TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ADOLESAN ANNELERİN ERİŞKİN ANNELERLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN, ANNE VE BEBEĞE AİT RİSKLERİNİN, DOĞUMDAN SONRAKİ İLK BİR AYLIK DÖNEMDE BEBEĞİN ANNE SÜTÜ ALIMI, BÜYÜMESİ, ANNENİN BEBEK BAKIM PRATİĞİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Aysun KARA UZUN

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Sevgi BAŞKAN

2010-ANKARA

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ADOLESAN ANNELERİN ERİŞKİN ANNELERLE SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN, ANNE VE BEBEĞE AİT RİSKLERİNİN, DOĞUMDAN SONRAKİ İLK BİR AYLIK DÖNEMDE BEBEĞİN ANNE SÜTÜ ALIMI, BÜYÜMESİ, ANNENİN BEBEK BAKIM PRATİĞİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Aysun KARA UZUN

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
SOSYAL PEDİATRİ BÖLÜMÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Sevgi BAŞKAN

2010-ANKARA

KABUL ve ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sosyal Pediatri Yüksek Lisans **Programı**

çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans **Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 19/ 01/ 2011

Prof. Dr. Sevgi Başkan
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Betül Ulukol
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Doç. Dr. Zeynep Şıklar
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Doç. Dr. Deniz Çalışkan
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Yrd. Doç. Dr. Filiz Şimşek Orhon
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Raportör

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay ii

İçindekiler iii

Önsöz vi

Kısaltmalar viii

Şekiller ix

Çizelgeler x

1. GİRİŞ 1

1.1. Adolesan Dönemin Tanımı 1

1.1.1. Kızlarda ve Erkeklerde Saptanan Pubertal Değişiklikler 2

1.2. Adolesan Gebeliğin Tanımı 3

1.3. Adolesan Gebelik ve Anneliğin Önemi 3

1.4. Adolesan Gebeliklerin Nedenleri 5

1.5. Türkiye ve Dünyadaki Adolesan Gebelik Durumu 11

1.6. Adolesanlar ve Adolesan Gebeliklerde Saptanan Sorunlar 13

1.6.1. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar 14

1.6.2. Sigara ve Madde Kullanımı 15

1.6.3. Düşük 15

1.6.4. Anemi 16

1.6.5. Hipertansif Hastalıklar 18

1.6.6. Doğum Şekli 19

1.6.7. Postpartum Atoni 19

1.6.8. Fistül 20

1.6.9. Düşük ve Doğum Sonrası Enfeksiyon 20

1.6.10. Anne Ölümü 20

1.6.11. Bebek Ölümü 21

1.6.12. Preterm Doğum, Bebekte Prematürite ve Düşük Doğum Ağırlığı 22

1.6.13. Adolesan Gebeliğe Bağlı Diğer Sorunlar 23

1.7. Adolesanlarda Gebeliğin Önlenmesi ve Gebe Adolesanlara Yönelik Çalışmalar 24

1.8. Çalışmanın Amaçları 27

2. GEREÇ ve YÖNTEM 29

2.1. Araştırma Planı 29

2.2. Çalışmada Kullanılan Formların Hazırlanması 30

2.3. Formların Uygulanması 30

2.4. Araştırmanın Tipi 31

2.5. Verilerin Analizi 31

2.6. Hipotezler 31

2.7. Tanımlar 32

3. BULGULAR 34

3.1. Anne ve Babaların Sosyodemografik Özellikleri 34

3.2. Annelerin Sağlık Durumları ile İlgili Bazı Bulguları 43

3.3. Annelerin Menarş, Evlilik ve İlk Gebelik Yaşları 45

3.4. Annelerin Evlilik Durumu ve Aile Özellikleri ile İlgili Bazı Bulguları 46

3.5. Anne ve Babaların Aile Planlaması ile İlgili Bulguları 47

3.6. Annelerin Doğurganlık Özellikleri 50

3.7. Annelerin Gebelik İzlem Bulguları 52

3.8. Bebeklerin Doğum Bilgileri, Yenidoğan Dönemi, 1. ve 2. Ay İzlem Bulguları 57

4. TARTIŞMA 64

4.1. Adolesan Annelerin ve Eşlerinin Sosyodemografik Özellikleri, Adolesan Evlilik ve Gebeliğe Neden Olan Risk Faktörleri 64

4.1.1. Annelerin Sağlık Durumları ile İlgi Bazı Bulgularının Değerlendirilmesi 71

4.1.2. Annelerin Menarş, Evlilik ve İlk Gebelik Yaşları ile İlgili Bulgularının Değerlendirilmesi 72

4.1.3. Annelerin Evlilik Durumu ve Aile Özellikleri ile İlgili Bazı Bulgularının Değerlendirilmesi 73

4.1.4. Anne-Babaların Aile Planlaması ile İlgili Bulgularının Değerlendirilmesi 75

4.2. Annelerin Doğurganlık Özelliklerinin Değerlendirilmesi 79

4.3. Annelerin Bebek Bakım, Emzirme Bilgisi Durumlarının Değerlendirilmesi 81

4.4. Annelerin Üreme Sağlığı ile İlgili Bulgularının Değerlendirilmesi 82

4.5. Adolesan Olmanın Anne, Bebekte Neden Olduğu Riskler ve Annenin Bebek Bakım Pratiği Üzerine Olan Etkilerinin Değerlendirilmesi 83

4.5.1. Adolesan Olmanın Annede Neden Olduğu Risklerin Değerlendirilmesi 83

4.5.2. Adolesan Olmanın Bebekte Neden Olduğu Riskler ve Annenin Bebek Bakım Pratiği Üzerine Olan Etkilerinin Değerlendirilmesi 86

5. SONUÇ VE ÖNERİLER 93

ÖZET 97

SUMMARY 99

KAYNAKLAR 101

EKLER 108

Ek - 1 Annelerden Alınan Yazılı Onam Formu 108

Ek - 2 Anne Sosyodemografik Özellikleri Anket Formu 110

Ek - 3 Gebelik İzlemi ve Doğum Öyküsü Formu 114

Ek - 4 Baba Sosyodemografik Özellikleri Anket Formu 116

Ek - 5 Anne ve Bebek İzlem Formu 117

ÖZGEÇMİŞ 120

ÖNSÖZ

Adolesan gebelikler sebepleri farklılık göstermekle birlikte, hâlen tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olarak devam etmektedir.Yaşanan erken evlilik ve gebelikler genç kızları eğitim gibi temel bir haktan, kendi kendine yetebilecek, ülke ekonomisine katkıda bulunabilecek ekonomik bir çalışma içinde bulunmaktan, birçok sosyal haktan mahrum bırakmakta, anne ve bebek açısından birtakım sağlık ve sosyal riskler içermektedir. Çalışmada; çalışmanın yapıldığı Şubat 2010 ile Mayıs 2010 tarihleri arasındaki 4 aylık dönemde, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden hizmet alan, 20 yaş altı yüz adolesan anne ile ilk gebeliklerini 22-32 yaşları arasında gerçekleştiren yüz erişkin annenin sosyodemografik özellikleri, anne ve bebeğin karşı karşıya kaldığı riskler, 2 grup annenin bebeklerinin 1 ve 2. ay beslenme, büyüme, gelişmesi ve annelerin 1. ve 2. ay bebek bakım pratikleri karşılaştırılarak, adolesan gebelik ve evliliklere yol açan risk faktörleri, neden olduğu anne ve bebek riskleri ortaya konulmaya çalışılmıştır. Çalışmada ayrıca, gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan ülkemizin bir bölümünde yaşayan adolesan anneler ve bebeklerinin son dönemdeki özellikleri ortaya konularak, literatüre katkı sağlanması da amaçlanmıştır. Elde edilen sonuçların hassas bir grup olan adolesanlara yönelik, gebeliğinde içinde bulunduğu yüksek riskli seksüel ve diğer davranışların önlenmesiyle ilgili çalışmalar da dahil olmak üzere, sağlık ve sosyal politika alanlarındaki çalışmalarda öncelik alanlarının belirlenmesi, yeni stratejilerin oluşturulması, mevcut programların değerlendirilmesi ve hizmet planlamasının yapılmasına yardımcı olacağını umuyoruz. Çalışmadan elde edilen sonuçların ayrıca, yüksek riskli gebelikler arasında değerlendirilen adolesanların gebeliklerinin izlemi, dikkat edilmesi gereken noktaların belirlenmesi, adolesan anneler ve bebeklerine yönelik çalışmalarda da yol gösterici olacağını umuyoruz. Adolesan gebelikler ve evliliklerin önlenmesi çalışmaları, eğitim, toplumların değer yargıları, sosyoekonomik, sosyokültürel faktörler gibi birçok faktörün etkisi altında yavaş yavaş sonuç verecektir. Bu nedenle, risk grubunda olan bu yaştaki genç kızların sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem geçirmelerini, sağlıklı bir bebek dünyaya getirmelerini, kendileri ve bebeklerine yetebilecek bilgiye sahip olmalarını, bebeklerine yeterli bakımı sunabilmelerini sağlamak gerekmektedir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Sosyal Pediatri Bölümü'nde bana Yüksek Lisans yapma şansı tanıyıp, bilgi, birikim ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Sevgi Başkan ve Prof. Dr. Betül Ulukol'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Yine, tezimin proje, yapım ve yazım aşamalarında bilgi, birikim ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Sevgi Başkan ve Prof. Dr. Betül Ulukol'a, aynı bölümden Yrd. Doç. Dr. Filiz Şimşek Orhon'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Bana hastanelerinde tez yapma olanağı sağlayan Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne, fikirleri ile bana katkıda bulunan çalışma arkadaşlarıma, tezimin yapılması sırasında yardımcı olan servis hemşirelerine teşekkür ediyorum.

Beni yetiştiren, hayatımın her döneminde desteklerini yanımda hissettiğim annem ve rahmetli babama teşekkürlerimi sunuyorum. Tezimin yapım ve yazım aşamasında moral desteği veren, desteğini her zaman yanında hissettiğim sevgili eşim Gökalp'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Varlığı ile beni dünyanın en mutlu insanı yapan minik kızım Defne Verda'ya sevgilerimi yolluyorum.

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
CYBE	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon
DDA	Düşük Doğum Ağırlığı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EZH	Etlik Zübeyde Hanım
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HÜNEE	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
İHB	İndirekt Hiperbilirubinemi
İUGG	İntrauterin Gelişme Geriliği
RDS	Respiratuvar Distress Sendromu
RİA	Rahim İçi Araç
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCK	Türk Ceza Kanunu
TDH	Toplam Doğurganlık Hızı
TDH	Toplam Düşük Hızı
TL	Türk Lirası
TMK	Türk Medeni Kanunu
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF	The United Nations International Children's Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
WHO	World Health Organization
YÖDH	Yaşa Özel Doğurganlık Hızı
YÖDH	Yaşa Özel Düşük Hızı

ŞEKİLLER

Şekil 3.1. Annelerin okul terki durum 39

Şekil 3.2. Annelerin çalışma durumları ile ilgili bazı özellikleri 41

Şekil 3.3. Babaların çalışma durumları ve çalıştıkları işlerin dağılımı 43

Şekil 3.4. Annelerin ilk gebeliklerinde emzirmeye karar verdikleri dönemler 53

ÇİZELGELER

Çizelge 2.1.	Araştırma planı	30
Çizelge 3.1.	Annelerin yaşadıkları ilçeler	34
Çizelge 3.2.	Anne ve babaların memleketleri	35
Çizelge 3.3.	Adolesan annelerin yaş grupları dağılımı	35
Çizelge 3.4.	Annelerin bazı sosyodemografik özellikleri	36
Çizelge 3.5.	Annelerin anne ve babalarının eğitim düzeyleri	37
Çizelge 3.6.	Annelerin ve babaların ailelerinin aylık gelir dağılımları	38
Çizelge 3.7.	Annelerin eğitim düzeyleri	38
Çizelge 3.8.	Babaların eğitim düzeyleri	39
Çizelge 3.9.	Annelerin çalışma durumları ile ilgili bazı özellikleri	40
Çizelge 3.10.	Annelerin şimdiki aylık gelir dağılımları ve sosyal güvence-sağlık güvencesi durumları	42
Çizelge 3.11.	Babaların çalışma ve sosyal güvence-sağlık güvencesi durumları	43
Çizelge 3.12.	Annelerin sigara kullanım durumları	44
Çizelge 3.13.	Annelerdeki sağlık kuruluşlarından yardım almayı gerektiren psikolojik sorun varlığı	44
Çizelge 3.14.	Annelerin yıl olarak menarş, evlilik ve ilk gebelik ile ilgili bazı özellikleri	45
Çizelge 3.15.	Annelerin evlilik durumları ve aile özellikleri ile ilgili bulgular	46
Çizelge 3.16.	Annelerin evdeki konumlarıyla ilgili kendi düşünceleri	47
Çizelge 3.17.	Anne ve babaların cinsel yaşamları başlamadan önce korunma yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma durumları	48
Çizelge 3.18.	Annelerin korunma yöntemleri hakkında bilgi edindikleri kaynaklar	48
Çizelge 3.19.	Annelerin korunma yöntemi kullanmaya başlamalarının ilk cinsel deneyimle zamansal ilişkisi	49

Çizelge 3.20. Annelerin 1. gebeik öncesi korunma yöntemi kullanım durumları ve kullanılan korunma yöntemleri 50

Çizelge 3.21. Annelerin 1. gebeliklerinin planlılık durumu 50

Çizelge 3.22. Annelerin doğurganlık özellikleri 52

Çizelge 3.23. Annelerin ilk gebelikleri sırasında bebek bakımı ile ilgili bazı özellikleri 53

Çizelge 3.24. Annelerin son gebeliklerindeki takip sayılarının sınıflaması 54

Çizelge 3.25. Annelerin folik asit, vitamin, demir tedavisi, sigara kullanım durumları 55

Çizelge 3.26. Son gebelikte kanama, anemi, hipertansiyon varlığı 56

Çizelge 3.27. Annelerin doğum şekilleri 57

Çizelge 3.28. Bebeklerin hastanede yatma durumları ve yatış nedenleri 58

Çizelge 3.29. Annelerin emzirmeye başlama zamanları ve bebeklerin anne sütüne devam durumları 60

Çizelge 3.30. İlk 2 aylık izlemde bebeklerin beslenme özellikleri 61

Çizelge 3.31. Bebeklerin ilk 2 aylık dönemde aşılanma ve vitamin kullanım durumları 61

Çizelge 3.32. Annenin bebek bakımında yardım alma durumu 62

Çizelge 3.33. Annelerin bebek bakım pratiklerini anlamaya yönelik sorulan sorulara verdikleri cevaplar 63

1.GİRİŞ

1.1. Adolesan Dönemin Tanımı

Ergenlik kavramı ilk kez 1904'de Stanley Hall ile literatüre girmiş ve insan gelişiminde ayrı bir evre olarak yerini almıştır. Adolesan kelimesi adolescere teriminden türetilmiş olup, Latince'de erişkinliğe doğru büyümek, gelişmek anlamına gelmektedir (Ercan, O., 2005; Çuhadoroğlu, 2006).

Adolesan dönemi geniş anlamıyla bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaşlar arasını adolesan dönem olarak kabul etmektedir (WHO, 1998; Ercan, G., 2005). Bununla birlikte, ergenlik pubertenin getirdiği biyolojik değişikliklerle belirgin bir şekilde başlamasına karşın, sonlanması konusunda o kadar açık belirtiler yoktur ve psikososyal faktörler ergenliğin sonlanmasında önemli rol oynamaktadır. Farklı araştırmacıların ergenliğin sonlanışıyla ilgili farklı tanımlamaları bulunmaktadır. Bu tanımlamaların bazıları; ergenlik kişi erişkin kimliğini kazandığında, bağımsızlık kazandığında, insest dışı bir sevgi nesnesi bulduğunda, çalışmaya başlayıp, iş sorumluluğunu aldığında biter şeklindedir. Tanımlamalara bakıldığında bu dönemin 17 yaşında sona ereceği gibi, yaşam boyu da sürebileceği şeklinde bir izlenim edinilmesi mümkündür. Ancak, çoğu yazar bu dönemin 11- 12 yaş civarında başlayıp, 19-21 yaşında sona erdiği görüşünde birleşmektedir. Ergenlik, insan gelişim dönemleri içinde toplumsal etkilerin birey için en fazla önem taşıdığı evredir. Dolayısıyla, tanım gereği bitişi belirleyen ruhsal olgunluğun sağlanmasının da toplumdan topluma farklılıklar göstermesi beklenebilir. Örneğin, ülkemizde gençlerin önemli bir bölümünün üniversitelere devam ediyor olması, bu sürecin tamamlanmasını 22-24 yaşa kadar uzatabilmektedir. Ergenlik başlangıç ve bitiş sürelerinin belirlenmesinde olduğu kadar normal ve anormalliğinin belirlenmesinde de güçlük çekilen bir dönemdir. Önceleri, özellikle analitik gözlemciler tarafından

bir karışıklık dönemi olarak kabul edilen ergenlikde, duygusal dalgalanmaların ve iniş-çıkışların olmaması anormal nitelendirilmekteydi. Daha sonraları başka araştırıcıların yaptıkları çalışmalarda, gençlerin çoğu için böyle bir karışıklığın beklenmesi gerekmediği anlaşılmıştır. Özellikle aile desteğini iyi alan gençlerin bu dönemi fazla karışıklık yaşamadan tamamladığı ortaya konmakla birlikte, bu dönemde ciddi psikiyatrik hastalıkları düşündürecek kadar ağır ruhsal belirtilere yol açan bocalamalara da rastlanabilmektedir (Çuhadaroğlu, 2006).

Ergenlik, gencin gelişimini etkileyebilecek içsel ve dışsal faktörlerin varlığı göz önüne alınarak genel olarak üç evrede incelenmektedir. Bu evreler; başlangıç evresi (erken ergenlik) 11-14 yaşlar arası, orta evre (orta ergenlik) 15-17 yaşlar arası ve sonlanma (geç ergenlik) evresidir. Sonlanma evresi bazı araştırmacılara göre 18-21 yaş arası olarak kabul edilirken, bazılarına göre ise 18 yaş civarında başlayıp, ne kadar süreceği kişiden kişiye değişen, bireyin erişkin psikolojik olgunluğunu kazanıp, toplum içinde erişkin rollerini almaya hazır duruma gelmesine kadar devam eden bir evredir (Çuhadaroğlu, 2006; Aruda ve ark., 2010).

1.1.1. Kızlarda ve Erkeklerde Saptanan Pubertal Değişiklikler

Adolesan dönem içinde yer alan pubertal dönemde sekonder seks karakterlerinin gelişimi, pubertal büyüme hamlesi ve gonadların olgunlaşarak fertilizasyon yeteneğinin kazanılması gerçekleşir. Kızlar ve erkeklerde pubertal gelişimi değerlendirmede Tanner tarafından geliştirilen tanımlayıcı standartlar kullanılmaktadır. Adolesanların sağlık hizmeti gereksinimlerinin ve gelişimsel sorunlarının tanımlanmasında gelişimsel evreleme kronolojik yaşa göre daha yararlıdır. Bu amaçla kızlarda meme gelişimi ve pubik kıllanma, erkeklerde genital bölge gelişimi ile pubik kıllanma değerlendirilir. Pubertenin kızlardaki ilk fizik muayene bulgusu meme gelişimi, erkeklerde ise testislerdeki büyümedir. Testisin uzun çapının 2,5 santimetrenin (cm) üzerine çıkması ya da testis hacminin 4 mililitreye (ml) ulaşması pubertenin başladığını gösterir. Pubertal dönemde iskelet sisteminde (el-ayak başta olmak üzere) büyümenin yanısıra, vücut yağ dağılımında da önemli değişiklikler olur. Ayrıca, aksiller kıllanma, seboreik dermatit, erkekte ses

kalınlaşması, vücut kokusunda artış meydana gelen diğer değişikliklerdir. Sosyoekonomik ve çevresel koşullar bireyin genel sağlığı ve beslenmesi açısından en üst seviyeye ulaştığında, pubertenin başlama yaşı büyük ölçüde genetik faktörlerce belirlenmektedir. Menarş yaşının aynı etnik populasyonda ve anne-kız arasında önemli benzerlik göstermesi de yine genetik faktörlerden kaynaklanmaktadır. Puberteyi etkileyen diğer önemli faktörler; etnik özellikler, beslenme, fizik ve ruhsal stres, kronik hastalıklar ve iklimdir (Wheeler, 1991; Ercan, G., 2005; Büyükgebiz, 2006).

1.2. Adolesan Gebeliğin Tanımı

Adolesan gebeliği**,** 10-19 yaş arasındaki genç kızların gebeliği anlamına gelmektedir. Bazı araştırmacılar fizyolojik matüritenin ölçüsü olarak, reprodüktif yaş ve jinekolojik yaş terimlerinin kullanılmasını önermektedir. Reprodüktif yaş, menarş ile konsepsiyon arasındaki kronolojik yaş aralığı, jinekolojik yaş ise menarş ile doğum arasındaki zamanı ifade eder. Menarşın başlamasından itibaren 2 yıl içinde olan konsepsiyon ve doğum, sırasıyla reprodüktif ve jinekolojik yaşın en alt sınırını oluşturmaktadır. Epidemiyolojik olarak 10-14 yaş ve 15-19 yaş gebelikleri arasında genellikle bir ayırım vardır. Kadının doğurganlık dönemi olarak 15-49 yaşlar arası kabul edilmekte olup, adolesan gebelik hızlarının karşılaştırılmasında genel olarak 15-19 yaş arasındaki adolesan gebeliklerle ilgili veri kullanılmaktadır (Mitchell ve Bracken , 1990; Treffers, 2003).

1.3. Adolesan Gebelik ve Anneliğin Önemi

Yirmi yaşından önce anne olan kadınların oranı, birçok ülkede önemli bir sağlık ve toplumsal sorun olarak kabul edilen adolesan doğurganlığın boyutunu gösteren bir ölçüdür. Çocuk sahibi olmaya başlanılan yaşın hem demografik, hem de anne ve çocuk sağlığı açısından önemli sonuçları vardır. Erken yaşta evlenen kadınlar, özellikle de gebeliği önleyici yöntem kullanımının çok az olduğu veya hiç olmadığı

durumlarda daha uzun süre gebelik riski altında bulunmaktadır. Bunun bir sonucu da, erken yaşlarda başlayan doğurganlık, ileriki yaşlarda başlayan doğurganlığa göre daha büyük ailelerin oluşmasına neden olmaktadır (Başer, 2000; HÜNEE, 2009, s.: 71).

Adolesan dönemdeki kadınların cinsel ilişki, gebelikten korunma yolları, gebelik, düşük, anne olma, bebek beslenmesi ve bakımı gibi konularda bilgileri daha ileri yaştaki kadınlara göre yetersizdir. Bu nedenle meydana gelen gebelik sadece adolesanların kendi yaşamlarına değil, aile ve doğacak olan bebeğe de ciddi yükler getirmektedir (Hillis ve ark., 2004; Wildschut, 2008, s.: 29).

Erken yaşta çocuk doğurmak, kadınların ekonomik faaliyetlerden faydalanmasını kısıtlamakta, uzun vadede anneye, aileye, bebeğe ve ülke ekonomisine önemli oranda yükler getirmektedir (Burt, 1986; Treffers, 2003; HÜNEE, 2009, s.: 71).

Uluslararası sözleşmeler ve birçok ulusal yasaya göre hak ihlâli olan çocuk yaşta evlilik, kız çocuklarını eğitimden yoksun bırakmaktadır. Eğitimli kadınlar evlilik ve gebeliklerini daha ileri yaşlara kaydırmakta, doğum aralıklarını daha iyi ayarlamakta, gebelikte daha yeterli bilgi ve bakım almaktadırlar. Eğitimli annelerin, düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebek doğurma olasılıklarının daha az olduğu, bebeklerini daha iyi besledikleri, daha iyi bakım verdikleri, daha yüksek oranda aşılatarak bebeklerinin yaşam şansını artırdıkları bilinmektedir (Anne ve yenidoğan sağlığı, 2009, s.: 8; HÜNEE, 2009, s.: 163).

Adolesan dönemde fiziksel gelişme, psikolojik ve toplumsal gelişmeden daha önce olmaktadır. Gençlerin özellikle gelişmekte olan ülkelerde, genellikle kendi ve karşı cinsiyetin özellikleri, vücut işlevleri ve üreme özellikleri konularında yeterli bilgilerinin olmadığı da bilinmektedir. Bu yetersiz bilgi ile cinsel yaşamın başlaması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), istenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler gibi üreme sağlığı sorunlarına yol açmaktadır. Ayrıca, güvensiz cinselliğin yaşanması ve üreme sağlığı sorunlarının ortaya çıkması, ileri dönemdeki üreme sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Üreme sağlığı sorunları, toplumsal sorunları da beraberinde getirmektedir (Özcan ve ark., 2008; Ergin, 2004; Guttmacher Institute, 2010). Guttmacher Enstitüsü Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) bulunmaktadır ve 1968 yılında aile planlaması programlarının yapıldığı bir merkez bünyesinde

kurulmuştur. Daha sonra 1974 yılında bir kadın doğum uzmanı olan Alan F. Guttmacher'in ismi verilen, cinsel sağlık-üreme sağlığı ile ilgili araştırmalar yapan ve raporlar hazırlayan bir kuruluştur.

Tüm dünyada, gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar 15-19 yaş grubu genç kızların ölümünde önemli bir yer tutmaktadır. Her yıl 70 000 genç kız bu yüzden ölmektedir. Bir genç kız gebe kaldığında yaşça ne kadar küçükse, kendinin ve bebeğinin maruz kalacağı sağlık riskleri de o kadar büyük olmaktadır. Onbeş yaşının altında gebe kalan kızların doğum sırasında ölme riskleri, 20 yaş ve sonrasında gebe kalan kızlara göre 5 kat daha fazla bulunmuştur (Anne ve yenidoğan sağlığı, 2009, s.: 7, 8).

Yapılan değişik çalışmalarda, adolesan anne bebeklerinin erişkin anne bebeklerine oranla beslenme sorunu yaşama, fiziksel gelişmede geri kalma riski daha fazla, kognitif fonksiyonları daha geri, öğrenme kapasiteleri daha düşük, çocukluk çağında davranış problemleri daha fazla, suç işleme potansiyelleri daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, bu bebekler ihmâl ve istismar açısından da önemli bir risk grubunu oluşturmaktadırlar. Yapılan çalışmalarda, anne yaşı 18'in altında olduğunda bebeğin 1 yaşına gelmeden ölme riski, 19 yaşının üstündeki bir annenin bebeğine göre %60 daha fazla bulunmuştur (Klein, 2005; HÜNEE, 2009, s.: 182; Anne ve yenidoğan sağlığı, 2009, s.: 8).

1.4. Adolesan Gebeliklerin Nedenleri

Adolesanlarda gebelikler dahil yüksek riskli seksüel davranışlar ve diğer yüksek riskli davranışlarda saptanan nedenlerden bazıları; adolesanların ailelerinin sosyokültürel, gelir, eğitim düzeylerinin düşük olması, aile içi iletişimin bozuk olması, anne-baba ayrılığı, adolesanın ailede karşılaştığı erken yaşanan cinsel tecrübe ile ilgili bilgisinin olması olarak sıralanabilir. Ayrıca adolesanın okul terki, okul başarısının düşük olması, alkol ve madde bağımlığı, duygusal, fiziksel veya cinsel istismara maruz kalmış olması, ailede mental sorunu olan, suça eğilimli veya suç işlemiş, madde bağımlılığı olan birey varlığı riski artıran diğer nedenlerden

bazılarıdır. Yukarıda belirtilen nedenlerin yanı sıra; adolesanın ilk adet yaşı, cinsel ilişki sıklığı, cinsel eş sayısı, korunma yöntemleri hakkında bilgisi, yönteme ulaşmada ve kullanmada yaşanılan sıkıntılar, evlilik durumu, çiftlerin birbiri ile olan iletişimi, eğitim, iş durumu, sosyal destek kaynakları, sosyal güvencenin olmaması, ırk, etnik köken de adolesan gebelik riskini artıran nedenler arasındadır (Başer, 2000; Treffers ve ark., 2001; Dube ve ark., 2002; Fessler, 2003; Hillis ve ark., 2004; Klein, 2005; WHO, 2006). Uygun aile ve arkadaş çevresi olan, uygun aile denetimi olan, aile içi iletişimin iyi olduğu, yüksek gelirli aileden gelen, düzenli bir iş veya aktiviteye devam eden adolesanlarda bu tür yüksek riskli davranışlar daha az görülmektedir (Resnick, 2000).

Günümüzde kızlar ve erkekler seksüel olgunluğa erken yaşta ulaşmakta, menarş erken başlamakta, bu nedenle kızlar küçük yaşta gebe kalabilmektedirler. Gelişmiş ülkelerde ortalama ilk adet yaşı 12,5, gelişmekte olan ülkelerde 15 yaş civarındadır. ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde 19. yüzyıldan bu yana ilk adet yaşı yaklaşık 3 yıl kadar gerilemiştir (Wyshak ve Frisch, 1982; Bongaarts ve Cohen, 1998; Treffers, 2003). Yapılan çalışmalarda, Türk kızlarında ise ortalama menarş yaşı 12,5 yaş olarak bulunmuştur (Ercan, G., 2005).

Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınların eğitim düzeyi ve bununla paralel olarak sosyal çevredeki statüleri erkeklere oranla daha düşüktür. Eğitim düzeyinin düşük olması, kültürel ve geleneksel davranışlar nedeniyle adolesan yaşta evlilikler ve gebelikler kaçınılmaz olmakta, genç çiftler genelde evliliklerinin ilk yılı içinde gebelikle karşı karşıya kalabilmektedirler (Başer, 2000; Bayram ve ark., 2005). Eğitim düzeyi ve sosyal statüsü düşük olan ve evlenmeden gebe kalan adolesan kadın, ailesi tarafından reddedilme tehlikesiyle karşı karşıya kalmaktadır (Bulut ve ark., 2008). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre, 25-49 yaşlar arasındaki kadınlar arasında hiç eğitimi olmayan kadınlar ve ilkokulu bitirmemiş kadınlarla, en az lise mezunu kadınlar arasında ilk evlenme yaşı ortancası arasında beş yıldan fazla fark saptanmıştır (HÜNEE, 2009, s.: 113).

Yurt dışından yapılan çalışmalarda, yoksul aileden gelen adolesan kızların, zengin aileden gelen kızlara göre daha yüksek oranda ve korunmasız cinsel ilişkide

bulundukları, gebelik risklerini daha az bildikleri, bunun sonucunda da diğer gruba göre daha yüksek oranda gebe kaldıkları tespit edilmiştir (Başer, 2000; Klein, 2005). Yine yapılan birçok çalışmada, yoksul ve eğitim düzeyi düşük ailelerden gelen adolesan kızlarda, geçmişe ait duygusal, fiziksel veya cinsel istismar öyküsünün daha yüksek olduğu, bu kızların annelerinin de adolesan yaşta gebe kalma oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Klein, 2005; Gökçe ve ark., 2007; Wildschut, 2008, s.: 28).

Evlilik öncesi cinsel deneyim ve gebelik, sosyal ve kültürel açıdan birçok ülkede kabul edilmemekte ve bu kültürel olgu adolesanın gebelik önleyici yöntem kullanımına engel olmaktadır. Özellikle evli olmayan adolesanlar aile planlaması kliniklerine rahatlıkla başvuramamakta, sağlık personeli onlara önyargılı davranabilmekte ve adolesanlar gerekli olan gebelik önleyici yöntemlere kolayca ulaşamamaktadırlar. Beklenmedik bir zamanda, planlanmadan cinsel ilişki yaşanması, gebelik önleyici yöntemler hakkında ve ulaşılabilirliği hakkında yetersiz bilgi, gizli kalmayacağı konusunda korku ve utanma, tıbbi işlemlerden korkma, ulaşım ve hizmet için ödeme yapamama, eşinden veya ailesinden korkma, çocuk sahibi olma baskısı ve benzeri etkenler gebelik önleyici yöntem kullanmayı engellemektedir. Bu durum da, adolesanlarda planlanmadan gerçekleşen doğum oranını artırmaktadır (Başer, 2000). Örneğin ABD'deki Guttmacher Enstitüsü'nün (2010) raporuna göre, adolesan gebeliklerin %82'si plansızdır ve yıllık tüm plansız gebeliklerin %20'sini oluşturmaktadır. Bu bakımdan adolesanlarda planlanmadan yapılan cinsel ilişki sonrası acil korunma yöntemleri hakkında da bilgilendirme büyük önem taşımaktadır (Chhabra ve ark., 2009). Yine, adolesanlar çoğu zaman gebe kalmayacaklarını düşündükleri için önlem almamaktadır ve oral konraseptif kullanımına uzun dönemde uyumları iyi değildir (Emans ve ark., 1987; Davis, 1989). Daha önce yapılan çalışmalarda, gençlerin ilk modern gebelik önleyici yönteme cinsel aktiviteye başladıktan 1 yıl sonra gecikmiş olarak başladıkları bulunmuştur (Gutmacher Institute, 1994; Başer, 2000). Oysa gebeliklerin %50'si ilk cinsel aktiviteden sonraki 6 ay içinde meydana gelmektedir (Klein, 2005). ABD'deki Guttmacher Enstitüsü'nün (2010) raporuna göre de, korunma yöntemi kullanmayan gençler ilk 1 yıl içinde %90 oranında gebe kalmaktadırlar. Yine ABD'de yapılan bir çalışma sonucuna göre, gençler acil korunma konusunda bilgilendirilir, kolay

ulaşılabilirliği sağlanır ve yöntemi kullanırlarsa istenmeyen gebeliklerin ve düşüklerin yılda %50 oranında azaltılabileceği tahmin edilmektedir (Jones ve ark., 2002). TNSA-2008 verilerine göre ise Türkiye'de 15-19 yaş arası evli adolesanlar arasında herhangi bir gebelik önleyici yöntem kullanım oranı %62,3, herhangi bir modern gebelik önleyici yöntem kullanım oranı %38,4, herhangi bir geleneksel yöntem kullanım oranı %50 olarak tespit edilmiştir. Bu oranlar ise tüm yaş grupları içinde en düşük gebelik önleyici yöntem kullanım oranıdır (HÜNEE, 2009, s.: 78, 79).

Adolesan gebelikler üzerinde, aile yaşamı ve çalışma düzeninin de etkisi olduğu bilinmektedir. Son yıllarda boşanmaların artması, anne ve babanın ayrı ortamlarda yaşamasına sebep olmuştur. Bu durumda, çocuklar genellikle anneleriyle birlikte kalmakta ve babasıyla birlikte yaşamadan büyüyen çocuk sayısı artmaktadır. Ayrıca annenin çalışması da, adolesanda çalışan, tek, boşanmış anneden oluşan aile kavramının oluşmasına yol açmaktadır (Bulut ve ark., 2008). Küçük yaşlarda anne veya babasından birinden ayrılmak zorunda kalıp, üvey anne veya babaya sahip olan genç kız aile içinde meydana gelen huzursuzluklar ve kavgalar nedeniyle erken yaşlarda evlenebilmektedir. Bunun sonucu olarak da adolesan gebelikler oluşmaktadır (Uyanık ve Doğan, 2008). Türkiye'de de son on yılda boşanma oranlarında hafif ama sürekli bir artış olmasına rağmen, ülkemizde hâlen evlilik sürdürülmeye çalışılan bir kurumdur ve 15-49 yaş arası kadınların %95'i evlidir. Onsekiz yaşın altındaki çocukların %93'ü anne-babası ile birlikte yaşamaktadır (HÜNEE, 2009, s.: 8, 22, 43).

Evlilik öncesi cinsel deneyim başta gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm dünyada gençler arasında önemli bir problem olarak yaygınlaşmaya başlamıştır. Son yıllarda adolesanların önceki kuşaklara göre daha erken yaşlarda cinsel ilişkiye girdiği belirlenmiştir (Özcan ve ark., 2008). Kentleşme ve gelişmeye paralel olarak evlilik yaşı artmakta ve gençlerin evlilik öncesi seksüel tutum ve davranışları değişmektedir. Günümüzde seksüel aktivite, toplumun genelinde ve gençler arasında daha kabul edilebilir olmuştur. Diğer ülkelerle kıyaslandığında ilk cinsel deneyimin ülkemizde daha geç yaşandığı görülmektedir. Bu durumun oluşmasında ülkemizdeki toplumsal değer yargılarının etkili olduğu düşünülebilir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde evlilik öncesi cinsel ilişkinin artışıyla ilgili faktörler arasında; erken

seksüel olgunluk, adolesan seksüel davranışlarının kabulünde fikir birliğinin olmaması, henüz cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili yeterli eğitimin sağlanamaması, kültürel ve dini etkilerin azalması, kentleşme, geç evlenme sayılabilir (Başer, 2000; Treffers ve ark., 2001).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada, yaş ortalamaları 17,5±0,7 yaş olan 861 lise öğrencisinin %33'ünün (erkeklerin %56,6'sı, kızların %5,1'i) cinsel ilişkide bulunduğu, ilk cinsel ilişkide bulunma yaşının kızlarda 16,5±0,8, erkeklerde 15,7 ±1,5 yaş olduğu tespit edilmiştir (Aras ve ark., 2007). ABD'deki Guttmacher Enstitüsü'nün (2010) raporuna göre, 1995-2002 yılları arasında adolesanlar arasında cinsel ilişki yaşama oranı erkeklerde %55'den %46'ya, kızlarda %49'dan %46'ya gerilemiş, kızların %13'ü, erkeklerin ise %15'i 15 yaş altında ilk cinsel ilişkisini yaşamış, 19 yaş altı evli olmayan gençler arasında bu oran %70 olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte, gençlerin 20 yaşının ortaları veya sonuna kadar evlenmeyi tercih etmedikleri de gözlenmektedir. Yine aynı rapora göre, ilk cinsel tecrübesini 20 yaşının altında yaşayan 18-24 yaş grubu gençlerin %10'nun ilk cinsel tecrübesi istekleri dışında gerçekleşmektedir. Özellikle küçük adolesanlar istekleri dışı cinsel ilişki açısından büyük risk altındadırlar. ABD'de yapılan çalışmalarda, istekleri dışında cinsel ilişkiye zorlanan adolesanların oranı 15 yaşın altında %60, 14 yaşın altında ise %74 olarak belirtilmektedir (Klein, 2005). Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 103. maddesine göre 15 yaşını tamamlamamış bir çocuğa uygulanan her türlü cinsel davranış suçtur. Yasanın 104. maddesi reşit olmayanla cinsel ilişki ile ilgili, 105. maddesi cinsel taciz ile ilgilidir (TCK, 2004).

Adolesanlarla ilgili sorun, gelişmiş ülkelerde daha çok evlilik öncesi yaşanan cinsel deneyim, bunun sonucu meydana gelen istenmeyen gebelikler, isteyerek yapılan düşükler iken, Türkiye'deki sorun kültürel yapı ve gelenekler nedeniyle yapılan erken yaş evlilikleri ve yaşanan erken gebeliklerdir (Klein, 2005; Bulut ve ark., 2008; HÜNEE, 2009, s.: 8). Adolesanlarda istenmeyen gebelikle birlikte doğum oranı da yüksektir (Whitaker ve ark., 2010). Türkiye'de evlilik, hem evliliğin ülke genelinde yaygın olması, hem de doğumların neredeyse tamamının evlilik içerisinde gerçekleşmesi nedeniyle demografik açıdan oldukça önemlidir. Yine, ilk evlenme yaşı da kadının gebelik riski altına girmesini ifade etmesi nedeniyle önemli bir

demografik göstergedir. Türkiye'de son 20 yılda ilk evlilik yaşında düzenli bir artış olmuştur. TNSA-1978 verilerinde, 15-19 yaş grubu kızların %22,2'si evliyken, 2008 verilerinde bu oran %9,8'e gerilemiştir. Son verilere göre, Türkiye'de ortanca ilk evlenme yaşı 20,8'dir. Ortanca evlilik yaşı 45-49 yaş grubu için 19,5'den, 25-29 yaş grubunda 22,1'e yükselmektedir. Onbeş yaşına kadar evlenen kadın oranı, en yaşlı kuşakta %8 iken, 25-29 yaş grubundaki kadınlarda %2'ye düşmektedir. Ortanca evlilik yaşı kırda, doğu da, eğitim seviyesi düşük kadınlarda, refah seviyesi düşük ailelerden gelen kadınlarda daha düşük bulunmuştur (HÜNEE, 2009, s.: XVI, 110, 111, 112).

Ülkemiz gibi gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerde diğer nedenlerin yanı sıra; ailelerin kültürel, geleneksel değerlerle çocuklarının evlenmelerini biran önce görme arzusu, adolesan kadınının aile tarafından maddi açıdan yük olarak görülmesi, ailenin çeyiz veya başlık parası gibi maddi beklentiler içinde olması erken yaş evliliklerinin nedenleri arasında sayılabilir (Uyanık ve Doğan, 2008). Ülkemizde 4271 sayılı Türk Medeni Kanununa (TMK) göre, normal evlilik yaşı 18 olarak belirlenmiştir. Yasaya göre, 17 yaşını bitiren erkek ve kadın evlenebilmektedir. Ayrıca, hâkim olağanüstü durumlarda ve önemli bir sebeple, aileninde rızası ile 16 yaşını doldurmuş olan erkek veya kadının evlenmesine izin verebilmektedir. TMK'nun belirlediği evlenme yaşından önce yapılan evlilikler erken yaş evliliği olarak değerlendirilmekte olup, Türkiye'de resmi nikâh olmadan, genelde dini nikâh kıyılarak gerçekleşmektedir (TMK, 2001; Uyanık ve Doğan, 2008; HÜNEE, 2009, s.: 111).

Cinsellik adolesan gelişiminin doğal bir parçası olduğu halde, cinsellikle ilgili sorunlar yaşanabilmektedir. Adolesanların, ebeveynlerin ve toplumun cinsellik hakkında farklı ve/veya karşıt görüşlerinin olması, fiziksel olgunlaşma yaşının düşmesi, adolesanlarla ebeveynler arasında iletişim eksikliği, medyanın cinsel davranışlarla ilgili gerçekçi olmayan imajları teşvik etmesi, arkadaş grupları ve akran baskısı, cinsellikle ilgili eğitimlerin yetersiz olması nedenler arasında sayılabilir. Kendi kişisel değerleri, ailenin değerleri, medya tarafından tanımlanan cinsel imaj arasında sıkışan adolesan sıklıkla impulsif davranıp, hazır olmadan ve önlem almadan cinsel ilişkiye girebilmektedir (Özcan ve ark., 2008).

1.5. Türkiye ve Dünyadaki Adolesan Gebelik Durumu

Adolesan gebeliklerin nedenleri zaman içinde ve ülkeler arasında değişiklikler göstermektedir. Geçmişe oranla azalmakla birlikte, adolesan gebelikler hâlen tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur (Başer, 2000; Treffers, 2003).

TNSA-2008'in sonuçlarına göre, son yıllarda genç yaş grubundaki nüfus artış hızı azalıp, ileri yaştakilerin nüfusu Türkiye ortalamasından daha hızlı artmaktadır. Bununla birlikte, Türkiye hâlen nüfusunun %27'si 15 yaşın altında olan, genç nüfusa sahip bir ülkedir. Toplam doğurganlık hızı (TDH), kadınların doğurganlık yaşamları süresince, söz konusu yaşa özel doğurganlık hızlarının geçerli olması durumunda doğuracakları toplam çocuk sayısıdır. Yaşa özel doğurganlık hızı (YÖDH) ise bir yaş grubundaki her 1000 kadına düşen doğum sayısıdır. Ülkemizde 1978-2008 yılları arasındaki son 30 yılda TDH yaklaşık %50 azalarak 4,33'den, 2,16 çocuğa gerilemiş, 15-19 yaş grubunda ise YÖDH son 20 yıl içinde ‰80'den ‰38'e gerilemiştir. TNSA-2003'te adolesan dönemde bulunan kadınların %8'i doğurganlığa başlamışken, 2008'de bu oran %6 düzeyine gerilemiştir. Adolesan doğurganlığı yaşla birlikte hızla artmakta olup, 15 yaşında %1'den bile az olan oran, 19 yaşındaki kadınlar arasında %13'e yükselmektedir. Adolesan annelik, kırsal alanda, eğitim seviyesi düşük kadınlar arasında daha yüksek oranda saptanmıştır. Bu son araştırmadaki önemli değişikliklerden biri de, araştırmadan önce yapılan tüm araştırmalarda en yüksek YÖDH'na sahip yaş grubu 20-24 iken, 2008'de en yüksek YÖDH 25-29 yaş grubundadır. Bu Türkiye'de sadece doğurganlık seviyelerinin değişmediğini, aynı zamanda doğumların daha ileri yaşlara ertelendiğini göstermektedir. Son araştırmada, ülkemizde ortanca ilk doğum yaşı 25-49 yaş grubundaki kadınlar için 22,3'tür. İlk doğum yaşı, kentte, eğitim seviyesi, refah seviyesi yüksek kadınlarda, genç yaş grubu kadınlarda daha yüksektir. Genç yaş grubundaki kadınların adolesan yaşlarda ilk doğumlarını yapma olasılıkları da, daha ileri yaşlardaki kadınlara oranla daha düşük bulunmuştur. Tüm bu değişikliklere rağmen, Türkiye'de kadınlar hâlen erken yaşlarda çocuk doğurma eğiliminde olup, doğumların %70'i 30 yaşından önce gerçekleşmektedir. Ülkemizde gebelik ve doğum ile bağlantılı hastalık ve ölüm riskinin en yüksek olduğu 20 yaşın altında ve

35 yaşın üzerinde yapılan doğumlar, tüm doğumların yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır (HÜNEE, 2009, s.: XV, XVI, 60, 64, 71, 66, 73, 74).

Ülkeler arasında adolesan gebelik oranları açısından farklar bulunmaktadır. Sahra Afrika'sı ‰143 ile en yüksek orana sahipken, Avrupa'da oran ‰20'dir. Yine, gelişmiş ülkeler arasında da adolesan gebelik oranları açısından belirgin farklar göze çarpmaktadır. Hollanda da adolesan gebelik oranı ‰14, adolesanlar arasında isteyerek yapılan düşük oranı yüksek (%61), kendiliğinden olan düşük oranı ise düşük olup ‰8,6'dır. Oysa İngiltere ve Galler'de oran oldukça yüksek olup, adolesan gebelik oranı ‰45, düşük hızı ‰19, doğum hızı ‰26 bulunmuştur (Treffers, 2003). İsveç'te 1962-1982 yılları arasındaki 20 yıllık sürede doğan adolesanlar üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise 15-19 yaş grubu gebelik oranlarında belirgin azalma saptanmıştır (Lindh ve ark., 2009). ABD'deki Guttmacher Enstitüsü'nün (2010) raporuna göre, adolesan gebeliklerin 2/3'ü 18-19 yaş grubunda gerçekleşmektedir ve ABD'de 1990-2005 yılları arasında adolesan gebelik oranında %41 azalma sağlanmıştır. Bu azalma, gençlerin korunma yöntemi kullanma alışkanlıklarının artmasına ve cinsel ilişkiye girmeyi ileri yaşlara ertelemelerine bağlanmaktadır. Aynı rapora göre, adolesanlardaki doğum oranı ise 1991-2005 yılları arasında %32 azalmıştır ve 2006 yılında gebeliklerin %59'u doğumla sonuçlanmıştır. Adolesanların doğumları da tüm doğumların %10'nu oluşturmaktadır. Bir başka rapora göre ise ABD'de 1990'lı yıllardan itibaren düşme eğilimi göstermesine rağmen, adolesan gebelik ve doğum oranı hâlen diğer gelişmiş ülkelerden daha yüksek olup, diğer ülkelerin 2-15 katıdır (Hillis ve ark., 2004). ABD'deki gençlerin seksüel aktivite potansiyeli, Batı Avrupa ülkelerindeki gençlerle hemen hemen aynıdır. Bununla birlikte ABD'de adolesanlar arasında gebelik ve doğurganlık oranlarının daha yüksek olması, Avrupa ülkelerinde cinsel sağlık, üreme sağlığı ile ilgili eğitimlerin daha düzenli yapılmasına, buna bağlı olarak da gençlerin korunma yöntemi kullanma bilgi ve alışkanlıklarının daha fazla olması ile açıklanmaktadır (Treffers, 2003; Klein, 2005). Amerikan Pediatri Akademisi ise son raporunda, 2010 yılında 15-19 yaş arası adolesan gebelik oranının %10 daha artacağını öngörmektedir (Aruda ve ark., 2010). Adolesan gebelikler anne ve bebek için sağlık sorunları yanında uzun vadede birçok sosyoekonomik risk de içerdiği için, özellikle az gelişmiş ülkelerde acil korunma

yöntemlerinin kullanımının yaygınlaştırılması konusunda daha fazla çaba gösterilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Treffers, 2003).

1.6. Adolesanlar ve Adolesan Gebeliklerde Saptanan Sorunlar

Adolesan gebelikler farklı çalışma sonuçları olmakla birlikte, genel olarak riskli gebelikler olarak kabul edilmekte olup, tıbbi ve sosyal sorunlara yol açabilmektedir. Adolesanlardaki gebelik komplikasyonları ile ilgili raporlar, olumsuz sosyal koşullar ve yetersiz prenatal bakım gibi etkenlerin karışması nedeniyle genellikle çelişkilidir ve yorumlanması güçtür. Ortaya çıkan olumsuzluklardan yalnız anne yaşının küçük olması sorumlu olmayıp, adolesanlarla ilgili sosyal ve biyolojik olumsuz koşulların da etkisi bulunmaktadır (Klein, 2005; Wildschut, 2008, s.: 28). Yine bazı araştırmalarda, adolesan gebelikler iyi planlanır ve yeterli prenatal takipleri yapılırsa, bu gebeliklerin yüksek riskli gebelikler olmaktan çıkacağı belirtilmektedir (Bükülmez ve Deren, 2000; Geist ve ark., 2006).

Adolesan gebeliklerde risk, yaş küçüldükçe (menarş ile konsepsiyon arasındaki süre kısaldıkça) daha da artmaktadır. Adolesanlarda istenmeyen gebelik sonuçlarına neden olan faktörlerden birisinin de, besinler için fetus ile anne arasında yarış olması ve bu durumun da normal büyüme işlevini bozması olduğu düşünülmektedir (Çoruh ve Topal, 1981; Sukanich ve ark., 1986). Adolesan gebelerde sigara kullanımı, bağımlılık yapıcı madde kullanımı, Human Immunodeficiency Virus (HIV) ve diğer CYBE'ların daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Ayrıca, beslenme yetersizliği, gebelik başlangıç boy ve kilosunun düşüklüğü, gebelikte beklenenden daha az kilo alımı, gebelikler arasındaki sürenin kısalığı, gebelik sayısının fazla oluşu, evlilik dışı gebelik, prenatal izlem yetersizliği gibi sorunların daha fazla görüldüğüne dair birçok çalışma sonucu bulunmaktadır. Adolesanlarda diğerlerine göre daha az olmakla birlikte saptanan diğer 2 önemli sorun ise doğum öncesi-sonrası kanama ve fistül oluşumudur. Yine adolesanlarda gebelik hipertansiyonu, preeklampsi, anemi, bebeklerde ise prematürite, DDA, intrauterin gelişme geriliği (İUGG) gibi komplikasyonların erişkin gebelerden daha sık görüldüğüne dair birçok çalışma sonucu bulunmaktadır. Adolesan gebeliklerde perinatal mortalite, morbiditenin de

arttığı düşünülmektedir (Treffers ve ark., 2001; Özalp ve ark., 2003; Klein, 2005; Miller ve ark., 2005; Trivedi ve Pasrija, 2007; Wildschut, 2008, s.: 27-29). De vienne ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada ise preeklampsi ve doğum sonrası kanama adolesan gebeliklerde erişkin gebeliklerden daha az saptanmıştır.

1.6.1. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Tüm dünyada adolesanlarda CYBE sıklığı giderek artmaktadır (Treffers ve ark., 2001; Chedraui ve ark., 2007). İlk cinsel ilişki yaşı, cinsel ilişki sıklığı, birden çok cinsel eş, CYBE semptomları bulunan eş ile cinsel ilişkide bulunulması, sosyoekonomik durum, korunma yöntemi kullanma durumu, CYBE sıklığını etkileyen faktörler arasındadır. Bunlardan ilk cinsel ilişki yaşı ve yaşam boyu cinsel eş sayısı, CYBE ve HIV riski artışında daha önemli yer tutmaktadır (Özcan ve ark., 2008). Kadınlar HIV dahil CYBE'lara erkeklere kıyasla daha yatkındırlar (Başer, 2000). Adolesan kadınların CYBE'lardan ve gebelikten korunma konusunda bilgi ve becerilerinin yetersiz olması, koruyucu yöntemlere ulaşmada karşılaştıkları engeller, bu hastalıkların adolesanlarda erişkin kadınlara oranla daha sık görülmesine sebep olmaktadır (Jejeebhoy ve ark., 1999). Chedraui ve arkadaşları (2007) adolesanlarda cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi düzeyini anlamak için yaptıkları çalışmada, adolesanların yaşları arttıkça, aile planlaması ve HIV ile ilgili bilgi düzeylerinin arttığını, ancak bilgi düzeyleri fazla olan grupta bile korunma yöntemi kullanım ve HIV riskini azaltmaya yönelik tutum ve davranışların düşük düzeyde olduğunu tespit etmişlerdir. ABD'deki Guttmacher Enstitüsü'nün (2010) raporuna göre, 15-24 yaş grubu cinsel olarak aktif popülasyonun %25'ini oluşturmakla birlikte, her yıl yeni tespit edilen CYBE'ların %48'i 15-24 yaş grubu arasındaki gençlerde görülmektedir. Bu yaş grubundaki CYBE'ların %50'sini Human Papillomavirüs enfeksiyonları oluşturmaktadır. ABD'de küçük yaştaki adolesan kızların erişkin erkek cinsel eşleri olma olasılığı yüksektir. Bunlar daha çok cinsel istismar tarzında davranışlar olup, HIV, CYB diğer enfeksiyon olasılığını artırmaktadır (Miller ve ark., 1997). Yine ABD'de yapılan bir başka çalışmada, adolesanların cinsel eşlerinin, 21-41 yaş aralığındaki erişkin kadınların cinsel eşlerine göre yaşlarının daha genç olduğu ve bu erkeklerde CYBE sıklığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeninin,

adolesanların cinsel eşlerinin cinsel eş sayısının, cinsel ilişki sıklığının fazla olması, karşı cinsle kısa sürede, tanımadan ilişki kurmaları olduğu düşünülmüştür (Thurman ve ark., 2009).

1.6.2. Sigara ve Madde Kullanımı

Adolesanlarda sigara ve özellikle gelişmiş ülkelerde olmak üzere kokain gibi bağımlılık yapıcı madde kullanımı yetişkinlere oranla daha yüksektir (Treffers, 2003). Gebelikte sigara kullanımı düşüklere, fetal büyümenin yavaşlamasına, perinatal mortalitenin artmasına neden olmaktadır. Kokain kullanımı ise gebeliğin ilk 3 ayında spontan düşüğe, 2. ve 3. trimesterde preterm eylem, plesanta dekolmanı ve erken membran rüptürüne yol açabilmektedir (Covington ve ark., 2000).

1.6.3. Düşük[1]

Her yıl sağlıksız koşullarda meydana gelen düşüklerin %25'i adolesan yaş grubunda görülmektedir (Adolesan sağlığı, 2010). Adolesanlardaki isteyerek yapılan düşüklerin çoğu sağlıksız koşullarda, çok tehlikeli yöntemlerle ve yetenekli olmayan kişiler tarafından yaptırılmaktadır. Adolesan sıklıkla korku, utanma ve parasızlık gibi nedenlerle böyle davranmakta, düşük komplikasyonları için tıbbi yardım almayı geciktirebilmektedir. Sağlıksız koşullarda yapılan düşükler sonucunda kadınlarda enfeksiyon, kanama, pelvik organlara travma meydana gelebilmekte, infertilite, uzun süreli sakatlıklara yol açabilmekte, maternal mortalite ve morbidite artmaktadır (WHO, 2000; Başer, 2000).

TNSA-2008 verilerine göre, Türkiye'deki toplam düşük hızı* (TDH) kadın başına 0,29'dur. Araştırmanın yapıldığı tarihten önceki 5 yılda yaşa özel isteyerek düşük

---

[1] *Toplam düşük hızı, mevcut durumdaki yaşa özel düşük hızlarına uyduğu takdirde doğurgan çağdaki bir kadının yaşamı boyunca yapacağı toplam düşük sayısını göstermektedir.

*Yaşa özel düşük hızı, bir yıllık dönemde belirli yaşta bir kadının yapacağı düşük oranını göstermektedir. Bu hızlar 1000 kadın için verilmektedir (HÜNEE, 2009, s.: 107).

hızları ise adolesanlarda ‰1, 35-39 yaş grubunda ‰16'dır. İsteyerek düşük yapan evlenmiş kadınların yüzdesi yaşayan çocuk sayısı ile artmaktadır. Oran, yaşayan çocuğu olmayanlarda %6 iken, beş veya daha fazla yaşayan çocuğu olanlar arasında %29 gibi yüksek bir düzeye çıkmaktadır. Yaşa özel düşük hızları* (YÖDH), diğer yaş gruplarında kentte kırsal alanla aynı veya daha yüksekken, adolesanlarda kırda kentten 4 kat daha yüksek bulunmuştur (HÜNEE, 2009, s.: 98, 107). Gelişmiş ülkelerde ise adolesan gebeliklerinin çoğu evlilik dışı, plansız ve istenmeyen gebelikler olduğu için isteyerek yapılan düşük hızları da bir o kadar yüksektir. Bu yaş grubundaki tüm kanıtlanmış gebeliklerin %30-60'ı düşükle sonlanmaktadır (Wildschut, 2008, s.: 28). ABD'deki Guttmacher Enstitüsü'nün (2010) raporuna göre, 2006 yılında adolesan gebeliklerinin %27'si düşükle sonlanmış olup, bu genç kızların ailelerinin çoğu kızlarının bebeği düşürmesini istemektedir. Bunun için; bebeğin hayatlarını değiştirecek olmasını, maddi olarak yetemeyeceklerini, bebek bakımında kendilerini yeterli hissetmemelerini gerekçe göstermektedirler.

1.6.4. Anemi

Gebelikte hematolojik sistemde birçok değişiklikler olmakta ve bu durum sonuçların yorumlanmasında sıkıntılara neden olmaktadır. Gebelikte artan kan volümü nedeniyle hematokrit değerinde fizyolojik bir düşme olmakta ve bu nedenle gebelikte 1. ve 3. trimesterde hemoglobin değerinin 11 gram (gr)/ desilitre (dl), 2. trimesterde 10,5 gr/dl'nin altında olması anemi kabul edilmektedir (Cunningham ve ark., 2001, s.:1308, 1309). Bununla birlikte, Milman ve arkadaşları (2007) benzer sosyoekonomik ve ırksal özelliklere sahip Danimarkalı gebe kadınlarda normal gebelikteki referans hematolojik parametreleri belirlemek için yaptıkları çalışmada, hemoglobin değerinin 10,5 gr/dl'nin, hematokrit değerinin %31'in altında olması durumunda anemi tanısı konması gerektiğini belirtmişlerdir. İstanbul'da anemi için tedavi almayan gebelerde yapılan bir çalışmada ise anemi olarak, hemoglobin değerinin 11 gr/dl'nin, hematokrit değerinin %33'ün altında olması kabul edilmiştir (Api ve ark., 2009). Gebelikte en sık rastlanan anemi, demir eksikliği ve akut kan kaybına bağlı anemidir. Demir eksikliği anemisi daha çok beslenme yetersizliği ve

akut kan kaybına bağlı olarak gelişmektedir (Cunningham ve ark., 2001, s.: 1308, 1309). Dünyada, gebeliklerde anemi prevalansı farklı çalışmalarda %35-100 arasında değişmektedir. DSÖ verilerine göre ise dünya nüfusunun yaklaşık %30'unun, dünyadaki gebe kadınların ise yarıdan fazlasının anemik olduğu tahmin edilmektedir. Yine DSÖ verilerine göre, demir eksikliği anemisi oranı Avrupa'da %14, Türkiye'de %25'tir. İstanbul'da anemi tedavisi almayan gebelerde yapılan çalışmada ise demir eksikliği anemisi prevalansı %10,1 olarak saptanmıştır. Ülkemizdeki çalışmaların çoğu Sağlık Ocağı'na başvuran gebelerdeki anemi prevalansını saptamaya yönelik küçük ölçekli çalışmalar olup, bu çalışmalara göre Türkiye'deki anemi prevalansı bölgelere göre büyük değişiklikler (%29,4-%95,2) göstermektedir. DSÖ, gebelerde anemi prevalansı %40'tan az saptandığında ikinci trimesterden itibaren 6 ay süre ile günlük 60 miligram (mg) elementer demir kullanılmasını önermektedir. Anemi prevalansı %40 ve üzerinde saptandığında ise ikinci trimesterden itibaren 6 ay ve doğumdan sonra 3 ay olmak üzere toplam 9 ay süre ile günlük 60 mg elementer demir kullanılmasını ülke deneyimlerine bağlı olarak önermektedir. Gebelikte anemi görülme sıklığı, sosyoekonomik durum, kadının beslenme durumu, gebenin adolesan olması, gebelik sayısı, gebelikler arasındaki süre, akut kan kaybı gibi nedenlere bağlı olarak farklılıklar göstermektedir (WHO, 1992; Oruç ve ark., 1996; Pirinçci ve ark., 2001; Mersin ve ark., 2002; Api ve ark., 2009). Gebelikte aneminin maternal ve perinatal etkileri konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. DSÖ, maternal mortalitenin %20'sine aneminin katkısı bulunabileceğini öne sürmektedir. Anemi, preterm doğum, İUGG, DDA gibi bebekle ilgili komplikasyonlar ve preeklampsi, eklampsi gibi maternal komplikasyonlar ile de ilişkilendirilmiş olup, bazı çalışmalarda ise kötü perinatal sonuçlar ile ilişkili olmadığı belirtilmektedir. Bu nedenlerden dolayı anemi, kadın sağlığı ve gebe sağlığı açısından önemle ele alınması gereken bir sağlık sorunudur (Murphy ve ark., 1986; WHO, 1992; Levy ve ark., 2005; Api ve ark., 2009). Adolesan gebelerde aneminin diğer yaş grubundaki kadınlardan daha fazla saptandığını gösteren birçok çalışma sonucu bulunmaktadır (Treffers ve ark., 2001; Desdicioğlu ve Malas, 2006; Geist ve ark., 2006; Trivedi ve Pasrija, 2007; Phupong ve Suebnukarn, 2007; De vienne ve ark., 2009). Bunun sebeplerinden bazıları; adolesanların kendi büyümesi ile fetus büyümesinin birlikte devam etmesi sebebiyle vücuttaki depoların hızla tükenmesi, fetal büyüme ve

gelişme için gerekli olan demir, folik asit, vitamin B12, A, E, kalsiyum, magnezyumun vücuda alınma oranlarının adolesanlarda belirgin şekilde düşük olmasıdır (Pathak ve ark., 2003; Moran, 2007). Gelişmekte olan ülkelerde adolesanların yaklaşık olarak yarısı anemiktir. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin yanı sıra, intestinal parazitler adolesan gebedeki aneminin şiddetini artırmaktadır (Mc Intyre, 2006).

1.6.5. Hipertansif Hastalıklar

Gebelikteki hipertansif hastalıklar 5 grupta incelenmektedir. Bunlar, gestasyonel (gebeliğin indüklediği veya geçici) hipertansiyon, preeklampsi, eklampsi, kronik hipertansiyon zemininde preeklampsi ve kronik hipertansiyondur. Gebelikte görülen hipertansif hastalıkların anne ve bebek üzerine birçok olumsuz etkisi vardır. Hipertansiyon anne adayında; kardiyovasküler, hematolojik, endokrin, böbrek, karaciğer, beyinde neden olduğu değişikliklerin yanısıra metabolik değişikliklere de neden olmaktadır. Fetusta ise utero-plasental sistemde yaptığı değişikliklerle olumsuz etkilere neden olmaktadır. Gebelik hipertansiyonu çoğunlukla daha önce hiç doğum yapmamış gebelerin sorunu iken, ileri yaş gebelerde sorun kronik hipertansiyon ve bunun zemininde gelişen preeklampsidir. Gebelikteki hipertansif hastalıklar için; ırk, etnik köken, genetik, annenin diyetindeki kalsiyum miktarı, obezite, ikiz gebelik farklı çalışmalarda saptanan bazı risk faktörleridir (Cunningham ve ark., 2001, s.: 570, 571). Hipertansiyon, preeklampsi ve eklampsinin 20 yaş ve üzerindeki gebelere göre adolesan gebelerde daha sık saptandığını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Gelişimini henüz tamamlamamış adolesanda, oluşan gebelik sonucu artan metabolizma, sosyoekonomik ve eğitim düzeyi düşüklüğü, yeterli düzeyde olmayan doğum öncesi bakım gibi nedenlerin hipertansiyon, preeklampsi ve eklampsi görülme sıklığını artırdığı düşünülmektedir (Demir ve ark., 2000; Treffers ve ark., 2001; Trivedi ve Pasrija, 2007; Phupong ve Suebnukarn, 2007). Orta şiddetli bir preeklampside perinatal mortalite oranı %1'den %8'e, şiddetli preeklampside ise %15'e çıkmaktadır (Gilbert ve Harmon, 2002, s.: 497).

1.6.6. Doğum Şekli

Son zamanlarda, adolesanlardaki biyolojik immatüritenin üreme performansını doğum eyleminin süresi ve doğum yolu açısından bakıldığında belirgin olarak etkilemediği, birçok adolesanın gebe olduğunda biyolojik olarak matür olduğu, adolesanlarda operatif doğum olasılığının gerçekte artmadığı kabul edilmektedir (Sukanich ve ark., 1986; Mc Arney,1987; Treffers, 2003; Wildschut, 2008, s.: 28). Bununla birlikte, vajinal doğumda müdahale oranı ve sezaryen doğum oranları ile ilgili farklı çalışma sonuçları bulunmaktadır. Adolesanlarda sorunun iskelet ve nöromüsküler sistemin gelişmesine devam etmesi nedeniyle, bebek ile pelvis kemikleri arasında uyuşmazlık olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu olasılık yaş küçüldükçe daha da artmaktadır (Moerman, 1982; Treffers ve ark., 2001; Karakaya, 2004; Geist ve ark., 2006). Yeterli düzeyde doğum öncesi bakım alamama riski taşıyan adolesan gebe, olası zor doğumla karşı karşıya kalabilmektedir (Yıldırım ve ark., 2005). Türkiye'den yapılan iki çalışmada, adolesan gebelerde sezaryen doğum oranı erişkin gebelerden daha düşük bulunmuştur. Yurtdışından yapılan iki çalışmada ise adolesan gebelerde sezaryen doğum oranı erişkin gebelerden daha düşük, müdahale gerektiren vajinal doğum oranı daha yüksek bulunmuş olup, müdahalenin genellikle baş-pelvis uygunsuzluğu nedeniyle yapıldığı saptanmıştır (Zeteroğlu ve ark., 2005; Geist ve ark., 2006; Trivedi ve Pasrija, 2007; Keskinoğlu ve ark., 2007). De vienne ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada ise hem sezaryen, hem de müdahaleli vajinal doğum oranı erişkin gebelerden daha düşük bulunmuştur.

1.6.7. Postpartum Atoni

Sorunun, adolesanların iç genital organlarının henüz gelişimini tamamlayamamasından dolayı doğum eylemi sırasında daha kolay travmaya uğramasından ve myometriyumun kontraksiyon yeteneğinin zayıf olmasından kaynaklandığı ve olasılığın yaş küçüldükçe arttığı düşünülmektedir (Karakaya, 2004; Miller ve ark., 2005).

1.6.8. Fistül

Adolesan gebelerde pelvis gelişiminin tamamlanmamış olmasından dolayı meydana gelen zor doğumlara bağlı olarak veziko-vajinal ya da rekto-vajinal fistül, idrar ve gaita inkontinansı oluşabilmektedir. Doğumlarda fistül, baş-pelvis uygunsuzluğu veya bebeğin uygun olmayan prezentasyonu nedeniyle meydana gelebilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde milyonlarca kadın (özellikle Sahra Afrika'sı ve Güney Asya başta olmak üzere) önlenebilen, tedavi edilebilen bu sorun ile karşılaşmaktadır. Sonuç olarak da sosyal çevreden uzaklaşma görülebilmektedir (Başer, 2000; Miller ve ark., 2005).

1.6.9. Düşük ve Doğum Sonrası Enfeksiyon

Sağlıksız koşullarda düşük veya doğum yapan gebelerde, bu eylemler sonrası enfeksiyon riski artmaktadır. Adolesan gebelerde, sağlıksız koşullarda yapılan isteyerek düşükler ve yaş küçüldükçe sıklığı artan uzamış veya ilerlemeyen doğum eylemi, postpartum enfeksiyon veya sepsis riskinin artmasına neden olmaktadır. Enfeksiyon, adolesan kadınlar arasında maternal mortalite riskini artıran en önemli nedenlerin başında gelmektedir (Başer, 2000; Cunningham ve ark., 2001, s.: 673).

1.6.10. Anne Ölümü

Anne ölümü; gebelik sırasında, doğumda veya gebelik sonlandıktan sonraki 42 gün içinde, kadının gebeliğinin süresine ve yerine bakmadan, gebelik durumuna veya gebelik sürecine bağlı olarak doğrudan veya bunların şiddetlendirdiği dolaylı nedenler sonucu meydana gelen kadın ölümü olarak tanımlanmaktadır (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2008). Dünyada her gün yaklaşık 1500 kadın gebelik veya doğumla ilgili komplikasyonlar nedeniyle kaybedilmektedir. Araştırmalar, annelerin temel sağlık ve doğum hizmetlerine ulaşabilmeleri halinde anne ölümlerinin %80 oranında azaltılabileceğini göstermektedir. Uzamış veya engellenmiş doğum, ayrılma sonrası kanama,

enfeksiyonlar, eklampsi gibi doğumla ilgili ve düşüklerle ilgili komplikasyonlar anne ölümlerinde en büyük paya sahiptir. Dolaylı olarak anne ölümüne yol açan nedenler ise anemi, kalp hastalığı, şeker hastalığı, HIV/Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), intihar gibi önceden varolan veya gebelikte ortaya çıkan ve gebelik döneminde meydana gelen fizyolojik değişikliklerin şiddetlendirdiği nedenlerdir (Anne ve yenidoğan sağlığı, 2009, s.: 2, 5).

Şimdiye kadar toplanan bütün veriler, anne ve bebek ölüm hızlarının en yüksek olduğu dört tip gebelik tanımlamaktadır. Bunlar; 19 yaşından küçük, 35 yaşından büyük kadınların gebelikleri, dört ve daha fazla doğum yapan kadınlardaki gebelikler ve bir önceki gebelikle arasında iki yıl ve daha kısa ara olan gebeliklerdir (HÜNEE, 2009, s.:139, 140). Dünyada her yıl adolesan dönemde anne olma durumunda kalan 70 000 kadın, gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar nedeniyle kaybedilmektedir (Anne ve yenidoğan sağlığı, 2009, s.: 18). Yapılan bir başka çalışmada ise adolesan gebelerde anne mortalite oranı; eğitim, sosyoekonomik düzey düşüklüğü, prenatal ve obstetrik bakım yetersizliğine bağlı olarak daha büyük yaştaki kadınlardan 2 kat yüksek bulunmuştur (Mc Intyre, 2006).

1.6.11. Bebek Ölümü[2]

Gebeliğin ilk yedi ayı tamamlandıktan sonra meydana gelen ölümler (ölü doğumlar) ile canlı doğumdan sonraki ilk yedi gün içinde meydana gelen (erken neonatal) ölümlerin toplamı perinatal ölümleri oluşturmaktadır. Toplam perinatal ölüm sayısının, en az yedi ay süren gebeliklerin sayısına bölünmesi ile perinatal ölüm hızı elde edilmektedir. Neonatal ölüm hızı ise doğumdan sonraki bir ay içinde ölen bebek oranıdır (HÜNEE, 2009, s.: 132, 138). Adolesan anne bebeklerinde perinatal, neonatal mortalite ve morbiditenin daha fazla saptandığı belirtilmektedir (Treffers ve

---

[2] *Post-neonatal ölüm hızı, doğumdan sonraki bir aydan sonra, ancak bir yıldan önce ölen bebek oranıdır.

*Bebek ölüm hızı, doğumdan sonraki bir yıl içinde ölen bebek oranıdır.

*Çocuk ölüm hızı, birinci ve beşinci doğum günleri arasında ölen çocuk oranıdır.

*Beş-yaş altı ölüm hızı, doğumdan sonraki beş yıl içinde ölen bebek veya çocuk oranıdır (HÜNEE, 2009, s.: 132).

ark., 2001). Beş yaşından küçük çocuk ölümlerinin %40'ını yenidoğan ölümleri, bunun %75'ini erken yenidoğan dönemi denilen ilk bir haftadaki ölümler, bu ölümlerin ise %25-45'ini ilk gün ölümleri oluşturmaktadır. Prematürite, ağır enfeksiyonlar, asfiksi gibi önlenebilir üç neden yenidoğan ölümlerinin %86'sını oluşturmaktadır. Yenidoğan ölümlerinde %36 paya sahip enfeksiyonlar annelerin daha iyi taranması, aşılanması, doğum sırasında hijyen özeni, uygun göbek kordonu kesimi gibi basit önlemlerle azaltılabilmektedir (Anne ve yenidoğan sağlığı, 2009, s.: 3, 5). TNSA-2008 verilerine göre de, araştırmanın yapıldığı dönemden önceki 5 yılda bebek ölümlerinin %76'sını yenidoğan ölümlerinin oluşturduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı dönemden önceki 10 yıl içinde perinatal, neonatal, post-neonatal*, bebek*, çocuk*, 5 yaş altı ölüm hızı* açısından 20 yaş altı ve 40 yaş üstü anne bebeklerinin 2 önemli risk grubunu oluşturduğu gözlenmektedir. Perinatal ölüm hızı, 20 yaş altı ve 40 yaş üstü anne bebeklerinde diğer yaş gruplarından daha yüksek, neonatal ölüm hızı 40 yaş üstü anne bebeklerinde ‰28 ile en yüksek, 20 yaş altı anne bebeklerinde ‰22 ile ikinci sırada, post-neonatal ve bebek ölüm hızları 40 yaş üstü ile 20 yaş altı anne bebeklerinde hemen hemen aynı oranda olup (sırasıyla ‰33 ve ‰34) diğer yaş grubu anne bebeklerinden daha yüksek, çocuk ve 5 yaş altı ölüm hızları ise 20 yaş altı anne bebeklerinde diğer yaş gruplarından daha yüksek bulunmuştur (HÜNEE, 2009, s.: XVIII, 137, 138).

1.6.12. Preterm Doğum, Bebekte Prematürite ve Düşük Doğum Ağırlığı

Otuz yedinci gebelik haftası tamamlanmadan önce meydana gelen doğumlar preterm doğum olarak tanımlanmaktadır. Bu doğumlar tüm doğumların %7-10'unu oluşturmasına rağmen, tüm perinatal komplikasyon ve ölümlerden %85'in üzerinde sorumlu tutulmaktadır (Küçüködük, 1994, s.: 1; Lowery ve Reece, 2005, s.: 225). Adolesan anne bebeklerinde DDA ve prematüritenin daha fazla saptandığını gösteren birçok çalışma sonucu bulunmaktadır (Treffers ve ark., 2001; Yıldırım ve ark., 2005; Trivedi ve Pasrija, 2007; Phupong ve Suebnukarn, 2007; Keskinoğlu ve ark., 2007; Guttmacher Institute, 2010). Menarş ile konsepsiyon arasındaki sürenin kısalığı, ilk gebelik olması, yetersiz beslenme, gebelik öncesi vücut ağırlığının düşük olması, boy

kısalığı, gebelikte yetersiz kilo alınması, gebelikte hipertansiyon, anemi, sigara kullanımı, madde bağımlılığı, CYBE varlığı, yetersiz doğum öncesi bakım, evli olmamak, sosyoekonomik, eğitim düzeyinin düşük olması gibi faktörler preterm doğum ve DDA görülme sıklığını artıran bazı faktörlerdir (Treffers ve ark., 2001; Treffers, 2003; Klein, 2005). Prematüre doğan bebeklerin önemli organları gelişimini tamamlamadığı için, bu bebekler destek tedavisine, bakıma ihtiyaç duymakta ve ihtiyaç durumu prematüriteliğin düzeyine bağlı olarak uzun sürebilmektedir. Prematüre bebekler başta olmak üzere, prematüre ve DDA'lı bebeklerde kronik akciğer hastalığı, körlüğe kadar gidebilen prematürelik retinopatisi, işitme kaybı, hidrosefali, serebral palsi, zihinsel gerilik, uzun süreli sekeller, büyüme-gelişme geriliği daha sık görülmektedir (Vohr ve ark., 2000). TNSA-2008 verilerine göre, araştırmadan önceki 5 yıllık dönemde 20 yaş altındaki annelerde DDA'lı bebek doğurma oranı %12,7 bulunmuştur. Oranın Doğu'da, kırsal alanda, eğitim ve refah seviyesi düşük kadınlarda, çocuğun doğum sırası arttıkça daha da arttığı tespit edilmiştir (HÜNEE, 2009, s.: 160).

1.6.13. Adolesan Gebeliğe Bağlı Diğer Sorunlar

İnsan yaşamında ikinci büyüme ve gelişme dönemi olan ergenlik dönemi bazen sorunlu bir dönem olarak geçirilmekte, adolesan zaman zaman bu kadar değişikliğe uyum sağlayamamaktadır. Bu dönemde adolesan, fiziksel büyüme ve gelişme, cinsel ve psikososyal gelişme ile ilgili sorunlarla karşılaşmakta, dönemin özelliğinden dolayı da zaman zaman bu sorunları çözememektedir (Köse, 2006). Fiziksel gelişimini tamamlamış olsa bile adolesanlar psişik olgunluğa daha geç kavuşmaktadırlar. Bu nedenle, bu dönemde korku ve endişelere açık olan adolesan kadınlar psikolojik rahatsızlıklara karşı daha fazla risk altındadırlar. Bu dönemde yapılan evlilikler, adolesanın kendine güveninin azalmasına, kendine özgü bir kimlik oluşturmasını güçleştirebilmektedir. Bunlar dışında, öğretim kurumlarına devam etmeme, sosyal etkinliklerden uzaklaşma, boşanma, ayrılmalar, yoksulluk, stres ve depresyon adolesan gebelerde daha sık karşılaşılabilen sorunlardır (Karakaya, 2004; Çoban, 2009). Türkiye'de Yiğitoğlu (2009) tarafından yapılan çalışmada, adolesan

gebe ve eşlerinde prenatal, azalmakla birlikte postnatal dönemde, durumluluk-sürekli kaygı düzeyinin yüksek olduğu, bunun çiftlerin evliliğe uyumunu hem prenatal, hem postnatal dönemde olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Çoban (2009) tarafından yapılan bir başka çalışmada ise adolesan dönemde evlenmiş 12 kadınla sorun merkezli görüşme yöntemi kullanılarak görüşmeler yapılmıştır. Kadınlar evlilik sürecini evcilik oyunu olarak algıladıklarını, eşleri ile iletişim kurmakta zorlandıklarını, çoğunlukla eşlerinden çekindiklerini, çocuk sahibi olmak, çocuk bakmak konusunda ciddi güçlükler yaşadıklarını ve kendilerini güçsüz hissettiklerini ifade etmişlerdir.

1.7. Adolesanlarda Gebeliğin Önlenmesi ve Gebe Adolesanlara Yönelik Çalışmalar

Cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerinin adolesanlar arasında yaygınlaştırılması; ülkeye özgü ve uygun modellerin belirlenmesi, her ülkenin kendi adolesanlarını tanıması, genel özelliklerini bilmesi, sorunlarını doğru saptaması ve çeşitli çözümler üretmesi ile mümkündür (Köse, 2006).

Adolesanlarda gebeliğinde içinde bulunduğu yüksek riskli seksüel davranışlar ve diğer davranışların önlenebilmesi; ancak ve ancak adolesanın kendisi, ailesi, akran çevresi, okulu, sağlık profesyonelleri, sosyal hizmet veren gruplar ve devleti içine alan programlarla mümkün olabilmektedir (Klein, 2005).

Adolesanlara yönelik yapılan uygulamalarda, adolesanlar sağlıklı yaşam uygulamaları konusunda bilinçlendirilmekte, fiziksel ve ruhsal sağlık hizmeti verecek merkezler oluşturulmakta, sosyal ve kültürel yönden gelişmelerine katkıda bulunabilecek toplum merkezleri desteklenmektedir (Köse, 2006). Adolesanlara verilen danışmanlık hizmeti; fiziksel büyüme-gelişme, cinsel ve psikososyal gelişme, kişisel hijyen, beslenme, fizik egzersiz, sigara, alkol ve benzeri bağımlılık yapıcı madde kullanımı, güvenli cinsel yaşam, güvenli davranışlar konularında bilgiler içermektedir. Adolesanların bu merkezlerden etkin faydalanması için, personelin

adolesanlara yargılayıcı tutum ve davranış içine girmemesi, onların korku ve endişelerini gidermeye çalışması gerekmektedir (Köse, 2006).

Gelişmekte ve gelişmiş ülkelerde okula gitme oranı giderek artmaktadır. Bu artış adolesanların cinsel ilişkilerine toplumsal yaptırımlar getirmekte ve adolesanların evliliği ertelemelerini sağlamaktadır (Bongaarts ve Cohen, 1998). Eğitim seviyesinin artması sadece erken evlilikleri ve gebelikleri önlememekte, aynı zamanda eğitimli kadınlar, doğum aralıklarını daha iyi belirlemekte, bebeklerini daha iyi beslemekte, bebeklerine daha iyi bakım vermekte, daha yüksek oranda aşılatmaktadır. Bu nedenle eğitimli annenin bebeğinin yaşam şansı daha yüksek olmaktadır (Anne ve yenidoğan sağlığı, 2009, s.: 8).

Adolesan gebelikler ve evliliklerin önlenmesi çalışmalarının, eğitim, toplumların değer yargıları, sosyoekonomik, sosyokültürel faktörler gibi birçok faktörün etkisi altında yavaş yavaş sonuç vereceği öngörülmektedir. Bu nedenle, risk grubunda olan bu yaş grubunun sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem geçirmelerini, sağlıklı bir bebek dünyaya getirmelerini, kendileri ve bebeklerine yetebilecek bilgiye sahip olmalarını, bebeklerine yeterli bakımı sunabilmelerini sağlamak gerekmektedir (Özcebe ve Dervişoğlu, 1993; Başer, 2000).

Adolesanlarda gebeliği önleme ve gebe adolesanlara yönelik çalışmalar üç aşamalı olarak planlanmaktadır. Birincil koruma; okullarda aile planlaması ve ilişkili konuların vurgulandığı, cinsel eğitim yoluyla gebeliğin önlenmesi üzerine odaklanmaktadır. Adolesanlar arkadaşları ve sınıftakilerle gebeliğin ve ebeveynliğin gerçeklerini açıkça tartışmak konusunda cesaretlendirilmektedirler. Eğitim bunların yanı sıra değerler, sorumluluklar ve hayır deme hakkı üzerine bilgileri de içermektedir (Wildschut, 2008, s.: 28).

İkincil koruma; korunma yöntemlerinin hem erkekler, hem de kadınlar tarafından kullanılması ve sağlanmasına esnek bir yaklaşım yoluyla, cinsel olarak aktif kadınlara yöneliktir. Bazı aile planlaması klinikleri bir adolesan doğum kontrolü için kliniğe başvurduğunda durumu ebeveyne bildirmeyi gerekli görmektedir. Böyle bir politika; duyarlı ebeveynleri çocuklarının cinsel davranışları ve korunma kararı için rehberliğe dahil ederek pozitif etki gösterebilmektedir. Bununla birlikte, bu politika

özellikle evlilik öncesi cinsel ilişkinin yanlış olduğu düşüncesi ile büyümüş adolesanların meydana çıkma korkusu ve potansiyel geri tepmeler nedeniyle aile planlaması kliniklerine başvurma cesaretlerini kırabilmektedir (Wildschut, 2008, s.: 28). Verilecek danışmanlık hizmeti etkinliğiyle, CYBE ve istenmeyen gebelikler önlenebilir (Davies ve ark., 2006; Woods ve ark., 2006).

Üçüncül koruma; gebe olan adolesanları hedeflemektedir. Adolesanların gebeliğe ilişkin bilgi ve deneyimlerinin yetersiz oluşu, psikolojik durumlarının tam gelişmemiş olması ve duygusal durumlarının çok değişken olması prenatal bakımın önemini bir kat daha arttırmaktadır. Verilen eğitimlerde adolesanlar, erken prenatal bakım alma konusunda cesaretlendirilmekte ve gebeliğin çözümü için seçenekler tartışılmaktadır. Adolesanlar, prenatal bakım almayı geciktirme eğilimindedirler ve prenatal bakım verilen kurumlardan yeterince yararlanamamaktadırlar. Özellikle ikinci gebeliği olan adolesanların prenatal bakıma uyumu yetersizdir. Yeterli prenatal bakım alınması da gebeliğin istenme durumuna bağlı olmayabilmektedir (Treffers ve ark., 2001; Yıldırım ve ark., 2005; Phupong ve Suebnukarn, 2007; Wildschut, 2008, s.: 28). Doğum öncesi bakımın gebeliğin erken dönemlerinde başlatılması, gebeliğin olumsuz sonuçlanmasını önlemekte daha yararlı ve etkili olmaktadır. Gebeliğin erken belirlenmesi, kadının genel sağlık durumunun değerlendirilmesi ve normal olmayan herhangi bir durumun daha kolay ve erken teşhis edilmesi açısından da yararlı olmaktadır. Erken prenatal takibin postnatal dönemde de birçok anne ve bebek sonucu üzerine olumlu etkisi vardır (Maehr ve ark., 1993; Scholl ve ark., 1994; Wildschut, 2008, s.: 28; Feemster ve ark., 2009; HÜNEE, 2009, s.: 146). Prenatal takipler anne adayına, gebelik, doğum ve bebek bakımı ile ilgili bilgilenme fırsatı sağlamaktadır. Müdahale stratejileri belirlenirken, özellikle kötü beslenme durumu, kötü sağlık alışkanlıkları, adolesanın gözle görülür tecrit durumu başta olmak üzere kişisel, medikal, sosyal risk faktörlerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Gebe adolesanın, eşinin ve ailesinin gerçek ihtiyaçlarını belirlemek genellikle zordur (Treffers ve ark., 2001; Wildschut, 2008, s.: 28). DSÖ gebelerin gebelikleri süresince sağlık personeli tarafından en az 4 kez ziyaret edilmesini, bu ziyaretlerinde 16. hafta, 24-28. haftalar arası, 32. ve 36. haftalar arası yapılmasını önermektedir. Bu bilgiyle birlikte önerilen ideal takip; gebeliğin 7. ayına kadar (ilk 28 hafta boyunca) her ay, daha sonra 36. haftaya kadar iki haftada bir ve daha sonra

40. haftaya veya doğuma kadar her hafta şeklinde olup, gebelik süresince en az 10 doğum öncesi bakım anlamına gelmektedir (WHO, 2002; Anne ve yenidoğan sağlığı, 2009, s.:13; HÜNEE, 2009, s.: 146). TNSA-2008 verilerine göre çalışmadan önceki 5 yılda, son doğumdan önce doğum öncesi en az bir kez bakım alan 20 yaş altındaki gebe oranı ortalamadan düşük olmayıp (%92), tüm yaş gruplarındaki oran ise %92 olarak tespit edilmiştir. Doğum öncesi bakım seviyesi, kırsal alanda, Doğu'da, eğitim ve refah seviyesi düşük, yaşı daha ileri kadınlarda, çocuk sayısı arttıkça daha düşük bulunmuştur (HÜNEE, 2009, s.: 145). ABD'deki Guttmacher Enstitüsü'nün (2010) raporuna göre ise adolesan annelerin %7'si hiç prenatal bakım hizmeti almamakta veya hizmet için oldukça geç başvurmaktadır.

Adolesan gebelere, doğum sırasında profesyonel veya profesyonel olmayan kişiler tarafından psikolojik destek sağlanması önerilmektedir. Yine doğumdan sonra da, bebek beslenmesi, güvenliği, gelişiminin izlenmesi, sosyal, finansal sorunların tartışılması, kızların ikinci eğitime devam etmek konusunda cesaretlendirilmesi, etkin gebelikten korunma sağlanması, yapılması gereken hizmetler olarak önerilmektedir. Özellikle 17 yaşından önce gebe kalan adolesanların çoğu, 19 yaşından önce tekrar gebe kalmaktadır. Halk sağlığı hemşirelerinin yaptığı ev ziyaretlerinin de adolesan anne ve bebeğinin sağlığı üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır (Treffers ve ark., 2001; Wildschut, 2008, s.: 28-29).

1.8. Çalışmanın Amaçları

Adolesan gebelikler sebepleri zaman içinde ve ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte, hâlen tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olarak devam etmektedir. Yaşanan erken evlilik ve gebelikler genç kızları eğitim gibi temel bir haktan, kendi kendine yetebilecek, ülke ekonomisine katkıda bulunabilecek ekonomik bir çalışma içinde bulunmaktan ve birçok sosyal haktan mahrum bırakmakta, anne ve bebek açısından birtakım sağlık ve sosyal riskler içermektedir.

Bu nedenle çalışmamızda, 20 yaş altı yüz adolesan anne ile ilk gebeliklerini 22-32 yaşları arasında gerçekleştiren aynı sayıdaki erişkin annenin sosyodemografik

özellikleri, anne ve bebeğin karşı karşıya kaldığı riskler, 2 grup anne bebeklerinin 1. ve 2. ay beslenme, büyüme, gelişmesi ve annelerin bebek bakım pratikleri karşılaştırılarak, adolesan gebelik ve evliliklere yol açan risk faktörlerinin, bu gebeliklerin neden olduğu anne ve bebek risklerinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Çalışmamızda ayrıca, gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan ülkemizin bir bölümünde yaşayan adolesan anne ve bebeklerinin son dönemdeki özelliklerinin belirlenmesi ve literatüre katkı sağlanması da amaçlanmıştır. Adolesanlarla ilgili elde edilen sonuçların, hassas bir grup olan adolesanlara yönelik gebeliğin de içinde bulunduğu yüksek riskli seksüel ve diğer davranışların önlenmesiyle ilgili çalışmalar da dahil olmak üzere, sağlık ve sosyal politika alanlarındaki çalışmalarda, öncelik alanlarının belirlenmesi, mevcut programların değerlendirilmesi, yeni stratejilerin oluşturulması ve hizmet planlamasının yapılmasına yardımcı olacağı düşünülmüştür. Çalışmadan elde edilen sonuçların ayrıca, yüksek riskli gebelikler arasında değerlendirilen adolesanların gebeliklerinin izlemi, dikkat edilmesi gereken noktaların belirlenmesi, adolesan anneler ve bebeklerine yönelik çalışmalarda da yol gösterici olacağı düşünülmüştür.

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırma Planı

Çalışma; Şubat 2010 ile Mayıs 2010 tarihleri arasındaki 4 aylık dönemde, EZH Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum yapmış 20 yaş altı yüz adolesan anne ile ilk gebeliklerini 22-32 yaşları arasında gerçekleştiren aynı sayıdaki erişkin anne ve bu annelerin yeni doğmuş bebekleri üzerinde yürütülmüştür. Çalışmanın yapıldığı dönemde hastanede 5395 doğum gerçekleşmiştir. Adolesan dönemde gebelik yaşayan anne sayısının daha düşük olacağı tahmin edildiğinden, hastanede doğum sonrası annelerin izlendiği servislerde görev yapan personele doğum yapan adolesan anne olduğunda haber vermeleri iletilmiştir. Çalışmaya alınan adolesan ve erişkin anneler arasında herhangi bir eşleştirme yapılmadan anneler randomize seçilmiştir. Araştırıcı tarafından doğum yapmış adolesan anneler ile mesai saatleri içinde görüşmeler yapılmıştır. Hasta katlarına görüşmeye gidildiğinde randomize seçilmiş erişkin anneler ile de görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya alınan anneler gönüllülük esasına göre alınmış olup, her 2 grupta da görüşme teklif edilen annelerin tamamı görüşmeyi kabul etmiştir. Yapılan ilk görüşmede annelere araştırmanın amaç ve planı açıklanmış, anneler yazılı onam formu (Ek 1) doldurmuş ve çalışmaya dahil edilmişlerdir.

EZH Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin hizmet verdiği hasta grubunu Keçiören ilçesi başta olmak üzere sırasıyla, Yenimahalle, Sincan, Etimesgut, Pursaklar, Mamak, Ankara'nın diğer merkez ve çevre ilçe halkları oluşturmaktadır. Anneler benzer ekonomik ve sosyokültürel seviyedeki ailelerden gelmektedirler. Çizelge 2.1'de araştırmanın planı yer almaktadır.

Çizelge 2.1. Araştırma planı (Ankara, 2010)

	Doğum Sonrası		
	1. Gün (ilk görüşme)	1. ay	2. ay
Bilgilendirme ve yazılı onam formu	+		
Anne sosyodemografik özellikleri anket formu	+		
Gebelik izlemi ve doğum öyküsü formu	+		
Baba sosyodemografik özellikleri anket formu	+		
Bebeğin fizik muayenesi	+	+	+
Anne ve bebeğin izlem formu	+	+	+

Bebeğin doğumdan sonraki 1. gün, 1. ve 2. ay takiplerinde fizik muayenesi aynı araştırıcı tarafından yapılmış, çalışmanın tüm verileri değerlendirilmiştir.

2.2. Çalışmada Kullanılan Formların Hazırlanması

Çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan anne ve baba sosyodemografik özellikleri anket formu, gebelik izlemi ve doğum öyküsü formu, anne ve bebek izlem formu araştırıcılar tarafından oluşturulmuştur. Bir ön çalışma ile uygulanıp, kullanılabilirliği ve analiz edilebilirliği gösterildikten sonra çalışma için kullanılmıştır. Ön çalışma yine aynı hastanede doğum yapmış, randomize seçilmiş, on adolesan, on erişkin anne üzerinde yapılmıştır.

2.3. Formların Uygulanması

Çalışmaya alınan anneler ve bebekleri doğumdan sonraki ilk gün, 1. ve 2. ayın sonunda aynı araştırıcı tarafından görülmüştür. İlk görüşmede anneye yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak "anne ve babaya ait sosyodemografik özellikler formu", anneye sorularak ve anne dosyasından "gebelik izlemi ve doğum öyküsü formu", anneye sorularak ve bebek dosyasından bebeğe ait bilgiler doldurulmuş, bebeklerin sistemik fizik muayenesi yapılmıştır. Birinci ve 2. ayın sonunda araştırıcı tarafından EZH Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Polikliniği'ne aileler çağırılarak, bebeklerin sistemik fizik muayenesi yapılmış, tespit edilen sorunlar için

gerekli yönlendirmeler yapılmış, "anne ve bebek izlem formu" ailelere yüz yüze görüşme tekniği ile sorularak doldurulmuştur.

2.4. Araştırmanın Tipi

Araştırma uzunlamasına (longitudinal) bir araştırmadır.

2.5. Verilerin Analizi

Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde; Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 11,5 bilgisayar tabanlı paket istatistik programı kullanılarak tanımlayıcı ve karşılaştırmalı istatistiksel analizler yapılmıştır. Böylece iki grup anne, eşlerinin arasındaki sosyodemografik farklılıklar, annelerin gebelik dönemindeki takipleriyle ilgili farklılıklar, anne ve bebek sağlık durumu ile ilgili farklılıklar, anne ve bebeğin 1. ve 2. ay izleminde saptanan farklılıklar ortaya konulmuştur.

Çalışmaya katılan anne ve babaların sosyodemografik özellikleri, gebelik takibi, anne ve bebek izlem verileri sayı ve yüzde değerleri alınarak belirlenmiştir.

Çalışmada, kategorik verilerde Ki-Kare ve Fisher-Exact testleri, ölçüm ile belirtilen, normal dağılım gösteren bağımsız gruplarda Student t testi, normal dağılım göstermeyen grupların karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ değeri kabul edilmiştir.

2.6. Hipotezler

Adolesanlar ve adolesan gebeliklerde saptanan olumsuz sonuçlar üzerinde, yaşın yanı sıra adolesanlarda sıklıkla rastlanabilen bir takım olumsuz koşulların da etkisi olduğu için, sonuçları yorumlamak ve asıl etkili faktörü saptamak her zaman kolay olmamakta, güçlükler yaşanmaktadır. Yine bazı araştırmalarda, adolesan gebelikler

iyi planlanır ve yeterli prenatal takipleri yapılırsa, bu gebeliklerin yüksek riskli gebelikler olmaktan çıkacağı belirtilmektedir.

Çalışmaya başlamadan önce adolesan anneler ile erişkin anneler arasında:

- Sosyodemografik farklılıklar (ailedeki birey sayıları, eşler arasındaki akrabalık durumu, annelerin ailelerinin gelir ve eğitim düzeyleri, anneler ve eşlerinin eğitim düzeyleri, meslek sahibi olma, çalışma durumları, korunma konusunda bilgi sahibi olma ve yöntem kullanımı, gebeliklerin planlılık durumu ile ilgili farklılıklar),
- Annelerin sağlık durumlarıyla ilgili bulgularda farklılıklar (düşük oranları, anemi prevalansı, gebelikte görülen hipertansif hastalıklar, doğum şeklinde farklılıklar),
- Bebeklerin sağlık durumlarıyla ilgili bulgularda farklılıklar (gebelik haftaları, doğum ağırlıkları),
- Annelerin bebek bakım pratikleri ile ilgili bazı bulgularında farklılıklar saptanacağı öngörülmektedir.

2.7. Tanımlar

- Annelerin söz ettikleri işler ile ilgili profesyonel bir kursa gitmeleri ve kurs sonunda sertifika almaları veya profesyonel bir eğitim almaları durumunda meslekleri var kabul edilmiştir.
- Annelerin temizlik, tezgâhtarlık veya küçük ölçekli iş yerlerinde belirli bir eğitim, tecrübe gerektirmeksizin yaptıkları işler niteliksiz iş olarak değerlendirilmiştir.
- Annelerin ifadelerine göre, kendi işyerlerinde kendileri için çalışan eşler serbest meslek sahibi kabul edilmiştir.
- Son adet tarihinin ilk gününden itibaren doğuma kadar olan gebelik süresinin 259-293 günler arasında (ortalama 280 gün) bulunması zamanında doğum veya son adet tarihinin ilk gününden itibaren 38. gebelik haftasının ilk günü ile 42. gebelik haftasının son günü arasında doğan bebek zamanında doğan (term, matür) bebek olarak tanımlanmıştır (Küçüködük, 1994, s.: 1).

- Son adet tarihinin ilk gününden itibaren doğuma kadar olan gebelik süresinin 258 gün ve 258 günün altında bulunması prematüre doğum veya son adet tarihinin ilk gününden itibaren 37. haftanın son gününün tamamlanmasından önce doğan bebek, prematüre (preterm) bebek olarak tanımlanmıştır (Küçüködük, 1994, s.: 1).
- Gebelik süresine bakılmaksızın canlı doğan, doğum ağırlığı 2500 gramın altında olan bebekler, DDA'lı bebek olarak tanımlanmıştır (Küçüködük, 1994, s.: 1).
- Yenidoğan dönemi; doğan bebeğin doğumdan itibaren tamamlanmış 27. gün sonuna kadar olan dönemini kapsamakta olup, erken yenidoğan dönemi (0-6 gün) ve geç yenidoğan dönemi (7-27 gün) olarak ikiye ayrılmaktadır (Küçüködük, 1994, s.: 1).
- Gebeliğin 3. trimester'inde annenin hemoglobin değerinin 11 gr/dl'nin altında olması anemi olarak tanımlanmıştır (Cunningham ve ark., 2001, s.: 1308).
- Daha önce hipertansiyon sorunu olmayan gebede, mevcut gebelik sırasında tespit edilen kan basıncı değerinin 140/90 mmHg ve üstünde olması, proteinüri olmaması gebelik hipertansiyonu olarak tanımlanmıştır (Cunningham ve ark., 2001, s.: 569).
- Kan basıncının 20. gebelik haftasından sonra 140/90 mmHg ve üstünde ölçülmesi, 24 saatlik idrarda 300 mg ve üstünde proteinüri veya dipstick testi ile 1+ veya üstünde proteinüri varlığı preeklampsi olarak tanımlanmıştır. Kan basıncının 160/110 mmHg ve üstünde olması, beraberinde 24 saatlik idrarda 2 gram ve üstünde proteinüri veya dipstick testi ile 2+ veya üstünde proteinüri, daha önce kanıtlanmış bir neden olmaksızın serum kreatininin 1,2 mg/dl'nin üstünde olması, trombosit sayısının 100 000'in altında olması, mikroanjiyopatik hemoliz bulgularının varlığı, laktat dehidrogenaz, alanin aminotransferaz, aspartat aminotransferaz yüksekliği, sürekli baş ağrısı veya diğer serebral, görme ile ilgili bulgular, devam eden epigastrik ağrı durumunda ağır preeklampsiden söz edilmektedir. Başka nedene bağlanmayan preeklampsi ile birlikte konvülsiyon görülmesi eklampsi olarak tanımlanmaktadır (Cunningham ve ark., 2001, s.:569).

3. BULGULAR

Çalışma; Şubat 2010 ile Mayıs 2010 tarihleri arasındaki 4 aylık dönemde, EZH Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde doğum yapmış 20 yaş altı yüz adolesan anne ile ilk gebeliklerini 22-32 yaşları arasında gerçekleştiren aynı sayıdaki erişkin anne ve bu annelerin yeni doğmuş bebekleri üzerinde yürütülmüştür.

3.1. Anne ve Babaların Sosyodemografik Özellikleri

Çizelge 3.1.'de annelerin yaşadıkları ilçelerin dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan her 2 grup annenin büyük bir kısmı Keçiören başta olmak üzere, Yenimahalle, Sincan, Etimesgut ilçelerinde yaşamaktadır. Adolesan annelerin %71'i, erişkin annelerin ise %68'i bu 4 ilçede yaşamaktadır. İki grup arasında annelerin yaşadıkları ilçelerin dağılımı açısından istatistiksel fark saptanmamıştır (p>0,05).

Çizelge 3.1. Annelerin yaşadıkları ilçeler (Ankara, 2010).

İlçeler	Adolesan		Erişkin		X^2	P
	n	%	n	%		
Keçiören	32	32,0	29	29,0		
Yenimahalle	16	16,0	20	20,0		
Sincan	12	12,0	14	14,0		
Etimesgut	11	11,0	5	5,0		
Altındağ	5	5,0	2	2,0		
Mamak	3	3,0	9	9,0	8,97	>0,05
Pursaklar	5	5,0	8	8,0		
Çankaya	4	4,0	2	2,0		
Diğer ilçeler	10	10,0	10	10,0		
Ankara dışı	2	2,0	1	1,0		
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**		

Çizelge 3.2.'de anne ve babaların memleketlerinin dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan adolesan annelerin %94'ü, babaların tamamı, erişkin annelerin %90'ı, babaların %95'i İç Anadolu başta olmak üzere, Karadeniz, Doğu Anadolu bölgesi kökenlidir. İki grup anne ve 2 grup baba arasında memleketlerinin dağılımı açısından istatistiksel fark saptanmamıştır (p>0,05).

Çizelge 3.2. Anne ve babaların memleketleri (Ankara, 2010).

Bölgeler	Adolesan anneler		Adolesan anne eşleri		Erişkin anneler		Erişkin anne eşleri		X^2 Anne	X^2 Eş	P
	n	%	n	%	n	%	n	%			
İç Anadolu	60	60,0	71	71,0	59	59,0	64	64,0			
Karadeniz	23	23,0	20	20,0	23	23,0	20	20,0			
Doğu Anadolu	11	11,0	9	9,0	8	8,0	11	11,0			
Güneydoğu Anadolu	0	0,0	0	0,0	3	3,0	2	2,0	3,68	5,56	>0,05
Ege	3	3,0	0	0,0	3	3,0	1	1,0			
Akdeniz	2	2,0	0	0,0	3	3,0	2	2,0			
Marmara	1	1,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0			
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**			

Çalışmaya katılan adolesan annelerin yaş ortalaması 17,8±0,7 (15 yaş 3 ay-18 yaş 10 ay), erişkin annelerin yaş ortalaması 26±0,3 (21 yaş 1 ay-31 yaş 5 ay) yaştır.

Çizelge 3.3.'de adolesan annelerin yaş gruplarına göre sayıları ve yüzdeleri yer almaktadır. Adolesan annelerin %91'i 18 yaş ve üstündedir.

Çizelge 3.3. Adolesan annelerin yaş grupları dağılımı (Ankara, 2010).

Yaş Grupları	n	%
15-16 yaş 11 ay*	9	9,0
17-17 yaş 11 ay	36	36,0
18-18 yaş 11 ay	55	55,0
Toplam	**100**	**100,0**

*15-15 yaş 11 ay grubunda 2 anne bulunmaktadır.

Adolesan annelerin eşlerinin yaş ortalaması, erişkin annelerin eşlerinin yaş ortalamasından daha küçüktür. Adolesan annelerin eşlerinin yaş ortalaması 24,7±2,3 (21-32, ortanca: 24), erişkin annelerin eşlerinin yaş ortalaması 29,2±4,6 (22-40, ortanca: 28,2) yaştır. İki grup annenin eşlerinin yaş ortalaması arasındaki fark

istatistiksel olarak anlamlıdır (U: 1424, p<0,001). Eş ile olan yaş farkları adolesan grupta 6,9±2,2 (0,6-14,7, ortanca: 6,7), erişkin grubun ise 3,2±4,5 (-4 – 32,5, ortanca: 2,6) dır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (U=1601,5, p<0.001).

Çalışmaya katılan iki grup annede kalabalık ailelerden gelmekte olup, adolesan annelerin (kendileri dahil) kardeş sayıları 4,3±2 (1-10, ortanca 4), ailedeki toplam birey sayıları 6,9±3 (3-20, ortanca 6) kişidir. Erişkin annelerin ise kardeş sayıları 4,6±2,4 (1-16, ortanca 4), ailedeki birey sayıları 7,3±3,5 (3-23, ortanca 6) kişidir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (sırasıyla U=4689, U=4784,5 p>0,05).

Çizelge 3.4.'de annelerin bazı sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Çalışmada her 2 grupta anne ve eşleri arasındaki akrabalık oranı yüksek olup, oran adolesan grupta %23, erişkin grupta %17'dir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Çalışmada her 2 grupta anneler arasında 20 yaşından önce evlenen kızkardeş oranı yüksektir. Oran adolesan grupta %20, erişkin grupta ise %15'dir. Ancak, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Çalışmada adolesan anneler arasında 15 yaşının altında anne-baba ayrı büyüyenlerin oranı %10, erişkin grupta %8'dir (p>0,05). Eşler arasında ise erişkinlerde oran biraz daha yüksek olup (%12'ye, %8), aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (x^2: 0,89, p>0,05).

Çizelge 3.4. Annelerin bazı sosyodemografik özellikleri (Ankara, 2010).

Bazı Sosyodemografik Özellikler	Adolesan (n=100)		Erişkin (n=100)		X^2	P
	n	%	n	%		
Annelerin eşleri ile aralarındaki akrabalık durumları						
Yok	77	77,0	83	83,0	1,13	>0,05
Var	23	23,0	17	17,0		
Annelerin 20 yaşından önce evlenmiş kız kardeşleri olup-olmadığı						
Yok	80	80,0	85	85,0	0,87	>0,05
Var	20	20,0	15	15,0		
Annelerin 15 yaşına kadar anne-baba ayrı büyüme durumları						
Ayrı	10	10,0	8	8,0	0,24	>0,05
Birlikte	90	90,0	92	92,0		
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**		

Çizelge 3.5.'de annelerin anne-babalarının eğitim düzeylerinin dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan her 2 grup annenin büyük bir kısmının anne ve babasının eğitim düzeyi düşüktür. Adolesan gruptaki annelerin babalarının eğitim düzeyleri erişkin gruptakilerden biraz daha düşük olup, adolesan gruptaki annelerin annelerinin %90'ı, babalarının %81'i, erişkin gruptakilerin ise annelerinin %88'i, babalarının %73'ü ilkokul mezunu, okur-yazar veya okuma-yazması yoktur. Annenin annesinin okuma-yazma bilmeme oranı erişkin grupta daha yüksektir (%26'ya, %16). Adolesan gruptaki annelerin annelerinin ilkokul mezunu olma oranları erişkin gruptan daha fazladır (%65'e, %52). Erişkin gruptaki annelerin babalarının %17'si lise, yüksekokul veya üniversite mezunu iken, oran adolesan grupta %5'dir. Bununla birlikte, iki grubun annelerinin ve babalarının eğitim düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p>0,05).

Çizelge 3.5. Annelerin anne ve babalarının eğitim düzeyleri (Ankara, 2010).

	Adolesan		**Erişkin**			
Eğitim Düzeyi	**n**	**%**	**n**	%	X^2	**P**
Annenin annesinin eğitim düzeyi						
Okuma-yazması yok	16	16,0	26	26,0	4,96	>0,05
Okur-yazar	9	9,0	10	10,0		
İlkokul mezunu	65	65,0	52	52,0		
Ortaokul mezunu	7	7,0	6	6,0		
Lise mezunu	3	3,0	6	6,0		
Annenin babasının eğitim düzeyi						
Okuma-yazması yok	5	5,0	8	8,0	10,33	>0,05
Okur-yazar	8	8,0	8	8,0		
İlkokul mezunu	68	68,0	57	57,0		
Ortaokul mezunu	14	14,0	10	10,0		
Lise mezunu	3	3,0	15	15,0		
Yüksekokul veya üniversite mezunu	2	2,0	2	2,0		
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**		

Çizelge 3.6.'da annelerin ve babaların ailelerinin aylık gelir dağılımları yer almaktadır. Çalışmaya katılan adolesan annelerin ailelerinin gelir seviyesi daha düşük olup, bu gruptaki ailelerin %83'ünün, erişkin gruptakilerin ise %69'unun gelir seviyesi 1000 TL ve altındadır. Erişkin grupta 1001-2000 TL arası aylık geliri olan aileden gelen anne sayısı adolesan grubun 2 katıdır (%24'e, %12). İki grup annenin ailelerinin gelir dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Çalışmaya katılan 2 grup babanın da ailelerinin gelir seviyesi düşüktür. Adolesan gruptaki babaların %69'unun, erişkin gruptakilerin ise %65'inin gelir seviyesi 1000 TL ve altındadır. Ancak, iki grup arasında istatistiksel fark yoktur (p>0,05).

Çizelge 3.6. Annelerin ve babaların ailelerinin aylık gelir dağılımları (Ankara, 2010).

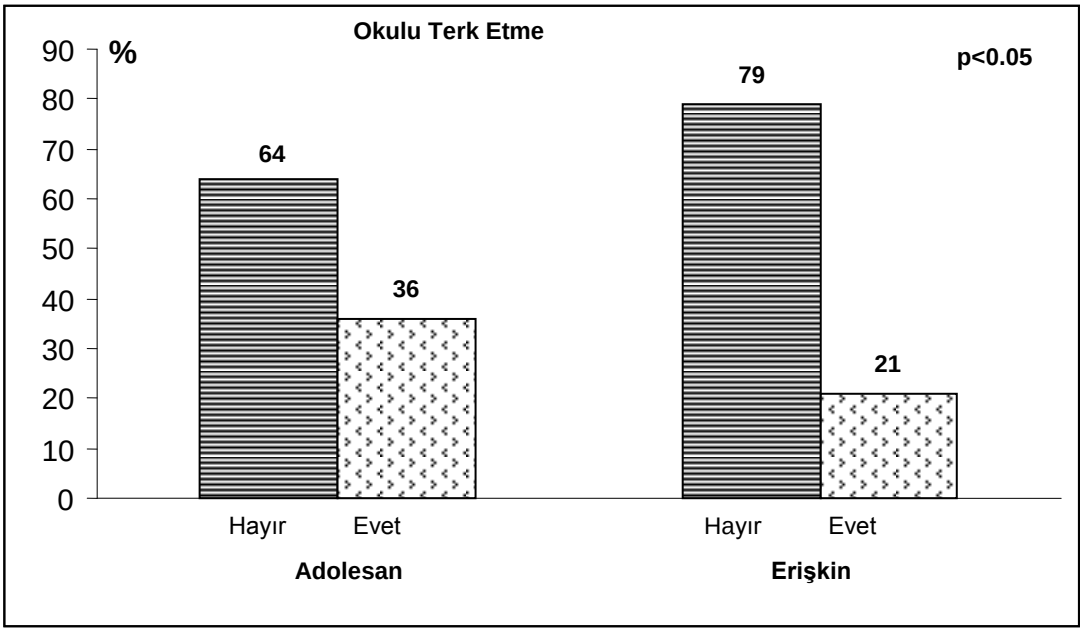
Aylık Gelir Düzeyi	Adolesan anne		Adolesan baba		Erişkin anne		Erişkin baba		Anne X^2	Eş X^2	Anne P değeri	Baba P değeri
	n	%	n	%	n	%	n	%				
1000 TL ve altı	83	83,0	69	69,0	69	69,0	65	65,0				
1001-2000 TL	12	12,0	21	21,0	24	24,0	25	25,0	5,67	0,47	p<0,05	p>0,05
2000 TL üzeri	5	5,0	10	10,0	7	7,0	10	10,0				
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**				

Çizelge 3.7.'de annelerin eğitim düzeylerinin dağılımı yer almaktadır. Yine şekil 3.1.'deki grafikte de annelerin okul terki durumları gösterilmiştir. Çalışmaya katılan erişkin annelerin %56'sı lise, yüksekokul veya üniversite mezunu iken, adolesan gruptan sadece 1 anne lise mezunudur, yüksekokul veya üniversite mezunu anne bulunmamaktadır. 1997 yılında 8 yıllık eğitimin zorunlu hâle getirilmesi nedeniyle adolesan gruptaki annelerin çoğu (%80) 8 yıllık eğitim mezunu olup, %19'u ilkokul ve altı olmak üzere %99'u 8 yıllık ve altı eğitim seviyesindedir. Oysa, erişkin grupta zorunlu eğitime tâbii olmayanlar olduğu için annelerin %29'u ilkokul ve altı, sadece %15'i ortaokul veya 8 yıllık eğitim mezunu olmak üzere %44'ü ortaokul ve altı eğitime sahiptir. İki grup annenin eğitim seviyelerinin dağılımı arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

Çalışmaya katılan her 2 grup anne arasında okul terki oranı da yüksek olup, oran adolesan grupta %36, erişkin grupta %21'dir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Çizelge 3.7. Annelerin eğitim düzeyleri (Ankara, 2010).

Eğitim	Adolesan n	Adolesan %	Erişkin n	Erişkin %	X^2	P
Okuma-yazması yok	3	3,0	2	2,0		
Okur-yazar	4	4,0	2	2,0		
İlkokul mezunu	12	12,0	25	25,0		
İlköğretim 8. sınıf mezunu	80	80,0	11	11,0	114,84	<0,001
Ortaokul mezunu	0	0,0	4	4,0		
Lise mezunu	1	1,0	44	44,0		
Yüksekokul veya üniversite mezunu	0	0,0	12	12,0		
Annelerin okul terki durumları						
Hayır	64	64,0	79	79,0	5,52	<0,05
Evet	36	36,0	21	21,0		
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**		



Şekil 3.1. Annelerin okul terki durumu

Çizelge 3.8.'de babaların eğitim düzeylerinin dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan her 2 grup babanın eğitim düzeyi annelerin eğitim düzeyinden daha yüksektir. Adolesanların eşlerinin eğitim düzeyi erişkin annelerin eşlerinin eğitim düzeyinden belirgin şekilde düşük olup, adolesanların eşlerinin %37'si lise, yüksekokul veya üniversite mezunu iken, oran erişkin grupta %65'dir. Yine, 1997'den sonra 8 yıllık eğitimin zorunlu hâle getirilmesinden dolayı, 8 yıllık eğitim mezunu baba sayısı adolesan grupta erişkin gruptan daha fazladır (%27, %2). İki grup baba arasında eğitim düzeylerinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p<0,001).

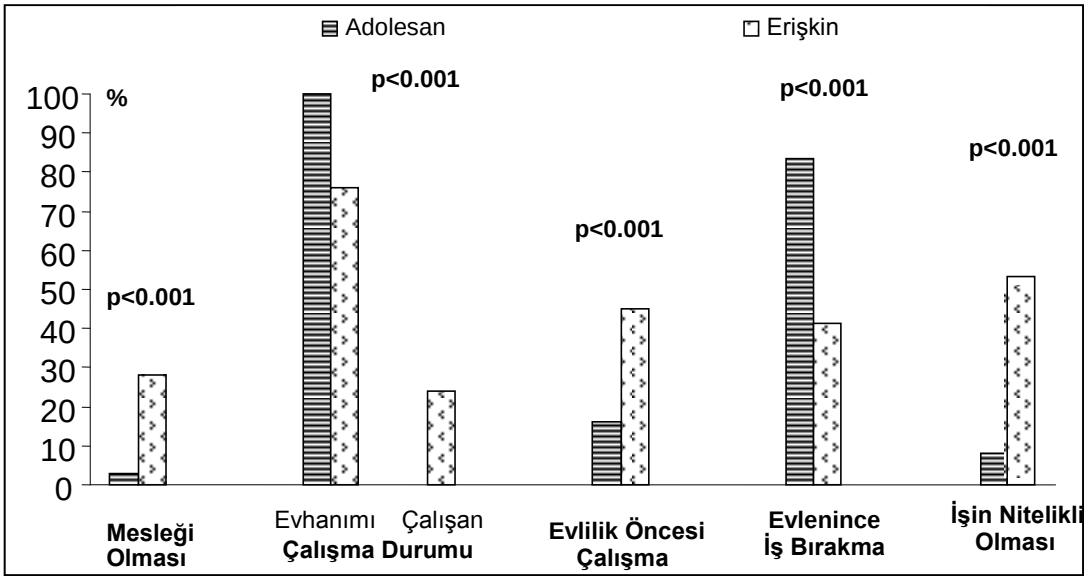
Çizelge 3.8. Babaların eğitim düzeyleri (Ankara, 2010).

Eğitim Düzeyi	Adolesan annelerin eşleri		Erişkin annelerin eşleri		X^2	P
	n	%	n	%		
Okuma-yazması yok	0	0,0	1	1,0	31,09	<0,001
Okur-yazar	1	1,0	1	1,0		
İlkokul mezunu	23	23,0	18	18,0		
İlköğretim 8. sınıf mezunu	27	27,0	2	2,0		
Ortaokul mezunu	12	12,0	13	13,0		
Lise mezunu	31	31,0	52	52,0		
Yüksekokul veya üniversite mezunu	6	6,0	13	13,0		
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**		

Çizelge 3.9.'da ve Şekil 3.2.'deki grafikte annelerin çalışma durumları ile ilgili bazı özellikleri yer almaktadır. Çalışmaya katılan her 2 grup anne arasında meslek sahibi olanların oranı oldukça düşüktür. Oran adolesan grupta %3, erişkin grupta %28'dir. Adolesan gruptaki 3 anneden biri grafik eğitimi almış, birisi gitar kursuna gitmiş ve bir kursta gitar dersi vermiş, birisi çocuk gelişimi bölümü mezunudur. İki grup arasında meslek sahibi olma durumu açısından oluşan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Her 2 grupta da annelerin ev ekonomisine katkısı düşüktür. Adolesan annelerin tamamı çalışmanın yapıldığı dönemde ev hanımı iken, erişkin annelerin ise %24'ü gelir getiren bir işte çalışmaktadır ($p<0,001$). Anneler evlenmeden önce de düşük oranlarda ailelerine yardımcı olmak için nitelikli veya niteliksiz bir işte çalışmışlardır. Adolesan grupta evlenmeden önce çalışılan iş büyük oranda niteliksiz (%93,8), bununla birlikte erişkin grupta %53,3 oranında nitelikli bir iştir. Her 2 grupta da evlilik öncesi veya sonrası başlanılan işin bırakılma oranları yüksek olup, oran adolesan grupta daha yüksektir (%83,3'e %41,3). Evlenmeden önce çalışılan iş adolesan grupta yüksek oranda güvencesiz bir iş iken (%81,3), erişkin grupta daha yüksek oranda güvenceli bir iştir (%73,3). İki grup arasında, annelerin evlenmeden önce çalışma ($p<0,001$), evlenmeden önce çalışılan işin nitelikli bir iş olup-olmaması ($p<0,001$), evlilik nedeniyle iş bırakma ($p<0,01$), evlenmeden önce çalışılan işin güvenceli bir iş olup-olmaması ($p<0,001$) durumları açısından oluşan farklar istatistiksel olarak anlamlıdır.

Çizelge 3.9. Annelerin çalışma durumları ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, 2010).

Meslek ve Çalışma	Adolesan		Erişkin		X^2	P
	n	%	n	%		
Meslek						
Yok	97	97,0	72	72,0	23,86	<0,001
Var	3	3,0	28	28,0		
Çalışma durumu						
Ev Hanımı	100	100,0	76	76,0		
İşçi	0	0,0	19	19,0	27,27	<0,001
Memur	0	0,0	2	2,0		
Serbest	0	0,0	3	3,0		
Evlilikten önce çalışma						
Hayır	84	84,0	55	55,0	19,84	<0,001
Evet	16	16,0	45	45,0		
Evlendikten sonra iş bırakma						
Hayır	3	16,7	27	58,7	9,18	<0,01
Evet	15	83,3	19	41,3		
Evlenmeden önce çalışılan işin güvencesi						
Yok	13	81,3	12	26,7	14,54	<0,001
Var	3	18,8	33	73,3		
Evlenmeden önce çalışılan işin nitelikli bir iş olup-olmaması						
Niteliksiz	15	93,8	21	46,7	10,82	<0,001
Nitelikli	1	6,3	24	53,3		



Şekil 3.2. Annelerin çalışma durumları ile ilgili bazı özellikleri

Çizelge 3.10.'da annelerin şimdiki aylık gelir dağılımları ve sosyal güvence-sağlık güvencesi durumları yer almaktadır. Çalışmaya katılan her 2 gruptaki annenin büyük bir bölümü düşük gelir seviyeli ailelerde yaşamaktadır. Adolesanların %72'sinin, erişkinlerin ise %54'ünün şimdiki ailelerinin gelir seviyesi 1000 TL ve altındadır. İki grup ailenin aylık gelir dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$).

Sosyal güvenlik kurumları (Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, Emekli Sandığı), 2006 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) kurulmasından sonra SGK adı altında tek çatıda birleştirilmeye başlanmıştır. Yeşil kart uygulaması ise ülkemize özel, muhtaç kişilerin sağlık harcamalarını karşılayan bir sağlık güvencesi biçimidir. Çalışmada, annelere sosyal ve sağlık güvenceleri sorulmuş, annelerin büyük bir kısmının eski alışkanlıklarla söyledikleri sosyal güvence kapsamları, SGK adı altında birleştirilmiştir. Çalışmaya katılan her 2 grup annenin büyük bölümünün sağlık güvencesi bulunmaktadır. Oran, adolesan grupta %86, erişkin grupta ise %97'dir. Adolesan gruptaki annelerin %14'ünün sosyal güvencesi yoktur, %16'sının ise yeşil kart biçiminde sağlık güvencesi bulunmakta ve %70'i ise SGK'na bağlıdır. Oranlar

erişkin grupta %3, %7 ve %90 olup, 2 grup arasında sosyal güvence kapsamında olma durumu açısından istatistiksel fark bulunmaktadır (p<0,01).

Çizelge 3.10. Annelerin şimdiki aylık gelir dağılımları ve sosyal güvence-sağlık güvencesi durumları (Ankara, 2010).

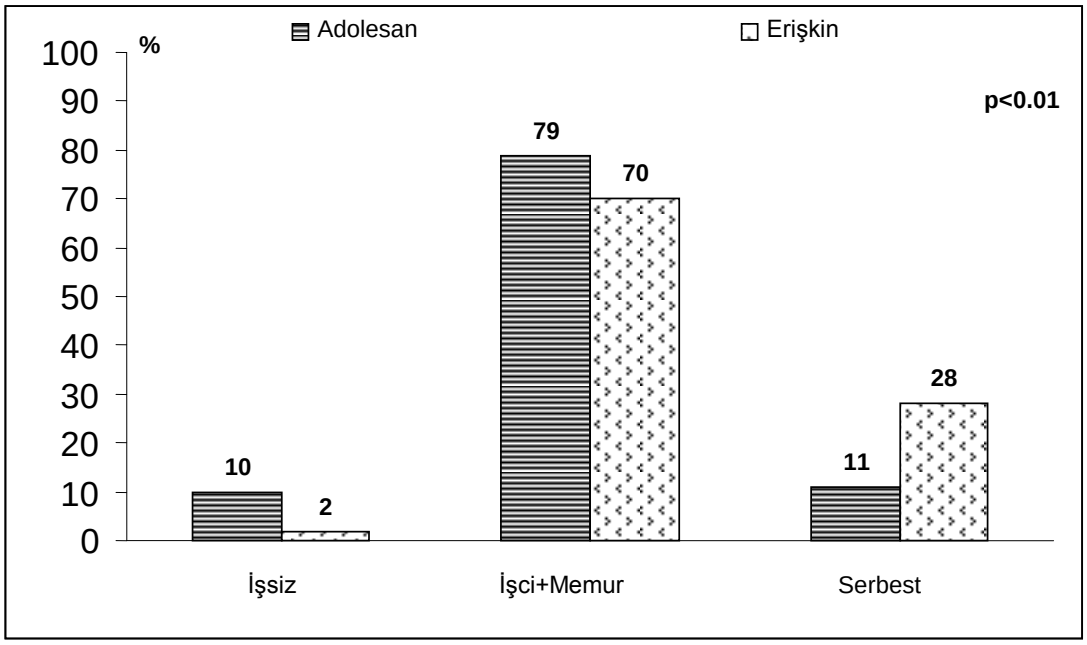
Aylık Gelir Düzeyi ve Güvence Durumu	Adolesan		Erişkin			
	n	%	n	%	X^2	P
Annelerin şimdiki aylık gelir dağılımları						
1000 TL ve altı	72	72,0	54	54,0		
1001-2000 TL	23	23,0	39	39,0	7,03	<0,05
2000 TL üzeri	5	5,0	7	7,0		
Annelerin sosyal güvence-sağlık güvencesi durumları						
Yok	14	14,0	3	3,0		
Yeşil kart	16	16,0	7	7,0	13,14	<0,01
Sosyal Güvenlik Kurumu	70	70,0	90	90,0		
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**		

Çizelge 3.11.'de babaların çalışma ve sosyal güvence-sağlık güvencesi durumları yer almaktadır. Yine şekil 3.3.'deki grafikte de babaların çalışma durumları ve çalıştıkları işlerin dağılımı gösterilmiştir. Çalışmaya katılan her 2 grup babanın da annelerde olduğu gibi meslek sahibi olma oranları düşük olup, 2 grupta da %42'sinin bir mesleği vardır (p>0,05). Her 2 gruptaki babanın büyük çoğunluğu gelir getiren bir işte çalışmakta olup, oran adolesan grup eşlerinde %90, erişkin grup eşlerinde biraz daha yüksektir (%98). Adolesan annelerin eşlerinin %10'u işsiz, erişkin annelerin eşleri arasında ise yüksek getirili işlerde çalışanlar (%28'e, %11) daha fazladır (p<0,01). İstatistiksel farklılık, adolesanların eşleri arasında yüksek getirili işlerde çalışanların sayısının daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır.

Çalışmada, adolesan gruptaki annelerin bir kısmının yaşlarından dolayı resmi nikâh yaptıramayıp, eşlerinin sosyal güvencelerinden yararlanamayabilecekleri düşünüldüğü için, anne ve babaların güvence durumları ayrı ayrı sorgulanmıştır. Çalışmaya katılan her 2 grup babanın büyük çoğunluğunun sağlık güvencesi bulunmaktadır. Sosyal güvencesi olmayan ve yeşil kartlı baba oranı adolesan grupta daha fazla olup (%10 ve 11), 2 grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Çizelge 3.11. Babaların çalışma ve sosyal güvence-sağlık güvencesi durumları (Ankara, 2010).

Çalışma ve Güvence Durumu	Adolesan annelerin eşleri		Erişkin annelerin eşleri		X^2	P
	n	%	n	%		
Babaların mesleklerinin olup-olmaması						
Yok	58	58,0	58	58,0	0,00	>0,05
Var	42	42,0	42	42,0		
Babaların çalışma durumları						
İşsiz	10	10,0	2	2,0		
İşci	77	77,0	68	68,0	13,30	<0,01
Memur	2	2,0	2	2,0		
Serbest	11	11,0	28	28,0		
Babaların sosyal güvence- sağlık güvencesi durumları						
Yok	10	10,0	4	4,0	5,67	>0,05
Yeşil Kart	11	11,0	5	5,0		
SGK	79	79,0	91	91,0		
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**		



Şekil 3.3. Babaların çalışma durumları ve çalıştıkları işlerin dağılımı

3.2. Annelerin Sağlık Durumları ile İlgili Bazı Bulguları

Çizelge 3.12.'de annelerin sigara kullanım durumları yer almaktadır. Çalışmaya katılan adolesan annelerin %19'u, erişkinlerin ise %31'i hayatlarının bir döneminde

sigara kullanmıştır (p<0,05). Son gebelik öncesi ise adolesan annelerin %19'u, erişkin annelerin %29'u sigara kullanmıştır (p>0,05).

Çizelge 3.12. Annelerin sigara kullanım durumları (Ankara, 2010).

Sigara Kullanımı	Adolesan		Erişkin			
	n	%	n	%	X^2	P
Hayatın herhangi bir döneminde sigara içme						
Hayır	81	81,0	69	69,0	3,84	<0,05
Evet	19	19,0	31	31,0		
Son gebelik öncesi sigara içme						
Hayır	81	81,0	71	71,0	2,74	>0,05
Evet	19	19,0	29	29,0		
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**		

Çalışmaya katılan adolesan ve erişkin gruptan 1'er anne ara sıra alkol aldıklarını, ancak gebeliklerinde kullanmadıklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 3.13.'de annelerin sağlık kuruluşlarından yardım almayı gerektiren psikolojik sorunları olup-olmadığı bilgisi yer almaktadır. Çalışmaya katılan adolesan annelerin %8'i, erişkin annelerin ise %13'ü o ana kadarki herhangi bir zamanda psikolojik sorun nedeniyle sağlık kuruluşlarından yardım almıştır (p>0,05). Adolesanlar; anne-baba kaybı, anne-baba ayrılığı, ailesi tarafından istemediği biriyle evlendirilme, eşlerinin ailesi ile beraber yaşayıp eşlerinin ailesi ile yaşadıkları sorunlar nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurduklarını ifade etmişlerdir. Psikolojik sorun yaşayan erişkin anneler ise kardeş ölümü, anne-baba ayrılığı, geç hamilelik, eşler ve eşlerinin aileleri ile yaşadıkları sorunlar nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurduklarını ifade etmişlerdir. Psikolojik sorun yaşadığını ifade eden tüm anneler, çalışmanın yapıldığı dönemde sorunları olmadığını belirtmişlerdir.

Çizelge 3.13. Annelerdeki sağlık kuruluşlarından yardım almayı gerektiren psikolojik sorun varlığı (Ankara, 2010).

	Adolesan		Erişkin			
Psikolojik Sorun Varlığı	**n**	**%**	**n**	**%**	X^2	**P**
Yok	92	92,0	87	87,0		
Var	8	8,0	13	13,0	1,33	>0,05
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**		

Çalışmaya katılan anneler yalnızca AIDS ve Hepatit B açısından sorgulanmıştır. Tüm anneler içinde yalnız erişkin gruptan 1 annede Hepatıt B taşıyıcılığı bulunmaktadır.

3.3. Annelerin Menarş, Evlilik ve İlk Gebelik Yaşları

Çizelge 3.14.'de annelerin yıl olarak menarş, evlilik ve ilk gebelik ile ilgili bazı bulguları yer almaktadır. Çalışmaya katılan adolesan annelerin menarş yaşları ortalama 13,4±1,2 (10 yaş 7 ay-16 yaş 1 ay), evlilik yaşları ortalama 16,5±0,8 (14-18 yaş), ilk gebelik yaşları ortalama16,9±0,8 (14 yaş 6 ay-18 yaş 1 ay), erişkin annelerin ise sırasıyla 13,5±1,2 (12-17 yaş), 23±2,9 (21-30 yaş), 24±2,5 (21 yaş 3 ay-30 yaş 4 ay) olup, iki grup menarş yaşları benzerdir (t=0,73, p>0,05). Ancak, 2 grubun evlilik ve ilk gebelik yaşları farklıdır (sırasıyla t=21,2, p<0.001, t=26,6, p<0.001). Adolesan anneler menarşdan ortalama 3,1±1,5 yıl (1 ay-7 yıl 8ay, ortanca: 3,2) sonra evlenip, menarştan ortalama 3,5±1,5 yıl (4 ay-7 yıl 10 ay, ortanca: 3,6) sonra gebe kalmaktadırlar. Adolesanlar evlendikten ortalama 0,4±0,4 yıl (evlenir evlenmez-2 yıl 6 ay, ortanca: 0,2) sonra, erişkinler ise ortalama 1±1,4 yıl (evlenir evlenmez-6 yıl 3 ay, ortanca:0,4) sonra gebe kalmaktadırlar (U=3486, p<0,001).

Çizelge 3.14. Annelerin yıl olarak menarş, evlilik ve ilk gebelik ile ilgili bazı bulguları (Ankara, 2010).

Menarş, Evlilik, İlk Gebelik ile İlgili Bazı Bulgular	Adolesan (n=100) $\overline{X} \pm SD$	Erişkin (n=100) $\overline{X} \pm SD$	P
Menarş yaşı	13,4±1,2	13,5±1,2	>0,05
Evlilik yaşı	16,5±0,8	23±2,9	<0,001
İlk gebelik yaşı	16,9±0,8	24±2,5	<0,001
Menarş ile evlilik arasındaki süre	3,1±1,5	9,4±3,1	<0,001
Menarş ile ilk gebelik arasındaki süre	3,5±1,5	10,4±2,7	<0,001
Evlendikten sonra ilk gebeliğe kadar geçen süre	0,4±0,4	1±1,4	<0,001
Evlilik süresi	1,2±0,5	2,8±2,2	<0,001

3.4. Annelerin Evlilik Durumu ve Aile Özellikleri ile İlgili Bazı Bulguları

Çizelge 3.15.'de annelerin evlilik durumları ve aile özellikleri ile ilgili bulgular yer almaktadır. Çalışmaya katılan her 2 grup annenin büyük çoğunluğu resmi nikâhlıdır. Adolesan annelerin %21'inin, erişkin annelerin %2'sinin resmi nikâhı yoktur (p<0,001). Bu adolesan annelerin 2'si evlenmeden önce gebe kalmıştır. Kalan 19 çift ise annenin yaşı küçük olduğu için resmi nikâh yaptıramayıp, tamamı imam nikâhlı olduklarını ifade etmişlerdir. Erişkin gruptaki resmi nikâhsız 2 anne ise eşlerinin ikinci eşleri oldukları için resmi nikâhları olmadığını, imam nikâhlı olduklarını ifade etmişlerdir. Erişkin anneler arasında eşlerinden ayrılan yokken, adolesan annelerin %4'ü eşlerinden ayrıdır. Adolesan grupta evlenmeden gebe kalan 2 anneden biri kendinden yaşça büyük, evli bir erkeğin cinsel istismarı sonucu gebe kalmıştır. Anne kendi ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Diğer anne ise kendi yaş grubundan bir erkek ile yaşadığı kısa süreli ilişki sonucu gebe kalmıştır ve baba adayı gebeliği öğrenince anneyi terk etmiştir. Anne, ablası ve ablasının eşi ile yaşamaktadır.

Çalışmaya katılan her 2 grup anne arasında eşlerinin ailesi ile yaşayanların oranı yüksek olup, adolesan annelerin %59'u, erişkin annelerin %24'ü eşlerinin ailesi ile birlikte yaşamaktadır (p<0,001). Anneler birlikte yaşama nedeni olarak; maddi olarak ailelerine bağımlı olmalarını, ailelerinde bir arada yaşamanın gelenek olmasını veya aile büyüklerinin maddi veya sağlık nedenleriyle bakıma muhtaç olmasını gerekçe göstermişlerdir.

Çizelge 3.15. Annelerin evlilik durumları ve aile özellikleri ile ilgili bulgular (Ankara, 2010).

Aile Özellikleri	Adolesan		Erişkin			
	n	%	n	%	X^2	P
Annelerin evlilik durumları						
Resmi nikâh yok ayrı	3	3,0	0	0,0	19,07	<0,001
Resmi nikâh yok birlikte	18	18,0	2	2,0		
Resmi nikâhlı ayrı	1	1,0	0	0,0		
Resmi nikâhlı birlikte	78	78,0	98	98,0		
Annelerin eşlerinin aileleleri ile birlikte yaşama durumları						
Hayır	41	41,0	76	76,0	25,23	<0,001
Evet	59	59,0	24	24,0		
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**		

Çalışmaya katılan annelere, eşleri ile ilişkilerini ve evdeki işleyişe katılımlarını anlamak için soru yöneltilmiştir. Annelerin "Evde hiç söz hakkım yok, Eşimi benden daha bilgili ve tecrübeli buluyorum. Bu nedenle kararları onun vermesini daha doğru buluyorum, Tüm konularda, konuşarak ortak karar alırız, Kendi kararlarımı kendim alırım" seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir. Çizelge 3.16.'da bu soruya verilen yanıtlar yer almaktadır. Her 2 gruptaki annelerin büyük bir kısmı kararları eşleri ile konuşarak birlikte aldıklarını ifade etmişlerdir. Erişkin grupta (%22), adolesan gruba (%21) yakın oranda anne ise evde söz haklarının olmadığını veya eşlerini kendilerinden daha bilgili ve tecrübeli bulduklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 3.16. Annelerin evdeki konumlarıyla ilgili kendi düşünceleri (Ankara, 2010).

Annelerin Evdeki Konumlarıyla İlgili Düşünceleri	Adolesan		Erişkin			
	n	%	n	%	X^2	P
Evde söz hakkım yok	6	6,0	9	9,0		
Eşimin karar vermesini daha doğru buluyorum	15	15,0	13	13,0	0,75	>0,05
Tüm konularda ortak karar veririz	79	79,0	78	78,0		
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**		

3.5. Anne ve Babaların Aile Planlaması ile İlgili Bulguları

Çizelge 3.17.'de anne ve babaların cinsel yaşamları başlamadan önce korunma yöntemleri hakkında bilgi sahibi olup-olmadığı bilgisi yer almaktadır. Çalışmaya katılan annelere cinsel yaşamları başlamadan önce korunma yöntemleri hakkında herhangi bir düzeyde bilgileri olup olmadığı sorulmuş olup, adolesan annelerin %39'u, erişkinlerin ise %24'ü konu hakkında hiç bilgileri olmadığını söylemişlerdir. İki grup arasındaki fark istatistiksrel olarak anlamlıdır (p<0, 05). Çalışmaya katılan annelerden, eşlerinin konu ile ilgili bilgi durumları da öğrenilmeye çalışılmıştır. Annelerin ifadelerine göre, her 2 gruptaki baba da annelerden daha yüksek oranda bilgi sahibidir. Oran adolesan grupta %81, erişkin grupta %83'dür (p>0,05).

Çizelge 3.17. Anne ve babaların cinsel yaşamları başlamadan önce korunma yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma durumları (Ankara, 2010).

	Adolesan		Erişkin			
Korunma Bilgisi	**n**	**%**	**n**	**%**	**X^2**	**P**
Annelerin bilgi sahibi olma durumları						
Yok	39	39,0	24	24,0	5,21	<0,05
Var	61	61,0	76	76,0		
Babaların bilgi sahibi olma durumları						
Yok	19	19,0	17	17,0	0,14	>0,05
Var	81	81,0	83	83,0		
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**		

Çizelge 3.18.'de annelerin korunma yöntemleri hakkında bilgi edindikleri kaynaklar yer almaktadır. Annelerin çoğu bilgi edinilen kaynak olarak birden çok kaynak ifade ettikleri için, bilgi edinilen kaynakların sayı ve yüzdeleri, geçtikleri bütün şıklardaki toplanarak hesaplanmıştır. Çalışmaya katılan her 2 grup annenin bilgilenmesinde aile-akraba-arkadaş çevresi en yüksek, okul ise en düşük paya sahiptir. Kitaplar (%18'e %43,4) ve internetten (%19,7'ye %34,2) bu amaçla yararlanım oranı adolesanlarda erişkinlerden daha düşüktür.

Çizelge 3.18. Annelerin korunma yöntemleri hakkında bilgi edindikleri kaynaklar (Ankara, 2010)*.

	Adolesan		Erişkin	
Bilgi Kaynaklarının Dağılımı	**n**	**%**	**n**	**%**
Aile-akraba-arkadaş	33	54,1	39	51,3
Sağlık kuruluşu**	21	34,4	23	30,3
TV-CD	5	8,2	4	5,3
Kitap	11	18,0	33	43,4
İnternet	12	19,7	26	34,2
Okul	0	0,0	4	5,3

* : Birden çok işaretleme hakkı
** : Bilgi edinilen sağlık kuruluşlarının hepsi Sağlık Ocağı'dır.

Çizelge 3.19.'da annelerin korunma yöntemi kullanmaya başlamalarının ilk cinsel deneyimle zamansal ilişkisi yer almaktadır. Çalışmaya katılan annelere, o ana kadar hiç korunup-korunmadıkları sorulmuştur. Oran adolesan grupta %37, erişkin grupta

ise %59'dur (p=0,056). Adolesan grupta korunma yöntemi kullanan annelerin %81,1'i, erişkin gruptakilerin ise %62,7'si ilk cinsel deneyimle birlikte korunmaya başlamıştır (p=0,056). Korunma yöntemi kullanan adolesan anneler, ilk cinsel deneyimden ortalama 9,2±5 ay (2-15 ay), erişkin anneler ise ortalama 19,6±17,2 ay (2-72 ay) sonra korunmaya başlamaktadır.

Çizelge 3.19. Annelerin korunma yöntemi kullanmaya başlamalarının ilk cinsel deneyimle zamansal ilişkisi (Ankara, 2010).

Zamansal İlişki	Adolesan		Erişkin			
	n	%	n	%	X^2	P
İlk cinsel deneyimde	30	81,1	37	62,7		
İlk cinsel deneyimden sonra	7	18,9	22	37,3	3,64	**=0,056**

Çizelge 3.20.'de annelerin 1. gebelik öncesi korunma yöntemi kullanım durumları ve kullanılan korunma yöntemleri yer almaktadır. Çalışmaya katılan her 2 grup annenin düşük bir kısmı 1. gebelik öncesi korunma yöntemi kullanmıştır. Oran, erişkin grupta biraz daha yüksek olup (%39'a, %31), fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Tercih edilen korunma yöntemleri içinde geleneksel yöntemlerin tamamının erkeğin ilişki sırasında geri çekmesi olduğu anneler tarafından ifade edilmiştir. Adolesan grupta geleneksel yöntem tercihi erişkin gruptan biraz daha fazla olup, adolesanlarda 1. gebelik öncesi erkeğin ilişki sırasında geri çekmesi, prezervatif, hap kullanımı sırasıyla %51,6, %45,2, %3,2, erişkinlerde ise sırasıyla %43,6, %43,6, %12,8'dir (p>0,05). Her 2 grupta da annelerin 2. gebelik öncesi korunma yöntemi kullanım oranları 1. gebelik öncesinden daha yüksektir. Adolesanlarda 2. gebelik yaşayan 12 annenin 8'i (%66,7), erişkinlerde ise 2. gebelik yaşayan 29 annenin 25'i (%86,2) korunmaktadır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Adolesanlarda ikinci gebelik öncesi tercih edilen korunma yöntemi yine geleneksel yöntem ve prezervatiftir (%50'ye, %50). Erişkinlerde ise geleneksel yöntem tercihi azalmakta (%36), prezervatif kullanımı biraz daha artmakta (%48), rahim içi araç (RİA) %12, hap %4 oranında kullanılmaktadır (x^2: 1,58, p>0,05). Üç gebelik yaşayan toplam 6 anneden, adolesan olan 1 anne 3. gebelik öncesi korunma yöntemi kullanmamış, erişkin olan 5 anneden 3'ü (%60) korunma yöntemi kullanmış olup, korunma yöntemi %66,7 oranında prezervatif, %33,3 oranında hap kullanımı şeklindedir.

Çizelge 3.20. Annelerin 1. gebelik öncesi korunma yöntemi kullanım durumları ve kullanılan korunma yöntemleri (Ankara, 2010).

	Adolesan		Erişkin		X^2	P
Korunma Yöntemi Kullanımı	**n**	**%**	**n**	**%**		
İlk gebelik öncesi korunma yöntemi kullanımı						
Hayır	69	69,0	61	61,0	1,41	>0,05
Evet	31	31,0	39	39,0		
İlk gebelik öncesi kullanılan korunma yöntemi						
Geleneksel yöntemler*	16	51,6	17	43,6	2,24	>0,05
Prezervatif	14	45,2	17	43,6		
Hap	1	3,2	4	10,2		
Prezervatif + hap	0	0,0	1	2,6		

*: Geleneksel yöntemlerin hepsi erkeğin ilişki sırasında geri çekmesidir.

Çizelge 3.21.'de annelerin 1. gebeliklerinin planlılık durumu yer almaktadır. Anneler; yaşlarının küçüklüğünü, eşlerin birlikte verdikleri bir karar olmamasını, içinde bulundukları koşulların uygun olmamasını, aile büyüklerinin baskısını, evliliğin üzerinden biraz süre daha geçtikten sonra çocuk sahibi olmayı istemelerini gebeliklerindeki plansızlık durumuna gerekçe göstermişlerdir. Her 2 gruptaki annenin tamamı, doğan çocuklarını istediklerini ifade etmişlerdir. Her 2 gruptaki annenin 1. gebeliklerinin planlılık oranları yüksek değildir (%54, %67). Annelerin ikinci gebeliği birinci gebeliğe göre daha planlayarak gerçekleştirdikleri görülmektedir. Adolesanların 2. gebelikleri %66,7, erişkinlerin %75,8 oranında planlıdır. Adolesanlarda 1. ve 2. gebelikte planlılık durumu daha düşüktür. Ancak, fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). Bunun yanı sıra, 3 gebelik yaşayan 5 erişkin annenin ise sadece %60'ının 3. gebeliği planlıdır.

Çizelge 3.21. Annelerin 1. gebeliklerinin planlılık durumu (Ankara, 2010).

	Adolesan		Erişkin		X^2	P
İlk Gebelikte Planlılık	**n**	**%**	**n**	**%**		
Hayır	46	46,0	33	33,0	3,54	>0,05
Evet	54	54,0	67	67,0		

3.6. Annelerin Doğurganlık Özellikleri

Çizelge 3.22.'de annelerin doğurganlık ile ilgili bazı bulguları yer almaktadır. Çalışmaya katılan her 2 grup annenin büyük bir bölümü tek gebelik yaşamıştır. Oran adolesan grupta %87, erişkin grupta %66'dır. İki gebelik arasındaki süre hesaplanırken, ilk gebeliğin sonlandığı tarih ile 2. gebelik başlangıcı arasındaki ay

olarak süre alınmıştır. Çalışmaya katılan adolesan annelerden 2 gebelik yaşayan 12 annenin 1 ve 2. gebelikleri arasındaki ortalama süre 8,2±8 ay (1-28, ortanca: 5), 29 erişkin annenin ise ortalama 32±21,5 ay olup (3-87, ortanca: 29), iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (U=44, p<0,001). Üç gebelik yaşayan 1 adolesan annenin 2-3. gebelikleri arasındaki süre 6 ay, 5 erişkin annenin ise ortalama 22,8±14 (3-39 ay, ortanca: 21) aydır.

Çalışmaya katılan adolesan annelerin %10'u, erişkin annelerin ise %7'si düşük yapmıştır. Adolesan grupta 2 kez düşük yapan 1 anne bulunmaktadır. İki grup arasında düşük oranları açısından bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05). Adolesan grupta kendiliğinden, isteyerek, tıbbi gereklilik nedeniyle olan düşükler sırasıyla %40, %30, %30, erişkin grupta ise tıbbi gereklilik nedeniyle %85,8, kendiliğinden meydana gelen düşük %14,2 iken, isteyerek yapılan düşük bulunmamaktadır. Bununla birlikte, düşüklerin nedensel dağılımı açısından 2 grup arasında saptanan farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Çalışmaya katılan her 2 grup ailenin büyük bir kısmının tek çocuğu vardır. Erişkin gruptaki ailelerin %30'unun, adolesan gruptakilerin ise %3'ünün birden fazla çocuğu bulunmaktadır (p<0,001). Adolesan grupta 13 adet birden fazla gebelikte, sadece 3 ailenin 2 çocuğu varken, erişkin grupta ise 29 adet 2 gebelik yaşayan annenin 28'i 2 çocuk, 5 adet 3 gebelik yaşayan annenin 2'si 3 çocuk sahibidir, doğduktan sonra kaybedilen çocuk bulunmamaktadır.

Çalışmaya katılan adolesan annelerden 2 çocuğu olan 3 ailenin, 1 ve 2. çocukları arasında ortalama 25±12,1 ay (12-36 ay, ortanca: 27) yaş aralığı varken, erişkin annelerde ise 2 çocuğu olan 28 ailenin 1 ve 2. çocukları arasında ortalama 46,3±18,7 ay (24-96 ay, ortanca: 48) yaş aralığı vardır (U=13, p=0,06).

Çizelge 3.22. Annelerin doğurganlık özellikleri (Ankara, 2010).

	Adolesan		Erişkin		X^2	P
Doğurganlıkla İlgili Bulgular	**n**	**%**	**n**	**%**		
Annelerin gebelik sayıları						
1	87	87,0	66	66,0	12,60	<0,01
2	12	12,0	29	29,0		
3	1	1,0	5	5,0		
1.-2. gebelik arası süre	8,23±8,01		32,03±21,53			<0,001
2.-3. gebelik arası süre	6,00±0,00		22,80±14,01			----
Annelerin düşük sayıları						
1	9	90,0	7	100,0	---	----
2	1	10,0	0	0,0		
Düşüklerin nedenleri						
Kendiliğinden	4	40,0	1	14,2	5,44	>0,05
İsteyerek	3	30,0	0	0,0		
Tıbbi nedenli	3	30,0	6	85,8		
Annelerin çocuk sayıları						
1	97	97,0	70	70,0		
2	3	3,0	28	28,0	26,53	<0,001
3	0	0,0	2	2,0		

3.7. Annelerin Gebelik İzlem Bulguları

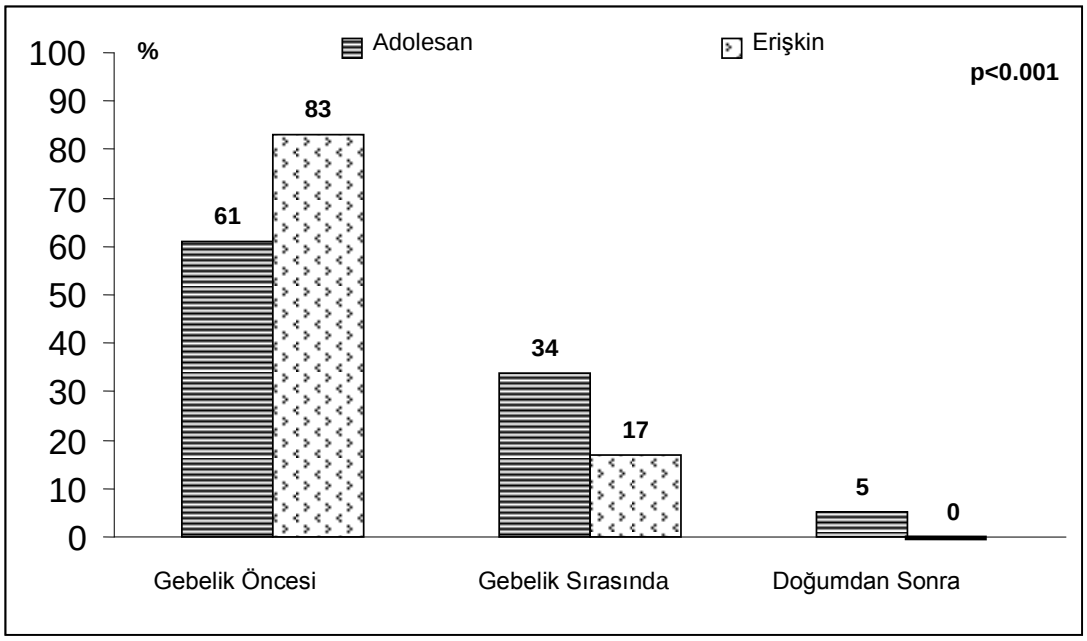
Çizelge 3.23.'de annelerin ilk gebelikleri sırasında bebek bakımı ile ilgili bazı özellikleri yer almaktadır. Yine şekil 3.4.'deki grafikte de, annelerin ilk gebeliklerinde emzirmeye karar verdikleri dönemler gösterilmiştir. Çalışmaya katılan her 2 grup annenin büyük bir bölümü ilk gebelikleri sırasında bebek bakımı ile ilgili bilgi edindiklerini ifade etmişlerdir. Oran adolesan grupta %87, erişkin grupta ise %82'dir (p>0,05). Her 2 grupta da aile-akraba-arkadaş çevresinin bilgilenmede önemli bir payı bulunmaktadır. Oran adolesan grupta %37,9, erişkin grupta %35,4'tür. Erişkin anneler, kitap, sağlık kuruluşları, internet-CD'i sırasıyla %51,2, %43,9, %41,4 oranında, adolesan anneler ise %57,5 sağlık kuruluşlarını, %27,6 kitapları ve %24,1 internet-CD'i kaynak olarak ifade etmişlerdir.

Çalışmaya katılan annelere ilk gebelikleri öncesinde, bebeklerini emzirme konusunda hiç düşünüp-düşünmedikleri, daha önceden bu konuda bir fikirleri olup-olmadığı sorulmuştur. Adolesan gruptaki annelerin daha azı (%61), erişkin grup annelerinin ise %83'ü ilk gebeliklerinin öncesinde bebeklerini emzirmek düşüncesi içinde olduklarını ifade etmişlerdir. Adolesan grupta bebek doğduktan sonra emzirme kararı

alan 5 anne bulunmaktadır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

Çizelge 3.23. Annelerin ilk gebelikleri sırasında bebek bakımı ile ilgili bazı özellikleri (Ankara, 2010).

Bebek Bakım Bilgisi	Adolesan		Erişkin		X^2	P
	n	%	n	%		
Annelerin ilk gebelikte bebek bakımı ile ilgili bilgi edinme durumları						
Hayır	13	13,0	18	18,0	0,95	>0,05
Evet	87	87,0	82	82,0		
Bilgi edinilen kaynak						
Aile-arkadaş-akraba	33	37,9	29	35,4		
Sağlık kuruluşu	50	57,5	36	43,9	---	---
Televizyon	1	1,1	0	0,0		
İnternet-CD	21	24,1	34	41,4		
Kitap	24	27,6	42	51,2		
Annelerin ilk gebeliklerinde emzirmeye karar verdikleri dönemler						
Gebelik öncesi	61	61,0	83	83,0		
Gebelik sırasında	34	34,0	17	17,0	14,03	<0,001
Doğumdan sonra	5	5,0	0	0,0		



Şekil 3.4. Annelerin ilk gebeliklerinde emzirmeye karar verdikleri dönemler

Çalışmaya katılan her 2 grup annenin büyük bir kısmı son gebeliklerinde, ilk gebelik takiplerine erken bir zamanda gelmişlerdir. Yine de adolesanlar erişkinlere oranla ilk

gebelik takiplerini geciktirme eğilimindedirler. İlk takip haftası adolesanlarda ortalama 8,5±4,5 (4-36, ortanca: 6,5), erişkinlerde ise ortalama 7,1±3,6 (4-20, ortanca: 6) haftadır (U=4164, p<0,05).

Çizelge 3.24.'de annelerin son gebeliklerindeki takip sayılarının sınıflaması yer almaktadır. Çalışmaya katılan her 2 grup annenin büyük bir bölümünün takip sayısı 4 ve üzerindedir. Takip sayısı 4'ün altında olan anne oranı adolesan grupta %9, erişkin grupta %5'dir. Adolesan gruptan %77, erişkin gruptan ise %88 annenin takip sayısı 6 ve üzerindedir. İki grup arasında takip sayılarının dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0,05).

Çizelge 3.24. Annelerin son gebeliklerindeki takip sayılarının sınıflaması (Ankara, 2010).

Son Gebelikteki Takip Sayısı	Adolesan		Erişkin		X^2	P
	n	%	n	%		
<4	9	9,0	5	5,0	5,80	0,05
4	8	8,0	2	2,0		
5	6	6,0	5	5,0		
6-8	44	44,0	47	47,0		
>8	33	33,0	41	41,0		
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**		

Çizelge 3.25.'de annelerin folik asit, vitamin, demir tedavisi, sigara kullanım durumları yer almaktadır. Çalışmaya katılan her 2 grup annenin diğer gebeliklerinin öncesinde ve/veya diğer gebeliklerinin ilk aylarında folik asit tedavisi kullanımları düşüktür. Adolesan annelerden birden fazla gebelik yaşayan annelerin hiçbiri folik asit tedavisi kullanmamışken, erişkin grupta ise folik asit kullanım oranı %14,7'dir (p>0,05). Her 2 grup annenin son gebelik öncesi ve gebeliğin ilk aylarında folik asit kullanım düzeyleri de, önceki gebeliklere göre artmakla birlikte yine de düşüktür. Oran son gebelik öncesi adolesanlarda %3, erişkinlerde %18, son gebeliğin ilk aylarında ise adolesanlarda %10, erişkin grupta %42 olarak bulunmuştur. İki grup arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

Çalışmaya katılan adolesan annelerin %62'si, erişkinlerin %66'sı son gebeliklerinde vitamin preparatı kullanmıştır (p>0,05).

Çalışmaya katılan her 2 grup annenin büyük bir bölümü son gebeliklerinde demir preparatı kullanmıştır. Oran 2 grupta benzer olup, adolesan grupta %83, erişkin grupta ise %81'dir (p>0,05).

Çalışmaya katılan adolesan annelerden son gebelik öncesi sigara kullanan 19 annenin 10'u, erişkin gruptan ise 29 annenin 12'si sigara kullanmaya gebelikleri sırasında da devam etmişlerdir. Adolesan grupta sigarayı bırakma oranının daha düşük olduğu gözlenmektedir. Ancak, 2 grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Çizelge 3.25. Annelerin folik asit, vitamin, demir tedavisi, sigara kullanım durumları (Ankara, 2010).

Gebelikte İlaç ve Sigara Kullanımı	Adolesan		Erişkin		X^2	P
	n	%	n	%		
Diğer gebelikler öncesi ve/veya gebeliğin ilk aylarında folik asit kullanımı						
Yok	13	100,0	29	85,3	---	>0,05
Var	0	0,0	5	14,7		
Son gebelik öncesi folik asit kullanımı						
Yok	97	97,0	82	82,0	11,97	<0,001
Var	3	3,0	18	18,0		
Son gebelikte folik asit kullanımı						
Yok	90	90,0	58	58,0	26,61	<0,001
Var	10	10,0	42	42,0		
Son gebelikte vitamin kullanımı						
Yok	38	38,0	34	34,0	0,35	>0,05
Var	62	62,0	66	66,0		
Son gebelikte demir kullanımı						
Yok	17	17,0	19	19,0	0,14	>0,05
Var	83	83,0	81	81,0		
Son gebelikte sigara kullanımı						
Yok	90	90,0	88	88,0	0,20	>0,05
Var	10	10,0	12	12,0		

Çizelge 3.26.'da son gebelikte kanama, anemi, hipertansiyon varlığı durumları yer almaktadır. Çalışmaya katılan her 2 grup annenin düşük bir kısmında kanama saptanmış olup, oran 2 grupta benzerdir (p>0,05).

Üçüncü trimesterde saptanan hemoglobin değerinin 11 gr/dl'nin altında olması anemi olarak kabul edilmiştir. Çalışmaya katılan annelerin dosyalarından bakılarak, 3. trimesterde saptanan en düşük hemoglobin değerine göre anneler anemi tanısı almıştır. Çalışmaya katılan her 2 grup annede anemi oranı yüksektir. Oran 2 grupta benzer olup, adolesan grupta %50, erişkin grupta ise %49'dur (p>0,05). Her 2 grup annenin hemoglobin değeri ortalamaları birbirine yakın olup, adolesanlarda

10,9±1,5 gr/dl (6,9-13,8), erişkinlerde ise 11,1±1,4 gr/dl (8,0-13,9) olarak bulunmuştur (t=1,20, p>0,05).

Öncesinde tansiyon sorunu olmayan gebede ölçülen kan basıncı değerinin 140/90 mmHg ve üstünde olması gebelik hipertansiyonu olarak kabul edilmiştir. Annelerin dosyalarına bakılarak, gebelik hipertansiyonu tanısı almış hastalar belirlenmiştir. Çalışmaya katılan her 2 grup annede gebelik hipertansiyonu düşük oranda saptanmış olup, oran 2 grupta benzerdir (p>0,05). Yine annelerin dosyalarından bakılarak, doğuma yakın ölçülen sistolik ve diyastolik basınç değerleri ayrı ayrı toplanmış, annelere ait sistolik ve diyastolik basınç ortalamaları oluşturulmuş ve böylelikle tüm adolesan ve erişkin annelerin ortalamaları hesaplanmıştır. Buna göre, adolesan ve erişkin annelerin sistolik ve diyastolik basınç ortalamaları benzer bulunmuştur. Adolesan grupta sistolik basınç ortalaması 107±13,9 mmHg (90-200), diyastolik basınç ortalaması 65,2±8,3 mmHg (60-95), erişkinlerde ise sırasıyla 106,3±10 mmHg (90-150), 65,7±6 mmHg (60-90) olarak bulunmuştur (sırasıyla t=0,41, t=0,54, p>0,05). Erişkin gruptan 1 annede preeklampsi saptanmış, 2 gruptaki annenin hiçbirinde eklampsi saptanmamıştır.

Çizelge 3.26. Son gebelikte kanama, anemi, hipertansiyon varlığı (Ankara, 2010).

Son Gebelikteki Bazı Bulgular	Adolesan		Erişkin		X^2	P
	n	%	n	%		
Kanama						
Yok	94	94,0	95	95,0	0,10	>0,05
Var	6	6,0	5	5,0		
Anemi						
Yok	50	50,0	51	51,0	0,02	>0,05
Var	50	50,0	49	49,0		
Hipertansiyon						
Yok	96	96,0	97	97,0	---	>0,05
Var	4	4,0	3	3,0		
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**		

Çizelge 3.27.'de annelerin doğum şekilleri yer almaktadır. Çalışmaya katılan adolesan annelerin %20'si, erişkin annelerin %34'ü sezaryen doğum yapmıştır (p<0,05). Sezaryen doğum nedenlerinden anne ile bebek arasında baş-pelvis uygunsuzluğu bulunması adolesan grupta %10 iken, erişkin grupta %26,5'dir. Doğum eyleminin uzaması adolesan grupta %15 iken, erişkin grupta %2,9, bebeğin makad gelişi olması adolesan grupta %25, erişkin grupta %14,7 olarak bulunmuştur.

İki grup arasında sezaryen doğum nedenlerinin dağılımı açısından istatistiksel fark yoktur (p>0,05).

Adolesan gruptan 1 annede doğum sonrası (atoni kanaması) komplikasyon meydana gelmiş, erişkin grupta ise komplikasyon gözlenmemiştir.

Çizelge 3.27. Annelerin doğum şekilleri (Ankara, 2010).

	Adolesan		Erişkin			
Doğumla İlgili Bazı Bulgular	**n**	**%**	**n**	**%**	**X^2**	**P**
Doğum Şekli						
Vajinal doğum	80	80,0	66	66,0	4,97	<0,05
Sezaryen doğum	20	20,0	34	34,0		
Sezaryen doğum nedeni						
Fetal distress	7	35,0	9	26,5		
Makad prezentasyonu.	5	25,0	5	14,7		
Baş-pelvis uygunsuzluğu	2	10,0	9	26,5	9,49	>0,05
Tekrarlayan sezaryen doğum	1	5,0	8	23,5		
İri bebek	1	5,0	2	5,9		
İlerlemeyen eylem	3	15,0	1	2,9		
Plasenta dekolmanı	1	5,0	0	0,0		

3.8. Bebeklerin Doğum Bilgileri, Yenidoğan Dönemi, 1. ve 2. Ay İzlem Bulguları

Çalışmaya katılan her 2 grup anne bebeklerinin doğum kiloları ortalamaları benzer olup, adolesan grupta 3478±2917 gr (1180-4200), erişkin grupta ise 3265±508 gr (2000-4450) olarak bulunmuştur (t=0,72, p>0,05).

Çalışmamızda, DDA'lı doğan bebek oranı adolesanlarda %6, erişkin grupta %7'dir (x^2: 0,08, p>0,05). Sadece adolesan gruptan 1 annenin bebeği çok düşük doğum ağırlıklı olup, doğum kilosu 1180 gr'dır.

Çalışmaya katılan her 2 grup anne bebeklerinin gestasyon haftası ortalamaları benzer olup, adolesan grupta 39,5±1,6 hafta (32-42), erişkin grupta ise 39,3±1,7 hafta (33-42) olarak bulunmuştur (t=1,08, p>0,05). İki grupta prematüre doğan bebek sayısı (11 adet) aynıdır.

Sadece erişkin gruptan bir anne bebeğinde yarık damak-dudak, iki taraf alt ekstremitede pes equinovarus deformitesi biçiminde konjenital anomali saptanmıştır.

Çalışmaya katılan anne ve bebeklerinden, adolesan gruptan Ankara dışında yaşayan 2, Ankara'nın çevre ilçelerinin köyünde yaşayan 2, erişkin gruptan Ankara dışında yaşayan 1, Ankara'nın çevre ilçelerinin köyünde yaşayan 1 anne ve bebeği kontrollere gelememiştir. Bu 6 anne ve bebeğinin bilgileri aileler telefonla aranarak öğrenilmiştir.

Çizelge 3.28.'de bebeklerin hastanede yatma durumları ve yatış nedenleri yer almaktadır. Erişkin anne bebekleri arasında anne taburcu olmadan hastanede yatan bebek oranı biraz daha (%10'a, %6) yüksektir (p>0,05). Her iki gruptada solunum sıkıntısı bebeklerin yatış nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Solunum sıkıntısı nedeni adolesan grupta ileri derecede prematüre olan 1 hastada respiratuvar distress sendromu (RDS) iken, diğer tüm hastalarda yenidoğanın geçici takipnesi biçiminde gözlenmiştir. Saptanan diğer yatış nedeni ise bebekte kusma bulunmasıdır. İki grup anne bebeklerinin hiçbirinde doğum sonrası enfeksiyon tespit edilmemiştir. İki grup anne bebeklerinin taburcu olduktan sonra hastaneye yatış oranları ise aynıdır (%3). Adolesan anne bebeklerinden 1'i akciğer enfeksiyonu, 1'i indirekt hiperbilirubinemi (İHB), 1'i ise beslenememe ve buna bağlı dehidratasyon nedeniyle hastaneye yatırılmıştır. Erişkin anne bebeklerinin ise 1'i akciğer enfeksiyonu, 2'si İHB nedeniyle hastaneye yatırılmıştır.

Çizelge 3.28. Bebeklerin hastanede yatma durumları ve yatış nedenleri (Ankara, 2010).

Hastanede Yatış ve Nedenleri	**Adolesan**		**Erişkin**			
	n	**%**	**n**	**%**	**X^2**	**P**
Taburcu olmadan önce hastanede yatış						
Hayır	94	94,0	90	90,0	1,09	>0,05
Evet	6	6,0	10	10,0		
Yatış nedeni						
Solunum sıkıntısı	5	83,3	8	80,0		
PM+RDS	1	16,7	0	00,0	--	---
Kusma	0	0,0	2	20,0		
Taburcu olduktan sonra hastanede yatış						
Hayır	97	97,0	97	97,0	--	>0,05
Evet	3	3,0	3	3,0		
Yatış nedeni						
Akciğer enfeksiyonu	1	33,3	1	33,3		
İHB	1	33,3	2	66,7	--	---
Beslenememe+dehidratasyon	1	33,3	0	0,0		

Çalışmaya katılan annelerden, adolesan gruptan doğum sonrası atoni kanaması gelişen 1 anneye gerekli tedaviler ve kan transfüzyonu uygulanıp doğumdan sonraki 4. gün taburcu edilmiştir. Diğer tüm anneler ciddi bir sorun yaşamadan, olması gereken zamanda taburcu olmuşlardır. Erişkin gruptan 1 anne ise doğumdan 25 gün sonra gastroenterit nedeniye 2 gün hastanede yatmıştır.

Çalışmaya katılan adolesan anne bebeklerinin 1. ayın sonundaki kilo ortalamaları 4252±588 gr (2200-6000), ilk 1 ayda aldıkları kilo ortalamaları 1063±406 gr (460-2850) dır. Erişkin anne bebeklerinin ise 1. ayın sonundaki kilo ortalamaları 4311±600 gr (3300-5500), ilk 1 ayda aldıkları kilo ortalamaları 1045±308 gr (400-1700) dır. İki grup anne bebeklerinin 1. ay sonundaki kilo ortalamaları ve ilk 1 ayda aldıkları kiloların ortalamaları arasında istatistiksel fark yoktur (sırasıyla t=0,70, t=0,36, p>0,05).

Çalışmaya katılan adolesan anne bebeklerinin 2. ayın sonundaki kilo ortalamaları 5320±700 gr (3200-7000), 1-2. ay arası aldıkları kilo ortalamaları 1066±289 gr (600-2400) dır. Erişkin anne bebeklerinin ise 2. ayın sonundaki kilo ortalamaları 5367±689 gr (3650-7220), 1-2. ay arası aldıkları kilo ortalamaları 1048±294 gr (280-2000) dır. İki grup anne bebeklerinin 2. ay sonundaki kilo ortalamaları ve 1-2. ay arası aldıkları kiloların ortalamaları arasında istatistiksel fark yoktur (sırasıyla t=0,47, t=0,44, p>0,05).

Çizelge 3.29.'da annelerin emzirmeye başlama zamanları ve bebeklerin anne sütüne devam durumları yer almaktadır. Çalışmaya katılan adolesan annelerin %67'si doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde, %27'si ise ilk 1-2 saat içinde (doğum yaptıkları salondan odalarına geldikleri zaman), erişkinlerin ise sırasıyla %69 ve %27'si olmak üzere, her 2 grup annenin büyük kısmı bebeklerini ilk 24 saat içinde emzirmeye başlamıştır (p>0,05).

Çalışmaya alınan tüm bebekler doğduktan sonra anne sütü almaya başlamıştır. Anne sütünü bırakma oranı adolesan grupta daha fazla olmakla birlikte (%5'e, %1), fark istatistiksel anlamlı değildir (p>0,05). Adolesan anne bebeklerinin anne sütünü bırakma zamanı ortalama 25,4±19,6 gün (10-57) olup, 3 bebek 10-14. gün arası,

diğer 2 bebek ise 32 ve 57. günde anne sütünü bırakmıştır. Erişkin gruptan anne sütünü bırakan tek bebek ise 58. gün bırakmıştır.

Çizelge 3.29. Annelerin emzirmeye başlama zamanları ve bebeklerin anne sütüne devam durumları (Ankara, 2010).

Emzirme ve Anne Sütü	Adolesan		Erişkin		X^2	P
	n	%	n	%		
Annelerin emzirmeye başlama zamanları						
İlk 1 saat içinde	67	67,0	69	69,0		
1-24. saat arası	27	27,0	27	27,0	0,43	>0,05
24. saatten sonra	6	6,0	4	4,0		
Bebeklerin 1. ayın sonunda anne sütüne devam durumları						
Almıyor	3	3,0	0	0,0	--	
Alıyor	97	97,0	100	100,0		>0,05
Bebeklerin 2. ayın sonunda anne sütüne devam durumları						
Almıyor	5	5,0	1	1,0	--	
Alıyor	95	95,0	99	99,0		>0,05
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**		

Çizelge 3.30.'da ilk 2 aylık izlemde bebeklerin beslenme özellikleri ile ilgili bazı bulguları yer almaktadır. Çalışmaya katılan her 2 grup annenin bebeklerinin ilk 2 ayda sadece anne sütü ile beslenme oranları düşüktür. Oran adolesan grupta daha düşük (%40'a, %62) olup, fark adolesan annelerin bebeklerine daha yüksek oranda su vermelerinden kaynaklanmaktadır ($p<0,01$). Bebeklere beslenme amaçlı verilen ek gıdanın tümü hazır mamadır. Oran adolesan grupta %23, erişkin grupta %19'dur ($p>0,05$). Hazır mama başlama nedenleri arasında, 2 grupta da ilk sırada bebeğin ağlaması nedeniyle doymadığını düşünme, ikinci sırada ise sağlık kuruluşu önerisi yer tutmaktadır. Her 2 grup anne bebeklerine oldukça erken hazır mama başlamakta olup, bu süre adolesanlarda ortalama 25,6±18,4 gün (1-58 gün, ortanca: 30), erişkinlerde ise 26,6±22,1 (1-58 gün, ortanca: 30) gündür ($U=217,5$, $p>0,05$). Adolesan gruptan 6 anne, erişkin gruptan ise 8 anne ilk 1 hafta gibi kısa bir süre içinde anne sütü yanında mamaya başlamıştır. Bu 14 annenin tamamı, bebeklerinin

ağlamasından dolayı doymadığını düşündükleri için mama verdiklerini ifade etmişlerdir. Her iki gruptan birer anne başladıkları mamayı tekrar bırakmıştır.

Çizelge 3.30. İlk 2 aylık izlemde bebeklerin beslenme özellikleri (Ankara, 2010).

Beslenme Özellikleri	Adolesan		Erişkin		X^2	P
	n	%	n	%		
Beslenme şekli						
Sadece anne sütü	40	40,0	62	62,0	9,68	<0,01
Anne sütü+diğer	60	60,0	38	38,0		
Hazır mama kullanımı						
Kullanmıyor	77	77,0	81	81,0	0,48	>0,05
Kullanıyor	23	23,0	19	19,0		
Su verme						
Hayır	42	42,0	63	63,0	8,84	<0,01
Evet	58	58,0	37	37,0		
Hazır mama başlama nedenleri						
Kilo alım azlığı	1	4,3	1	5,3		
Sağlık kuruluşu önerisi	5	21,8	5	26,2	--	--
Aile önerisi	0	0,0	1	5,3		
Anne sütünün kesilmesi	3	13,0	1	5,3		
Ağladığı için doymadığını düşünme	14	60,9	10	52,6		
Annenin işe başlaması	0	0,0	1	5,3		

Çizelge 3.31.'de bebeklerin ilk 2 aylık dönemde aşılanma ve vitamin kullanım durumları yer almaktadır. Çalışmaya alınan her 2 grup anne bebeklerinin büyük kısmının aşıları zamanında yaptırılmıştır. Adolesan anne bebeklerinin %3, erişkin anne bebeklerinin %1'inin 2. ayları dolmasına rağmen, 1. ayda yapılması gereken hepatit B aşısının 2. dozu yaptırılmamış olup, aileler bilgilendirilmiştir. Erişkin grupta vitamin verilmeyen bebek sayısı biraz daha (%7'ye, %3) fazladır (p>0,05).

Çizelge 3.31. Bebeklerin ilk 2 aylık dönemde aşılanma ve vitamin kullanım durumları (Ankara, 2010).

Aşı-Vitamin Kullanımı	Adolesan		Erişkin		P
	n	%	n	%	
Aşı durumu					
Aşı yaptırılmayan	3	3,0	1	1,0	>0,05
Aşı yaptırılan	97	97,0	99	99,0	
Vitamin					
Kullanmıyor	3	3,0	7	7,0	>0,05
Kullanıyor	97	97,0	93	93,0	
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**	

Çizelge 3.32.'de annelerin bebek bakımında yardım alma durumu ile ilgili bilgiler yer almaktadır. İlk aylarda her 2 grup annenin büyük kısmına bebek bakımında yardımcı olan birileri bulunmaktadır. Her 2 grupta da annelere bebek bakımında aile büyüklerinin yardım oranı yüksektir. Çalışma grubumuzdaki adolesanlar daha yüksek oranda (%59'a, %24) eşlerinin ailesi ile beraber yaşadıklarından, adolesanlara aile büyüklerinin bebek bakımında yardım oranı daha yüksektir (%88'e, %68). Çalışma grubundaki hiçbir anne, ilk 2 aylık dönemde bebeklerine bebek bakıcısı ile beraber bakmamıştır. İlk aylarda adolesan gruptaki babalar eşlerine bebek bakımında daha az yardımcı olmaktadırlar (p<0,05).

Çizelge 3.32. Annenin bebek bakımında yardım alma durumu (Ankara, 2010).

Bebek Bakımında Yardım	**Adolesan**		**Erişkin**		**X^2**	**P**
	n	**%**	**n**	**%**		
Anneye bebek bakımında yardımcı kişiler						
Yok	2	2,0	7	7,0		
Aile büyükleri	28	28,0	10	10,0	17,78	<0.001
Baba	10	10,0	25	25,0		
Baba+aile büyükleri	60	60,0	58	58,0		
Babanın bebek bakımında yardımı*						
Etmiyor	26	27,0	17	17,0	3,48	<0,05
Ediyor	70	73,0	83	83,0		

*4 anne eşlerinden ayrı yaşamaktadır.

Çalışmada, annelerin bebek bakım pratiklerini, anne ve babaların aileye yeni bir bebek katıldıktan sonra karşılaştıkları güçlükleri anlamak için annelere bazı sorular yöneltilmiştir. Çizelge 3.33.'de annelerin bebek bakım pratiklerini anlamaya yönelik sorulan sorulara verdikleri cevaplar yer almaktadır. Adolesan gruptaki anneler 1. ve 2. ayın sonunda daha yüksek oranda kendilerini bebek bakımında yetersiz hissettiklerini ifade etmişlerdir (%24 ve %13). Aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır. Adolesan anneler ve annelerden daha düşük oranda babalar, aileye yeni bir bebek katıldıktan sonra erişkin grup anne-babalarından daha yüksek oranda kendilerini gergin hissetmektedirler. Ancak, farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Adolesan anneler bebeklerinin sorumluluklarını tek başına alabilme becerisini de erişkin annelerden daha geç edindiklerini ifade etmişlerdir. Adolesanlar ortalama 14,2±18 günde, erişkin anneler ise 7,2±12,6 günde sorumluluk alabildiklerini ifade etmişlerdir (p<0.05).

Çalışmaya katılan erişkin annelerin hiçbiri sağlık hizmetine ulaşmada sorun yaşamazken, adolesan gruptaki 7 anneden 3 tanesi eşlerinin ihmal ettiğini, bebek ve kendilerindeki sorunları ciddiye almadığını, 2 tanesi eşlerinin ailelerinin izin vermediğini, 2 tanesi ise maddi imkânsızlık nedeniyle sağlık kuruluşuna ulaşmada sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. İki grup arasındaki sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik açısından oluşan fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,01).

Çizelge 3.33. Annelerin bebek bakım pratiklerini anlamaya yönelik sorulan sorulara verdikleri cevaplar (Ankara, 2010).

	Adolesan		**Erişkin**		**X^2**	**P**
Bebek Bakım Pratikleri	**n**	**%**	**n**	**%**		
Annelerin 1. ay sonunda kendilerini yeterli hissetme durumları						
Hayır	24	24,0	6	6,0	12,71	<0,001
Evet	76	76,0	94	94,0		
Annelerin 2. ay sonunda kendilerini yeterli hissetme durumları						
Hayır	13	13,0	3	3,0	6,79	<0,01
Evet	87	87,0	97	97,0		
Annede gerginlik, stres durumu						
Yok	79	79,0	87	87,0	2,27	>0,05
Var	21	21,0	13	13,0		
Babada gerginlik, stres durumu						
Yok	90	90,0	95	95,0	1,81	>0,05
Var	10	10,0	5	5,0		
Sağlık hizmetine ulaşabilirlik durumları						
Hayır	7	7,0	0	0,0	---	<0,01
Evet	93	93,0	100	100,0		
Toplam	**100**	**100,0**	**100**	**100,0**		

4. TARTIŞMA

4.1. Adolesan Annelerin ve Eşlerinin Sosyodemografik Özellikleri, Adolesan Evlilik ve Gebeliğe Neden Olan Risk Faktörleri

Çalışmaya katılan adolesan annelerin yaş ortalaması 17,8 yaştır. Adolesan annelerin %91'i 18 yaşın üstünde, %55'i 18 yaş-18 yaş 11 ay aralığında olup, 15-15 yaş 11 ay yaş aralığında 2 anne bulunmakta, 15 yaş ve altında ise anne bulunmamaktadır. TNSA-2008 verilerine göre de, adolesanlarda çocuk doğurmaya başlama oranları 18-19 yaş grubunda artmaktadır. Oran 17 yaş grubunda %4,4 iken, 19 yaş grubunda ise %12,9'a yükselmektedir (HÜNEE, 2009, s.:73). İzmir'de yapılan çalışmada ise doğum yapmış 1800 adolesan annenin yaş ortalaması 17,3 yaş (13-19) bulunmuştur. Denizli'de 4041 adolesan üzerinde yapılan çalışmada, evli adolesanların %84'ünün 18 yaş ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. İsrail'de yapılan çalışmada, doğum yapmış adolesanların yaş ortalaması 18 (14-19) olarak bulunmuştur. Aydın'da adolesan evliliğin yaygın olduğu bir bölgede yapılan çalışmada ise adolesanların yaş ortalamasının 16,8 olduğu ve bu annelerin %60'ının 18 yaşının altında olduğu tespit edilmiştir (Yıldırım ve ark., 2005; Özşahin ve ark., 2006; Geist ve ark., 2006; Demiröz, 2008).

Çalışmamızda adolesan annelerin eşlerinin yaş ortalaması 24,7 yaş olup, erişkinlerin eşlerinden daha gençtirler ($p<0,001$). Adolesanlar ile eşleri arasındaki yaş farkı ortanca 6,7 yaştır. TNSA-2008'de saptanan ise ortalama 6,6 yaştır. Denizli'de evli adolesanlar arasında yapılan çalışmada ise gebe olmayan adolesanların eşlerinin yaş ortalaması 24,7, gebe olanların eşlerinin yaş ortalaması 24,8 yaş olarak bulunmuştur (Özşahin ve ark., 2006; HÜNEE, 2009, s.: 190).

TNSA-2008 verilerine göre, Türkiye'de ortalama hanehalkı sayısı 3,9 kişidir (HÜNEE, 2009, s.:21). Çalışmamızda, her 2 grupta ailedeki birey sayısı Türkiye ortalamasının çok üzerinde olup, adolesan grupta ortanca 6'dır. Denizli'de kentsel alanda yaşayan 144 evli ve gebe adolesan üzerinde yapılan çalışmada da, bu

adolesanların daha çok kalabalık ailelerden geldikleri tespit edilmiştir (Gökçe ve ark., 2007).

Çalışmamızda her 2 grupta, annelerin kendileri gibi 20 yaşından önce evlenen kızkardeş varlığı oranları yüksektir. Oran adolesan grupta daha yüksektir (%20). Ancak, fark istatistiksel anlamlı değildir (p>0,05). Dünyanın diğer gelişmekte ve az gelişmiş ülkelerinde olduğu gibi, ülkemizde de diğer nedenlerin yanı sıra ailelerin kültürel, geleneksel değerlerle çocuklarının evlenmelerini biran önce görme arzusu, adolesan kadınının aile tarafından maddi açıdan yük olarak görülmesi, ailenin çeyiz veya başlık parası gibi maddi beklentiler içinde olması erken yaş evliliklerinin görülme sıklığını artırmaktadır (Bulut ve ark., 2008; Uyanık ve Doğan, 2008). ABD'de de adolesanın kendisi gibi adolesan gebelik yaşayan kız kardeşi veya arkadaşı varlığı durumunda adolesanın gebelik riskinin arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Denizli'de 144 evli, gebe adolesan ve ilk gebeliklerini 20-29 yaşları arasında gerçekleştirmiş 144 erişkin gebenin karşılaştırıldığı çalışmada, adolesan gebeler arasında kendileri gibi 20 yaşının altında gebelik yaşamış kız kardeş sayısının erişkin gruptan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Hillis ve ark., 2004; Gökçe ve ark., 2007).

Çalışmamızda 15 yaşına kadar anne-baba ayrı büyüyenlerin oranı 2 grupta birbirine yakın olup, adolesanlarda %10, erişkinlerde %8'dir. TNSA-2008 verilerine göre, ülkemizde anne-baba ayrı büyüyenlerin oranı yaşla birlikte artmaktadır. Onbeş yaşına kadar anne-baba ayrı büyüyenlerin oranı %5,8'dir. Onsekiz yaşının altındaki çocukların ise %7,2'si anne-baba ayrı büyümekte olup, bu çocukların oranı kentlerde ve refah seviyesi düşük ailelerde biraz daha yüksek bulunmuştur (HÜNEE, 2009, s.: 22, 23). Çalışmamızdaki sonucun Türkiye ortalamasından biraz daha yüksek olmasını, annelerin ailelerinin büyük bir kısmının düşük gelir seviyeli aileler olmasından ve birçok bakımdan iyi donanımlı olmayan bu ailelerin kentin zorlu koşullarıyla verdikleri mücadeleden kaynaklandığını düşünüyoruz. Adolesan gebelikler ve evlilikler üzerinde aile yaşamının etkisi olduğu bilinmekle birlikte, ülkemizde anne-baba ayrılığında aileye akrabaların desteği yoğun bir şekilde devreye girdiğinden, çalışmamızda çocukların anne-baba ayrı büyümesinin adolesan evliliklerin oluşması yönünde bir risk artışına neden olmadığı gözlemlenmektedir

(Hillis ve ark., 2004; Klein, 2005; Bulut ve ark., 2008; Uyanık ve Doğan, 2008). Babalar arasında ise istatistiksel anlamlı olmamakla birlikte, erişkin grupta 15 yaşının altında anne-baba ayrı büyüyenlerin oranı daha yüksektir (%12'ye, %8). Bu sonuçlara göre, erkeklerin anne-baba ayrı büyümesinin, erkeklerin erken evlenmesine veya adolesan kızlarla evlenmeyi tercih etmelerine neden olmadığı söylenebilir. Tam aksine durumun, ülkemizin kültürel yapısında erişkin annelerin eşlerini ailelerine maddi-manevi destek olmak zorunda bıraktıracağı, maddi olarak henüz evlenecek yeterlilikte olmamalarına sebep olacağı için, erkeklerin daha geç evlenmesine sebep olacağı düşünülmüştür.

Anne-baba eğitim düzeyinin düşük olmasının adolesan evlilik ve gebelik riskini artırdığı bilinmektedir (Hillis ve ark., 2004). Çalışmaya katılan her 2 grup annenin büyük bir kısmının anne ve babasının eğitim düzeyi düşüktür. İki grup arasında annelerin anne ve babalarının eğitim düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel fark saptanmamıştır. Ancak, adolesanların anneleri arasında ilkokul mezunu olan anne oranı daha yüksek (%65) ve okuma-yazma bilmeyen anne oranı daha düşüktür (%16). Bu farkın, erişkinlerin annelerinin yaş olarak daha büyük olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Farklılık olumlu olmakla birlikte, farklılığın kızların erken evlenmesini engelleme yönünde bir etkisi olmadığı gözlenmekte, daha yüksek eğitim düzeylerinin bu farkı yaratacağı düşünülmektedir. Aydın'da adolesan evliliklerin yoğun olduğu bölgede yapılan çalışmada, adolesanların anne-babalarının eğitim düzeyleri çalışmamızdan daha düşük bulunmuştur. Annelerin anne-babalarının sadece %8,6'sı ilkokul üstü eğitim seviyesinde olup, annelerin annelerinin %30'u, babalarının ise %12,9'u okuma-yazma bilmemektedir (Demiröz, 2008).

Çalışmamızda her 2 grup annenin büyük kısmı düşük gelir düzeyli ailelerden gelmektedir. Adolesanlar daha yoksul ailelerden gelmektedirler. Yoksulluğun adolesan gebelikler için risk oluşturduğu bilinmektedir. ABD'de yapılan bir çalışmada, adolesan gebelerin %38'inin düşük gelir seviyeli ailelerden geldiği tespit edilmiştir. TNSA-2008 verilerinden de, adolesan evlilik ve doğurganlığı üzerinde ailelerin refah düzeylerinin ne kadar büyük etkisi olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmada, en düşük refah seviyesindeki ailelerde yaşayan adolesanların %8-11,1'i çocuk

doğurmaya başlamışken, en yüksek refah düzeyinde oran %1,7'ye gerilemektedir. Denizli'de 144 evli adolesan gebe üzerinde yapılan çalışmada, gebelerin ailelerinin gelirleri, sahip oldukları meslekleri değerlendirilmiş ve adolesanların düşük sosyoekonomik düzeyli ailelerden geldikleri belirlenmiştir (Fessler, 2003; Hillis ve ark., 2004; Klein, 2005; WHO, 2006; Gökçe ve ark., 2007; HÜNEE, 2009, s.: 73, 74). Çalışmamızdaki sonuçlar ve diğer çalışma sonuçları, gelir düzeyi düşüklüğünün adolesan evlilik ve gebeliğe zemin hazırladığını göstermektedir.

Çalışmamızda 2 grup annenin büyük kısmının eğitim düzeyi düşüktür. Adolesan grupta sadece 1 anne lise mezunu olup, yüksekokul veya üniversite mezunu anne bulunmamaktadır ($p<0,001$). 1997 yılında, 8 yıllık eğitimin zorunlu olması nedeniyle adolesan gruptaki annelerin çoğu (%80) 8 yıllık eğitim mezunudur. Çalışmaya katılan adolesan anneler arasında okul terki oranı da yüksektir ($p<0,05$). TNSA-2008'de, 15-49 yaş grubu doğurganlık çağındaki, en az 1 kez evlenmiş annelerin eğitim düzeyleri de düşük bulunmuştur. Çalışmada, adolesan grubun eğitim düzeyinin, 40 yaş üstü annelere benzer biçimde diğer yaş gruplarından daha düşük olduğu gözlenmektedir. Adolesanların %20,9'unun eğitimi yok veya ilkokul terk iken, oran 40-44 yaş grubunda %23,1, 45-49 yaş grubunda ise %27,3 olarak tespit edilmiştir. Yine çalışmada, adolesan grupta eğitim görmemiş veya ilkokul terk edenler ile lise ve üzeri eğitim yapanlar arasında doğurganlık eylemine başlama oranları arasında 2 kat (%7,2'ye, %3,9) fark olduğu gözlemlenmiştir. Denizli'de 4041 adolesan üzerinde yapılan çalışmada da, evli adolesanların %85'inin eğitim düzeylerinin 8 yıllık eğitim ve altında olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada gebe olanların eğitim düzeyleri, gebe olmayanlara göre daha düşük bulunmuş olup, gebelerin %10,5'i lise ve üstü eğitime sahip iken, gebe olmayanlarda oran %21,3'dür. Sekiz yıllık veya altı eğitim düzeyindeki kadınlarda adolesan gebelik riskinin, lise ve üstü eğitimlilere kıyasla 3,3 kat daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Yine Denizli'de 144 evli adolesan gebede yapılan bir başka çalışmada ise gebelerin büyük kısmının eğitimlerinin 8 yıl veya altında olduğu tespit edilmiştir (Özşahin ve ark., 2006; Gökçe ve ark., 2007; HÜNEE, 2009, s.: 46, 73). Bu sonuçlar, eğitim düzeyi düşüklüğünün adolesan evlilik ve gebeliğe zemin hazırladığını, yanı sıra adolesan evlilik ve gebeliğin gençleri eğitim olanaklarından mahrum bıraktığını düşündürmektedir (Fessler, 2003; Hillis ve ark., 2004; Klein, 2005; WHO, 2006).

Çalışmamızda her 2 grup babanın eğitim düzeyi annelerin eğitim düzeyinden daha yüksektir. Ancak, adolesanların eşlerinin eğitim düzeyi daha düşüktür (p<0,001). Yine 1997'den sonra 8 yıllık eğitimin zorunlu hâle getirilmesi nedeniyle 8 yıllık eğitim mezunu baba sayısı adolesan grupta daha fazladır (%27, %2). Erkeklerin de eğitim düzeyinin düşük olmasının adolesan evliliklerin görülme sıklığını artırdığı bilinmektedir. TNSA-2008'de de, adolesanların eğitim düzeyleri eşlerine kıyasla daha düşük bulunmuştur. Kadınların %31,9'u eşlerinden daha yüksek, %20'si eşleri ile aynı, %46'sı ise eşlerinden daha düşük eğitimlidir. Denizli'de yapılan çalışmada ise, evli adolesanların eşlerinin sadece %26,5'inin lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Aydın'da yapılan çalışmada da, 20 yaşın üzerindeki kadınlar arasında adolesan gebelik yaşayanların eşlerinin %16,2'sinin, adolesan gebelik yaşamayanların eşlerinin ise %42,1'inin ilkokul üstü eğitime sahip olduğu tespit edilmiştir (Hillis ve ark., 2004; Özşahin ve ark., 2006; Demiröz, 2008; HÜNEE, 2009, s.: 190). Çalışmamızın ve diğer çalışmaların sonuçları, erkeğin eğitim düzeyinin düşük olmasının da adolesan evlilik ve gebelik riskini artırdığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda her 2 grup annenin çok azı meslek sahibi olup, adolesanlarda oran daha düşüktür (p<0,001). Her 2 grupta da, çalışmanın yapıldığı dönemde annelerin ev ekonomisine katkısı düşüktür. Adolesan annelerin tamamı ev hanımıdır (p<0,001). Adolesan grupta evlenmeden önce çalışılan iş büyük oranda (%93,8) niteliksiz bir iştir (p<0,001). Her 2 grupta da evlilik öncesi veya sonrası başlanılan işin bırakılma oranları yüksek olup, oran adolesan grupta daha yüksektir (p<0,01). Evlenmeden önce çalışılan iş adolesan grupta yüksek oranda güvencesiz bir iş iken (%81,3), erişkin grupta daha yüksek oranda güvenceli (%73,3) bir iştir (p<0,001). TNSA-2008 verileri de, ülkemizde kadınların aile ve ülke ekonomisine getirisel katkılarının düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Bu verilere göre, 15-49 yaş grubundaki kadınların %34'ü çalışmanın yapıldığı sırada veya çalışmanın yapıldığı dönemden önceki 12 ay içinde çalışmışlardır. Bu çalışan grubun içinde tarım sektöründe (kendi topraklarında kendi aileleri için veya başkaları için para karşılığı çalışanlar) çalışanlar da bulunmakta iken, bizim çalışma grubumuzda tarımsal alanda çalışan anne bulunmamaktadır. Yine çalışmamızdaki sonuçlara benzer şekilde evli adolesanların %90,2'si çalışmanın yapıldığı sırada çalışmamaktadırlar. Çalışmanın

yapıldığı dönemden 1 yıl önce ise %19,5'i genellikle tarım sektöründe olmak üzere çalışıp, aile bütçesine katkı sağlamaktadırlar. Denizli'de 4041 adolesan üzerinde yapılan çalışmada da, evli adolesanların %80,6'sının çalışmadığı tespit edilmiştir. Gebe olanlar arasında da işsizlik oranının daha yüksek olduğu (%84,6'ya, %68,9), işsiz olanlarda gebelik riskinin 2,8 kat arttığı gözlemlenmiştir. Kırıkkale Üniversitesi'de 75 adolesan gebede yapılan çalışmada da, adolesan gebelerin %96'sının ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. ABD'de yapılan çalışmalarda da, adolesan gebeler arasında işsizlik oranının yüksek olduğu gözlenmektedir (Hillis ve ark., 2004; Bayram ve ark., 2005; Özşahin ve ark., 2006; HÜNEE, 2009, s.: 48, 49, 50). Çalışma sonuçlarımızdan da görüldüğü gibi, eğitim düzeyinin düşük olması veya ülkemizde mesleki eğitimin yetersiz olması, kişileri ucuz, niteliksiz iş gücü haline getirmekte, onları güvencesiz çalışmaya mecbur bırakmaktadır. Ayrıca, psikososyal gelişimini henüz tamamlamamış, eğitim seviyesi düşük, kendini yeterince ifade edemeyen (özellikle adolesanlar başta olmak üzere), ataerkil bir aile düzenine giren tüm kadınlar, eşlerinin veya diğer aile büyüklerinin genelde kendilerine sormadan aldıkları kararlarla mevcut işlerini bırakmak zorunda kalmaktadırlar. Kadınların evlendikten (özellikle de bebek olduktan) sonra çalıştıkları işi bırakma yönünde karar almalarında, çalışılan işin maddi getirisinin düşük olmasının, bebeklerine bakacak kimseyi bulamamalarının da katkısı olabilir. Bu sonuçlar; sosyokültürel, ekonomik, eğitim düzeyinin düşük olmasının ve erken evlenmenin, kadının veya erkeğin meslek sahibi olmasını engellediğini, meslek sahibi olmamak ve çalışmamanın kadının kendisine, ailesine, çocuklarına, yaşadığı ülkeye kısa ve uzun vadede bir takım yükler getireceğini düşündürmektedir. Yine meslek sahibi olmamak ve çalışmamanın, adolesan veya ailesini erken evlenme yönünde karar almaya zorlayacağı ve erken gebeliğe yol açacağı söylenebilir (Fessler, 2003; Hillis ve ark., 2004; Klein, 2005; WHO, 2006).

Çalışmamızda her 2 grup babanın, anneler gibi meslek sahibi olma oranları düşüktür. Adolesan annelerin eşleri arasında işsiz olanlar fazla, yüksek getirili işlerde çalışanların oranı daha düşüktür ($p<0,01$). Erişkin annelerin eşlerinin eğitim seviyeleri daha yüksek olduğu halde, 2 grubun meslek sahibi olma oranlarının aynı olduğu görülmektedir. Bu sonuç; ülkemizde verilen eğitimin kişileri meslek sahibi yapma yönünde yetersiz kaldığını göstermekte, buna yönelik değişikliklerin,

düzenlemelerin yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Adolesanların şimdiki ailelerinin gelir düzeyleri de düşüktür ($p<0,05$). Adolesanların eşlerinin işsiz olması veya düşük getirili işlerde çalışmaları, kendilerinin de evlendikten sonra çalışmamaları kısa ve uzun vadede evliliklerinde sorunlara neden olacaktır (Treffers, 2003; Hillis ve ark., 2004).

Çalışmamızda her 2 grup annenin büyük bir kısmının sağlık güvencesi bulunmaktadır. Oran adolesanlarda %86, erişkinlerde ise %97'dir. Adolesan grupta herhangi bir SGK'na bağlı olmayanların oranı daha yüksektir ($p<0,01$). Adolesan grupta SGK'na bağlı olanların oranının daha düşük olması; tamamının çalışmanın yapıldığı dönemde çalışmayıp ev hanımı olmasına, daha önce düşük bir kısmının çalışmasına, çalışanların da daha çok güvencesiz işlerde çalışmalarına, daha yoksul ailelerden gelmelerine, bazılarının yaşlarının küçüklüğünden dolayı eşleri ile resmi nikâh yaptıramadıkları için eşlerinin sosyal güvencesinden yararlanamamalarına, eşlerinin erişkinlerin eşlerine göre daha yüksek oranda güvencesiz işlerde çalışmalarına ve aralarında işsiz olanların daha fazla olmasına bağlı olabilir. Denizli'de yapılan çalışmada da, evli adolesanlar arasında SGK'na bağlı olmayanların oranının yüksek olduğu (%33,6) gözlemlenmiştir. TNSA-2008 verileriyle karşılaştırıldığında ise çalışma grubumuzdaki kadınların sağlık güvence kapsamı durumlarının ülke genelinden daha iyi olduğu gözlenmektedir. Bu verilere göre, 15-49 yaş grubundaki kadınların %84'ünün sağlık güvencesi bulunmaktadır. Adolesanların ise yalnızca %69'unun sağlık güvencesi bulunmakta olup, oran kentsel alandaki adolesanlarda %86, kırsal alanda yaşayanlar arasında ise %77,5'dir. Tüm yaş grubu olarak bakıldığında çalışmamızdaki oranın daha yüksek olması; çalışma grubumuzdaki erişkin kadınların daha genç olmasından, annelerin Ankara'da yaşıyor olmalarından, adolesanların sağlık güvencesinin ülke genelindeki adolesanlara oranla daha yüksek olmasından, kırsal-kentsel alan farkından kaynaklanıyor olabilir. Adolesanların sağlık güvencesinin ülke genelinden daha yüksek olması ise kentsel-kırsal alan farkına bağlı olabilir (Özşahin ve ark., 2006; HÜNEE, 2009, s.:54, 55, 56). ABD'de yapılan çalışmalarda da, gençlerin sağlık güvencesinin olmamasının adolesan gebelik için risk oluşturduğu belirtilmektedir. Bu sonuçlara dayanarak, ülkemizde sosyal devlet olmanın gereklerinin yerine getirilmeye çalışıldığı söylenebilir. Genç kızların sosyal güvencelerinin olmaması; kendilerinin ve

ailelerinin adolesan evliliklere sıcak bakmalarına neden olabilir. Durumun, yeni ailede maddi, sosyal sorunlara yol açabileceği ve ülke ekonomisine yük getireceği düşünülmektedir (Burt, 1986; Treffers, 2003; Hillis ve ark., 2004; HÜNEE, 2009, s.: 71).

Çalışmamızda her 2 grupta, annede psikolojik sorun sebebi olarak daha yüksek oranda eşleri ve eşlerinin aileleri ile sorun yaşamaları ifade edilmiştir (adolesanlarda %4, erişkinlerde %5). Adolesanlarda evlenmeden önce psikolojik sorun oranın yüksek olmamasına dayanılarak (%3); ailelerdeki sosyoekonomik düzey düşüklüğü, eğitimsizlik gibi birçok olumsuzluğa rağmen ülkemizdeki aile yapısının gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında, şu anki durumuyla çocuk ve gencin psikolojik gelişimi üzerinde risk artışına neden olmadığı söylenebilir. Ancak, adolesanlarda evlilik sürecinin henüz kısa olmasına rağmen annelerin %4'ünün eşlerinin ailesi kaynaklı sorun yaşamaları, adolesan dönemde evlenmenin psikolojik sorun yaşama riskini artıracağını düşündürmektedir. Bu nedenle, gençlerin evlilik sürecine uyumda profesyonel destek almaları gerektiği söylenebilir.

4.1.1. Annelerin Sağlık Durumları ile İlgi Bazı Bulgularının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, adolesan annelerin %19'u hayatlarının herhangi bir döneminde sigara kullanmıştır. Adolesan ve erişkin gruptan sadece birer anne arasıra özel gecelerde alkol aldıklarını ifade etmişlerdir. TNSA-2008 verilerine göre, kadınlarımızın %30'u sigara kullanmış, adolesanların ise %24'ü sigara kullanmış veya hâlen kullanmaktadır (HÜNEE, 2009, s.: 57, 58). Grubumuzdaki adolesan anneler daha çok geleneksel ve düşük sosyokültürel seviyedeki ailelerden gelen anneler olduğu için, ülkemizin bu kesiminden gelen genç kızlar arasında alkol kullanımının şimdilik bir sorun olmadığı söylenebilir.

Çalışmamızda anneler yalnızca AIDS ve Hepatit B açısından sorgulanmış olup, sadece erişkin gruptan 1 annede Hepatit B taşıyıcılığı mevcuttur. Çalışmamızda, her 2 grup annenin büyük kısmı geleneksel ve dışa kapalı ailelerden gelen kadınlar olduğu için, ülkemizin bu kesiminden gelen kadınlar arasında AIDS gibi önemli bir

hastalığın şimdilik bir sorun olmadığı söylenenebilir (Yıldırım ve ark., 2005). Oysa ABD başta olmak üzere gelişmiş ülkelerde, CYBE'lar gençler arasında önemli bir sorun oluşturmaktadır. ABD'deki Guttmacher Enstitüsü'nün (2010) raporuna göre, 15-24 yaş grubu cinsel olarak aktif popülasyonun %25'ini oluşturmaktadır. Bununla birlikte, her yıl yeni tespit edilen CYBE'ların %48'i bu yaş grubunda gözlenmektedir.

4.1.2. Annelerin Menarş, Evlilik ve İlk Gebelik Yaşları ile İlgili Bulgularının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda 2 grupta menarş yaşı birbirine yakın bulunmuştur. Menarş yaşı adolesan grupta ortalama 13,4, erişkin grupta ise 13,5 yaştır ($p>0,05$). Puberte başlangıcı üzerinde genetik faktörler, ırksal-etnik özellikler, beslenme, fiziksel-ruhsal stres, kronik hastalıklar, iklim gibi bir takım faktörlerin etkisi olduğu bilinmektedir. Bu faktörlerin etkisi altında sosyoekonomik ve çevresel koşullar bireyin genel sağlığı ve beslenmesi açısından en üst seviyeye ulaştığında puberte başlamaktadır (Wheeler, 1991; Ercan, G., 2005; Büyükgebiz, 2006). Son yıllarda koşulların iyileşmesi ile menarş yaşları daha aşağılara kaymış ve bu durum kızların daha küçük yaşlarda gebelik riski altına girmesine neden olmuştur. Gelişmiş ülkelerde ortalama ilk adet yaşı 12,5, gelişmekte olan ülkelerde 15 yaş civarındadır. ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde, 19. yüzyıldan bu yana ilk adet yaşı yaklaşık 3 yıl kadar gerilemiştir (Wyshak ve Frisch, 1982; Bongaarts ve Cohen, 1998; Başer, 2000; Treffers ve ark., 2001; Treffers, 2003). Türk kızlarında ortalama menarş yaşı ise yapılan çalışmalarda 12,5 yaş olarak bulunmuştur (Ercan, G., 2005). Çalışmamızdaki menarş yaşı, 13,5 yaş ortalaması ile gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında bir özellik göstermektedir. Grubumuzdaki anneler benzer sosyoekonomik seviyedeki ailelerden geldikleri için beslenme alışkanlıklarıda birbirine benzemekte, aynı ırksal kökenden gelmekte, aynı coğrafyada yaşamaktadırlar. Bu nedenlerden dolayı 2 grup annenin menarş yaşları benzer olabilir. Yine çalışmamızdaki genç kızların, menarşın erken başlamasından çok, düşük eğitim, sosyoekonomik düzey ve kültürel-geleneksel özellikler nedeniyle erken evlilik-gebelik riski altına girdikleri söylenebilir.

Çalışmamızda adolesan anneler menarşdan ortalama 3,1 yıl (ortanca: 3,2) sonra evlenip, ortalama 3,5 yıl (ortanca: 3,6) sonra gebe kalmaktadırlar. Evlendikten ise ortalama 0,4 yıl (ortanca: 0,25) sonra gebe kalmaktadırlar. Erişkin annelerin yaş ortalaması ise 26 olup, evlilik yaşları ortalama 23 yaştır. Evlendikten ortalama 1 yıl (ortanca: 0,4) sonra gebe kalmaktadırlar ($p<0,001$). Aydın'da adolesan evliliklerin yaygın olduğu bir bölgede yapılan çalışmada ise adolesan grupta ilk evlilik yaş ortalaması 15,1 yaş olarak bulunmuştur (Demiröz, 2008). Çalışma sonuçlarımızdan görüldüğü gibi, 2 grup annenin menarş yaşları benzer olduğu halde erişkin gruptaki anneler daha geç evlenmekte, evlendikten sonra da adolesanlara oranla daha geç anne olmayı tercih etmektedirler. Durum erişkin annelerin eğitim düzeylerinin, meslek-iş sahibi olma oranlarının daha yüksek olması sebebiyle, adolesanlara oranla kendilerine daha güvenli olmaları, daha fazla söz sahibi olmaları ve daha doğru karar verebilmeleriyle ilgili olabilir (Anne ve yenidoğan sağlığı, 2009, s.: 8; HÜNEE, 2009, s.: 163).

4.1.3. Annelerin Evlilik Durumu ve Aile Özellikleri ile İlgili Bazı Bulgularının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda 2 grup annenin büyük çoğunluğu resmi nikâhlıdır. Yine de, adolesan annelerin önemli bir kısmının (%21) resmi nikâhı yoktur ($p<0,001$). Bu adolesan annelerden 1'i cinsel istismar sonucu olmak üzere 2'si evlenmeden önce gebe kalmıştır. Geri kalan 19 çift anne yaşı küçük olduğu için resmi nikâh yaptıramamış olup, tamamı imam nikâhlı olduklarını ifade etmişlerdir. İstanbul'da yapılan çalışmada ise evli adolesanların %17'sinin resmi nikâhının olmadığı bulunmuştur. İsrail'de yaş ortalamaları 18 olan doğum yapmış adolesanların %96'sının evli olduğu, İzmir'de 945 doğum yapmış adolesan üzerinde yapılan çalışmada, 17 yaşının altındaki adolesanlarda resmi nikâhsız olanların oranının, 18-19 yaş grubundan daha fazla olduğu, Aydın'da yapılan çalışmada ise evli adolesanların %48,6'sının resmi nikâhının olmadığı tespit edilmiştir (Karakaya, 2004; Geist ve ark., 2006; Keskinoğlu ve ark., 2007; Demiröz, 2008). Ülkemizde 4271 sayılı TMK'na göre normal evlilik yaşı 18'dir. Yasa 17 yaşını bitiren kadın ve erkeğin evlemesine izin

vermektedir. Ancak, yasa anne-baba veya vasinin yazılı izni ile 16 yaşını bitiren erkek ve kadının evlenmesine de izin vermektedir (TMK, 2001). Çalışma sonucumuz ve diğer çalışma sonuçlarından da görüldüğü üzere, hem yasanın vasinin yazılı izni yoluyla evlenme yaşını daha da aşağı kaydırması, hemde imam nikâhının özellikle daha düşük sosyokültürel seviyedeki aileler arasında resmi nikâh kadar kabul edilir olması sebebiyle, adolesan evlilik ve gebeliklerin oluşmasına fırsat yaratılmaktadır.

Çalışmamızda erişkin annelerin tamamı, adolesanların ise %96'sı resmi nikâhlı veya nikâhsız bir arada yaşamaktadır. Adolesan anneler arasında ortalama 1,2 yıl gibi kısa bir evlilik sürecinde ayrılma kararı veren 2 anne bulunması, adolesan evliliğin boşanmaları artırıcı etkisi olabileceği yönünde dikkat çekici bulunmuştur. TNSA-2008 verilerine göre ise 15-49 yaş grubundaki kadınların %95'i çalışmanın yapıldığı dönemde evli, %2'sinin eşleri vefat etmiş, sadece %3'ü boşanmış veya ayrı yaşamaktadır. Tüm bu verilere dayanarak; ülkemizde evliliğin hâlen sürdürülmek için çaba harcanan ve kabul gören bir kurum olduğu söylenebilir (HÜNEE, 2009, s.: 43).

Çalışmamızda, adolesan annelerin %59'u, erişkin annelerin ise %24'ü eşlerinin ailesi ile birlikte yaşamaktadır ($p<0,001$). İstanbul'da yapılan çalışmada 15-24 yaş grubunun %67'sinin, Aydın'da yapılan çalışmada ise adolesanların %67,1'inin, adolesan olmayanların %33,3'ünün eşlerinin ailesi ile yaşadığı tespit edilmiştir (Karakaya, 2004; Demiröz, 2008). Çalışma sonuçlarından da görüldüğü üzere, ülkemizde özellikle düşük sosyokültürel düzeydeki halk arasında hâlen geniş ailelerde yaşamak yaygındır. Birlikte yaşamanın avantajları olmakla birlikte, henüz psikososyal gelişmesini tamamlamamış, kendini yeterince ifade edemeyen adolesan, yeni ailesi ve bebeği için potansiyel bir takım riskler de içermektedir. Adolesan grupta oranın bu kadar yüksek olması geleneksel özelliklerimizin yanı sıra, gençlerin maddi olarak aileye bağımlı olmaları ile de ilgili olabilir.

Çalışmaya katılan annelere, eşleriyle ilişkilerini ve evdeki işleyişe katılımlarını anlamak için yöneltilen soru sonucu, her 2 grup annenin büyük bir kısmı kararları eşleri ile konuşarak birlikte aldıklarını ifade etmişlerdir. Ancak, erişkin grupta (%22), adolesan gruba (%21) yakın oranda annenin evde söz haklarının olmadığını veya

eşlerinin kendilerinden daha bilgili ve tecrübeli olduğunu düşünüyor olması dikkat çekici bulunmuştur. Erişkinlerin bu soruya verdikleri yanıtlardan, ülkemizde evliliklerin önemli bir kısmında hâlen ataerkil aile yapısının devam ettiği yorumu yapılabilir. Adolesanların soruya verdikleri yanıtlardan ise henüz yeni evli oldukları, daha tecrübesiz oldukları için durumu objektif değerlendiremiyor olabilecekleri veya yaşça daha genç nesil arasında evliliklerde karşılıklı paylaşıma daha önem verildiği yorumu yapılabilir.

4.1.4. Anne-Babaların Aile Planlaması ile İlgili Bulgularının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, her 2 grup anne arasında cinsel yaşamları başlamadan önce korunma yöntemleri hakkında herhangi bir düzeyde bilgi sahibi olanların oranı düşüktür. Oran adolesan grupta %61, erişkin grupta ise %76 olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Annelerin ifadelerine göre, her 2 gruptaki baba annelerden daha yüksek oranda bilgi sahibidir ($p>0,05$). Ankara'da 385 üniversite öğrencisi arasında yapılan bir çalışmada ise öğrencilere korunmasız bir cinsel ilişkiden sonra gebeliği önleyici bir yöntem bilip bilmedikleri sorulmuştur. Bu soruya öğrencilerin sadece %50,5'i evet, %11,9'u korunmak gerektiğini bilmediklerini, %37,7'si ise yöntem bilmedikleri cevabını vermişlerdir. Aydın'da 2008 yılında yapılan çalışmada ise evli adolesanların sadece %27,6'sının, erişkinlerin ise %70,9'nun o zamana kadar bir sağlık kuruluşundan aile planlamasıyla ilgili bilgi aldıkları tespit edilmiştir (Bozkurt ve ark., 2006; Demiröz, 2008). CYBE'lar ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde korunma konusunda bilgi sahibi olmak oldukça önemlidir. Örneğin ABD'de, gençleri aynı seksüel aktivite potansiyeline sahip olan Batı Avrupa ülkeleriyle kıyaslandığında adolesan gebelik ve doğurganlık oranlarının daha yüksek olması; Avrupa ülkelerinde cinsel sağlık ve üreme sağlığıyla ilgili eğitimlerin daha düzenli yapılması, buna bağlı olarak da gençlerin korunma yöntemi kullanmayla ilgili bilgi, alışkanlık ve becerilerinin daha fazla olmasıyla açıklanmaktadır (Treffers, 2003; Klein, 2005). Yine ABD'deki Guttmacher Enstitüsü'nün (2010) raporuna göre, ABD'de 1990-2005 yılları arasında adolesan gebelik oranında %41 azalma sağlanması, gençlerin korunma konusundaki

bilgilerinin, kullanma alışkanlıklarının artmasına ve cinsel ilişkiye girmeyi ileri yaşlara ertelemelerine bağlanmıştır.

Çalışmamızda, her 2 grup annenin bilgilenmesinde ilk sırayı fazla nitelikli olmayan aile-akraba-arkadaş çevresinden edinilen bilgi oluşturmaktadır. Okul ise en düşük paya sahiptir. Kitaplar (%18'e %43,4) ve internetten (%19,7'ye %34,2) bu amaçla yararlanım oranı adolesanlarda erişkinlerden daha düşüktür. Sağlık kuruluşlarının bilgilenmedeki payı ise adolesan grupta %34,4, erişkin grupta %30,3'tür. Çalışmamızda, aile-akraba-arkadaş çevresinin genç kızların cinsel konularda bilgilenmesinde önemli bir paya sahip olduğu görülmektedir. Bu nedenle, gençlerle ilgili eğitimlere aileler de dahil edilmeli, kitle iletişim araçları yoluyla eğitim yaygınlaştırılmalıdır (Klein, 2005). Sağlık kuruluşlarının bilgilenmedeki oranının daha yüksek olması umut edilirken oranın düşük olması, bu konuda eksikliklerimiz olduğunu göstermektedir. Sonuç, genç kızların bilgiye nasıl ulaçacaklarını bilmemesinden veya bilgiye ulaşmanın önündeki engellerle ilgili olabilir. İnternetin birçok alanda olduğu gibi, bu konuda da giderek önem kazandığı, bu nedenle iyi denetlenmesi gerektiği de görülmektedir. Okulların bilgilenmedeki payının oldukça düşük olması, bu konuda yeni düzenlemelerin yapılması gerekliliğini vurgulaması bakımından önemlidir. Çalışmamızda adolesan anneler başta olmak üzere her 2 grubun da korunma yöntemleri hakkında herhangi bir düzeyde bilgi sahibi olma oranlarının düşük olması gibi, annelerin bilgi edindikleri kaynakların dağılımına da bakıldığında, cinsel sağlık-üreme sağlığı konusunda bilgilendirme ile ilgili eksiklikler olduğu gözlenmektedir. Küçük yaş grubu ve gençlerin eğitimi için mevcut durumun, eğitimin önündeki engellerin değerlendirilmesi ve hizmet planlamasının yapılmasının gerekliliği açıkca görülmektedir.

Çalışmamızda, adolesan annelerin %37'si, erişkinlerin ise %59'u o ana kadar korunma yöntemi kullanmıştır (p=0,056). Adolesan grupta korunma yöntemi kullanan annelerin %81,1'i, erişkin gruptakilerin ise %62,7'si ilk cinsel deneyimle birlikte korunmaya başlamıştır (p=0,056). Korunma yöntemi kullanan adolesan anneler ilk cinsel deneyimden ortalama 9,2 ay, erişkin anneler ise ortalama 19,6 ay sonra korunmaya başlamaktadırlar (p<0,05). ABD'de daha önce yapılan çalışmalarda gençlerin ilk modern gebelik önleyici yönteme cinsel aktiviteye başladıktan 1 yıl

sonra gecikmiş olarak başladıkları tespit edilirken, son yıllarda yapılan çalışmalarda seksüel aktif adolesan kızların %74'ünün, erkeklerin %82'sinin ilk cinsel ilişkilerinde korunma yöntemi kullandıkları saptanmaktadır. Yine bu adolesanların korunma yöntemi kullanmazlarsa, ilk cinsel tecrübeden sonraki 1 yıl içinde %90 oranında gebe kaldıkları saptanmıştır (Gutmacher Institute, 1994; Başer, 2000; Guttmacher Institute, 2010). TNSA-2008 verilerine göre korunma yöntemi kullanım oranı adolesan grupta %62,4, 20-34 yaş grubu evli kadınlarda ise yaşla birlikte giderek artan bir şekilde %84,3-93,5 arasındadır. Bu verilere göre, en düşük korunma yöntemi kullanan grup evli adolesanlardır. İzmir'de 2002-2003 yılları arasında adolesan gebelerde yapılan çalışmada ise plansız gebelik yaşayan adolesanların hiçbirinin korunma yöntemi kullanmadığı tespit edilmiştir. Denizli'de yapılan çalışmada ise evli adolesanların düşük oranda (%42,8) korunma yöntemi kullandığı tespit edilmiştir (Yıldırım ve ark., 2005; Özşahin ve ark., 2006; HÜNEE, 2009, s.: 78). Adolesanlardaki oranların gelişmiş ülkelerden bu kadar farklı olması, ülkemizdeki adolesanların korunma konusundaki bilgilerinin yetersiz olmasından kaynaklanıyor olabilir. Yanı sıra durum, grubumuzdaki kadınların çoğunun düşük veya orta sosyokültürel seviyedeki ailelerden gelmeleri nedeniyle, ilk cinsel tecrübenin evlilik kurumu içinde yaşanmış olduğu varsayılarak, doğurganlık çağında, genç, bebek isteyen ve/veya bebek istenilen anneler olmalarından da kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda, her 2 grup anne de gebelik sayıları arttıkça daha yüksek oranda korunmaktadır. Her 2 gebelik öncesinde de adolesanlar erişkinlerden daha az korunmaktadırlar. Ancak fark istatistiksel anlamlı değildir. TNSA-2008 verilerine göre de, kadınların çocuk sayıları arttıkça yöntem kullanım oranları artmaktadır. Çocuğu olmayan evli kadınların %28'inin, 1-2 çocuk arası %78,1'inin, 2-3 çocuğu olanların ise %79,1'inin korunma yöntemi kullandığı tespit edilmiştir (HÜNEE, 2009, s.: 78).

Çalışmamızda, her 2 grupta ilk gebelik öncesi tercih edilen korunma yöntemleri arasında ilk 2 sırada erkeğin ilişki sırasında geri çekmesi ve erkeğin prezervatif kullanımı yer almaktadır. İkinci gebelik öncesi ise adolesanlar yine erkeğin ilişki sırasında geri çekmesi ve prezervatif kullanımını tercih ederken, erişkinlerde

geleneksel yöntem tercihi azalmakta, prezervatif kullanımı ilk sıraya yeleşmekte, doğum kontrol hapı kullanımı azalmakta, yerini RİA kullanımı almaktadır. Çalışmamızda erişkin annelerde gebelik sayısının artması, onların daha güvenli yöntemleri tercih etmeleri yönünde adolesanlarla kıyaslandığında biraz daha fazla bir değişikliğe neden olurken, adolesanlarda durum bu yönde daha küçük bir değişikliğe neden olmaktadır. Ancak, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. TNSA-2008 verilerine göre ise hâlen evli adolesanların %50'si geleneksel yöntemleri, %38,5'i ise modern yöntemleri tercih etmektedirler. Geleneksel yöntemler içinde en fazla tercih edileni geri çekme, modern yöntemler içinde ise prezervatif kullanımıdır. Denizli'de yapılan çalışmada ise evli adolesanların %57,2'sinin yöntem kullanmadığı tespit edilmiştir. Kullanan grupta ise sırasıyla şaşırtıcı şekilde ilk sırada RİA (%15,7), %13 geri çekme, %12,1 prezervatif kullanımı, %2 oranında ise doğum kontrol hapı kullanımı yer almaktadır. ABD'de ise adolesanlar ilk cinsel ilişkilerinde güvenli bir yöntem olan prezervatif kullanımını ilk sırada tercih etmektedirler. Oran adolesan kızlarda %66, erkeklerde ise %71'dir. Yine ABD'de seksüel aktif kadınların %98'inin korunma yöntemi kullandığı, yöntemler arasında prezervatif kullanımının %94 oranıyla ilk sırayı aldığı, %61 oranında ise doğum kontrol hapı kullanıldığı belirtilmektedir. Çalışmamızın ve ülkemizden yapılan diğer çalışmaların sonuçlarına bakıldığında, ülkemizde annelerin gelişmiş ülkelere kıyasla gebelikten korunmak için daha düşük oranda güvenli yöntemleri tercih ettikleri gözlenmektedir (Özşahin ve ark., 2006; HÜNEE, 2009, s.: 78; Guttmacher Institute, 2010).

Çalışmamızda, annelerin tamamı doğan çocuklarını istediklerini ifade etmişlerdir. Bununla birlikte doğum sonrası rasyonelleştirme ortaya çıkacağı için, istenmeyen doğumların anneler tarafından gerçekte olduğundan daha az yansıtılabileceği de bilinmektedir (HÜNEE, 2009, s.: 128). Her 2 grup annenin de gebeliklerinin planlılık oranları yüksek değildir. Anneler ikinci gebeliği birinci gebeliğe göre daha planlayarak gerçekleştirmektedirler. Adolesanlarda 1. ve 2. gebelikte planlılık durumu daha düşüktür. Ancak, aradaki fark istatistiksel anlamlı değildir. Erişkinlerde ise 3 kez gebelik yaşayan 5 annenin 3. gebeliklerinin %60'ının planlı olması da dikkat çekicidir. İzmir'de 2002-2003 yılları arasında 1800 adolesan gebede yapılan çalışmada, adolesanların gebeliklerinin %24'ünün plansız olduğu bulunmuştur. Aydın'da 2008 yılında yapılan çalışmada ise adolesanlar arasında en az bir kez

istemeden gebe kalanların oranı %21,4 olarak bulunmuştur (Yıldırım ve ark., 2005; Demiröz, 2008). ABD'de ise adolesan gebeliklerin büyük kısmı evlilik dışı olduğundan, Guttmacher Enstitüsü'nün (2010) raporuna göre gebeliklerin oldukça yüksek bir kısmı (%82) plansızdır. Yıllık tüm plansız gebeliklerin %20'sini oluşturmaktadır.

4.2. Annelerin Doğurganlık Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, her 2 grup annenin büyük bölümü tek gebelik yaşamıştır. Yine de yaşları bu kadar genç adolesan annelerin %13'ünün birden fazla gebelik yaşaması önemlidir. TNSA-2008 verilerine göre de Türkiye'de kadınlar hâlen erken yaşta doğum yapmayı tercih etmekte olup, doğumların %70'i 30 yaşından önce meydana gelmektedir (HÜNEE, 2009, s.: 60). Çalışmamızda da, erişkin annelerin %34 gibi önemli bir oranının birden fazla gebelik yaşaması bunu destekler niteliktedir. İzmir'de 2004 yılında yapılan çalışmada ise adolesanların %81,5'inin tek gebelik yaşadığı tespit edilmiştir (Keskinoğlu ve ark, 2007).

Çalışmamızda, adolesan annelerin 1 ve 2. gebelikleri arasındaki ortalama süre 8,2 ay (ortanca: 5), erişkin annelerin ise 32 (ortanca: 29, $p<0,001$) aydır. Üç gebelik yaşayan 1 adolesan annenin 2-3. gebeliği arasındaki süre 6 ay, 5 erişkin annenin ise ortalama 22,8 (ortanca: 21) aydır. Adolesan annelerde 1-2. gebelikler ve 1 adet 2-3. gebelik arasındaki süre oldukça kısadır. Adolesan annelerin gebelikleri arasındaki süreyi uygun ayarlayamadıkları gözlemlenmektedir. Erişkin annelerde ise 1-2. gebelik arasındaki süre uygun olmakla birlikte, 2-3. gebelik arasındaki süre kısadır. Durumun anne-bebek açısından psikolojik ve birçok sağlık riskine yol açacağı söylenebilir (Wildschut, 2008, s.: 28). Üç gebelik yaşayan toplam 6 anneden, erişkin olan 5 annenin yalnızca 2'sinin yaşayan 3 çocuğu bulunmaktadır. Gebelikler arasındaki süre kısalığının çocukların hayatta kalması üzerinde etkisi olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda, her 2 grup ailenin büyük bir bölümünün tek çocukları vardır. Adolesan grupta 13 adet birden fazla gebelikte, sadece 3 ailenin 2 çocuğu vardır.

Oysa erişkin grupta, 29 adet 2 gebelik yaşayan annenin 28'i 2 çocuk, 3 gebelik yaşayan 5 annenin 2'si 3 çocuk sahibidir. Doğduktan sonra kaybedilen çocuk bulunmamaktadır. Çalışmamızda adolesan annelerin 1-2. çocukları arasındak yaş aralığı ortalama 25 ay (ortanca: 27), erişkin annelerde ise ortalama 46 aydır (ortanca: 48, p=0,06). TNSA-2008 verilerinde ise araştırmanın yapıldığı dönemden önceki 5 yıl içinde kadınların saptanan ortanca doğum aralığı 44 ay olarak bulunmuştur. Kadınların %60'ında bu aralık en az 3 yıl, %20'sinde 24-35 ay, %20'sinde ise 24 aydan daha azdır. Yine bu çalışmada, doğum aralıklarının çocuğu doğum sırası arttıkça arttığı, kentlerde, eğitim seviyesi, refah seviyesi yüksek kesim arasında daha da uzun olduğu tespit edilmiştir. Araştırmalarda, 2 canlı doğum arasında olması gereken minimum süre 24 ay olarak belirtilmektedir. Bu sürenin kısa olması halinde anne ve bebek ölüm, çocukların hastalanma riskinin arttığı belirtilmektedir (HÜNEE, 2009, s.:69).

Çalışmamızda, adolesan annelerin %10'u, erişkinlerin %7'si düşük yapmıştır. Adolesan grupta 2 kez düşük yapan 1 anne bulunmaktadır (p>0,05). Çalışmamızda, adolesan grupta kendiliğinden ve isteyerek yapılan düşükler erişkin gruptakinden daha fazladır (sırasıyla %40 ve %30). Ancak, fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Araştırma sonuçlarına göre, her yıl sağlıksız koşullarda meydana gelen düşüklerin %25'i adolesan yaş grubunda görülmektedir (Adolesan sağlığı, 2010). Çalışmamızda adolesanlarda meydana gelen kendiliğinden düşükler; adolesanın biyolojik immatüritesi, beslenme durumu, sosyoekonomik koşullarının uygun olmaması ile ilgili olabilir. İsteyerek düşükler ise adolesanın yaşının küçüklüğü, psikolojik durumunun henüz bir gebeliğe uygun olmaması, korunma konusunda bilgi yetersizliği veya kullanım konusundaki tecrübesizliği nedeniyle, gebeliğin planlayarak yaşanmamasından kaynaklanıyor olabilir (Karakaya, 2004). İzmir'de 2002-2003 yılları arasında yapılan çalışmada, adolesanlar arasındaki düşük oranı %13,8 olarak bulunmuştur. Aydın'da 2008 yılında yapılan çalışmada ise adolesanların %17,1 oranında en az bir kez kendiliğinden düşük yaşadıkları tespit edilmiştir. TNSA-2008'de ise isteyerek düşük oranının, çocuk sayısı arttıkça, kentsel alanda, refah seviyesi yüksek kadınlar arasında daha yüksek olduğu bulunmuştur. Adolesan yaş grubunda ise diğer yaş gruplarından daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Yıldırım ve ark., 2005; Demiröz, 2008; HÜNEE, 2009, s.: 99).

Çalışmamızla, TNSA-2008 arasında adolesanlarla ilgili isteyerek düşük durumu açısından bu farklılık; grubumuzdaki adolesanların kentsel alanda yaşamasından kaynaklanıyor olabilir. Gelişmiş ülkelerde ise adolesan gebeliklerinin çoğu evlilik dışı, plansız ve istenmeyen gebelikler olduğu için, isteyerek yapılan düşük oranları da bir o kadar yüksektir. Bu yaş grubundaki tüm kanıtlanmış gebeliklerin %30-60'ı düşükle sonlanmaktadır (Wildschut, 2008, s.: 28).

4.3. Annelerin Bebek Bakım, Emzirme Bilgisi Durumlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, her 2 grup annenin büyük bir kısmı ilk gebelikleri sırasında bebek bakımı ile ilgili bilgi edindiklerini ifade etmişlerdir. Erişkin anneler kitap, sağlık kuruluşları, internet-CD'i sırasıyla %51,2, %43,9, %41,4 gibi birbirine yakın oranlarda, adolesan anneler ise sağlık kuruluşlarını %57,5, kitap ve internet-CD'i erişkinlerden daha düşük oranlarda (%27,6 ve %24,1) kaynak olarak ifade etmişlerdir. Aydın'da yaş ortalamaları 16,8 olan adolesanların gebelikte annelik ve bebek bakımı hakkında bilgilenme oranları, istatistiksel anlamlı olmasa da erişkinlerden daha düşük bulunmuştur (Demiröz, 2008). Çalışmamızda adolesanların bilgi edinmede kaynak olarak kitap ve internet'i erişkinlerden daha az kullanmalarının; eğitim eksikliklerine, gebelik ve ebeveynlik için yeterince hazır olmamalarına bağlı olduğu düşünülmektedir (Hillis ve ark., 2004; Wildschut, 2008, s.: 29). Bu durum, adolesanın bebek bakımında sorunlar yaşamasına ve bebek açısından da birtakım sağlık risklerine yol açacaktır.

Çalışmamızda, adolesan annelerin %61'i, erişkin annelerinin ise %83'ü ilk gebelikleri öncesinde emzirmeye karar vermiştir. Adolesan annelerin %5'i emzirme kararını doğumdan sonra vermiştir ($p<0,001$). Erişkin annelerden %17'sinin emzirme kararını gebelikleri sırasında vermiş olması annelerin eğitim düzeyi ile ilişkili olabilir. ABD'de yapılan bir çalışmada da, adolesan annelerin erişkin annelere oranla daha azının gebelik öncesi emzirme kararı verdikleri tespit edilmiştir (Maehr ve ark., 1993). Çalışma sonucumuza dayanarak, bebeklerin anne sütü alımını artırmanın bir yolunun da, evlenme çağındaki tüm genç kızların anne sütü eğitimlerine dahil edilmesi olacağı söylenebilir.

4.4. Annelerin Üreme Sağlığı ile İlgili Bulgularının Değerlendirilmesi

Çalışmamızda her 2 grup annenin büyük bir kısmı son gebeliklerinde, gebelik takiplerine erken bir zamanda gelmiş olmakla birlikte, adolesanlar erişkinlere oranla ilk gebelik takiplerini geciktirme eğilimindedirler. Bu süre adolesanlarda ortalama 8,5 (ortanca: 6,5), erişkinlerde ise 7,1 haftadır (ortanca: 6, $p<0,05$). Adolesanlar prenatal bakım almayı geciktirme eğilimindedirler ve prenatal bakım verilen kurumlardan yeterince yararlanamamaktadırlar. Özellikle ikinci gebeliği olan adolesanların prenatal bakıma uyumu yetersizdir. Gebelik istenen bir gebelik olsa da, bazen yeterli prenatal bakım alınamayabilmektedir (Treffers ve ark., 2001; Yıldırım ve ark., 2005; Phupong ve Suebnukarn, 2007; Wildschut, 2008, s.: 28). Doğum öncesi bakımın gebeliğin erken dönemlerinde başlatılması, gebeliğin olumsuz sonuçlanmasını önlemekte daha yararlı ve etkili olmaktadır. Yine erken prenatal takibin, postnatal dönemde de birçok anne ve bebek sonucu üzerine olumlu etkisi bulunmaktadır (Maehr ve ark., 1993; Scholl ve ark., 1994; Wildschut, 2008, s.: 28; Feemster ve ark., 2009; HÜNEE, 2009, s.: 146).

Çalışmamızdaki adolesan annelerin %91'inin, erişkin annelerin %95'inin takip sayısı 4 ve üzerindedir. Altı ve üzerinde takibe gelen anne oranı ise adolesan grupta %77, erişkin grupta ise %88'dir ($p>0,05$). DSÖ, annelerin gebelik süresince en az 4 kez takibe gelmesi gerektiğini belirtmektedir. TNSA-2008'de ise çalışmanın yapıldığı dönemden önceki 5 yıl içinde son doğumlarını yapan annelerin %92'si en az bir kez doğum öncesi bakım almıştır. Oran 20 yaş grubu altında %92, 20-34 yaş grubunda ise %92,9 olarak bulunmuştur. Prenatal bakım oranı, kentsel alanda, eğitim, refah düzeyi yüksek olan kadınlar arasında, çocuk sayısı azaldıkça daha yüksek bulunmuştur. Annelerin %73,4'ü 4 ve üzeri takip yaptırmıştır. İlk takibe gelme zamanları ise ortalama 10 hafta civarındadır. İzmir'de 2002-2003 yılları arasında yapılan çalışmada ise adolesan gebelerin %77 gibi oldukça yüksek bir oranda prenatal takibe gelmedikleri tespit edilmiştir. Takibe gelenler ise ortalama 28,2 hafta gibi oldukça geç haftalarda ilk prenatal takibe gelmektedirler. ABD'de ise adolesanların %7'si hiç prenatal bakım almamakta veya geç almaktadırlar. Dünyanın en az gelişmiş bölgelerinden Güneydoğu Asya'da 1994-2004 yılları arasındaki 10 yıllık dönemi kapsayan, 15 yaşının altındaki adolesan gebelerde yapılan çalışmada

ise bu gebelerin hiçbirinin prenatal bakım almadığı tespit edilmiştir. İsrail'de yapılan çalışmada ise yaş ortalaması 18 olan adolesan gebelerin ortalama 6 kez takibe geldikleri bulunmuştur (WHO, 2002; Yıldırım ve ark., 2005; Geist ve ark., 2006; Phupong ve Suebnukarn, 2007; Anne ve yenidoğan sağlığı, 2009, s.: 13; HÜNEE, 2009, s.: 145, 146, 147; Guttmacher Institute, 2010). Çalışmamızda her 2 gruptaki prenatal takiple ilgili oranların ülke genelinden daha iyi durumda olmasının, annelerin kentsel alanda yaşayan, gebeliklerini evlilik kurumu içinde gerçekleştiren, doğurganlık davranışına yeni başlamış genç anneler olmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

4.5. Adolesan Olmanın Anne, Bebekte Neden Olduğu Riskler ve Annenin Bebek Bakım Pratiği Üzerine Olan Etkilerinin Değerlendirilmesi

4.5.1. Adolesan Olmanın Annede Neden Olduğu Risklerin Değerlendirilmesi

Annelerde 3. trimesterde hemoglobin değerinin 11 gr/dl'nin altında olması anemi olarak kabul edilmiştir (Cunningham ve ark., 2001, s.: 1308). Çalışmamızda her 2 grupta da anemi prevalansı yüksektir. Oran adolesan grupta %50, erişkin grupta ise %49'dur ($p>0,05$). İki grup annenin hemoglobin değeri ortalamaları birbirine yakın olup, adolesanlarda ortalama 10,9 gr/dl, erişkinlerde ise 11,1 gr/dl bulunmuştur ($p>0,05$). İsrail'de yaş ortalaması 18 olan adolesan annelerde yapılan çalışmada ise anemi prevalansı %41 olarak bulunmuştur. Türkiye'de anemi görülme sıklığı ile ilgili geniş boyutlu bir çalışma olmayıp, daha küçük çaplı değişik çalışmalarda anemi prevalansı %29,4-%95,2 arasında değişmektedir. Bu farklılık beslenme alışkanlıkları ve doğurganlıktaki farklılıklarla açıklanmaya çalışılmaktadır. İstanbul'da 2007 yılında, yaşları 17-44 arasında değişen, gebelikleri sırasında demir ve/veya vitamin preparatı kullanmamış 237 gebe arasında yapılan, hemoglobin değeri 11 gr/dl'nin altı ve hematokrit değeri 33'ün altının anemi olarak kabul edildiği çalışmada ise anemi prevalansı %14,7 olarak bulunmuştur. Etyolojide %42,9 demir eksikliği, %45,7 vitamin B12 eksikliği, %2,9 folik asit eksikliği, dokuz hastada ise vitamin B12 ve demir eksikliği bir arada saptanmıştır (Geist ve ark., 2006; Api ve ark., 2009). Çalışmamızda anemi prevalansının yüksek olması, annelerde gebelikte kanama

oranının yüksek olmaması da göz önüne alındığında; annelerin büyük oranda düşük ve orta gelir düzeyindeki ailelerde yaşıyor olmaları nedeniyle yetersiz ve dengesiz beslenmelerine, adolesanların kendi büyümelerinin de devam etmesine, erişkinlerin gebelik sayılarının daha yüksek olmasına, gebelikte demir tedavisi kullanım oranlarının yüksek olmasına rağmen demir tedavisinin uygun dozda kullanılmamasına bağlı olabilir. Diğer mikrobesin eksikliklerinin de buna katkısı olabilir (Pathak ve ark., 2003; Mc Intyre, 2006; Moran, 2007; Api ve ark., 2009).

Çalışmamızda, her 2 grup annenin büyük bir kısmı son gebeliklerinde demir preparatı kullanmıştır. Oran adolesan grupta %83, erişkin grupta %81'dir ($p>0,05$). Gebelikte anemi varlığının maternal ve perinatal sonuçlar üzerine etkisi olup-olmadığı, gebelikte demir, folik asit kullanımının gebelik sonuçları üzerine etkisi ile ilgili farklı çalışma sonuçları bulunmaktadır. Pena-Rosas ve Viteri (2006) tarafından yapılan bir Cochrane derlemesinde, rutin demir tedavisinin hemokonsantrasyona yol açtığı belirtilmiştir. Hemokonsantrasyonun da anemi gibi DDA, preterm doğum ve İUGG'li bebek doğumu gibi istenmeyen sonuçlara yol açabileceği bilinmektedir. Yüksek hemoglobin seviyelerinin her zaman iyi demir depolarını gösterdiğinin düşünülmemesi gerektiği de belirtilmektedir (Murphy ve ark., 1986; WHO, 1992; Scanlon ve ark., 2000; Levy ve ark., 2005; Mahomed, 2006). Bu nedenle tedavi kararı verilirken genel kanı; sadece hemoglobin ve hematokrit değerlerine göre karar verilmemesi, demir depolarına ve diğer mikrobesin (folik asit, B12, A vitamini gibi) düzeylerine de bakılması ve buna göre tedavide seçici davranılması yönündedir (Api ve ark., 2009). Bununla birlikte (özellikle az gelişmiş ülkeler başta olmak üzere) DSÖ raporlarına göre gebe kadınların %50'den fazlası anemiktir (WHO, 1992). Afrika'da yapılan bir çalışmada anemi nedeni olarak; %23 demir eksikliği, %32 demir eksikliğiyle beraber diğer mikrobesin eksiklikleri (folik asit, vitamin B12 ve A), %26 oranında ise mikrobesin eksiklikleri tespit edilmiştir. Lübnan'da yapılan çalışmada ise doğurganlık çağındaki gebe olmayan kadınların %7,7'sinde demir eksikliği anemisi, %25,9'unda folik asit eksikliği, %39,4'ünde ise vitamin B12 eksikliği tespit edilmiştir (van den Broek ve Letsky, 2000; Al Khatib ve ark., 2006). Tüm bu bilgilerle birlikte 2005 yılından itibaren ülkemizde Sağlık Bakanlığınca yürütülen uygulama ise klinik anemi olmasa da, günlük demir gereksinimi göz önüne alınarak, tüm gebelere ikinci trimesterden başlayarak 6 ay ve doğum sonrası 3 ay

olmak üzere toplam 9 ay süre ile günlük 40-60 mg elementer demir verilmesi biçimindedir (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007).

Çalışmamızda, adolesan annelerin %4, erişkinlerin %3'ünde gebelik hipertansiyonu saptanmıştır (p>0,05). Erişkin gruptan 1 annede preeklampsi saptanmış, 2 gruptaki annenin hiçbirinde eklampsi saptanmamıştır. Adolesan gebelerde hipertansif hastalık sıklığının arttığına dair birçok çalışma sonucu bulunmaktadır. Samsun'da yaş ortalaması 18 olan adolesan gebelerde yapılan çalışmada, preeklampsi ve/veya eklampsi görülme sıklığı %8,4 olarak bulunmuştur. Adana'da yapılan çalışmada ise gebelik hipertansiyonu %14,5 olarak bulunmuştur (Demir ve ark., 2000; Canbaz ve ark., 2005; Trivedi ve Pasrija, 2007; Phupong ve Suebnukarn, 2007). Çalışmamızda oranın her 2 grupta da düşük bulunması, annelerin gebelik takibine erken başlamasına, yeterli sayıda gebelik takibine gelmelerine, adolesanların yaşlarının çok küçük olmamasına, erişkin annelerinde doğurganlık çağında genç anneler olmalarına bağlı olabilir (Geist ve ark., 2006; Phupong ve Suebnukarn, 2007; HÜNEE, 2009, s.: 146).

Çalışmamızda, her 2 grupta da sezaryen doğum oranı yüksektir. Ancak, oran erişkin grupta daha (%34'e, %20) yüksektir (p<0,05). Durum, çalışmamızda çok küçük yaşta adolesan olmamamasından da kaynaklanıyor olabilir. DSÖ verileri, sezaryen doğum oranı %5-10 arasında olduğunda anne ve bebek sonuçlarının daha iyi olduğunu, oran %15'in üstüne çıktığında sonuçlar üstündeki olumsuz etkilerin arttığını göstermektedir (Wildschut, 2008, s.: 28; Child Birth Connection, 2010). Çalışmamızda sezaryen doğum nedenlerinden, anne ile bebek arasında baş-pelvis uygunsuzluğu bulunması erişkinlerde, doğum eyleminin uzaması ve bebeğin makad gelişi olması adolesan grupta daha fazla gözlenmiştir (p>0,05). Çalışmamızda, erişkinlerdeki sezaryen doğum oranının yüksekliği de dikkat çekicidir. TNSA-2008 verilerine göre, çalışmanın yapıldığı tarihte önceki 5 yıl içinde sezaryen doğum oranı %37, adolesanlarda ise %26,6 olarak bulunmuştur. Oran kadının yaşı arttıkça, çocuk sayısı arttıkça, kentsel alanda, eğitimli ve refah düzeyi yüksek kadınlar arasında daha yüksek bulunmuştur. Adana'da yapılan çalışmada, yaş ortalaması 18,2 olan adolesanlarda sezaryen oranı %28,5, Van'da yapılan çalışmada adolesanlardaki sezaryen oranı %17,1, erişkinlerde %28,8, İzmir'de yapılan çalışmada oran %27,5,

Hindistan'da ise adolesanlarda sezaryen oranı %9,6, erişkinlerde ise %17,2 olarak bulunmuştur. Tüm verilerden ülkemizde sezaryen doğum oranlarının hâlen yüksek olduğu gözlenmektedir (Demir ve ark., 2000; Zeteroğlu ve ark., 2005; Keskinoğlu ve ark., 2007; Trivedi ve Pasrija, 2007; HÜNEE, 2009, s.: 152, 153).

Çalışmamızda, her 2 grupta da komplikasyon oranı oldukça düşüktür. Adolesan gruptan 1 annede doğum sonrası (atoni kanaması) komplikasyon meydana gelmiş, erişkin grupta ise komplikasyon gözlenmemiştir.

4.5.2. Adolesan Olmanın Bebekte Neden Olduğu Riskler ve Annenin Bebek Bakım Pratiği Üzerine Olan Etkilerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, her 2 grup annenin bebeklerinin doğum kiloları ortalaması benzer olup, adolesan grupta 3478 gr, erişkin grupta ise 3265 gr olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Gestasyon haftası, 36 hafta olan erkek bebeklerin doğum kilolarının %50 persentile uyan kiloları 3270 gr, kızların ise 3230 gr'dır. Çalışmamızdaki bebeklerin %89'unun term bebek olduğu göz önünde bulundurularak, büyük bir kısmının doğum kilolarının %50 persentil veya üstünde olduğu söylenebilir (Needlman, 1996, s: 39). Adana'da yapılan, yaş ortalaması 18,2 olan adolesanların bebeklerinin doğum ağırlıklarının ortalaması 3093 gr, İsrail'de yapılan çalışmada ise 3108 gr olarak bulunmuştur (Demir ve ark., 2000; Geist ve ark., 2006).

Tüm doğumlarda beklenen DDA'lı bebek oranı %3-10'dur (Gomella, 2004, s.: 469). Çalışmamızda, adolesan grupta DDA'lı bebek oranı %6, erişkin grupta %7'dir ($p>0,05$). TNSA-2008'de, çalışmadan önceki 5 yıl içinde doğan çocukların %11'i 2500 gramın altındadır. Adolesanlardaki oran %12,7, 20-34 yaş grubunda ise %10,5'dir. Çalışmada DDA'lı bebek oranının, çocuk sayısı arttıkça, kırsal kesimde, eğitim ve refah seviyesi düştükçe daha da arttığı tespit edilmiştir. İzmir'de yaş ortalaması 17,3 olan adolesan anneler arasında DDA'lı bebek oranı %28,7, Samsun'da yaş ortalaması 18 olan adolesan anneler arasında %12,3, İzmir'de yapılan bir başka çalışmada ise %12,1 olarak bulunmuştur (Yıldırım ve ark., 2005; Canbaz ve ark., 2005; Keskinoğlu ve ark. 2007; HÜNEE, 2009, s.: 160). Çalışmamızda

özellikle adolesan annelerde daha belirgin olmak üzere; sosyoekonomik düzey, eğitim düzeyi düşüklüğü gibi bir takım olumsuzluklar mevcuttur. Bunlara rağmen, 2 grupta da bebeklerin büyük bir kısmının doğum kilolarının normal olması, DDA'lı bebek oranının da benzer ve düşük olması, yeterli prenatal takip sayesinde, bu tür sorunların daha az yaşanabileceğini ve durumun tek başına adolesan olmakla açıklanamayacağını göstermektedir.

Çalışmamızda, bebeklerin gestasyon haftası ortalaması adolesan grupta 39,5, erişkin grupta ise 39,3 hafta olarak bulunmuştur ($p>0,05$). Preterm doğum sıklığı tüm doğumlarda %7-10'dur (Lowery ve Reece, 2005, s.: 225). Çalışmamızda da, her 2 grupta genel oranlar içinde (%11) saptanmıştır. Adana'da yaş ortalaması 18,24 olan adolesanların bebeklerinin ortalama gebelik haftası 38,2, preterm doğum %7, İzmir'de yaş ortalaması 17,3 olan adolesanlarda ortalama gebelik haftası 36, İsrail'de yaş ortalaması 18 olan adolesanlarda ortalama gebelik haftası 39, Samsun'da yapılan çalışmada ise preterm doğum oranı %9,5 olarak bulunmuştur (Demir ve ark., 2000; Yıldırım ve ark., 2005; Canbaz ve ark., 2005; Geist ve ark., 2006). Farklı çalışma sonuçları olsa da, çalışmamızda preterm doğum oranının genel saptanan oranlar içinde olması, 2 grup arasında fark bulunmaması ve bebeklerin büyük bir bölümünün terme ulaşması nedeniyle, yeterli prenatal takiple, tek başına adolesan olmanın prematür doğum riskini artırmadığı söylenebilir.

Çalışmamızda adolesan anne bebeklerinin %6'sı, erişkin anne bebeklerinin %10'u anneleri taburcu olmadan hastanede yatmıştır. Her 2 grupta da bebeklerden %3'ü taburcu olduktan sonra hastaneye yatırılmıştır. Aydın'da yapılan çalışmada da, bebeklerde erken ve geç yenidoğan döneminde sağlık sorunu yaşanması açısından adolesan ve erişkin grup arasında fark saptanmamıştır. Aynı çalışmada, annelerde de lohusa döneminde sağlık sorunu gelişimi açısından 2 grup arasında fark saptanmamış ve 2 grup annede de ciddi sağlık sorunu gözlenmemiştir (Demiröz, 2008). Bu tespitlerle birlikte TNSA-2008 verilerinde ise araştırmadan önceki 10 yıllık sürede neonatal ölüm hızı, adolesan ve 40 yaş üstü grup bebeklerinde diğer yaş grubu bebeklerinden daha yüksek bulunmuştur. Bu artış adolesan grup bebeklerinde, postneonatal ve çocukluk yaş grubunda da devam etmektedir. Bu nedenle 5 yaş altı ölüm hızı, adolesan yaş grubu bebeklerinde diğer yaş grubu bebeklerinden daha

yüksek bulunmuştur. Bu araştırmadaki sonuçlar adolesanlık dışında, adolesanlarla birlikte olma olasılığı yüksek olan olumsuz koşullarla ilgili olarak da yüksek bulunmuş olabilir. Çalışmamızda annelerin adolesan olması, bu bebeklerin hastaneye yatış oranlarında artış biçiminde bir farklılığa neden olmamıştır. Çalışmamızın sonuçlarının TNSA-2008 sonuçlarından farklı bulunmasının nedeni; çalışmamızdaki annelerin yeterli prenatal takip alan, postnatal dönemde de desteklenen anneler olmasından ve sonuçların kısa bir izlem dönemi sonuçları olmasından da kaynaklanıyor olabilir. Adolesanların doğumlarının, psikolojik destek dışında erişkin doğumlarından farklı bir bakım gerektirmediği bilinmektedir. Erken ve uygun sayıdaki prenatal takip kadar, doğumdan sonra kısa ve uzun dönemde de adolesan annelerin ve çocuklarının izlemi, onların ciddi sağlık sorunları yaşamamaları için özellikle önem taşımaktadır (Wildschut, 2008, s.: 28, 29; HÜNEE, 2009, s.:137).

Çalışmamızda, adolesan annelerin %94'ü, erişkin annelerin %96'sı bebeklerini ilk 24 saat içinde emzirmeye başlamıştır ($p>0,05$). Her 2 grupta da annelerin %27'sinin emzirmeye ilk 1 saat içinde başlayamaması, sezaryen doğum yapmalarının yanı sıra, hastanemizde doğum salonunda emzirmeye uygun ortam yaratılamaması ile de ilgili olabilir. ABD'de yapılan bir çalışmada da, adolesan ve erişkin anneler arasında doğum sonrası bebeği emzirmeye başlama zamanları açısından fark saptanmamıştır. TNSA-2008 verilerine göre ise, annelerin sadece %39 gibi düşük bir yüzdesi ilk 1 saat içinde olmak üzere, %73'ü ilk 24 saat içinde, %27'si gibi yüksek bir oranı ise ilk 24 saatten sonra emzirmeye başlamaktadır. İlk 1 saat içinde emzirmye başlayanların oranı kentte, eğitim ve refah düzeyi yüksek grupta daha yüksek bulunmuştur (Maehr ve ark., 1993; HÜNEE, 2009, s.: 171, 172). Çalışma sonuçlarımızdan, adolesan olmanın annenin bebeğini emzirmeye başlama süresi üzerinde olumsuz bir etkisinin olmadığı gözlenmektedir. TNSA-2008 sonuçları ile çalışma sonucumuz arasındaki farklılık; çalışmamızdaki annelerin uygun prenatal takip alması, Ankara gibi sağlık hizmetlerinin iyi verildiği bir metropolde yaşamaları, hizmete ulaşımda daha az sorun yaşanması ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda, adolesan anne bebeklerinin ilk 1 ayda aldıkları kilo ortalamaları 1063 gr, erişkin anne bebeklerinin ise 1045 gr'dır ($p>0,05$). Benzer şekilde adolesan anne bebeklerinin 1.-2. ay arası aldıkları kilo ortalamaları 1066 gr, erişkin anne

bebeklerinin ise 1048 gr'dır (p>0,05). Çalışmamızda anneler, doğumda, 1. ve 2. ayın sonundaki takiplerinde emzirme konusunda desteklenmişlerdir. Yenidoğan bebekler, doğduktan sonra ilk 1 haftada ekstravasküler sıvı kaybı ve yeterince beslenemedikleri için ağırlıklarının %10'unu kaybederler. Daha sonra beslenmeleri düzene girdiği için, ikinci haftada tekrar doğum kilosuna ulaşır veya geçerler. Bundan sonra da, ilk 3 ay günde 30 gram kilo artışları olur. TNSA-2008 verilerinde de, yetersiz beslenme çok küçük bebekler için önemli bir problem gibi gözükmemektedir. Bu verilerde, çocukların anne sütünden kesildikleri döneme denk gelen 24-35 ay yaş grubundaki çocuklar, kuvvetle muhtemel yetersiz veya dengesiz beslenme alışkanlıkları ve/veya tekrarlayan, kronik enfeksiyonların varlığı nedeniyle yaşa göre boyun en kısa, yaşa göre ağırlığın en düşük olduğu yaş aralığını oluşturmaktadırlar (Needlman, 1996, s: 38, 41; HÜNEE, 2009, s.: 181). Çaışmamızda, iki grubun bebeklerinin ilk 2 ayda aldıkları kiloların, günlük alınması beklenen 30 gramın üstünde olduğu gözlenmektedir. Sonuç, 2 grup annenin de bebeklerini ilk 2 ayda büyük oranda anne sütü ile beslemelerine bağlanmıştır. Ayrıca, adolesan anne olmanın malnütrisyon, yetersiz beslenme gibi bebekte yol açabileceği olumsuzlukların, yeterli doğum sonrası takiple engellenebileceği düşünülmektedir. Buradan anne sütü ile beslenmenin, ek gıdalara uygun zamanda başlama ve uygun ek gıda vermenin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda, tüm bebekler doğduktan sonra anne sütü almaya başlamışlardır. Anne sütünü bırakma oranı adolesan grupta daha fazla (%5'e, %1) olmakla birlikte, fark istatistiksel anlamlı değildir. Adolesan grupta bebeklerin anne sütünü bırakma zamanı ortalama 25,4 gündür. Üç bebek 10-14. gün arası, 2 bebek ise 32 ve 57. günde anne sütünü bırakmıştır. Erişkin gruptan anne sütünü bırakan tek bebek ise 58. gün bırakmıştır. Aydın'da yapılan çalışmada da, adolesan annelerin tamamı bebeklerine doğduktan sonra anne sütü vermişlerdir. TNSA-2008 verilerine göre ise, çalışmadan önceki 5 yıl içinde doğan bebeklerden %1,5'i hiç anne sütü alamamış veya ilk 2 ay içinde anne sütünü bırakmıştır (Demiröz, 2008; HÜNEE, 2009, s.: 174).

Çalışmamızda, adolesan anne bebeklerinin %40'ı, erişkin anne bebeklerinin ise %62'si ilk 2 ayda sadece anne sütü ile beslenmiştir (p<0,01). Fark adolesan annelerin bebeklerine daha yüksek oranda (%58'e, %37) su vermelerinden kaynaklanmaktadır

($p<0,01$). Bebeklere beslenme amaçlı verilen ek gıdanın tümü hazır mama olup, oran adolesan grupta %23, erişkin grupta %19'dur ($p>0,05$). İki grup anne de oldukça erken bir zamanda hazır mama başlamakta olup, adolesanlarda bu süre ortalama 25,6 gün (ortanca: 30), erişkin annelerde ise 26,6 gündür (ortanca: 30, $p>0,05$). DSÖ, bebeklere ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesini önermektedir. TNSA-2008 verilerinde de, 2 ayın altındaki bebeklerin %68,9'unun sadece anne sütü ile beslendiği, %7,3'üne anne sütü yanında su verildiği, %22,2'sine ise anne sütünün yanısıra hazır mama veya süt verildiği tespit edilmiştir. Aydın'da yapılan çalışmada da, geç yenidoğan döneminde adolesan annelerin bebeklerine erişkin annelere oranla istatistiksel anlamlı biçimde daha yüksek oranda (%70,8) su verdikleri tespit edilmiştir (WHO, 1998; Demiröz, 2008; HÜNEE, 2009, s.: 174). Çalışmamızdan ve diğer çalışma sonuçlarından da görüleceği gibi, DSÖ önerisine rağmen ülkemizde bebeklerin ilk 6 ayda sadece anne sütü ile beslenme oranları düşüktür. Adolesan anneler başta olmak üzere, tüm annelerin bu konuda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra, her 2 grupta da hazır mama başlama nedenleri arasında sağlık kuruluşu önerisinin ikinci sıra da yer alması, sağlık çalışanlarının bu konuda bilgi eksikliklerinin olduğunu ve periyodik eğitimlerle sürekli desteklenmeleri gerektiğini göstermektedir. Çalışmamızda adolesan annelerin bebeklerine su verme oranlarının daha yüksek olması; annelerin eğitim düzeylerinin daha düşük olması sebebiyle bebek beslenme-bakım bilgilerinin daha az olmasından, eşlerinin ailesi ile birlikte yaşayanların oranının daha fazla olması sebebiyle ebeveynlerin bebek bakımına daha fazla müdahale etmelerinden kaynaklanıyor olabilir (Grassley ve Eschiti, 2008).

Çalışmamızda adolesan olmanın, annelerin bebeklerini zamanında aşılatmaları, bebeklerine uygun zamanda ve dozda vitamin tedavisi başlamaları, tedaviye devam etmeleri konularında olumsuz etkisi saptanmamıştır. ABD'de yapılan bir çalışmada; genç, gebelikte beşten az takibe gelen, eğitim düzeyi düşük, takip için hastane yerine halk sağlığı merkezlerine giden annelerin bebeklerini aşılatmaya daha geç getirdikleri tespit edilmiştir (Feemster ve ark., 2009). Çalışmamızdaki oranların bu kadar yüksek olması; annelerin yeterli prenatal takip almalarına, bebeklerin büyük oranda evlilik birlikteliği içinde doğan istenen bebekler olmasına, koruyucu hekimlik hizmetlerinin yeterli ve zamanında yapılmasına, annelerin hizmete ulaşmada daha az

sorun yaşamalarına, doğumun üzerinden kısa bir süre geçmesine ve annelerin doğumdan itibaren bu konularda desteklenmelerine bağlı olabilir.

Çalışmamızda, adolesan annelerin %98'ine, erişkin annelerin %93'üne ilk 2 ayda bebek bakımında yardımcı olan birileri bulunmaktadır. Ülkemizde hâlen aile bağları kuvvetlidir. Ayrıca, adolesan gruptaki anneler daha yüksek oranda (%59'a, %24) eşlerinin ailesi ile beraber yaşamaktadırlar. Bu nedenlerle çalışmamızda adolesan grupta daha yüksek olmak üzere, her 2 grupta da annelere bebek bakımında babaanne ve/veya anneannelerin yardım oranı yüksektir (%88'e, %68). Çalışma grubundaki annelerin hiçbiri 2 aylık dönemde bebeklerine bebek bakıcısı ile beraber bakmamıştır. İlk aylarda adolesan gruptaki babalar eşlerine bebek bakımında daha az (%73'e, %83) yardımcı olmaktadırlar ($p<0,05$). Ülkemizde hâlen aile bağlarının kuvvetli, ailelerde ataerkil aile düzeninin devam ettiği TNSA-2008 verilerinde de göze çarpmaktadır. Bu verilere göre çalışmadan önceki 1 yıllık dönemde 6 yaşının altında çocuğu olan çalışan annelere bebek bakımında; %16,8 babaanne, %16,1 anneanne, %3,8 baba yardım etmektedir. Kreş gibi kurumsal yardım (%10,1), para karşılığı bakıcı yardım oranları (%8,3) ise daha düşüktür (HÜNEE, 2009, s.: 195). Çalışmamızda babalar arasında bebek bakımında annelere yardım konusundaki bu farklılık; erişkin anne eşlerinin ekonomik olarak daha rahat oldukları için daha az gergin olmalarına, bu grupta birden fazla çocuğu olan daha fazla olduğu için daha tecrübeli olmalarına, annelerin daha çok yardıma ihtiyaçları olmasına, adolesanların eşlerinin yaşlarının daha küçük olmasına, eğitim düzeylerinin daha düşük olmasına, maddi kaygılar nedeniyle daha stresli olmalarına, ebeveynlerle beraber yaşama oranları fazla olduğu için sorumluluğu onlara bırakmalarına bağlı olabilir.

Çalışmamızdaki adolesan anneler daha çok ebeveynleri ile birlikte yaşamaları, bebek bakımında daha çok yardım almaları ve erişkin anneler arasında birden çok çocuğu olan anne sayısı daha fazla olmasına rağmen "bebek veya bebeklerinizin bakımında kendinizi yeterli hissediyor musunuz ?" sorusuna erişkinlere oranla 1. ve 2. ayın sonunda daha düşük oranda yeterli hissettikleri yanıtını vermişlerdir. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Adolesan anneler, annelerden daha düşük oranda eşleri, aileye yeni bir bebek katıldıktan sonra erişkin grup anne-babalarından daha fazla kendilerini gergin hissetmektedirler. Ancak, fark istatistiksel olarak anlamlı

değildir. Annelerin ifadesine göre, her 2 gruptaki babanın hemen hepsi maddi nedenlerle gerginlik hissetmektedirler.

Çalışmamızda, adolesan anneler bebeklerinin sorumluluklarını tek başlarına ortalama 14,2 günde, erişkin anneler ise 7,2 günde alabildiklerini ifade etmişlerdir ($p<0.05$). Benzer sonuçlar Çoban (2009) tarafından yapılan çalışmada da tespit edilmiştir. Bu çalışmada adolesan dönemde evlenmiş 12 kadınla görüşme yapılmıştır. Kadınlar evlilik sürecini evcilik oyunu olarak algıladıklarını, eşleri ile iletişim kurmakta zorlandıklarını, çoğunlukla eşlerinden çekindiklerini, çocuk sahibi olmak, çocuk bakmak konusunda ciddi güçlükler yaşadıklarını ve kendilerini güçsüz hissettiklerini ifade etmişlerdir. Çalışmamızdaki sonuç üzerinde adolesan olma dışında, adolesanların daha yüksek oranda ebeveynleri ile beraber yaşaması nedeniyle değişik nedenlerden onlara bebeklerine bakma fırsatı verilmemesinin de etkisi olabilir. Çalışmamızdaki adolesan gebeliklerin neredeyse tamamı evlilik birlikteliği içinde gerçekleşen gebelikler, bebekler de istenen bebeklerdir. Bununla birlikte çalışmamızın ve daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarından, adolesan anne ve babaların ebeveynlik için yeterince hazır olmadıkları görülmektedir. Bu nedenle adolesanların yeni ailelerinin, kendi aileleri dışında da profesyonel anlamda desteklenmesi gerektiği açıktır (Hillis ve ark., 2004; Wildschut, 2008, s.: 29).

Çalışmamızda, adolesan annelerin %7'si değişik nedenlerle kendilerinin ve bebeklerinin sağlık hizmetlerine ulaşımında sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Erişkin grupta ise bu konuda sorun yaşayan anne bulunmamaktadır ($p<0,01$). Adolesanların doğum öncesi, doğum sırasında ve doğum sonrası bakıma daha zor ulaştıkları, durumun anne ve bebek morbidite-mortalite riskini artırdığı daha önce yapılan birçok çalışmada da gösterilmiştir (Adolesan sağlığı, 2008). Çalışma sonucumuzdan da adolesan ailelerle birlikte bulunma olasılığı yüksek olumsuz koşullar nedeniyle, doğumdan sonraki dönemde de bu ailelerin takibinde daha dikkatli davranılması gerektiği açıktır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Adolesan gebelik ve evliliklere yol açan risk faktörlerinin, bu gebeliklerin neden olduğu anne ve bebek risklerinin ortaya konulması amaçlanan, Şubat 2010-Mayıs 2010 tarihleri arasındaki 4 aylık dönemde, EZH Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum yapmış, 20 yaş altı yüz adolesan anne ile ilk gebeliklerini 22-32 yaşları arasında yaşamış aynı sayıdaki erişkin anne üzerinde gerçekleştirilen çalışmada;

- Her 2 grup anne kalabalık ailelerden gelmekte olup, adolesan annelerin ailedeki birey sayıları ortanca 6 kişidir. Her 2 grupta akrabalık oranı yüksektir. Oran adolesanlarda %23, erişkinlerde %17'dir. Her 2 grupta 20 yaşının altında evlenmiş kız kardeş varlığı oranı yüksek olup, oran adolesanlarda %20, erişkinlerde %%15'dir.
- Adolesanlar daha yoksul ailelerden gelmektedirler.
- Adolesanların eğitim düzeyleri daha düşüktür. Okul terk oranları daha yüksektir.
- Adolesanların eşlerinin eğitim düzeyleri erişkinlerin eşlerinin eğitim düzeylerinden daha düşüktür.
- Adolesan anneler erişkinlere oranla daha az meslek sahibidirler (%3), tamamı ev hanımıdır. Evlenmeden önce daha az oranda çalışmışlardır. Evlendikten sonra iş bırakma oranları daha yüksektir. Evlenmeden önce daha yüksek oranda güvencesiz, fazla nitelik gerektirmeyen işlerde çalışmışlardır.
- Her 2 grup babanın meslek sahibi olma oranları düşüktür ve oran 2 grupta aynıdır (%42). Adolesan annelerin eşleri arasında işsiz olanlar daha fazla (%10), yüksek getirili işlerde çalışanların oranı daha düşüktür (%11).
- Adolesanların şimdiki ailelerinin aylık gelir seviyesi daha düşüktür. Sosyal güvencesi olanların oranı da daha düşüktür.
- Adolesanların %19'u sigara kullanmaktadır. Bu adolesanların %10'u sigara kullanmaya gebelikleri sırasında da devam etmektedir.
- İki grup annenin menarş yaşları birbirine yakın bulunmuştur. Menarş yaşı adolesan grupta ortalama 13,4 yaş, erişkin grupta ise 13,5 yaştır. Adolesan anneler menarşdan ortalama 3,1 yıl sonra evlenip, menarştan ortalama 3,5 yıl

sonra gebe kalmaktadırlar. Evlendikten ise ortalama 0,4 yıl sonra gebe kalmaktadırlar.

- Adolesan anneler arasında resmi nikâhsız evli olanların sayısı daha yüksektir.
- Adolesan anneler erişkin annelerden daha yüksek oranda eşlerinin ailesi ile birlikte yaşamaktadırlar. Durumun olumlu etkileri yanı sıra, evlilikler ve bebek bakımı üzerinde olumsuz etkileri olacağı açıktır.
- Adolesan annelerin cinsel yaşamları başlamadan önce korunma yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma oranları daha düşüktür. Okulların bilgilenmede katkısı her 2 grupta da çok düşüktür. Adolesanlar bilgi edinmek için kitap ve internet gibi bilgi kaynaklarından daha az yararlanmaktadırlar.
- Gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında; çalışmamızda her 2 grup annenin daha düşük oranda korundukları, korunmada daha düşük oranda güvenli yöntemleri tercih ettikleri gözlenmektedir.
- Her 2 grupta da gebeliklerin planlılık oranlarının düşük olmasına rağmen, yine de adolesan gebeliklerin istenme ve planlılık oranlarının gelişmiş ülkelerdeki gebeliklerden daha yüksek olduğu gözlenmektedir.
- Adolesan annelerin gebelik aralıklarını erişkin anneler gibi olması gerektiği biçimde ayarlayamadıkları gözlenmektedir.
- Adolesan annelerdeki düşük oranı %10, erişkinlerde %7 olup, benzerdir.
- Her 2 grup annenin büyük bir kısmı gebelik takibine erken bir zamanda gelmektedirler. Ancak yine de, adolesanlar prenatal takibi erişkinlere oranla geciktirme eğilimindedirler.
- Her 2 grup annenin büyük bir kısmının takip sayısı 4 ve üzerindedir.
- Her 2 gruptaki anne arasında anemi prevalansı yüksektir. Oran adolesan grupta %50, erişkin grupta ise %49'dur.
- Her 2 grupta gebelikte görülen hipertansif hastalıklar düşük oranda saptanmıştır.
- Adolesanlarda müdahale gerektiren vajinal doğum görülmemiştir. Her 2 grupta da sezaryen doğum oranı yüksektir. Ancak, oran adolesan grupta daha düşüktür (%20).

- Adolesanlardaki DDA'lı bebek oranı %6 olup, genel beklenen oranlar içindedir. Her 2 grupta da bebeklerin büyük bir kısmının doğum ağırlığı %50 persentil ve üzerindedir.
- Adolesanlardaki preterm doğum oranı %11 olup, genel beklenen oranlar içindedir. Her 2 grupta bebeklerin büyük bir kısmının gestasyon haftaları ortalama 40 hafta civarındadır.
- Her 2 grupta da bebeklerin ilk 2 ayda sadece anne sütü ile beslenme oranları düşük olup, oran adolesan grupta daha düşüktür (%40).
- İlk aylarda adolesanların eşleri bebek bakımında annelere daha az yardım etmektedirler.
- Adolesan anneler 1. ve 2. ayın sonunda bebek bakımında kendilerini daha yetersiz hissettiklerini, bebeklerinin sorumluluklarını tek başlarına daha geç alabildiklerini, kendilerinin ve bebeklerinin sağlık hizmetlerine ulaşımında daha fazla sorun yaşadıklarını ifade etmektedirler.

Çalışmamızda adolesan evlilik ve gebeliklerin temelinde diğer birçok sorunda olduğu gibi, eğitimsizlik ve yoksulluğun yattığı gözlenmektedir. Bu zeminde, kültürel ve geleneksel özelliklerimiz adolesan evlilikleri daha da kolaylaştırmaktadır.

Adolesanlarla ilgili sorunların çözümü ancak ve ancak; adolesanın kendisini, ailesini, akran çevresini, okulunu, sağlık profesyonellerini, sosyal hizmet veren grupları ve devleti içine alan programlarla mümkündür.

Adolesanlarda gebeliğinde içinde bulunduğu yüksek riskli seksüel davranışlar ve diğer davranışların sebepleri ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle her ülke kendi gerçeklerini iyi tespit etmek, adolesanlarını tanımak ve buna uygun çözümler üretmek zorundadır.

Ülkemizde cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili birincil, ikincil, üçüncül koruma hizmeti yürüten Sağlık Bakanlığı'nın çeşitli programları bulunmaktadır. Bunlardan birincil koruma kapsamında hizmet sunanlar arasında; Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Genç Dostu Sağlık Merkezleri, 15-49 yaş Kadın İzlemleri, adolesanlara yönelik Sağlık Bakanlığı'nın diğer programları sayılabilir. İkincil koruma

kapsamında hizmet sunanlar arasında; Genç Dostu Üreme Sağlığı Merkezleri sayılabilir. Üçüncül koruma kapsamında hizmet sunanlar arasında ise; Güvenli Annelik Programı, Bebek Dostu Hastaneler ve Anne Sütünü Teşvik Programları sayılabilir. Yine Aile Hekimliği Programı'da birincil, ikincil, üçüncül koruma hizmeti sunan programlar arasındadır.

Çalışmamızdan da görüleceği gibi; uygun prenatal takip alan, postnatal dönemde de desteklenen adolesan annelerin gebelik izlemlerindeki sonuçları, anne-bebeklerin doğumdan sonraki kısa dönem sağlık durumları ile ilgili sonuçları erişkin annelerden farklı olmamaktadır. Yine çalışmamızda adolesanların yaşlarının küçüklüğü nedeniyle ve/veya adolesanlarla birlikte olma olasılığı yüksek olumsuz koşullar nedeniyle, bu anne ve bebeklerinin daha dikkatli bir takip gerektirdiği de ortaya konulmaktadır. Ülkemizdeki mevcut gerçeklerle adolesan evliliklerin önlenmesi uzun bir sürede çözümlenecek gibi gözükmektedir. Bu nedenle sorun çözümlenene kadar; adolesan yaş grubundaki kadınların sağlıklı bir gebelik, doğum-doğum sonrası dönem geçirmelerini, sağlıklı bir bebek dünyaya getirmelerini, kendilerine, bebeklerine yetebilecek bilgiye sahip olmalarını ve bebeklerine yeterli bakımı sunabilmelerini sağlamak gerekmektedir.

ÖZET

Adolesan Annelerin Erişkin Annelerle Sosyodemografik Özelliklerinin, Anne ve Bebeğe Ait Risklerinin, Doğumdan Sonraki İlk Bir Aylık Dönemde Bebeğin Anne Sütü Alımı, Büyümesi, Annenin Bebek Bakım Pratiği Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması

Adolesan gebelikler sebepleri zaman içinde ve ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte, hâlen tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olarak devam etmektedir.

Çalışmamızda, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden hizmet alan hasta grubunda adolesan gebelik, evliliklere yol açan risk faktörleri ve bu gebeliklerin kısa dönemde neden olduğu anne-bebek riskleri araştırılmıştır. Elde edilen sonuçlardan hassas bir grup olan adolesanlara yönelik, gebeliğin de içinde bulunduğu yüksek riskli seksüel ve diğer davranışların önlenmesiyle ilgili çalışmalar da dahil olmak üzere, sağlık ve sosyal politika alanlarındaki çalışmalara fayda sağlanması amaçlanmıştır. Sonuçlardan ayrıca, yüksek riskli gebelikler arasında değerlendirilen adolesanların gebeliklerinin izlemi, dikkat edilmesi gereken noktaların belirlenmesi, adolesan anneler ve bebeklerine yönelik yapılan çalışmalarda da faydalanılması amaçlanmıştır.

Çalışma, Şubat 2010 ile Mayıs 2010 tarihleri arasındaki 4 aylık dönemde, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum yapmış 20 yaş altı yüz adolesan anne ile ilk gebeliklerini 22-32 yaşları arasında gerçekleştiren yüz erişkin anne ve bu annelerin yeni doğmuş bebekleri üzerinde yürütülmüştür. Çalışma, uzunlamasına bir çalışmadır. Çalışmada, kategorik verilerde Ki-kare ve Fisher-Exact testleri, ölçüm ile belirtilen, normal dağılım gösteren bağımsız gruplarda Student t testi, normal dağılım göstermeyen grupların karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ değeri kabul edilmiştir.

Çalışmamızdaki adolesan annelerin yaş ortalaması 17,8 yaştır. Adolesan anneler kalabalık ailelerden gelmektedirler. Adolesanlar daha yoksul ailelerden gelmektedirler, eğitim düzeyleri daha düşük, okul terk oranları daha yüksektir. Meslek sahibi olma oranları oldukça düşük olup, çalışmanın yapıldığı dönemde hiçbiri çalışmamaktadır. Sosyal güvencesi olmayanların, resmi nikâhsız evli olanların oranı daha yüksektir. Adolesanların eşlerinin yaş ortalaması 24,7 yaş olup, erişkin annelerin eşlerinden daha gençtirler, eğitim seviyeleri daha düşüktür. Her 2 grubun meslek sahibi olma oranları düşüktür. Adolesanların eşleri arasında işsiz olanların oranı daha yüksek, yüksek getirili işlerde çalışanların oranı daha düşüktür. Adolesanların %19'u sigara kullanmaktadır. Çalışma grubumuzda, Hepatit B enfeksiyonu ve AIDS gözlenmemiştir. Adolesan annelerin menarş yaş ortalaması 13,4 yaş olup, 2 grupta benzerdir. Adolesanların cinsel yaşamları başlamadan önce korunma yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma oranları daha düşüktür. Gebelik aralıklarını ayarlamakta erişkinlerden daha yetersizdirler. Her 2 grup anne ilk gebelik takiplerine erken bir zamanda gelmekle birlikte, adolesanlar ilk gebelik takiplerini erişkinlere oranla geciktirme eğilimindedirler. İki grubun büyük kısmının prenatal takip sayısı benzer ve yeterlidir. Uygun prenatal takip hizmeti nedeniyle, 2 grup annenin gebelik, anne ve bebeklerinin doğum ve doğumdan sonraki kısa dönem birçok sağlık sonucu birbirine yakın bulunmuştur. Annelerin düşük oranları benzerdir. Adolesanlarda preterm doğum, DDA'lı bebek doğum oranı erişkinlerden daha yüksek değildir. Adolesanlarda müdahale gerektiren vajinal doğum görülmemiştir. Sezaryen doğum oranı daha düşüktür. Her 2 grupta da anemi prevalansı yüksektir. Oran adolesanlarda

%50'dir. Çalışmamızdaki bebeklerin tamamı doğduktan sonra anne sütü almaya başlamıştır. Adolesan anne bebeklerine, çoğunlukla su olmak üzere, daha yüksek oranda anne sütü yanında ek gıda verilmektedir. Adolesan anneler erişkin annelere oranla ilk 2 ayda bebeklerinin sorumluluğunu daha geç alabildiklerini ve sağlık hizmetlerine ulaşmada daha fazla sorun yaşadıklarını ifade etmektedirler.

Adolesanlarla ilgili sorunların çözümü ancak ve ancak; adolesanın kendisini, ailesini, akran çevresini, okulunu, sağlık profesyonellerini, sosyal hizmet veren grupları ve devleti içine alan programlarla mümkündür.

Çalışmamızda, adolesan evlilik ve gebeliklerin temelinde eğitimsizlik ve yoksulluğun yattığı, bu zeminde kültürel ve geleneksel özelliklerimizin adolesan evlilikleri daha da kolaylaştırdığı gözlenmektedir. Yine çalışmamızda, uygun prenatal takip alan, postnatal dönemde de desteklenen adolesan annelerin gebelik izlemlerindeki birçok sonucu, doğum-doğumdan sonraki kısa dönemde anne ve bebeklerin sağlık durumları ile ilgili birçok sonucu erişkin annelerle benzer bulunmuştur. Ülkemizdeki mevcut gerçeklerle, adolesan evliliklerin önlenmesi uzun bir sürede çözümlenecek gibi gözükmektedir. Bu nedenle sorun çözümlenene kadar; adolesan yaş grubundaki kadınların sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem geçirmelerini, sağlıklı bir bebek dünyaya getirmelerini, kendileri ve bebeklerine yetebilecek bilgiye sahip olmalarını, bebeklerine yeterli bakımı sunabilmelerini sağlamak gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Adolesan, anne, bebek, gebelik, risk

SUMMARY

The Comparison of Adolescent and Adult Mothers' Sociodemographic Properties, Mother and Infant Risks and the Effects on Breast Feeding, Infant Growth and Baby Care Practices of the Mothers During the First Postnatal Month

The Causes of adolescent pregnancies vary over time and between countries, but all over the world it still remains a major public health problem.

In our study, risk factors associated with adolescent marriage, pregnancy and the effect of adolescent pregnancy on short term maternal-baby risks were investigated in subjects admitted to Etlik Zübeyde Hanım Women's Health Teaching and Research Hospital. The aim of this study was to use the results of our study in forthcoming studies on health and social politics that aimed to prevent high risk sexual behaviours and other behaviours, including pregnancies in adolescents, which is a highly sensitive group. Furthermore, we aimed to use the results of this study to identify the points that should be focused during the follow up of adolescent pregnancies, which is considered among high risk pregnancies and also in the planning of further studies on adolescent mothers and their babies.

The study included 100 adolescent mothers (<20 years) and 100 adult mothers who had first pregnancy ages between 22-32 years delivered at Etlik Zübeyde Hanım Women's Health Teaching and Research Hospital over the 4 months period between February 2010 and May 2010. The study also included newborn babies of these adolescent and adult mothers. This study was designed longitudinally. Categorical variables were analyzed by using Chi-square and Fisher-Exact tests, continues variables with normal distribution were analyzed by using Student t test and continues variables without normal distribution were analyzed by using Mann-Whitney U test. A $p<0,05$ was excepted as statistically significant.

The mean age of the adolescent mothers was 17,8 years. Adolescent mothers had crowded families. The following factors were found significantly different in adolescent mothers: they were coming from poorer families, they were low educated, the rate of dropout from school was higher, the rate of having a job was very low, none of them were working at the time of study, the rate of uninsured, the rate of civil marriage was higher. The partners of the adolescents mothers was younger (24,7 years) and low educated compared to the partners of the adult mothers. The rate of having a job was low in two groups. The rate of jobless husbands higher and those working in high paid jobs were lower. Nineteen percent of the adolesecents were smoking. In our study group, Hepatitis B infection and AIDS has not been observed. The mean age of menarche in adolescent mothers was 13,4 years and it was not different between two groups. The knowledge on contraceptive methods before the start of their sexual life was lower than adult mothers. Their ability to manage pregnancy intervals was lesser than adult mothers. Every two groups of the mothers' first pregnancy follow-up were at an early stage, but adolescent mothers tend to delay first pregnancy follow-up compared to adult mothers. The number of prenatal follow-ups in big portion of two groups were similar and sufficient. Because of appropriate prenatal follow-up service, mother's pregnancy related health results and mothers' and babies' delivery related and short term post delivery health results were found similar. The number of abortion was similar in both groups. The ratio of preterm delivery and delivery of babies with low birth weight were not higher in adolescents than adult groups. Intervention requiring vaginal delivery was not observed in adolescents. Cesarean section ratio was lower than adult groups. The prevalance

of anemia was high in two groups. The ratio was %50 in adolescents. All babies in our study started to breast feeding just after the birth. Adolescent mothers' babies were given complementary food in addition to breast milk, mostly with water, higher than adult mothers' babies. In the first 2 months adolescent mothers were taking the responsibility of babies later and they were having more difficulties to reach health services compared to the adult mothers.

The solution of problems related to adolescents is if and only if possible with programmes including adolescents themselves, their families, peer environment, school, health professionals, social service programs and the state.

In our study, it is observed that lack of education and poverty lies on the basis of adolescent marriages and pregnancies and on this ground our cultural and traditional features further facilitates adolescent marriages. In our study, several pregnancy follow-up results, intrapartum results and postpartum short term health status of mothers' and babies' were similar to adult mothers in adolescent mothers those received appropriate prenatal follow-ups and supported during the postnatal period. With current realities in our country, the prevention of adolescent marriages seems to be resolved in a long period of time. Therefore, until the problem resolved, women in the age group of adolescents should be provided in order to have a healthy pregnancy, childbirth and postpartum period, to deliver a healthy baby, to have enough information for themselves and their babies, to provide adequate care for their babies.

Key words: Adolescent, baby, mother, pregnancy, risk.

KAYNAKLAR

AL KHATIB, L., OBEID, O., SIBAI, A.M., BATAL, M., ADRA, N., HWALLA, N. (2006). .Folate deficiency is associated with nutritional anaemia in Lebanese women of childbearing age. *Public Health Nutr.*, **9**: 921-927.

ARAS, S., SEMIN, S., GUNAY, T., ORCIN, E., OZAN, S. (2007). Sexual attitudes and risk taking behaviors of high school students in Turkey. *Journal of School Health,* **77**: 359-366.

Anne ve yenidoğan sağlığı. (2009). In: *Dünya Çocuklarının Durumu Yönetici Özeti (UNICEF).* Ankara: Dumat Ofset.

APİ, O., BAYER, F., AKIL, A., BEKTAŞ, M., APİ, M., DABAK, R., ÜNAL, O. (2009). İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran gebelerde anemi prevalansını etkileyen etyolojik ve demografik faktörler. *Perinatoloji Dergisi*, 17: 28 – 34.

ARUDA, M.M., WADDICOR, K., FRESE, L., COLE, J.C.M., BURKE, P. (2010). Early pregnancy in adolescents: diagnosis, assessment, options counseling, and referral. *J Pediatr Health Care*, **24**: 4-13.

Adolesan (Ergen) Sağlığı (2010). Erişim: [http://www.gata.edu.tr/ureme_sagligi/adolesan.htm/]. Erişim Tarihi: 10.5. 2010

BURT, M.R. (1986). Estimating the public costs of teenage childbearing. *Fam Plan Perspect.,* **18**: 221-226.

BONGAARTS, J., COHEN, B. (1998). Adolescent reproductive behavior in the developing world. Introduction and review. Stud Fam Plan., **29**: 99-105.

BULUT, S., GÜRKAN, A., SEVİL, Ü. (2008). Adölesan gebelikler. *Aile ve Toplum Dergisi*, 13: 37-44.

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

BUKULMEZ, O., DEREN, O. (2000). Perinatal outcome in adolescent pregnancies: a case -control study from a Turkish university hospital. *Eur Obstet Gynecol Reprod Biol*., **88**: 207-212.

BAYRAM, M., ÖZER, G., SOYER, C., UÇAR, B., YÜCER, G. (2005). Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran adolesan gebelerin eğitim durumları ve adolesan gebeliğin prevalansı. *J. Turkish German Gynecol Assoc.*, **6**: 39-41.

BOZKURT, N., KORUCUOGLU, U., AKSAKAL, F.N., BIRI, A., CIFTCI, B., MARAL, I., TIRAS, B. (2006). Turkish adolescents' knowledge on and attitude toward emergency contraception. *J Pediatr Adolesc Gynecol*., **19**: 391-395.

BÜYÜKGEBİZ, A. (2006). I. Ulusal Adolesan Sağlığı Kongresi Konuşma Metinleri. Adolesanlarda fiziksel ve cinsel gelişim. Erişim: [http://ergen.org.tr/pdf/2_konusmaci%20metinleri.pdf]. Erişim Tarihi: 11.5.2010

CORUH, M., TOPAL, I. (1981). Pregnancy and pregnancy outcome in Ankara (gecekondu) adolescents. *J Adolesc Health Care*, 1: 232-235.

COVINGTON, D.L., JUSTASON, B.J., WRIGHT, L.N. (2000). Severity, manifestations and consequences of violence among pregnant adolescents. *J Adolesc Health,* **28**: 55-61.

CUNNINGHAM, F.G., GANT, N.F., LEVENO, K.J., GILSTRAP III, L.C., HAUTH, J.C., WENSTROM, K.D. (2001). Williams Obstetrics. 2nd Ed., The McGraw-Hill Companies.

CANBAZ, S., SUNTER, A.T., CETINOGLU, C.E., PEKSEN, Y. (2005). Obstetric outcomes of adolescent pregnancies in Turkey. *Adv. Ther.,* **6***:* 636-641.

CHEDRAUI, P., VAN ARDENNE, R., WENDTE, J.F., QUINTERO, J.C., HIDALGO, L. (2007). Knowledge and practice of family planning and HIV-prevention behaviour among just delivered adolescents in Ecuador: the problem of adolescent pregnancies. *Arch Gynecol Obstet*., **276**:139-44.

CHHABRA, S., PALAPARTHY, S., MISHRA, S., (2009). Social issues around advanced unwanted pregnancies in rural single women. *J Obstet Gynaecol*., **29**: 333-336.

Cesarean Section (2010). Erişim: [www. childbirthconnection.org/article.asp]. Erişim Tarihi: 13.8.2010.

ÇUHADOROĞLU, F. (2006). I. Ulusal Adolesan Sağlığı Kongresi Konuşma Metinleri. Ergenlikde psikososyal gelişim. Erişim: [http://ergen.org.tr/pdf/2_konusmaci%20metinleri.pdf]. Erişim Tarihi: 11.5.2010.

ÇOBAN, A.İ. (2009). Adolesan evlilikleri. *Aile ve Toplum Dergisi,* **4**: 37-50.

DAVIS, S. (1989). Pregnancy in adolescents. *Pediatr Clin North Am.*, **36**: 665-80.

DEMIR, S.C., KADAYIFCI, O., OZGUNEN T, EVRUKE, C., VARDAR, M.A., KARACA, A., SEYDAOGLU, G. (2000). Pregnancy outcomes in young Turkish women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*., **13**:177-81.

DUBE, S.R., ANDA, R.F., FELITTI, V.J., EDWARDS, V.J., WILLIAMSON, D.F. (2002). Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence Vict*., **17**: 3–17.

DAVIES, S.L., DICLEMENTE, R.J., WINGOOD, G. M. et al. (2006). Predictors of inconsistent contraceptive use among adolescent girls:Findings from a prospective study. *Journal of Adolescent Health,* **39**: 43-49.

DESDİCİOĞLU, K., MALAS, M.A. (2006). Fetal büyümeye etki eden maternal faktörler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **13**: 47-54.

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

DE VIENNE, C.M., CREVEUIL, C., DREYFUS, M. (2009). Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Biol*., **147**: 151-156.

EMANS, S.J., GRACE, E., WOODS, E.R., SMITH, D.E., KLEIN, K., MEROLA, J. (1987). Adolescents compliance with the use of oral contraceptives. *Jama,* **257**: 3377-3381.

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

ERCAN, O. (2005). Adolesanın psikososyal gelişimi. In:*Adolesan Sağlığı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi* Ed.: Ercan, O., Alikaşifoğlu, M., Ercan, G, İstanbul: Kaya Basım, **43**: 17-21.

ERCAN, G. (2005). Puberte fizyolojisi. In:*Adolesan Sağlığı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi* Ed.: Ercan, O., Alikaşifoğlu, M., Ercan, G, İstanbul: Kaya Basım, **43**: 9-16.

FESSLER, K.B. (2003). Social outcomes of early childbearing: important considerations for the provision of clinical care. *J Midwifery Womens Health,* **48**: 178-185.

FEEMSTER, K.A., SPAIN, C.V., EBERHART, M., PATI, S., WATSON, B. (2009). Idetifying infants at increased risk for late initiation of immunizations: maternal and provider characteristics. *Public Health Rep.,* **124**: 42-53.

GUTMACHER INSTİTUTE (06.1994). Sex and America's teenagers, New York. Erişim: [http://www.amazon.com/Americas-Teenagers-Alan-Guttmacher-Institute/dp/0939253348]. Erişim Tarihi: 16.5.2010

GILBERT, E.S., HARMON, J.S. (2002). Hipertansif Bozukluklar. In: *Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı,* Çev. Ed. L. Taşkın. 2.Baskı, Ankara: Palme Yayıncılık: s.: 497.

GOMELLA, T.L. (2004). Intrauterine Growth Retardation. In: *Neonatology,* Ed. T.L. Gomella, M.D. Cunningham, F.G. Eyal, K.E. Zenk. 5th Ed., The McGraw-Hill Companies, p.: 469.

GEIST, R.R., BEYTH, Y., SHASHAR, D., BELLER, U., SAMUELOFF, A. (2006). Perinatal outcome of teenage pregnancies in a selected group of patients. *J Pediatr Adolesc Gynecol.*, **19**:189-193.

GOKCE, B., OZSAHIN, A., ZENCIR, M. (2007). Determinants of adolescent pregnancy in an urban area in Turkey: a population based case-control study. *J Biosoc Sci*., **39**:301-311.

GRASSLEY, J., ESCHITI, V. (2008). Grandmother breastfeeding support: what do mothers need and want? *Birth,* **35**: 329-335.

GUTTMACHER INSTITUTE (01.2010). Facts on american teens sexual and reproductive health. Erişim: [http://www.guttmacher.org/pubs/FB-ATSRH.html]. Erişim Tarihi: 14.5.2010

HILLIS, S.D., ANDA, R.F., DUBE, S.R., FELITTI, V.J., MARCHBANKS, P.A., MARKS, J.S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pedıatrıcs,* **113**: 320-327.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması2008 (TNSA-2008).Erişim:[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf]. Erişim Tarihi: 11.5.2010

JONES, R.K., DARROCH, J.E., HENSHAW, S.K. (2002). Patterns in the socioeconomic characteristics of women obtaining abortions in 2000–2001. *Perspect Sex Reprod Health,* **34**:226–235.

KÜÇÜKÖDÜK, Ş. (1994). Yenidoğan ve Hastalıkları. Ankara: Feryal Matbaası, s.: 1.

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

KLEIN, J.D.; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. (2005). Adolescent pregnancy: current trends and ıssues. *Pediatrics.*, **116**: 281-286.

KÖSE, R. (2006). I. Ulusal Adolesan Sağlığı Kongresi Konuşma Metinleri. Sağlık Bakanlığı adolesan sağlığı programları**.** Erişim: [http://ergen.org.tr/pdf/2_konusmaci%20metinleri.pdf]. Erişim Tarihi: 11.5.2010

KESKINOGLU, P., BILGIC, N., PICAKCIEFE, M., GIRAY, H., KARAKUS, N., GUNAY, T. (2007). Perinatal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mothers. *J Pediatr Adolesc Gynecol*., **20**:19-24.

LEVY, A., FRASER, D., KATZ, M., MAZOR, M., SHEINER, E. (2005). Maternal anemia during pregnancy is an independent risk factor for low birthweight and preterm delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*., **122**. 182-186.

LOWERY, C.L., REECE, E.A. (2005). Diagnosis and treatment of preterm labor. In: *Intensıve Care of Fetus and Neonate*, Ed.: A.R. Spitzer. 2nd Ed., Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier-Mosby, p.: 225.

LINDH, I., BLOHM, F., ANDERSSON-ELLSTROM, A., MILSOM, I. (2009). Contraceptive use and pregnancy outcome in three generations of Swedish femala teenagers from the same urban population. *Contraception*, 80:163-169.

MOERMAN, M.L. (1982). Growth of the birth canal in adolescent girls. *Am J Obstet Gynecol.*, **143**: 528-532.

MURPHY, J.F., O'RIORDAN, J., NEWCOMBE, R.G., COLES, E.C., PEARSON, J.F. (1986). Relation of haemoglobin levels in first and second trimesters to outcome of pregnancy. *Lancet*, **1:** 992-995.

MC ARNEY, E.R. (1987). Young maternal age and adverse neonatal outcome. *Am J Dis Child*, **141**: 1053-1059.

MITCHELL, L.E., BRACKEN, M.B. (1990). Reproductive and chronologic age as a predictor of low birth weight, preterm delivery and intrauterine growth retardation in primipararous women. *Ann Hum Biol*., **17**:377-386.

MAEHR, J.C., LIZARRAGA, J.L., WINGARD, D.L., FELICE, M.E. (1993). A comparative study of adolescent and adult mothers who intend to breastfeed. *J Adolesc Health.*, **14**: 453-457.

MILLER, K.S., CLARK, L.F., MOORE, J.S. (1997). Sexual initiation with older male partners and subsequent HIV risk behavior among female adolescents. *Fam Plann Perspect.*, **29**:212–214.

MERSİN, S., KUŞ, C., YEŞİLDAL, N., MAYDA, A.S., ŞERİFİ, B. (2002). Konuralp Kamil Furtun Sağlık Ocağı Bölgesi gebelerde anemi araştırması. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Diyarbakır, s:257-260 (baskıda).

MILLER, S., LESTER, F., WEBSTER, M., COWAN, B. (2005). Obstetric fistula: a preventable tragedy. *J Midwifery Womens Health*, **50**: 286-94.

MC INTYRE, P. (2006). Health problems associated with adolescent pregnancy. pregnant adolescents delivering on global promises of hope. Geneva: *WHO Library Cataloguing in Publication Data*: 10-15.

MAHOMED, K. (2006).Iron and folate supplementation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.*, **3**:CD001135.

MORAN, V.H. (2007). A systematic review of dietary assessments of pregnant adolescents in industrialised countries. *Br J Nutr*, **97**: 411-25.

MILMAN, N., BERGHOLT,T., BYG, K.E., ERIKSEN, L., HVAS, A.M. (2007). Reference intervals for haematological variables during normal pregnancy and postpartum in 434 healthy Danish women. *Eur J Haematol*., **79**: 39-46.

NEEDLMAN, R.D. (1996). Growth and development. In: *Nelson Textbook of Pediatrics*, Ed.: R.H. Behrman, R.M. Kliegman, A.M. Arvin. 15th Ed., Philadelphia, Pennsylvania: W.B. Saunders Company, p: 38, 39,41.

ORUÇ, O., TUNCER, A., APAN, E. (1996). Adana Yenibaraj Sağlık Ocağı bölgesinde gebelerde anemi prevalansı. *V. Ulusal Halk Sağlığı Kogresi Bildiri Kitabı*: 374-378.

OZCEBE, H., DERVISOGLU, A.A. (1993). Is adolescent fertility a problem in Turkey? *Nufusbil Derg.*, **15**: 33-35.

OZALP, S., TANIR, H.M., SENER, T., YAZAN, S., KESKIN, A.E. (2003). Health risk for early (< or = 19) and late (> or =35) chidbearing. *Arch Gynecol Obstet.*, **268**: 172-174.

OZSAHIN, A, ZENCIR, M., GOKCE, B., ACIMIS, N. (2006). Adolescent pregnancy in West Turkey. Cross sectional survey of married adolescents. *Saudi Med J.*, **27**: 1177-1182.

ÖZCAN, S., KURDAK, H., AKPINAR, E., SAATÇI, E., BOZDEMİR, N. (2008). Adolesanlarda cinsel sağlık ve sorunlar Erişim:[http://www.ailehekimligi.com.tr/userfiles/ADOLESANLARDA_CINSEL_SAGLIK_ve_SORUNLAR.doc]. Erişim Tarihi: 13.5.2010

PİRİNÇCİ, E., AÇIK, Y., BOSTANCI, M., EREN, S., BERİTANLI, H. (2001). Elazığ il merkezinde yaşayan gebelerde anemi prevalansı. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **3**: 449-454.

PATHAK, P., SINGH, P., KAPIL, U., RAGHUVANSHI, R.S. (2003). Prevalence of iron, vitamin A, and iodine deficiencies amongst adolescent pregnant mothers. *Indian J Pediatr*., **70**: 299-301.

PENA-ROSAS, J.P., VITERI, F.E. (2006). Effects of routine oral iron supplementation with or without folic acid for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rew.*, 3: CD004736.

PHUPONG, V., SUEBNUKARN, K. (2007). Obstetric outcomes in nulliparous young adolescents. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, **38**: 141-145.

RESNICK, M.D. (2000). Protective factors, resiliency and healthy youth development. *Adolesc Med.*, **11**:157–165.

SUKANICH, A.C., ROGERS, K.D., MCDONALD, N.M. (1986). Physical maturity and outcome of pregnancy in primiparous women younger than 16 years of age. *Pediatrics*, **78**: 31-36.

SCHOLL, T.L., HEDIGER, M.L., BELSKY, D.H. (1994). Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: arewiev and meta-analysis. *J Adolesc Health.*,**15**: 444-456.

SCANLON, K.S., YIP, R., SCHIEVE, L.A., COGSWELL, M.E. (2000). High and low hemoglobin levels during pregnancy: Differential risks for preterm birth and small for gestational age. *Obstet Gynecol.*, **96**: 741-748.

TürkMedeniKanunu(KabulTarihi:22.11.2001)Erişim: [http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4721.html]. Erişim Tarihi: 11.5.2010

TREFFERS, P.E. (2003). Teenage pregnancy, aworldwide problem. *Ned Tijdschr Geneeskd.*, **147**: 2320-2325.

Türk Ceza Kanunu (Kabul Tarihi: 26.9.2004).Erişim: [http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html]. Erişim Tarihi:13.8.2010

TREFFERS, P.E., OLUKOYA, A.A., FERGUSON, B.J., LILJESTRAND, J. (2001). Care for adolescent pregnancy and child birth. *Int J Gynecol Obstet*., **75**:111-121.

TRIVEDI, S.S., PASRIJA, S. (2007). Teenage pregnancies and their obstetric outcomes. *Trop Doct*., **37**: 85-8.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (31.1.2007). Gebelerde demir destek programı uyguluması genelgesi 2007 / 6. Erişim: [http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF8FE9074FF19B0005CF18F145EBDBEB5B]. Erişim Tarihi: 14.8.2010

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2008). Kadın ve Sağlık (Politika Dokümanı).Erişim: [http://www.ksgm.gov.tr/Pdf/saglik.pdf kadının statüsü]. Erişim Tarihi: 11.5.2010

THURMAN, A.R., HOLDEN, A.E., SHAIN R.N., PERDUE, S.T. (2009). The male sexual partners of adult versus teen women with sexually transmitted infections. *Sex Transm Dis.*, **36**: 768-774.

UYANIK, D., DOĞAN, S. (2008). Kız çocukları açısından erken yaş evliliği.Erişim: [http://www.die.gov.tr/tkba/paper1_1.pdf/]. Erişim Tarihi: 13.5.2010

VOHR, B.R., WRIGHT, L.L., DUSICK, A.M., MELE, L., VERTER, J., STEICHEN, J.J., et al. (2000). Neurodevelopmental and functional outcomes of extremely low birth weight infants in the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network, 1993-1994. *Pediatrics*, **105**: 1216-1226.

VAN DEN BROEK, N.R., LETSKY, E.A. (2000).Etiology of anemia in pregnancy in south Malawi. *Am J Clin Nutr.*, **72**: 247-256.

WYSHAK, G., FRISCH, R.E. (1982). Evidence for a secular trend in age of menarche. *N Engl J Med*., **306**: 1033-1035.

WHEELER, M.D. (1991). Physical changes of puberty. *Endocr Metab North Am*., **20**: 1-14.

World Health Organisation (1992).The prevalance of anemia in women: a tabulation of available information. 2nd Ed., Geneva, Switzerland.

World Health Organization (1998). Evidence to ten steps for successful breasfeeding. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development. Geneva

World Health Organization (1998). The second decade: improving adolescent health and development. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, Programme Brochure. Geneva.

World Health Organization (2000). Global programme on evidence. Geneva.

World Health Organization (2002). WHO antenatal care randomized controlled trial: Manual for the implementation of the new model. Geneva.

World Health Organization (2006). What are the most effective strategies for reducing the rate of teenage pregnancies? Geneva.

WOODS, J.L., SHEW, M.L., TU, W., OFNER, S., OTT, A.M., FORTENBERRY, D.J. (2006). Patterns of oral contraceptive pill taking and condom use among adolescent contraceptive pill users. Journal of Adolescent Health, **39**: 381-387.

WILDSCHUT, H. I. J. (2008). Yüksek riskli gebeliğin gebelik öncesi durumu. In: *Yüksek Riskli Gebelikler Yönetim Seçenekleri*, Ed.: D.K. James, P.J. Ster, C.P. Weiner, B. Gonik. Çev. Ed.: Haldun Güner. 3. Baskı, Ankara: Güneş Kitapevi, s.: 27-29.

WHITAKER, A.K., DUDE, A.M., NEUSTADT, A., GILLIAM, M.L. (2010). Corralates use of long-acting reversible methods of contraception among adolescent and young adult women. *Contraception*, **81**:299-303.

YILDIRIM, Y., INAL, M.M., TINAR, S. (2005). Reproductive and obstetric characteristics of adolescent pregnancies in Turkish women. *J Pediatr Adolesc Gynecol.*, **18**: 249-253.

YİĞİTOĞLU, S. (2009). Adolesan gebe ve eşlerinin antenatal ve postnatal kaygı düzeyleri ile evlilikteki uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

ZETEROGLU, S., SAHIN, I., GOL, K. (2005). Cesarean delivery rates in adolescent pregnancy. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, **10**: 119-122.

EKLER

Ek - 1 Annelerden Alınan Yazılı Onam Formu

"Adolesan annelerin erişkin annelerle sosyodemografik özelliklerinin, anne ve bebeğe ait risklerinin, doğumdan sonraki ilk 1 aylık dönemde bebeğin anne sütü alımı, büyümesi, annenin bebek bakım pratiği üzerine etkilerinin karşılaştırılması" başlıklı çalışma bana sözlü olarak da açıklandı.

Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici cevaplar aldım.

Benim ve bebeğimin katılımı sorulan klinik çalışmanın amaç ve işlemleri bana açıklandı.

Bu çalışma ile ilgili olası yararlar bana bildirildi.

Bu çalışmaya katılımın gönüllü olduğunu ve bu çalışmadan istediğim zaman çekilebileceğimi ve bunu yaptığımda benim ve bebeğimin doktorundan ilerde göreceği bakım ve ilginin etkilenmeyeceğini anladım.

Benim ve bebeğimin bu çalışmaya katılmamız gizli tutulacaktır. Bu çalışmadan toplanacak verilerin gizli olduğunu anladım. Fakat, çalışma sonunda klinik çalışma raporlanması ve analizi için katılımcı isimleri kullanılmadan, bu verileri kullanma ve işleme hakkına sahiptirler, ben böyle bir kullanıma ve işleme kesinlikle izin veriyorum.

Benim ve bebeğimle ilgili verilere ulaşmaya ve düzeltilmesini istemeye hakkım olduğu bana bildirilmiştir.

Ben bebeğimle birlikte, burada özgür ve yazılı olarak bu klinik araştırmada yer almayı onaylıyorum. Çalışmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı ismi:

Adres :

Telefon numarası:

Tarih: İmza:

Onay almayı gerçekleştiren kişi:

İsim:

Tarih: İmza:

Sorumlu araştırmacı:

İsim:Prof Dr Sevgi Başkan

Tarih: İmza:

Telefon: 0312-5957290

Ek - 2 Anne Sosyodemografik Özellikleri Anket Formu

1- Ad-soyad:

2- Dosya numarası:

3- Adres:

4- Ev telefonu:

5- Cep telefonu:

6- Yaşadığınız yer(ilçe/il ismi):

7- Memleketiniz:

8- Yaşınız:

9- Eğitim, okul terk durumunuz:

□ okur-yazar değil □ okur-yazar □ ilkokul mezunu

□ ortaokul mezunu □ ilk öğretim 8. sınıf mezunu

□ lise mezunu □ üniversite veya yüksekokul mezunu

10- Annenizin eğitim düzeyi:

□ okur-yazar değil □ okur-yazar □ ilkokul mezunu

□ ortaokul mezunu □ lise mezunu □ üniversite veya yüksekokul mezunu

11- Babanızın eğitim düzeyi:

□ okur-yazar değil □ okur-yazar □ ilkokul mezunu

□ ortaokul mezunu □ lise mezunu □ üniversite veya yüksekokul mezunu

12- Mesleğiniz:

13- İş-çalışma durumunuz:

□ ev hanımı □ işçi □ memur □ serbest

14- Evlenmeden önce gelir getiren bir işte çalışıyormuydunuz?

□ hayır □ evet

15- Evlendikten sonra çalıştığınız işi bıraktıysanız, nedeni:

□ hayır □ evet

16- Evlenmeden önce çalıştığınız işin güvenceli bir iş olup-olmadığı:

□ yok □ var

17- Evlenmeden önce çalışılan işin nitelikli iş olup-olmadığı:

□ hayır □ evet

18- 15 yaşına kadar anne-baba bir arada veya ayrı bir ailede mi büyüdünüz?

□ hayır □ evet

19- Kaç kişilik bir aileden geliyorsunuz? (anne, baba, kardeşler, diğer aile büyükleri)

20- Kaç kardeşiniz var?

21- Anne-babanızın aylık gelir durumu:

□ 500 TL ve altı □ 501-1000 TL arası □ 1001-1500 TL arası

□ 1501-2000 TL arası □ 2001 TL ve üzeri

22- Sizden başka 20 yaşından önce evlenmiş kız kardeşiniz var mı, sayısı?

23- Şimdiki gelir durumunuz:

□ 500 TL ve altı □ 501-1000 TL arası □ 1001-1500 TL arası

□ 1501-2000 TL arası □ 2001 TL ve üzeri

24- Sosyal güvenceniz, sağlık güvenceniz var mı, hangisi olduğunu belirtiniz.

□ yok □ yeşil kart □ Sosyal Güvenlik Kurumu (Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) □ özel sigorta

25- Eşinizle aranızda akrabalık var mı, varsa derecesini belirtiniz:

□ yok □ var

26- Hayatınızın herhangi bir döneminde sigara kullandınız mı? (son gebelik öncesi, son gebelik sırasında dahil)

□ hayır □ evet

27- Hayatınızın herhangi bir döneminde alkol ve benzeri keyif verici madde kullandınız mı? (son gebelik öncesi, son gebelik sırasında dahil)

□ hayır □ evet

28- Hepatit B taşıyıcılık, hastalık ve AIDS varlığı durumu

□yok □ var

29- Evlilik durumunuz:

□ resmi nikâh yok ayrı □ resmi nikâh yok birlikte □ resmi nikâhlı ayrı

□ resmi nikâhlı birlikte □ boşanmış

30- İlk adet gördüğünüz yaş (yıl, ay):

31- Kaç yaşında evlendiniz?

32- İlk adet gördükten kaç yıl sonra evlendiniz?

33- İlk gebeliğinizde kaç yaşındaydınız?

34- İlk gebeliğiniz, ilk adet adet gördükten ne kadar sonra?

35- İlk gebeliğiniz evlendikten ne kadar sonra?

36- Kaç yıllık evlisiniz?

37- Eşinizin ailesi ile beraber mi yaşıyorsunuz, sebepleri?

□ hayır □ evet

38- Cinsel yaşamınız başlamadan önce korunma yöntemleri hakkında herhangi bir düzeyde bilginiz varmıydı?

□ Hayır □ evet, soruya cevabınız evet ise;

39- Ne şekilde bilgilendiniz?

□ aile-akraba-arkadaş-eş □ sağlık kuruluşu (sağlık ocağı, hastane, muayenehane)

□ televizyon-CD □ kitap □ internet □ okul

40- Şimdiye kadar korunma yöntemi kullandınız mı?

□ hayır □ evet

41- İlk gebeliğinizden önce korunma yöntemi kullanıyormuydunuz, kullanıyorsanız hangi yöntemi?

□ Kullanmıyorum

□ Geleneksel yöntemler (erkeğin geri çekmesi, takvim yöntemi, emzirme)

□ Prezervatif (kondom, kılıf, kaput)

□ Rahim içi araç (RİA)

□ Hap

□ Diğer (aylık iğne, 3 aylık iğne, deri altı kapsül, diyafram, kadın kondomu, spermisit, kadının tüplerini bağlatması, erkekte vazektomi)

42- Korunma yöntemi kullanıyorsanız, ilk ne zaman kullanmaya başladınız?

□ ilk cinsel aktiviteye başladığım zaman

□ İlk cinsel aktiviteden ----------ay, yıl sonra

43- Diğer gebeliklerinizden önce korunma yöntemi kullanıyormuydunuz, kullanıyorsanız hangi korunma yöntemini kullanıyordunuz?

44- Hayatınızın herhangi bir döneminde profesyönel yardım gerektiren psikolojik sorununuz oldu mu, sizce sebebi?

□ hayır □ evet

45- Gebelik veya gebeliklerinizdeki planlılık durumunu belirtiniz.

46- Gebelik sayısı (düşük, küretaj, anne karnında ölüm, ölü doğum, doğum sırasında ölüm, doğduktan sonra ölüm, yaşayan), sayılarıyla belirtiniz:

47- Düşük yaptıysanız (kendiliğinden, isteyerek, tibbi nedenli küretaj), sayıları?

48- Gebelikleriniz arasındaki süreleri belirtiniz (bir önceki gebeliğin sonlanımı ile sonraki gebeliğin başlangıcı arasındaki süre):

49- Çocuklarınızın yaşları (yıl, ay), çocuklarınızın arasındaki süreleri belirtiniz:

50- Size, evdeki kararlara katılım ve eşiniz ile aranızdaki ilişki biçimini anlamaya yönelik hazırlanmış şıklar okuyacağım. Lütfen, konumunuzu en doğru ifade eden seçeneği işaretleyiniz:

□ Hiçbir konuda söz hakkım yok, konuşamıyoruz, kararları eşim verir.

□ Eşimin benden daha tecrübeli ve bilgili olduğunu düşünüyorum. Bu yüzden kararları eşimin vermesini daha doğru buluyorum.

□ Her konuda konuşuruz, kararları ortak alırız.

□ Kendi kararlarımı kendim alırım.

Ek - 3 Gebelik İzlemi ve Doğum Öyküsü Formu

1- Daha önceki gebeliklerinizde veya öncesinde folik asit preparatı kullandınız mı?

□ Hayır □ evet

2- Son gebelikten önce folik asit preparatı kullandınız mı?

□ Hayır □ evet

3- Son gebeliğin ilk aylarında folik asit preparatı kullandınız mı?

□ hayır □ evet

4- Son gebelikte vitamin preparatı kullandınız mı?

□ hayır □ evet

5- Son gebelikte demir preparatı kullandınız mı?

□ hayır □evet

6- Son gebelikte sigara kullandınız mı?

7- Son gebelikte alkol ve/veya diğer keyif verici maddelerden kullandınız mı?

□ Hayır □ evet

8- Gebelik başlangıcında kaç kiloydunuz?

9- Gebelikte kaç kilo aldınız?

10- Gebelikte takibe geldiniz mi?

□ hayır □ evet, cevabınız evet ise

11- İlk takibe kaçıncı haftada geldiniz?

12- Gebelikte takibe kaç kez geldiniz, haftalarını belirtiniz:

13- İlk gebeliğinizde, bebeğinizi emzirmeye ne zaman karar verdiniz?

□ Gebelikten önce □ gebelik sırasında □ doğumdan sonra

14- İlk gebeliğinizde, bebek bakım ve beslenmesi ile ilgili bilgilendiniz mi?

□ hayır □evet, soruya cevabınız evet ise

15- Ne şekilde bilgilendiniz?

□ aile-akraba-arkadaş □ gebelik takiplerinde sağlık kuruluşunda

□ kitap □ internet-CD □ televizyon

16- Gebelikte kanama:

□ yok □ var

17- Gebelikte anemi (3. trimesterde saptanan en düşük hemoglobin değeri):

□ yok □ var

18- Gebelikte hipertansiyon (sistolik, diyastolik kan basıncı değerleri):

□yok □var sistolik kan basıncı ortalaması

diyastolik kan basıncı ortalaması

19- Preeklampsi:

□ yok □var

20- Eklampsi:

□ yok □var

21- Plasenta dekolmanı:

□ yok □var

22- Doğum şekli:

a-vajinal doğum müdahalesiz

müdahaleli(vakum, forceps)

b- sezaryen doğum

23- Sezaryen doğum nedeni:

fetal distress	makad prezentasyonu	baş-pelvis uygunsuzluğu	
tekrarlayan sezaryen	iri bebek	ilerlemeyen eylem	
çoğul gebelik	plasenta dekolmanı	kordon prolapsusu	
preeklampsi	gün aşımı	koryoamniyonit	oligohidroamniyos

24- Doğumda komplikasyon:

□ yok □ var

Ek - 4 Baba Sosyodemografik Özellikleri Anket Formu

1- Adı-soyadı:

2- Memleketi:

3- Yaşı:

4- Eğitim durumu:

□ okur-yazar değil □ okur-yazar □ ilkokul mezunu

□ ortaokul mezunu □ ilk öğretim 8. sınıf mezunu □ lise mezunu

□ üniversite veya yüksekokul mezunu

5- Mesleği:

6- İş-çalışma durumu:

□ çalışmıyor □ işçi □ memur □ serbest

7- Sosyal güvence ve sağlık güvencesi:

□ Yok □ yeşil kart □SGK (Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, Emekli Sandığı)

□ özel sigorta

8- Eşinizin ailesinin aylık gelir durumu:

□ 500 TL ve altı □ 501-1000 TL arası □ 1001-1500 TL arası

□ 1501-2000 TL arası □ 2001 TL ve üzeri

9- Eşiniz 15 yaşına kadar anne-baba bir arada veya ayrı bir ailede mi büyümüş?

□ Hayır □ evet

10- Eşinizin ilk cinsel tecrübesinden önce korunma yöntemleri hakkında herhangi bir düzeyde bilgi sahibi olup-olmadığını biliyormusunuz?

□ Hayır, hiç bilgisi yokmuş □ evet, biliyormuş

Ek - 5 Anne ve Bebek İzlem Formu

Doğum Sonrası 1. Gün İzlem

1- Gestasyon haftası:

2- Doğum ağırlığı:

3- Konjenital anomali:

□ yok □ var

4- Bebeğiniz anne sütü alıyor mu?

□ hayır □ evet

5- Anne sütüne başlama zamanı:

□ ilk 1 saat içinde □ 1.saatten sonra □ 24. saatten sonra

6- Bebekte enfeksiyon:

□ yok □ var

7- Yenidoğan döneminde ölüm, ölümün gerçekleştiği gün, ölüm sebebi:

□ hayır □ evet

8- Taburcu olmadan hastaneye yatış, yatış nedeni:

□ hayır □ evet

1. Ay İzlemi

1- Bebeğin vücut ağırlığı:

2- Bebeğiniz anne sütü alıyor mu?

□ hayır □ evet

3- Bebeğiniz anne sütüne devam etmiyorsa, anne sütünü bırakma zamanı:

4- Bebeğinize ek besin verdiniz mi, ek besin olarak ne verdiniz (su, şekerli su, hazır mama, inek sütü, diğer)?

□ hayır □ evet

5- Ek besin başlama zamanı:

6- Ek besin verme nedeniniz:

□ aile-akraba- arkadaş önerisi

□ kilo alım azlığı

□ bebeğin ağlaması nedeniyle doymadığını düşünme

□ sağlık kuruluşu önerisi

□ anne sütünün kesilmesi

□ annenin işe başlaması

7- Ek besin vermeyi bıraktıysanız, bırakma zamanı:

8- Bebeğinize vitamin veriyormusunuz?

□ hayır □ evet

9- Bebeğinize aşı yaptırdınız mı, hangilerini?

10- Bebeğiniz bu süre içinde herhangi bir nedenle hastaneye yattı mı, nedenini belirtiniz:

11- Siz bu süre içinde herhangi bir nedenle hastaneye yattınız mı, nedenini belirtiniz:

12- Bebeğinizin bakımında size yardımcı olan var mı, kimler olduğunu belirtiniz:

13- Eşiniz bebek bakımında size yardımcı mı?

□ hayır □ evet

14- Birinci ayın sonunda bebeğiniz veya varsa diğer çocuklarınızın bakımında kendinizi yeterli hissediyormusunuz, bakımlarına yetişebiliyormusunuz?

15- Bebeğinizin sorumluluğunu tek başına alabileceğinizi ne zaman hissettiniz?

16- Yeni gelen bebek sizde veya eşinizde strese neden oldu mu, ailede bu nedenle sorunlar arttı mı, belirtiniz:

17- Sizin veya bebeğinizin sağlık hizmetlerine ulaşımında güçlükler var mı, varsa nedenlerini belirtiniz:

□ hayır □ evet

2. Ay İzlemi

1- Bebeğin vücut ağırlığı:

2- Bebeğiniz anne sütü alıyor mu?

□ hayır □ evet

3- Bebeğiniz anne sütüne devam etmiyorsa, anne sütünü bırakma zamanı:

4- Bebeğinize ek besin verdiniz mi, ek besin olarak ne verdiniz (su, şekerli su, hazır mama, inek sütü, diğer)?

□ hayır □ evet

5- Ek besin başlama zamanı:

6- Ek besin verme nedeniniz:

□ aile-akraba- arkadaş önerisi

□ kilo alım azlığı

□ bebeğin ağlaması nedeniyle doymadığını düşünme

□ sağlık kuruluşu önerisi

□ anne sütünün kesilmesi

□ annenin işe başlaması

7- Ek besin vermeyi bıraktıysanız, bırakma zamanı:

8- Bebeğinize vitamin veriyormusunuz?

□ hayır □evet

9- Bebeğinize aşı yaptırdınız mı, hangilerini?

10- Bebeğiniz bu süre içinde herhangi bir nedenle hastaneye yattımı, nedenini belirtiniz:

11- Siz bu süre içinde herhangi bir nedenle hastaneye yattınız mı, nedenini belirtiniz:

12- Birinci aydan sonra bebeğinizin bakımında size hâlen yardımcı olan var mı, kimler olduğunu belirtiniz.

13- Eşiniz bebek bakımında size yardımcı mı?

□ hayır □ evet

14- İkinci ayın sonunda bebeğiniz veya varsa diğer çocuklarınızın bakımında kendinizi yeterli hissediyormusunuz, bakımlarına yetişebiliyormusunuz?

15- Bebeğinizin sorumluluğunu tek başına alabileceğinizi ne zaman hissettiniz?

16- Yeni gelen bebek sizde veya eşinizde strese neden oldu mu, ailede bu nedenle sorunlar arttı mı, belirtiniz.

17- Sizin veya bebeğinizin sağlık hizmetlerine ulaşımında güçlükler var mı, varsa nedenlerini belirtiniz:

□ hayır □ evet

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı	: Aysun
Soyadı	: Kara Uzun
Doğum yeri ve tarihi	: Isparta, 3 Mart 1969
Uyruğu	: TC
Medeni durumu	: Evli
İletişim adresi ve telefonu	: Birlik mahallesi, 94. sokak, 8/3, Çankaya, Ankara, 0505 5951803

II- Eğitimi:

Uzmanlık	: Doktor Sami Ulus Çocuk Hastanesi, 1997
Fakülte	: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 1992
Lise	: Osmaniye Atatürk Lisesi, 1986
Ortaokul	: Osmaniye Merkez Ortaokulu, 1983
İlkokul	: Osmaniye Yedi Ocak İlkokulu, 1980
Yabancı dili	: İngilizce

III- Ünvanları:

Doktor, 1992

Uzman Doktor, 1997

IV. Mesleki Deneyimi:

- 1993-1997 arasında Doktor Sami Ulus Çocuk Hastanesi'nde çocuk sağlığı ve hastalıkları asistanlığı
- Kasım 1997-Nisan 2006 arasında Kızılcahamam Devlet Hastanesi'nde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlığı
- Nisan 2006-Kasım 2008 arasında Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği'nde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlığı
- Aralık 2008'den itibaren Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği'nde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlığı

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Ankara Tabip Odası

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Ulusal Kongrelerde Sunulan Posterler

1. **A Kara Uzun**, H Yücel, N Elmacı Demirel, E Karaaslan, A Haberal. Yenidoğan Döneminde Bir Charge Sendromu Olgusu. 17**.** Ulusal Neonatoloji Kongresi, 27 - 30 Nisan 2009, Çeşme
2. N Demirel, D Türkbay, **A Kara Uzun**, E Karaaslan, A Yağmur Baş, H Yücel. Neonatal Ensefalopati Tablosu ile Başvuran Bir Nonketotik Hiperglisinemi Vakası. 18. Ulusal Neonatoloji Kongresi, 21-24 Nisan 2010, Bodrum
3. H Yücel, D Türkbay, **A Kara Uzun,** E Karaaslan, G Ayar, A Yağmur Baş, N Demirel, S Sivaslıoğlu. Yenidoğanda Nadir, Dirençli Bir Nöbet Nedeni: Pakigri. 18. Ulusal Neonatoloji Kongresi, 21-24 Nisan 2010, Bodrum

Kitap Bölümleri

S Oğuz, **A Kara Uzun**, M Akar, U Dilmen. Hematological Parameters in Prematüre Newborns With Respect to Their Gestational Age. European Congress Perinatal Medicine 2008 Kongre Kitabı.

VII- Bilimsel Etkinlikleri:

Ödüller

1. 21-27 Nisan, 21-27 Mayıs 1998 tarihlerinde düzenlenen 4. Ulusal Aşı Günleri dolayısıyla Ankara İl Sağlık Müdürlüğü tarafından teşekkür belgesi verilmesi

VIII. Diğer Bilgiler:

Katılmış Olduğu Kurslar ve Toplantılar

1. Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı kapsamında Anne Sütü ve Emzirme konulu hizmet içi eğitim programı, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 16-18 Mart 2005, Ankara
2. 1. fetal elektronik monitörizasyon kursu. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 14 Mayıs 2007, Ankara
3. Neonatal Resüsitasyon Kurs Programı. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 27-29 Haziran 2007, Ankara
4. Cinsel İstismara Uğramış Çocuklarla Adli Görüşme Teknikleri Kursu. Çocuk İstismarını ve İhmalini Önleme Kongresi kapsamında, 27 Eylül 2009, Ankara