T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

ADÖLESAN VE YETİŞKİN GEBELERDE MATERNAL VE NEONATAL SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

ŞEYMA YÜCEL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DR. ÖĞR. ÜYESİ TÜLAY KAVLAK

İSTANBUL-2020

T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

ADÖLESAN VE YETİŞKİN GEBELERDE MATERNAL VE NEONATAL SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

ŞEYMA YÜCEL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DR. ÖĞR. ÜYESİ TÜLAY KAVLAK

İSTANBUL-2020

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ONAYI

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

Anabilim Dalı Başkanı	Enstitü Müdürü
Dr. Öğr. Üyesi Tülay KAVLAK	Prof. Dr. Semra ŞARDAŞ

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Tülay KAVLAK
Danışman

Okuduğumuz ve savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Jüri Üyeleri (İlk isim jüri başkanına, ikinci isim danışmana aittir)

Doç Dr. Ayşe KILIÇ UÇAR	Demiroğlu Bilim Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Tülay KAVLAK	İstinye Üniveristesi
Dr. Öğr. Üyesi Refika GENÇ KOYUCU	İstinye Üniveristesi

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum "Adölesan ve Yetişkin Gebelerde Maternal ve Neonatal Sonuçların Değerlendirilmesi" adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Şeyma YÜCEL

23.12.2019

ÖZET

ADÖLESAN VE YETİŞKİN GEBELERDE MATERNAL VE NEONATAL SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Şeyma YÜCEL

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Danışman: Tülay KAVLAK

2020

Araştırmamızda adölesan ve yetişkin gebeliklerde maternal ve neonatal sonuçların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırma, 1 Nisan -30 Temmuz 2019 tarihleri arasında İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran19 yaş altı adölesan ve 19 yaş üstü yetişkin kadınlarla gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara literatür doğrultusunda oluşturulan anket formu uygulanmıştır. Veriler, tanımlayıcı istatistikler, Ki-Kare ve t testleri ile değerlendirilmiştir. $p<0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Araştırmamızda adölesan kadınların tamamına yakınının (%94,5) ilköğretim ve daha az eğitim seviyesine sahip olduğu buna karşılık yetişkin kadınların tamamına yakını (%95) ilköğretim ve daha fazla eğitim seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir. Adölesan kadınların doğum öncesi bakım alma oranları (%86,3) yetişkin kadınlara (%97,8) göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Yetişkin kadınlarda sezaryen (%29,3), adölesan gebelerde ise vajinal doğum (%78,1) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Adölesan kadınlarda erken membran reptürü (%60,1) ve preterm eylem (%20,1) görülme sıklığının yetişkin kadınlardan yüksek olduğu, belirlenmiştir Adölesan kadınların yenidoğanlarının doğuma ilişkin özellikleri (doğum ağırlığı, doğum boyu, baş çevresi vb.) yetişkin kadınlara oranla daha düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda yer alan adölesan kadınlarda vajinal doğum ile erken membran reptürü ve preterm eylem görülme sıklığının yetişkin kadınlardan daha fazla olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte adölesan kadınların yenidoğanlarının doğum yaşı, doğum ağırlığı, boyu, baş çevresi, 1.ve 5. dk apgar değerlerinin yetişkin kadınların yenidoğan değerlerinden daha düşük olduğu ancak normal sınırlar içerisinde yer aldığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan Gebelik, Gebelik, Maternal, Neonatal

ABSTRACT

EVALUATION OF MATERNAL AND NEONATAL RESULTS IN ADOLESCENT AND ADULT PREGNANCIES

Şeyma YÜCEL
Obstetrics and Gynecology Nursing
Advisor: Tülay KAVLAK

2020

In our study, we aimed to evaluate maternal and neonatal outcomes in adolescent and adult pregnancies.

The descriptive and cross-sectional study was conducted with adolescents under 19 years of age and adult women over 19 years of age who applied to Istanbul Bahçelievler State Hospital Gynecology and Obstetrics Clinic between April 1 and July 30, 2019. A questionnaire form created in line with the literature was applied to women who agreed to participate in the study. Data were evaluated by descriptive statistics, Chi-Square and t tests. A p value of <0.05 was considered significant.

In our study, it was determined that almost all of the adolescent women (94.5%) have primary education and less education, whereas almost all (95%) of adult women have primary education and higher education level. Adolescent women were found to receive prenatal care (86.3%) significantly lower than adult women (97.8%). Cesarean section in adult women (29.3%) and vaginal delivery in adolescent pregnant women (78.1%) were found to be significantly higher. It has been determined that the prevalence of premature membrane reproduction (60.1%) and preterm labor (20.1%) is higher in adolescent women compared to adult women. was found low.

It was found that the incidence of vaginal delivery and premature membrane reproduction and preterm labor was higher in adolescent women in our study than in adult women. On the other hand, it was determined that the birth age, birth weight, height, head circumference, 1st and 5th minute apgar values of the newborns of adolescent women were lower than the newborn values of adult women but were within normal limits.

Keywords: Adolescent Pregnancy, Maternal, Neonatal, Pregnancy

TEŞEKKÜR

Başta bu tezin hazırlanma sürecinde desteğini esirgemeyen ve rehberlik eden danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üy. Tülay Kavlak olmak üzere, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programında görev almış tüm hocalarıma, tüm öğrenim hayatım boyunca en büyük destekçim olup her zaman yanımda olan başta annem Yeter Yücel olmak üzere sevgili aileme, ilgileri ve yardımlarından dolayı çalışmanın yapıldığı İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi Doğum Ünitesi, Bebek Odası ve Kadın Sağlığı ve Doğum Kliniğinin tüm çalışanlarına ve tabi ki katılımları ile bu çalışmanın yapılmasına olanak sağlayan tüm annelere çok teşekkür ederim.

Şeyma YÜCEL

İÇİNDEKİLER

DIŞ KAPAK
İÇ KAPAK
KABUL ONAY
ETİK BEYANI
ÖZET……...…….……i
ABSTRACT…….....ii
TEŞEKKÜR……..iii
İÇİNDEKİLER……..……...iv
ŞEKİL LİSTESİ…….....v
TABLO LİSTESİ……..vi
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ……..…....vii
GİRİŞ……...1
1. GENEL BİLGİLER……...…...4
1.1. GEBELİK……..... **4**
1.2. YETİŞKİN GEBELİK……..**6**
1.3. ADÖLESAN GEBELİK……...**7**
1.3.1. Adölesan Gebeliklerin Epidemiyolojisi……..…**9**
1.3.2. Adölesan Gebeliklerin Nedenleri……..**10**
1.3.3. Adölesan Gebeliklerin Komplikasyonları……....**11**
1.3.3.1. Prematür Doğum.……...**12**
1.3.3.2. Erken Membran Rüptürü.……...…...**13**
1.3.3.3. Preeklampsi ve Eklampsi.……..…....**14**
1.3.3.4. Gestasyonel Diabet.……..…....**15**
1.3.3.5. Anemi ve Vitamin-Mineral.....**16**
1.3.3.6. Prenatal ve Maternal Mortalite.……...…**17**
1.3.4. Adölesan Gebeliklerde Doğum Öncesi Bakım Alma……. …**17**
1.3.5. Adölesan Gebeliklerin Yenidoğan Sağlığı Üzerindeki Etkisi……..**17**
1.4. ADÖLESAN GEBELİKLERDE HEMŞİRENİN ROL VE SORUMLULUKLARI……...**19**
2. MATERYAL VE METOD……....22
2.1. ARAŞTIRMANIN AMACI…….....**22**
2.2. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ……**22**
2.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN……**23**
2.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ……**23**
2.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI……...…..**25**
2.6. ARAŞTIRMA SÜRECİ……..**25**
2.7. VERİLERİN ANALİZİ……..**27**
2.8. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI……..**27**
2.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ……..**27**
3. BULGULAR…… 28
4. TARTIŞMA VE SONUÇ……..40
KAYNAKLAR…….....52
EKLER
A. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU……..**71**
B. VERİ TOPLAMA FORMU……..**74**
C. ETİK KURUL ONAYI…….....**79**

D. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ……..**80**
E. ÖZGEÇMİŞ……..**81**

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1: Araştırmanın şekli……...…**22**
Şekil 2.2: Araştırmaya alınan gebelerin seçilme akış şeması……..**27**

TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1: Adölesan ve yetişkin kadınların sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması…….....**28**
Tablo 3.2: Adölesan ve yetişkin kadınların ilk gebelik yaşı, gebelik öncesi ve gebelikteki BKİ ortalamalarının karşılaştırılması……...**30**
Tablo 3.3: Adölesan ve yetişkin kadınların bazı obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması……..**31**
Tablo 3.4: Adölesan ve yetişkin kadınların, son gebeliklerine ilişkin bazı özelliklerinin karşılaştırılması…….....**33**
Tablo 3.5: Adölesan ve yetişkin kadınların son trimestirde yaşadıkları gebelik şikayetlerinin karşılaştırılması…….…**35**
Tablo 3.6: Adölesan ve yetişkin kadınların bazı maternal sonuçlarının karşılaştırılması…….…….…**37**
Tablo 3.7: Adölesan ve yetişkin kadınların son trimestir HGB ve HCT düzeylerinin karşılaştırılması…….…..**38**
Tablo 3.8: Adölesan ve yetişkin kadınlarda yenidoğanın doğum ağırlığı, boyu,baş çevresi ve 1.dk ve 5.dk Apgar skoru ortalamalarının karşılaştırılması……....**39**

GİRİŞ

Kadının hayatında önemli bir dönemi oluşturan gebelik, kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik farklılıklar ortaya çıkaran, organ ve sistemleri anatomik ve fizyolojik olarak etkileyen bir yaşam sürecidir (Kömürcü ve ark, 2012; Can ve ark, 2019). Gebeliğin başlangıcından hemen sonra kadının vücudunda meydana gelen, gebelik ve loğusalık dönemi boyunca devam eden değişiklikler, anne ile bebeğinin sağlık durumlarını sürdürebilmelerine, doğum eylemine hazırlanmalarına ve yaşamsal faaliyetlerini sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmelerine katkıda bulunmaktadır (Kömürcü ve ark, 2012; Demir, 2019).

Gebelik döneminde kadının bedeninde genitoüriner sistem başta olmak üzere solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, sindirim sistemi ve kas iskelet sisteminde birçok farklılıklar görülmektedir (Zengin, 2019). Gebelik döneminde kadının bedeninde meydana gelen değişikliklere bağlı olarak bazı fiziksel rahatsızlıklar ortaya çıkabilmektedir. Gebeliğin erken dönemlerinde kadınlarda en fazla sık idrara çıkma, bulantı-kusma, memelerde hassasiyet, burun tıkanıklığı, burun kanaması, üriner sistem enfeksiyonu gibi rahatsızlıklar görülürken; gebeliğin ilerleyen dönemlerinde mide yanması, bacaklarda ödem ve varis şikayetleri, kabızlık ve hemoroid, sırt ağrısı ve bacak krampları, nefes alıp verirken güçlük çekme ve uykusuzluk gibi rahatsızlıklar görülebilmektedir (Akpınar, 2018). Gebelik döneminde kadının bedeninde meydana gelen şikayetlerin çoğunun, hormonal değişimlere ve büyüyen uterusa bağlı olarak meydana geldiği düşünülmektedir. (Demir, 2019). Gebelikte döneminde ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, sağlık ve hastalık kavramlarını birbirine çok yaklaştırmakta ve her gebelik kadın için potansiyel riskli bir durum oluşturmaktadır (İnciser Paşalak, 2016; Köksal, 2016; Zengin, 2019). Gebelik döneminde tüm kadınların %15 kadarında, sağlık bakımı gerektiren ve hayatı tehdit eden bir komplikasyon gelişebildiği belirtilmektedir. Anne ve yenidoğan ölümlerini artıran önemli risk faktörleri arasında anne yaşının 19 yaş altı veya 35 yaş üzeri olması yer almaktadır (Akdolun Balkaya ve ark, 2014; Köksal, 2016). 19 yaşın altında anne olan kadınların, düşük veya ölü doğum yapmaları ve gebeliğin anne ve bebek ölümüyle sonuçlanma riski 20-30 yaş arasında doğum yapan kadınlara göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (Melekoğlu ve ark, 2013).

Adölesan kelimesi çocukluktan erişkinliğe geçişi tanımlamakta ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-World Health Organization (WHO)) adölesan dönemin 10-19 yaşlar arasında olduğunu bildirmektedir. Adölesanlar dünya nüfusunun %30'nu oluşturmakta ve %90'ı gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Adölesan dönem duygu, düşünce ve davranışlarının geliştirilmeye çabalandığı, fizyolojik ve psikolojik yönden değişimlerin yaşandığı, sosyal olgunluğa hazırlanılan yaşamsal bir kriz dönemidir (Sayar, 2017). Bu nedenle de riskli davranışlara yönelmeye ve bunların olumsuz sonuçlarına maruz kalmaya daha açıktırlar. Adölesanların ülkeden ülkeye farklılık gösteren sağlık sorunları arasında istenmeyen gebelikler başta olmak üzere, erken yaşta çocuk sahibi olma, isteyerek düşükler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar sıralanabilmektedir (Melekoğlu, 2012; Aba, 2014).

Adölesan gebeliklerin, sosyal ve fiziksel açıdan hem anneye hem de bebeğe birçok olumsuz etkisi söz konudur. Adölesan gebelikler, bireylerin eğitim hayatlarına devam edememesine, kadınların iş hayatına katılamamasına ve erken yaşta doğum yapan kadınların yaşamları boyunca daha fazla çocuk sahibi olma riski gibi sosyal ve yaşamsal etkileri de olabilmektedir (Evrenol Öçal, 2011; Melekoğlu ve ark, 2013; Abalı ve ark, 2017). Bununla beraber adölesan gebeliklerin anne ve yenidoğanda sağlığı üzereinede birçok olumsuz etkisi söz konusudur. Birçok çalışma adölesan gebeliğin, preeklampsi, eklampsi, aletli vajinal doğum, epizyotomi, doğum sonu kanama, puerperal endometrit, sistemik enfeksiyonlar ve ölüm riskini artırdığını göstermiştir (Şahin,2011). Adölesan kadınlarda maternal mortaliteyi arttıran önemli faktörlerden bir taneside anemidir (Bulut ve ark., 2008). Adölesan gebelerin hem kendi fiziksel gelişimlerinin hem de fetüsün büyüme ve gelişiminin beraber olması demir depolarının hızla tüketilmesine neden olmaktadır. Gebelikte anemi enfeksiyonlara yatkınlığın artmasına ve doğum sonu kanamalar tolerasyonun azalmasına sebep olmaktadır (McIntyre, 2006; Sayar, 2017). Adölesan gebelerin yeterli doğum öncesi bakım (DÖB) alması gebelik ve doğum eylemine bağlı olarak ortaya çıkabilecek komplikasyon ve olumsuz sağlık sonuçlarının azaltılmasında en önemli etmen olarak değerlendirilmektedir (Yılmaz ve ark,2018). Ancak literatürde yer alan çalışmalarda adölesan gebelerin yeterli doğum öncesi bakım alama oranlarının 20-30 yaş arasındaki gebelere göre daha az olduğunun belirtmektedir (Sully ve ark, 2019; Aydın, 2013). Adölesan gebeliklerin neonatal etkilerinde ise preterm doğum, düşük doğum ağırlığı (DDA), küçük gestasyonel yaş (KGY) ve neonatal ölüm gibi riskler yer almaktadır. Ayrıca non-kromozomal doğum defektleri,

çeşitli derecelerde işitme kaybı (olasılık oranı %1,28) ve gastroşizis (%7,18) gibi neonatal komplikasyon risklerini arttırdığı belirtilmektedir (Minjares-Granillo ve ark, 2016; Abalı ve ark, 2017).

Adölesan gebelik belli başlı bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde de adölesan gebeliklere sık rastlanmaktadır Adölesan dönemdeki kadınların gebelik, doğum, bebek bakımı ve anne olma konularındaki bilgileri adölesan olmayan kadınların bilgilerine göre yetersiz olmakta, bu nedenle de yaşanan gebelikler adölesanların kendi fiziksel sağlıklarının yanında yenidoğan ve aile sağlığına da ciddi yükler getirmektedir. Bu araştırmada adölesan ve yetişkin gebeliklerde, gebelik, doğum ve yenidoğana ilişkin özelliklerin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma Soruları:

- Adölesan ve yetişkin gebelerin maternal sonuçları arasında farklılık var mıdır?
- Adölesan ve yetişkin gebelerin yenidoğan sonuçları arasında farklılık var mıdır?

1. GENEL BİLGİLER

1.1. GEBELİK

Gebelik son adet tarihinin ilk gününden itibaren 280 gün veya 40 haftalık bir süreçtir (Taşkın, 2016). Gebelik kadının hayatı boyunca karşılaştığı önemli yaşam olaylarından birisidir. Anne adayı 40 haftalık gebelik süresince anatomik, fizyolojik ve psikolojik birçok değişiklik yaşar. Bu değişiklikler anne ile fetüsün sağlık durumunu en iyi şekilde sürdürebilmelerini, metabolik faaliyetlerini devam ettirebilmelerini ve doğum eylemine hazırlanmalarını sağlar (Nazik, 2005; Kömürcü ve ark,2012 Demir, 2019).

Gebelikle birlikte artış gösteren östrojen ve progesteron hormonları tüm vücudu etkilemekte ve vücut buna uygun uyum mekanizmaları geliştirmektedir (Lowdermilk et al., 2016; McKinney et al., 2018). Kadının üreme organlarında yoğun değişimler yaşanmaktadır (Ward ve Hisley, 2009). Gebeliğin ilk dönemlerinde östrojenin etkisiyle uterusta ağırlık, genişlik, derinlik, boyut ve hacimde artış meydana gelmektedir. Uterusun ağırlığı yaklaşık 70 gr iken gebelikte 1100-1200 gr olur ve kan hacmi ise gebeliğin son dönemlerinde 5000 ml düzeyine ulaşmaktadır (Ricci, 2013). Memelerdeki değişimler konsepsiyondan hemen sonra başlamaktadır. Pigmentasyondaki artışla birlikte areolada koyulaşma, östrojen ve progesteronla birlikte Montgomeri tuberküllerinde genişleme ve meme uçlarının daha belirginleşmesi gibi değişimler meydana gelmektedir (Mattson ve Smith, 2016; McKinney ve ark, 2018). Serviks dokusu vaskülarizasyonda ve hormonal artışla birlikte fetüsün doğumuna izin verecek şekilde esnemeye ve yumuşaya başlar. Özellikle de progesteronun etkisiyle vajinal akıntı fetüsün bakteriyel enfeksiyonlardan korunması amacıyla katılaşarak servikal osun kapanmasını sağlamaktadır (Witten ve ark, 2018).

Fizyolojik uyumun en fazla yaşandığı sistem kardiyovasküler ve hemodinamik sistemdir. Hemodinamik değişikliklerde başlıca uyum mekanizmaları kardiyak outputta, plazmada, kan volümünde ve sistemik vasküler rezistansta artış ile kan basıncında olan azalmadır. Sağlıklı bir gebelikte damarlarda ortaya çıkan vazodilatasyonda artış yaşanırken, kan basıncında düşme meydana gelmektedir (Lopes van Balen ve ark, 2017). Gebeliğin ilk haftasıyla birlikte plazma ve kan

hacminde artış başlamakta ve üçüncü trimesterde en yüksek düzeye çıkmaktadır. Gebelik boyunca plazma hacminde %45,6'lık bir artış olduğu tespit edilmiştir (De Haas ve ark., 2017). Serebral fonksiyonların ve sinir sisteminin gebelikteki fizyolojik uyumu diğer organ ve yapılara oranla benzersizdir. Sinir sistemindeki en önemli uyum mekanizması dolaşımdaki vazoaktif faktörlerin etkisinin ortadan kalkmasıdır. Gebelik sırasında sinir sistemi tarafından kemokinler, sitokinler, stereoidler ve büyüme faktörleri de dahil olmak üzere yüksek miktarda hormon salgılanmakta ve bu hormonlar özellikle plasenta, overler, uterusu etkilemektedir (Johnson ve Cipolla, 2015).

Gebelik dönemi yaşanılan fizyolojik değişimlere ek olarak, kadınlara yeni rollerine de uyum sağladıkları gelişimsel bir kriz dönemidir. Gebelik kadınlar için mutluluk, doyum, neşe gibi olumlu duyguların yanında stres, kaygı, endişe gibi olumsuz duygu durumlarının da kaynağı olabilir. Gebelik sürecinde anne adayının yaşadığı duygular ve olaylara verdiği tepkiler trimesterlere göre farklılık gösterir (Terzioğlu, 2016). Gebeliğin ilk trimesterde yorgunluk hissetmesi, bulantı kusma gibi fiziksel rahatsızlıkların ortaya çıkması anne adayını ruhsal olarak daha da sıkıntılı bir noktaya getirir hatta gebeliği istememesine neden olabilir (Taşkın, 2009). İkinci trimester gebeliğin diğer dönemlerine göre ruhsal sorunların görülme oranının en düşük olduğu dönemdir. Anne adayı fiziksel ve mental olarak kendini daha iyi hisseder ve gebeliğe uyum sağlamaya başlar (Şahin, 2015). Üçüncü trimesterde doğum eylemine ilişkin korku, bebeğin doğum sırasında zarar görebileceğine ilişkin endişe, doğum sancısına ilişkin korku, ölüm korkusu gibi nedenler gebenin stres yaşamasına ve ambivalan duyguların tekrar ortaya çıkmasına yol açar. Bu dönemde anne adayının duyarlılığı ve duygusal bağımlılığı artar. Eş desteğinin olması önemlidir (Özorhan, 2016). Kadınların çoğu gebeliğe bağlı oluşan psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken bazı kadınlarda çeşitli seviyelerde ruhsal problemler görülebilmektedir. Kadının içinde bulunduğu ruhsal durum gebeliğin seyrini etkileyebildiği gibi, gebelikte kadının ruhsal ve duygusal yaşantısı üzerinde etkili olmaktadır (Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011; Yıldız, 2011).

1.2. YETİŞKİN GEBELİK

Gebelikte döneminde ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, sağlık ve hastalık kavramlarını birbirine çok yaklaştırmakta ve her gebelik kadın için potansiyel riskli bir durum oluşturmaktadır (İnciser Paşalak, 2016; Köksal, 2016; Zengin, 2019). Kadının bu süreçleri sağlıklı geçirmesi kendi sağlığının yanında yenidoğan sağlığını ve buna bağlı olarak da gelecek toplumların sağlığını da etkilemektedir. Bu nedenle sağlıklı nesiller yetiştirmenin en önemli koşulu kadınların sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem geçirmesidir (Aslan, 2019). Kadınların biyolojik, psikolojik ve sosyolojik bakımdan dünyaya sağlıklı çocuk getirme yaşları 20-34 yaş arasıdır. 19 yaş altı veya 35 yaş üstü gebeliklerin anne ve bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkilediği, ölüm ve sakatlık oranlarını arttırdığı belirtilmektedir (Taşkın, 2016). Özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tüm gebeliklerin %15-20'sini 20 yaş altı gebeler, %14'ünü ise 35 yaş üstü gebelerin oluşturduğu belirtilmektedir (Şahin, 2011). Ülkemizde yapılan Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'na göre anne ölümlerinin %28,4' ü adölesan ve ileri yaş gebelerde meydana gelmektedir (Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005). Anne yaşının, gebelik döneminde ortaya çıkabilecek komplikasyonların anahtar bir parametre olduğu değerlendirilmektedir (Oliveira ve ark, 2013).

Gebelik için ideal yaş aralığında (20-30 yaş) bulunan kadınlarda adölesan ve ileri yaş gebelerine oranla gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde karşılan obstetrik ve neonatal komplikasyonların daha az olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda adölesan ve ileri yaş gebelerde preterm eylem, düşük doğum ağırlıklı bebek ve gebelik hipertansiyonu oranlarının yetişkin gebelere oranla daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Azevedo ve ark, 2015). Bunun yanında konjenital anomali, getasyonel diyabet, plasenta previa ve sezaryen sıklığının kadının yaşı ile doğru orantılı olarak arttığı belirtilmektedir (Cleary-Goldman ve ark, 2005). Ayrıca 19 yaş altında doğum yapan kadınların yetişkin gebelere oranla, emzirme konusunda isteksiz olduğu, bebeğin sağlığına dikkat etmediği ve okul öncesi eğitime önem vermediği belirtilmektedir. Bununla birlikte bu yaş grubunda bulunan annelerin bebeklerinin sorumluluğunu daha geç aldığı ve sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda daha fazla zorluk yaşadıkları gösterilmiştir (Aydın, 2013).

1.3. ADÖLESAN GEBELİK

Adölesan dönem, geniş anlamıyla kişinin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşadığı, çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel, psikolojik ve hormonal değişiklikler sonucu bireyin üreme yeteneği kazandığı bu dönem DSÖ tarafından 10-19 yaşları arasındaki dönem olarak tanımlanmaktadır (Uzun ve Orhon, 2013; WHO, 2018). Adölesan dönemi kendi içerisinde gelişimsel olarak; erken adölesan dönem (10-13 yaş), orta adölesan dönem (14-16 yaş) ve geç adölesan dönem (17-19 yaş) olarak ayrılmıştır (Sawyer ve ark, 2012).

Erken adölesan dönem (10-13 yaş), fiziksel değişimin başladığı ve sekonder seks karakterlerinin oluşmaya başladığı dönemdir. Bu dönemde, adölesan birey gelişmeye başlayan vücudunu merak etmeye ve dış görünüşüne uyum sağlamaya çalışmaktadır. Aynı zamanda sosyal olarak birey anne babadan uzaklaşıp akran ilişkileri kurmaya başlamıştır (Christie ve Viner, 2005). Orta adölesan dönemde (14-16 yaş) cilt altı yağ dokusunun artmasıyla vücut şekillenmeye başlamıştır ve ilk adet bu dönemde görülebilmektedir. Kişiliğin ve cinsel kimliğin oluşmaya başlaması bu dönemin temel özelliğidir. Soyut düşünme, kendi davranışının sonuçlarını anlayabilme ve problem çözme becerileri artmıştır (Parlaz ve ark., 2012). Geç adölesan dönem (16-19 yaş) ise büyüme ve cinsel gelişimin tamamlandığı dönemdir. Beden imajı ilgili kaygılar sona ermiştir. Birey bu dönemde kararlarının ve seçimlerinin geleceğini etkileyebileceği bilincine sahiptir. Ayrıca sosyal olarak özerktir ve aile ile çocuk-ebeveyn ilişkisinden ayrılıp yetişkin olarak iletişim kurmaya başlamıştır (Parlaz ve ark., 2012).

Yapılan çalışmalarda sosyo-ekonomik düzeyi düşük 16-19 (geç adölesan dönemi) yaş grubundaki adölesan bireylerin, aynı yaş grubundaki sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan adölesan bireylere göre yüksek oranda cinsel ilişki deneyimine sahip oldukları ve gebelik riskleri hakkında daha az bilgi sahibi oldukları, dolayısıyla daha fazla sayıda gebe kaldıkları bildirilmektedir (Başer, 2000). Adölesan dönem fiziksel ve hormonal değişimlerin hızla gerçekleştiği bir süreçtir. Adölesanların partnerlerinin cinsel ilişkiye girmeyi talep etmesi, adölesanların cinsel ilişkiyi merak etme dürtüleri, cinsel hayatları aktif olan arkadaşlara sahip olmalarına bağlı olarak kendilerinin de bu deneyimi yaşama isteği ve alkol ya da ilaç kulanmış olma gibi

sebeplerle erken veya bilinçsiz olarak cinsel aktiviteye başlayabilmektedirler. Bu durum bazı olumsuz sonuçları da beraberinde getirmektedir (O'Toole ve ark, 2008; Çelik ve ark., 2013).

Sekonder seks karakterlerinin gelişmeye başladığı ve doğurganlığın kazanıldığı dönem olarak belirtilen adölesan dönemde gerçekleşen gebelikler ve doğumlar diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı problemidir. Dünyada 15-19 yaşlarındaki yaklaşık 16 milyon kadın ve 15 yaş altı yaklaşık iki milyon kadın her yıl düşük ve orta gelirli ülkelerde ne yazık ki halen doğum yapmaktadır (WHO, 2018). Ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK)' nun 2017 verilerine göre adölesan doğurganlık hızı binde 25 olarak belirlenmiştir (TÜİK, 2017).

DSÖ 18 yaşın altını ve 35 yaşın üstünü gebelik açısından riskli olarak tanımlamaktadır (WHO, 2015). Gebeliğin annede yarattığı metabolik, hemodinamik ve psikolojik değişikliklerin adölesan döneminde yarattığı problemlerle birleşmesi adölesan gebelikleri başka bir problem olmasa bile riskli gebelik durumuna sokmaktadır (Malabarey ve ark, 2012). Doğurganlığın başlamasıyla birlikte henüz gelişimini tamamlamamış olan adölesan; gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemle ilişkili tüm komplikasyonlar açısından risk altında olup anne ve bebek açısından önemli sosyal ve sağlık problemleri beraberinde getirmektedir (Kütük, 2012; Taşkın, 2016). Yapılan çalışmalarda adölesan gebeliklerde beslenme yetersizliği, preeklampsi ve anemi; yenidoğanla ilgili ise DDA, KGY, konjenital anomali riski, artmış neonatal mortalite ve doğum sonrası dönemde emzirme problemlerinin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Uzun ve Orhon, 2013; Aydın, 2013; Taşkın, 2016, Koç ve Cetişli, 2017). Adölesan doğumlarda DDA, prematürite ve erken membran rüptürüne bağlı olarak ortaya çıkan enfeksiyonlar perinatal ve neonatal mortaliteyi arttırmaktadır. Bununla birlikte perinatal ve neonatal mortaliteyi arttıran diğer sebepler arasında adölesan gebeliklerin yetersiz antenatal ve obstetrik bakım hizmeti alması, eğitim ve sosyoekonomik düzeylerinin düşük olması sayılabilir (Holness, 2014).

Adölesan dönemdeki gençlerin riskli davranışlara eğilimli olmaları, güvenli cinsel ilişki ve korunma yöntemleri hakkındaki bilgi düzeylerinin yetersiz olması gibi nedenlerle adölesan gebeliklerin ortaya çıkma olasılığı yüksektir. Bu nedenlerle

oluşan gebelikler sadece adölesan bireylerin yaşamlarını değil, aileye, topluma ve dünyaya gelecek olan yenidoğana da birtakım problemler yaşatmaktadır (Demiröz ve Canbulat 2008). Adölesan kadınlarla yapılan bir çalışmada kadınlar, yoğun olarak yalnızlık ve çaresizlik duygusu yaşadıkları, yenidoğan ve kendilerine ilişkin bakım konusunda yardıma ihtiyaç duyulduklarını belirtilmişlerdir (DeVito, 2010).

1.3.1. Adölesan Gebeliklerin Epidemiyolojisi

Adölesan gebelik görülme sıklığı dünya ülkelerinde gelenekler, din, aile yapısı, evlenme yaşı, aile planlama yöntemi kullanımı, eğitim düzeyi ve ekonomik durum gibi nedenlere bağlı olarak %3,2-42 arasında değişmektedir (Şen ve Kavlak, 2011). Tüm dünya genelindeki gerçekleşen doğumların %10'u adölesan gebeler tarafından gerçekleştirilmekte ve her yıl yaklaşık 70.000 adölesanın, gebelik ve doğumda meydana gelen komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybettiği belirtilmektedir (McIntyre, 2006; Chandra-Mouli ve ark,2013). DSÖ verilerine göre gelişmekte olan ülkelerde her yıl 21 milyon adölesan gebelik gerçekleşmekte ve bunun 12 milyonu doğum ile sonuçlanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde 15 yaşın altındaki adölesanlarda 777.000 kadar doğumun gerçekleştiği bildirilmektedir (WHO, 2020). Ayrıca yılda tüm dünyada 15-19 yaş arası 16 milyon, 15 yaş altı ise 2 milyon adölesan gebe kalmaktadır (Chandra-Mouli ve ark, 2013; Aydın, 2013). Bununla birlikte, bölgeler arasında adölesan doğum oranlarında büyük farklılıklar mevcuttur. Bazı Sahra altı Afrika ülkelerinde adölesan gebelik oranı ‰143 iken, Güney Kore'de ‰2,9'a kadar düşmektedir (Papri ve ark, 2016). DSÖ 2014 yılı raporunda, küresel adölesan doğum oranının 15-19 yaş arasındaki adölesanlarda ‰49 olduğunu belirtmiştir (WHO, 2014). Diğer bir deyişle gelişmiş ülkelerde 18 yaşın altında her beş kız çocuğundan biri, gelişmemiş ülkelerde ise her üç kız çocuğundan biri doğum yaptığı sonucuna ulaşılmaktadır (Aydın, 2013).

Ülkemizde ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 yılı verilerine göre toplam nüfusun %26'sı adölesan birey olmakla birlikte, 15-19 yaş arasındaki adölesan bireylerin %16'sı evli ve %5'i ise çocuk sahibidir ve bu oran yaş arttıkça artmaktadır (TNSA, 2014). TUİK 2017 yılında güncellenen verilerine bakıldığında 15-19 yaş grubu doğurganlık hızı binde 19 olarak belirlenmiştir. TNSA 2018 sonuçlarına göre adölesan gebelik yıllara göre azalmaktadır. Aynı sonuçlara göre adölesan dönemde olan kadınların yaklaşık %4'ü çocuk doğurmaya başlamıştır:

%3'ünün 1 canlı doğumu vardır, %1'i ise araştırma tarihinde ilk çocuğuna gebe olduğu belirtilmektedir (TNSA, 2019).

Türkiye'de tüm doğumların yaklaşık %20'si riskli olarak kabul edilen 20 yaş altında ve 35 yaş üzerinde görülmektedir. Ülkemizde, resmi evlenme yaşı 18'dir. Bu nedenle 17 yaşından küçük gebelikler daha az sıklıkta görülürken, adölesan gebelik sayısı 18 yaşından sonra belirgin bir şekilde artış göstermektedir. 19 yaşındaki kadınların yüzde 16'sı ise çocuk sahibi olmuş veya ilk çocuğuna gebedir. Erken yaşta çocuk sahibi olma ile adölesanların eğitim düzeyleri arasında ters yönde bir ilişki mevcuttur. Okuma yazma bilmeyen veya ilköğretimi tamamlamamış kadınların %17'si adölesan dönemde çocuk sahibiyken; bu oran en az ilkokulu bitirmiş adölesan kadınlar arasında %8'dir. Sosyo-ekonomik gelir düzeylerine bakıldığında, adölesan kadınların çocuk sahibi olmaya başlama oranları orta, düşük ve en düşük sosyo-ekonomik gelir seviyesine sahip ailede yaşayan adölesanların %6-8'inin, yüksek sosyo-ekonomik gelir seviyesine sahip ailelerde yaşayan adölesanların ise %3'ünden azının çocuk sahibi olduklarını göstermektedir (TNSA, 2013).

1.3.2. Adölesan Gebeliklerin Nedenleri

Adölesan dönemin getirdiği ruhsal, fiziksel ve sosyal değişimlere adapteolmaya çalışan adölesan bireyin cinsel ihtiyaçları bu dönemde ön planda olmaktadır (Şen ve Kavlak, 2011). Cinsel gelişimini erken yaşta tamamlayan, cinsellikle ilgili yeterli bilgiye sahip olmayan adölesan birey riskli cinsel davranışlara yönelmektedir (Başer, 2000; Şen ve Kavlak, 2011). Gelişmiş ülkelerde evlilik öncesi yaşanan cinsel deneyim sonucunda, gelişmekte olan ülkelerde ise kültürel yapı ve gelenekler nedeniyle erken yaş evlilikleri bunun sonucunda erken gebelikler görülebilmektedir (Bulut ve ark., 2008). İlk menarş yaşı, cinsel ilişki sıklığı, evlilik durumu, çiftlerin birbirleri ile iletişimi, aile yapısı, sosyoekonomik düzey, sosyal destek ağları gibi faktörlerin de adölesan gebeliklerin oluşmasında etkisi olduğu bilinmektedir (Demir ve ark., 2000).

Gelişmiş ülkelerde adölesan bireylerin gebe kalmalarının temel sebebi evlilik dışı cinsel aktivite ve planlanmayan gebeliklerdir. Adölesan dönemde evlilik dışı yaşanan cinsel deneyim, istenmeyen gebelikler ve buna bağlı olarak görülen istemli

düşük gibi olumsuzlukları ortaya çıkmaktadır. Yapılan çeşitli araştırmalar sonucunda Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde adölesan gebelikler sosyo-kültürel yapı, dini inanışlar, gelenekler ve düşük eğitim seviyesi nedeniyle oluşan adölesan çağdaki evlilikler sonucu meydana gelmektedir (Klein, 2005; Bulut ve ark., 2008). Gelişmekte olan ülkelerde kadınların okur-yazar olma oranı ve eğitim düzeyi erkeklere oranla daha düşüktür. Eğitim seviyelerinin düşük olması ve yaşadıkları toplumun kültür yapısı, erken yaşta evlilik ve çocuk doğurma oranlarını arttırmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde evlenmeden gebe kalan genç kadın, ailesi ve çevresi tarafından reddedilme riskini taşır (Başer, 2000).

Adölesan dönemindeki kız çocuklarında meydana gelen gebeliklerin hem kişisel hem de toplumsal nedenleri bulunmaktadır. Adölesanın yaşadığı sosyal çevre, ailesinin kültürel yapısı ve refah düzeyi erken yaşta evlilik oranını arttırarak, adölesan gebelik görülme riskini belirgin düzeyde arttırmaktadır (Çağatan, 2015). Sosyoekonomik düzeyi düşük olan aileden gelen adölesanların korumasız cinsel ilişkide bulundukları ve daha yüksek oranda cinsel ilişkiye girdikleri bildirilmiştir. Bu nedenle sosyoekonomik düzeyi düşük adölesanlarda gebelik yüzdesi yüksek olarak saptanmaktadır (Bulut ve ark., 2008). Aile Yapısı Araştırması 2006 verilerine göre sosyoekonomik düzeyi düşük olan adölesanların sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlara göre üç yıl daha erken evlendikleri bildirilmiştir (Bulut ve ark, 2008).

1.3.3. Adölesan Gebeliklerin Komplikasyonları

Adölesan gebeliğe yol açan nedenler ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte aynı ülkelerde farklı bölgeler arasında dahi değişiklik göstermektedir. Bu nedenle adölesan kadınlarda görülen gestasyonel komplikasyonları inceleyen çalışmalarda, adölesanlığın getirdiği biyolojik etkilerin, dezavantajlı sosyal gruba ait olmanın yaratabileceği risklerden ayırt edilmesi gerekmektedir. Son yıllarda bu düşüncenin oluşmasından sonra yapılan çalışmalarla adölesan gebeliğe ait riskler ile ilgili bilgiler değişmeye başlamıştır. Yapılan çalışmalarda adölesan gebelik, düşük, intrauterin fetüs ölümü, erken doğum, erken membran rüptürü, intra uterin gelişme geriliği (IUGR), sezaryen oranının artması, doğum sonu kanama ve enfeksiyon riskinin artması, anemi ve idrar yolu enfeksiyonu riskleri ile ilişkilendirmiştir ve son dönemde gebeliği etkileyen diğer faktörlerin eklendiği çalışmalarda bu ilişkilerin bir

kısmı sorgulanmaya başlanmıştır (Kütük, 2012). Malabarey ve ark. genç adölesan kadınların obstetrik sonuçlarını inceleyerek 15 yaşından küçük gebelerde IUGR, çok düşük doğum ağırlıklı bebek, düşük doğum ağırlıklı bebek, erken doğum ve neonatal ölüm riskinin 15 yaş üzerindeki gebelerden anlamlı derecede yüksek olduğunu belirtmiştir (Malabarey ve ark, 2012).

Adölesan yaştaki kadınlarda anemi ve preeklempsi oluşma oranı yüksektir. Spontan abortus, korpus luteum kistleri, gestasyonel trafoblastik hastalıklar, ektopik gebelik ve septik abortus sıklıkla adölesan gebelerde görülen risklerdir. 15-19 yaş kadınlarda anne yaşına bağlı olarak yetersiz beslenme, anemi, yetersiz sosyo-ekonomik gelir düzeyi, olumsuz sağlık koşulları, tütün, alkol ve bağımlılık yapıcı madde kullanımı ve genital enfeksiyonlar nedeni ile obstetrik riskler görülmektedir. En sık preterm doğum, gelişme geriliği, preeklemsi meydana gelmektedir (Ayyıldız ve ark., 2015).

Adölesan kadınlarda yetişkin kadınlara göre fetal membranların açılması %95 oranında doğum eyleminin başlamasına neden olmaktadır. Bununla beraber adölesan kadınların iç genital organları gelişiminin tamamlanmaması doğum sırasında yetişkin gebelere göre daha kolay travmatize olmasına ve uterusun kontraksiyon gücünün zayıf olması atoni gelişmesini neden olabilmektedir (Karakaya, 2004; Dalkıran, 2018). Adölesan kadınlarda yetişkinlere oranla tütün ve uyuşturucu madde kullanımı daha fazla görülmektedir. Gebelikte tütün ürünlerinin kullanımı IUGR, perinatal mortalitenin artmasına ve abortusa neden olmaktadır ve sigara kullanan kadınların bebeklerinin üçte biri düşük doğum kilosuna sahip, altıda biri ise erken doğmaktadır (Mahmutoğlu, 2017).

1.3.3.1. Prematür Doğum

Adölesan kadınların doğumlarında prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebek sık görülmekte ve bu durumda neonatal ve yenidoğan mortalitesi, konjenital malformasyonlar, motor ve mental gelişme gerilikleri, körlük ve sağırlık riski artmaktadır. Ayrıca bu bebekler epilepsi, serebral palsi, retardasyon, konjenital defektler görülme durumuna, zihinsel ve fiziksel engelli olmaya da adaydırlar (Bulut ve ark., 2008). Prematür doğumların en başta gelen sebepleri fetal sebepler (konjenital anomali, sepsis), maternal sebepler (plasental, uterin) ve aralarındaki

kompleks etkileşim sonucu oluşmaktadır. Genelde prematür doğum birkaç nedenin birlikteliği ile meydana gelmektedir. Prematür doğumların bir kısmının ise sebebi bilinmemektedir. Prematür doğum, IUGR ve düşük sosyoekonomik durum arasında güçlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Yurdakök, 2003).

Amerika, Kanada ve Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmada orta derece prematüre, geç prematüre doğum oranları tüm doğumlar arasında %4,4 ile %10 arasında değişmektedir (XAnath ve ark, 2013). ABD'de 2011 yılında doğan 4 milyona yakın canlı doğumun %11,7'sini pretermatür bebekler oluşturmaktadır. Ülkemizde 2010 yılında adölesan kadınlar üzerine yapılan bir çalışmada prematür doğum oranı %28,4 olarak bulunmuştur (Edirne ve ark., 2010). Yine ülkemizde 2009 yılında yapılan başka bir çalışmada adölesan kadınlarda prematür doğum oranı %53 civarında görülmüştür (Yıldızhan ve ark., 2009).

1.3.3.2. Erken Membran Rüptürü

Erken membran rüptürü (EMR); fetal zarların doğum başlamasından en az bir saat önce yırtılması olarak adlandırılmaktadır. Eğer zarların yırtılması 37. gebelik haftasından önce olursa buna Prematür Erken Membran Rüptürü (PEMR) denilmektedir. Bunun önemi fetusu dış ortamdan koruyan ve enfeksiyonlara karşı önleyen koruyucu ortamın ortadan kalkmasıdır. Bu bariyerin kalkması sonucu enfeksiyon gelişmekte ve bu da preterm doğuma yol açmaktadır (Karakaya, 2004). Adölesan kadınların yeterli biyolojik olgunluğa ulaşamadan gebe kalmaları olumsuz perinatal sonuçların görülmesine neden olmaktadır. Adölesan dönemde uterus ve serviksin yeterli düzeyde kanlanamaması subklinik enfeksiyonlara, interlökinlerde ve prostaglandin üretiminde bir artışa, amnio koriodesidual inflamasyona ve bunun sonucunda PEMR ve preterm doğum insidansında artışa neden olabilirmektedir (Marković ve ark, 2020).

Adölesan kadınların gebeliklerinde EMR riski, yetişkin kadınların gebeliklerine göre daha sık meydana gelmekte ve bu gebeliklerin %95 kadarı preterm eylem ile neticelenmektedir (Karakaya, 2004). Ayrıca adölesan kadınlarda yetişkin kadınlara göre daha fazla görülen PEMR prematür yenidoğan, perinatal enfeksiyonlar, oligohidroamnioz ve fetal pulmoner hipoplazi gibi perinatal komplikasyonlara neden olabilmektedir (Kimya ve ark, 2008). 18 yaş ve altı 2.357

gebe kadınla yapılan bir çalışmada, en fazla kaydedilen maternal komplikasyon %20,3 ile PEMR olduğu ve bunu %7,1 ile preeklampsi, %7,1 ile tiroid hastalıkları, %3 ile kalp hastalıkları ve %2 ile idrar yolu enfeksiyonları gibi komplikasyonların takip ettiği belirtilmiştir (Nili ve ark, 2002). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise gebe adölesan kadınlarda PEMR görülme riskinin gebe yetişkin kadınlardan ortalama 1,85 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Aslan Çetin ve ark, 2019).

1.3.3.3. Preeklampsi ve Eklampsi

Preeklampsi gebeliğin 20. haftasından sonra olan hipertansiyon ve bununla birlikte proteinürinin bulunması olarak tanımlanmaktadır. Tüm gebeliklerin yaklaşık %10'unda hipertansiyon görülmektedir. Hipertansiyon gebe kadınlarda mortaliteyi arttırmakta ve bunun da maternal mortalitenin %16'sından sorumlu olduğu bildirilmiştir (Khan ve ark, 2006). Gebeliğin 20. haftadan sonra gelişen hipertansiyondan sonra eğer preeklampsi gelişmez ve doğumdan 12 hafta sonrasında kan basıncı normale gelirse buna geçici hipertansiyon denir. Kardiyovasküler sistem ve böbrek hastalığı olanlarda da preeklampsi insidansı artmaktadır. Irk, cins ve genetik yatkınlıkta preeklampsi görülme ihtimalini arttırmaktadır. Ektopik gebeliklerde de preeklampsi görülmektedir (Worley ve ark, 2008).

Henüz gelişimi devam etmekte olan adölesan gebelerde etyolojide artmış metabolizma, düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim seviyesi, antenatal bakım yetersizliği preeklampsi riskini daha da arttırmaktadır (Karakaya, 2004). Preeklampsiye jeneralize tonik-klonik konvülzyon eşlik etmesine eklampsi olarak tanımlanmaktadır. Eklampsi öncesi preeklampsi gelişir ve çoğunlukla gebeliğin 3.trimestrında oluşur. Önemli derecede gebelerde mortalite nedenidir. Eklampsinin nedeni tam olarak aydınlatılamamıştır. Sebepleri arasında hipertansiyon nedeniyle beyin kan akımında artmaya bağlı beyin damarlanmasında vazokonstriksiyon, beyin kanlanmasının azalması ve beyinde iskemi sayılabilir. Ayrıca iskemiye bağlı hücre ölümü ve sitotoksik ödem gelişmektedir (Chames ve ark, 2002). Ülkemizde yapılan iki ayrı çalışmanın birinde hem preeklampsinin hem de eklampsinin adölesan dönemde arttığı (Aksit ve Turpculu, 2003), diğerinde ise preeklampsi gelişiminin %14,5 gibi yüksek bir orana ulaştığı bildirilmiştir (Özalp ve ark., 2003). Başka bir

çalışmada adölesan gebelerde eklampsinin gelişme oranı anlamlı derecede yüksek saptanmıştır, fakat HELLP (**H**emolysis, **E**levated **L**iver Enzymes, **L**ow **P**latelet) sendromu ve preeklampsi gelişme oranında anlamlı fark görülememiştir (İngeç ve ark., 2005; İmir ve ark., 2008). Farklı bir çalışmada ise adölesan kadınlarda preeklampsi daha sık olarak görülmüştür. Burada preeklampsinin daha sık görülmesi, immatür immun sistem ve koryonik villusları bloke eden antikorların azlığı ile açıklanabilmiştir (Canbaz ve ark., 2005).

1.3.3.4. Gestasyonel Diabet

Gebeliğe bağlı diabetes mellitus, gebelikte ortaya çıkan glukoz metabolizma bozukluğu olarak tarif edilmektedir. Gebeliğin indüklediği diyabet hem bebek için hem de anne için önemli komplikasyonlara neden olmaktadır. Bunlardan en önemlisi fetüsün aşırı büyümesidir. Gestasyonel diyabette annede bulunan hiperglisemi bebekte hiperinsulizme yol açmaktadır. İnsulin fetusta somatik büyümeyi arttırarak makrozomik bebek gelişmesine neden olmaktadır (Bao ve ark, 2014).

Normal şartlar altında gestasyonel diyabet ileri yaş gebeliklerde görülmesine rağmen yüksek riskli grupta olan, normal kiloda olmayan ve 1. derece akrabalarında tip 2 diyabet öyküsü olan ya da bozulmuş glikoz toleransı öyküsü olan gebeler riskli grup olarak değerlendirilmektedir. Adölesan kadınlarda yüksek riskli grupta yer aldığı, beslenme düzensizliklerine bağlı obezite ve bozulmuş glikoz toleransı ya da ailelerinde tip 2 diyabet öyküsü bulunması gibi durumlar nedeniyle gestasyonel diyabet açısından riskli grup içerisinde bulunmaktadır. Diyabeti olan gebe kadının bebeğinde de hiperinsülinizm vardır. Yani yenidoğan kan şekeri düzeyi çok düşük seviyelerde olabilmektedir. Hiperinsülinizm yenidoğanda çeşitli problemlere neden olabilmektedir. Yenidoğanda bazı organların yaşam faaliyetlerinin ve gelişimlerinin bozulması, akciğerlerde hyalin membran hastalığı, hiperbilirubinemi, makrozomi ve polisitemi görülebilmektedir. Ayrıca diyabet abortusa, intrauterin fetüs kaybına, konjenital anomali görülme riskinin artışına, IUGR ve neonatal hipoglisemiye sebep olabilmektedir (Aksu ve Yurtseven, 2009). Sayın ve ark. (2007)'nın 576 gebe kadın üzerinde yaptıkları çalışmada 24- 26. gebelik haftasında, gestasyonel diyabet tanısı konmuş olan kadınlara oral glikoz tolerans testi (OGTT) uygulayıp, kontrol

grubundaki kadınlara nazaran glikoz ve glikolize hemoglobin (HbA1c) seviyelerinin fazla, yenidoğanlarının iri bebek, yenidoğan sarılığı, yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınma ve yenidoğan mortalitesi oranlarının anlamlı derecede fazla, doğum haftaları ve 1. dakika Apgar skorlarının ise düşük olduğunu saptamışlardır (Sayın ve ark,2007).

1.3.3.5. Anemi ve Vitamin-Mineral Eksikliği

Anemi adölesan kadınlarda yetişkin kadınlara göre daha fazla görülen bir durumdur (Desdicioğlu ve Malas, 2006). Zaten prematür doğum açısından riskli olan adölesan kadınların gebeliğine aneminin de eklenmesi bu riski daha da arttırmaktadır. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde artmış adölesan gebelikle beraber bu gebelerin %50'sinde anemi tespit edilmiştir. Yetersiz beslenme, adölesan kadınlarda E vitamini, A vitamini, magnezyum ve B12 vitamini eksikliğine ve buna bağlı olarak oluşan demir ve folik asit eksikliği anemisine veya varolan aneminin daha da şiddetlenmesine neden olmaktadır (McIntyre, 2006).

Adölesan gebelerin hem kendilerinin hem de fetüslerinin büyüme ve gelişiminin beraber olması demir, vitamin ve mineral ihtiyacını daha da önemli hale getirmektedir (Gör Uslu ve Çoban,2020). Adölesan dönemde yetersiz beslenme ve obezite gibi sorunların yaşanma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir. Bu nedenle adölesan dönemdevitamin ve minereal yetersizliği ve anemiye bağlı olarak ortaya çıkan maternal ve neonatal sağlık sorunlarıyla da daha fazla karşılaşılmaktadır (Sayar, 2017). Ülkemizde yapılan bir çalışmada adölesan gebelerde anemi oranını yetişkin gebelerden daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Keskinoğlu ve ark, 2007). Anne yaşından bağımsız olarak gebelikte ortaya çıkan demir eksikliği anemisi, erken doğum eylemi riskini iki kat, düşük ağırlıklı bebek doğurma riskini üç kat, doğum sonu dönemde enfeksiyonlara yakalanma riskini 3-4 kat artırmakta, gebelik ve doğum sırasında önemli kardiyolojik sorunlara neden olmaktadır (Kaya ve Akan, 2010). Bununla birlikte preterm eylem açısından zaten riskli olarak değerlendirilen adölesanlarda, anemi varlığının olması da preterm eylem riskini daha da artmaktadır. Gebelik dönemindeki şiddetli anemi, dolaylı olarak maternal mortaliteye yol açan önemli bir etkendir (Bulut ve ark., 2008). Bunula birlikte adölesan gebelerde yetersiz beslenme ve anemi neden olduğu erken dönem prenatal etkilerin yanında uzun

dönem etkilerininde olabildiği belirtilmektedir. Cho ve ark. adölesan gebeliği olan kadınların postmenapozal kemik kaybının anlamlı derecede arttığını belirtmiştir (Cho ve ark, 2012).

1.3.3.6. Prenatal ve Maternal Mortalite

DSÖ'ye göre her yıl yaklaşık 70 bin adölesan gebelik ve gebelik sonrası komplikasyonlara bağlı ölüm gerçekleşmektedir (Chandra-Mouli ve ark, 2013). Gebeliğe bağlı ölüm; annenin gebeliğinde, doğum sırasında veya doğumdan sonra 42 gün içerisinde gebeliğe bağlı bir sebepten dolayı ölmesi anlamına gelmektedir. Adölesan kadınlarda doğuma bağlı ölüm nedenleri anne yaşının küçük olmasından başka sosyoekonomik düzeyinin düşük olması ve yetersiz antenatal bakım almasından kaynaklanmaktadır. Türkiye'de anne ölüm hızı binde 0,3 seviyesindedir. Yüksek riskli gebelik olarak sayılan adölesan gebeliklerde ölüm oranı, düşük riskli 20-34 yaş aralığındaki gebelere göre %44, hatta daha da düşük risk grubunda sayılan 20-24 yaş arasındaki gebeliklere göre %20 daha fazladır (McIntyre, 2006). Adölesan kadınların bebeklerinin yetişkin kadınlarda doğan bebeklere göre ilk bir haftada ölüm riski %50 iken, ilk bir ayda ölüm riski %50 ile %100 arasındadır. Yapılan bir araştırmada ise 10-15 yaş arasında doğum yapan kadınların bebeklerinin ölüm riski %55, 16-17 yaş arasında %19 ve 18-19 yaş arasında ise %6 olarak saptanmıştır (Malabarey ve ark, 2012).

Yılda yaklaşık olarak 2,2-4 milyon adölesan düşük yapmaktadır. Bunların birçoğu sağlıksız koşullarda ve deneyimsiz kimseler tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu duruma bağlı olarak bazı düşük gelir düzeyli ülkelerde anne ölümleri meydana gelmektedir (WHO, 2014). Adölesan kadınlardan doğan bebeklerde oligohidroamnios, erken membran rüptürü, mekonyum aspirasyonu, umblikal kordon transpozisyonu, malnutrisyon, enfeksiyon, doğum travması, repiratuar stres durumlarının daha sık görüldüğü bildirir çalışmalar mevcuttur. Ayrıca bebek ölüm hızı adölesan kadınların bebeklerinde iki-üç kat daha fazladır (Aydın, 2013).

1.3.4. Adölesan Gebeliklerde Doğum Öncesi Bakım

Doğum öncesi bakım (DÖB); annenin ve bebeğinin gebeliği boyunca bir sağlık çalışanı aracılığı ile düzenli periyotlarla muayene ve bakımlarının yapılması, gerekli eğitimlerin verilmesidir. (Akın, 2002; Carroli, 2001). DÖB'nın temel amacı; gebelik ve doğum sonu dönemde oluşabilecek birçok komplikasyonun erken dönemde tespit edilerek önlenebilmesi veya kontrol altına alınmasını sağlamaktır. Böyle (Gör Uslu ve Çoban, 2020). DÖB almamış kadınların DÖB alan kadınlara göre doğum sırasında yüksek ölüm risklerinin olduğu ve bebeklerinin perinatal dönemde ölme olasılıklarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Pirinçci ve ark, 2010; Leftwich ve Ortega Alves, 2017). Adölesanların fizyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimlerinin tamamlanmamış olması ve gebeliğe ilişkin bilgi ve deneyimlerinin eksik olması nedeniyle bu gebelerin doğum öncesi bakım almaları daha da önemli hale gelmektedir (Şolt ve Yazıcı, 2015). Adölesan gebelerin yeterli DÖB alması gebelik ve doğum eylemine bağlı olarak ortaya çıkabilecek komplikasyon ve olumsuz sağlık sonuçlarının azaltılmasında en önemli etmen olarak değerlendirilmektedir (Yılmaz ve ark,2018). Ancak literatürde yer alan çalışmalarda adölesan gebelerin yeterli doğum öncesi bakım alama oranlarının 20-30 yaş arasındaki gebelere göre daha az olduğunun belirtmektedir (Sully ve ark, 2019; Aydın, 2013). Kassa ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları çalışmada 15-19 yaş arasındaki adölesan gebelerde DÖB alma oranı %88,8 iken yetişkin gebelerde bu oran %95,5 olarak belirlenmiştir. Mukhopadhyay ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada ise yetişkin kadınlarda DÖB oranı %72,9 iken, bu oranın adölesanlarda %68,6 olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde TNSA 2018 verilerine göre ise adölesanların %94,1'i en az bir kez doğum öncesi bakım aldığı, 20-34 yaş grubundaki kadınlarda ise bu oranın %96,7 olduğu belirtilmiştir. Ayrıca TNSA Suriye örnekleminde ise Suriyeli kadınların sadece %64'ünün 4 ve üzeri doğum öncesi bakım aldıkları belirtilmiştir (TNSA, 2008-2018). Kırbaş'ın (2011), çalışmasında DÖB alma oranı yetişkin gebelerde %95,3 iken, adölesanlarda bu oranın %89,1 olduğu saptanmıştır (Kırbaş,2011). Benzer şekilde, Şekeroğlu ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada da doğum yapan adölesan gebelerde düzenli prenatal takip oranı %18 iken 20-35 yaş grubunda %46, 35 yaş üzerindeki grupta ise %25 olarak belirlenmiştir (Şekeroğlu ve ark,2009).

1.3.5. Adölesan Gebeliklerin Yenidoğan Sağlığı Üzerindeki Etkisi

Günümüzde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önde gelen toplum sağlığı sorunlarından biri olan adölesan gebelikler, anne sağlığının yanında bebek sağlığını da olumsuz yönde etkilemektedir. Adölesan kadınların bebeklerinin yetişkin kadınlardan doğan bebeklere göre ilk bir haftada ölüm riskinin %50 daha fazla olduğu belirtilmektedir (Aydın, 2013; Dalkıran, 2018). Yapılan bir araştırmada ise 10-15 yaş arasında doğum yapan kadınların bebeklerinde ölüm riski %55, 16-17 yaş arasında %19 ve 18-19 yaş arasında ise %6 olarak saptanmıştır (Malabarey ve ark, 2012). Adölesan kadından doğan bebeklerde yetişkin kadınların bebeklerine oranla prematürite, DDA ve IUGR gibi yenidoğanın ölüm riskini arttıran ve ileriki yaşamında sağlık problemi yaşamasına neden olan sorunların daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Aydın, 2013; Ayyıldız,2015; Papri ve ark, 2016; Aslan Çetin ve ark, 2019). Ayrıca, adölesan kadınların bebeklerinin doğum ağırlıkları ve 1.dk Apgar skorlarının yetişkin kadınların bebeklerinden daha düşük olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (Ayyıldız, 2015; Kılıççeker, 2019). Malabarey ve ark. genç adölesan kadınların obstetrik sonuçlarını inceledikleri çalışmada, 15 yaşından küçük adölesan kadınlarda IUGR, çok düşük doğum ağırlıklı bebek, erken doğum, neonatal ölüm riskinin 15 yaşın üzerindeki gebelere kıyasla artmış olduğunu belirtmişlerdir (Malabarey ve ark, 2012).

Bunun yanında adölesan gebelikler yenidoğanda, prematüriteye bağlı olarak motor ve mental gelişme gerilikleri, körlük non-kromozomal doğum defektleri, çeşitli derecelerde işitme kaybı ve körlük gibi neonatal komplikasyon risklerini arttırdığı belirtilmektedir (Minjares-Granillo ve ark, 2016; Abalı ve ark, 2017). Fetal ve neonatal komplikasyonların artmasına neden olan oligohidroamnios, erken membran rüptürü, fetal distres, umblikal kord anomalileri ve sefalopelvik uyumsuzluk gibi durumlarının adölesan kadınlarda yetişkin kadınlara göre daha fazla bulunduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Melekoğlu ve ark, 2013; Chen ve ark, 2014; Celep ve ark, 2019).

1.4.ADÖLESAN GEBELİKLERDE HEMŞİRENİN ROL VE SORUMLULUKLARI

Hemşirelerin eğitim, yönetim, araştırma yapma ve uygulama gibi mesleki rollerinin dışında engelli, çocuk, ergen ve kadın haklarını savunma gibi çağdaş rolleri de tanımlanmıştır. Hemşireler için özel gündem maddelerinden biri de Uluslararası Hemşireler Konfederasyonu'nun da belirlediği (ICN=International Confedaration Nursing) adölesan gebeliklerdir (Çelik Eren, 2019). DSÖ (2018), 18 yaş altı evliliklerde %10'luk bir azalmanın, anne ölüm oranında %70'lik bir düşüş sağlayabileceği bildirilmiştir (WHO, 2018). Adölesan gebelikler anne ve bebek açısından önemli sosyal ve sağlık problemlerine yol açmasının yanında önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak da değerlendirilmektedir (Taşkın, 2016; Yakıt ve Coşkun, 2014; Kütük, 2012). Bu nedenle de adölesan gebeliklerin önlenmesinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Sağlık çalışanları arasında toplumla en çok etkileşimde olan hemşireler, adölesan dönemde evlenmiş olan kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığı davranışlarının geliştirilmesinde ve sunulan sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğinin yaygınlaştırılmasının sağlanmasında rol almalıdır (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, 2005; Yakıt ve Coşkun, 2014; WHO, 2017).

Hemşireler, birey ve kadın haklarının korunması ve geliştirilmesinde, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin giderilmesinde ve kadının toplumdaki konumunun geliştirilmesinde önemli bir konuma sahip bir meslek grubudur. Erken yaşta yapılan evliliklerin ve adölesan gebeliklerin önlenmesine yönelik çalışmalarla toplumu, ebeveynleri, gençleri ve kadınları bilinçlendirmek önem taşımaktadır (Yakıt ve Coşkun, 2014). Toplumsal bir problem olan erken yaşta evliliklerin çocuk hakkı, kadın hakkı ve insan hakkı ihlali olduğunun bilincine ulaşılmalı ve kadın sağlığının geliştirilmesi amaçlanmalıdır. Bu anlayışın sağlamasındaki en önemli basamak ise kız çocuklarının eğitimlerine önem verilmeli, hakları korunmalı ve kadınlara saygı gösterilen bir toplum görüşü oluşturulmasıdır. Bununla beraber toplumda kadının gelişimi, eğitimi ve sağlığı tüm bireyleri etkileyeceği (Anık ve Ege,2019).

Hemşireler, evlenmiş veya gebe kalmış adölesan kadınlara antenatal, doğum ve postnatal bakım hizmetleri başta olmak üzere cinsel sağlık, üreme sağlığı, aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi ve danışmanlık hizmetleri vermelidirler. Doğum yapmış olan kadınlara taburculuk eğitimlerinde özellikle üreme sağlığı ve

aile planlaması eğitimleri mutlaka verilmeli kadınların bilgi eksikliğinin giderilmesi sağlanmalıdır. Adölesan kadınlar henüz yaşadığı sorununun farkında olamayabilir ve anlatamayabilirler. Bu nedeniyle adölesan kadınlar profesyonel sağlık yardımı alamamakta ve bununla beraber anne ve yenidoğan ölümleri ile karşılaşılabilmektedir (Akın, 2012; Özcebe ve Biçer, 2013).

Hemşirelerin de aralarında bulunduğu sağlık profesyonellerinin adölesan dönem evlilikleri ve bu evlilikler sonucunda gerçekleşen gebeliklerin neden olabileceği olumsuzluklarla ilgili toplumdaki bireyleri bilinçlendirmeli, problemleri görebilmeli ve çözüm yolları bulabilmelidir. Sağlık bakım hizmeti sunan hemşireler mesleki görev ve sorumlulukları nedeniyle adölesan dönem evlilik ve gebeliklerinin sebep-sonuç ilişkisini anlayabilmeli, problemlerin ortadan kaldırılmasına yönelik bakım ve toplumsal destek programlarını içeren sunumlar hazırlamalı ve eğitimlerle toplumun bilinçlendirilmesi sağlanarak yeni bir bakış açısı kazanılması sağlanmalıdır (Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, 2005; Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, 2008; Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı, Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi, 2009; Şen ve Kavlak, 2011; Turfan ve Akyüz, 2017).

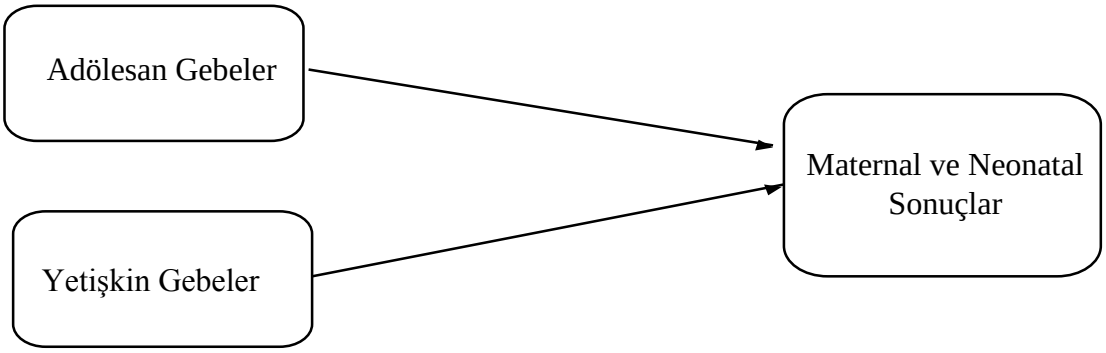
2. MATERYAL VE METOD

2.1.ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada adölesan ve yetişkin gebeliklerde, gebelik, doğum ve yenidoğana ilişkin özelliklerin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır

2.2. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma adölesan ve yetişkin gebeliklerde gebelik, doğum ve yenidoğana ilişkin özelliklerin karşılaştırması amacıyla nedensel karşılaştırma modeline göre tanımlayıcı- ilişki arayıcı tipte gerçekleştirilmiştir. Nedensel karşılaştırma, varolan bir durumun nedenlerini, bu nedenleri etkileyen değişkenleri ya da bir etkinin sonuçlarını belirlemeye yönelik bir araştırma türüdür. Bu doğrultuda araştırmanın şekli aşağıda verilmiştir.



Şekil 2.1. Araştırmanın şekli

Adölesan gebeler: 19 yaş ve altıda olan gebe kadınlar

Yetişkin gebeler: 20-35 yaş arasında olan gebe kadınlar

Maternal sonuçlar: Gebelik şikayetleri, gebelik dönemi ve doğum sonrası kan değerleri, gebelik süresince ve doğumda gelişen komplikasyonlar, doğum şekli,

indüksiyon uygulanma durumu, doğumda uygulanan müdahaleler (epizyotomi, forseps ve vakum uygulaması vb.).

Neonatal sonuçlar: Yenidoğanın, doğum ağırlığı, doğum boyu, baş çevresi, 1.ve 5.dk Apgar değerleri.

2.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, 1 Nisan 2019-30 Temmuz 2019 tarihleri arasında İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde gebelik takipleri yapılan ve aynı hastanede doğumu gerçekleşen 19 yaş ve altı adölesan ve 20-35 yaş arasındaki yetişkin gebe kadınlar ile yürütülmüştür. İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi Kadın hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 8 uzman doktor, 10 hemşire ve 14 ebe görev almaktadır. Poliklinikte 6 adet muayene odası, 1 adet nst ve 1 adet kan alma odası bulunmaktadır. Yatan hasta servisinde 20 hasta odası bulunmakta, odaların 5 tanesi tek kişilik olmak üzere toplamda 35 hastaya hizmet vermektedir. Doğumhane bölümünde her biri tek kişilik toplam 4 doğum odası bulunmakta ayrıca doğumhane içerisinden girilen ve yalnızca doğumhane tarafından kullanılan 2 adet ameliyat masası hizmet vermektedir.

2.4. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Ocak 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi'nde doğumunu gerçekleştirmiş toplam 1091 gebe oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini belirlerken, evreni belli olan örneklem hesaplama formülü kullanılmıştır.

N= Evrendeki birey sayısı=1091

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı)=0.30

q= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)=0.70

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer=1.96

d= Standart hata değeri=0.05

$$n = \frac{N.p.q.t^2}{(N-1).d^2 + t^2.p.q}$$

$$n = \frac{1091.0,3.0,7.(1,96)^2}{(1091-1).(0,05)^2+(1,96)^2.0,3.0,7}$$

Formülde değerler yerine konularak yapılan hesaplama sonucunda, çalışmanın örneklemini 250 kadın olarak bulunmuş ve araştırmaya alınan kadınlar rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir. Araştırmada, veri kaybı olacağı düşünülerek çalışmaya 270 kadın alınmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

Adölesan gebeler için;

- ✓ 19 yaşın altında olan
- ✓ 34. gebelik haftasını doldurmuş,
- ✓ Tekiz gebeliği olan,
- ✓ Canlı fetüs ile sonuçlanmış doğumu olan,
- ✓ Belirlemiş bir konjenital anomalisi bulunmayan,
- ✓ Tespit edilmiş psikiyatrik problemi olmayan
- ✓ Türkçe iletişim kurulabilen
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul eden

Yetişkin gebeler için;

- ✓ 20-35 yaş arasında olan
- ✓ 34. gebelik haftasını doldurmuş,
- ✓ Tekiz gebeliği olan,
- ✓ Belirlemiş bir konjenital anomalisi bulunmayan,
- ✓ Tespit edilmiş psikiyatrik problemi olmayan
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul eden
- ✓ İletişim problemi olmayan
- ✓ Canlı fetüs ile sonuçlanmış doğumlar.

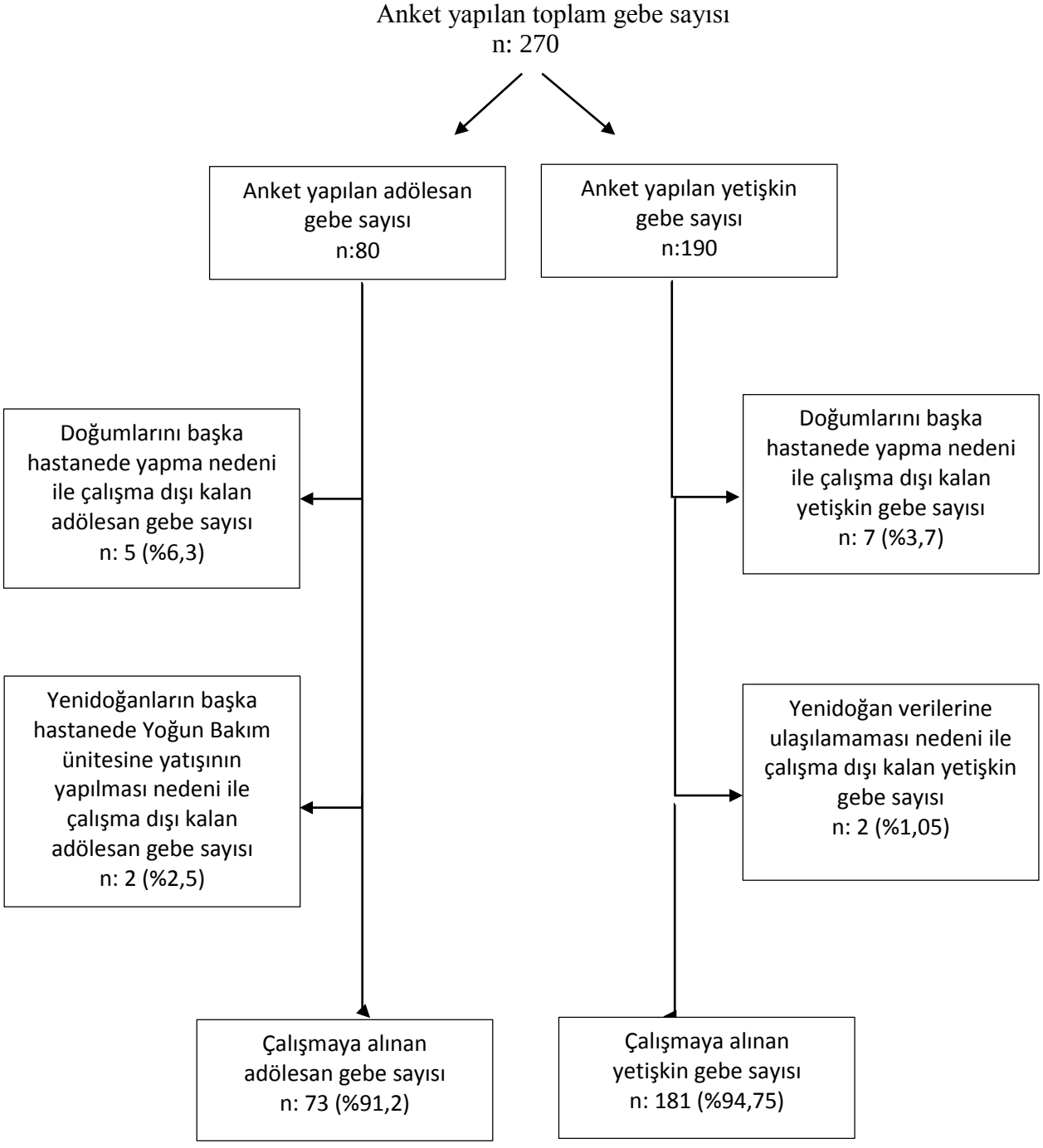
2.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmaya katılan gebelere araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda oluşturulan veri toplama formu uygulanmıştır. Veri toplama formu 4 bölümden oluşmaktadır. 1) Sosyo-demografik özelliklerine ilişkin soru formu, 2) Obstetrik özelliklerine ilişkin soru formu, 3) Maternal özelliklerine ilişkin soru formu, 4) Neonatal özelliklere ilişkin soru formu. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin değerlendirildiği soru formunda; gebelerin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi gibi özelliklerinin değerlendirildiği 12 soru bulunmaktadır. Obstetrik özelliklerinin değerlendirildiği soru formunda; ilk gebelik yaşları, daha önceki gebeliklerine ilişkin bilgiler, şimdiki gebeliğine ilişkin bilgiler, son dönemde sıklıkla yaşadığı gebelik şikayetleri gibi özelliklerin değerlendirildiği 22 soru bulunmaktadır. Maternal özelliklerin değerlendirildiği soru formunda; doğum şekilleri, doğum indüksiyon uygulaması, doğum eyleminde gelişen komplikasyon durumu ve doğum eyleminde yapılan müdahaleler gibi özelliklerin değerlendirildiği 5 soru bulunmaktadır. Neonatal özelliklere ilişkin soru formunda ise yenidoğanın; doğum haftası, cinsiyeti, doğum ağırlığı, doğum boyu, baş çevresi, apgar 1. ve 5. dk skorları varlığını değerlendiren 1 soru yer almaktadır.

2.6. ARAŞTIRMA SÜRECİ

Araştırmaya başlanmadan önce İstinye Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmış ve devamında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvurularak gerekli izinler yazılı olarak alınmıştır. Çalışma daha sonra İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde gebelik takipleri yapılan, doğumu planlanan ve araştırma kriterlerine uyan ve Bahçelievler Devlet Hastanesi doğumhanesinde doğum yapan gebelerle gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı tarafından, Bahçelievler Devlet Hastanesine gebelik takibi için başvuran son trimestir adölesan ve yetişkin gebelere araştırmanın amacı açıklanmış, onamları alınmış ve veri toplama formunun ilk iki bölümü uygulanmış ve hemoglobin, hematokrit değerleri poliklinik muayenesi sırasında uygulanan testler aracılığıyla öğrenilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin doğum süreçleri araştırmacı tarafından takip edilmiştir. Araştırmaya katılan

gebeler doğum yaptıktan sonraki 24 saat içinde veri toplama formlarının son 2 bölümünde yer alan bilgiler yine araştırmacı tarafından hasta dosyaları incelenerek doldurulmuştur. Araştırmaya katılan adölesan gebelerin yarıdan fazlasını ve yetişkin gebelerin az bir kısmını geçici koruma statüsünde bulunan Suriyeli Göçmen kadınlar oluşmaktadır. Bu gebeler Türkçe konuşabildikleri ve bir yıldan fazla ülkemizde ikamet ettikleri için araştırmaya dahil edilmişlerdir.



Şekil 2.2. Araştırmaya alınan gebelerin seçilme akış şeması

2.7. VERİLERİN ANALİZİ

Veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında elde edilen ölçüm değerlerinin normal dağılıma uygunluğu "Shapiro-Wilk Testi" ile incelendi. Sürekli sayısal değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde ortalama± standart sapma, kategorik değişkenlerin gösteriminde ise sayı (n) ve yüzde (%) kullanıldı. Verilerin incelenmesinde Chi-Square testi ve Student t Testi kullanıldı kullanıldı. Anlamlılık $p<0.05$ düzeylerinde değerlendirildi.

2.8. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırma, İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğumu gerçekleşen kadınları kapsamaktadır. Araştırmanın tek bir il ve merkezde yürütülmesi dolayısıyla tüm gebelere genellenememektedir. Bu nedenle araştırma sonuçları araştırmaya katılmayı kabul eden adölesan ve yetişkin gebelerin sonuçlarını temsil etmektedir.

2.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmaya başlanmadan önce İstinye Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alınmış (EK C) ve devamında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvurularak gerekli izinler yazılı olarak alınmıştır (EK D). Ayrıca çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden yazılı aydınlatılmış onam formu alınmıştır (EK A).

3. BULGULAR

Tablo 3.1. Adölesan ve yetişkin kadınların sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması (n=254)

	Adölesan gebe (n=73)		**Yetişkin gebe (n=181)**			
Yaş	**n**	**%**	**n**	**%**		
15-16	17	23,3	-	-		
17-19	56	76,7	-	-		
20-25	-	-	72	39,8		
26-30	-	-	81	44,7		
31-34	-	-	28	15,5		
Yaş ortalaması	**17,51±1,14**		**26,78±3,51**			
Eğitim durumu	**n**	**%**	**n**	**%**	**X_2**	**p**
Okur-yazar değil	34	46,6	9	5	70,902	**0,001**
İlköğretim mezunu	35	47,9	113	62,4		
Lise mezunu	4	5,5	43	23,8		
Üniversite ve üstü mezunu	-	-	16	8,8		
Sosyal güvence türü						
SGK	24	32,9	168	92,8	101,295	**0,001**
Geçici koruma statüsü	49	67,1	13	7,2		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	2	2,7	57	31,5	24,15	**0,001**
Çalışmıyor	71	97,3	124	68,5		
Eş eğitim durumu						
Okur-yazar değil	17	23,3	2	1,1	47,545	**0,001**
İlköğretim mezunu	39	53,4	84	46,4		
Lise mezunu	17	23,3	75	41,4		
Üniversite ve üstü mezunu	-	-	20	11		
Eşin çalışma durumu						
Çalışıyor	73	100	176	97,2	2,057	0,181
Çalışmıyor	-	-	5	2,8		

Tablo 3.1. Adölesan ve yetişkin kadınların sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması (n=254) (devam)

	Adölesan gebe (n=73)		Yetişkin gebe (n=181)			
Aile tipi	**n**	**%**	**n**	**%**	**X_2**	**p**
Çekirdek	26	35,6	168	92,8	94,339	**0,001**
Geniş	47	64,4	13	7,2		
Ailenin gelir düzeyi						
Geliri giderden az	11	15,1	4	2,2		
Geliri giderine eşit	62	84,9	157	86,7	22,65	**0,001**
Geliri giderden fazla	-	-	20	11,1		
Eş ile akrabalık durumu						
Akrabalık var	22	30,1	33	18,2	4,346	**0,037**
Akrabalık yok	51	69,1	148	71,8		

X^2: Ki-Kare testi uygulanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 3.1'de adölesan ve yetişkin kadınların sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Adölesan kadınların %23,3'ünün 15-16 yaş aralığında olduğu, %76,7'sinin ise 17-19 yaş aralığında olduğu, buna karşılık yetişkin kadınların %39,8 inin 20-25 yaş aralığında olduğu ve %60,2'sinin ise 26 yaş ve üzerindeki yaş grubuna dahil olduğu belirlendi. Adölesan kadınların yaş ortalaması 17,51±1,14, yetişkin kadınların yaş ortalaması 26,78±3,51 olarak belirlendi. Adölesan kadınların tamamına yakınının (%94,5) ilköğretim mezunu ve altı olduğu, buna karşılık yetişkin kadınların tamamına yakını (%95) ilköğretim mezunu ve üstü olduğu saptandı. Adölesan ve yetişkin kadınlar arasında eğitim durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$). Yetişkin kadınların tamamına yakının (%92,8) sosyal güvencesi SGK iken adölesan kadınlarda bu oran %32,9 olarak belirlenmiştir. Sosyal güvence bakımından adölesan ve yetişkin kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$). Adölesan kadınların tamamına yakınının (%97,3) herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Yetişkin kadınların ise yarıdan fazlasının (%68,5) herhangi bir işte çalışmadığı tespit edilmiştir. Çalışma durumu bakımından adölesan gebeler ile yetişkin kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$). Adölesan kadınların eşlerinin yarıdan fazlasının (%76,7) en fazla

ilköğretim mezunu olduğu, yetişkin kadınların eşlerinin ise yarıdan fazlasının (%52,4) lise ve üzeri eğitim durumuna sahip oldukları belirlenmiştir. Adölesan ve yetişkin kadınların eşlerinin eğitim durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Adölesan kadınların yarıdan fazlasının (%64,4) geniş ailede yaşadığı, yetişkin kadınların ise tamamına yakınının (%92,8) çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir. Adölesan ve yetişkin kadınların aile tipleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0,05). Adölesan kadınların ailesinin tamamının (%100) gelirlerinin giderlerinden az ya da eşit olduğu, yetişkin kadınların ise tamamına yakınının (%97,8) gelirlerinin giderlerine eşit ya da fazla olduğu belirlenmiştir. Adölesan ve yetişkin kadınların gelir düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Adölesan kadınların %30,1'inin eşleriyle akraba olduğu saptanırken yetişkin kadınların ise %18,2'sinin eşleriyle akraba olduğu belirlenmiştir. Adölesan ve yetişkin kadınlar arasında eşi ile akrabalık durumu açısından aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 3.2. Adölesan ve yetişkin kadınların ilk gebelik yaşı, gebelik öncesi ve gebelikteki BKİ ortalamalarının karşılaştırılması (n=254)

	Adölesan gebe (n=73)	**Yetişkin gebe (n=181)**		
Özellikler	**X̄+SS**	**X̄ +SS**	**t**	**p**
İlk gebelik yaşı	16,85±1,12	22,4±2,35	-25,344	**0,001**
Gebelik öncesi BKİ	21,57±2,52	22,21±1,9	0,446	0,656
Gebelikteki BKİ	24,95±3,05	25,77±1,7	0,401	0,666

t: Student T- Testi uygulanmıştır (p<0,05).

Tablo 3.2'de 34.gebelik haftası ve üzerindeki adölesan ve yetişkin kadınların ilk gebelik yaşı, gebelik öncesi ve gebelikteki beden kitle indeksi ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Adölesanların ilk gebelik yaşı 16,85±1,12 buna karşılık yetişkinlerde ilk gebelik yaşı 22,4±2,35 olarak belirlenmiştir. Adölesan ve yetişkin kadınların ilk gebelik yaşları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Adölesan ve yetişkin kadınlarda, gebelik dönemindeki BKİ

ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 3.3. Adölesan ve yetişkin kadınların bazı obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması (n=254)

	Adölesan gebe (n=73)		**Yetişkin gebe (n=181)**			
Toplam gebelik sayısı*	**n**	**%**	**n**	**%**	**X_2**	**p**
1	69	94,5	37	20,4	118,089	**0,001**
2	4	5,5	60	33,1		
3	-	-	63	34,8		
4	-	-	15	8,3		
5	-	-	6	3,3		
Yaşayan çocuk sayısı*						
1	2	100	89	64,5	1,093	0,779
2	-	-	41	29,7		
3	-	-	6	4,3		
4	-	-	2	1,5		
Abortus						
Evet	2	2,7	49	27,1	16,846	**0,001**
Hayır	71	97,3	132	72,9		
Küretaj						
Evet	-	-	12	6,6	5,08	**0,024**
Hayır	73	100	169	93,4		
Doğumun gerçekleştiği gebelik haftası						
34-35	5	6,8	-	-	37,310	**0,001**
36-37	33	45,2	35	19,3		
38-39	31	42,5	101	55,8		
40 ve üstü	4	5,5	45	24,9		

X^2: Ki-Kare testi uygulanmıştır (p<0,05).

***Yalnız ilk iki grupta ki-kare uygulanmıştır.**

Tablo 3.3'de adölesan ve yetişkin kadınların bazı obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Adölesan kadınların tamamına yakınının (%94,5) ilk gebeliği olduğu, yetişkin kadınların ise yarıdan fazlasının (%79,5) ikinci ve daha fazla sayıdaki gebeliği olduğu belirlenmiştir. Adölesan ve yetişkin kadınların gebelik sayıları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p<0,05). Adölesan kadınların neredeyse tamamının (%97,3) şimdiki gebeliğinden önce düşük yapmadığını belirtmiştir. Yetişkin kadınların ise yarıdan fazlasının (%72,9) şimdiki gebeliğinden önce düşük yapmadığını belirtmişlerdir. Adölesan ve yetişkin kadınlar

arasında düşük sayıları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Adölesan kadınların tamamının (%100) daha önce küretaj olmadığı, yetişkin kadınların ise tamamına yakınının (%93,4) daha önce küretaj olmadığı belirlenmiştir. Adölesan ve yetişkin kadınların küretaj olma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Adölesan kadınların yarıdan fazlasının (%87,7) 36-39. gebelik haftalarında doğum yaptıkları, yetişkin kadınların ise yarıdan fazlasının (%80,7) 38 - 40. gebelik haftalarında veya üzerinde doğum yaptıkları belirlenmiştir. Adölesan ve yetişkin kadınlar arasında doğum yaptıkları gebelik haftaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Tablo 3.4. Adölesan ve yetişkin kadınların, son gebeliklerine ilişkin bazı özelliklerinin karşılaştırılması (n=254)

	Adölesan gebe (n=73)		Yetişkin gebe (n=181)			
Planlı gebelik Durumu	n	%	n	%	**X_2**	**p**
Evet	70	95,9	170	93,9	0,387	0,390
Hayır	3	4,1	11	6,1		
Doğum öncesi bakım alma durum						
Evet	63	86,3	177	97,8	13,184	**0,001**
Hayır	10	13,7	4	2,2		
Doğum öncesi bakım sayısı						
1 defa	24	38,1	17	9,6	38,350	**0,001**
2 defa	22	34,9	41	23,2		
3 defa	7	11,1	35	19,8		
4 defa ve üzeri	10	15,9	84	47,4		
Gebelikte ilaç kullanma durumu						
Evet	63	86,3	175	96,7	9,503	**0,002**
Hayır	10	13,7	6	13,7		
Gebelikte kullanılan ilaçlar*						
Folik asit	63	46,7	172	45,3	3,293	0,510
Demir	48	35,6	142	37,4		
Multivitamin	23	17,0	59	15,5		
Diğer**	1	0,7	7	1,8		
Tarama testlerini yaptırma durumu						
Evet	63	86,3	181	100	25,811	**0,001**
Hayır	10	13,7	-	-		
Yaptırılan testler *						
Kan testi	44	38,6	138	38,4	9,454	0,092
Ultrason	44	38,6	136	37,8		
İkili test	3	2,6	23	6,4		
Üçlü test	3	2,6	20	5,6		
OGTT	-	-	-	-		
Hepsi	20	17,6	42	11,8		

X^2: Ki-Kare testi uygulanmıştır ($p<0,05$).

***Birden fazla seçenek işaretlendiği için 'n' katlanmıştır.**

****Kronik hastalık sebebiyle kullanılan ilaç durumu**

Tablo 3.4'de adölesan ve yetişkin kadınların son gebeliklerine ilişkin bazı özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Adölesan kadınların tamamına yakınının (%86,3) doğum öncesi bakım aldığını, yetişkin kadınların ise neredeyse tamamının (%97,8) doğum öncesi bakım aldığını belirtmiştir. Adölesan ve yetişkin kadınlar

arasında doğum öncesi bakım alma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Adölesan kadınların yarıdan fazlasının (%61,9) en az iki ve üzeri defa doğum öncesi bakım aldığı, yetişkin kadınların ise tamamına yakınının (%90,4) 2 ve üzeri kez doğum öncesi bakım hizmeti aldıkları belirlenmiştir. Adölesan ve yetişkin kadınların doğum öncesi bakım hizmeti sayıları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Adölesan kadınların tamamına yakınının (%86,3) gebelik döneminde bir kronik rahatsızlık veya gebelik takviyesi amaçlı olarak herhangi bir ilaç kullandığı, yetişkin kadınların ise neredeyse tamamının (%96,7) gebelik döneminde bir kronik rahatsızlık veya gebelik takviyesi amaçlı olarak herhangi bir ilaç kullandığı belirlenmiştir. Adölesan ve yetişkin kadınların gebelikte ilaç kullanma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Adölesan kadınların tamamına yakınının (%86,3) gebelik döneminde tarama testi yaptırdıklarını belirtirken, yetişkin kadınların tamamı (%100) tarama testi yaptırdıklarını ifade etmişlerdir. Adölesan ve yetişkin kadınlar arasında tarama testi yaptırma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 3.5. Adölesan ve yetişkin kadınların son trimestirde yaşadıkları gebelik şikayetlerin karşılaştırılması (n=254)

	Adölesan gebe (n=73)		Yetişkin gebe (n=181)			
Gebelik şikayetleri *	**n**	**%**	**n**	**%**	**X_2**	**p**
Bel ve sırt ağrısı						
Var	58	79,5	152	84	0,744	0,246
Yok	15	20,5	29	16		
Çatlaklar						
Var	29	39,7	113	62,4	10,878	**0,001**
Yok	44	60,3	68	37,6		
Baş ağrısı ve migren						
Var	58	79,5	107	59,1	9,451	**0,001**
Yok	15	20,5	74	40,9		
Bacak krampları						
Var	59	80,8	89	49,2	21,431	**0,001**
Yok	14	19,2	92	50,8		
Uyku problemleri						
Var	46	63	108	59,7	0,244	0,364
Yok	27	37	73	40,3		
Gaz sancısı						
Var	30	41,1	105	58	5,977	**0,011**
Yok	43	58,9	76	42		
Reflü						
Var	30	41,1	84	46,4	0,594	0,264
Yok	43	58,9	97	53,6		
Mide yanması ve mide ağrısı						
Var	32	43,8	81	44,8	0,018	0,504
Yok	41	56,2	100	55,2		
Vajinal akıntı						
Var	22	30,1	98	54,1	12,091	**0,001**
Yok	51	69,9	83	45,9		
Nefes Darlığı						
Var	25	34,2	92	50,8	5,757	**0,012**
Yok	48	65,8	89	49,2		
Kabızlık ve hemoroid						
Var	31	42,5	94	51,9	1,866	0,110
Yok	42	57,5	87	48,1		
Vücutta kaşıntı						
Var	45	61,6	116	64,1	0,134	0,410
Yok	28	38,4	65	35,9		

Tablo 3.5. Adölesan ve yetişkin kadınların son trimestirde yaşadıkları gebelik şikayetlerin karşılaştırılması (n=254) (devamı)

	Adölesan gebe (n=73)		Yetişkin gebe (n=181)			
Gebelik şikayetleri *	**n**	**%**	**n**	**%**	**X_2**	**p**
Yüzde oluşan lekeler						
Var	30	41,1	99	54,7	3,852	**0,034**
Yok	43	58,9	82	45,3		
Ellerde ve ayaklarda şişme						
Var	61	83,6	116	64,1	9,338	**0,001**
Yok	12	16,4	65	35,9		
Ellerde uyuşma ve güçsüzlük						
Var	51	69,9	110	60,8	1,852	0,111
Yok	22	30,1	71	39,2		
Sık idrara çıkma						
Var	57	78,1	135	74,6	0,345	0,339
Yok	16	21,9	46	25,4		
Burun tıkanıklığı						
Var	21	28,8	74	40,9	3,262	0,071
Yok	52	71,2	107	59,1		
Burun kanaması						
Var	15	20,5	76	42	10,402	**0,001**
Yok	58	79,5	105	58		
Varisler						
Var	11	15,1	87	48,1	23,903	**0,001**
Yok	62	84,9	94	51,9		
Halsizlik ve yorgunluk						
Var	58	79,5	129	71,3	1,793	0,118
Yok	15	20,5	52	28,7		
Memede ağrı ve kaşıntı						
Var	68	93,2	137	75,7	10,185	**0,001**
Yok	5	6,8	44	24,3		

X^2: Ki-Kare testi uygulanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 3.5'de adölesan ve yetişkin gebelerin son trimestirde yaşadıkları gebelik şikâyetleri karşılaştırılmalarına yer verilmiştir. Adölesan gebelerin yetişkin gebelerden daha fazla baş ağrısı ve migren, bacak krampları, ellerde ve ayaklarda şişme, memede ağrı ve kaşıntı yaşadıkları belirlenirken, yetişkin gebelerin adölesan gebelerden daha fazla çatlaklar, gaz sancısı, vajinal akıntı, nefes darlığı, yüzde lekeler, burun kanaması ve varis şikâyetleri yaşadıkları belirlenmiştir. Adölesan ve yetişkin gebeler arasında bel ve sırt ağrısı, uyku problemleri, reflü, mide yanması ve mide ağrısı, kabızlık ve hemoroid, vücutta kaşıntı, ellerde uyuşma ve güçsüzlük, sık idrara çıkma,

burun tıkanıklığı, halsizlik ve yorgunluk şikâyetleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır(p>0,05).

Tablo 3.6. Adölesan ve yetişkin kadınların bazı maternal sonuçlarının karşılaştırılması (n=254)

	Adölesan gebe (n=73)		**Yetişkin gebe (n=181)**			
Planlı gebelik durumu	n	%	n	%	**X_2**	**p**
Normal vajinal doğum	57	78,1	119	65,7		
Müdahaleli doğum	12	16,4	9	5	22,547	**0,001**
Sezaryen	4	5,5	53	29,3		
Epizyotomi durumu	**(n=69)**		**(n=128)**			
Var	68	99,3	34	26,6	97,026	**0,001**
Yok	1	0,7	94	73,4		
İndüksiyon uygulanma durumu	**(n=69)**		**(n=128)**			
Evet	52	75,4	41	32	105,019	**0,001**
Hayır	17	24,6	87	68		
Doğumda gelişen komplikasyon durumu						
Evet	26	35,6	31	17,1	9,183	**0,002**
Hayır	47	64,4	150	82,9		
Komplikasyon türü *						
Preterm eylem	6	20,1	3	8,8	14,358	**0,013**
Erken membran rüptürü	18	60,1	14	41,2		
Oligohidroamnios	2	6,6	9	26,5		
Preeklampsi	2	6,6	8	23,5		
İntrauterin gelişme geriliği	2	6,6	-	-		

X^2: Ki-Kare testi uygulanmıştır (p<0,05).

***Birden fazla seçenek işaretlendiği için 'n' katlanmıştır.**

Tablo 3.6'da adölesan ve yetişkin kadınların bazı maternal sonuçlarının karşılaştırılmalarına yer verilmiştir. Adölesan ve yetişkin kadınların doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiş ve yetişkin kadınların, adölesan kadınlardan daha fazlasının (%.29,3) sezaryen doğum yaptığı belirlenmiştir. Adölesan kadınların neredeyse tamamına yakınına (%93,2) epizyotomi uygulandığı, yetişkin kadınların ise az bir kısmına (%18,8) epizyotomi uygulandığı belirlenmiştir. Adölesan ve yetişkin kadınlarda epizyotomi uygulamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Adölesan kadınların yarıdan fazlasına (%71,2)) indüksiyon uygulandığı, yetişkin kadınların ise yarıdan fazlasına (%77,3)

indüksiyon uygulanmadığı belirlenmiştir. Adölesan ve yetişkin kadınların indüksiyon uygulanma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Adölesan kadınların %35,6'sında doğum sırasında komplikasyon geliştiği, yetişkin kadınların %17,1'inde doğum sırasında komplikasyon geliştiği belirlenmiştir. Adölesan kadınlarda yetişkin kadınlara göre doğum sırasında daha fazla komplikasyon geliştiği (%35,6) saptanmıştır. Adölesan kadınlarda doğum komplikasyonlarından en fazla preterm eylem (%20,1) ve erken membran rüptürü (%60,1) görülürken, yetişkin kadınlarda en fazla görülen doğum komplikasyonları oligohidroamnios (%26,5) ve erken membran rüptürüdür. Adölesan ve yetişkin kadınlarda komplikasyon türleri açısından belirlenen farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 3.7. Adölesan ve yetişkin kadınların son trimestir HGB ve HCT düzeylerinin karşılaştırılması (n=254)

	Adölesan gebe (n=73)		**Yetişkin gebe (n=181)**		**X^2**	**p**
HGB	n	%	n	%		
Yüksek (>12,5)	44	60,3	47	26,0		
Normal (11-12,5)	26	35,6	106	58,6	27,681	**0,001**
Düşük (<11)	3	4,1	28	15,5		
HCT						
Yüksek (>38)	24	32,9	15	8,3		
Normal (33-38)	42	57,5	122	67,4	26,884	**0,001**
Düşük (<33)	7	9,6	44	24,3		

X^2: Ki-Kare testi uygulanmıştır (p<0,05).

Tablo 3.7'de adölesan ve yetişkin kadınların son trimester HGB ve HCT düzeylerinin karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Adölesan gebelerin tamamına yakının HGB (%95,9) ve HCT (%90,4) düzeylerinin normal veya yüksek olduğu belirlenirken, yetişkin gebelerin HGB ve HCT düzeylerinin ise daha düşük olduğu saptanmıştır. Adölesan ve yetişkin gebelerin son trimestr HGB ve HCT düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 3.8. Adölesan ve yetişkin kadınlarda yenidoğanın doğum ağırlığı, boyu, baş çevresi ve 1.dk ve 5.dk. Apgar skoru ortalamalarının karşılaştırılması

	Adölesan gebe (n=73)	**Yetişkin gebe (n=181)**		
	X̄+SS	**X̄+SS**	**t**	**p**
Doğum ağırlığı (gr)	2807,4±287,68	3306,74±228,88	-14,574	**0,001**
Doğum boyu (cm)	49,18±1	50,78±1,03	-11,293	**0,001**
Baş çevresi (cm)	33,81±0,75	35,16±2,7	-4,198	**0,001**
Apgar 1. dk.	8,03±0,81	8,51±0,58	-4,585	**0,001**
Apgar 5. dk.	9,14±0,71	9,55±0,49	-4,549	**0,001**

t: Student T- Testi uygulanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 3.8'de adölesan ve yetişkin kadınlarda yenidoğanın, doğum ağırlığı, doğum boyu, baş çevresi ve 1. ve 5. dk. Apgar skoru ortalamalarının karşılaştırılmalarına yer verilmiştir. Adölesan kadınlarda yenidoğanın doğum ağırlıkları (2807,4±287,68) ile 1dk. (8,03±0,81) ve 5.dk. (9,14±0,71) Apgar skoru ortalamalarının (9,14±0,71) yetişkin kadınların yenidoğanlarından daha düşük olduğu ve yenidoğanların doğum boyları (49,18±1) ve baş çevrelerinin (33,81±0,75) ile ise daha kısa olduğu belirlenmiştir. Adölesan ve yetişkin kadınların neonatal sonuçları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,5$).

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Adölesan gebelikler hem anne hem de bebek için olumsuz sağlık sonuçlarına neden olduğu belirtilmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde maternal ve neonatal mortalite ve morbidite nedeni olarak kabul edilen adölesan gebeliklerin önlenmesine yönelik programlara öncelik verilmektedir. Bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan gelişimi devam eden adölesanların gebe kalması, uzun ve kısa dönemde olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir. Bu nedenle, adölesan gebelikler ciddi bireysel etkilerinin yanında önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır (Şen ve Kavlak, 2011; Aydın, 2013). Bu bölümde adölesan (13-19 yaş arasındaki) gebeler ile yetişkin (20-34 yaş arasındaki) gebelerin maternal ve neonatal bulguların tartışması yer almaktadır.

Adölesan gebelikler olumsuz sağlık sonuçları ve sosyal sorunlar nedeniyle yüksek riskli gebelikler olarak kabul edilmektedir. Adölesan dönemde gerçekleşen gebelikler kadında, gebelik komplikasyonlarında artış görülmesinin yanında eğitimsizlik, çalışmama ve sosyal güvencenin olmaması gibi birçok sosyal problemlere de neden olmaktadır. (Keskinoğlu ve ark, 2007; Babadağlı, 2008; Yıldızhan ve ark. 2009; Edirne ve ark, 2010; Abalı ve ark, 2017). Ülkemizde TNSA 2018 verilerine göre adölesan dönemde evlilik yapan kız çocuklarının %20'sinin ilkokul mezunu olduğu, %1'inin lise ve üzeri eğitim aldıkları rapor edilmiştir. Şahin (2011)'in yaptığı çalışmada adölesan kadınların %30'unun okuma-yazma bilmediği, %58,8'inin ilkokul mezunu olduğu, %9,8'inin lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada yer alan yetişkin kadınların %19'unun okuma-yazma bilmediği, %64,4'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %12,9'unun lise mezunu olduğu, %3,7'sinin üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Evrenol Öçal (2011)'ın yaptığı çalışmada adölesan kadınların %7,6'sının okur-yazar olduğu, %43,5'inin ilkokul mezunu olduğu, %48,9'unun ortaokul-lise mezunu olduğu belirlenmiştir. Buldum (2018)'un yapmış olduğu çalışmada ise adölesan kadınların %2'sinin okur-yazar olmadığı, %7'sinin okur-yazar olduğu, %66'sının ilkokul mezunu olduğu, %24'ünün lise mezunu olduğu, %1'inin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Bizim

çalışmamızda adölesan kadınların tamamına yakınının (%94,5) ilköğretim mezunu ve altı olduğu, buna karşılık yetişkin kadınların tamamına yakını ilköğretim mezunu ve üstü olduğu belirlendi. Çalışmamızda da ülkemizde yapılan diğer çalışmalara benzer şekilde adölesan kadınların eğitim seviyeleri yetişkin gebelerden daha düşük olarak belirlenmiştir. Kadınların adölesan dönemde gebe kalmaları ve anne olmaları eğitimlerine devam edememelerine neden olmaktadır. Ülkemizde TNSA 2018 verilerine göre kadınların ilköğtetim düzeyindeki okullaşma oranı %95 iken lise düzeyinde eğitim alanların oranının %77 olduğu belirlenmiştir (TNSA, 2018). Ülkemizde zorunlu eğitimin lise seviyesine yükseltilmesinin adölesan kadınların eğitim seviyelerinin yükseltilmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Aile Yapısı Araştırması 2006 verilerine göre en yüksek refah düzeyindeki kızçocuklarının, en düşük refah düzeyindeki kız çocuklarından üç yıl daha geç evlendikleri görülmüştür (Bulut ve ark, 2008). TNSA 2018 verilerine göre ülkemizde 15-19 yaş grubunda yer alan kadınların %80,3'ünün herhangi bir işte çalışmadığı belirtilmiştir (TNSA,2018). Benzer şekilde yapılan çalışmalarda da adölesan kadınların gelir getiren bir işte çalışma durumlarının ve gelir düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir (Gökçe ve ark., 2007; Kahraman, 2009; Dalkıran, 2018). Kahraman (2009) yaptığı çalışmada adölesan kadınların sadece %4,1'i yetişkin kadınların %17,9'u ev dışında para getiren bir işte çalıştığı ve ekonomik durumunun iyi olduğunu ifade edenlerin oranı adölesanlarda %13,3, yetişkinlerde %33,3 olarak belirtilmiştir. Bu durumun adölesan kadınların yetişkin kadınlara göre ciddi ekonomik sorunlar yaşadıklarının bir göstergesi olduğu ifade edilmiştir. Aba (2014)'nın yaptığı çalışmada ise adölesan kadınların %97,1'inin çalışmadığı ve gelir durumlarının orta/düşük düzeyde olduğu belirtilmiştir. Gör Uslu ve Çoban (2018) 'ın yaptığı çalışmada adölesan kadınların tamamının herhangi bir işte çalışmadığı ve %71'inin gelirinin giderinden az olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda adölesan kadınların %97,3'ünün çalışmadığı ve tamamının gelir düzeyinin giderlerinden az ya da eşit düzeyde olduğu belirlenirken, yetişkin kadınların ise %68,5'inin çalışmadığı ve tamamına yakınının (%97,8) gelirlerinin giderlerine eşit ya da fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda da ülkemizde yapılan diğer çalışmalara benzer şekilde adölesan kadınların çalışma ve gelir düzeylerinin yetişkin kadınlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak adölesan gebelikler kadının eğitim görmesini,

meslek sahibi olmasını, çalışma yaşamına katılmasını engellemekte ve adölesanın toplum içindeki statüsünü ve sosyoekonomik durumunu etkilemekte olduğu görülmektedir.

Ülkemizde adölesan gebeliğin en önemli nedenlerinden biri akraba evlilikleridir. Toplumsal alışkanlıklar ve geleneksel özellikler nedeniyle adölesanların bir yakını ile evlendirilmesi ülkemizde oldukça fazla karşılaşılan durumlardan biridir. Akraba evliliği adölesan dönemde kadının sosyal ve fiziksel gelişimini tamamlamadan çocuk sahibi olmasının yanında yenidoğanda ortaya çıkan kromozomal hastalıkların görülme hızını arttırmaktadır (Şen ve ark,2011). Yıldızhan ve ark. (2009)'nın yapmış olduğu çalışmada adölesan dönemde evlilik yapan kız çocuklarının %7,8'sinin eşi ile akraba oldukları belirtilmiştir. Melekoğlu ve ark. (2013)'nın yaptığı çalışmada ise adölesanların %22,5'inin eşleri ile akrabalıkları tespit edilmiştir. Çağatan (2015)'ın yapmış olduğu çalışmada 10-15 yaş arasındaki adölesan kadınların %100'ünün eşiyle akraba olduğu, 15-19 yaş arasındaki adölesan kadınların ise %43,2'sinin eşiyle akraba olduğunu belirlemiştir. Bizim çalışmamızda; adölesan kadınların eşleriyle akrabalık oranı %30,1 olarak bulunmuştur. Çalışmamıza alınan adölesan kadınların eşleri ile akrabalık durumlarının Çağatan (2015)'ın çalışması ile benzerlik göstermektedir. Bunun sebebinin çalışmamıza katılan adölesan kadınların sosyo-ekonomik düzeyi düşük bir yerde yaşamaları ve çalışmaya göçmen adölesanların dahil edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelik döneminde sigara kullanımının anne ve bebeğin sağlığına birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Gebe bir kadının sigara kullanması veya ortamdaki sigara dumanının solunması; fertiliteyi, bebeğin gelişimini, gebeliğin bütün dönemlerini ve doğumu olumsuz yönde etkilediği ve bebeğin düşük doğum ağırlıklı olarak dünyaya gelmesine, preterm eyleme, neonatal mortaliteye, riskli doğum eylemine neden olabilmektedir. Ayrıca annede akciğer kanseri, solunum rahatsızlıkları, kalp damar rahatsızlıkları vb. birçok sağlık sorununa neden olabilmektedir (Tarhan ve ark,2016). Marakoğlu ve ark. (2007) ve Altıparmak ve ark. (2009)'nın yapmış oldukları çalışmalarda tüm yaş grubu gebelerde sigara kullanma oranları sırasıyla %7,3 ve %12,8 olarak bulunmuştur. Çağatan (2015)'ın 100 adölesan gebe kadın üzerinde yapmış olduğu retrospektif çalışmada adölesan

gebe kadınların %19'u gebelikleri boyunca sigara kullandıklarını belirtmiştir. Ayrıca 10-15 yaş arası adölesan kadınların sigara içme oranının %20, 15-19 yaş arası adölesan kadınların sigara içme oranının ise %18,9 olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise adölesanların sigara kullanma oranı %2,7; yetişkin gebelerin sigara kullanma oranı %20,4 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda belirlenen adölesan kadınlarda sigara içme oranı, diğer çalışmalara oranla çok daha düşük bulunmuştur. Bunun sebebinin çalışmaya katılan adölesan kadınların geleneksel kültür yapısına sahip olmalarından nedeniyle sigara kullanımının aile ve çevre tarafından olumlu karşılanmamasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Doğum öncesi bakım (DÖB) almak anne ve bebeğin sağlığının korunması, annenin gelişebilecek riskli durumlarla ilgili bilgi sahibi olması, annenin doğuma ve doğacak bebeğine ilişkin bilgi sahibi olması açısından önemlidir (Turan ve ark,2008). DSÖ gebelerin sağlık profesyonelleri tarafından en az dört kez takip edilmesi gerektiğini bildirmiştir (Adın ve ark, 2017). Ülkemizde Sağlık Bakanlığının yayınladığı DÖB izlem protokolüne göre, sağlık personeli tarafından herhangi bir risk belirlenmeyen ve/veya gebeliğe bağlı herhangi bir şikâyeti olmayan gebe için doğum öncesi izlem sayısı dört olarak belirlenmiştir. Ayrıca 18 yaş ve altı gebeler yüksek riskli gebelik olarak tanımlanmış ve uzman hekimin değerlendirmesine göre izlem sayısının arttırılabileceği belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2007). Adölesanların yeterli DÖB hizmetilerinden faydalanmadığı, gebelik takiplerinin yeterli sayıda yapılmadığı ve buna bağlı olarak riskli durumların erken dönemde tespit edilemediği belirtilmektedir (Kara Uzun ve Şimşek Orhon, 2013). TNSA 2018 verilerine göre adölesanların %94,1'i en az bir kez doğum öncesi bakım aldığı, 20-34 yaş grubundaki kadınlarda ise bu oranın %96,7 olduğu belirtilmiştir. Ayrıca TNSA Suriye örnekleminde ise Suriyeli kadınların sadece %64'ünün 4 ve üzeri doğum öncesi bakım aldıkları belirtilmiştir (TNSA, 2018). Erenel ve ark. (2017)'larının Suriyeli ve Türk gebe kadınlarla yaptığı çalışmada Suriye' li kadınların %41,3'ünün doğum öncesi bakım almadığını, ancak bu oranın Türk kadınlarda sadece %7,7 olduğunu belirtilmiştir. Çalışmamızda ülkemizde yapılan diğer çalışmalara benzer şekilde adölesan gebelerin yetişkin gebelerden daha az oranda ve daha az sayıda doğum öncesi bakım aldığı görülmekle birlikte adölesan kadınların DÖB alma

oranları diğer çalışmalardan daha yüksektir. Bunun sebebinin aile hekimliği sisteminde gebelik takiplerinin yapılmasının zorunlu tutulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Buldum (2018)'un yaptığı araştırmada adölesan kadınların ilk gebelik yaş ortalamaları 17,9±1,1 olduğu, %73'ünün ilk gebeliği olduğu, %6'sının daha önce düşük yaptığı ve %2'sinin daha önce küretaj olduğu saptanmıştır. Çalışmada kadınların %95'inin gebeliklerinin planlı olduğu belirtilmiştir. Buna karşılık, Sökülmez ve ark. (2014)'nın 220 adölesan kadın ile yaptığı çalışmada küretaj sıklığını %7,7 olarak belirtilmiştir. Şahin (2011)'in yapmış olduğu yaptığı çalışmada adölesan kadınların %94,6'sının 17-19 yaş aralığında olup annelerin yaş ortalamasının 18.02±0.5 olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca adölesan kadınların en fazla 1-3 gebeliği olduğu, %93,8'inin daha önce düşük yapmadığı, %75,4'ünün ilk gebeliği olduğu, %22'sinin gebelikleri arasında iki yıldan az süre olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda adölesan kadınların ilk gebelik yaş ortalamaları 16,85±1,2 olduğu, adölesanların %94,5'inin ilk gebeliği olduğu ve %2,7'sinin daha önce düşük yaptığı belirlenmiştir. Çalışmamızda adölesanların diğer çalışmalarda yer alan adölesan kadınlara oranla ilk gebelik yaş ortalamaları benzer olduğu, adölesanların tamamına yakınının (%94,5) ilk gebeliği olduğu ve düşük yapma oranları daha düşük olduğu (%2,7) belirlenmiştir. Bunun sebebinin ülkemizde gerçekleşen adölesan gebeliklerin erken yaş evliliklerine bağlı olarak ortaya çıkmasından kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Bu gebelikler toplum tarafından desteklenen ve istenen gebelikler olması nedeniyle düşük oranının daha az seviyelerde olduğu düşünülmektedir.

Adölesan dönemde artan büyüme hızına bağlı olarak vitamin ve mineral gereksiniminde de artış görülnektedir. Bu nedenle gebe kalan adölesanlarda kendi gelişim süreci için gerekli olan artmış demir ve vitamin tüketimine ek olarak fetal büyüme ve gelişme için de takviye demir ve vitamine ihtiyaç duymaktadırlar (Gör Uslu, 2018). Dünyadan bildirilen raporlarda gebeler en fazla vitamin, demir desteği ve mineral kullanmaktadır (Rohra ve ark, 2008). Yapılan çalışmalar gebelerin demir ilacı ve multivitaminlerin dışında bir-üç ilaç daha kullandığını belirtmektedir (Miral ve Beji,2017). Şirin (2016)'in 150 adölesan ve 150 yetişin kadın olmak üzere 300 primipar gebe ile yapmış olduğu araştırmada vitamin-demir preparatını kısa süreli kullanan adölesan kadınların oranı %44, uzun süreli olarak kullanan adölesan

kadınların oranı %52 olarak bulunmuş; vitamin-demir preparatını kısa süreli kullanan yetişkin kadın oranı %51,3, uzun süreli kullanan yetişkin kadın oranı %18,7 bulunmuştur. Gör Uslu ve Çoban (2020) yaptıkları çalışmada ise adölesan gebelerin %84,5'i folik asit kullanmış, %86,5'i vitamin kullanmış ve %86,5'i de demir preparatı kullandığı belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda adölesan kadınların %46,7'si folik asit, %35,6'sı demir, %17'si multivitamin kullanmakta olup; yetişkin kadınların %45,3'ü folik asit, %37,4'ü demir ilacı ve %15,5'i multivitamin kullandıklarını bildirmişlerdir. Bunun sebebinin çalışmamıza katılan tüm kadınların en az bir kere doğum öncesi bakım almalarına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Şirin (2016)'in çalışmasında adölesan kadınların %96'sının, yetişkin kadınların %93,3'ünün gebeliklerinde en az bir defa ultrason taraması yaptırdığını, adölesan kadınların %88'inin ve yetişkin kadınların tamamının ise gebelik döneminde kan testi yaptırdığını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise adölesan kadınların oranı %65'inin ve yetişkin kadınların %65,7'sinin kan ve ultrason testi yaptırdığı belirlenmiştir. Çalışmamızda da diğer çalışmalara benzer şekilde hem adölesan hem de yetişkin kadınların tamamına yakının (%86,3-%97,8) DÖB almış olması nedeniyle kadınların yarıdan fazlasının ultrason ve kan testi yaptırdıkları saptanmıştır.

Adölesanların pelvis yapısının tam olarak gelişememesine bağlı olarak baş pelvis uyuşmazlığının ve sezaryenle doğum insidansının arttığına ilişkin görüşler mevcuttur. Ancak bunun aksine, adölesan kadınlarda sezaryen doğum insidansının değişmediğini ve hatta daha az uygulandığını belirten verilerde bulunmaktadır (Connolly ve ark, 1998). İnalöz (2013)'ün yapmış olduğu çalışmada adölesan kadınların %98'i sezaryen doğum yapmış olduğu, yetişkin kadınların ise %83,8'i sezaryen doğum yapmış olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda adölesan kadınların daha çok vajinal doğum yaptığı, sezaryen doğumun yetişkin gebeler arasında daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Taner ve ark 2012; Melekoğlu 2013). Çağatan (2015)'ın yaptığı çalışmada adölesan kadınların %66'sının vajinal doğum yaptığı, %22'sinin sezaryen doğum yaptığı belirlenmiştir. Kırbaş (2011)'ın yapmış olduğu çalışmada adölesan kadınların %71,6'sının vajinal doğum yaptığı, %28,3'ünün sezaryen doğum yaptığı, yetişkin kadınların ise %68,3'ünün vajinal doğum yaptığı, %31,1'inin sezaryen doğum yaptığı belirlenmiştir. Bizim

çalışmamızda ise adölesan kadınların sezaryen oranı %5,5; vajinal doğum oranları %78,1; müdahaleli doğum oranı %16,4'tür. Yetişkin kadınların sezaryen oranı %29,3; vajinal doğum oranı %65,7, müdahaleli doğum oranı %5 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda ülkemizde yapılan birçok çalışmaya benzer şekilde yetişkin kadınların sezaryen oranlarının adölesan kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenirken, adölesan kadınlarda vajinal doğum oranının fazla olduğu saptanmıştır. Bunun en önemli sebebinin hem ülkemizdeki yüksek sezaryen oranlarının düşürülmesi amacıyla vajinal doğum eyleminin yaygınlaştırılmasını destekleyen anne bebek dostu hastane politikalarından kaynaklandığı, ayrıca çalışmanın yapıldığı devlet hastanesinde vajinal doğumların ebeler tarafından yaptırılmasına bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bununla beraber adölesan kadınlarda gerçekleştirilen doğumların çoğunun ilk doğum olmasının da etkili olduğu düşünülmektedir.

Çetin ve ark. (2017)'nın çalışmada gebelerin %62,4'ü sık idrara çıkma %41,5'i sırt ve bel ağrısı, %37,3'ü vajinal akıntı yakınmaları gebeler tarafından sık sık deneyimlediklerini, %31,2'i bacak krampları, %30,9'u mide yanması, halsizlik ve yorgunluk, %28,8'i iştahta artma, %28,5'i mide ekşimesi ve %27,9'u ateş basması gibi yakınmaları ara sıra deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Ayan (2013)'ın yaptığı çalışmada ise en fazla karşılaşılan gebelik şikayetlerinin 1.trimestırda göğüslerde ağrı, gastro-intestinal ve kas iskelet sistemine ilişkin, 2.trımestırda baş ağrısı ve genitoüriner sistemine ilişkin, 3.trimestırda ise deri değişiklikleri, sıcak basması kardiyovasküler ve solunum sistemine ilişkin olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda adölesan kadınlarda en fazla baş ağrısı ve migren, bacak krampları, ellerde-ayaklarda şişme, memelerde ağrı ve kaşıntı şikayetleri anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Buna karşılık yetişkin kadınlarda ise çatlaklar, gaz sancısı, vajinal akıntı, nefes darlığı, yüzde oluşan lekeler, burun kanaması, varis şikayetleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Gebelik, doğal bir süreç olmasına karşılık, anne vücudunda önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olur. Kadınlar, bu değişikliklere bağlı olarak gebelikleri süresince bazı fiziksel rahatsızlıklar yaşayabilmektedir. Gebelikte oluşan fiziksel rahatsızlıkların bazılarının nedeni bilinmezken çoğunun, hormonal değişikliklere ve genişleyen uterusa bağlı

olarak oluştuğu düşünülmektedir (Ayan,2013). Bu sonucun özelikle adölesan kadınların vücut gelişimini tamamlayamamasından bununla beraber hormonal dengenin gebelikle birlikte değişikliklere uğraması ve adölesanların gebelikte beslenme konusundaki bilgi yetersizliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

DSÖ, gebe kadınlarda hemoglobin düzeyinin 11,0 g/dL, hematokrit düzeyinin ise 0,31 g/dL üzerinde olması gerektiğini belirtmiştir (WHO, 2000). Annede ciddi aneminin ortaya çıktığı durumlarda anne ölümlerinin beş kat artttığı bildirilmektedir. Anemik annelerde doğum veya gebelik kayıpları sırasındaki düşük düzeylerdeki kan kayıpları ciddi sonuçlara hatta kalp yetmezliği gelişmesine bağlı olarak anne ölümlerine yol açabilimektedir. Ayrıca annenin genel sağlığını bozarak kendiliğinden düşük, preterm eylem, DDA, doğum sonu kanama ve puerperal sepsis riskini arttırmaktadır (Necmi ve ark., 2014) Bu nedenle anemi, kadın sağlığı ve gebe sağlığı açısından önemle ele alınması gereken bir sorunlardan biridir. Yapılan bazı araştırmalarda adölesan gebeliklerde anemi riski yetişkin gebeliklere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Ağaçayak ve ark, 2016). Keskinoğlu ve ark. (2007)'nın yaptığı bir çalışmada adölesan kadınlarda anemi oranını %38,5 olarak saptanmıştır. Melekoğlu ve ark. (2013)'larının yaptığı diğer bir çalışmada ise adölesan çağda gebe kalanların %32'sinde anemi tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda adölesan kadınlarn hem kendi bedenlerinin gelişimlerinin devam etmesi bunun yanında fetüsün de ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmaları nedeniyle demir depolarının hızla tükendiği belirtilmektedir (Lira ve ark, 2006; Trivedi ve ark, 2007). Bizim çalışmamızda adölesan kadınların HGB seviyeleri %60,3 oranında yüksek, yetişkin kadınların %58,6 oranında normal seviyede bulunmuştur. Adölesan kadınların HCT seviyeleri %57,5 oranında normal sınırlarda tespit edilmiştir. Yetişkin kadınların HCT seviyesi %67,4 oranında normal seviyelerde bulunmuştur. Çalışmamız ülkemizde yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak adölesan kadınlarda anemi oranı yetişkin kadınlara oranla daha düşük bulunmuştur. Bunun sebebinin ülkemizde adölesan gebeliklerin riskli grupta yer almasına bağlı olarak daha sık doğum öncesi bakım hizmeti alması, demir ve multivitamin desteği sağlanmasına bağlı olarak oluştuğu düşünülmektedir.

Literatürde adölesan kadınlarda preeklampsinin görülme sıklığının fazla olduğuna dair çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Eure ve ark. (2002) adölesan kadınlarda preeklampsi, eklampsi ve İUGR oranlarının yetişkinlere oranla daha fazla olduğunu göstermişlerdir. Buna karşılık Thaithae ve ark. (2011) Tayland'da yaklaşık 11.000 adölesan gebenin verilerini incelemişler ve adölesan kadınlarda preeklampsi ve erken doğum riskinin erişkinlerle aynı oranda izlendiğini göstermişlerdir. Ayrıca preterm eylem ve IUGR riskinin adölesan kadınlarda arttığını ve bu artışların özellikle 11-15 yaş arası genç adölesanlarda daha belirgin olduğunu ortaya koymuşlardır. Özalp ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada hem preeklampsi hem de eklampsi insidansının adölesan dönemde arttığını belirtmişlerdir. Ayrıca, Keskinoğlu ve ark. (2007)'nın yapmış olduğu başka bir çalışmada da adölesan kadınlarda preeklampsi görülme oranı %6 oranında saptanmıştır. İngeç ve ark. (2005)'ları ile İmir ve ark. (2008)'larının çalışmalarında ise adölesan kadınlarda eklampsi gelişme oranını erişkinlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Keskinoğlu ve ark. 2007 yılında yaptıkları çalışmada adölesan kadınlarda oligohidramniyos görülme sıklığı %0,2 olarak saptanmıştır. Edirne ve ark. (2010) adölesan gebe kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada preterm eylem oranı %28,4 olarak saptanmıştır. Ayrıca 16500 kadının gebelik sonuçların analiz edilen geniş çaplı bir çalışmada ise 11-16 yaş arası doğum yapanlarda preterm eylem oranının yaşça daha büyük olan gebelere göre anlamlı derecede artmış olduğunu saptamışlardır (Satin ve ark., 1994). Bizim çalışmamızda; adölesan kadınlarda preterm eylem oranı %20,1, EMR oranı %60,1 olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan yetişkin kadınlarda ise preterm eylem oranı %8,8, EMR oranı %41,2, oligohidroamnios oranı %26,5 ve preeklamsi oranı %23,5 bulunmuştur. Çalışmamızda adölesan kadınlarda preterm eylem ve EMR görülme sıklığının yetişkin kadınlardan daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Literatürde adölesanlarda gebeliğe bağlı komplikasyon görülme sıklığının fazla olduğu, adölesanlarda sıklıkla, preterm eylemi EMR, preeklampsi ve İUGR görülme riskinde artış olduğu belirtilmektedir. Bizim çalışmamızda literatüre benzer şekilde adölesan kadınlarda preterm eylem ve EMR daha fazla görülmüş, yetişkin kadınlarda ise oligohidroamnios ve EMR daha fazla görülmüştür.

Yapılan çalışmalar adölesan gebeliklerde maternal komplikasyonların yanı sıra neonatal komplikasyonları ve mortalitesinin de arttığını ileri sürmektedir (Ağaçayak ve ark, 2016). Doğum sonu yenidoğan değerlendirmesi yenidoğan yoğun bakım ihtiyacının belirlenmesinde ve mortalitesinin azaltılmasında önemli bir faktördür (Tezel ve ark, 2005). Yenidoğan doğum ağırlığı 2500 gr altında olan bebeklerde, beşinci dakika apgar skoru 7'nin altında olanlar düşük apgar skorlu olarak kabul edilmektedir. Ayyıldız ve ark. (2015)'nın yaptığı bir çalışmada adölesan kadınların bebeklerinin, birinci dakika ve beşinci dakika apgar skorları ortalamalarının, yetişkin kadınların bebeklerinden daha düşük olduğu saptanmıştır. Taner ve ark. (2012)'nın yaptıkları çalışmada ise farklı olarak, adölesan ve yetişkin kadınların bebeklerinin birinci ve beşinci dakika apgar skoru ortalamaları arasında herhangi bir farklılık olmadığı bildirilmiştir. Sak ve ark. (2017)'nın yapmış oldukları çalışmada da adölesan, retrodüktif ve ileri yaş gebelerin bebeklerinin doğum kiloları, apgar 1. ve 5. dk skorları ve arasında anlamlı fark görülmemiş olup doğum yaptıkları gebelik haftaları kıyaslandığında ise adölesan gebelerin doğum yaptıkları gebelik haftalarının ortalamalarının 34.85±4.62 olduğu, retrodüktif ve ileri yaş gebelere göre düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sayar (2017)'ın yapmış olduğu çalışmada ise adölesan kadınların doğum haftalarının ortalamalarının 39.hafta olduğu, bebeklerinin doğum ağırlıklarının ortalamalarının 3097,10±420,83 olduğu, bebeklerinin apgar 1.dk'larının ortalamalarının 9, bebeklerinin apgar 5.dk'larının ortalamalarının 9 olduğu buna karşın yetişkin kadınların doğum haftalarının ortalamalarının 39.hafta olduğu, bebeklerinin doğum ağırlıklarının ortalamalarının 3210,78±448,05 olduğu, bebeklerinin apgar 1.dk'larının ortalamalarının 9, bebeklerinin apgar 5.dk'larının ortalamalarının 10 olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda adölesan kadınların bebeklerinin doğum ağırlıkları ortalamaları 2807,4±287,68, doğum boyu ortalamaları 49,18±1, baş çevreleri ortalamaları 33,81±0,75, apgar 1.dk ortalamaları 8,03±0,81, apgar 5.dk ortalamaları 9,14±0,71 bulunmuştur. Yetişkin kadınların bebeklerinin doğum ağırlıkları ortalamaları 3306,74±228,88, doğum boyu ortalamaları 50,78±1,03, baş çevreleri ortalamaları 35,16±2,7, apgar 1.dk ortalamaları 8,51±0,58, apgar 5.dk ortalamaları 9,55±0,49 bulunmuştur. Çalışmamızda yenidoğanların doğum ağırlıkları ve apgar skorları normal sınırlarda belirlenmiş olmakla birlikte

adölesan annelerin bebeklerinin değerleri yetişkin annelerin yenidoğanlarına göre daha düşük düzeyde olması dikkat çekicidir. Araştırma sonuçlarımız Ayyıldız ve ark'larının yaptıkları çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızdan ve literatürden elde edilen verilerden yola çıkarak; adölesan kadınların yetişkin kadınlara nazaran gebelik sürecinde ve doğum sırasında daha fazla risklerle karşılaştığı bu nedenle adölesan gebeliklerin önlenmesi konusunda daha fazla çaba harcanması gerekmektedir. Bununla birlikte adölesan gebeliklerle karşılaşan sağlık çalışanlarının bu gebeliklere daha fazla özen göstermeleri, özellikle gebe olan adölesanlara, gebeliklerinin risklerini detaylıca anlatmaları ve gebelik süresince bakım almalarının önemi vurgulanmalıdır.

Sonuç;

- Adölesan kadınların eğitimin seviyesinin yüksek oranda ilköğretim ve altında olduğu, yetişkin kadınların ise eğitim seviyelerinin yüksek oranda ilköğretim ve üstünde olduğu belirlenmiştir.
- Adölesan kadınların gelir düzeylerinin yetişkin kadınlardan düşük olduğu ve adölesan kadınların tamamına yakınının gelir getiren bir işte çalışmadığı belirlenmiştir.
- Yetişkin kadınların çoğunun çekirdek aile tipinde yaşadığı, adölesan kadınların ise çoğunun geniş aile tipinde yaşadığı belirlenmiştir.
- Yetişkin kadınlarda sezeryan doğum oranının adölesan kadınlardan yüksek olduğu, adölesan kadınlarda ise normal ve müdahaleli doğumun yetişkin kadınlardan anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.
- Adölesan kadınlarda EMR ve preterm eylem görülme sıklığının yetişkin kadınlardan yüksek olduğu, yetişkin kadınlarda ise preeklampsi ve oligohidroamniyoz görülme sıklığının adölesan gebelerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Adölesan kadınlarda baş ağrısı ve migren, bacak krampı, ellerde ve ayaklarda şişme, ateş basması, sivilceler, memelerde ağrı ve kaşıntı şikâyetlerinin yetişkin gebelerden daha fazla oranda yaşandığı belirlenmiştir. Yetişkin kadınlarda ise

çatlaklar, vajinal akıntı, nefes darlığı, gaz sancısı, yüzde lekelenmeler, burun kanaması ve varis şikâyetlerinin adölesan gebelerden daha fazla oranda yaşandığı belirlenmiştir.

- Adölesan ve yetişkin kadınların DÖB alma durumlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Adölesan gebelerin gebelik döneminde HGB ve HTC düzeylerinin yetişkin gebelerden daha yüksek, olmakla birlikte normal sınırlar arasında olduğu belirlenmiştir.
- Adölesan gebelerin doğumdaki gebelik haftası, doğum ağırlığı, doğum boyu, baş çevresi, 1.dk. ve 5.dk. Apgar skorları yetişkin gebelere oranla düşük bulunmasına karşılık normal sınırlar içerisinde yer almaktadır.

Öneriler;

- Hemşire ve ebelerin adölesan gebeliklerin neden olabileceği sonuçları fark edebilesi ve adölesan gebelere ihtiyaç duydukları bakım hizmetlerini sağlayabilmeleri,
- Hemşire ve ebelerin adölesan kadınlara DÖB eğitimi verirken, eğitimin adölesan gebenin ihtiyaçlarına yönelik olduğundan emin olması gerektiği,
- Hemşire ve ebelerin adölesan gebelere karşı daha duyarlı olması gerektiği,
- Adölesan gebelikler ile ilgili çalışmalarda kadınların kültürel değerlerinin göz önünde bulundurulması gerektiği,
- Adölesan gebelerin aldıkları DÖB niteliğine ilişkin daha ayrıntılı çalışmalar yapılması gerektiği,
- Adölesan gebeliklerle ilgili daha geniş bir örneklem grubu ile çalışmanın yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Aba, Y.A. (2014). Adölesan gebelere verilen danışmalık hizmetlerinin; anne adayının doğum öncesi ve sonrasına uyumu ile bebeğini algılamasına etkisi. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Abalı, F. A., Saruhan, A., Cetişli, N. E. (2017). Adölesan doğumların sonuçlarının retrospektif incelenmesi, *Pamukkale Tıp Dergisi,* 10(2),166-170.

Adın C., Ceylan A. (2019). Bir ilçedeki aile hekimleri ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının verdiği doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi, *II. Uluslararası Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırmaları Kongresi*, Şanlıurfa.

Ağaçayak E, Alan B, Turgut A, Karabel M, Tunç SY, Çeter Y, Arslan N, Yalınkaya A. (2016). Adölesan Gebelerin Maternal ve Fetal Sonuçlarının Değerlendirilmesi, *Dicle Tıp Dergisi*,43(2), 344-350.

Akbulut, Ş. (2019). Adölesan gebelerde doğum korkusu ve sosyal destek düzeyinin postpartum depresyona etkisi, Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Akdolun Balkaya, N., Vural, G., Eroğlu K. (2014). Gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunların incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 4(1): 6-16.

Akın A. (2002): Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. İçinde: 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları. Ankara.

Akın, A. (2012). Türkiye'de değişen nüfus ve sağlık politikaları doğrultusunda, isteyerek düşükler ve üreme sağlığı hizmet sunumunda geleceğe bakış, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(1),43-60.

Akpınar, F.Z. (2018). Gebelikte yaşanan distres ile gebelikteki yakınmalar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Erzurum.

Aksit, S., Turpculu, A. (2003). Trends in teenage pregnancy in Turkey. *Int J Gynaecol Obstet*, 81,55-60.

Aksu, H., Yurtseven, E. (2009). Gebelik, diyabet ve hemşirelik bakımı, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 50–58.

Altıçelep F. (2011) Gebelerdeki prenatal distres düzeyinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul.

Altıparmak, S., Altıparmak, O., Avcı, H. D. (2009). Manisa'da Gebelikte Sigara Kullanımı; Yarı Kentsel Alan Örneği. *Türk Toraks Derneği Dergisi*, 10,20-25.

Anık Y, Ege E. Erken evlilikler ve adölesan gebeliklerde hemşirelik yaklaşımı. Çelebioğlu A, editör. Adölesan Sağlığı ve Hemşirelik Yaklaşımları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri;2019. p.46-55.

Aslan, B. D. (2001). Adölesan gebelerin öz-bakım gücünün incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.

Aslan Çetin B, Aydogan Mathyk B, Turan G, Güralp O, Gedikbaşı A. (2019). A comparison of obstetric outcomes in adolescent pregnancies and adult pregnancies. J Matern Fetal Neonatal Med. 21;1-6.

Aslan, Y. (2019). Gebelik öncesi uygulanan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve gebelik döneminde uygulanan sağlık uygulamaları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, Gaziantep.

Ayan R, (2013). Gebelerin olağan şikayetleriyle başa çıkma yolları ve etkileyen faktörler, Haliç üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, yüksek lisans tezi, İstanbul.

Aydemir, H., Uyar Hazar, H. (2014). Düşük Riskli, Riskli, Yüksek Riskli Gebelik ve Ebenin Rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (2), 815,833.

Aydın, D. (2013). Adölesan gebelik ve adölesan annelik, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 16(4), 250-254.

Aydın, D., Akay, B. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin erken evlilik ve çocuk gelinler hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi. *Clinical Experimental Health Sciences,* 7;39-44.

Ayyıldız, T., Topan, A., Öztürk, Ö., Kulakçı, H. (2015). Adölesan gebeliklerin anne ve bebeğe yönelik obstetrik sonuçlar açısından değerlendirilmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi,* 8(2), 61-66.

Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ES, Azevedo LM, Evangelista CB. (2015). Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literatüre, *Einstein,*13(4),618-26.

Babadağlı B. (2008). Gebelik yaşının gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 11(3): 96-105.

Bafler, M. (2000). Adölesan cinselliği ve gebelik, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 4(1), 50-54.

Bao, W., Bowers, K., Tobias, D.K., Olsen, S.F., Chavarro, J., Vaag, A. (2014). Prepregnancy low-carbohydrate dietary pattern and risk of gestational diabetes mellitus: a prospective cohort study. *The American journal of clinical nutrition.* 99(6), 1378-84.

Başer, M. (2000). Adölesan cinselliği ve gebelik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 4(1), 50-54.

Bayram, M., Özer, G., Soyer, C., Uçar, B., Gökçen Yücel, G. (2005). Prevalence of Adolescent Pregnancies and Educational Status of Pregnant Adolescents Admitted to the Kirikkale University Faculty of Medicine, Department

of Gynecology and Obstetrics, *Journal of Turkish German gynecological association,* 6 (1),39-41.

Bekir Kahveci B., Melekoğlu, R., Evruke İ.C., Çetin C. (2018). The effect of advanced maternal age on perinatal outcomes in nulliparous singleton pregnancies. BMC Pregnancy and Childbirth, 18:343.

Buldum A. (2018), Adölesan gebelerin algıladıkları sosyal destek ile yaşadıkları doğum korkusu arasındaki ilişki, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Bulut, S., Gürkan, A. ve Sevil Ü. (2008). Adölesan gebelikler. *Aile ve Toplum Dergisi,* 13,37-44.

Can, R., Dereli Yılmaz, S., Çankaya, S., Kodaz, N. (2019). Gebelikte yaşanan sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Sağlık ve Toplum Dergisi.29(2); 58-64.

Canbaz, S, Sunter, A.T., Cetinoglu, C.E. ve Peksen, Y. (2005). Obstetric outcomes of adolescent pregnancies in Turkey. *Advances in Therapy,* 22 (6), 636-641.

Carrolı G, Rooney C, Vıllar J. (2001) How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity: an overview of the evidence. Pediatr Perinat Epidemiol (Suppl 1):1-42.

Celep, G , Gürçağlar, A , Erdoğan, Y , Kara, F . (2019). Ergen Gebeliklere Genel Bir Bakış, Tek Merkez Deneyimi: Amasya Eğitim ve Araştırma Hastanesi. *Güncel Pediatri*, 17 (3), 400-411.

Chames, M.C., Livingston, J.C., Iverter, T.S., Barton, J.R. & Sibai, B.M. (2002). Late postpartum eclampsia: a preventable disease? *American journal of obstetrics and gynecology*, 186(6),1174-77.

Chandra-Mouli, V., Camacho, A.V. & Michaud, P.A. (2013). WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *The Journal of adolescent's health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 52(5),517-22.

Chen, C.W., Tsai, C.Y., Sung, F.C. Lee, Y.Y., Lu, T.H., Li, C.Y. et al. (2010). Adverse birth outcomes among pregnancies of teen mothers: age-specific analysis of national data in Taiwan. *Child Care Health Development*, 36(2), 232-40.

Chen YJ, Li CR, Lee SH, Hsu BQ, Wu WY, Kuo CP, Hwang SL, Lee MC. (2014). Growthchanges in infantsborn of adolescent mothers: Results of a national cohort study in Taiwan. Iran J Reprod Med. 12;737-46.

Cho, G.J., Shin, J.H., Yi, K.W., Park, H.T., Kim, T., Hur, J.Y. et al. (2012). Adolescent pregnancy is associated with osteoporosis in postmenopausal women. *Menopause*, 19, 456-60.

Christie, D. & Viner, R. (2005). Adolescent development. *British Medical Journal*, 330 (7486), 301–304.

Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Rehberi. (2009). T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara.

Cleary-Goldman, J., Malone, F.D., John Vidaver, J., Ball, R.H., Nyberg, D.A., Comstock, C.H., Saade, G.R., Eddleman, K.A., Klugman, S., Dugoff, L. et. all. (2005). Impact of maternal age on obstetric outcome. Obstetrıcs & Gynecology. 5(1); 983-990.

Comba, A., Mert, H. (2014). İkinci trimesterdeki gebelerde bazı biyokimyasal ve hematolojik parametreler. *Van Tıp Dergisi*, 21(4), 210-215.

Connolly, G., Kennelly, S., Conroy, R., Byrne, P. (1998). Teenage pregnancy in the Rotunda Hospital. *Irish Medical Journal*, 91, 209-212.

Çağatan, M. (2015), Adölesan gebeliklerin maternal ve perinatal sonuçları, Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır.

Çiçek, N., Akyürek. C., Çelik. Ç. ve Haberal, A. (2013). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2. Baskı. İstanbul: Güneş Kitabevi.

Çelik Bilgiç, D., Dağlar, G. ve Demirel G. (2013). Adölesanda jinekolojik sorunlar ve üreme sağlığı üzerine etkileri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 47(4), 157166.

Çelik Eren D. (2019). Adölesan Gebelikler ve Hemşirelik . Uluslarası Sağlık Toplum ve Kültür Sempozyumu, Amasya.

Çetin, FC., Demirci, N., Yeşilçiçek Çalık, K., Çil Akıncı, A. (2017). Gebelikte olağan fiziksel yakınmalar, *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 48(4), 135-141.

Dalkıran S. (2018). Adölesan gebeler ile yetişkin gebelerin ebeveynliğe bakışı, Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi ankara sağlık uygulama ve araştırma merkezi aile hekimliği kiliniği, Ankara.

De Haas, S., Ghossein-Doha, C., Van Kuijk, SMJ., Van Drongelen, J., Spaanderman, MEA. (2017). Physiological adaptation of maternal plasma volume during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstetric Gynecology*, 49(2), 177-187.

Demir, E. (2019). Gebelerin sosyodemografik özelliklerinin gebelikte olağan yakınmalar ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Erzincan.

Demir, S.C., Kadayifci, O., Ozgunen, T. ve Evrüke, C. (2000). Pregnancy outcomesin young Turkish women. *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology* 3(4), 177-81.

Demirgöz M, Canbulat N. (2008). Adölesan gebelik. *Journal of Medical Sciences,* 28(6), 947-52.

Demiröz, H. (2008). Adölesan gebeliklerin yaygın olduğu bir bölgede anne ve yenidoğan sağlığı. Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim, Aydın.

Desdicioğlu, K., Malas, MA. (2006). Fetal büyümeye etki eden maternal faktörler. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(2), 47-54.

DeVito, J. (2010). How adolescent mothers feel about becoming a parent. *Journal of Perinatal Education*, 19(2), 25- 34.

Edirne, T., Can, M., Kolusarı, A., Yıldızhan, R., Adalı, E., Akdağ, B. (2010). Trends, characteristics, and outcomes of adolescent pregnancy in eastern Turkey. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 110(2):105-8.

Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi. (2008). T.C. Sağlık Bakanlığı Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ankara.

Erenel H., Aydogan Mathyk B., Sal V., Ayhan I., Karataş S., Koc Bebek A. (2017). Clinical characteristics and pregnancy outcomes of Syrian refugees: a case–control study in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey. *Arch Gynecol Obstet* ,295,45–50.

Evrenol Öçal S. (2011). Adölesan gebelerin gebelik, doğum ve anneliğe uyumları ve etki eden faktörler, Yüksek lisans tezi, Ege üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği anabilim dalı, İzmir.

Ergin, F. (2004). Aydın merkezinde istenmeyen gebelikler ve risk faktörleri. Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Aydın.

Eure, CR., Lindsay, MK., Graves, WL. (2002). Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital. *American Journol of Obstetric Gynecology*, 186,918-20.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J. & Ridder, E.M. (2005) Show me the child at seven II: Childhood intelligence and later outcomes in adolescence and young adulthood. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 46, 850-8.

Gonatra, B., Tuncalp, O., Johnston, H.B., Johnson, B.R., Gülmezoğlu, A.M. & Temmerman, M. (2014). From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bulletion of the World Health Organization*, 92 (3), 155.

Gökçe, B., Özşahin, A., Zencir, M. (2007). Determinants of adolescent pregnancy in an urban area in Turkey: a population-based case-control study. *Journal of Biosocial Science,* 39,301-11.

Gör Uslu, F., Çoban, A. (2020). Adölesan annelerin sosyo-demografik özellikleri ve doğum sonuçlarının değerlendirilmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(1):30-38.

Heitmann, K., Nordeng, H., Hownen, GC., Solheimsnes, A., Holst, L. (2017). The burden of nausea and vomiting during pregnancy severe impacts on quality of life, daily life functioning and willing ness to become pregnant again-results from a crosssectional study. *BMC Pregnancy Childbirth,* 17(1), 1-12.

Holness, NA. (2014). Global Perspective on Adolescent Pregnancy, *İnternational of Journal of Nursing Practice,* 21(5), 677-81.

İmir, G., Çetin, M., Balta, O., Büyükkayhan, D., Cetin, A. (2008). Perinatal outcomes of adolescent pregnancies at a university hospital in Turkey. *Journal of Turkish-German Gynecology Association*, 9, 70-75.

İnalöz E. Y. (2013). Adölesan gebeliklerin perinatal sonuçları, Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Erzurum.

İnciser Paşalak, Ş. (2016). Yüksek riskli gebelik nedeniyle hastanede yatak istirahatinde olan gebelerin gebeliğe uyum düzeyleri ve etkileyen faktörler, Koç Üniversitesi yayınları, İstanbul.

İngeç, M., Börekçi, B., Yılmaz, M., Kadanalı, S. (2005). Adölesan gebeliklerde anne yaşının perinatal sonuçlara etkisi. *Journal Of Turkish German Gynecological Association,* 6, 290-295.

Johnson, AC., Cipolla, MJ. (2015). The cerebral circulation during pregnancy: adapting to preserve normalcy. *Physiology,* 30(2),139-147.

Jolly, M.C., Sebire, N., Harris, J., Robinson, S., Regan, L. (2000). Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstetrics Gynecology,* 96, 962966.

Kahraman, S. (2009). Kayseri İl Merkezindeki Adölesan Gebelerin Yaşam Kalitesinin 20-29 Yaş Grubu Gebelerle Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri.

Karakaya, E. (2004). Adölesan evli kadınlarda üreme sağlığı ve sosyoekonomik kültürel özellikler, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Kara Uzun, A., Şimşek Orhon, F. (2013). Adölesan Gebeliklerin Anne ve Bebek Sağlığına Olan Etkileri, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,* 10.1501.

Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalew AW (2019) Adverse neonatal outcomes of adolescent pregnancy in Northwest Ethiopia. *PLoS ONE* 14(6):1-20.

Kaya, D., Akan, N. (2010). Bir sağlık ocağı bölgesindeki gebelerde anemi görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Turkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2(2):100-9.

Keskin, U., Kırıcı, M.F. (2018). Adolesan dönemi ve gebelikler, adölesan sağlığı ve sorunları, *Türkiye Klinikleri,* 33-38.

Keskinoğlu, P., Bilgiç, N., Pıçakçıefe, M., Giray, H., Karakuş, N., Günay, T. (2007). Perinetal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mothers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20(1),19-24.

Khan, K.S., Woydyla, D., Say, L., Gülmezoğlu, A.M. & Van Look, P.F. (2006). WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*, 367(9516), 1066-74.

Kılıççeker, R. (2019). Acil servise başvuran adölesan gebelerin retrospektif incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. Mersin.

Kırbaş, A. (2011). Adölesan gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara.

Kimya, Y., Uysal, N., Cengiz, C. (2008). Preterm erken membran rüptürü olan gebelerde kliniğimizin perinatal sonuçları, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 34(2),71-77

Klein, J.D. (2005). American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics*, 116, 281286.

Koç, G., Cetişli, N.E. (2017). Adölesan annelerde emzirme, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(1), 50-58.

Köksal, H. (2016). Sosyodemografik verilerin yüksek riskli gebelikler üzerine etkisinin incelenmesi, Uzmanlık tezi, Cumhuriyet üniversitesi tıp fakültesi aile hekimliği anabilim dalı, Sivas.

Kömürcü, N., Doğan Merih, Y. (2012). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Doğum Öncesi Dönem, Tankuter K. (ed.), *Koç Üniversitesi Yayınları*, 131-163, İstanbul.

Kömürcü N. (2015). Özel Gruplarda Gebelik, Kadın Sağlığı, Genişletilmiş Baskı editör: Ahsen Şirin, Oya Kavlak, Nobel Kitabevi, İstanbul, 360-364.

Kütük, S. (2012). Adölesan gebelik riskleri ve sorunları, *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 16, 31-34.

Leftwich, H.K., Ortega Alves M.V. (2017). Adolescent Pregnancy. *Pediatric Clinical North America.* 64(2):381-388.

Lira Plascencia J, Ovedio Cruz H, Pereira LA, Dib Schekaiban C, Grosso Espinoza JMIbarguengoitia ochoa F, ve ark. [Analysis of the perinatal results of the first five years of the functioning of a clinic for pregnant teenagers]. *Ginecologia y obstetricia de mexico.* 2006;74(5),241-6.

Lopes van Balen, VA., Van Gansewinkel, TAG., De Haas, S., Van Kuijk, SMJ., Van Drongelen, J., Ghossein-Doha, C., Spaanderman, MEA. (2017). Physiological adaptation of endothelial function to pregnancy: systematic review and meta analysis. *Ultrasound Obstetric Gynecology*, 50(6), 697-708.

Lowdermilk, DL., Perry, SE., Cashion, MC., Alden, KR. (2016). Maternity and Women's Health Care. 11th Ed., St. Louis, MO: Elsevier.

Mahmutoğlu, S. (2017). Adölesan gebelerde oksidatif stresin değerlendirilmesinde dinamik tiyol/disülfid dengesinin araştırılması ve yetişkin gebelerle karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara.

Malabarey, O.T., Balayla, J., Klam, S.L., Shrim, A., Abenhaim, H.A. (2012). Pregnancies in young adolescent mothers: Population-based study on 37 million births. *Pediatric Adolescent Gynecology*, 25: 98-102.

Mangiaterra, V., Pendse, R., McClure, K., Rosen, J. (2008). Adolescent Pregnancy. MPS Notes, Geneva, World Health Organization.

Marakoğlu, K., Erdem, D. (2007). Konya'da Gebe Kadınların Sigara İçme Konusundaki Tutum ve Davranışları. *Erciyes Tıp Dergisi* 2007;29 (1): 47-55.

Marković, S., Bogdanović, G., Cerovac, A. (2020). Premature and preterm premature rupture of membranes in adolescent compared to adult pregnancy. Medicinski Glasnik. 17(1);136-140.

Mason, E. (2011). Guidelines for preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva, World Health Organization.

Mathers, CD., Bernard, C., Iburg, KM. (2003). Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 54, Geneva, World Health Organization.

Mattson, S., Smith, JE. (2016). Core curriculum for maternal-newborn nursing. 5 th. Ed., America, *Elsevier Health Sciences*. 108-119.

McIntyre, P. (2006). Health problems associated with adolescent pregnancy. - pregnant adolescents delivering on global promises of hope. *WHO Library Cataloguing, 2-28.*

McKinney, ES., James, SR., Murray, SS., Nelson K., Ashwill, J. (2018) Maternal-child nursing. 5 th. Ed., St. Louis, Mosby. 214-240.

Melekoğlu, R. (2012).Adölesan Gebelikler: Maternal ve Fetal Sonuçlar. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana.

Melekoğlu, R., Evrüke, C., Kafadar, T., Mısırlıoğlu, S., Büyükkurt, S., Özgünen, FT. (2013). Adölesan gebeliklerin perinatal sonuçları. *Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 10 (4);13- 9.

Mercer, BM. (2003). Preterm premature rupture of the membranes. *Obstetric Gynecology*, 101,178-93.

Mermer, G., Bilge, A., Yücel U., Çeber E. (2010). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi-Journal of Psychiatric Nursing* 1(2):71,76.

Meydanlı, MM., Çalışkan, E., Ecemiş, T., Arlıer, S., Dölen, İ., Haberal, A. (2000). Adölesanlarda gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 10:98-103.

Minjares-Granillo, RO., Reza-Lopez, SA., Caballero-Valdez, S., Levario Carrillo, M., Chavez-Corral DV. (2016). Maternal and perinatal outcomes among adolescents and mature women: a hospital-based study in the north of Mexico, *Pediatr Adolesc Gynecol*, 304-311.

Miral M., Beji N. (2017). Gebelikte ilaç kullanımı ve danışmanlık. *HSP*, 4(2), 142-148.

Mukhopadhyay P, Chaudhuri RN, Paul B. (2010). Hospital-based perinatal outcomes and complications in teenage pregnancy in ındia. *Journal of Health Population and Nutrition,* 28, 494-500.

Mutlugüneş, E., Mete, S. (2013). Gebelikte Bulantı Kusma ile Annelik Rolü ve Gebeliğin Kabulü Arasındaki İlişki. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2(1), 8-14.

Necmi A., Tanrıverdi M.H., Aslanhan H., Dane B. (2014). Gebelikte aneminin doğum şekli ve yenidoğan üzerine etkisi, *Dicle Tıp Dergisi*, 41 (1):138-143.

Nili, F., Rahmati, M.R., Sharifi, S.M. (2002). Maternal and neonatal outcome in teenage pregnancy in Tehran Valiasr Hospital. *Acta Med Iran*.40(1):55-9.

Oliveira FC, Costa ML, Cecatti JG, Pinto Silva JL, Surita FG. (2013). Maternal morbidity and near miss associated with maternal age: the innovative approach of the 2006 Brazilian demographic health survey. *Clinics*, 68; 922–927.

O'Toole, M., Moore, KA., Ball, VN. (2008). Assessing adolescent reproductive health: A guide for out-of-school time practitioners.

Özalp S., Mete, Tanir, H., Şener, T., Yazan, S., Keskin, A.E. (2003). Health risks for early (≤19) and late (≥35) childbearing. *Archives of Gynecology and Obstetrics,* 268, 172-174.

Özcebe, H., Biçer, BK. (2013). Önemli bir kız çocuk ve kadın sorunu: Çocuk evlilikler, *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*, 48, 86-93.

Özorhan, E.Y. (2016). Gebelikteki yakınmalar ve yaşam kalitesine etkisi ölçeğinin türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Özyüncü, Ö., Deren, Ö. (2005). Adolesan Gebelikleri. *Hacettepe Katkı Pediatri Dergisi*. 27, 423-35.

Papri F.S., Khanam, Z., Ara, S., Panna, M.B. (2016). Adolescent pregnancy: risk factors, outcome and prevention. *Chattagram Maa-O-Shishu Hospital Medical College Journal.* 15(1); 53-56.

Parlaz, EA., Tekgül, N., Karademirci, E. ve Öngel, K. (2012). Ergenlik dönemi: Fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. *Turkish Family Physician*, 3(4), 10-16.

Pirinççi, E., Polat, A., Kumru, S., Köroğlu, A. (2010). Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 11(2): 1-7.

Ricci, SS. (2013). Essentials of maternity, newborn & women's health nursing. 3 rd Ed., China, Wolters Kluwer Health. 313-318.

Rohra DK, Das N, Azam SI, Solangi NA, Memon Z, Shaikh AM. (2008). Drugprescribing patterns during pregnancy in the tertiary care hospitals of Pakistan: a cross sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 8, 24.

Sağlık Bakanlığı (2007). Gebelerde Demir Destek Programı. Erişim adresi: http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-5940/gebelerde-demir-destek-programi-uygulumasi-genelgesi-20-.html_2007.

Sak S., İncebıyık A., Uyanıkoğlu H., Turp A., Hilal, N., Sak M. (2017). Tersiyer bir merkezde doğum yapan adolesan, reprodüktif ve ileri yaş gebelerde obstetrik ve neonatal sonuçların karşılaştırılması. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni,* 48(3), 8993.

Satin, AJ., Leveno, KJ., Sherman, ML. (1994). Maternal youth and pregnancy outcomes: middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. *American Journol of Obstetric Gynecology*, 171(1), 184-187.

Sayar, İ. (2017). Erişkin gebelerde bakılan nötrofil/lenfosit oranı, platalet/lenfosit oranı ve hemoglobin değerlerinin doğum ağırlığı ile ilişkisi ve bu sonuçların adölesan gebeler ile karşılaştırılması. Uzmanlık tezi. T.C. Sağlık bakanlığı Dr.Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Ankara.

Sayın, NC., Varol, FG., Duran, R., Acunafi, B., Kurt, I. (2007). Diabetes mellitus with normal or with one elevated glucosetolerance test value. *Journal of Turkish German Gynecol Assocation*, 8(1), 38-43.

Sawyer, SM., Afifi, RA., Barringer LH., Blackmore, SJ., Dick, B., Ezeh, AC. et al.(2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379 (9826),1630–1640.

Seçkin K.D., Yücel, B., Karslı, M.F., Özdemir, Ç., Togrul, C., Çelik, E., Küçüközkan, T., Yıldırım, G. (2016). Adölesan doğumların demografik özellikleri ve maternal-fetal sonuçları: İstanbul'da referans bir hastanede gerçekleştirilen olgu-kontrol çalışması. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 32(1);14-18.

Sexual and reproductive health. (2018). Adolescent pregnancy, https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy, adresinden erişildi.

Sökülmez, P., Özenoğlu, A. (2014). Adolesan gebelerin genel sağlık ve beslenme durumlarının yenidoğan üzerine etkileri. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 11, 1-9.

Sözeri, C. (2011). Gebelikte psikososyal sağlığın değerlendirilmesinin doğum sonu depresyonu belirlemedeki etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Sully EA et al., Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019, New York: Guttmacher Institute, 2020.

Şahin, M. (2011). Gebelik yaşının anne ve yenidoğan sağlığına etkilerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Şahin, P. (2015). Gebelikte depresyon ve anksiyete belirti düzeyi ve ilişkili faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Şen, S., Kavlak, O. (2011). Çocuk gelinler: Erken yaş evlilikleri ve adölesan gebeliklere yaklaşım. *Aile ve Toplum Dergisi*, 7(25), 35-44.

Şekeroğlu M, Baksu A, Gültekin H, Göker N, Özsoy S. (2009). Adölesan ve ileri yaş gebeliklerde obstetrik sonuçlar. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni*.43;1-7.

Şimşek Ş. E. (2019). Gebelik yogasının gebelik semptomlarına etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul.

Şirin F. (2016). Adölesan yaşta doğum yapan kadınların gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin özellikleri, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Şolt A, Yazıcı S. Adölesan Gebelikler, doi. 10.17681/hsp.36633 HSP 2015;2(2):241- 248.

Taner, C., Kırmızı, D.A., İriş, A., Başoğul, Ö. (2012). Adölesan gebeliklerin sonuçları. *Göztepe Tıp Dergisi,* 27(1), 6-10.

Tarhan P, Yılmaz T. (2016). Gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörler, 3(3):140-147.

Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 15. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.

Terzioğlu, F. (2016). Ebeveynliğe hazırlanma ve doğum öncesi bakım, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Taşkın L. (ed.), 13. Baskı Özyurt Matbaacılık, Ankara, 183: 203-215.

Tezel A., Özkan H., Çelebioğlu A. (2005). Ebeler "Apgar Değerlendirmesi"ni ne kadar biliyorlar, *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 14(3) 163-170.

Thaithae, S., Thato, R. (2011). Obstetric and perinatal outcomes of teenage pregnancies in Thailand. *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology,* 24, 342-346.

Trivedi SS, Pasrija S. (2007). Teenage pregnancies and their obstetric outcomes. Trop Doct,37(2),85-8.

Turan T., Ceylan S.S., Teyikçi S. (2008). Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:3, Sayı:9.

Turfan, EÇ., Akyüz, MD. (2017). Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Danışmanlığı. Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Ankara.

Türkiye İstatistik Kurumu-TÜİK (2015) Doğum İstatistikleri 2015, http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27588 adresinden erişildi.

Türkiye İstatistik Kurumu-TÜİK (2017) Doğum İstatistikleri 2017, http:/www.trthaber.com/haber/turkiye/tuik-2017-dogum-istatistiklerini-acikladi365960.html adresinden erişildi.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 Raporu. (2014). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 (2019). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara.

Türkiye Üreme Sağlığı Programı (2007). Gebelikte danışmanlık, Gençlik danışmanlık ve sağlık hizmet merkezleri CSÜS eğitimi modülü katılımcı rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara.

Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. (2005) T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara.

Uzun, AK., Orhon, FŞ. (2013). Adölesan gebeliklerin bebek sağlığın olan etkileri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 66, 19-24.

Vienne, CM., Creveuil, C., Dreyfus, M. (2009) Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. *European Journal of Obstetric Gynecology Reproductive Biology*, 147(2), 151-6.

Ward, S, Hisley S. (2009). Maternal-child nursing care optimizing outcomes for mothers, children, & families. 1st Ed., Philadelphia, FA Davis. 207-208.

World Health Organization (WHO). (2011). The sexual and reproductive health of younger adolescents, Document Productio Services, Geneva.

World Health Organization (WHO). (2014). Adolescent pregnancy. Accessed 1 November.

World Health Organization (WHO). (2015). Preventing unsafe abortion. WHO, Fact sheet, Geneva.

World Health Organization (WHO). (2017). Preventing unsafe abortion. WHO, Fact sheet, Geneva.

World Health Organization (WHO). (2018). World health statistics 2018, monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva.

World Health Organization (WHO). (2020). Adolescent Pregnancy. Erişim adresi: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy.

Witten, J., Samad, T., Ribbeck, K. (2018). Selective permeability of mucus barriers. *Current Opinion Biotechnology*. 52, 124-133.

Worley, KC., Hnat, MD., Cunningham, FG. (2008). Advanced extrauterine pregnancy: diagnostic and therapeutic challenges. *American journal of obstetrics and gynecology*. 198 (3), 297-7.

XAnanth, CV., Friedman, AV., Bannerman, CG. (2013). Epidemiology of moderate preterm, late preterm and early term delivery. *Clinic Perinatology*, 40, 60110.

Yakıt, E., Coşkun, A. (2014) Toplumsal açıdan çocuk yasta evlilikler gerçeği, hemşire ve ebenin sorumluluğu. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(3), 310.

Yeşilçiçek Çalık, K., Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. Psikiyatride güncel yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry,* 3(1), 142-162.

Yıldız, H. (2011). Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1), 63-74.

Yıldızhan, R., Kolusarı, A., Edirne, T., Adalı, E., Kurdoglu, M., Kurdoglu, Z. (2009). Van yöresinde adölesan gebeliklerin analizi. *Van Tıp Dergisi*, 16 (4), 124-7.

Yılmaz, L., Koruk F., Koruk İ. (2018). Şanlıurfa'da bir devlet hastanesinde doğum yapmış kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerini alma durumu, bu hizmetlerin niteliği ve etkileyen faktörler. *Mersin Univ Saglık Bilim Derg 2018;11(2).*

Yurdakök, M. (2003). Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin taburcu olduktan sonra izlemi. *Katkı Pediatri Dergisi*, 25(1),71-115.

Zengin, S. (2019). Normal ve riskli gebelerin doğum sonrası dönemde anneliğe uyumlarının değerlendirilmesi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Ankara.

Ek-A

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın katılımcı;

Sizi İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi'nde yürütülen *"Adölesan ve yetişkin gebelerde maternal ve neonatal sonuçların değerlendirilmesi"* başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Bu form araştırma sorumlusu olarak bizler tarafından size sözel olarak aktarılan bilgilendirmenin yazılı şeklini içermektedir. Formu imzalamadan önce size sözel olarak da anlatılan aşağıdaki bilgileri bir kez de dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, tarafınız ve bilgilendirme esnasında yanınızda olan tanık kişi tarafından imzalanan bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına da sahipsiniz. Her iki durumda da hiçbir yaptırıma ve hak kaybına maruz kalmayacağınızı bildirmek isteriz.

Araştırma Sorumlusu

ŞeymaYücel

Araştırmanın Amacı

Gönüllü olarak katılmanızı teklif ettiğimiz çalışma bir araştırma projesidir. Bu araştırma projesinin amacı; yüksek riskli gebelikler arasında yer alan adölesan (ergen) gebelikler, anne ve bebek açısından sosyal ve gelişimsel sorunlara neden olabilmektedir. Birçok çalışma adölesan (ergen) gebeliğin, gebelik zehirlenmesi, vakumla ya da dikişli doğum, doğum sonu kanama, enfeksiyon ve ölüm riskini artırdığını göstermiştir. Bunun yanında, erken doğum, düşük doğum ağırlığı (LBW), ve yenidoğanın ölümü gibi riskler ile de ilişkili bulunmuştur. Ayrıca adölesan gebeliklerin, genetik bozuk ya da çeşitli derecelerde işitme kaybı gibi yenidoğan risklerini arttırdığı belirtilmektedir. Ayrıca annelerin bebeklerinde yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabulün, yetişkin yaş gebeliklerine göre adölesan gebeliklerde daha fazla olduğu belirtilmektedir. Bu dönemde gerçekleşen gebelikler sağlık sorunlarına neden olmasının yanı sıra, adölesanların eğitimlerini sürdürememeleri, iş imkanlarına erişememeleri ve erken yaşta doğurmanın daha çok doğuma yol açması gibi sosyal nedenlerden dolayı da özellikle önemlidir. Adölesan gebelik birçok gebelik problemi ve kötü gebelik sonuçları nedeniyle yüksek riskli kabul edilmelidir. Bu sorunları azaltmak için, adölesan gebeler yakın takip edilmelidir. Bu çalışmanın amacı; 14-19 yaş ile 20-34 yaş gebeliklerde yaşanan anne ve çocuklara ilişkin sorunları ortaya koymaktır.

Araştırmaya Dair Araştırmacı ve Katılımcı Hakkında Bilgiler

Bu araştırma İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Doğum Ünitesinde yürütülecektir. Araştırma Şeyma Yücel ve Dr. Öğr. Üyesi Tülay Kavlak tarafından yürütülmektedir. Araştırma, İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde takibi yapılan ve aynı hastanede doğum yapan 19 yaş altı ve 19 yaş üstü yaşındaki gebeler ile gerçekleştirilecektir. Veri toplama formu 3 bölümden ve 47 sorudan oluşmaktadır. 1. Bölümde Sosyo demografik özelliklerini değerlendirildiği 13 soru yer almaktadır (Gebenin Yaşı, Eğitim Durumu, Çalışma durumu, Sosyal güvencesi, Eşin eğitim ve çalışma durumu, Aile yapısı, Gelir düzeyi), 2. Bölümde ise anneye ve gebeliğe ilişkin bilgilerin yer aldığı 25 soru bulunmaktadır (Gebelik Sayısı, Yaşayan Çocuk Sayısı, Düşük ve Ölü Doğum Sayısı, Hastalık Durumu, Alkol-Sigara Kullanma Durumu, Boyu-Kilosu, Gebeliğin Süresi, Gebeliğin Planlı Olma Durumu, Gebelikte Kullandığı İlaçlar, Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu ve Gebelik Şikayetleri). 3. Bölümde yer alan sorular 9 soru size sorulmayacaktır (Gebelikte Ortaya Çıkan Hastalıklar, Doğum Şekli, Doğumda Uygulanan Müdahaleler, Doğum Sonrası Ortaya Çıkan Problemler, Kan Değerleri, Yenidoğana Ait Bilgiler). Bu sorulara ilişkin bilgiler hasta dosyanızdan temin edilecektir. Araştırmanın toplam 6 ay sürmesi planlanmaktadır.

Araştırmanın Size Getirebileceği Risk ve Rahatsızlıklar Nelerdir?

Araştırmanın size getirebileceği herhangi bir risk ve rahatsızlık bulunmamaktadır.

Araştırmanın Topluma ve Size Olası Faydaları

Bu araştırmaya katılarak adölesan (ergen) gebeliklerde, anne ve bebeklerde yaşanılan sorunların belirlenmesine katkıda bulunacaksınız. Adölesan(ergen) gebelikler sadece kadınların sağlığını değil bebeklerin sağlığını da olumsuz yönde etkileyebildiği belirtilmektedir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar adölesan (ergen) gebelere verilen sağlık bakımının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Böylece özelde kadın sağlığını genelde ise toplum sağlığının geliştirilmesine katkıda bulunulmuş olacaktır.

Araştırmaya Katılma / Ayrılma Konusunda Haklarınız ve Araştırmacının Haklarınızı Koruma Güvencesi

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra herhangi bir zamanda bırakabilirsiniz. İstediğiniz soruya cevap vermeyebilirsiniz. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma ve çalışmadaki tüm sorulara cevap vermeme durumlarında herhangi bir hak kaybı ya da sağlık hizmetlerinde aksaklık yaşanması durumu kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Araştırma konusu ile ilgili araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edilmesi durumunda siz ya da yasal temsilciniz bilgilendirilecektir.

Araştırmanın sonuçları bilimsel ve eğitim amaçları ile kullanılacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak, gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da bilgilerinizin gizliliği korunacaktır. *İletişim Kurulacak Kişiler*

Şeyma Yücel: 0539 2137719

Tülay Kavlak: 0553 6128574

Rıza / Onay / Onam

Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmaya ilişkin bilgilendirme bölümünü okudum ve aşağıda imzası olan ilgili tarafından önce sözlü sonra yazılı olarak bilgilendirildim. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda;
Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.

Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum/kuruluşların erişebilmesine, çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu araştırmaya katılmayı onaylıyorum.

Gönüllünün	*Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin Veli veya Vasisinin*
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
İletişim	İletişim:
Tarih :	Tarih:
İmzası:	İmza:

Tercüme Yapanın	*Varsa Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kişi*
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
İletişim:	İletişim:
Tarih:	Tarih:
İmzası:	İmzası:

Gönüllünün Dil / İletişim Problemi var ise; Gönüllü ye …….. tarafından yapılan tüm açıklamaları tercüme ettim. Gönüllüye toplam … sayfadan, bilgilendirme ve rıza bölümlerinden oluşan bu formun tüm sayfalarını okuyarak tercüme ettim. Tercüme ettiğim bilgiler gönüllü tarafından anlaşılmış ve uygun bulunmuştur.

Yukarıda ismi yazılı gönüllüye / yasal temsilcisine tarafımdan araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi, fayda ve riskleri, gönüllüye ait haklar konusunda açıklamalar yapılmıştır. Ayrıca gönüllünün / yasal temsilcisinin işbu formu ayrıntılı inceleyerek imzalaması sağlanmıştır.

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı-Soyadı:
İmzası : Tarih (gün/ay/yıl):…/…./…..

Ek-B

VERİ TOPLAMA FORMU

Değerli katılımcı;

Bu çalışma; 14-19 yaş ile 20-34 yaş gebeliklerde anne ve çocuklara ilişkin yaşanan sorunların değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacak ve size ait bilgiler başka kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan kendi isteğinizle ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Vereceğiniz bilgilerin sağlıklı toplumların oluşturulmasına ve literatüre katkı sağlayacağından, önemli olduğunu hatırlatır vereceğiniz katkılar için teşekkür ederim.

Şeyma YÜCEL
İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

I. BÖLÜM: SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN SORU FORMU

Protokol No: ……

1. **Yaşınız.....**
2. **Eğitim durumunuz?**
   a) Okur-yazar değilim
   b) İlköğretim mezunu
   c) Lise mezunu
   d) Üniversite mezunu ve üstü
3. **Sosyal güvenceniz var mı?**

   Var ( ) Yok ( ) (5. Soruya geçiniz.)
4. **Sosyal güvenceniz nedir?**
   a) SGK
   b) Yeşil Kart
   c) Özel sağlık sigortası
   d) Diğer...…
5. **Çalışma durumunuz?**

   Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( )
6. **Mesleğiniz nedir?**
   a) Ev Hanımı
   b) Memur
   c) İşçi
   d) Serbest Meslek
   e) Diğer……

7. Eşinizin Eğitim durumu?

a) Okur-yazar değil
b) İlköğretim mezunu
c) Lise mezunu
d) Üniversite mezunu ve üstü

8. Eşinizin Çalışma Durumu?

Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( ) (10. Soruya geçiniz.)

9. Eşinizin Mesleği nedir?

a) Memur
b) İşçi
c) Serbest Meslek
d) Diğer……

10. Aile tipiniz?

Çekirdek aile ( ) Geniş aile ( )

11. Eşinizle aranızda akrabalık var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

12. Ailenizin ekonomik düzeyini değerlendiriniz?

a) Gelirim giderimden az
b) Gelirim giderime eşit
c) Gelirim giderimden fazla

II.BÖLÜM: OBSTETRİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN SORU FORMU

1. Toplam gebelik sayınız……

2. Yaşayan çocuk sayınız…….

3. Daha önce ölü doğum yaptınız mı? (Varsa sayısını belirtiniz)

Evet ( ) …… Hayır ( )

4. Daha önce düşük yaptınız mı? (Varsa sayısını belirtiniz)

Evet ( ) …… Hayır ( )

5. Daha önce kürtaj oldunuz mu? (Varsa sayısını belirtiniz)

Evet ( ) …… Hayır ( )

6. İlk gebelik yaşınız nedir? …….

7. Boyunuz?.....

8. Şu an kaç kilosunuz?.....

9. Gebe kalmadan önceki kilonuz?.....

10. Gebeliğiniz planlı(isteyerek) mıydı?

Evet ( ) Hayır ( )

11. Doğum öncesinde bakım aldınız mı (Doktora gittiniz mi)?

Evet ( ) Hayır ( ) **(13. Soruya geçiniz)**

12. Doğum öncesinde kaç kez bakım aldınız (Doktora gittiniz)?

a) Hiç gitmedim
b) 1 kez
c) 2 kez
d) 3 kez
e) 4 kez ve üzeri

13. Kronik (Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren) bir hastalığınız var mı?

Evet ( ) Hayır ( ) **(15.soruya geçiniz.)**

14. Kronik (Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren) hastalığınız hangisi/ hangileridir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

a) Diyabet (şeker)
b) Hipertansiyon
c) Kalp hastalığı
d) Tiroid (guatr) hastalığı
e) Ruhsal hastalıklar
f) Diğer……..

15. Gebelikte ilaç kullandınız mı?

Evet ( ) Hayır ( ) **(17. Soruya geçiniz)**

16. Gebelikte hangi ilaçları kullandınız?

a) Folik Asit
b) Demir İlacı
c) Multi Vitamin
d) Diğer……..

17. Gebelik döneminde yapılan tarama testleri (Kan testi, Ultrason vs.) yaptırdınız mı?

Evet ( ) Hayır ( ) **(19. Soruya geçiniz)**

18. Hangi testleri yaptırdınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

a) Kan Testi
b) Ultrason
c) İkili Test
d) Üçlü Test
e) OGTT (Şeker Yükleme Testi)
f) Hepsi

19. Gebelikte ortaya çıkan/tespit edilen bir hastalığınız var mı?

Evet ( ) Hayır ( ) **(21.soruya geçiniz.)**

20. Gebelikte ortaya çıkan/tespit edilen hastalığınız hangisi/hangileridir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

a) Gebelikte Hipertansiyon
b) Gebelik Diyabet (şeker)
c) Gebelikte troid hormonlarının bozulması
d) Plasenta previa (plasentanın rahim ağzına yakın olması olması
e) Üriner sistem (idrar yolu) enfeksiyonu
f) Kanama

21. Gebelikteki kan değerlerini yazınız.

Gebelikteki kan değerleri	
HGB	
HCT	

22. Şu an yaşadığınız gebelik şikayetleri işaretleyiniz.

Gebelik Şikayetleri	**Evet**	**Hayır**
Bel ve Sırt Ağrısı		
Çatlaklar		
Baş Ağrısı ve Migren		
Bacak Krampları		
Uyku Problemleri		
Gaz Sancısı		
Reflü		
Mide Yanması ve Mide Ağrısı		
Vajinal Akıntı		
Nefes Darlığı		
Kabızlık ve Hemoroid		
Vücutta Kaşıntı		
Yüzde Oluşan Lekeler		
Ellerde ve Ayaklarda Şişme		
Ellerde Uyuşma ve Güçsüzlük		
Sık İdrara Çıkma		
Burun Tıkanıklığı		
Burun Kanaması		
Varisler		
Halsizlik ve Yorgunluk		
Memede Ağrı ve Kaşıntı		
Bel ve Sırt Ağrısı		
Çatlaklar		

Baş Ağrısı ve Migren		
Bacak Krampları		
Uyku Problemleri		
Gaz Sancısı		
Reflü		
Mide Yanması ve Mide Ağrısı		

III.BÖLÜM: MATERNAL SONUÇLARA İLİŞKİN SORU FORMU

1. **Doğum şekliniz?**
   a) Normal vajinal doğum
   b) Müdahaleli vajinal doğum (Vakum, Forceps)
   c) Sezaryen
2. **Bu doğumunda epizyo açıldı mı?**

   Evet ( )…… Hayır ( )

3. **Bu doğumunda indüksiyon (suni sancı) uygulandı mı?**

   Evet ( ) Hayır ( )

4. **Doğum sırasında herhangi bir komplikasyon (problem/sorun) yaşadı mı?**
   Evet ( ) Hayır ( )

5. **Doğum sırasında yaşanılan komplikasyon (problem/sorun) aşağıdakilerden hangisi/hangileridir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)**
   a) Preterm Eylem (erken doğum)
   b) Erken Membran Rüptürü (suların erken gelmesi)
   c) Oligohidroamnios (Bebeğin suyunun az olması)
   d) Preeklampsi (Gebelik Zehirlenmesi)
   e) İntrauterin Gelişme Geriliği (Anne karnında bebeğin normalden az gelişmesi)
   f) Diğer…….

IV.BÖLÜM: NEONATAL SONUÇLARA İLİŞKİN SORU FORMU

Yenidoğana ilişkin bilgileri yazınız.

NEONATAL VERİ FORMU		
Gebelik haftası		
Doğum ağırlığı (gr)		
Doğum boyu (cm)		
Baş çevresi (cm)		
Apgar 1. ve 5.	1dk.	5dk.

Ek- D

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN BELGESİ

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
10/06/2019 15:21 - 16867222 - 604.01.01 - E.2096
00094946832

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Şeyma YÜCEL'in Tez Çalışması

BAHÇELİEVLER DEVLET HASTANESİNE

İlgi : a) 03/04/2019 tarihli ve 71211201-733 sayılı yazısı.
b) 29/04/2019 tarihli ve 97010115-604.01.01-4000 sayılı yazınız.

İlgi a) da kayıtlı yazı ile İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Şeyma YÜCEL'in **"Adölesan ve Yetişkin Gebelerde Maternal ve Neonatal Sonuçların Değerlendirilmesi"** konulu tez çalışmasını, Hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma ilgi b) sayılı uygun görüşünüze istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmıştır.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Başkan

Seyitnizam mahallesi Mevlana Caddesi No: 85 34015 Zeytinburnu/İstanbul
Telefon: Faks No: 0 212 638 33 99
e-Posta:selmin.nazligul@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
selmin.nazligul@beyoglubirlik.gov.tr
Bilgi için:Selmin NAZLIGÜL
TIBBİ SEKRETER
Telefon No:0 212 638 33 99
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden ecfee37d-9107-49e1-bad6-969fe81abb66 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.