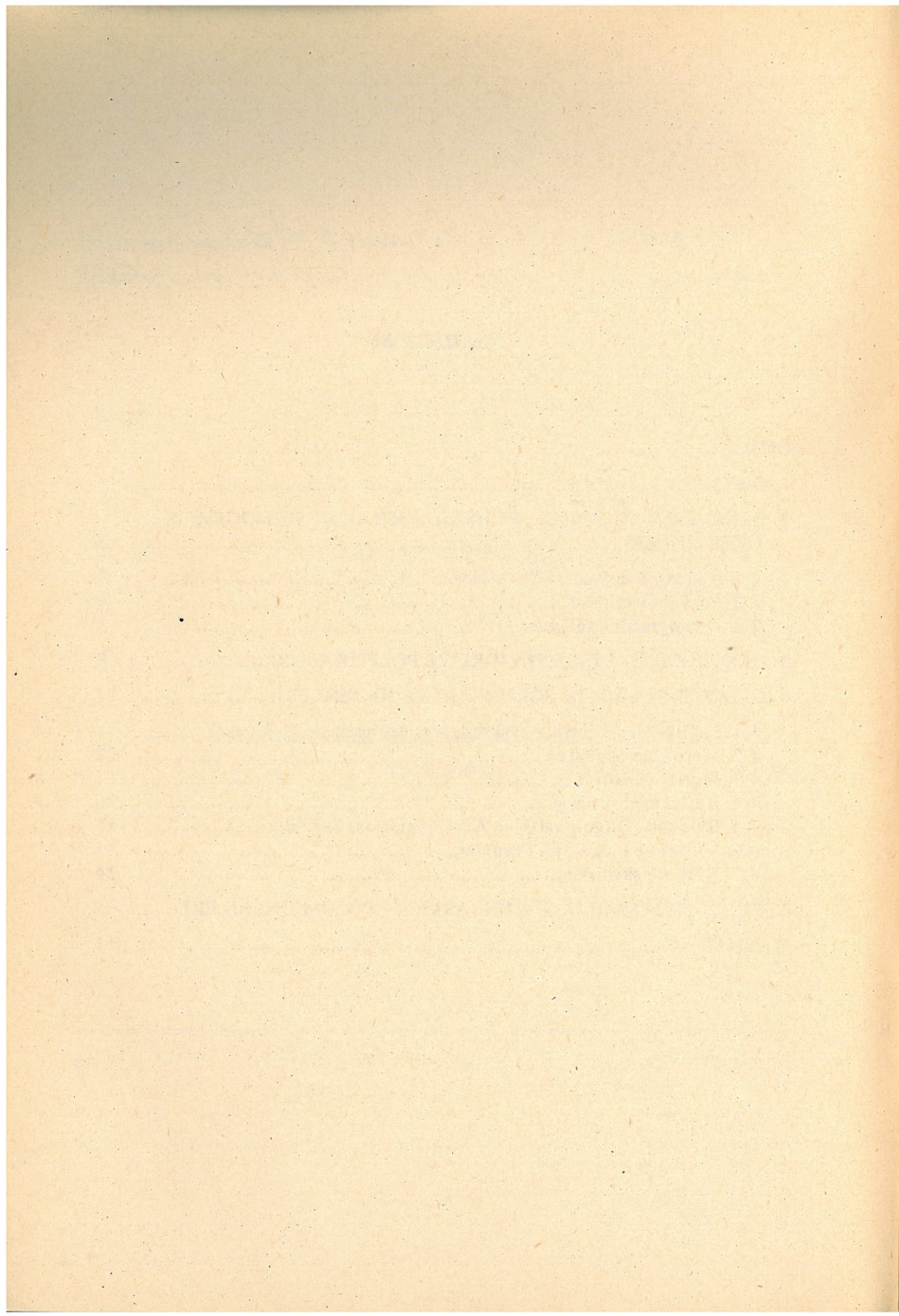
38039/KAYSERİ

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ

1. GİRİŞ.....	1
2. GENÇLERİN BEDENSEL, RUHSAL, SOSYAL VE DEMOGRAFİK.. ÖZELLİKLERİ.....	3
2.1. Bedensel ve Ruhsal Özellikler.....	3
2.2. Sosyal Özellikler.....	6
2.3. Demografik Özellikler.....	8
3. GENÇLİK İÇİN DEVLETİN İLKE VE POLİTİKALARI.....	9
4. GENÇLERİN SAĞLIK SORUNLARI VE NEDENLERİ.....	11
4.1. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Sorunları.....	11
4.2. Morbidite Sorunları.....	12
4.3. Mortalite Sorunları.....	17
4.4. Beslenme Sorunları.....	20
4.5. Evlenme, Doğurganlık ve Aile Planlaması Sorunları.....	23
4.6. Sosyal ve Psikolojik Sorunlar.....	31
4.7. Kötü Alışkanlıklar.....	34
5. GENÇLERİN SAĞLIK SORUNLARI İÇİN ÇÖZÜM ÖNERİLERİ.....	41
KAYNAKLAR.....	47



ÖNSÖZ

insanoğlu diğer canlılardan farklıdır ve insanın olgunluğa ulaşması uzun bir zaman dönemini gerektirir. Bu durum onların erken dönemde daha hassas olmalarına neden olur. İnsanoğlu çok sıcak ya da çok soğuk, nemli ya da kurak iklimlerde yüksek ya da düşük rakımlarda, dolayısıyla en zıt koşullarda yaşayabilir. Diğer canlıların böylesine değişik ortamlarda yaşama ya da geleceğe yönelik kontrol imkanları pek yoktur. Adolesans ve gençlik dönemi, bireyin yetişkinliğe hazırlanma, gizliyi araştırma ve ufuklarını genişletme çağıdır.

Sağlıklı gelişme gençlerin sağlığının en önemli unsurlarından biridir. Gencin sağlığı, iyi bir beslenme ve iyi bir eğitim ile enfeksiyon ve hastalıklardan uzak tutulması temeline dayanır. Gencin davranışı, bizzat kendi sağlığı ile erişkinlik dönemi ve müstakbel çocuklarının sağlığının bir anahtarıdır.

Gençlik, vücutta, akılda ve sosyal ilişkilerde belirgin değişikliklerin olduğu, çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir. Bu dönemde, vücut hacmi ve üretim kapasitesi gelişir; seks özellikleri belirginleşir, düşünme, ileriye görme, içsel denetim ve çevredeki olayları değerlendirme yetenekleri artar. zamanla gencin ebeveynleri ve ailenin diğer üyeleri ile ilişkisi ve güven duygusu gelişir.

Gençlik dönemindeki değişmelerin başlangıcı, sırası ve süresi kültürler, bireyler ve cinsiyetler arasında farklılıklar gösterebilir. Adölesans ve gençlik dönemindeki gelişme ve yetenek artışı sağlıklı gelişmenin garantisi değildir. Sağlıklı gelişme, gencin aile, okul ve iş çevresi ile yakından ilişkilidir. Bu

çevre faktörleri gencin sosyal, duygusal, entellektüel, cinsel ve sağlık yönünden gelişmesi için zemin hazırlar. Ancak, aynı faktörler gencin tütün, alkol ve diğer zararlı alışkanlıkların sinsiz cazibesine kapılmasına da yol açabilir.

Gençlerin sağlıklı davranış alışkanlıkları kazanabilmesi için, sağlıklı bir sosyal çevre zorunludur. Gençlerin ebeveynlerinden farklı davranma arzusunda olmaları, gelecek hakkında belirsizliği ve çeşitli riskleri beraberinde taşımaktadır. Gençte cesaret veren, onu seven ve ona yol gösteren sabit ve olumlu bir çevre, gencin ailede, okulda, işte ve arkadaş çevresinde olumlu ilişkiler kurmasını sağlayacaktır. Ancak olumsuz çevre baskısı genci, kararsızlık, alkol ve ilaç alışkanlıkları ve olumsuz cinsel ilişkilere sevk edebilir.

Pekçok toplumda, genç insanlar, kitle iletişim araçları, göç, şehirleşme, ailenin küçülmesi ve yaşam koşullarındaki gelişmeler nedeniyle, ebeveynlerinden farklı yaşamaktadır. bu durum hem gençlerin hem de ebeveynlerinin görevlerini güçleştirmektedir.

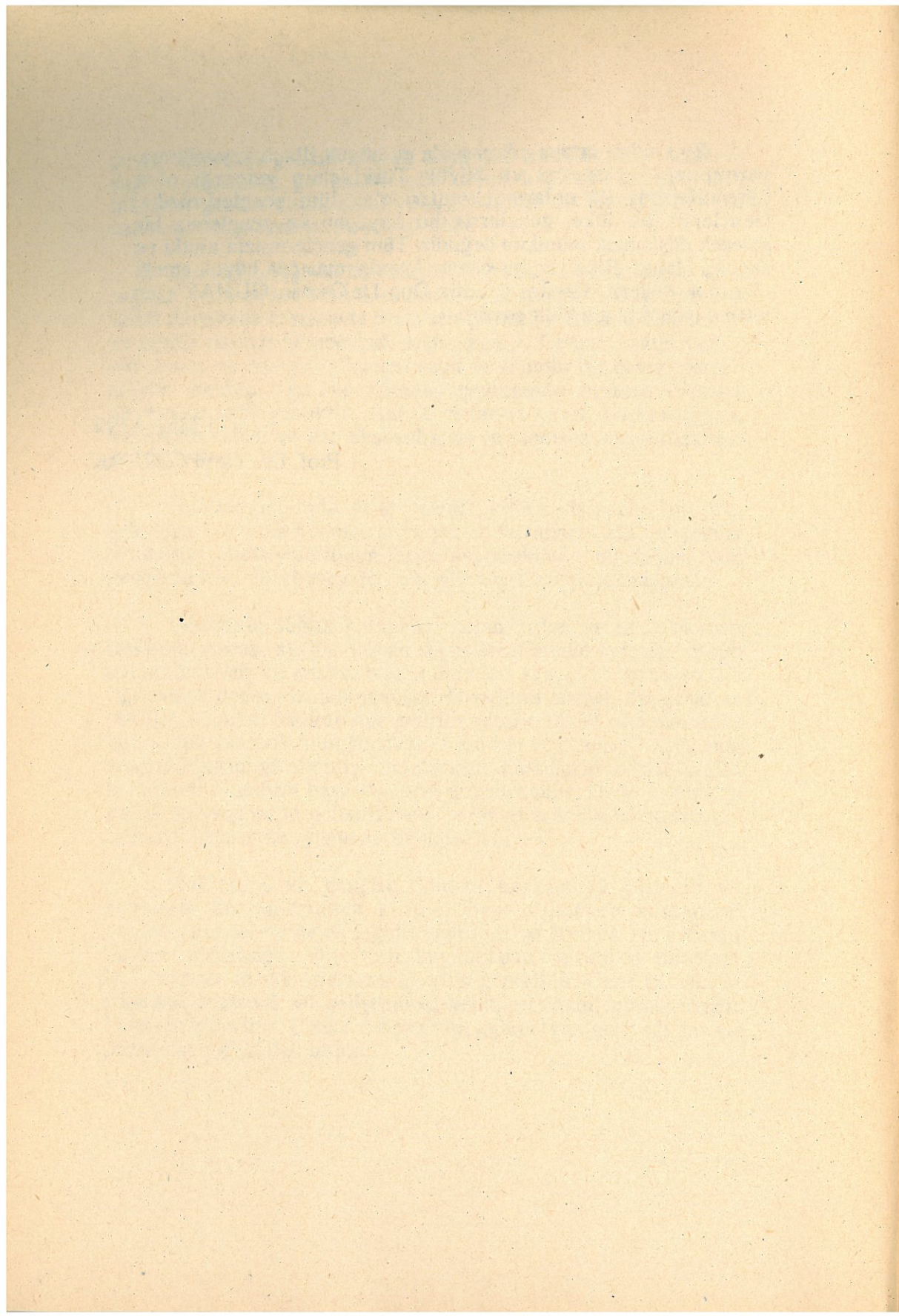
Gençlerin sağlık sorunları çocuklardan ve erişkinlerden farklıdır. Ancak, sağlık bakım sistemlerinin içinde yer alan çocuk bakım üniteleri ve erişkin bakım üniteleri gençlerin sorunları ile ilgilenmek üzere planlanmamıştır. Gençlerin sosyal, duygusal ve seksüel sorunları nadiren dile getirilir. Bunun temel nedenlerinden biri, sağlık çalışanlarının gençlerin sorunları ve çözümü konusunda yeterli eğitim görmemiş olmalarıdır. Gençlerin kendi sağlık bakımlarını katılımı başarı şansını artırmaktadır. Genç insanların sağlık anlayışlarının geliştirilmesi ve kendi sağlıkla hakkında söz sahibi olmalarının sağlanması da gereklidir.

Adölesans ve gençlik dönemi hayatın en çelişkili ve karmaşık dönemlerinden biridir. Gencin istenen istikamete yönlendirilmesi ve onun sağlıklı, eğitilmiş ve üretken bir yetişkin haline getirilmesi için tüm kaynakların optimum düzeyde kullanılması ve sektörlerarası işbirliği gereklidir. Genç insanların sağlığını korumak ve geliştirmek, kendileri dahil olmak üzere, herkesin görevidir. Çünkü gençler tüm toplumların geleceği için en önemli kaynaklardan biridir.

Bu kitabın ortaya çıkmasında en büyük ilham kaynağımız, yarınımızın garantisi ve büyük Türkiye'nin geleceği olan öğrencilerimiz ile onların akranları olan tüm gençlerimizdir. Gençlersiz bir ülke, gençlersiz bir heyecan ve gençlersiz bir gelecek düşünmek mümkün değildir. Tüm gençlerimizin mutlu ve sağlıklı olması dileğiyle, bu kitabın hazırlanmasında büyük emeği olan çok değerli öğretim üyemiz Doç Dr.Osman GÜNAY'a en içten duygularla teşekkür ederim.

5 Mart 1992

Prof. Dr. Yusuf ÖZTÜRK



1. GİRİŞ

Gençlik dönemi çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir. İnsan yaşamındaki her dönem, hem bedensel hem de ruhsal açıdan, daha önceki dönemlerin uzantısı, daha sonraki dönemlerin ise temeli olarak düşünülebilir. Bu nedenle, gençlik dönemi, doğum öncesi ve çocukluk dönemlerindeki sorunların sonuçlarını, yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerindeki sorunların ise nedenlerini taşır. Bu özellikleri nedeniyle, gençler toplumların geleceğinin garantisi olarak kabul edilir.

Ulu önder Atatürk'ün yıllar önce ifade ettiği gibi; gençler geleceğimizin teminatı ve ülkenin gerçek sahipleridir. Sağlıklı, kültürlü ve dengeli bir gençlik yetiştiremeyen toplumlar yarınlarına güvenle bakamaz. Aynı durum tüm dünyanın geleceği için de söylenebilir.

Birleşmiş Milletler 1985 yılını "Uluslararası Gençlik Yılı" olarak ilan etmiş ve bu alanda birçok çalışma başlatılmıştır(37). Birleşmiş Milletler'in bu çabalarına katılan Sağlık Bakanlığımız da "Sağlıklı Gençler En Önemli Varlığımızdır" düşüncesiyle konuya eğilmiş ve gençlerimizin çeşitli sorunlarını ortaya koymak ve daha köklü çözüm yolları bulmak için çalışmalara başlanmıştır.

Öte yandan, Dünya Sağlık Örgütü "2000 Yılında Herkese Sağlık" stratejisini uygulamaya koymuştur(20). Gençlik sorunları ile daha yakından ilgilenmek ve bu sorunlara çözüm getirmekle, hem "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedeflerinden biri yerine getirilmiş olacak, hem de gençlerin enerjisinden, diğer hedeflere ulaşmada, yararlanmak mümkün olacaktır.

Bu amaçlara ulaşabilmek için, gençlerin önemli sorunları arasında yer alan, mediko-sosyal sorunlarını, bunların nedenlerini ve bu sorunların çözümlenebilmesi için alınabilecek önlemleri incelemek yararlı olacaktır.

2. GENÇLERİN BEDENSEL, RUHSAL VE DEMOĞRAFİK ÖZELLİKLERİ

2.1. Bedensel ve Ruhsal Özellikler

İnsan organizması, ilk oluşumundan ölümüne kadar sürekli bir değişim halindedir. Bu değişim nedeniyle, insan yaşamı çeşitli dönemlere ayrılarak incelenir. Ancak bu değişimin sürekliliği nedeniyle de bu dönemleri birbirinden kesin ayırmak güçtür ve genellikle ayırım sun'i olarak yapılır. Sadece bazı dönemler birbirinden daha kesin çizgilerle ayrılabilir(Doğum, menarçe gibi).

İnsan yaşamının önemli bir bölümü olan gençlik dönemi, çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir. Bu dönemde bireyin bedensel ve ruhsal özelliklerinde hızlı ve sürekli bir değişim gözlenir. Bu nedenle, gençler hem çocukların, hem de yetişkinlerin bazı özelliklerini taşırlar. Gençlik döneminin başlangıcında çocukluk özellikleri daha belirgin iken, ileri dönemlerde yetişkinlik özellikleri ağır basmaya başlar.

Gençlik döneminin başlangıcı olarak, genellikle, üretim fonksiyonlarının başlangıcı sayılan, kızlarda ilk adet görme (menarçe), erkeklerde sperm atımının başlaması (spermarche) kabul edilir. Büyüme ve gelişmenin tamamlanması ile gençlik dönemi tamamlanmış ve yetişkinlik dönemi başlamış olur. Gençlik döneminin, kabaca 12 yaşında başladığı ve 21 yaşa kadar devam ettiği kabul edilmektedir(43). Ancak gelişim yönünden cinsler arasında önemli farklılıklar vardır. Genel olarak, kızlar erkeklerden 2 yıl önce gençlik çağına ulaşır ve bu çağı 2 yıl önce tamamlarlar(43). Gençlik döneminin başlangıç ve bitişi yönünden, toplumlar ve bireyler arasında da büyük farklılıklar görülmekte, üstelik zaman içerisinde değişiklikler de olmaktadır. Örneğin, ergenliğin 16-17 yaşa kadar gecikmesi normal kabul edilmektedir(43).

Öte yandan, gençlik kavramı sadece biyolojik bir kavram olma-

yıp, sosyal, ekononik ve kültürel özelliklerle de ilgilidir. Günümüzde, öğrenim sürelerinin uzaması, evlilik yaşının ileriye kayması ve ekonomik bağımsızlığın daha geç kazanılması dolayısıyla, gençlik dönemi 24-25 yaşa kadar uzatılmaktadır(24).

Cinsler, toplumlar ve bireyler arasındaki tüm bu farklılıklara rağmen, gençlik grubunu bir bütün olara ele almak ve sorunlara tümelci bir görüşle yaklaşabilmek için, gençlik döneminin kesin sınırlarını çizmek gerekir. Bu sınırlar, değişik kaynaklarda birbirinden farklı olmakla beraber, Beş Yıllık Kalkınma Planlarımızda, gençlik dönemi 12-24 yaşlar arası olarak kabul edildiği için, bu yazıda da, daha çok bu yaş grubu üzerinde durulmuştur(8, 24).

Kabaca sınırlarını çizdiğimiz gençlik dönemi, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan en hızlı değiştiği ve geliştiği dönemlerden biridir. Gençlik döneminin başında, organizmada önemli anatomik ve fonksiyonel değişiklikler meydana gelir. Sekonder seks karakterleri denilen; özel kıllanma biçimi, ses değişikliği, kızlarda göğüs gelişimi, bunların beraberinde cinsel organlarda gelişme, vücut kütlesinde hızlı artma ve bunları takiben üretim fonksiyonlarının başlaması anlamına gelen, kızlarda ilk adet görme ve erkeklerde sperm atımının başlaması görülür. Ayrıca çeşitli hormonların salgılanması artar.

Bu anatomik ve fonksiyonel değişiklikler bütün gençlerde ve özellikle ergenlik hakkında yeterli bilgisi olmayan gençlerde, heyecan, korku ve ruhsal bocalamalara yol açabilir. Kızların sosyal ilişkileri daha zayıf olduğu için, genellikle, ergenlik hakkında daha az bilgi sahibidirler ve dolayısıyla bu değişikliklerden daha çok etkilenirler.

İlk gençlik döneminde ortaya çıkan bu olayların, genç üzerinde oluşturduğu olumsuz etkiler hayat boyu devam eden izler bırakabilir. Kadınlarda ağırlı adet görme (dismenore) ve cinsel soğukluk (frigidit), erkeklerde ise cinsel iktidarsızlık ortaya çıkabilir.

Gençlik döneminde ortaya çıkan anatomik ve fonksiyonel değişiklikler, gencin ruhsal yapısında da önemli değişikliklere neden olur.

Özellikle ilk gençlik döneminde, gencin duyguları son derece değişkendir. Çabuk sevinir ve çabuk öfkelenir. Olaylara karşı reaksiyonları ani ve aşırıdır. Evdeki ve toplumdaki kurallara başkaldırır. Kendi kendine hayaller kurar ve adeta kurduğu bu hayal dünyasında

yaşar. Modaya ve gösterişe meraklıdır.

Gençlik dönemi, psikolojik yönden, kendini ispatlama ve bağımsızlığını elde etme dönemidir. Bu nedenle aile büyüklerinin koyduğu kurallara başkaldırarak, onların yardımı olmadan da yaşamını devam ettirebileceğini, onlardan daha güçlü ve daha bilgili olduğunu ispatlamaya çalışır. Buna karşılık, gençte kendine yeni bir çevre edinme ve yeni liderler bulma çabası da görülür. Yani genç, bir taraftan bağımsızlığını elde etmeye çalışırken; diğer taraftan, toplumda yalnız kalma endişesiyle, yeni bağlantılar kurmaya çalışır. Bu nedenle, kendine arkadaş çevresine kabul ettirmek için çaba gösterir. Bu çabaları onu, alkol, sigara, uyuşturucu, kumar, anarşi ve suçluluk gibi kötü alışkanlıklar ve davranışlara itebilir.

Bir taraftan, gencin kazandığı zararlı alışkanlıklar; diğer taraftan, hızlı araba kullanma, iyi kavga etme ya da iyi yüzebilme gibi cesaret gösterileri onun sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir ve zaman zaman yaşamını tehkiye sokabilir.

Gencin yaşına özgü ruhsal yapısı ve davranış özellikleri, aile ve yakın çevre tarafından iyi değerlendirilmez, onun karşılaştığı sorunların çözümüne yardımcı olunmaz ve genç gereksiz yere cezalandırılır ya da aşağılanırsa, gencin reaksiyonu çok şiddetli ve değişik olabilir. Çok önemsiz görünen bir ters hareket, evi terketme, intihara teşebbüs etme gibi aşırı bir reaksiyona neden olabilir.

Gencin bedensel kusurları, geçirdiği hastalıklar, ailenin ekonomik yetersizliği, gençlik dönemindeki ruhsal sorunların ağırlaşmasına ve patolojik nitelik kazanmasına yol açabilir. Bu çağlarda sık görülen ve güç farkedilen görme ve işitme bozuklukları gencin çevresi ile etkileşimini güçleştirir. Böyle bir gencin okuldaki başarısızlığı, nedeni incelenmeden aile ya da öğretmenler tarafından cezalandırılırsa, ilerde tamiri imkânsız ruhsal rahatsızlıklar çıkabilir(43).

Yine gençlik döneminde görülebilen konuşma bozuklukları, boy kısalığı, ortopedik özürler ve hatta ergenlik sivilcesi gibi son derece basit rahatsızlıklar gençte aşağılık duygusunun oluşmasına neden olabilir.

Bu sorunları olan gençlerin incitilmeden desteklenmesi gençlik dönemindeki ruhsal sorunların kolay atlatılmasına yardımcı olabilir.

Unutulmaması gereken bir nokta, insan yaşamının, çeşitli dönemlere ayrılmasına rağmen, aslında bir bütün olduğudur. Her dönem kendinden önceki dönemin devamı, kendinden sonraki dönemin

hazırlayıcısı. Ana karnına düştüğü andan itibaren organizmanın karşılaştığı bütün sorunlar daha sonraki yaşamın bütününü etkileyebilmektedir. Bu nedenle, gençlik dönemindeki bütün sorunlar yetişkinlik dönemini, çocukluk dönemindeki sorunlar da gençlik ve yetişkinlik dönemini etkileyebilir.

Sağlıklı bir çocukluk dönemi geçiren ve dengeli bir sosyal çevrede yaşayan bir genç, gençlik dönemini de bir yara almadan atlatacaktır.

2.2. Sosyal Özellikler

Gençlik dönemi, bedensel ve ruhsal açıdan olduğu gibi, sosyal açıdan da yetişkinliğe hazırlanma dönemidir. Okuma, meslek edinme, evlenme ve askerlik gibi, genellikle gençlik döneminde gelişen olaylar, bireyin ilerdeki yaşamını önemli ölçüde etkiler.

Gencin, daha önce sözü edilen, psikolojik ve davranış özellikleri, olumlu sosyal ilişkiler kurmasında da güçlüklerle yol açabilir. Ya da gence çeşitli sosyal imkânların yeterince sağlanamamış olması, onun psikolojik gelişimini olumsuz yönde etkileyebilir. Denilebilir ki, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal gelişimi arasında çok sıkı bağlantılar vardır. Bu nedenle sağlık, "bedensel, ruhsal ve sosyal yönden, tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmaktadır. Bu etkileşimlere örnekler verecek olursak okuma imkânlarının yetersizliği erken evlenme ve doğumlara ve bunun olumsuz tıbbî sonuçlarına yol açar ya da işitme güçlüğü gibi bir tıbbi sorun çözülmediğinde, okul başarısızlığı ve bunun psikolojik ve sosyal sonuçlarının hazırlayıcısı olabilir.

Gençlik grubu, sosyal açıdan, hemojen bir grup değildir. Çeşitli sosyal özellikleri itibariyle, gençleri birçok alt gruba ayırmak mümkündür.

Yaşanılan yerleşim yeri açısından, gençler kırsal ve kentsel bölge gençleri olarak ayrılabilir. 1990 Genel Nüfus Sayımı'na göre, nüfusumuzun % 59'u kentsel, %41'i kırsal bölgede yaşamaktadır(6). Gençler için de, muhtemelen oranlar buna yakındır. Ancak, gençler arasında kente göçün daha yoğun olması nedeniyle, bu oran gençlerde kentler lehine bir miktar farklı olabilir.

Gençlerin, uğraşı alanları yönünden,

1. Öğrenciler
2. Çalışan gençler

3. Askerler
4. Ev kadınları
5. İşsiz gençler
6. Diğerleri

olmak üzere 6 grupta toplamak mümkündür.

1983-1984 öğretim yılında, okullaşma oranları, ortaokullar için %47.7, liseler için %30.7 ve yüksekokullar için %8.3 iken, bu oranlar 1988-1989 öğretim yılında sırasıyla %75, %39.4 ve %12 olmuştur(8). Tüm gençlik grubunun yaklaşık %23'ünü öğrenciler oluşturmaktadır. Üniversite öğrencilerinin tüm genç nüfus içindeki oranı ise %2 dolayındadır(8). Orta öğretimdeki okullaşma oranlarının, dünya genelinde arttığı görülmektedir. Orta ve yüksek öğretimdeki okullaşma oranları, genel olarak, kızlarda erkeklerden daha düşüktür.

Gençlerin yeterli süre okula devam edememeleri, erken evlenme, erken ve aşırı doğurganlık, işsizlik ve ekonomik yetersizlik gibi başka sosyal sorunlara yol açabilmektedir.

1985 Genel Nüfus Sayımı'na göre, ülkemizde 12-14 yaş grubunun %38'i, 15-19 yaş grubunun %59'u ve 20-24 yaş grubunun %70'i iktisâden faal idi. Ayrıca iş arayanların %60'ını 12-24 yaş grubundaki gençler oluşturmaktaydı(5).

Halen, ülkemizdeki yarım milyon dolayındaki genç askerlik görevini yapmakta olup, bu grup tüm genç nüfusun %3 kadarını oluşturmaktadır.

Medeni durum açısından, gençleri evli ve bekâr gençler olarak ayırmak mümkündür. 1985 Genel Nüfus Sayımı'na göre, ülkemizde 12-24 yaş grubu kadınların ve erkeklerin %0.9'u, 15-19 yaş grubu kadınların %15.6'sı, erkeklerin %5.1'i, 20-24 yaş grubu kadınların %65.6'sı, erkeklerin %31.1'i evlidir(5).

Görüldüğü gibi, gençlik grubu, çok değişik özelliklerde alt grupların birleşmesiyle oluşan bir mozaik yapıya sahiptir. Gençlerin sağlık sorunlarına ve diğer tüm sorunlarına çözüm getirebilmek için, bütün gençlik gruplarının göz önünde bulundurulması gerekir. Çünkü her alt gruptaki sorunlar ya da en azından, bu sorunların öncelikleri birbirinden farklıdır.

2.3. Demografik Özellikler

Sınırlarını ve bazı özelliklerini kısaca belirlediğimiz gençlik grubu, demografik açıdan da özellikler arzeder. Dünya nüfusunun 1/5'i, yani yaklaşık 1 milyar kişi 10-19 yaş grubundadır. Bu oran gelişmekte olan ülkelerde 1/4 dolayındadır(33). Gençlerin yaklaşık %80'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır(33). 2000 yılına kadar, gelişmiş ülkelerdeki genç nüfusta sayıca önemli bir değişiklik olmayacağı, buna karşılık, gelişmekte olan ülkelerde hızlı artışın devam edeceği tahmin edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık hızları kısa sürede azaltılabilirse bile, bugünkü ve yakın geçmişteki yüksek doğurganlık hızları nedeniyle, bu ülkelerdeki genç nüfusun artışı uzun bir süre daha artmaya devam edecektir(40).

Ülkemizde, 1985 Genel Nüfus Sayımı'na göre, 50.6 milyon olan toplam nüfusun 13.9 milyonu (%27.5) 12-24 yaş grubunda idi(5). Bu yaş grubunun tüm nüfus içindeki oranının giderek azaldığı, fakat sayısal artışın devam ettiği bilinmektedir(8).

3. GENÇLİK İÇİN DEVLETİN İLKE VE POLİTİKALARI

Gerek 1982 Anayasamızda ve gerekse diğer birçok yasalarda gençliğin korunması, daha sağlıklı ve daha kültürlü bir gençlik yetiştirilmesi için çeşitli hükümler vardır.

Anayasamızın 58. maddesi şu şekildedir.

"Devlet gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehâletten korumak için gerekli tedbirler alır"(41).

Anayasamızın 50. maddesinde işe: "Kimse yaşına, cinsine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz. Küçükler, kadınlar ile bedenî ve ruhî yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar", denilmektedir(41).

Yine Anayasamızın 56. maddesinde herkesin dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğu 60. maddesinde ise herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu ifade edilmektedir(41).

Anayasamızın 50. maddesindeki hükme paralel olarak, İş Kanunu'nun 67. maddesi 15 yaşından küçük çocukların çalıştırılmalarını yasaklamış, 13-15 yaşlar arası gençlerin öğrenimlerini aksatmamak üzere hafif işlerde çalıştırılmalarına izin verilmiştir. Aynı yasanın 79. maddesine göre 13-18 yaşlar arasındaki gençler işe girmeden önce ve işe girdikten sonra 6 ayda bir doktor muayenesinden geçirilmelidir(34).

"Ağır ve Tehlikeli İşler Tüzüğü" 16 yaşını doldurmamış gençlerin ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırılmalarını yasaklamış, 17-18 yaşındaki gençlerin çalışabileceği ağır ve tehlikeli işler bir cetvel ile belirtilmiştir(34).

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda gençlik sorunlarının çözümü için çeşitli amaçlar belirlenmiştir. Bu amaçların en önemli-

leri şunlardır(8):

1. Geleceğin teminatı olan gençlerin millî, manevî ve kültürel değerlerle donatılmış olarak yetiştirilmesi amaçlanmıştır.

2. Gençlik kesimine eğitim, sağlık, sosyal güvenlik ve çalışma konularında verilecek tüm hizmetlerde fırsat eşitliği sağlanacaktır.

3. Toplumun çeşitli sosyal gruplarına mensup, okul dışındaki gençliğin sorunları üzerinde önemli durulacaktır.

4. Gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu madde, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve müstehcen, açık saçık yayınlardan koruyucu tedbirler bir bütünlük içinde ele alınacaktır.

Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda belirtilen bu amaçlara ulaşmak için çeşitli çalışmaların başladığı ve son yıllarda gençlerin sorunları ile yakından ilgilenildiği görülmektedir. Okul ve okul dışı gençliğin sorunlarını tesbit etmek için, araştırmalara hız verilmiştir. Gençlerimizin daha iyi eğitim görmesi için mevcut imkanlar zorlanmakta, gençlerin eğitimi sırasında millî, manevî ve kültürel değerlerimizle donatılmaları için eğitim programlarında gerekli değişiklikler yapılmaktadır.

Birçok kötü alışkanlığın başlangıcını teşkil eden alkol düşkünlüğü ile mücadele başlatılmış ve bu amaçla bira reklamı ve satışları kontrol altına alınarak önemli bir adım atılmıştır(35).

Önümüzdeki yıllarda bu çalışmaların artarak devam edeceği ve gençlerimizin 21. yüzyıla daha sağlıklı, daha bilgili ve daha mutlu olarak gireceği umulmaktadır.

4. GENÇLERİN SAĞLIK SORUNLARI VE NEDENLERİ

4.1. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Sorunları

Son yıllarda, gençlik döneminin, çocukluk ve yetişkinlikten önemli farkları olan, ayrı bir dönem olduğu anlaşılmaktadır.

Çocuklar ve yetişkinler farklı özellikleri ve farklı ihtiyaçları dolayısıyla ayrı servislerde ve hatta ayrı hastanelerde tedavi edilirler. Ancak bu iki grup arasında kalan ve değişik özellikleri ve ihtiyaçları olan gençler için, ayrı servisler yoktur. Gençlerin bir kısmı çocuk servislerinde, bir kısmı da yetişkin servislerinde tedavi edilmektedir. Her iki tarafta da sorunlar ortaya çıkabilmekte, diğer taraftan her iki taraftaki hekimler de gençlerin özel ihtiyaçlarına yeterince cevap verememektedir(26).

Bu nedenlerle, değişik davranış özellikleri ve özel sağlık ihtiyaçları olan gençlik grubu için ayrı servislerin açılması ve hatta bu alanda ayrı uzmanlık eğitimi yapılması düşünülmelidir(26).

Topluma yönelik, temel sağlık hizmetleri yönünden de benzer durum söz konusudur. Çocuklar, 15-49 yaş grubu kadınlar, 65 yaşın üstündeki yaşlılar ve işçiler taşıdıkları çeşitli riskler dolayısıyla, sağlık hizmetlerinde hedef nüfusu oluşturmakta, gençler ise toplumun en sağlıklı kesimini oluşturdukları düşüncesiyle ihmal edilmektedir.

Zaten gençler dayanıklı bir bünyeye, tükenmez bir enerjiye sahip oldukları, daima güçlü görünmek istedikleri için, hastalıklarını ifade etmek ve sağlık örgütüne başvurmak istemezler. Bu durum gençlerdeki bazı rahatsızlıkların uzun süre gizli kalmasına neden olabilir.

Gençlik dönemindeki gizli kalmış ve tedavi edilmemiş rahatsızlıklar uzun vadede zararlara yol açabilir. Bu nedenle gençlerin sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanmalarını sağlayıcı tedbirlerin

alınması gerekir.

4.2. Morbidite Sorunları

Gençlik grubu toplumun en sağlıklı kesimi olarak kabul edilir ve gerçekten de öyledir. Yaşa özel mortibilite ve mortalite hızları, genel olarak, bu grupta en düşük düzeydedir. Bununla beraber, gençlerde de çeşitli hastalıklar görülmektedir.

Gençlerde görülen sağlık sorunlarından bir kısmı hayatın daha önceki dönemlerinden köken alır. İntrauterin hayatta veya çocukluk döneminde karşılaşılan, beslenme yetersizlikleri, doğum travmaları dahil olmak üzere tüm travmalar, geçirilen enfeksiyöz ve nonenfeksiyöz hastalıklar (poliomyelit, romatizmal kalp hastalıkları, tüberküloz vb.) gençlik dönemini de etkileyebilir.

Gençlik döneminde görülen bir kısım sağlık sorunları ise, bu dönemde karşılaşılan çeşitli etkenlere bağlı olabilir. Gencin davranış özellikleri (kötü beslenme, tütün ve alkol kullanma, düzensiz seksüel ilişkiler vb.) çeşitli hastalıkların ortaya çıkışını kolaylaştırabilir.

Gerek çocukluk döneminde başlayıp, gençlik döneminde etkisini sürdüren ve gerekse gençlik döneminde ortaya çıkan sağlık sorunları, yaşamın daha sonraki dönemlerini de etkileyebilir.

Gençlik dönemi, çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olduğu için, gençlik döneminin hastalık örüntüsü, kısmen çocukların, kısmen de yetişkinlerin hastalık örüntüsüne benzer.

Gençlik döneminde görülen hastalıkların sıklık sırası, bölgeler, cinsler, yaş grupları ve sosyal grupları arasında farklılıklar göstermektedir. İlk gençlik döneminde hastalıkların sırası daha çok çocuklarınkine, 20-24 yaş grubunda ise, daha çok yetişkinlerinkine benzer. Aynı şekilde, erkeklerle kızlar, evlilerle bekârlar, kırsal bölge ile kentsel bölge gençleri arasında da farklılıklar görülebilir.

Ne yazık ki, ülkemizdeki sağlık kayıtlarının yeterli olmaması nedeniyle, ülke genelinde, gençlerin morbidite sorunlarını belirlemek güçtür. Bu nedenle çeşitli gençlik kesimlerinin sorunlarını belirlemek amacıyla bazı veriler toplanmıştır.

6 Üniversitenin mediko-sosyal merkezlerinden elde edilen verilere göre, üniversiteli gençlerde en sık görülen hastalıklar ve morbidite hızları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. 6 Üniversitenin Mediko-Sosyal Merkezine Başvuran Öğrencilerde En Sık Görülen Hastalıklar

Sıra No	HASTALIKLAR	Sayı	Morbidite Hızı(%)
1	Solunum Sistemi Hastalıkları	18921	282.4
2	Sindirim Sistemi Hastalıkları	5889	87.9
3	Diş ve Dişeti Hastalıkları	4541	67.8
4	Sinir Sistemi Hastalıkları	3762	56.1
5	Göz Hastalıkları	2359	35.2

1984 yılında, toplam 67003 öğrencisi olan, bu 6 üniversitenin mediko-sosyal merkezlerine 1 yılda 48553 öğrenci başvurmuş ve öğrenci başına yılda ortalama başvuru sayısı 0.73 olarak bulunmuştur.

Öte yandan, Tıp Fakülteleri Halk Sağlığı Anabilim Dalları'na bağlı Eğitim ve Araştırma Bölgeleri'nden gençlere ilişkin hastalık verileri toplanmış ve 5 bölgeden elde edilen veriler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Halk Sağlığı Anabilim Dalları'na Bağlı Eğitim ve Araştırma Bölgelerinde 1984 Yılı İçinde Gençlerde En Sık Görülen Hastalıklar

Sıra No	10-14 YAŞ GRUBU		15-24 YAŞ GRUBU	
	Hastalık Grubu	Morbidite Sayı Hızı(%)	Hastalık Grubu	Morbidite Sayı Hızı(%)
1	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları(A 89)	8478 169.2	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları(A 89)	5630 61.8
2	Diğer Enfeksiyonlar ve Paraziter Hastalıklar (A 43-A 44)	2134 42.6	Genitoüriner Sistemin Diğer Hastalıklar (A 111)	4828 53.0
3	Deri ve Deri Altı Dokusu Hastalıkları (A 119-A 120)	1349 26.9	Deri ve Deri Altı Dokusu Hastalıkları (A 119-A 120)	1869 20.5
4	Sinir Sisteminin Diğer Hastalıkları (A 79)	735 14.7	Peptik Ülser ve Gastrit (A 98-A 99)	1709 18.7
5	Streptokoksik Anjin ve Kızıl (A 17)	403 8.0	Sinir Sisteminin Diğer Hast. (A 79)	744 8.2

Tablo 1 ve 2 birlikte incelendiğinde bazı özellikler dikkati çekmektedir.

Hem kırsal bölgelerdeki sağlık ocaklarına başvuran gençlerde, hem de üniversite gençlerinde en sık görülen hastalıklar solunum sistemi hastalıklarıdır. Üniversite öğrencilerinde önemli bir sorun olarak görülen diş ve dişeti hastalıkları kırsal bölgelerdeki gençlerde sorun olarak görülmemektedir. Bunun nedeni kırsal bölgelerdeki gençlerin daha iyi diş sağlığına sahip olmaları değil, sağlık ocaklarında diş hekimliği hizmetlerinin verilmemesidir.

Yine üniversite öğrencilerinde 5. sırada yer alan göz hastalıkları, kırsal bölgelerdeki gençlerde görülmemektedir. Bunun nedeni de üniversite öğrencilerinin gözlerini daha fazla kullanmaları dolayısıyla rahatsızlıklarını daha kolay farketmeleridir.

Diğer taraftan üniversiteli gençlerde dikkati çekmeyen ürogenital sistem hastalıkları, kırsal bölgelerde, özellikle 15-24 yaş grubunda önemli bir sorun olarak görülmektedir. Bunun nedeni muhtemelen, kırsal kesimde gençlerin ve özellikle genç kızların erken yaşta evlenmesidir. Evlenme ve doğumlar ürogenital sistemle ilgili rahatsızlıkları arttırmakta, diğer taraftan evli kadınlar ürogenital sistem hastalıkları nedeniyle hekime daha kolaylıkla başvurabilmektedir.

Tablo 2'de görüldüğü gibi, hem 10-14 yaş grubunda, hem de 15-24 yaş grubunda en sık görülen hastalık üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Ancak üst solunum yolu enfeksiyonlarının morbidite hızı 10-14 yaş grubunda 15-24 yaş grubundan çok daha yüksektir. Zaten üst solunum yolu enfeksiyonlarının çocuklarda sık görüldüğü ve yaşla birlikte azaldığı bilinmektedir.

10-14 yaş grubunda sık görülen paraziter hastalıklar ve streptokok enfeksiyonları, 15-24 yaş grubunda önemini yitirmektedir. Buna karşılık 10-14 yaş grubunda dikkati çekmeyen ürogenital sistem hastalıkları ile peptik ülser ve gastrit 15-24 yaş grubu için önemlidir.

Görüldüğü gibi 10-14 yaş grubunda en sık görülen hastalıkların sırası çocukluk çağındakine, 15-24 yaş grubunda ise yetişkinlerinkine benzemektedir.

Elbette ki burada sözü edilen hastalıklar, sadece sağlık örgütüne başvuran gençlerin, oradaki sağlık personeli tarafından tespit edilebilen hastalıklarıdır. Gençlik grubunda genel bir tarama yapıla-

çak olursa, hem burada bahsedilen hastalıkların oranı çok daha yüksek bulunacak, hem de burada dikkati çekmeyen bazı hastalıkların belki de burada görülenlerden daha önemli olduğu tespit edilebilecektir.

Sağlık düzeyi bizden çok daha yüksek olan ülkelerde bile, tarama yapıldığı zaman sağlık örgütüne başvurulardan çok daha fazla sayıda vaka tespit edilebilmektedir. Tıbbî buzdağı(Medical iceberg) adı verilen bu durum özellikle sinsi seyreden hastalıklar için belirgindir. Yani buzdağlarında olduğu gibi bazı hastalıkların bilinen ya da görünen kısmından çok, toplum içinde kalıp görülmeyen kısmı vardır. Bu vakaların ortaya çıkarılabilmesi için aktif taramalar yapmak gerekir.

İngiltere'de 1969-1970 döneminde liseyi bitiren gençler arasında yapılan bir taramada, Tablo 4'de görüldüğü gibi, tüm öğrencilerin yaklaşık yarısında hastalık tespit edilmiştir(26).

Tablo 3. İngiltere'de 1969-1970 Döneminde Liseyi Bitiren Öğrencilerden Hasta Bulunanların Oranı

Şehirler	CİNS			
	ERKEK		KIZ	
	Muayene Olan	Hasta Oranı(%)	Muayene Olan	Hasta Oranı(%)
Edinburg	2511	45.72	2449	42.03
Glosgow	6795	46.37	7237	50.73
Dundee	1377	50.69	1171	50.73

Bu muayanelerde en sık rastlanan hastalıkların sırasıyla; cilt hastalıkları, astım, şişmanlık ve düz tabanlık olduğu bildirilmiştir(26).

Yine İngiltere'de yapılan bir araştırmada genç kız ve genç erkeklerin hastaneye yatırılma nedenleri incelenmiş ve hastaneye yatma nedenlerinin erkek ve kızlarda az çok birbirinden farklı olduğu tespit edilmiştir(Tablo 4) (26).

Tablo 4. Gençlerin Hastaneye Yatırılma Nedenleri(İngiltere)

Sıra No	ERKEKLER Nedenler	Sıra No	KIZLAR Nedenler
1	Kafa Travması	1	Tonsillektomi ve Adenoidektomi
2	Apandisit	2	Karın Ağrısını Araştırılması
3	Kırıklar	3	Apandisit
4	Tonsillektomi ve Adenoidektomi	4	Mentruasyon Bozuklukları
5	Karın Ağrısını Araştırılması	5	Genitoüriner Sistem Semptomlarının Araştırılması

Tablo 4'de görüldüğü gibi, genç erkek ve kızların hastaneye yatırılma nedenleri önemli ölçüde birbirinden farklıdır. Erkeklerde önemli nedenler arasında bulunan kafa travması ve kırıklar, kızlar için önemli değildir. Kızlarda ise mentruasyon bozuklukları, genitoüriner sistem semptomları gibi cinse özel sorunlar önem kazanmaktadır.

Burada dikkati çeken bir başka nokta da genel taramalardan veya polikliniklerinden elde edilen verilerle, hastaneye yatan hastalardan elde edilen verilerin son derece farklı olmasıdır. Gençlik grubunda sık görülen üst solunum yolu enfeksiyonları, göz hastalıkları, paraziter hastalıklar gibi birçok hastalık hastaneye yatmayı gerektirmediği için daha az görülen bazı hastalıklar hastaneye yatış nedeni olarak ön plana geçmektedir.

Şimdiye kadar anlatmaya çalıştığımız, sık görülen hastalıklar ve önemli hastaneye yatış sebeplerinin yanısıra, sayıca daha az görülmekle beraber, gençler için önemli sayılabilecek bazı hastalıklar da vardır. Bu hastalıkların başında sifiliz, bel soğukluğu, AIDS gibi cinsel temasla bulaşan hastalıklar bulunmaktadır. Bu tip hastalıkların günümüzde artma eğilimi gösterdiği ve daha çok gençlerde görüldüğü bildirilmektedir(10). Kontrolsüz cinsel ilişkilerin arttığı toplumlarda bu hastalıklar daha siktir.

Kazalara bağlı çeşitli şekil ve ağırlıktaki yaralanmalar özellikle genç erkeklerde çok sık görülür. İntihar girişimi de en çok bu yaşlarda kız ve erkeklerde görülür ve bu yolla çeşitli yaralanmalar meydana gelebilir.

Akne vulgaris (ergenlik sivilcesi) hemen bütün genç kız ve erkeklerde görülür, fakat bazılarında daha ağır seyrederek. Önemsiz bir hastalık olan akne vulgaris aşığılık kompleksinin yerleşmesine neden olabilir. Bu nedenle üstünde durmak gerekir.

4.3. Mortalite Sorunları

Gençlik grubu, relatif olarak ölümlerin en az olduğu yaş grubudur. Bunun nedeni gencin bence güçlü olmasıdır. Ancak 12-24 yaş grubuna özel ölüm hızları ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Yani ülkemizdeki genç ölümlerini daha düşük düzeye indirmemiz mümkündür. Gençlik grubunda ölümlerin az olması, daha da azaltılabileceği anlamına gelmez.

Diğer taraftan gençlik grubundaki ölümlerin özel bir anlamı vardır. Her yaştaki ölüm üzücü bir olaydır. Ülke ve aile için bir kayıptır. Ancak herkesin bildiği gibi bir delikanlının ölümü, gerek ailede ve gerekse çevrede, çocuk ve yaşlıların ölümlerinden daha fazla üzüntü yaratır. Üstelik bu yaşa gelinceye kadar tüketici durumda olan bir bireyin, tam üretici duruma geleceği çağda kaybedilmesi, hem ülke hem de aile ekonomisi açısından önemli bir kayıptır.

Bütün bu nedenler, genç yaştaki ölümler üzerine daha fazla eğilmemizi ve bu ölümleri en aza indirmek için çaba harçmamızı gerektirir.

Gençlerde görülen ölümlerin büyük çoğunluğu önlenemez nedenlere bağlıdır. Kazalar, gençlerdeki ölümlerin %20-60'ından sorumludur ve erkeklerde bu oran kızlardan daha yüksektir. Gençlerin, kendilerini ispatlamak amacıyla, hızlı araba kullanmaları ve bu arada genellikle içkili olmaları, trafik kazalarının önemli bir nedenidir. Çünkü gençler yaşları gereği, hem araba kullanmayı ve hem de içki içmeyi iyi bilmezler. İntihar ve cinayete bağlı ölümler de bu yaş grubunda yüksek oranda olup, daha da artma eğilimi göstermektedir(40). Bazı gelişmekte olan ülkelerde, tüberküloz, gastrointestinal enfeksiyonlar ve solunum sistemi enfeksiyonları önemini devam ettirmektedir.

Avrupa ülkelerinde 15 yaşın altındaki tüm ölümlerin yarısına kazaların neden olduğu, kazaya bağlı ölümlerin erkeklerde kızlardan çok fazla olduğu bildirilmektedir(39). Puberteye kadar giderek azalan kazaya bağlı ölümler, puberteden sonra hızla artmakta ve bu dönemde kadın ve erkekler arasındaki fark belirgin hale gelmektedir(39).

Çocuk ve gençlerde, kaza nedeniyle ölen kişi sayısı kadar da sakat kalan olduğu 1 ölüme karşılık 10 kişinin hastaneye yatacağı kadar

1000 kişinin ise hastaneye yatmayı gerektirmeyecek derecede yaralandığı tahmin edilmektedir(39). Bu durum göz önünde alındığında, kazaların ülke ekonomisine ve toplum sağlığına olan etkisi daha iyi anlaşılmaktadır.

İngiltere'de trafik kazalarının %60'ının alkole bağlı olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde ise trafik kazasından ölen şoförlerin %57'sinin kanında alkol tesbit edilmiştir(35).

Mortalite istatistiklerinde, üst sıralarda görülmemekle beraber, gebelikle ilişkili ölümler de bu grupta önemli bir yer tutmaktadır. 15-19 yaş grubunda ana ölüm hızı, 20-34 yaş grubundan %20-200 kadar daha yüksektir(40).

Ülkemizdeki duruma gelince; 1988 yılında il ve ilçe merkezlerinde 15-24 yaş grubunda 3470 kişinin öldüğü bildirilmiştir. Bu yaş grubundaki ölümler, aynı yıl il ve ilçe merkezlerinden bildirilen tüm ölümlerin yaklaşık %3'ünü meydana getirmiştir(7). 15-24 yaş grubundaki ölenlerin 2280'i erkek 1190'ı kadındır(7). Yani erkeklerdeki ölümler kadınların iki katına yakındır. Her iki cins birlikte ele alındığında, en önemli ölüm nedenlerinin sırayla kazalar, kalp hastalıkları, semptomlar ve iyi tanımlanamayan haller, serebrovasküler hastalıklar ve kanserler olduğu görülmektedir. Yine bu verilere göre, kaza ve intihar nedeniyle ölümlerin en çok olduğu yaş grubu 15-24 yaş grubudur. Bu yaş grubunda kaza nedeniyle ölenlerin %80'den fazlası erkektir(7).

İl ve ilçe merkezlerinde toplanan bu veriler ülkemizdeki gençlerin mortalite sorunlarını yeterince yansıtmamaktadır. Çünkü kırsal bölgelerde durum farklı olabilir. Üstelik il ve ilçe merkezlerinde bile ölümlerin sayısal olarak ve ölüm nedenleri olarak yeterince tespit edilemediği bilinmektedir.

Ülkemizdeki gençlerin mortalite sorunları hakkında bazı bilgiler edinebilmek için, Halk Sağlığı Anabilim Dalları'na bağlı Eğitim ve Araştırma bölgelerinde ölüm verileri toplanmış ve Tablo 5 ve 6'da gösterilmiştir. Bu verilere göre, 10-24 yaş grubu için, yaşa özel ölüm hızı onbinde 2 ile 6 arasında değişmektedir(Tablo 5). Bölgeler arasındaki bu farklılık bölgelerin özelliklerine bağlı olabileceği gibi, tespit yetersizliğine veya tesadüflere bağlı olabilir.

Tablo 5. Halk Sağlığı Anabilim Dalları'na Bağlı Eğitim ve Araştırma Bölgelerinde 1984 Yılında 10-24 Yaş Grubuna Özel Ölüm Hızları

Eğitim ve Araştırma Bölgeleri	10-24 Yaş Grubuna Özel Ölüm Hızı(onbinde)
Gölbaşı-Ankara	3
Narlıdere-İzmir	6
Çubuk-Ankara	6
Etimesgut-Ankara	6
Gemlik-Bursa	2
TOPLAM	4

İnceleme kapsamına alınan bu 5 Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 10-24 yaş grubunun toplam nüfusu 141294 olup, 1984 yılında bu yaş grubundan, toplam 51 kişi ölmüştür. Buna göre, 10-24 yaş grubuna özel ölüm hızı onbinde 4 olarak bulunmuştur. Bu ölümlerin yaşlara ve ölüm nedenlerine göre dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Eğitim ve Araştırma Bölgelerinde 1984 Yılında Tesbit Edilen Ölümlerin Yaş Gruplarına ve Ölüm Nedenlerine Göre Dağılımı

Sıra No	YAŞ GRUPLARI					
	10-14	15-19		20-24		
Ölüm Nedeni	Sayı	Ölüm Nedeni	Sayı	Ölüm Nedeni	Sayı	
1 Mot. Taş. Kazası	4	Mot. Taş. Kazası	5	Mot. Taş. Kazası	10	
2 Suda Boğulma	3	Ateşli Sil. Yaral.	3	Ateşli Sil. Yaral.	2	
3 Kanserler	2	İntihar	2	Endüstriyel Kaza	2	
4 Pnömoni	1	Menenjit	2	Zehirlenme	1	
5 Konj. Kalp Hast.	1	Zehirlenme	1	İntihar	1	
6 Diğer Nedenler	4	Diğer Nedenler	3	Diğer Nedenler	4	
TOPLAM	15	TOPLAM	16	TOPLAM	20	

Tabloda görüldüğü gibi, ölüm nedenleri yönünden, yaş grupları arasında az çok farklılıklar olup, bütün yaş gruplarında en önemli ölüm nedenini kazalar oluşturmaktadır. En önemli kaza türü ise trafik kazalarıdır. 10-14 yaş grubunda suda boğulma, 15-24 yaş grubunda ateşli silah yaralanmaları, 20-24 yaş grubunda ise endüstriyel kazalar önemli ölüm nedenleri arasına girmektedir. 15-24 yaş grubunda intiharların önemli ölüm nedenleri arasına girmesi dikkat çekicidir.

Bu verilere göre inceleme kapsamına alınan 51 ölümün 32'si (yaklaşık %63) kazalara bağlıdır. Bu kazaların yarısı trafik kazasıdır. Bu durum, ülkemizde trafik kazalarının önemli bir sağlık sorunu olduğu göstermektedir.

4.4. Beslenme Sorunları

Gençlik çağı hızlı bir büyüme ve gelişme çağıdır. Bu nedenle gençlerin yeterli protein, kalori, vitamin ve mineral almaları zorunludur. Gençlik dönemindeki yetersiz veya dengesiz beslenme ilerde telâfisi güç sorunlar doğurabilir.

Yeterli ve dengeli beslenme öncelikle şu üç faktörle ilişkilidir:

1. Gıda maddelerinin bulunması
2. Kişinin satın alma gücü
3. Kişinin beslenme konusundaki bilgi ve inanışları

Ülkemiz yiyecek maddeleri yönünden kendi kendine yetebilen, yani kendi toplumunu besleyebilen nadir ülkelerden biridir. Tarım teknolojisinin ülke sathına yayılmasıyla üretim artırılmakta, diğer taraftan daha iyi ulaşım ve depolama imkanları sayesinde gıda maddeleri ülkenin her tarafına ulaştırılabilmektedir. Böylece ülkemizin her yerinde ve her zaman yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlayabilecek çeşit ve miktarda gıda maddesi bulunabilmektedir. O halde ülkemizde gıda maddelerinin bulunmaması hemen hemen söz konusu değildir.

Ülkenin her yerinde bulunabilen gıda maddelerinin herkes tarafından alınabilmesi, yani ekonomik faktörler, toplumumuz için daha önemli bir sorun oluşturmaktadır. Örneğin, ülkemizde en yüksek gelir düzeyli grupta yeterli hayvansal protein tüketme oranı % 65.4 iken, bu oran en düşük gelirli grupta %16.4 olarak bulunmuştur(25). Ancak burada da görüldüğü gibi en yüksek gelir düzeyli grubun %35 kadarı yetersiz hayvansal protein tüketmektedir ki bu durum yeterli ve dengeli beslenmek için ekonomik gücün yeterli olmadığı-

nı göstermektedir. Burada, üçüncü faktör olarak saydığımız "beslenme konusundaki bilgi ve inanışlar" etkili olmaktadır.

1974 Türkiye Sağlık, Beslenme ve Gıda Tüketimi Araştırması'na göre; nüfusun sadece %60'ı yeterli kalori ve %65'i yeterli protein almaktadır(25).

Gerek protein ve gerekse kalori tüketimi yönünden köyler, kasaba ve şehirlerden daha iyi, büyük şehirler (Ankara, İstanbul, İzmir) en iyi durumdadır(25). Büyük şehirlerde gıda tüketimi genel anlamda en iyi durumda olmasına rağmen, bu tüketim kentlerin her tarafına eşit olarak dağılmamaktadır. Büyük kentlerin yaklaşık yarısını oluşturan gecekondu nüfusu, birçok yönden olduğu gibi, beslenme yönünden de en kötü durumdadır(25).

Köylerde birçok gıda maddelerinin bizzat üretilmesi ve burarlarda beslenme dışındaki harcamaların (kira, ulaşım, eğlence, giyim vb.) nisbeten az olması nedeniyle, gıda tüketimi kentlerden daha iyi durumdadır. Ancak, köylerde tüketilen protein ve kalorinin büyük bir kısmı tahıllardan sağlanmakta, hayvansal gıdalar çok daha az tüketilmektedir.

Kentlerde ortalama gelir düzeyi köylerden daha yüksektir. Ancak kentte oturanların kira, giyim, eğlence ve ulaşım giderlerinin daha fazla olması ve gıda maddesi üretiminin olmaması nedeniyle beslenme için ayrılan para azalmaktadır.

Bu veriler ülkemizde genel olarak bir beslenme sorununun olduğunu ve bunun ekonomik yetersizlik ve bilgisizliğe bağlı olduğunu göstermektedir. Beslenme sorunlarından en çok çocuklar, yaşlılar, gebeler ve emzikli anneler etkilenir. Gençler ise beslenme yönünden ikinci derecede risk grubunu oluştururlar. Çünkü gençlerin genel olarak yetişkinlerden daha iyi beslenmeye ihtiyaçları vardır ve yine genel olarak yetişkinlerden daha kötü beslenirler.

Gençler sahip olduğu ruhsal ve davranışsal özellikleri dolayısıyla zaman zaman iştahsız olurlar. Çoğu zaman yemek vaktinde karınlarını doyuracak kadar sofrada oturmazlar. Bazan da kendilerine yapılan ve hoşlanmadıkları davranışlara yemek yemiyerek reaksiyon gösterirler. Diğer taraftan, özellikle genç kızlar moda uyumak için zayıflamak isterler ve son derece bilinçsiz bir rejimle ileri derecede beslenme bozukluğuna düşebilirler.

Çeşitli nedenlerle ailelerinden uzakta olan gençler için beslenme sorunları daha değişik ve daha ağırdır. Bu gençler çoğu kez ye-

mek pişirmeye vakit bulamazlar veya yemek pişirmeyi bilmezler. Eğer bu gençlerin ekonomik gücü dışarda yemek yemeye müsait değilse, ayak üstü yedikleri simit vs. ile karınlarını doyurmaya çalışırlar.

Gençlik grubu homojen bir grup olmadığı için, beslenme sorunlarının ağırlığı da, gençlik gruplarında birbirinden farklıdır.

Erken yaşta evlenip sorumluluk üstlenen gençlerde beslenme sorunları hemen hemen yetişkinlerinkine benzer ve nisbeten hafiftir. Ancak bu gençler çalışma gibi nedenlerle ailelerinden ayrı kaldıkları zaman beslenme sorunları artmaktadır. Erken yaşta evlenip gebe kalan kadınlar ise, zaten gebelikleri dolayısıyla, beslenme yönünden risk altındadırlar. Henüz gelişimini tamamlamamış bir bünge için bu risk daha da büyük olacaktır.

Askerlik görevini yapmakta olan gençler için beslenmeyi olumsuz yönde etkileyebilecek bir faktör ortadan kalkmaktadır. Ancak bu gençler her zamankinden daha fazla kalori harcadıkları için, her zamankinden daha iyi beslenmeleri gerekir. Genellikle askerlerin ihtiyaçları hesaplanarak yemek verildiği için, verilen yemeklerin hepsi yendiğinde bir sorun ortaya çıkmayacaktır. Sadece askerliğin başlangıcında, özellikle ailesinden ayrı kalmamış ve yalnız kendi çevresinin yemeklerine alışmış olan gençler için, bu yeni yemek düzeni ve çeşitleri değişik gelebilir ve alışmakta güçlük çekebilirler.

Gençlik grubunun bir başka dilimini öğrenciler oluşturmaktadır. Öğrenciler de homojen bir grup olmayıp, değişik özellikler taşıyan gruplara ayrılabilir. Yatılı olarak okuyan öğrenciler için, beslenme sorunları hemen hemen askerlerinkine benzer. Aile ile birlikte kalan öğrenciler için beslenme sorunları nispeten hafif olup, gençlik döneminin genel özelliklerinden kaynaklanan, daha önce bahsettiğimiz sorunlar görülebilir.

Ailesinden ayrı, yurtlarda veya evlerde kalan öğrencilerde beslenme sorunları daha belirgindir. Daha çok üniversite öğrencilerinin oluşturduğu bu gruptaki öğrenciler ya düzenli olarak yemek verilmeyen yurtlarda, ya da arkadaşlarıyla birlikte evlerde kalmaktadır. Bu öğrenciler için beslenme ciddi bir sorundur. Yurtlarda kalan öğrenciler yurtlarda yemek yapamayacakları için, dışarda yemek zorundadırlar. Ekonomik imkanları genellikle yetersiz olan bu gençler, çoğu kez beslenmekten ziyade karınlarını doyurabilmek için birşeyler yemek durumundadırlar.

Evlerde kalan öğrenciler yemek yapabilirler, fakat yemek yapabilmek için zamanları, becerileri ve ilgileri yetersizdir. Bu nedenle bol ekmele, kolay yapılan bazı yemekleri tercih ederler.

Bazı Üniversitelerde, öğrenciler için nispeten ucuz öğle yemekleri çıkarılmaktadır. Ancak bu durum öğrencinin beslenme sorununu çözmeye yetmemektedir.

Beslenme sorununun ağır olduğu bir başka gençlik grubu da çeşitli alanlarda çırak olarak çalışan gençlerdir. Bu gençler genellikle çok hızlı büyüme çağına olan gençlerdir. Bunlar genellikle yaşlarına uymayacak derecede ağır işlerde ve uzun süre çalıştırılmakta ve ihtiyaçlarını karşılamaktan çok uzak bir ücret almaktadırlar. Bir çok aile, çocuğunun bir meslek öğrenebilmesi için, onu "Eti senin, kemiği benim" düşüncesiyle bir ustanın yanına çırak olarak vermektedir. Bu nedenle çoğu kez aile, çocuğa kötü davranılmasına ve çok az ücret verilmesine itiraz etmemektedir.

Bu gençler çoğu zaman bol ekmele karınlarını doyurmaya çalışırlar. Üstelik genellikle ailelerinin ekonomik durumu yetersiz olduğu için evde de besin eksiklerini tamamlayamazlar.

Sonuç olarak; değişik ağırlıkta olmakla birlikte, gençliğin her kesiminde beslenme sorunları olduğu söylenebilir.

Nitekim ülkemizde 12-17 yaş grubu erkeklerin %15'inin ağırlığı normalden az, %20'sinin normalden fazla bulunmuştur. Aynı yaş grubundaki kızlar için, bu oranlar sırasıyla %20 ve %20'dir(25).

ABD'de yapılan bir araştırmada 12-20 yaşlar arasındaki öğrencilerin % 28'inin yetersiz protein aldığı tespit edilmiş, bu öğrencilerin %19.2'si düşük kilolu, %8.7'si fazla kilolu bulunmuştur(17). Ortaokul öğrencileri üzerinde yapılan başka bir araştırmada ise, öğrencilerin % 40 kadarının düşük veya yüksek kilolu olduğu görülmüştür(17). Bu değerler ülkemizde tesbit edilen değerlere yakınlık göstermektedir.

4.5. Evlenme, Doğurganlık ve Gebelikten Korunma Sorunları

Gençlik dönemi seksüel fonksiyonların başlangıcı ile başlar. Kızlarda ilk adet görme (menarçe) ve erkeklerde sperm atımının başlaması (spermarche) seksüel fonksiyonların başlangıcı olarak kabul edilir.

İlkel toplumlarda çocukluktan yetişkinliğe geçiş anidir. Genel-

likle puberteyi takiben yapılan törenlerden sonra, kişi olgun olarak kabul edilir. Birçok geri kalmış toplumlarda, kızlar menarche'dan önce veya hemen sonra evlendirilmektedir.

Halen gelişmekte olan birçok ülkede, çoğu gençler ve özellikle kızlar çok erken yaşta evlenmektedir. 15-19 yaşındaki kadınların, Afrika'da %40'ı Asya'da %30'u, Amerika'da %15'i, Avustralya'da %14'ü ve Avrupa'da ise %7'si evlidir(31). Bu oranlar bazı Asya ve Afrika ülkelerinde %70'in üstündedir. Ülkemizde ise 1985 Genel Nüfus Sayımı'na göre, bu oran %15.6'dır(5).

Tablo 7. 1985 Genel Nüfus Sayımı'na Göre Ülkemizde 12-24 Yaş Grubundaki Kadın ve Erkeklerin Evlilik Durumu

Yaş Grubu	CİNS	
	ERKEK Evli Olanlar (%)	KADIN Evli Olanlar (%)
12-14	0.9	0.9
15-19	5.1	15.6
20-24	31.1	65.6

Tabloda görülen oranlar ülke geneline ait olup, kırsal bölgelerde, 20 yaşın altında evlenenlerin oranları muhtemelen daha yüksektir.

Gelişmekte olan ülkelerde, erken evlenme bir sorun olmakla beraber, Türkiye dahil birçok ülkenin evlilik yaşının ileriye doğru kaydığı bilinmektedir(31).

Ülkemizde yapılan birçok araştırmaya göre, kırsal bölgelerde kadınların ortalama ilk evlenme yaşı 16.6 ile 18.2 arasında değişmektedir(2, 9, 11, 13, 14, 16, 19, 28, 36, 42). 1988 yılında yapılan Türkiye Doğurganlık Araştırması'nda ise, ülke genelinde kadınlar için ortalama ilk evlenme yaşı kırsal bölgelerde 17.8, kentsel bölgelerde 18.5 olarak bulunmuştur(19). Aynı araştırmada ilk evlenme yaşının ileriye kaydığı da belirlenmiştir.

Erkekler için ilk evlenme yaşı ortalaması bir araştırmada 20.7, bir başka araştırmada 21.2 olarak bulunmuştur(28, 36). 1988 Türkiye Doğurganlık Araştırması'na göre erkeklerde ortalama ilk evlen-

me yaşı 22.6 olup, kadından 4 yaş daha büyüktür(19).

Yasalarımız 15 yaşını dolduran kızların ve 17 yaşını dolduran erkeklerin evlenmesine izin vermekte, hakim kararı ile bu yaş erkekler için 15'e, kızlar için 14'e indirilebilmektedir(Medeni Kanun, madde 88)(24).

Evlilik yaşının ileriye doğru kaymasına karşılık, dünyada genel olarak menarche yaşının küçüldüğü ve yeni kuşakların ebeveynlerinden daha küçük yaşta, seksüel yönden matür hale geldikleri bilinmektedir(27, 31). Son yüz yılda Avrupa'da menarche yaşı 2 yaş küçülmüştür. Bu durum muhtemelen beslenmenin düzelmesi ile ilgilidir. Nitekim, ortalama menarche yaşının sosyoekonomik düzey ile yakından ilişkili olduğu ve yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip kızların daha küçük yaşta adet görmeye başladığı tesbit edilmiştir(24, 29). Beslenme ve iklim faktörleri nedeniyle, ülkeler arasında ortalama menarche yaşı yönünden önemli farklılıklar vardır. Ortalama menarche yaşı Avrupa'da 12, ABD'de 12.8, Japonya ve Finlandiya'da 13.2, Orta Afrika'nın kırsal kesiminde 15-16 olarak bulunmuştur(31).

Ülkemizde ise, tüm nüfusu temsil eden bir araştırma olmamakla beraber, bu yaşın 13 dolayında olduğu söylenebilir. Ülkemizin kırsal bölgelerinde yapılan çeşitli araştırmalarda ortalama menarche yaşı 13.2 ile 15.9 arasında bulunmuştur(2, 9, 14, 16, 29, 42). Kent sel bölgelerde ise 13.1 ile 13.5 arasında değerler bildirilmiştir(29).

Mevcut bilgiler hemen bütün toplumlarda seksüel fonksiyonların giderek daha erken yaşta başladığını göstermektedir. Buna karşılık öğrenim sürelerinin uzaması, yaşam şartlarının değişmesi ve kentleşmenin artması evlenme yaşının ileri doğru kaymasına neden olmakta ve genç daha geç sorumluluk yüklenmektedir.

Bu değişiklikler sonucunda evlilik öncesi seksüel olgunluk dönemi uzamıştır ve uzamaya devam etmektedir. Böylece adeta seksüel yönden matür, fakat sosyal yönden matür olmayan bir grup giderek büyümektedir(27).

Seksüel olgunluğa erişen bir gencin izlemesi muhtemel yollar ve karşılabileceği sorunlar şekil 1'de gösterilmiştir.

Şekil 1'de görüldüğü gibi genç, seksüel yaşamında izleyebileceği her yolda çeşitli sorunlarla karşılaşabilir. Onun bilgisi, becerisi ve genellikle ekonomik gücü bu sorunların üstesinden gelmeye yetmeyebilir. Bu konuda gence yol gösterecek, onu sorunların en az ol-

duğu yöne yönlendirecek ve sorunlarla karşılaştığı zaman çözümüne yardım edecek rehberlerin bulunması gerekir.

Denilebilir ki; gençlerin evlenme ya da evlenmeme açısından tercih yapabilmesi bugün her zamankinden daha güçtür.

Şekil 1'i kısaca özetlemeye çalışırsak; evlenmenin geciktirilmesi halinde gencin seksüel ihtiyaçlarını karşılaması bir sorun olmaktadır. Bu ihtiyaçların karşılanmaması halinde genç psikolojik olarak kendini yetersiz hissedebilir ve huzursuz olabilir ve sonunda psikolojik bozukluklar ortaya çıkabilir.

Eğer bekâr genç seksüel ihtiyaçlarını karşılamaya çalışırsa başka sorunlarla karşılaşır. Bir genç erkeğin ilişki kurduğu kişi profesyonel bir kadın ise zührevî hastalıklara yakalanma riski yüksek olacaktır. Eğer bu kişi genç bir kız ise, bu durumda da gebe kalma sorunu ile karşılaşacaktır. Buna rağmen, evlilik yaşının gecikmesi sonucu, birçok toplumda evlilik öncesi seksüel ilişkilerin arttığı bilinmektedir(10, 31). Ülkemiz için çok önemli olmayan bu sorun, bazı ülkelerde giderek büyüyen bir sorun haline almıştır. Evlilik yaşının ileriye kaymasının yanısıra şehirleşmenin artması, geleneksel kuralların etkisini kaybetmesi evlilik öncesi seksüel ilişkilerin artmasına neden olmaktadır. ABD'de yapılan bir araştırmada köyden kente göç edenlerde evlilik öncesi seksüel ilişki ihtimalinin devamlı köyde ya da kentte oturanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur(31).

Evlilik dışı ilişkide bulunan gençler gebelikten korunmaya çalıştıklarında, uygun bir yöntem bulma güçlüğü çekerler. Hormonal kontraseptiflerin erken yaşta etkileri yeterince bilinmemektedir. Rahim içi (intrauterin) araçlar hiç doğurmamış kadınlar için büyük bir risk taşır. Bu yaşlarda menstruel period genellikle düzensiz olduğundan, takvim (ritm) yöntemi de etkili değildir(15). Üstelik, gençlerin çoğu gebeliği önleyici yöntemler hakkında yeterli bilgiye sahip değildir. Daha da kötüsü, gençler arasında gebeliği önleyici yöntemler hakkında çok yanlış bilgiler oldukça yaygındır.

Seksüel yönden aktif olan bir genç kadının gebelikten korunmaması, ya da uygulanan yöntemin başarısız olması halinde, zamansız bir gebelik ortaya çıkabilir. Kültürler arasında büyük farklılıklar olmakla beraber, genel olarak, evlilik dışı gebelikler toplumlar tarafından hoş karşılanmaz. Böyle bir kadın sosyal yönden kabul görmez. Bu durum, özellikle bizim toplumumuz için doğrudur.

Evlilik öncesi meydana gelen bir gebelik, çift tarafından isten se bile, genellikle annenin yaşı dolayısıyla, çeşitli riskler taşır. Çünkü, genç yaştaki gebeliklerde birçok tıbbî sakıncalar ortaya çıkabilir. Bu sakıncalar arasında şunlar sayılabilir(31):

1. 20 yaşın altındaki kadınlar için, ana ölüm hızı 20-30 yaş grubundakilerden çok daha yüksektir.
2. Adölesan gebelerde, birinci ve üçüncü trimestr kanamaları sıklıdır.
3. Bu kadınlarda, anemi daha sık ve şiddetlidir.
4. Bu kadınlarda, uzamış travay, baş-pelvis uygunsuzluğu gibi doğum komplikasyonları sıklıdır.
5. Bu kadınlarda gebelik toksemisi sıklıdır.
6. Genç yaşta gebe kalanlarda, ilerde servikal kanser ihtimali daha fazladır.

Evlilik öncesi dönemde gebe kalan kadın, doğumun tıbbî ve sosyal sakıncalarından kaçınmak amacıyla, düşük yapmaya kalkışır sa, bu kez başka sorunlar ortaya çıkabilir. Düşüğün, en iyi şartlarda yapılması halinde bile, çeşitli tıbbî sakıncaları vardır. Buna ilâveten ilerde infertilite veya ruhsal sorunların ortaya çıkması mümkündür.

Gebeliğin doğumla sonuçlanması halinde sorunlar daha da ağırlaşır. Doğum sırasında anne ve bebek için çeşitli riskler söz konusudur. Evlilik dışı bir doğum, özellikle anne için, ekonomik, sosyal ve eğitimle ilgili çeşitli sorunlara yol açar. Kadın toplum tarafından şiddetle reddedilebilir, okulu terketmek zorunda kalabilir. Diğer taraftan, iş bulma güçlüğü ve çocuğuna ve kendine bakma gereği onu ekonomik ve psikolojik açıdan büyük bir sıkıntıya sokabilir.

Ayrıca, çok genç yaştaki annelerde doğan çocuklar için de çeşitli tehlikeler söz konusudur. Anne ve babanın evli olmaması durumunda çocuk için tehlikeler daha da büyüktür. Çok genç yaştaki annelerden doğan bebekler için en önemli riskler arasında şunlar sayılabilir(31):

1. Prematüre doğum ihtimali yüksektir
2. Düşük doğum ağırlığı sıklıdır
3. Kongenital malformasyonlar sıklıdır
4. Ölü doğum ihtimali yüksektir

Bu konu ile ilgili olarak yapılan araştırmalar, 20 yaşın altında

ana ölüm hızının, 20-24 yaşındakinin iki misli olduğunu ve 16 yaşın altındaki annelerden doğan bebeklerin, 20 yaşın üstündeki annelerin bebeklerinden iki kat fazla öldüğünü ortaya koymuştur(4). Örneğin, ülkemizde 1975-78 döneminde 20 yaşın altındaki annelerin bebekleri için bebek ölüm hızı %170 iken, 20-29 yaş grubundaki annelerin bebekleri için %120 dolayında olduğu bildirilmiştir(32). Bangladeş'te ise 16 yaşın altındaki annelerden doğan bebeklerin 1/4'ünün ilk yıl içinde öldüğü bildirilmektedir(32).

Daha önce de ifade edildiği gibi, anne ve babanın evli olmadığı durumlarda bütün bu tehlikeler daha da büyük olacaktır. Çünkü bu durumda genellikle ekonomik sıkıntı daha büyüktür ve bebeğe bakma durumunda olan genç anne çevreden yeterli destek görmeyebilir.

Evlilik öncesi bir ilişki sonucu oluşan bir gebelik bazen gençlerin vaktinden önce evlenmesine neden olabilir. Bu durum gebeliğin neden olduğu sosyal baskıları bir miktar azaltırsa da, ekonomik ve eğitimle ilgili sorunları daha da artırabilir.

Görüldüğü gibi, evlilik öncesi seksüel aktivite hem erkeklerde hem de kadınlarda çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Ancak, genel olarak kadınlar daha fazla zarar görmektedir.

Evlilik öncesi ilişkilerin erkeklerde daha az soruna neden olması, erkeklerin bu konuda daha istekli olmalarına ve daha sorumsuz davranmalarına yol açmaktadır. Böyle bir ilişkiye giren erkek gebelikten korunma konusunda sorunluluk üstlenmemekte, hatta bu konuyla çoğu kez hiç ilgilenmemektedir. İstenmeyen bir gebeliğin ortaya çıkması halinde, genç kadın ağır sorunlarıyla başbaşa bırakılmaktadır. Toplumumuzun geleneksel yapısı da bu tür ilişkilerde erkeğe daha hoşgörülü bakmakta, hatta zaman zaman erkekler bu konuda teşvik edilmektedir.

Son 10 yıl içinde ortaya çıkan AIDS korkusu kadınların ve erkeklerin evlilik dışı ilişkilerde daha tedbirli davranmalarını sağlamıştır. Hem kadının hem de erkeğin AIDS'den korunmasında etkili bir yol olarak kabul edilen kondom kullanımı ile istenmeyen gebeliklerin önlenmesi mümkün olmaktadır.

Gençler için ikinci alternatifi oluşturan, erken evlenmenin de tıbbî ve demografik sakıncaları vardır.

Evlilik, seksüel ilişki, gebelik, doğum, aile planlaması ve çocuk bakımı gibi konularda yeterli bilgi sahibi olmadan evlenen genç, evlilikte hiç beklemediği sorunlarla karşılaşınca, bocalamakta

ve ruhsal bunalıma girebilmektedir. Çünkü yukarda saydığımız konularda yeterli bilgisi olmayan genç evliliğe toz pembe hayallerle bakmakta, evlendikten sonra çeşitli güçlüklerle karşılaşabileceğinden habersiz bulunmaktadır.

Erken evlenme sonucu ortaya çıkan erken gebeliklerin, anne ve çocuk yönünden, meydana getirdiği tıbbî sakıncalar, evlilik dışı gebelikler için sayılanlarla aynıdır. Üstelik çok erken evlenen bir kadın 18 yaşını doldurmadan birkaç kez gebe kalabilmekte, bu ise tehlikenin çok daha büyük olmasına neden olmaktadır. Kırsal bölgede yapılan bir araştırmada, kadınların % 90'ının 21 yaşından önce en az 1 kez gebe kaldığı gösterilmiştir(23).

Erken evlenme ve erken gebeliklerin tıbbî sakıncalarının yanında, bir de demografik sakıncaları vardır. Erken yaşta evlenip, doğum yapan annelerin toplam doğum sayıları eşit olsa bile, kuşaklar arasındaki süre kısa olduğu için, nüfus artış hızı yüksek olacaktır(31). Diğer taraftan, erken evlenen kadınların önlere daha uzun bir doğurganlık dönemi bulunduğu ve daha düşük eğitim düzeyine sahip oldukları için, genellikle toplam doğurganlık daha fazla olacaktır.

Bu nedenlerle evlenme yaşını veya ilk doğumu en az 20 yaşa kadar geciktirmek hem ana-çocuk sağlığı açısından, hem de nüfus planlaması açısından etkili bir yoldur(31). Ne var ki, ülkemiz dahil birçok ülkede aile planlaması çalışmaları daha çok, ileri yaşta ve çok doğum yapmış kadınları hedef almakta ve hiç doğum yapmamış kadınlar ihmal edilmektedir.

Etimesgut Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 1967-1980 yılları arasında yaşa özel doğurganlık hızları, 15-19 yaş grubunda % 20, 20-24 yaş grubunda %41, 25-29 yaş grubunda %62, 30-34 yaş grubunda %89, 35-39 yaş grubunda %139, 40-44 yaş grubunda ise %113 oranında azalmıştır(18). Yani azalma oranı 15-19 yaş grubunda en düşüktür.

1985 Genel Nüfus Sayımı'ndan elde edilen bilgilere göre, yaşa özel doğurganlık hızları, 12-14 yaş grubu için %0.3, 15-19 yaş grubu için %29.6 ve 20-24 yaş grubu için %139.8 olarak bulunmuştur(5). Bu değerler 1980 yılında elde edilen değerlerden belirgin şekilde düşüktür.

ABD'de 1983 yılında, 15-19 yaş grubuna özel doğurganlık hızının %052 olduğu ve bu doğumların yarısının evlilik dışı olduğu

bildirilmektedir. Bu hız Japonya'da binde 3.9 ve Bangladeş'te binde 237 olarak bildirilmiştir(33).

Çeşitli eğitim ve araştırma bölgelerinden elde edilen bilgilere göre 1984 yılı için yaşa özel doğurganlık hızları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: Çeşitli Eğitim ve Araştırma Bölgelerinde Yaşa Özel Doğurganlık Hızları (1984)

Bölgeler	YAŞ GRUPLARI	
	15-19 (Binde)	20-24 (Binde)
Narlıdere-İzmir	43.3	142.4
Gölbaşı-Ankara	19.6	122.8
Çubuk-Ankara	55.6	175.4
Etimesgut-Ankara	64.2	203.0

1985 Genel Nüfus Sayımı'nda elde edilen verilere göre, ülkemizde doğumların yaklaşık %8'ini 20 yaşın altındaki anneler yapmaktadır(5). 1988 Türkiye Nüfus Araştırması'nda ise bu oran %9.4 olarak bulunmuştur(19). Bangladeş'te doğumların %30 kadarının 20 yaşın altındakilere ait olduğu bildirilmiştir(32). ABD'de 1978 yılında tüm doğumların %17'sini 20 yaşın altındaki annelerin yaptığı, Latin Amerika'da ise gebeliklerin en az %20'sinin 18 yaşın altındaki annelere ait olduğu bildirilmektedir(1). İngiltere, Galler, İskoçya ve İsviçre'de tüm düşüklerin dörtte biri, Kanada ve ABD'de ise üçte biri 20 yaşın altındaki annelere aittir(31). Bunların büyük bir çoğunluğunun evlilik öncesi ilişkilere bağlı olduğu da bilinmektedir.

4.6. Sosyal ve Psikolojik Sorunlar

Gençlik döneminin, spesifik davranış özelliklerine sahip ayrı bir dönem olduğu, daha önce ifade edilmişti. Örneğin çocukların özel davranışları, yaramazlıkları çevre tarafından bilindiği için, genellikle hoşgörü ile karşılanır. Buna karşılık gençlerin spesifik davranış özellikleri bilinmediğinden, onların bazı davranışları aile tarafından reaksiyonla karşılanabilir.

Diğer taraftan, gençlik döneminin ayrı bir dönem olarak kabul edilmemesi nedeniyle, gençlere bazen çocuk gibi, bazen de yetişkin gibi muamele edilmektedir. Bu durum genci umutsuzluğa, ya da aşırı bir reaksiyona sevk edebilir. Her iki durum da gencin, ailesi ve toplum ile bağlarının zayıflamasına ve gencin sosyal yönden yetersiz kalmasına neden olur.

Gençler ebeveynlerinin kendilerinden ne beklediğini yeterince bilemezler. Buna karşılık yetişkinlerin, gençlerin durumunu, onların duygu ve düşüncelerini anlamaları daha kolaydır. Ancak çoğu zaman yetişkinler, adeta gençlik dönemini hiç yaşamamışçasına, gençlerin durumunu anlamak, kendilerini onların yerine koymak ve onların sorunlarının çözümüne yardımcı olmak istemezler. Sık sık kendilerinin gençken daha farklı olduklarını anlatmaya çalışırlar. "Benim gençliğimde..." diye başlayan tehditler genellikle gençleri çileden çıkarır ve bu nedenle yararlı tavsiyeleri bile dinlemek istemezler.

Gençler ve ebeveynlerin farklı beklentileri, fikir ayrılıklarına ve zamanla karşılıklı suçlamalara ve sürtüşmelere yol açar.

Gençlerin yeniliklere yetişkinlerden daha kolay uyum göstermesi ve yabancı kültürlerden fazla etkilenmeleri, kuşaklar arasında yabancılaşmayı daha da artırmaktadır. Bu faktörlere günümüzde, çeşitli kaynaklarca planlanan ve gençlere yönelen ideolojik faaliyetler de eklenmektedir. Ancak kuşaklar arası farklılık (generation gap) olarak isimlendirilen, ebeveyn ile genç arasındaki düşünce ve davranış farklılıklarının, gerçekten çok hayalî olduğu, gençlerin genellikle ebeveyni ile aynı değer sistemlerini paylaştığı, farklılıkların müzik ve elbise modeli gibi yüzeysel konularda olduğu iddia edilmektedir(40).

Diğer taraftan gençlere verilen eğitim, onlara çeşitli konularda bilgiler yüklemekten ibaret kalmakta, onlara yaşamın anlamı yeterince kavratılmamaktadır. Sağlam bir hayat felsefesine sahip olmayan genç, neyi niçin yaptığını anlayamamakta, yaşamın amacı ve bu amaca ulaşmak için başvurulacak araçları birbirine karıştırmaktadır(12). Öyle ki para kazanmak ve karşı cinsle ilişkide bulunmak gibi, yaşamın sürekliliği için birer araç olan olaylar, genç için bir amaç haline gelmekte, daha doğrusu bunlar gence bir amaç olarak takdim edilmektedir. Bunun sonucu, gençlerde büyük bir ruhsal bozulma huzursuzluk, bıkkınlık, hayattan zevk almama ve bunların yol açtığı intihar, evden kaçma, zararlı alışkanlıklara yönelme gibi

sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bugün batı toplumlarında bir afet hali ni alan bu sorunlar, gerekli tedbirler alınmazsa, bizim için de kaçınılmaz olacaktır.

Gençlerde görülen bu psikolojik bunalım, sonuçta toplumda huzursuzluk, anarşi gibi büyük boyutlu sorunlara zemin hazırlamaktadır.

Gençleri büyük ölçüde etkileyen, psikososyal sorunların bir diğ er nedeni de, evlenme veya evlilik dışı seksüel ilişkilerdir. Erken evlenme durumunda genç, erken yaşta yüklendiği ağır sorumluluklar dolayısıyla psikolojik bunalıma girebilir. Buna karşılık evlenmenin geciktirilmesi sonucu artan, evlilik dışı seksüel ilişkiler ve bunun sonucunda meydana gelen evlilik dışı gebelikler, gencin toplum tarafından reddedilmesine neden olabilir. Bu gebeliğin doğumla sonuçlanması halinde anne ve çocuk üzerindeki sosyal baskılar artarak devam eder. Bu sosyal baskılar ve buna ilave olan ekonomik güçlükler gençte psikolojik sorunların ortaya çıkmasına yol açabilir. Bu olaylardan, daha çok kadınların etkilendiği de bilinmektedir.

Şu halde, gençlerin psikolojik sorunları toplumsal sorunlara yol açabileceği gibi, genç üzerindeki toplumsal baskılar da psikolojik sorunları ortaya çıkarabilmektedir.

Kırsal bölgelerde yaşayan gençlerde erken evlenme ve erken yaşta sorumluluk yüklenmeye bağlı sorunlar önemlidir. Bunun aksine, kentlerde çeşitli nedenlerle, evlenme ve sorumluluk yüklenmenin gecikmesi sonucu, genç düştüğü boşlukta bocalamaktadır.

Askerlik görevini yapmakta olan gençlerde, özellikle seksüel ihtiyaçların karşılanmaması sonucu psikolojik sıkıntılar ortaya çıkabilir. Süphesiz ki onların en büyük desteği kendileri ile aynı şartları paylaşan arkadaşlarıdır.

Üniversite gençliği psiko-sosyal sorunların ağır olduğu gruplardan biridir. Üniversiteli genç beslenmek, barınmak, seksüel ihtiyaçlarını karşılamak ve bunların yanında derslerinde başarılı olmak zorundadır. Gencin karşılaştığı tüm güçlükler, ondan beklenen ders çalışma ve başarılı olmayı önemli ölçüde etkileyebilir. Beslenme ve barınma gibi, temel fiziksel ihtiyaçlarını karşılamada güçlük çeken, ya da çeşitli özel sorunları nedeniyle stress altında bulunan bir öğrencinin derslerinde başarılı olması beklenemez.

Gencin karşılaştığı sorunların çözümüne yardımcı olunmazsa, ya o, günün birinde öğrenimini terketmek zorunda kalacak, ya da

öğrenmesi gereken şeyleri yeterince öğrenmeden okulu bitirip, mesleğe atılacaktır. Belki de onun içinde bulunduğu güçlükleri bilen ve bundan yararlanmak isteyenler, kendi emelleri uğruna genci değişik yollara sürükleyecektir. Her durumda da ülke ve toplum zarar görecektir.

Ülkemizde anarşinin yeniden canlanmasını önlemek, gençlerimizin daha iyi yetişmesini sağlamak ve ülkeyi daha emin ellere teslim edebilmek için, alınabilecek çeşitli önlemlerin yanında, özellikle üniversite gençliğinin sorunlarına yakından eğilmek ve bu sorunların çözümüne yardımcı olmak gerekir. Bu ise üniversitelerimizde iyi bir rehberlik hizmetinin verilmesiyle mümkün olabilir.

Üniversitelerin mediko-sosyal merkezlerince örgütlenmesi gereken rehberlik hizmetleri ne yazık ki, üniversitemizin çoğunda hiç yok, bazılarında ise oldukça yetersizdir.

4.7. Kötü Alışkanlıklar

Gençlik döneminin davranış özelliklerinden söz edilirken; gencin kendini arkadaş çevresine kabul ettirebilmek amacıyla, değişik davranışlara yönelebileceği ve bu arada bazı zararlı alışkanlıklar kazanabileceği belirtilmişti.

Gençlerin eğitimindeki, daha önce bahsedilen hatalar, alışkanlık yapıcı bazı maddelerin reklam ve satışının kontrol altına alınmaması ve yetişkinlerin çoğu kez gençler için kötü örnek oluşturması, bu sorunların büyümesine neden olmaktadır.

Gençliği tehdit eden zararlı alışkanlıkların en önemlileri, şüphesiz ki; sigara, alkol ve çeşitli uyuşturucu-uyarıcı madde alışkanlıklarıdır. Bu alışkanlıkların genellikle gençlik çağında başladığı bilinen bir gerçektir. Ayrıca, araştırmalar, gençlerdeki çeşitli alışkanlıklar arasında güçlü bir ilişki olduğunu, yani sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımının birbirini etkilediğini göstermektedir(40).

Bira ile başlayan alkol alışkanlıkları, bir süre sonra alkolizme, oradan da uyuşturucu maddelere uzanan tehlikeli bir yol izleyebilmektedir(35). Yani, zararlı alışkanlıkların birçoğu, son derece masum ve zararsız bir içecek gibi görülen, daha doğrusu öyle gösterilen, bira ile başlamaktadır.

Günde 150 ml saf alkolden fazla içilmesi aşırı içme olarak kabul edilir(38). Aşırı içenlerin oranı Fransa'da %9.4, İtalya'da %5.9,

Kuzey Amerika ve İngiltere'de %2, Norveç'te %0.9'dur(38).

En fazla alkol tüketilen ülke olan Fransa'da kişi başına yıllık alkol tüketimi 15.9 litredir. Ülkemizde ise 1970 yılında 1.5 litre olan kişi başına alkol tüketimi artışı, batı ülkelerinden fazladır. 1970-80 arasındaki 10 yılda alkol tüketimi %350 artarken, aynı dönemdeki nüfus artışı %33 dolayında olmuştur(35).

1974-1984 yılları arasında, ülkemizde biranın alkolsüz içki statüsüne sokularak, satış ve reklamının serbest bırakılması, alkollü içki tüketiminin artmasında önemli rol oynamıştır. Çünkü alkoliklerin %80'inin alkole bira ile başladığı bildirilmektedir(35). Bu artış sonucunda 1981 yılında, ülkemizde alkollü içki tüketimi 450 milyon litreye ulaşmış, bunun 300 milyon litresini bira oluşturmuştur(35).

Alkolizmin bira ile ilişkisi anlaşıldıktan sonra, 14.6.1984 tarih ve 3023 sayılı yasa ile bira alkollü içkiler statüsüne sokularak, satış ve reklamı kontrol altına alınmıştır. Buna göre, bira dahil tüm alkollü içkilerin TRT ve devlete ait kurum ve kuruluşlar aracılığı ile reklamı yasaklanmıştır(35). Bu önlemlerle bira tüketiminde önemli bir azalma sağlandığı, bu nedenlerle bir ticareti ile uğraşanların evde bira tüketimini özendirmeye ve alkolsüz bira tüketimini artırmaya çalıştıkları dikkati çekmektedir. Böylece, hem denetim ve sınırlamadan kurtulma ve hem de alkollü biralarla aynı ismi taşıyan alkolsüz biraların reklamını yaparak, gençleri alkollü biraya özendirme mümkün olacaktır. Alkolsüz biraya alışan küçüklerin 18 yaşını doldurduktan sonra, alkollü birahanelerin sadık müşterisi oldukları, batılı ülkelerde gözlenmiştir(35).

Ülkemizde uyuşturucu-uyarıcı madde kullanımı batı ülkelerine göre nisbeten azdır. Kesin rakamlar bilinmemekle beraber, ülkemizde 15-20 bin kişinin devamlı, 70 bin kişinin ise aralıklı olarak uyuşturucu-uyarıcı madde kullandığı ve bunların çoğunluğu gençlerin meydana getirdiği bilinmektedir(24). Ülkemizde psikolojik ilaç bağımlılığının suç olarak kabul edilmesi, uyuşturucu madde konusunda araştırma yapılmasını güçleştirmektedir.

Son yıllarda, uyuşturucu madde kaçakçılığının batı ülkelerinde doyum noktasına ulaştığı ve kaçakçıların yeni pazarlar aradıkları bilinmektedir. Gerekli önlemler alınmazsa önümüzdeki yıllarda ülkemiz, uyuşturucu kaçakçılığı ile iyi bir pazar olabilir.

Uyuşturucu-uyarıcı madde kullanımı birçok batılı ülkede ve özellikle ABD'de önemli bir sağlık sorunu halini almıştır. Değişik

tip maddeler, değişik bölgelerde daha fazla kullanılmaktadır. Benzin, tiner, tutkal gibi, kolay temin edilen maddelerin inhalasyonu büyük kentlerin fakir kesimlerinde daha yoğundur. Buna karşılık, zor temin edilen pahalı maddeler zengin kesimlerde daha yaygındır. Bir Bolivya şehrinde, okul nüfusunun %5'inin marijuana kullandığı tespit edilmiş, bu oranın Kolombiya'da %5-17, ABD ve Kanada'da ise %30-35 dolayında olduğu bildirilmiştir(22). ABD'de 20 milyon kişinin uyuşturucu-uyarıcı madde kullandığı bildirilmektedir(35).

Dünyada en çok insanı etkileyen ve sinsice zararlar meydana getiren bir alışkanlık tütün kullanımınıdır. Dünyada 1 yılda yaklaşık 4 trilyon adet sigara tüketilmekte ve bunun maliyeti, örneğin Türkiye bütçeninin birkaç katına ulaşmaktadır(3).

Gelişmiş ülkelerde, yılda kişi başına 2020 gram tütün tüketilmektedir. Gelişmekte olan ülkelere bu miktar 810 gramdır(3). Ülkemizdeki tütün tüketimi son yıllarda hızla artarak, 2000 gramı aşmış ve gelişmiş ülkelere yetişmiştir(3). Olayın üzücü tarafı ise, gelişmekte olan ülkelere artık tütün tüketimi azalırken, ülkemiz dahil gelişmekte olan ülkelere artışın devam etmesidir. ABD başta olmak üzere, birçok gelişmiş ülkeler, aldıkları etkili önlemlerle sigara içme oranlarında ve tütün tüketiminde azalma sağlamışlardır.

Sigara alışkanlığı da diğer zararlı alışkanlıklar gibi, genellikle gençlik döneminde başlamaktadır. Geleneksel olarak, erkekler tarafından kullanılan sigara, son yıllarda kadınlar arasında da yaygınlaşmaya başlamıştır. Öyle ki, kadınlar sigara tüketimini bu hızla artırırlarsa, yakın bir gelecekte erkekleri yakalayacaklardır. Kadınlar arasında sigara tüketiminin artmasına paralel olarak, akciğer ve gırtlak kanseri, kalp-damar hastalıkları gibi çeşitli hastalıklar da artmaktadır.

Erkeklerde sigara kullanımı ile sosyo-ekonomik düzey arasında önemli bir ilişki olmadığı halde, kadınlarda böyle bir ilişkinin olduğu ve sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan kadınlar arasında sigara içme oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum, erkek ve kadınları sigara içmeye iten faktörlerin birbirinden az çok farklı olduğunu düşündürmektedir.

Sigara kullanımı, genellikle gençlik çağında başladığı için, bir gençlik sorunu olarak ele alınmalıdır. Ancak sigaranın uzun vadedeki etkileri yetişkinlik ve yaşlılık döneminde ortaya çıkmakta ve bu nedenle, sorun yaşlıların sorunu gibi ele alınmaktadır. Halbuki sigara için bir kişinin, ilerde sigarayla terketmesi güçtür. Üstelik,

terketse bile, sigaranın birçok zararlarından kurtulamaz. Buna rağmen "zararın neresinden dönülürse kârdır" düşüncesiyle her yaştaki sigara tiryakisinin sigarayı bırakmasına çalışmak gerekir. Fakat asıl yapılması gereken şeyin "gençlerin sigaraya başlamasını önlemek" olduğu unutulmamalıdır.

İnsan organizmasındaki hemen her dokuyu olumsuz şekilde etkileyen sigaranın birçok zararı toplumun çoğunluğu tarafından bilinmektedir. Bu nedenle sigaranın zararları üzerinde durmayı gereksiz görüyoruz. Üzerinde durmamız gereken şey, bu zararlı alışkanlığın başlamasını önlemek, başlanmış ise terk edilmesini sağlamaktır. Bu nedenle Erciyes Üniversitesi'nin Tıp, İlâhiyat, ve Mühendislik Fakülteleri'nde okuyan öğrencilerin sigara konusundaki bilgi, tutum ve davranışları araştırılmıştır.

Bu fakültelerden, sistematik örnekleme yöntemiyle 900 öğrenci seçilerek anket uygulanmıştır.

Araştırmadan elde edilen verilere göre, erkek öğrencilerin %33.9'unun, kız öğrencilerin %12.2'sinin sigara içmekte olduğu tespit edilmiştir (Tablo 9.)

Tablo 9. Araştırma Grubundaki Öğrencilerin Fakülteleere, Cinsiyete ve Sigara İçme Durumuna Göre Dağılımı

Fakülteler	Cins	Halen İçen (%)	İçip Terkeden (%)	Hiç İçmeyen (%)	Toplam Sayı	%
Tıp	Erkek	30.0	9.6	60.4	240	100.0
	Kız	16.4	3.8	79.8	140	100.0
İlâhiyat	Erkek	31.0	6.6	62.4	226	100.0
	Kız	0.0	3.7	96.3	27	100.0
Mühendislik	Erkek	40.0	5.0	55.0	262	100.0
	Kız	9.8	0.0	90.2	41	100.0
TOPLAM	Erkek	33.9	7.0	59.1	728	100.0
	Kız	12.2	2.9	84.9	172	100.0

Tablo 9'da görüldüğü gibi, tıp fakültesindeki öğrencilerde sigara

ra içme oranı diğer fakültelerden daha düşük olduğu halde, kız öğrenciler arasında sigara içme oranı tıp fakültesinde en yüksektir. Bunun yanında sigarayı terketme oranı tıp fakültesinde en yüksektir. Bu durum tıp fakültesinde okuyan öğrencilerin sigaranın zararlarını daha iyi bildikleri için sigarayı daha yüksek oranda terkettiklerini, diğer taraftan, tıp fakültesindeki kız öğrencilerinin daha yüksek sosyo-ekonomik düzeye sahip oldukları için, daha çok sigara içtiklerini düşündürmektedir.

Halen sigara içen ve daha önce içip terkeden öğrencilerin sigaraya başlama yaşları incelendiğinde, öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun 14-19 yaşlar arasında sigaraya başladığı görülmektedir (Tablo 10). Özellikle aile ve öğretmen baskısının önemli ölçüde azaldığı, üniversiteye başlama yılları, sigaraya başlama yönünden tehlikeli yıllardır. Özellikle kız öğrenciler için bu durum daha belirgindir. Çünkü kız öğrencilerin hemen tamamının 17-19 yaşlar arasında sigaraya başladığı tespit edilmiştir.

Tablo 10. Araştırma Grubundaki Halen Sigara İçen ve Daha Önce İçip Terketmiş Olan Öğrencilerin Sigaraya Başlama Yaşlarına Göre Dağılımı

Sigaraya Başlama Yaşı	CİNS			
	ERKEK		KIZ	
	Sayı	%	Sayı	%
13 ve altı	28	9.4	0	0.0
14-16	97	32.5	1	3.9
17-19	146	49.0	25	96.1
20 ve üzeri	27	9.1	0	0.0
TOPLAM	298	100.0	26	100.0

Bu öğrencilerin sigaraya başlama nedenleri Tablo 11'de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi, sigaraya başlamada, evdeki sigara içenlerden çok, sigara içen arkadaşların etkisi olmaktadır.

Daha önce ifade edildiği gibi, erkek ve kızların sigaraya başlamasında rol oynayan faktörler az çok birbirinden farklıdır. Erkekler arasında, sigara içme geleneksel bir davranış niteliği kazanmıştır.

Bu nedenle, genç erkek büyüdüğünü ispatlamak amacıyla sigaraya başlayabilir. Henüz kadınlar için böyle bir durum söz konusu değildir. Kadınlar arasında sigara içme moda niteliğindedir. Bu nedenle, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan kadınlar arasında sigara içen daha çoktur.

Tablo 11'de dikkati çeken bir başka nokta da, erkeklerin arkadaşlarını sigara içmeye daha çok teşvik etmesidir.

Halen sigara içmekte olan öğrencilerin %40 kadarı yarım paketten az, %13 kadarı ise 1 paketten fazla sigara içiyordu. Kişi başına ortalama 13 sigara içildiği belirlendi.

Sigaraya ödenen para ile öğrencilerin daha iyi beslenmeleri mümkündür. Yani sigara içen öğrenciler, hem sigara ile doğrudan doğruya kendi sağlıklarını olumsuz yönde etkilemekte, hem de daha iyi beslenmek için harcamaları gereken parayı sigaraya vererek, mümkün olandan daha kötü beslenmektedirler.

Tablo 11. Araştırma Grubundaki Halen Sigara İçen ve Daha Önce İçip Terketmiş Olan Öğrencilerin Sigaraya Başlamalarına Etki Eden Faktörler

Faktörler	CİNS	
	ERKEK (n=298) %	KIZ (n=26) %
Evdeki Sigara İçenlere Özentisi	6.7	15.4
Sigara İçen Arkadaşlara Özentisi	41.7	50.0
Arkadaşların Teşviki	42.6	26.9
Üzücü Bir Olay	26.2	15.4
Delikanlılığını İspatlama İsteği	13.4	0.0
Diğer	4.7	3.8

* Bazı öğrencilerin sigaraya başlamalarında birden fazla faktörün rolü olduğu için toplamlar % 100'ü geçmektedir.

Öğrencilerin %96'sı sigaranın zararlı olduğunu ifade etmiştir. Buna karşılık, sigarayı bırakmayı düşünenlerin oranı %69 olarak bulunmuştur. Yani öğrencilerin %27'si sigaranın zararlı olduğunu

bildiği halde, terketmeyi düşünmemektedir. Terketmeyi düşünenlerin çok azının bunu başarabilecekleri kuşkusuzdur. O halde, sigara ile mücadelede, topluma sigaranın zararlı olduğunu öğretme yeterli değildir. Sigara içenlerin, sigarayı bırakma konusunda tutum ve davranışlarını değiştirmek zorunludur.

5. GENÇLERİN SAĞLIK SORUNLARI İÇİN ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Gençliğin sağlık sorunlarının çözülmesi ile bireyin yetişkinliğe daha iyi şartlarda ulaşması mümkün olacaktır. Ancak bu çözüm, gencin sağlığını etkileyen faktörlerin çokluğu nedeniyle, oldukça güçtür. Alınabilecek önlemlerin bir kısmı doğrudan devlet tarafından planlanması ve yürütülmesi gerekirken, bir kısmı aile içerisinde sağlanabilir. Bu alanda devlete düşen görevler şöyle sıralanabilir.

1. Temel Politikalar ve Yasalar

Gençlerin sağlığını iyileştirmek için temel politikalar belirlenmeli ve bu politikalara uygun yasalar hazırlanarak yaşama geçirilmelidir. Bu politikaların belirlenmesinde şu hususlar üzerinde önemle durulmalıdır:

a. İnsan hem bedensel ve ruhsal yapısıyla, hem de fizik, biyolojik ve sosyal çevresiyle bir bütündür. Gencin sağlık sorunlarının çözülmesi ve onun sağlık düzeyinin yükseltilmesi, bedensel ve ruhsal rahatsızlıklarının ortadan kaldırılmasına yönelik çabaların yanında, bu rahatsızlıkların en önemli sebepleri olan fizik, biyolojik ve sosyal çevre faktörlerinin olumlu hale getirilmesine yönelik çalışmalarını gerektirir.

b. Bireyin ve toplumun sağlık yönünden gelişmesi sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel gelişmesinin bir parçası olarak ele alınmalı ve sağlık hizmetleri buna göre örgütlenmelidir.

c. Bireyin yaşamı, ana karnından ölümüne kadar bir bütündür. Gençlerin daha sağlıklı hale getirilmesi sadece gençlere yönelik hizmetlerle sağlanamaz. Daha önceki dönemleri kapsayan ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi, bireyin gençlik dönemine daha sağlıklı girmesini sağlayacaktır.

d. Toplum bir bütündür. Bu nedenle sağlık hizmetleri toplumun

tüm fertlerini kapsayacak şekilde örgütlenmeli, hizmetlerin odak noktası bireyden topluma kaldırılmalıdır. Gençlere verilen sağlık hizmetleri topluma verilen sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak ele alınmalıdır. Bu ele alış tarzı gençlere verilen hizmetlerin bazı özellikler taşımayacağı anlamına gelmemelidir.

e. Toplumun ve gençlerin sağlık düzeyinin yükseltilmesi için sadece sağlık sektörünün çabalarının yeterli olmayacağı; bu çabaların, eğitim, din, sosyal güvenlik, çalışma, spor, çevre ve hukuk gibi diğer sektörler tarafından desteklenmesi gerektiği unutulmamalıdır.

Bu temel politikalara paralel olarak, özellikle şu alanlarda yasal düzenlemeler sağlanmalıdır:

a. *Gençlerin Karar Verme Yetkileri:* Evlenme, çalışma, sürücülük, oy kullanma gibi konularda yaş yönünden sınırlamalar vardır. Ancak bu yasal düzenlemeler yönünden ülkeler arasında farklılıklar göze çarpmakta ve bazı eksiklikler görülmektedir. Bu sınırlamaların gözden geçirilmesi, sağlık hizmetlerini kullanabilme gibi başka gerekli alanlarda da yasal düzenlemeler yapılması düşünülebilir.

b. *Üreme Sağlığı:* Gençlerin üreme sağlığı alanında bilgilendirilmesi, kontraseptif kullanma, gebeliği sonlandırma, seksüel yolla bulaşan enfeksiyonların tedavisi gibi konularda, daha etkili yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır.

c. *Tütün, Alkol ve Diğer Zararlı Alışkanlıklar:* Bu tür alışkanlıklar sıklıkla gençlik döneminde başladığı için, gençler bu maddelerin pazarlanmasında önemli bir hedef durumundadırlar. Bu nedenle bu maddelerin dağıtımı ve satışının kontrol altına alınması gerekir. Öte yandan uyuşturucu-uyarıcı madde kullanımının yasalarımızca suç sayılması, bu vakaların ortaya çıkmasını, tedavi edilmesini ve bu alanda araştırma yapılmasını güçleştirmektedir.

d. *Sakatlık:* Konjenital ve edinsel çeşitli sakatlıklar, çözümü gereken önemli sorunlardan biridir. Sakatlıkların erkenden ortaya çıkarılması, bunların uygun şekilde eğitilip topluma kazandırılması için çeşitli yasal düzenlemeler vardır. Buna rağmen toplumdaki sakatlıkların önemli bir kısmı vaktinde ortaya çıkarılmamakta, bilinenlere de yeterli eğitim ve rehabilitasyon imkanı sağlanamamaktadır.

Öte yandan bu sakatlıkların önlenmesi için ana-çocuk sağlığını hedef alan bazı yasal düzenlemelere de ihtiyaç vardır (Doğum önce-

si bakım, çocuk bakımı, aşılama, okul sağlığı gibi).

e. İş Sağlığı: Küçük yaştakilerin çalıştırılmasının önlenmesi, çalışanların ağır ve tehlikeli işlerden uzak tutulması, işe giriş ve periyodik muayenelerin yapılması gibi konularda yasal düzenlemeler olmakla beraber, bu yasaların uygulanmasında güçlükler olduğu bilinmektedir. Bu yasaların uygulanmasında güçlükler olduğu bilinmektedir. Bu yasalara işlerlik kazandırılması ve bazı yeni düzenlemelerin yapılması zorunludur.

2. Sağlık Bakım Çalışmaları

Gençlerin sağlık sorunlarının ortaya çıkarılması ve çözülebilmesi için şu noktalar üzerinde durulabilir.

a. Gençlerin çeşitli nedenlerle sağlık servislerini yeterince kullanmadığı bilindiğine göre, gençlerin başvurusunu artırıcı yönde çalışmalar yapılmalıdır. Bu amaçla, gençler yakınmalarını sağlık personeline aktarma konusunda cesaretlendirmeli, sağlık personeli ise onlara yaklaşabilmek için çaba harcamalıdır. Okullarda, işyerlerinde, askeri birliklerde, gençlerin sağlık sorunlarını belirlemeye yönelik, düzenli taramalar yapılmalıdır.

b. Gençlerin kendine özgü özellikleri dolayısıyla, farklı sorunları olacağından, onlara daha iyi hizmet verebilmek için sağlık personelinin bu alanda bilgilendirilmesi, belki de adölesan tıbbının ayrı bir uzmanlık alanı olarak ele alınması yararlı olacaktır. Öte yandan, gençlerin hastanelerde çocuklardan ve yetişkinlerden ayrı kliniklerde tedavi edilmesi, onlara daha etkin hizmet verilmesini sağlayabilir.

c. Gençlik döneminin hızlı bir büyüme ve gelişme dönemi olması nedeniyle, gençlerin daha iyi beslenmesi için tedbirler alınmalıdır. Üniversitelerde, işyerlerinde ve askeri birliklerde, gençlerin ihtiyaçlarına göre uygun beslenme programları uygulanmalıdır. Gebe ve emzikli genç kadınların iyi beslenmemesi hem kendi sağlığını, hem de yarının genci ve yetişkini olacak olan çocuğunun sağlığını olumsuz yönde etkileyeceği için, bu kadınların beslenmesine özel önem verilmelidir. Sağlık personeli kanalıyla ve kitle iletişim araçları ile toplumun tüm kesimlerinin beslenme konusunda eğitilmesinin yanısıra, maddi desteğe ihtiyacı olan gebe ve emzikli kadınlara maddî destek sağlanmalıdır.

d. Erken evlenme ve doğurganlık sorunlarına çözüm getirebilmek için, yasal düzenlemelerin yanısıra eğitim ve hizmete ağırlık

verilerek, evlilik yaşını veya ilk doğumu 20 yaşa kadar geciktirme yönünde çaba harcanmalıdır. Aile planlaması hizmetlerinde 20 yaşın altındaki kadınlara öncelik verilmelidir.

e. Bedensel ve zihinsel özürlü çocukları erken dönemde ortaya çıkarmak ve gerekli önlemleri alabilmek için, temel sağlık örgütü, ana-çocuk sağlığı çalışmalarına ağırlık vermeli, halk sağlığı hemşirelerine (ebelere) bu alanda yeterli bilgi ve beceri kazandırılmalıdır.

f. Gençler, sahip oldukları psikolojik özellikler nedeniyle aile büyüklerine ve toplumsal otoriteye başkaldırma ve daha çok kendi yaşındaki kişilerle iletişim kurma eğiliminde olduklarından, sağlık mesajlarının gençlere ulaştırılmasında yine gençlerden yararlanılmalıdır. "Gençlerden Gençliğe" adı verilen bu eğitim programlarının yararlı olduğu birçok örnekle gösterilmiştir(40).

g. Gençlere, gerek kendi sağlıklarının korunmasında ve gerekse toplumun diğer kesimlerine sağlık mesajlarını ve bazı hizmetlerin götürülmesinde, sorumluluk verilmelidir. Böylece, hem gençlerin boş vakitlerini ve enerjilerini kendilerine ve başkalarına zarar verecek biçimde harcamaları önlenmiş, hem de toplumun sağlık sorunlarının çözülmesine katkıda bulunulmuş olur.

Gençlerin sağlık sorunlarının çözümünde aile büyüklerine düşen görevleri de şöyle sıralamak mümkündür:

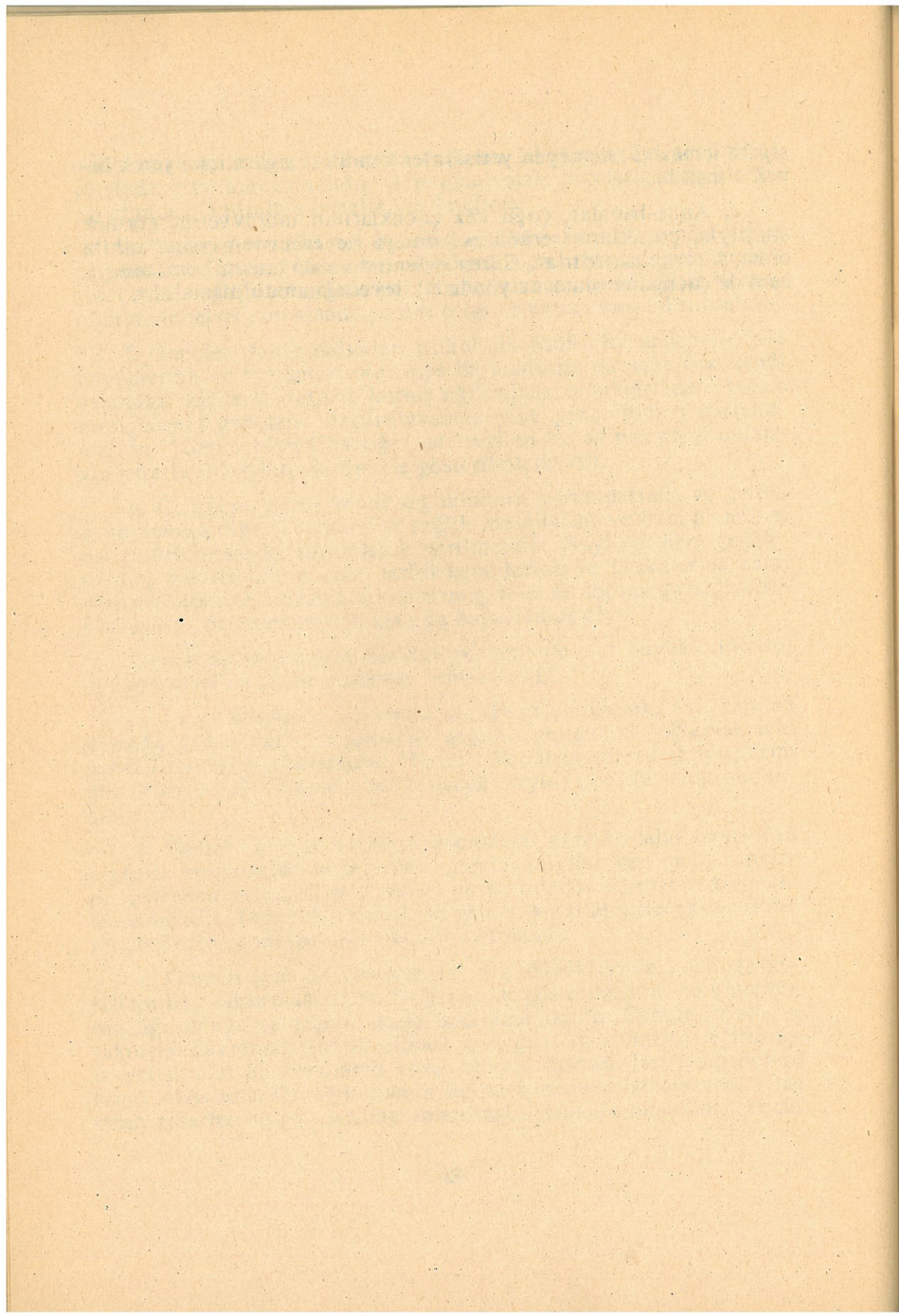
a. İnsan ömrünün bir bütün olduğu düşünülerek, ana karnına düştüğü andan itibaren, çocuğun sağlıklı gelişimini sağlamak için gerekli önlemler alınmalıdır. Her aile kendi imkan ve ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak, bakabileceği sayıda çocuğa sahip olmalıdır.

b. Puberte çağına yaklaşan çocuklara, anne-babalar tarafından ergenlik ve cinsellik konularında gerekli bilgiler verilmeli, gençlerin çevreden yanlış bilgi almaları ya da bilgisiz kalmaları bu yolla önlenmelidir. Ergenlik döneminde gencin karşılaşılabileceği sorunların çözümüne anne-babalar yardımcı olmalıdır.

c. Gencin aşırı davranışlarının, aile büyüklerinin koyduğu kurallara baş kaldırmasının ve bağımsızlık gösterilerinin, bu dönemin özelliği olduğu ve geçici olduğu unutulmamalıdır. Gencin zararlı ve sakıncalı davranışlarını düzeltmek için, genç incitilmeden eğitilmeli, yetişkinler bu konularda kendi olumlu davranışları ile gençlere örnek olmalıdır. Örneğin gencin sigara içmemesi isteniyorsa, sigaranın zararları uygun şekilde anlatılmalı; daha da önemlisi, gencin

sigara içmesini istemeyen yetişkinler kendileri sigara içmeyerek örnek olmalıdır.

d. Anne-babalar, çoğu kez çocuklarının mürüvvetini görmek amacıyla, çocuklarını erken evlenmeye ve erkenden çocuk sahibi olmaya zorlamaktadırlar. Erken evlenme ve doğumun hem anneyi, hem de çocuğunu olumsuz yönde etkileyeceği unutulmamalıdır.



KAYNAKLAR

1. Abcede JC: The Americas: Patterns are changing. *World Health* June 1984, p 21.
2. Akın A: Ergazi Sağlık Ocağı Köysel Bölgesinde Jinekolojik Şikâyetler Hastalıklar ve Sebepleri Üzerine Epidemiyolojik Araştırma. Uzmanlık Tezi, Ankara 1970.
3. Arıtan MS: Ya Sağlığımız Ya Sigara. Konya, Arı Basımevi 1984.
4. Barvazian AD: Family Planning: A Preventive Health Measure. *World Health* June 1984.
5. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü: Genel Nüfus Sayımı: Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri: 20.10.1985 No 1369, Ankara, DİE Matbaası, 1989.
6. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü: 1990 Genel Nüfus Sayımı: Geçici Sonuçlar, Ankara 1990.
7. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü: Türkiye İstatistik Yıllığı 1989, No 1405, Ankara DİE Matbaası, 1990.
8. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı: Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989), Ankara, Başbakanlık Basımevi.
9. Bumin Ç: Sincan Sağlık Ocağı Merkezinde 15-44 Yaş Evli Kadınlarda Reprodüktif Hayat İle İlgili Durum Saptaması ve Jinekolojik Muayene Bulguları, Uzmanlık Tezi, Ankara 1978.
10. Chang WY: Adolescent in Asia: *World Health*, July 1981, p 11.
11. Çalı Ş: Çocuk Yaşamına Verilen Önem ve Aşırı Doğurganlık, Uzmanlık Tezi, Ankara 1978.
12. Çiftlikli M: Yabancılaşma ve Gençlik. Gençliğin Durumu ve Geleceği Sempozyumu. Ankara, 4 Mayıs 1985.
13. Dilsiz A: Ankara İli Çubuk İlçesi Akkuzulu Köyünde Gebelik ve Doğuma İlişkin Geleneksel Hekimlik Uygulamaları. Uzmanlık Tezi, Ankara 1978.

14. Egemen A: Sincan'da 15-44 Yaşlar Arası Evli Kadınların Sağlık Düzeylerini Saptanması İle İlgili Araştırma. Uzmanlık Tezi, Ankara 1972.
15. Friedman HL, Edström KG: Adolescent Reproductive Health. WHO Offset Publication, No 77, Geneva 1983.
16. Güven, S: Yenikent Sağlık Ocağı Köysel Bölgesinde 15-44 Yaşlar Arası Evli Kadınların Sağlık Düzeylerinin Tespiti İle İlgili Araştırma. Uzmanlık Tezi, Ankara 1972.
17. Haag JH: School Health Program. USA 1965.
18. Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü: Hacettepe Üniversitesi'nde Toplum Hekimliğinin İlk 15 Yılı. No 16, Ankara, Çağ Matbaası 1981.
19. Hacettepe Üniversitesi Institute of Population Studies: 1988 Turkish Population and Health Survey. Ankara 1989.
20. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi(Çev): 2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Genel Planı. İstanbul, Se-Tu Matbaası 1982.
21. Jeanneret O: Alcohol and Youth. World Health, August 1981, p 16.
22. Katatsyky ME: Drug Abuse in the Americas. World Health, August 1981, p 27.
23. Kaya OZ: Laktasyonun Gebelikle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Ankara 1971.
24. Köknel Ö: Cumhuriyet Gençliği ve Sorunları. 2.bs, İstanbul, Cem Yayınevi 1981.
25. Köksal O: Türkiye'de Beslenme: Türkiye 1974 Beslenme Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması. Ankara 1977.
26. Mc Crae WM: Medical Services for Adolescent, in: Proudfood AT(ed): Symposium Puberty and Adolescence. Edinburg 1974, p 77.
27. Özgür İ: Çocuk ve Gencin Ruh Sağlığı: İstanbul, Gülek Matbaası 1972.
28. Öztürk Y: Yenikent Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-44 Yaş Grubu Kadınlarının ve Kocalarının Aile Planlaması İle İlgili Bilgi Tutum ve Davranışlarının Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Ankara 1974.
29. Pekcan H, Pekcan G: Kayseri ve Yöresinde İlk Adet Görme Yaşı, Kayseri Üniversitesi Gevher Nesibe Tıp Fakültesi Mecmuası 1(2-4): 231, 1979.
30. Peker M: Yaşa Özel Doğurganlığın Nüfus Sayımlarından Tahmini. Nüfusbilim Dergisi 6: 87, 1984.
31. Population Reports: Adolescent Fertility Risks and Consequences. series J, No 10, July 1976.

32. Population Reports: Healthier Mothers and Children Through Family Planning. Series J, No 27, May-June 1984.
33. Population Reports: Youth in 1980 s: Social and Health Concerns. Series M, No 9, Nov-Dec 1985.
34. Turhan G, Kocaoğlu E: İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Mevzuatı. Ankara 1984.
35. Türkiye Yeşilay Cemiyeti: Bira ve Alkolizm Raporu. 2.bs, Zönmez Neşriyat.
36. Üstünbaş HB, Günay O, Ural L, Aykut M: Hacılar ve Hisarcık Sağlık Ocakları Bölgelerinde Erkeklerin Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi Tutum ve Davranışları. Kayseri Üniversitesi Gevher Nesibe Tıp Fakültesi Mecmuası 4(1-4): 335, 1982.
37. Williams AS: International Youth Year 1985. World Health, May 1982, p 14.
38. WHO: Youth and Drugs. Technical Report Series, No 516, Geneva, 1973.
39. WHO: Psychosocial Factors Related to Accidents in Childhood and Adolescent. Copenhagen 1981.
40. WHO: The Health of Youth. Geneva 1989.
41. Yeni Anayasa-1982. İstanbul, Serhat Yayınevi 1982.
42. Yıldırım N: Çubuk Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğurganlık Çağındaki Evli Kadınlarda Jinekolojik Hastalıklar ve Gebeliği Önleyici Yöntemler Konusunda Araştırma. Uzmanlık Tezi, Ankara 1978.
43. Yörükoğlu A: Çocuk Ruh Sağlığı. 2.bs, Ankara, TTK Basımevi 1979.