



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ADÖLESAN YAŞTA DOĞUM YAPAN KADINLARIN GEBELİK,
DOĞUM VE DOĞUM SONU DÖNEME İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ**

FATMA ŞİRİN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd.Doç.Dr. FİLİZ OKUMUŞ

İSTANBUL-2016

TEŞEKKÜR

Bu araştırmada destek ve emeğini esirgemeyen sabrıyla tüm yardımlarını gösteren çok değerli danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ' a,

Çalışmayı yürüttüğüm Batman Kadın Doğum ve ocuk Hastalıkları Hastanesi alışan tüm personele, doğumhane Hekim sorumlusu Op. Dr. ağlar ALTUNDAL' a ayrıca çalışmalarım sırasında büyük desteğini ve yardımlarını gördüğüm Ebe Fatma SARMAZ' a,

Çalışmakta olduğum Batman Sason Devlet Hastanesi'nde mesleki destek ve yardımlarından ötürü değerli meslektaşlarım Ebe Asime DANIŐ'a, doğumhane sorumlumuz Ebe Songül ARSLAN'a,

Ayrıca Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmakta olan sevgili eşim Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Ass. Dr. Mehmet Salih GL'e tüm yardımları için,

SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR LİSTESİ	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
1.ÖZET	1
2.ABSTRACT	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ	4
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Adölesan Dönem.....	7
4.2. Adölesan Gebelikler.....	9
4.2.1. Dünyada ve Türkiye’de adölesan gebelikler.....	10
4.2.2. Adölesan gebelik sonuçları	13
4.2.2.1. Maternal sonuçlar.....	14
4.2.2.2. Fetal ve neonatal sonuçları.....	18
4.2.3. Adölesan gebeliklerin izlemi.....	21
5. METOT VE MATERYAL	23
5.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	23
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	23
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	23
5.4. Araştırma Hipotezi	24
5.5. Veri Toplama Formu	24
5.6. Verilerin Toplanması	25
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi	25
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
5.8. Araştırmanın Süresi.....	26
5.9. Araştırma Sırasında Yaşanan Zorluklar	26
6. BULGULAR	27
6.1. Primipar Kadınların ve Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	28
6.2. Primipar Kadınların Gebelik Dönemine İlişkin Bulgular	33
6.3. Primipar Kadınların Doğumlarına İlişkin Bulgular	36
6.4. Primipar Kadınların Doğum Sonu Dönemine İlişkin Bulgular	38

7. TARTIŞMA	41
7.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	42
7.2. Kadınların Gebelik Dönemine İlişkin Bulguların Tartışılması	46
7.3. Kadınların Doğumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	50
7.4. Kadınların Doğum Sonu Döneme İlişkin Bulguların Tartışılması	53
8.SONUÇ	57
9. KAYNAKLAR	60
10. EKLER	67
11. ETİK KURUL ONAYI	70
12. ÖZGEÇMİŞ	73



KISALTMALAR LİSTESİ

- AÇSAP** : Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
CYBE : Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
HIV : Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü)
HPV : Human Papilloma Virüs
WHO : World Health Organization
AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)
DDA : Düşük Doğum Ağırlığı
IUMF : Inutero mort fetalis (=fetusun ölmesi).
IUGR : İntrauterin büyüme ve gelişme geriliği
DÖB : Doğum Öncesi Bakım
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

TABLolar LİSTESİ

Tablo 5.5.1. Verilerin Elde Ediliş Yolu	25
Tablo 6.1.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri	28
Tablo 6.1.2. Kadınların Sağlık Durumu Özellikleri.....	30
Tablo 6.1.3. Kadınların Eşlerinin Sosyodemografik Özellikleri.....	31
Tablo 6.1.4. Kadınların Eşlerinin Sağlık Durumu Özellikleri	32
Tablo 6.2.1. Doğum Öncesi İzlemlerine ilişkin Özellikleri	33
Tablo 6.2.2. Doğum Öncesi Yapılan Testlere İlişkin Özellikleri	34
Tablo 6.2.3. Gebeliğin Neden Olduğu Komplikasyonlara İlişkin Özellikler	35
Tablo 6.3.1. Doğumlara İlişkin Özellikler	36
Tablo 6.3.2. Bebeklerine İlişkin Özellikler	37
Tablo 6.4.1. Doğum Sonu Döneme İlişkin Özellikleri	38
Tablo 6.4.2. Gebelik ve Doğuma İlişkin Algı ve Düşünceleri.....	39

1.ÖZET

ADÖLESAN YAŞTA DOĞUM YAPAN KADINLARIN GEBELİK DOĞUM VE DOĞUM SONU DÖNEME İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

Amaç: Adölesan gebelikler çeşitli fetal, neonatal ve maternal olumsuz sonuçlara sahiptir. Türkiye’de adölesan gebelik oranı geçmişe göre düşük olmasına rağmen kırsal kesimde hala devam etmektedir. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü’ne göre Türkiye’de adölesan gebelik oranı %0.46’dır. Bu çalışma; adölesan yaşta doğum yapan kadınların gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin özelliklerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Vaka-kontrol tipinde olan çalışma, Batman ilinde bulunan bir kamu hastanesinde Aralık 2014- Mayıs 2015 tarihleri arasında yapıldı. Rastgele sayılar tablosu kullanılarak basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 15-19 yaş arası 150 ve 20-29 yaş arası 150 kişi olmak üzere toplam 300 primipar kadına doğumdan altı ay sonra telefonla ulaşılarak araştırmaya dahil edildi. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan form kullanıldı. Veriler, 18.0 SPSS programında sayı, yüzdelik, ki-kare, t testi, Mann Withney U test ve oranların farklılığını tespit etmek için Benfori düzeltmesi z testi uygulanmıştır.

Bulgular: Adölesanlarda yaş ortalaması 17.86 ± 1.08 yıl, adölesan olmayanlarda ise 23.93 ± 1.80 yıldır. Adölesan kadınlarda adölesan olmayanlara göre okula gitmeme ve ilkokula gitme oranı daha yüksek, çoğunun en uzun süre yaşadığı yerleşim yeri köy/kasaba, birinci ve ikinci derece akraba evliliği oranı daha yüksektir ($p < 0.05$). Çocukluk dönemi hastalık ve dismenore öyküsü adölesan arasında daha yaygındır ($p < 0.05$). Doğum esnasında adölesanlara daha çok epizyotomi ve induksiyon uygulanırken fetal distres ve postpartum kanama daha çok adölesan olmayanlarda görülmüştür ($p < 0.05$). Adölesan olan annelerin bebeklerinde doğum sonrası ilk altı ayda adölesan olmayanların bebeklerine göre daha çok çoklu sorun görülmüştür.

Sonuç: Adölesan yaşta gebe kalan kadınlar eğitim düzeyi düşük, kırsal bölgede yaşayan ve akraba evliliği yapan kadınlardır. Adölesan annelerin bebeklerinde doğum sonrası sağlık sorunu görülme durumu daha yaygındır.

Anahtar Kelimeler; Adölesan, Gebelik, Doğum, Doğum sonu dönem

2.ABSTRACT

MATERNAL AND PERINATAL OUTCOMES IN ADOLESCENT WOMEN

Aim: Adolescent pregnancies have various fetal, neonatal, and maternal adverse outcomes. Although the adolescent pregnancy rate in Turkey is now lower compared with that in the past years, it is still evident in rural areas. According to the Institute of Population Studies, Hacettepe University, Turkey, the adolescent pregnancy rate in Turkey is 0.46%. This study aimed to determine the effect of adolescent mother's age on health history and prenatal follow-ups.

Methods: This study was conducted between December 2014 and May 2015 in a state hospital in Batman Province. A case-control design was used in the study. A total of 300 primiparous women (150 aged between 15 and 19 years and 150 aged between 20 and 29 years), who were selected by the basic random sampling method using a random-numbers table, were included in the study. They were reached by phone 6 months after their delivery. A questionnaire form, which was prepared by the researchers through conducting a literature review, was used as the data collection tool. The data were analyzed in SPSS 18.0 software package program using numbers, percentages, chi-square test, t test, and Mann-Whitney U test. The Bonferroni correction and z test were used to determine the difference in rates.

Results: The mean age of adolescents was found to be 17.86 ± 1.08 years, while the mean age of nonadolescents was 23.93 ± 1.80 years. The rate of adolescent women not attending school and going to primary school was higher than that of nonadolescents. Most of them lived in villages or towns for a long time, and the rate of marriage with first- or second-degree relatives was found to be higher in these women ($P < 0.05$). The history of disease and dysmenorrhea in childhood was more common among the adolescents ($P < 0.05$). During childbirth, interventions such as episiotomy and induction were performed mostly for adolescents, and fetal distress and postpartum bleeding were observed mostly in nonadolescents ($P < 0.05$). In the first 6 months after delivery, the infants of adolescent mothers faced more multiple problems than those of nonadolescents.

Conclusions: Women who became pregnant during adolescence had a low education level. They lived in rural areas, and their marriages were consanguineous. Health problems during the postpartum period were more common in the infants of adolescent mothers.

Key words; Adolescent, Pregnancy, Childbirth, Postpartum period



3.GİRİŞ VE AMAÇ

Batı dillerinde “adolescent” karşılığı olarak kullanılan “ergen” sözcüğü Latince’de büyümek, olgunlaşmak anlamında kullanılan “adolescere” fiilinin kökünden gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş grubunu “adölesan” yaş grubu olarak, 15-24 yaş grubunu ise “genç” grubu olarak tanımlamaktadır. Adölesan ve gençlik dönemlerine ait yaşların kesişmesi nedeniyle de 10-24 yaş grubu “genç insanlar” olarak değerlendirilmektedir, Sağlık Bakanlığı (1). Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak kabul edilen ergenlik döneminde biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşanmaktadır. Gençlerin fiziksel büyüme ve gelişimlerinin yanı sıra üreme sistemlerinde olan gelişim süreci, erkek ve kız çocukların bedenlerinin erişkin bedenleri haline dönüşümünü sağlamaktadır, Tr Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması, Nüfusbilim Derneği ve UFPA (2).

Gençlerin sağlığının geliştirilmesi nüfus içerisinde giderek artan payları nedeniyle önemlidir. Günümüzde 15-24 yaşlar arasında bulunan nüfusun, dünya nüfusunun yaklaşık %20 sini oluşturduğu düşünülmektedir. Her beş insandan birinin, adölesan olduğu, bunların % 85’inin gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı da bilinen bir gerçektir. Adölesan gebeliklerin insidansı ise çeşitli nüfuslarda büyük farklılıklar göstermektedir, Kalpalp, 2006 (3). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2011 verilerine göre Türkiye’de 12.918 adölesan (10-19 yaş arası) yaşamaktadır. Adölesan kadın nüfusu tüm nüfusun %17’sini oluşturmaktadır, TÜİK (4).

Adölesan gebelikler günümüzde sadece gelişmekte olan ülkelerin değil aynı zamanda gelişmiş ülkelerin sorunudur. Adölesan gebelikler nedeniyle ortaya çıkan sorunlar gelişmemiş ülkelerin olduğu kadar ekonomik ve sağlık yönünden çok daha iyi olan ülkelerin de sorunudur. ABD’de 1990 yılında doğum yapan kadınların %13’ü adölesan olup, farklı sosyal, ekonomik gruplar ve ırklarda da yüksek bir insidansa sahiptir, İnegöç(5). Her yıl yaklaşık 16 milyon kadın 15-19 yaş aralığında doğum yapmakta, tüm doğumların yaklaşık %11’i adölesanlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu doğumların %95’i düşük ve orta gelirli ülkelere olmaktadır. Ortalama adölesan doğum oranı yüksek gelirli ülkelere göre orta gelirli

ülkelerde iki kat, düşük gelirli ülkelerde ise beş kat daha fazladır. Adölesan doğumların yaklaşık %2'si Çin'de, %18 Latin Amerika ve Karayipler'de ve %50'den fazlası sub-Saharan Afrika ülkelerinde olmaktadır. Tüm adölesan doğumların yarısı sadece şu yedi ülkede gerçekleşmektedir; “Bangladeş, Brezilya, Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Etiyopya, Hindistan, Nijerya ve US”. Latin Amerika, Karayipler, sub-Saharan Afrika'nın bir kısmı ve yüksek gelirli ülkelerde evlilik dışı adölesan gebelik oranı Asya ülkelerine göre daha yüksektir. Evlilik dışı adölesan gebeliklerin istenmeyen gebelik olma ve düşükle sonuçlanma olasılığı daha fazladır, WHO Erişim (6).

Gelişmiş ülkelerde adölesan gebelikler genellikle evlilik öncesi yaşanan cinsel deneyimler sonucunda gelişmekte ve istenmeyen gebelik ve isteyerek düşüklere neden olmaktadır. Ancak Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde erken yaş evlilikler ve erken yaş gebelikler genellikle kültürle ilgili bir durumdur, Uzunçakmak (7). Türkiye'de sadece kırsal kesimde değil kırsaldan kente göç eden gruplarda da adölesan gebeliklere sık rastlanmaktadır. Bu gebelerin büyük bir bölümü evli kadınlar olup genellikle ilaç, sigara ve alkol alışkanlıkları hemen hemen yoktur. Bu gençlerin evlilikleri ve gebelikleri aile büyükleri tarafından planlanır ve genellikle istenen gebeliklerdir, Gökçe (8). Türkiye'de erken yaş gebelikler çoğu zaman bir sorun olarak görülmemektedir. Bu erken evlilikler daha çok toplumsal mutabakat çerçevesinde gerçekleştiği görülmekte ataerkil toplum yapısı erken yaş evlilikleri meşrulaştırmaktadır, Can ve ark. (9). Adölesan gebelikler Türkiye'nin kültürel bir meselesidir, Taner ve ark. (10). Bu nedenlerle Türkiye adölesan gebeliklerin batı toplumlarından farklı olarak incelenmesi gerekmektedir.

Erken yaş evlilikler “çocuk gelinler” olarak da nitelendirilmektedir. 2002 yılında yaklaşık 52milyon genç kız evlenmiştir. Günümüzde dünyada her gün 25 bin adölesan evlendirilmektedir. Bu sayının 2012 yılına doğru 100 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA)'ya göre eğer hiçbir önlem alınmazsa, çocuk yaşta evlilikler önümüzdeki 10 senede giderek artacağı bildirilmiştir. Birleşmiş Milletler ilk kez 2011 yılı 11 Ekim'i Dünya Kız Çocukları Günü olarak kutlanmasına karar vermiştir. Eğitimin çocuk yaşta evliliklere son

vermek açısından önemli olduğu vurgusunu yapmıştır, Türkiye'de çocukların Durum Raporu 2011 UNICEF (11).

Adölesan dönemde gerçekleşen gebelikler, nedenleri zaman içinde ve ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte, halen tüm dünyada önemli bir halk ağığı sorunu olarak göze çarpmaktadır. 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, Uzunçakmak (7). Gelişmiş ülkelerdeki adölesan gebeliklerin çoğu evlilik dışı, istenmeyen ve planlanmamış gebeliklerdir. Bu gebeliklere sıklıkla Türkiye'nin doğu ve güneydoğusunda rastlanmaktadır. Adölesan gebelikler diğer gebeliklere kıyasla daha riskli kabul edilmişlerdir, Yıldızhan ve ark (12).

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Adölesan Dönem

Adölesan dönemi geniş anlamıyla bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle çocukluktan yetişkinliğe geçiş periyodudur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) adölesanlığın 10–19 yaşlar arasında olduğunu bildirmektedir. Dünyada adölesanların üreme sağlığı gereksinimleri çeşitli kültürel ve coğrafik farklılıklara göre değişir. Erken evlilik, erken yaşta cinsel ilişki, erken gebelik, istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar bu konudaki önemli sorunlardır, Çolak (13). Adölesan dönem, kızlarda menarş ile sonuçlanacak endokrin değişikliklerin başladığı ve doğurganlığın kazanıldığı zaman dilimidir. Üretkenliğin başladığı ancak üreme fizyolojisi, korunma yöntem ve yolları, gebelik oluşumu ve sonuçları hakkında yeterli bilgisi olmayan adölesan birey, istenmeyen gebelik, düşük, tıbbi tahliye gibi sonuçlarla bu dönemde karşılaşılabilir, Kütük (14).

Adölesan çağını etkileyen iki önemli faktör vardır. Bunlardan biri ilk adet bu dönemde yaşanması, diğeri ilköğretimden sonraki okul dönemini kapsamaktadır. Gelişmiş ülkelerde ortalama ilk adet yaşı 12.5 iken, gelişmekte olan ülkeler de 15 civarındadır. ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde 19. yüzyıldan bu yana ilk adet yaşı yaklaşık 3 yıl kadar gerilemiştir, Demiröz (15). Gençlik dönemi cinsel davranışlara yönelik kararların alındığı bir dönemdir. Özellikle kentlerde nüfusun hızlı artışı, sosyal ve ekonomik eşitsizliklerin artması, medyanın etkisi, iletişim kanallarının hızlı gelişimi gibi birçok etken gençlerin cinsel norm ve değerlerini etkilemektedir. Günümüzde beslenmenin değişmesi nedeniyle ergenlik döneminde gelişim de etkilenmiş ve ergenlik daha erken yaşlara kaymıştır. Ayrıca okula devam etme döneminin artması ve evlilik yaşının daha ileri yaşlara kayması, gençlerin cinsel yaşamlarına yönelik aldıkları kararları etkilemektedir. Buna ek olarak günümüzde gençler arasında sosyal etmenlerin de aktif cinsel yaşamın erken başlamasına neden olduğu yönünde çalışmalar mevcuttur, Tr Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması, Nüfusbilim Derneği ve UFPA (2).

Ergenlikten erişkinliğe geçiş döneminde gençler, hayatı ve kendilerini de tanımak adına çeşitli sağlıklı ya da sağlıksız arayışlara girmektedirler. Bu dönemde karşılaşılan sorunlar gelecekte oluşabilecek pek çok sağlık sorununun da nedeni olabilmektedir, Elder (16). Pınar'ın 2010 yılında yaptığı araştırmaya göre; gençlerin sağlığını ve geleceğini tehdit eden en önemli konulardan birinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı ile ilgili riskli davranışlarda bulunmaları olduğu görülmüştür, Pınar (17). Gençler gelişim dönemlerini yaşarken, davranış ve sonuçlar arasındaki ilişkiyi anlamada ya da cinsel davranışlar ile alakalı konularda karar vermekte tam bir yeteneğe sahip olamamaktadır. Bu durum da gençleri cinsel istismar ve yüksek riskli davranışlar konusunda savunmasız konuma getirmektedir. Ayrıca, gençlerde ilk cinsel deneyim yaşı da gün geçtikçe düşmekte ve cinsel partner sayısı da artış göstermektedir. Bu durum da korunmasız ve bilinçsizce yaşanan cinsel deneyimlerle gençlerin sağlığını tehdit altına almaktadır, Giray ve Kılıç (18).

Gençlerde meydana gelen riskli davranışlara bağlı olarak Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE), istenmeyen gebelikler ve sağlıksız düşükler ortaya çıkan en önemli sağlık sorunları olmaktadır. Bu sağlık sorunları da gençlerde önemli fiziksel, ekonomik ve psiko-sosyal bozukluklara yol açmaktadır, Giray ve Kılıç 2004 (18).Adölesanlar daha fazla cinsel partnere sahip olma eğilimindedirler ve kondom kullanımı daha azdır. Amerika'da en yaygın CYBE, Human papilloma virus (HPV) klamidya, gonore ve son 20 yılda 5 kat artış gösteren Herpes ve HIV enfeksiyonudur Çelik ve ark. (19). Ayrıca her 20 adölesandan birinde de HIV/AIDS dışında bir Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE) meydana gelmektedir, Demirgöz veCanbulat (20). Gençlerin bu dönemdeki riskli cinsel davranışları uzun süreli pozitif ve negatif etkilere yol açarak onların gelecekteki sağlığını da etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013 yılının sonunda açıkladığı sonuçlara göre; HIV ile enfekte çocuk ve genç dahil kişi sayısı 78 milyona ulaşmıştır ve yaklaşık 35 milyon kişi HIV virüsü ile yaşamaktadır. HIV nedeniyle hayatını kaybeden kişi sayısının ise 2013 yılı sonunda 35 milyon olduğu açıklanmıştır, WHO 2016 Erişim tarihi (21).

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE): Adölesanların karşılaşılabilecekleri en önemli üreme sağlığı sorunları ise CYBE, AIDS ve buna bağlı gelişen

komplasyonlardır, Başer (26); Aydın (29). CYBE ve AIDS son 20 yılda özellikle 15-24 yaş aralığında belirgin bir şekilde artmıştır. Gençlerde bu hastalıklar sıklıkla ileride infertilite sorunlarına neden olacak şekilde sonuçlara neden olabilmektedir, Altıkulaç (22).

Ergenlere bu döneme özgü ruhsal değişikliklerle ilgili sağlık çalışanları tarafından bilgi verilmeli ve bilgi kaynakları ergene öğretilmeli, ergenin kendini tanıma ve geliştirme olanağı rehber öğretmenler tarafından etkili bir rehberlik ile desteklenmelidir. Ergenlere sunulan sağlık hizmetleri mutlaka yaşı ve bireysel özellikleri dışında öğrenci olduğu da dikkate alınarak hazırlanmalıdır, Bulut ve ark. (23), Ertem ve Yazıcı (24). Geleceğin ebeveynleri olarak ergenlerin ve gençlerin sağlığın geliştirilmesi anlamında geleceğe büyük katkıları olacağı akıldan çıkarılmamalıdır, Kalpalp (3).

4.2. Adölesan Gebelikler

Dünya sağlık örgütü tarafından adölesan dönem olarak tanımlanan 10-19 yaş arasında meydana gelen gebeliklere “adölesan gebelik” denmektedir. Adölesan yaşta cinsel deneyime başlama adölesan gebelik riskini artırmaktadır. Adölesan gebelikler batı toplumlarında evlilik dışı gelişe de doğu topluluklarında daha çok evliliklerin bir sonucu olarak meydana gelmektedir, Çelik ve ark. (19). Adölesan gebelikler, gençlerin eğitim görmesi ve meslek sahibi olmasını engeller. Ayrıca adölesan yaşta onların üstlerine sorumluluk yükler ve resmi nikah yapılmasına engel olur, Durmaz (25).

Adölesan doğurganlık konusu, hem sağlık nedenleri, hem de sosyal nedenlerden dolayı oldukça önemlidir. Adölesan gebeliklerin nedenleri zaman içinde ve ülkeler arasında değişiklikler göstermektedir. Geçmişe oranla azalmakla birlikte, adölesan gebelikler hâlen tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur, Başer (26). Büyüyen ve gelişen adölesan bir yandan genital olgunlaşmanın getirdiği sorunlar, diğer yandan gelecekteki erişkin rolünün belirsiz oluşu ile ilgilenmeye başlamıştır. Bu ilgi artık onu kendi kimliğini bulma işine itecektir, Bulut ve ark. (23); Ertem ve Yazıcı (24).

Yaşı çok genç olan annelerden doğan çocuklar daha yüksek derecede hastalık ve ölüm riski taşımaktadırlar. Adölesan annelerin yetişkin annelere göre olumsuz gebelik sonuçlarına veya annelikle ilişkili ölümlülüğe maruz kalmaları daha olasıdır. Ayrıca, erken yaşta çocuk sahibi olmak adölesanların eğitimlerini sürdürememeleri ve iş imkânlarına erişememelerine neden olmaktadır, TNSA (27).

Türkiye'nin de kabul ettiği "Çocuk Haklarına Dair Sözleşme"ye (20 Kasım 1989) göre "18 yaşına kadar her insan çocuk sayılır". Çocuk Koruma Kanunu'na göre (3 Temmuz 2005) göre ise çocuk "daha erken yaşta ergin olsa bile on sekiz yaşını doldurmamış kişidir". Sonuç olarak 18 yaşından önce yapılan evlilikler çocuk evlilikleri" ve onsekiz yaşından önce evlenen kız çocukları ise "çocuk gelin" olarak kabul edilir, Kaynak (28).

4.2.1. Dünyada ve Türkiye'de adölesan gebelikler

DSÖ (2012) verilerine göre gelişmekte olan ülkelerde genç adölesan kızların %30'u 18 yaş altında; %14'ü ise 15 yaş altında evlenmektedir. Dünya çapında 15 yaşın altında iki milyon kız çocuğu ve 15-19 yaş arası on altı milyon kız çocuğu her yıl doğum yapmaktadır. Günümüzde her beş kız çocuğundan biri, gelişmemiş bölgelerde ise her üç kız çocuğundan biri 18 yaşın altında doğum yapmaktadır, Aydın (29). Tüm dünyada sezaryen ile doğum oranlarında artış izlenmektedir. Birçok sosyal etmen ve doğum öncesi bakım hizmetinin adölesanlar tarafından daha az alınmasının doğumda müdahale ve istenmeyen maternal sonuçlara neden olabileceği düşünülmekte ve bunun sezaryen oranlarını adölesanlarda arttırdığı iddia edilmektedir, Eskicioğlu (30).

Fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan gerekli olgunluğa erişmeden deneyimlenen adölesan gebelikler tüm dünya için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu şekilde meydana gelecek gebelikler hem annenin hem de bebeğin hayatını önemli sağlık sorunları ile karşıkarşıya bırakmaktadır, Bulut ve ark. (23). Dünya ülkelerinde adölesan gebelik görülme sıklığı geleneklere bağlılık, dini inançlar, aiel yapısı gibi kültürel özellikler, evlenme yaşı, aile planlaması kullanımı, eğitim ve ekonomik

durum gibi sosyoekonomik farklılıklara bağlı olarak %3.2- 42 arasında değişmektedir, Şen ve ark. (31). Adölesan doğurganlığı gelişmekte olan ölkelerle sınırlı değildir. Japonya'da bu oran 90'lı yıllar da %4.6 iken, günümüz de %30.1'e yükselmiştir. İngiltere, Kuzey İrlanda ve Amerika Birleşik Devletleri'nde ise bu oran %48.7'dir. 1990'lı yıllardan itibaren düşme eğilimi göstermesine rağmen, ABD gelişmiş ölkeler arasında adölesan gebelik ve doğum oranı halen en yüksek ölkeler olmaya devam etmektedir, Ventura ve ark. (32). Adölesan gebelik oranı Avrupa'da %0.9-21, Amerika Birleşik Devletleri'nde %10.6, Latin Amerika'da %18.4'dür, Şen ve ark. (31); Demiröz 2008 (15). Adölesan doğum oranı gelişmiş ölkelerde % 17'nin üzerinde, Orta Afrika'da ise % 24 civarındadır. Dünya yüzeyindeki yaklaşık tüm doğumların onda biri olan 15 milyon bebek adölesan anneden doğmaktadır, Başer(26); Kalpalp (3).

Genellikle gelişmekte olan ölkelerde adölesanlar gelişmiş ölkelerdeki akranlarına göre daha fazla gebe kalmaktadır. Bunun olası nedeni; gelişmiş ölkelerdeki genç yaştaki kadınlara sağlanan eğitim ve kontraseptif fırsatların gebe kalma riskini azaltmasıdır. Bu ölkelerde ayrıca cinsel açıdan aktif olan gençler doğum kontrol yöntemleri kullanmaya ve/veya kürtaj olmaya neredeyse özendirilmektedir. Örneğin İsveç'te 15-19 yaşları arasında cinsel aktivite oldukça yüksek olmasına rağmen etkin kontraseptif yöntem kullanma oranları da oldukça yüksektir. Bu durum sadece aile planlamasına katkıda bulunan personelin gayretlerine bağlı olmayıp, seks eğitimi, sorumlu seksüel davranış için güçlü toplumsal destek, oldukça eşit bir gelir dağılımı sağlayan sosyal bir anlaşma hali, evlilik dışı seksi suçlayan aşırı tutuculuk ve aşırı dinciliğin olmayışı gibi diğer faktörlerle de yakından ilgilidir, Kalpalp (3).

Adölesan gebelikler, kadınların kendilerinde ve yenidoğanlarında önemli sağlık riskleri ile ilişkilidir. Adolesan gebeliklerin tıbbi ve sosyal riskleri göz önünde bulundurarak; adolesan gebeliklerin hem çocuk ve anne için toksemiden, anemi, kişilik değişiklikleri, prematürite ve perinatal mortalite görünümü onların yetişkinlerle karşılaştırıldığında sık meydana gelmiş ve aynı zamanda hamile ergen meydana gelen hiperttonik rahim kasılmaları zor doğuma neden olmuştur, Altıkulaç (22). Maternal komplikasyonlar, anemi ve sezaryen ile ve prematüre doğum, düşük

doğum ağırlığı, perinatal mortalite ve artan bebek ölümleri bebekler için komplikasyon olarak ilişkilidir. Yıllık yaklaşık 70.000 ergen gebelik ve doğumla ilgili nedenlerle ölmektedir, Shahabuddin (89). Adölesan gebelerde artmış riskler tüm bunlarla sınırlı kalmamakta, doğum sonrası komplikasyonları da kapsamaktadır, Kütük (14).

Adölesan anneler ile adölesan annelerden doğan bebekler ölüm ya da hastalık riski taşımaktadır. Bu konuda yapılan araştırmalar adölesan yaşta doğum yapan annelerin doğum öncesi bakımlarının yeterli düzeyde olmadığını ve obstetrik komplikasyonlarla daha sık karşılaşıldığını göstermektedir. Son yıllarda adölesanların daha önceki kuşaklara göre daha erken yaşlarda cinsel ilişkiye başladığı belirlenmiştir. Dünyada her yıl 14-15 milyon adölesan kadın anne olmakta, sağlıklı olarak meydana gelen düşüklerin dörtte biri adölesan yaş grubundaki kadınlarda görülmektedir, Demirgöz ve Canbulat (20).

Türkiye’de tüm doğumların yaklaşık %20’si riskli olarak kabul edilen 20 yaş altında ve 35 yaş üzerinde görülmektedir. Daha önce yaşa özel doğurganlık hızı 20-24 yaş aralığında en yüksek iken 2008 yılından sonra 25-29 yaş aralığında yaşa özel doğurganlık hızının arttığı gözlenmiştir, TNSA (27). Türkiye’de resmi evlenme yaşı 18’dir, TNSA (27). TÜİK verilerine göre 3081 adölesan kadından 251’i evlidir ve bunların 119’u canlı doğum yapmıştır, TÜİK (4). Çocuk doğurma davranışı 17 yaşından önce nadir, iken adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesinin 18 yaşından sonra keskin bir şekilde arttığı görülmektedir. 19 yaşındaki kadınların yüzde 16’sı ise anne olmuş veya ilk çocuğuna gebedir. Kırsal alanlardaki adölesanlarda çocuk sahibi olma kenttekilere göre daha sık görülen bir davranıştır. (sırası ile yüzde 6 ve yüzde 4). Adölesan dönemde çocuk sahibi olmaya başlayan kadınların yüzdesi bölgesel farklılıklar göstermektedir, Batı’da yüzde 3 olan bu oranın Güney, Orta ve Doğu’da yüzde 6 veya daha fazladır, TNSA (27).

Her yaş grubunda, kırsal alanlardaki kadınlar kentsel alanlardaki kadınlara göre daha fazla çocuk doğurmaktadır. Kırsal alandaki yaşa özel doğurganlık hızları, 15-19 yaş grubundan itibaren hızlı bir şekilde artmakta, 20-24 yaş grubunda en üst noktasına

ulaşmakta, 25-29 yaş grubunda biraz azalmakta ve daha sonra ise istikrarlı bir şekilde düşmektedir. Öte yandan, kentsel alanlardaki yaşa özel doğurganlık hızları, 25-29 yaş grubundaki en yüksek değere daha yavaş bir artışla ulaşmaktadır, TNSA (27). Ülkemizde özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde çeşitli gelenek ve alışkanlıklar nedeniyle adolesan dönemde yapılan evlilik ve gebeliklere sık olarak rastlanmaktadır, İnegöç (5). Diyarbakır Doğumevi'nde yapılan çalışmada doğum yapan kadınların %10.3'ünün adolesan olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınların %59.7'sinin ilk evlenme yaşlarının 18 ve altı olduğu belirlenmiştir, Saka ve ark. (33).Yine aynı ilde sosyo-ekonomik yönden az gelişmiş bir semtte yapılan çalışmada kadınların sadece %14'ünün 19 yaş ve üzerinde evlendikleri ortaya çıkmıştır. Mardin de yapılan başka bir çalışmada kadınların %56.1'inin ilk evlenme yaşlarının 18 ve altı olduğunu bildirmiştir, Ertem ve ark. (34).Denizli'de yapılan bir araştırmada adolesanların yaklaşık %6.4'ü evli, %4.9'u gebe, %23.3'ünün ilk çocuğuna gebe, %4.8'i doğum yaptığını belirtmiştir. Çalışmada yaşın küçük olması, eğitimsizlik ve işsizlik adolesan anneler için risk grubu olduğu saptanmıştır, Özşahin ve ark. (35).

4.2.2. Adölesan gebelik sonuçları

Dünyadaki bütün veriler anne ve bebek ölüm hızlarının en yüksek olduğu dört tip gebelik tanımlamaktadır. Bunlar, 18 yaşından küçük kadınların gebelikleri, 35 yaşından büyük kadınların gebelikleri, dört ve daha fazla doğum yapan kadınlardaki gebelikler, bir önceki gebelikle arasında iki yıl ve daha kısa ara olan gebeliklerdir, Demiröz (15). Adolesan gebelikler yüksek riskli gebelikler olup, yüksek maternal ve fetal morbidite ve mortalite ile sonlanabilmektedir, Çelik ve ark. (19). Erken yaşta başlayan gebelikler geniş ailelerin oluşmasına neden olurken bir yandan da hem demografik açıdan hem de anne çocuk sağlığı açısından önemli olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Erken yaşta evlenen kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı düşük ve aynı zamanda gebeliğe bağlı risklerin görülme olasılığı daha fazladır, Başer (26).

Ergenlik çağında gebe kalma ve çocuk sahibi olma, henüz yeterli fiziksel ve hormonal olgunluğa erişmemiş genç anne ve doğacak yavrusunun sağlığı açısından

tüm dünya ülkelerinde önemli bir toplum sağlığı sorunu olmaktadır. Adölesan henüz gelişim evresini bitirmemiş, iskelet sistemi yönünde tam olgunluğa erişmemiştir, Bulut ve ark. (23). Adölesan vücudundaki değişikliklere uyumsağlamaya çalışırken, bir yandan da gelişen gebelik olayı ve anne olma psikolojisi ile uğraşmaktadır. Bu da onda adölesan dönemin var olan kaygılarının yanısıra ek bir kaygı yaratmaktadır, Özcebe (36).

Adölesan gebeliklerin kısa ve uzun vadeli anne ve bebeği de etkileyen çeşitli olumsuz sağlık sonuçları olduğu bilinmektedir. Sadece fizyolojik değil aynı zamanda psikolojik, sosyolojik, ekonomik açıdan da olumsuz sonuçlarla karşılaşıldığı bilinmektedir. Adölesan gebeliklerde gebelik ve doğum komplikasyonları diğer gebeliklerden %60 daha fazla görülmektedir, Aba (37).

4.2.2.1. Maternal sonuçlar

Adölesan gebelikler, genç kızları eğitim gibi temel bir haktan ve diğer birçok sosyal haktan mahrum bırakmaktadır. Ayrıca, anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilemekte, diğer gebeliklere kıyasla daha riskli kabul edilmektedir, Ayyıldız ve ark. (38).Gebelikte gerçekleşen doğal süreç çerçevesinde kadının vücudunda bir dizi yapısal ve işlevsel değişiklik meydana gelmektedir. Kadının bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan gelişimini tamamlamadan gebe kalması durumunda hem anne hem de bebek olumsuz etkilenmektedir, Aba (37).Adölesan gebelikler genel olarak riskli gebelikler olarak kabul edilmekte olup, tıbbi ve sosyal sorunlara yol açabilmektedir. Yapılan çalışmalarda doğurganlık yaşı küçüldükçe annelerde komplikasyon görülme oranının yükseldiği bildirilmiştir, Aydın (29).Gelişimini tamamlamaya çalışan adölesan bir taraftan vücudundaki değişikliklere uyum sağlamaya çalışırken, diğer taraftan da gelişen gebelik olayı ve anne olma psikolojisi ile karşı karşıya kalmakta ve bu dönemlerin üst üste gelmesi de organizmayı riske sokmaktadır.Bu nedenle gebe olan bütün adölesanlar tıbbi açıdan riskli grup olarak ele alınmaktadır, Aba (37); Keskinoglu (39).

Ebeveyn olma riskindeki adölesanların çoğu düşük gelirli ailelere sahiptir. Genellikle adölesan anneden doğmuşlardır ve çocukluklarında fiziksel ya da seksüel istismara uğramışlardır. Adölesan döneminin içerdiği psikolojik yaşam döneminin özelliği olarak, bebeğe karşı istismar ve ihmal erişkin annelerden daha fazla görülmektedir. Ayrıca erken yaşta çocuk sahibi olmak kadınların eğitim, sosyal ve ekonomik durumlardaki gelişmenin önünde bir engel oluşturmaktadır. Doğum olayı fizyolojik bir olay olmakla beraber, her kadının yaşantısındaki yeri büyüktür. Doğum olayı anneyi ruhsal ve bedensel olarak farklı şekillerde etkiler. Kimi bu olayı sevinçle karşılarken, kiminde farklı bir kaygı yaratır, Bulut ve ark. (23).

Mortalite oranı gençlerde oldukça düşük olmakla birlikte, gebelikle ilgili olan mortalite ve morbidite oranı, adölesan kızlarda büyük bir sorundur. 20-29 yaş arası kadınlarla karşılaştırıldığında, 18 yaş altındaki kadınlarda maternal mortalite ve morbidite riski 4 kat daha fazladır. 15 yaş altı gebelerde mortalite oranı % 60'tır, Aba (37).

Brezilya'da, anksiyete (% 23.3), depresyon (% 20.8) ve intihar düşüncesi (% 16.7) yüksek oranda, 120 gebe ergenler (14-18years) rastgele örneklem bulundu. Piracicaba kentinde bir sağlık merkezine sevk Embu - SP yer alan düşük gelirli mahallede yapılan toplum tabanlı çalışmada -SP.5 (n = 813, her iki cinsiyette, 0-17 yaş) , kaygılı / depresif semptomlar (% 7.4) alt oranları, geri / depresif semptomlar (% 2.1) ve tütün kullanımı (% 5.4) arasında 13- bulundu, Caputo ve ark. (56).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar: Adölesanların karşılaşılabilecekleri en önemli üreme sağlığı sorunları ise cinsel yolla bulaşan hastalıklar, AIDS ve buna bağlı gelişen komplikasyonlardır, Başer (26); Aydın (29).

İstenmeyen gebelikler: İstenmeyen gebelikler düşük ve orta gelirli ülkelerde 15-19 yaşlar arasındaki adölesanların %14'ünde güvenli olmayan düşükler ile sonuçlanmaktadır. Dünyada her yıl 2,5 milyon ergen güvenli olmayan düşüklerle maruz kalmakta ve yetişkin kadınlara göre komplikasyonlardan yüksek oranda

etkilenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü dünyada 2008 yılında 15-19 yaş arası 3 milyon adölesan güvenli olmayan kürtaj yaptırmaktadır, Aydın (29).

Adölesan gebeliklerinin büyük oranda istenmeyen gebelik olması, genç kadınları, yasal olsun ya da olmasın isteyerek düşüğe yönelmekte ve bunlara bağlı gelişen komplikasyonlarla karşı karşıya kalmaktadırlar, Başer (26); Bulut ve ark (23). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bu düşüklere yaklaşık yarısı sağlıklı koşullarda gerçekleşmektedir. Uygunsuz şartlarda ve durumda kürtaj yaptıran kadınların çoğu adölesandır. Çünkü adölesan, gebelikten kurtulmak istemekte fakat kürtajın yasal olmaması, sağlıklı güvenilir koşullarda kürtaj yaptıracağı yerleri bilmemesi, fazla ücret ödemek istememesi ve kürtajı daha riskli olan ileri bir gestasyonel yaşa kadar ertelemesi nedeniyle sağlıklı koşullarda kürtaj yaptırmak zorunda kalmaktadır. Kürtajın acemi kişilerce, sağlıklı koşullarda yapılması enfeksiyona, çeşitli hastalıkların bulaşmasına, kısırlığa ve hatta adölesanın ölümüne bile neden olabilmektedir. Korunmasız cinsel ilişki yüzünden dünyada her yıl iki-dört milyon genç sağlıklı koşullarda düşük yapmaktadır, Bulut ve ark. (23).

Gebelik: Adölesan kadınların en önemli ölüm nedeni gebelik ve gebelikle ilgili nedenlerdir, Demirgöz ve ark. (20). Adölesan gebelerde gebelik komplikasyonları ve prenatal sorunlara daha sık rastlanır. Adölesan annelerde anemi ve gebeliğin neden olduğu hipertansiyon oluşma oranı yüksektir. Sıklıkla karşılaşılan gebelik riskleri; spontan abortus, korpus luteum kistleri, gestasyonel trofoblastik hastalıklar, dış gebelik ve septik abortustur. Obstetrik riskler 15-19 yaş grubundaki gebelerde anne yaşından daha çok, yetersiz beslenme, anemi, yoksulluk, kötü sağlık koşulları, sigara, alkol ve bağımlılık yapıcı madde kullanımı ve genital enfeksiyonlar nedeni ile ortaya çıkmaktadır. Preterm doğum, gelişme geriliği, preeklamsi en sık yaşanan obstetrik sorunlardır, Başer (26); Ayyıldız ve ark. (38). Adölesan gebelerde sigara kullanımı, bağımlılık yapıcı madde kullanımı, Human Immunodeficiency Virus (HIV) ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların daha fazla görüldüğü bildirilmektedir, Aydın (29). Ayrıca adölesan gebelikte özellikle anemi, postpartum kanama ve depresyon, erken membran rüptürü, servikovajinal enfeksiyonlar, gebelik hipertansiyonu,

preeklampsi, eklampsi, perineal fistül, epizyo açılması daha fazla tespit edilmiştir, Aba (37); Ayyıldız ve ark. (38).

Nahathai, Pitcha ve Somkid Tayland'da 5 yıllık retrospektif olarak yaptıkları çalışmada, 13-19 yaş grubu 2490 adölesan gebe ve 20-25 yaş grubu 3909 yetişkin gebenin komplikasyon insidansları karşılaştırılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre adölesan gebelerin daha yetersiz antenatal bakım aldıkları ve erken doğum, anemi ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğan görülme sıklığının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur, Nahathai ve ark. (40). Buna ek olarak düşük beden kitle indeksi, beslenme yetersizliği, yetersiz kilo alımı, aşırı doğurganlık, evlilik dışı gebelik, antenatal bakım yetersizliği, doğum öncesi ve sonrası kanama, zor doğum ve fistül adölesan gebelerde görülen diğer komplikasyonlardır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda adölesan gebelerde gözlenen sorunlar; anemi, kanama, preeklampsi bulantı ve kusma, ishal, idrar yolu enfeksiyonudur, Aydın (29).

Keskinoğlu, Bilgiç, Picakciefe, Giray, Karakuş ve Günay 945 adölesan gebede yaptıkları çalışmada, adölesan gebelerin %28'inde bazı obstetrik ve neonatal komplikasyonların geliştiğini, %18.2'sinin preterm eylem, %12.1'inin düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olduğunu ve %27.5'inin sezaryen doğum yaptığını belirlemişlerdir, Keskinoğlu ve ark. (39).

Doğum: Kürkner S.ve ark. (1994) "Adölesan Gebelik Bir Risk Faktörü müdür?" konulu geriye dönük olarak 29000 gebede yaptıkları çalışmada, adölesan gebelerde uzamış travay oranının adölesan olmayan gruptakilere göre daha fazla olduğu bulunmuştur, Kürkner ve ark. (41). Adölesan gebelik ve gebelik komplikasyonlarını inceleyen çalışmalar adölesan gebeliğin artmış sezeryan oranı, artmış doğum sonu kanama ve enfeksiyon riski, artmış anemi ve idrar yolu enfeksiyonu riskleri ile ilişkilendirmiş ancak son yıllarda gebeliği etkileyen diğer faktörlerin eklendiği çalışmalarda bu ilişkilerin en azından bir kısmı sorgulanmaya başlamıştır, Kütük (14).

Adölesanlar 20-29 yaş arası kadınlarla karşılaştırıldıklarında, 18 yaş altındaki kadınlarda maternal mortalite ve morbidite riski daha yüksektir. 20-24 yaş arası kadınlarla karşılaştırıldığında; 15-19 yaş arası adölesan gebelerde doğumda ölüm riski iki, 15 yaş altı gebelerde ise beş kat daha fazladır. Bu annelerdeki en çok ölüm nedeni emboli, hipertansif hastalık ve dış gebelik ile ilgilidir, Çelik ve ark. (19). Tayland'da yaklaşık 11.000 adölesan gebenin verilerini incelenmiş ve adölesan gebelerde preeklampsi ve erken doğum riskinin erişkinlerle aynı oranda olduğu ve erken doğum ve IUGR riskinin adölesan gebelerde arttığı ve özellikle 11-15 yaş arası genç adölesanlarda artışın daha belirgin olduğunu bildirilmiştir, Aba (37).

Hatay Doğumevi'nde yapılan bir çalışmada adölesan annelerin bebeklerinde düşük doğum ağırlığı görülme durumu adölesan olmayan anne bebeklerine göre anlamlı olarak daha düşüktür. Ayrıca preterm eylem insidansının adölesan grupta daha fazla görüldüğü bildirilmiştir, Ayyıldız ve ark. (38).

4.2.2.2. Fetal ve neonatal sonuçları

TNSA-2013 sonuçları, beş yaş altı ölümlülüğün bin canlı doğumda 15 olduğunu göstermektedir. Bu, Türkiye'de her canlı doğan 66 çocuktan 1'inin beşinci yaş gününe ulaşmadan öleceği anlamına gelmektedir. Bebek ölüm hızı bin canlı doğumda 13, neonatal ölüm hızı ise bin canlı doğumda 7'dir. Bu hızlar, erken çocukluk döneminde meydana gelen ölümlerin yüzde 87'sinin yaşamın ilk yılında, yaşamın ilk yılında meydana gelen ölümlerin ise yüzde 47'sinin yaşamın ilk ayında meydana geldiğini göstermektedir.

Bebek ölüm hızı, 2003-2008 (TNSA-2008) ve 2008-2013 (TNSA- 2013) yılları arasındaki beş yıllık dönemde yüzde 24 azalmıştır. Aynı dönemde, beş yaş altı ölümlülüğü yüzde 38 azalmıştır. TNSA-2013 öncesindeki son 10-19 yıl içinde binde 9-10 düzeyinde durağanlık gösteren çocuk ölüm hızının son beş yılda oldukça önemli bir oranda azalması özellikle dikkat çekicidir, TNSA (27).

Adölesan gebelik söz konusu olduğu zaman, annenin sağlığı tehlike altına girdiği gibi, çocuk için de bir takım sakıncalar ortaya çıkabilmektedir, Alp 2009 (42). Adölesan kadınların prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurdıkları ve sonuçta neonatal ve infant mortalitesinin fazla olacağı, konjenital malformasyonlara, motor ve mental gelişme gerilikleri, körlük ve sağırlığa sık rastlanmaktadır. Bebekler ayrıca epilepsi, serebral palsi, retardasyon, körlük ve sağırlık dahil olmak üzere konjenital defektler, zihinsel ve fiziksel özürlü olmaya da adaydırlar, Bulut ve ark. (23); Meydanlı ve ark. (43). Buna ek olarak oligohidroamnios, erken membran rüptürü, mekonyum aspirasyonu, umbilikal kordon transpozisyonu, malnutrisyon, konjenital anomali, enfeksiyon, doğum travması, repiratuvar stres adölesan annelerden doğan bebeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir, Bulut ve ark. (23); Aydın (29). Ayrıca bebek ölüm hızı bu bebeklerde iki üç kat daha fazladır, Bulut ve ark. (23).

Adölesan annelerin bebeklerinde yetişkin gebelere göre daha fazla komplikasyon bildirilmektedir. Adölesan gebelikler, bebekler açısından doğumsal malformasyon, prematürelilik, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı ve asfiksi gibi yenidoğan ölüm riskini artıran ve ileriki yaşamında sağlık problemi yaşamasına neden olan sorunlar adölesan annelerin çocuklarında fazla görülmektedir, Demirgöz ve ark. 2008 (20); Demiröz (15); Aydın (29); Aba(37). Yenidoğanlarda düşük doğum ağırlığı (DDA), ortalama doğum ağırlığı ve doğum boyunun düşük olması çok görülen komplikasyonlardır, Aydın (29).Yine yapılan çalışmalarda adölesan gebelerin erişkin gebelere oranla sigara ve alkol tüketim oranlarının fazla olması nedeni ile yenidoğanlarda düşük doğum ağırlığı ve sağlık problemleri yüksek oranda gözlenmektedir, WHO (44). Adölesan gebelik ve gebelik komplikasyonlarını inceleyen çalışmalar adölesan gebeliğin düşük, in utero mort fetus (IUMF), erken doğum, erken membran rüptürü, intra uterin gelişme geriliği (IUGR ile ilişkilendirmiş ancak son yıllarda gebeliği etkileyen diğer faktörlerin eklendiği çalışmalarda bu ilişkilerin en azından bir kısmı sorgulanmaya başlamıştır, Kütük (14).

Adölesan annelerden doğan bebeklerin 20-29 yaş arasındaki annelerden doğan bebeklere göre ilk bir haftada ölüm riski %50'dir, ilk bir ayda ise ölüm riski %50-100 arasındadır. Yapılan bir araştırmada 10-15 yaş arasında doğum yapan anne bebeklerinde ölüm riski %55, 16-17 yaş arasında %19 ve 18-19 yaş arasında ise %6'dır, Aydın (29). Adölesan annelerin bebeklerinde diğer yaş gruplarına göre bebek ölümü hızı 2-3 kez daha fazladır, Bulut ve ark. (23); Meydanlı ve ark. (43).

Adölesan anneler çocuğun sağlığı ve gelişimi konusunda da riskli davranmakta, gebelikte sigara içimi, bebeğini emzirmeme ve çocuğunu okul öncesi eğitime göndermeme davranışlarını daha fazla göstermektedirler. Literatürde adölesan annelerin erişkin annelere oranla ilk 2 ayda bebeklerinin sorumluluğunu daha geç alabildikleri ve sağlık hizmetlerine ulaşmada daha fazla sorun yaşadıklarını bildirilmiştir, Aydın (29). İleri yaştaki annelerden doğan çocukların, kavramsal yetenek ve akademik başarıları adölesan yaş grubundaki anneden doğan çocuklara göre daha yüksektir. Buna ilaveten adölesan yaş grubundaki anneden doğan çocukların sınıf tekrarı yaptığı ve okul derecelerinin düşük olduğu görülmektedir Bulut ve ark. (23).

Sosyoemosyonel literatür konusunda ise sonuçlar sınırlıdır. Eldeki sonuçlar değerlendirildiğinde; adölesan anneden doğan çocuklarda; sosyal eksiklik, aşagılık duygusu, korkaklık ve öfkeyi kontrol edememe gibi sosyoemosyonel semptomlar görülmektedir. Ayrıca bunlara ek olarak düşüncesizlik, saldırganlık gibi yüksek riskli davranış bozuklukları, okula gitmeme ve madde kullanımı gibi davranışlar da rapor edilmektedir, Bulut ve ark. (23).

Yirmi yaş altı anne çocukları 30 yaş üzeri annelerle karşılaştırıldığında anksiyete bozukluğu, majör depresyon ve intihar gibi mental sağlık sorunlarının, madde kullanımı, suç işlem, eğitim başarılarının düşüklüğü, okulu terk etme gibi durumların 1.5- 8.9 kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir, Durmaz (25).

4.2.3. Adölesan gebeliklerin izlemi

Adölesan dönemde olan evlilikler ve bunun getirdiği gebelikler kadın sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir, Sevil ve Ekmekçi (45); Kütük (14). Nüfusun tümünün salığı geliştirici, koruyucu ve tedavi edici olanaklardan adaletli olarak yararlanmasını sağlamak ülkemizin de içinde olduğu dünya sağlık örgütü Avrupa bölgesinin yirmibirinci yüzyılda ulaşmayı hedeflediği “ öncelikli 21 sağlık hedefinin “başında gelmektedir. Bu önceliği, yaşama sağlıklı başlangıç ve gençlerin sağlığının geliştirilmesi hedefleri izlemektedir, Kalpalp (3).

Kadınların güvenle gebe kalmaları, doğum yapmaları ve sağlıklı bebeklere sahip olabilmeleri için gebelikleri boyunca eğitimli sağlık personelleri tarafından takip edilmeleri son derece önemlidir. DSÖ’ne göre gebeler gebelikleri süresince sağlık personeli tarafından en az 4 kez ziyaret edilmelidir. Bu ziyaretler 16.hafta, 24-28.haftalar arası, 32.hafta ve 36.hafta arasında yapılmalıdır, Can ve ark. (9). Doğum öncesi bakım almayan annelerin daha fazla ölüm riski taşıdığı, daha fazla düşük doğum ağırlıklı bebek doğurdukları ve bebeklerin perinatal ölüm görülme olasılıklarının daha fazla olduğu belirtilmiştir. Kaliteli bir doğum öncesi bakım, ilk trimesterde başlamalıdır. Düzenli aralıklarla gebeliğin sonuna kadar en az 6 kez, riskli gebeliklerde ise daha fazla sayıda izlem yapılmalıdır, Başer ve ark (46).

Doğum öncesi bakımda izlem zamanı ve sıklığından çok izlemin içeriği önemlidir. İzlemler sırasında gebenin düzenli olarak tartılması, kan basıncının takip edilmesi, laboratuvar testlerinin yapılması anne ve bebekteki sağlık sorunlarının erken tespiti açısından önemlidir, Başer ve ark. (46). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde anne ve bebekler gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde yaşanan sağlık sorunlarından dolayı yaşamını yitirebilmektedir. Ana ve çocuk sağlığı sorunları Türkiye için de önemli bir sorundur ve bu sorunlara yönelik çalışmalar doğum öncesi, doğum ve sonrası bakım hizmetlerini kapsamaktadır, Eğri ve ark. (47).

Ergen annelerin ve ergen annelerden olan çocukların ciddi hastalık ve ölüm riski taşımaları nedeniyle, doğurganlık ergenlik döneminde önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Çalışmalar ergen annelerin prenatal bakımlarının yetersiz

olduğunu, eklampsi, preklampsi, abortus, enfeksiyon gibi gebeliğe bağlı sorunlarla daha fazla karşılaştıklarını göstermektedir, Ünal ve ark. (48); Demirgöz ve Canbular (20). Adölesan annelerden doğan bebekler yenidoğan ölümü ve hastalıkları açısından risk taşıdığı gibi, adölesan annelerde doğum öncesi bakımları yetersiz olduğundan obstetrik komplikasyonlarla çok daha sık karşılaşmaktadır. Bu durum da adölesan dönemde anne ölüm hızını arttırmaktadır, Demirgöz ve Canbulat (20).

Ektopik gebelikler 35 yaş üzeri gebelerde sıklıkla görülmesine rağmen adölesanlarda dış gebeliğin tanı ve tedavisi gecikebildiği için mortalite hızı daha yüksektir. Dış gebelik sonlandırıldığında Rh duyarlılığını önlemek için anti D immunglobulin yapılmalıdır. Ayrıca diyabet, orak hücreli anemi, epilepsi ve kardiyak hastalıklar adölesan gebelikte daha sık görülmektedir. Buna ek olarak akne tedavisi nedeniyle Isotretinoin kullanımına bağlı konjenital anomaliler adölesan gebelerde daha çoktur. Akne tedavisi gören cinsel yönden aktif adölesanlara oluşabilecek konjenital anomaliler hakkında yeterli bilgi verilmelidir. Epilepsi hem kendisi hem de kullanılan ilaçlar nedeniyle bebekte konjenital anomalilere neden olabilir. Orak hücreli anemi bulunan adölesanlarda şiddetli anemi, erken doğum ve intrauterin gelişme geriliği riski artmaktadır. Ayrıca hastalığın intrauterin geçiş olasılığı vardır. Özellikle pulmoner hipertansiyon bulunan konjenital anomalilerde gebeliğe bağlı plazma volümünde artış gebelerde risk oluşturmaktadır, Gökçe (8).

Adölesanlarda gebelikten şüphelenildiğinde sadece %36'sında gerçekten gebelik teşhisi konmaktadır. Adölesanlarda gebelik testi negatif çıksa bile gebe kalma riski yüksek olarak görülmeli ve gerekli izlem ve eğitimler verilmelidir. Özellikle gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi verilmeli ve hizmete ulaşım imkânı sağlanmalıdır. Cinsel yönden aktif adölesanlarda herhangi bir operasyon, radyografi, ilaç kullanımı ve aşılardan önce gebelik testi yapılmalıdır. Kabakulak, measles, rubella, polio ve varisella aşılarından önce mutlaka gebelik ekarte edilmelidir, tetanoz, difteri, hepatit A ve B, influenza, pnömokok aşılı adölesan gebelere yapılabilir, Gökçe (8).

5. METOT VE MATERYAL

5.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, adölesan yaşta doğum yapan kadınların gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin özelliklerini belirlemek amacıyla retrospektif vaka-kontrol araştırması olarak yapılmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Batman ilinde bir kamu hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın yapılması için kurum izinleri ve etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır. Araştırma verileri; Haziran –Kasım 2014 tarihleri arasında doğum yapan kadınların dosyalarından ve telefon görüşmesi ile kendilerinden toplanmıştır. Verilerin toplanması Aralık 2014-Mayıs 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastalara doğumlarından altı ay sonra ulaşılmıştır.

Araştırma alanı olarak Batman ili, adölesan doğurganlık oranı yüksek olduğu için tercih edilmiştir. Adölesan doğurganlık hızları illere göre büyükten küçüğe sıralandığında 34 il Türkiye değerinin üstünde, 47 il ise Türkiye değerinin altında kalmaktadır. Batman ili de Türkiye değerlerinin üstünde kalan 34 il arasındadır, TÜİK (49).

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreni; Batman ilinde araştırmanın yapıldığı kamu hastanesine başvuran kadınlardan oluşmaktadır. Örneklem hesabı için 2013 yılı verileri kullanılmıştır. Çalışmanın yapıldığı hastanede 2013 yılında 6376 doğum olmuştur ve doğum yapanların 465'i adölesandır. Örneklem büyüklüğü hesaplamak için evreni bilinen formülünden yararlanılmıştır;

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

n: Örnekleme alınacak birey sayısı
t: 1.96
p: 0.66
q: 0.34
d: 0.05

$$n = \frac{6376 \times (1,96)^2 \times 0.046 \times 0.954}{(0.05)^2 \times (6376-1) + (1,96)^2 \times 0.046 \times 0.954} \quad n=65$$

Hesaplama yapılırken TNSA 2013 verilerine göre Türkiye’de %0.46 olan adölesan gebelik oranı dikkate alınmıştır. Evreni temsil eden minimum örneklem büyüklüğü %5 sapma ve %95 güven aralığında 65 olarak hesaplanmıştır. Rastgele sayılar tablosu kullanılarak basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 20 yaşından küçük yaşta 150 primipar ve kontrol grubu için ise 20-29 yaş aralığında 150 primipar kadına ulaşıncaya kadar veri toplanmaya devam edilmiştir. Annelere bebekleri altı ay olduğunda ulaşılmıştır.

5.4. Araştırma Hipotezi

H₁: Adölesan yaşta doğum yapan kadınlarla adölesan olmayan yaşta doğum yapan kadınlar arasında gebelik, doğum ve doğum sonu süreçler açısından fark vardır.

H₀: Adölesan yaşta doğum yapan kadınlarla adölesan olmayan yaşta doğum yapan kadınlar arasında gebelik, doğum ve doğum sonu süreçler açısından fark yoktur.

5.5. Veri Toplama Formu

Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan Veri Toplama Formu (EK I) kullanılmıştır. Form, hasta dosyalarındaki kayıtlardan faydalanılarak ve annelerden sözlü olarak elde edilen bilgilerle doldurulmuştur (Tablo 5.5.1). Araştırmaya katılan kadınların tanımlayıcı özellikleri (17 soru), gebelikle ilgili özellikler (10 soru), doğum ile ilgili özellikler (9 soru), bebek ile ilgili özellikler (12 soru), doğum sonrası ilk 6 aya ait özellikleri (5 soru) belirlemeye yönelik toplam 60 soruda oluşmaktadır.

Tablo 5.5.1. Verilerin Elde Ediliş Yolu

Telefonla elde edilen veriler	<ul style="list-style-type: none">-Kadınların sağlık durumu özellikleri-Kadınların eşlerinin sosyodemografik özellikleri-Kadınların eşlerinin sağlık durumu özellikleri-Doğum öncesi izlemelerine ilişkin izlemler-Doğum öncesi yapılan testler-Doğum sonu döneme ilişkin özellikler-Gebelik ve doğuma ilişkin algı ve düşünceleri
Hasta dosyalarından elde edilen veriler	<ul style="list-style-type: none">-Gebeliğin neden olduğu komplikasyonlara ilişkin özellikler-Kadınların doğumlarına ilişkin özellikler-Bebeklerine ilişkin özellikler

5.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapıldığı kamu hastanesinde Haziran- Kasım 2014 tarihleri arasında 15-19 yaş aralığında 265 kadın, 20-29 yaş aralığında ise 400 kadın doğum yapmıştır. Onbeş-19 yaş aralığında 63 kadının, 20-29 yaş aralığında ise 185 kadının telefon numarası olmadığı için, 15-19 yaş aralığında 21 kadın telefonu açmadığı, 20-29 yaş aralığında ise 30 kadın telefonu açmadığı için araştırma dışı bırakılmıştır. Onbeş-19 yaş aralığındaki kadınların 31'i araştırmaya katılmayı kabul etmediği için bu yaş grubundan 150 kadın araştırmaya alınmıştır. Yirmi-29 yaş aralığında ise 150 sayısına ulaşınca kadar veri toplamaya devam edilmiştir.

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada yer alan yaş, evlenme yaşı gibi sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenler ortalama \pm standart sapma ($Ort \pm s$); normal dağılmayan değişkenler ortanca (min-maks) ile ifade edilmiştir. Öğrenim durumu, çalışma durumu, aile tipi gibi kategorik değişkenler sayı (%) ile gösterilmiştir.

Vaka ve kontrol grubunun sürekli değişkenler bakımından karşılaştırılmasında değişkenin dağılımına bağlı olarak student t testi ve ya Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Grupların kategorik değişkenler bakımından değerlendirilmesinde ki-kare testlerinden faydalanılmıştır. Oranların farklılığını tespit etmek için Bonferroni düzeltmeli z testi uygulanmıştır.

Preeklemsi, prematüre doğum, erken membran rüptürü vb. durumlara yaşın etkisini incelemek üzere, bağımlı değişkenin türüne göre, basit lojistik regresyon veya ordinal lojistik regresyon; paralel test varsayımının sağlanması durumuna göre ordinal lojistik regresyon veya multinomial lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Analizler sonucunda odds oranı (OR), OR için % 95 güven aralığı (GA) ve p değeri verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmıştır.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, araştırmanın yapıldığı hastanede ve araştırma yapılan tarih aralığı ile sınırlı olup topluma genellenemez. Anket sorularının yer aldığı veri toplama araçları uygulanırken katılımcıların geçmiş ile ilgili durumları hatırlaması güç olduğundan ve bazı sorulara hassasiyet duyduklarından yanıltıcı cevaplar vermiş olabilir.

5.8. Araştırmanın Süresi

Araştırma 2014 yılında planlanmıştır. Haziran- Kasım 2014 tarihleri arasında tez önerisi kabul edilmiş ve gerekli izinler alınmıştır. Daha sonra veriler Aralık 2014- Mayıs 2015'te Haziran- Kasım 2014 tarihleri arasında doğum yapan kadınların dosyalarından elde edilmiştir. Verilerin analizi Haziran 2015 tarihinde yapılarak rapor yazımı ve teslimi Mart 2016'da tamamlanmıştır.

5.9. Araştırma Sırasında Yaşanan Zorluklar

- Araştırmanın yapıldığı hastanenin yoğunluğu ve arşiv bilgilerine ulaşma aşamasında zorluk yaşanmıştır.
- Hastanede bilgi sisteminde yanlış kaydedilmiş telefon numaraları veya çoğu hastanın dosyasında eşinin telefon numarası olması zaman kaybına neden olmuştur.
- Telefon ile yapılan görüşmelerde katılımcıların bölge dili sebebiyle 'dil' sorunu yaşanmıştır.

6. BULGULAR

Çalışmada 150 adölesan grup (15-19 yaş) ve 150 adölesan olmayan grup (20-29 yaş) olarak iki grup oluşturulmuştur. Tezin bu bölümünde araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar halinde gruplandırılarak verilmiştir;

6.1. Primipar kadınların ve eşlerinin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular

6.2. Primipar kadınların gebelik dönemine ilişkin bulgular

6.3. Primipar kadınların doğumlarına ilişkin bulgular

6.4. Primipar kadınların doğum sonu dönemine ilişkin bulgular



6.1. Primipar Kadınların ve Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların tanımlayıcı özellikleri bulunmaktadır. Bu başlık altında kadınların ve eşlerinin sosyodemografik özellikleri ve sağlık durumu özellikleri incelenmiştir.

Tablo 6.1.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

	VAKA GRUBU <20 yaş	KONTROL GRUBU 20-29 yaş	Test İstatistiği (Z,χ²)	p değeri
Yaşı [ort±s]	17.86±1.08	23.93±1.80	15.101	<0.001
Evlenme yaşı [ort±s]	16.86±0.87	21.43±1.88	14.999	<0.001
Öğrenim seviyesi [n(%)]			78.456	<0.001
Okula gitmeyen	32 (21.3) ¹	17 (11.3) ¹		
İlkokul	61 (40.7) ²	18 (12.0) ²		
Ortaokul	52 (34.7)	51 (34.0)		
Lise ve üzeri	5 (3.3) ³	64 (42.7) ³		
Çalışma durumu [n(%)]			24.245	<0.001
Çalışıyor	11 (7.3)	44 (29.3)		
Çalışmıyor	139 (92.7)	106 (70.7)		
En uzun süre yaşadığı yer	[n(%)]		7.760	0.021
Köy/kasaba	25 (16.7) ¹	10 (6.7) ¹		
İlçe	48 (32.0)	48 (32.0)		
İl merkezi	77 (51.3)	92 (61.3)		
Medeni durum [n(%)]			18.029	<0.001
Resmi nikah var	117 (78.0)	143 (95.3)		
Resmi nikah yok	33 (22.0)	7 (4.7)		
Akraba evliliği [n(%)]			6.658	0.036
Yok	76 (50.7) ¹	94 (62.7) ¹		
Birinci derece	35 (23.3)	34 (22.7)		
İkinci derece	39 (26.0) ²	22 (14.6) ²		
Aile tipi [n(%)]			29.232	<0.001
Çekirdek aile	66 (44.0)	112 (74.7)		
Geniş aile	84 (56.0)	38 (25.3)		

^{1,2,3}p<0.05

Yaş ortalaması vaka grubunda 17.86 ± 1.08 yıl, kontrol grubunda 23.93 ± 1.80 yıl olarak hesaplanmıştır (Tablo 6.1.1). Evlenme yaş ortalaması vaka grubunda 16.86 ± 0.87 yıl, kontrol grubunda 21.43 ± 1.88 yıl olarak hesaplanmıştır (Tablo 6.1.1). Vaka grubun yaş ortalamasının kontrol grubuna göre düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Vaka grubunda okula gitmeyenler ile ilkokula gidenlerin oranı (% 21.3 ve % 40.7) kontrol grubuna göre yüksek iken lise ve üzeri düzeyde eğitim alanların oranı (%3.3) anlamlı düzeyde düşüktür ($p < 0.05$). Kontrol grubunda çalışan kadınların oranının (% 29.3) vaka grubuna (% 7.3) göre yüksek, köy veya kasabada en uzun süre yaşayanların oranının daha düşük olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Kontrol grubunun medeni durumda resmi nikah olma durumu (%95.3) vaka grubu ise (%78.0) olarak saptanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p < 0.05$). Vaka grubunda ikinci dereceden akraba evliliği oranının (% 26.0) kontrol grubuna (% 14.6) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda çekirdek ile geniş aile tipi oranı (%74.7 ve %25.3) olarak saptanırken vaka grubu çekirdek aile tipi oranı (%44.0 ve 56.0) hesaplanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek belirlenmiştir ($p < 0.001$).

Tablo 6.1.2. Kadınların Sağlık Durumu Özellikleri

		VAKA GRUBU	KONTROL GRUBU	χ^2	<i>P</i> değeri
		<20 yaş	20-29 yaş		
		n(%)	n(%)		
Sigara kullanımı				0.017	0.500
	Var	39 (26.0)	38 (25.3)		
	Yok	111 (74.0)	112 (74.7)		
Akut/Kronik sağlık öyküsü				3.248	0.072
	Var	40 (26.7)	27 (18.0)		
	Yok	110 (73.3)	123 (82.0)		
Allerji durumu				64.222	<0.001
	Var	26 (17.3)	94 (62.7)		
	Yok	124 (82.7)	56 (37.3)		
Çocukluk dönemi hastalık öyküsü				10.930	0.001
	Var	134 (89.3)	112 (74.7)		
	Yok	16 (10.7)	38 (25.3)		
Ailede kronik hastalık öyküsü				0.857	0.355
	Var	66 (44.0)	74 (49.3)		
	Yok	84 (56.0)	76 (50.7)		
Ailede genetik hastalık öyküsü				0.000	1.000
	Var	18(50.0)	18 (50.0)		
	Yok	132(50.0)	132 (50.0)		
Menarş yaşı				0.989	0.610
	12 yıl	51 (34.0)	59 (39.3)		
	13 yıl	66 (44.0)	59 (39.3)		
	14 yıl	33 (22.0)	32 (26.0)		
Adet düzensizliği				1.613	0.204
	Var	80 (53.3)	69 (46.0)		
	Yok	70 (46.7)	81 (54.0)		
Dismenore öyküsü				5.395	0.020
	Var	93 (62.0)	73 (48.7)		
	Yok	57 (38.0)	77 (51.3)		

Tablo 6.1.2’de kadınların sağlık durumlarına ait özelliklerinin gruplara göre dağılımı verilmiştir. Sigara kullanımı, akut/kronik sağlık öyküsü, ailede kronik sağlık öyküsü, menarş yaşı ve adet düzensizliği bakımından vaka ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Vaka ve kontrol grubunda alerjisi olanların oranı sırasıyla % 17.3 (n=26) ve % 82.7 (n=94) olarak hesaplanmıştır. Vaka grubunda alerji oranı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0.001$). Vaka grubunda çocukluk dönemi hastalık öyküsü olan

hastaların oranı % 89.3 (n=134), dismenore öyküsü olan hastaların oranı %62.0 (n=93)'dır ve bu iki oran kontrol grubuna göre daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 6.1.3. Kadınların Eşlerinin Sosyodemografik Özellikleri

	VAKA GRUBU	KONTROL GRUBU	Test İstatistiği	P değeri
	<20 yaş	20-29 yaş	(Z,χ²)	
	n(%)	n(%)		
Yaşı [Ort±SS]	24.47±2.99	30.52±3.27	12.433	<0.001
Evlenme yaşı [Ort±SS]	23.44±2.98	28.02±3.49	10.875	<0.001
Eğitim [n (%)]			58.201	<0.001
İlkokul	21 (14.0) ¹	7 (4.7) ¹		
Ortaokul	85 (56.7) ²	3 (22.0) ²		
Lise ve üzeri	44 (29.3) ³	110 (73.3) ³		
Çalışma durumu [n (%)]			0.205	<i>0.651</i>
Çalışıyor	141 (94.0)	138 (92.0)		
Çalışmıyor	9 (6.0)	12 (8.0)		
Ebeveyn yaşama durumu [n (%)]			7.623	0.006
Anne baba sağ	107(71.3)	84(56.0)		
Anne ya da baba yok	43 (28.7)	66(44.0)		
Ailenin aylık geliri [n (%)]			20.928	<0.001
Asgari ücretin altı	17(11.3)	50(33.3)		
Asgari ücretin üstü	133 (88.7)	100 (66.7)		

^{1,2,3} $p<0.05$

Kontrol grubu hastaların eşlerinin yaş ortalaması ve evlenme yaşı ortalamasının vaka grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$; Tablo 6.1.3). Vaka grubunda kontrol grubuna göre ilkokul ve ortaokul mezunlarının oranının daha yüksek, lise ve üzeri düzeyde eğitim alanların oranının daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Eşlerin çalışma durumu bakımından iki grubun benzer olduğu tespit edilmiştir ($p=0.651$). Vaka grubun ebeveyn yaşama durumu (%71.3) kontrol grubundan (%56.0) anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Kontrol grubundaki kadınların aylık gelir oranı (%33.3) asgari ücretin altında, vaka grubundaki oranı ise(% 11.3) hesaplanmış olup istatistisel olarak anlamlı saptanmıştır($p<0.05$).

Tablo 6.1.4. Kadınların Eşlerin Sağlık Durumu Özellikleri

		VAKA GRUBU	KONTROL GRUBU	χ^2	<i>p</i> değeri
		<20 yaş	20-29 yaş		
		n (%)	n (%)		
Sigara kullanımı				2.738	0.098
	Var	98 (65.3)	84 (56.0)		
	Yok	52 (34.7)	66 (44.0)		
Akut/Kronik sağlık öyküsü				10.140	0.001
	Var	37 (24.7)	63 (42.0)		
	Yok	113 (75.3)	87 (58.0)		
Allerji durumu				28.171	<0.001
	Var	12(8.0)	49 (32.7)		
	Yok	138 (92.0)	101 (67.3)		
Çocukluk dönemi hastalık öyküsü				10.889	0.001
	Var	104 (69.3)	76 (50.7)		
	Yok	46 (30.7)	74 (49.3)		
Ailede kronik hastalık öyküsü				1.080	0.299
	Var	72(48.0)	81 (54.0)		
	Yok	78(52.0)	69 (46.0)		
Ailede genetik hastalık öyküsü				2.199	0.138
	Var	17 (11.3)	26 (17.3)		
	Yok	133 (88.7)	124 (82.7)		

Vaka ve kontrol grubunda eşlerin sigara içme durumu, eşin ailesinde kronik hastalık öyküsü bulunma durumu ve eşin ailesinde genetik hastalık bulunma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 6.1.4). Akut/kronik sağlık öyküsü bulunan eşlerin oranı vaka grubunda % 24.7 ($n=37$), hasta grubunda % 42.0 ($n=63$) olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubunda ilgili oranın daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,001$). Alerjisi olan eşlerin oranının kontrol grubunda; çocukluk dönemi hastalık öyküsü bulunan eşlerin oranının vaka grubunda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p\leq 0.001$).

6.2. Primipar Kadınların Gebelik Dönemine İlişkin Bulgular

Tablo 6.2.1. Doğum Öncesi İzlemlerine ilişkin Özellikleri

	VAKA GRUBU <20 yaş n (%)	KONTROL GRUBU 20-29 yaş n (%)	χ^2	<i>p</i> değeri
İlk gebelik kontrol zamanı			3.566	0.050
Birinci trimester	127 (84.7)	114 (76.0)		
İkinci trimester	23 (15.3)	36 (24.0)		
Gebelik sırasında vitamin-demir preparatı kullanma			54.255	<0.001
Hiç kullanmadı	6 (4.0) ¹	45 (30.0) ¹		
Kısa süre kullanıp bıraktı	66 (44.0)	77 (51.3)		
Uzun süre kullandı	78 (52.0) ²	28 (18.7) ²		
Tetanos aşısı			0.000	1.000
Evet	130 (86.7)	131 (75.3)		
Hayır	20 (13.3)	19 (24.7)		
Kilo kontrolü			3.594	0.058
Evet	98 (65.3)	113 (75.3)		
Hayır	52 (34.7)	37 (24.7)		
Ultrason taraması			0.594	0.441
Evet	144 (96.0)	140 (93.3)		
Hayır	6 (4.0)	10 (6.7)		
Kan basıncı kontrolü			40.734	<0.001
Evet	64 (42.7)	118 (78.7)		
Hayır	86 (57.3)	32 (21.3)		

^{1,2}*p*<0.05

Birinci trimesterde ilk gebelik kontrol olan kadınların oranı vaka ve kontrol grubunda sırasıyla % 84.7 (n=127) ve % 76.0 (n=114) olarak hesaplanmıştır (Tablo 6.2.1). İlk gebelik kontrol zamanı bakımından iki grup benzerdir (*p*>0.050). Kontrol grubunda vaka grubuna göre gebelik sırasında vitamin-demir preparatı kullanmayanların oranı yüksek; ilgili preparatı uzun süre kullananların oranı daha düşüktür (*p*<0.05). Tetanos aşısı olan kadınların vaka grubu oranı (%86.7) hesaplanırken kontrol grubundaki oranı (%75.3) hesaplanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (*p*=1.000). Kilo kontrolü olan kadınların kontrol grubundaki oranı (%75.3) vaka grubundaki oranı (%65.3) hesaplanmış ve istatistiksel olarak anlamlı

bulunmamıştır ($p=0.058$). Ultrason taraması yapılan kadınların vaka grubundaki oranı (%96.0) kontrol grubundaki oranı (%93.3) hesaplanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p<0.441$). Kan basıncı kontrolü yapılmayan kadınların vaka grubundaki oranının (% 57.3) kontrol grubundaki orandan (% 21.3) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 6.2.2. Doğum Öncesi Yapılan Testlere İlişkin Özellikleri

	VAKA GRUBU		KONTROL GRUBU		χ^2	<i>p</i> değeri
	<20 yaş n (%)	20-29 yaş n (%)	<20 yaş n (%)	20-29 yaş n (%)		
İdrar testleri					27.149	<0.001
	Evet	114 (76.0)	145 (96.7)			
	Hayır	36 (24.0)	5 (3.3)			
Kan testleri					19.149	<0.001
	Evet	132 (88.0)	150 (100.0)			
	Hayır	18 (12.0)	0 (0.0)			
Hemoglobin ölçümü					6.781	0.009
	Evet	132 (88.0)	145 (96.7)			
	Hayır	18 (12.0)	5 (3.3)			
OGTT					28.195	<0.001
	Evet	132 (88.0)	92 (61.3)			
	Hayır	18 (12.0)	58 (38,7)			
İkili-üçlü tarama testi					4.617	0.032
	Evet	36 (24.0)	53 (35.3)			
	Hayır	114 (76.0)	97 (64.7)			

Doğum öncesinde yapılan testlere ilişkin sonuçlar Tablo 6.2.2’de verilmiştir. Vaka grubunda kontrol grubuna göre idrar testi, kan testi, hemoglobin ölçümü yapılan kadınların oranlarının daha düşük; OGTT ve ikili-üçlü tarama testi yapılanların oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 6.2.3. Gebeliğin Neden Olduğu Komplikasyonlara İlişkin Özellikler

	VAKA GRUBU		KONTROL GRUBU		χ^2	pdeğeri
	<20 yaş n (%)	20-29 yaş n (%)	<20 yaş n (%)	20-29 yaş n (%)		
Preeklamsi					32.823	<0.001
	Yok	122 (81.3) ¹	118 (78.7) ¹			
	Hafif	28 (18.7)	9 (6.0)			
	Şiddetli	0 (0.0) ²	23 (15.3) ²			
Prematür					0.000	1.000
	Evet	16 (10.7)	15 (10.0)			
	Hayır	134 (89.3)	135 (90.0)			
Erken membranrüptürü					0.033	0.855
	Evet	16 (10.7)	18 (12.0)			
	Hayır	134 (89.3)	132 (88.0)			
Oligohidroamnios					17.732	<0.001
	Evet	20 (13.3)	51 (34.0)			
	Hayır	130 (86.7)	99 (66.0)			
Polihidroamnios					2.404	0.121
	Evet	7 (4.7)	15 (10.0)			
	Hayır	143 (95.3)	135 (90.0)			
Plasenta previa					0.075	0.784
	Evet	8 (5.3)	6 (4.0)			
	Hayır	142 (94.7)	144 (96.0)			
Ablasyo plasenta					1.651	0.199
	Evet	11 (7.3)	5 (3,3)			
	Hayır	139 (92.7)	145 (96,7)			
Kan uyuşmazlığı					5.143	0.023
	Evet	36 (24.0)	54 (36.0)			
	Hayır	114 (76.0)	96 (64.0)			
IU gelişme geriliği					0.557	0.456
	Evet	30 (20.0)	25 (16.7)			
	Hayır	120 (80.0)	125 (83.3)			

^{1,2}p<0.05

Kontrol grubunda vaka grubuna göre preeklamsi görülmeyen kadınların oranının (% 78.7'ye % 81.3) daha düşük, şiddetli preeklamsi görülen kadınların oranının (% 15.3'e % 0.0) daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$; Tablo 6.2.3). Prematür varlığı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=1.000$). Erken membran rüptürü, polihidroamnios, plasenta previa,

ablasyo plesanta, IU gelişme geriliği, varlığı bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.855$; $p=0.784$; $p=0.199$ ve $p=0,456$). Oligohidroamnios olma kadınlar arasında kontrol grubundaki oranı (%34.0) vaka grubundaki oranı (%13.3) olarak hesaplanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

6.3. Primipar Kadınların Doğumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 6.3.1. Doğumlara İlişkin Özellikler

	VAKA GRUBU		KONTROL GRUBU		χ^2	<i>p</i> değeri
	<20 yaş n (%)	20-29 yaş n (%)	<20 yaş n (%)	20-29 yaş n (%)		
Doğum şekli tercihi					7.061	0.008
Normal doğum	66 (44.0)	89 (59.3)				
Sezaryen	84 (56.0)	61 (40.7)				
Doğum Şekli					2.368	0.124
Vaginal doğum	98 (65.3)	85 (56.7)				
Sezaryen	52 (34.7)	65 (43.3)				
İndüksiyon Kullanımı					4.768	0.029
Var	107 (71.3)	89 (59.3)				
Yok	43 (28.7)	61 (40.7)				
Epizyotomi					7.792	0.005
Var	96 (64.0)	72 (48.0)				
Yok	54 (36.0)	78 (52.0)				
Vakum kullanımı					0.284	0.594
Evet	16 (10.7)	20 (13.3)				
Hayır	134 (89.3)	130 (86.7)				
Fetaldistres					4.453	0.035
Evet	25 (17.1)	40 (27.4)				
Hayır	121 (82.9)	106 (72.6)				
Postpartum kanama					12.170	<0.001
Evet	4 (2.7)	22 (14.7)				
Hayır	146 (97.3)	128 (85.3)				

Kadınların doğumlarına ilişkin özelliklerinin gruplara göre dağılımı Tablo 6.3.1’de verilmiştir. Vaka grubunda sezaryen tercihi oranının (% 56.0) kontrol grubuna göre (%40.7) anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.008$). Doğum şekli

bakımından vaka ve kontrol grubunun benzer olduğu belirlenmiştir ($p=0.124$). Vaka grubunda indüksiyon kullanımı ve epizyotomi kontrol grubuna göre daha yüksek gözlenirken; fetal distress ve postpartum kanama daha az oranda görülmüştür ($p<0.05$). Doğum sırasında vakum kullanımı açısından değerlendirilen kadınların iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.594$).

Tablo 6.3.2. Bebeklerine İlişkin Özellikler

	VAKA GRUBU	KONTROL GRUBU	χ^2	<i>p</i> değeri
	<20 yaş	20-29 yaş		
	n (%)	n (%)		
Bebeğin canlı olma durumu			0.000	1.000
Canlı	146 (97.3)	146 (97.3)		
Cansız	4 (2.7)	4 (2.7)		
Bebeklerin doğum ağırlığı			0.085	0.770
Düşük doğum ağırlığı	30 (20.0)	28 (18.7)		
Normal doğum ağırlığı	120 (80.0)	122 (81.3)		
Annenin hastanede kalma süresi			4.432	0.109
1 gün	93 (62.0)	88 (58.7)		
2 gün	45 (30.0)	57 (38.0)		
3-9 gün	12 (8.0)	5 (3.3)		
Hastanede kalma süresi			8.070	0.018
1 gün	93 (63.7) ¹	69 (47.3) ¹		
2 gün	38 (26.0) ²	57 (39.0) ²		
3-7 gün	15 (10.3)	20 (13.7)		
Yenidoğan fizyolojik sarılık			1.387	0.239
Evet	70 (47.9)	60 (41.1)		
Hayır	76 (52.1)	86 (58.9)		
Kongenitalanomali			3.235	0.072
Evet	4 (2.7)	12 (8.0)		
Hayır	146 (97.3)	138 (92.0)		

^{1,2} $p<0.05$

Her iki grupta da 4'er bebeğin (% 2.7) cansız doğduğu belirlenmiştir (Tablo 6.3.2). Vaka grubunda doğan kızların oranının (% 54.0), kontrol grubunda doğanlara göre (% 38.0) daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.005$). Bebeklerin doğum ağırlıkları ve annenin hastanede yatış süresine göre vaka ve kontrol grubu arasında bir fark yoktur ($p>0.05$). Hastanede 1 gün kalan bebeklerin oranının vaka grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Yeni doğan fizyolojik

sarılık ve kongenital anomali bakımından grupların benzer olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$).

6.4. Primipar Kadınların Doğum Sonu Dönemine İlişkin Bulgular

Tablo 6.4.1. Doğum Sonu Döneme İlişkin Özellikleri

	VAKA GRUBU <20 yaş n (%)	KONTROL GRUBU 20-29 yaş n (%)	Test İstatistiği (Z, χ^2)	p değeri
Ek gıdaya başlama zamanı (ay)*	5 (3-6)	6 (4-6)	5.232	<0.001
Göbek bağı düşme zamanı* (gün)	9 (7-12)	9 (7-12)	2.728	0.006
Doğum sonrası ilk 6 hafta sağlık sorunu yaşama			66.322	<0.001
Yok	91 (60.7) ¹	24 (16.0) ¹		
Tekli sorun	33 (22.0) ²	52 (34.7) ²		
Çoklu sorun	26 (17.3) ³	74 (49.3) ³		
Bebekte sağlık sorunu			15.990	<0.001
Tekli sorun	0 (0.0)	17 (11.6)		
Çoklu sorun	146 (100.0)	129 (88.4)		

*Ortanca (min-maks) ile ifade edilmiştir.

^{1,2,3} $p<0,05$

Ek gıdaya başlama zamanı ortancası vaka grubunda 5 ay (min-maks: 3-6), kontrol grubunda 6 ay (min-maks: 4-6) olarak hesaplanmıştır (Tablo 6.4.1). Kontrol grubu bebeklerinin vaka grubuna göre ek gıda takviyesine daha geç başladığı belirlenmiştir ($p<0.001$). Vaka grubu bebeklerinin göbek bağının, kontrol grubu bebeklerine göre daha uzun sürede düştüğü belirlenmiştir ($p=0.006$). Vaka grubunda canlı doğan tüm bebeklerde doğum sonrası ilk 6 haftalık süreçte ($n=26, \%17.3$) oranında çoklu sorun saptanırken, kontrol grubunda ($n=74, \%49.3$) oranında çoklu sağlık sorunu saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0.001$). Vaka grubunda canlı doğan tüm bebeklerde ve kontrol grubunda % 88.4 oranında ($n=129$) çoklu sorun olduğu belirlenmiştir. Vaka grubunda çoklu sorun görülme oranı anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.001$).

Tablo 6.4.2. Gebelik ve Doğuma İlişkin Algı ve Düşünceleri

	VAKA GRUBU	KONTROL GRUBU	χ^2	<i>P</i> değeri
	<20 yaş n (%)	20-29 yaş n (%)		
Gebeliği isteme durumu			2.199	0.138
Evet	124 (82.7)	133 (88.7)		
Hayır	26 (17.3)	17 (11.3)		
Anne olacağı öğrenildiğinde hisler			66.816	<0.001
Üzülme ve olumsuz duygular	6 (4.0) ¹	23 (15.3) ¹		
Mutluluk, sevinç ve olumlu duygular	76 (50.7) ²	119 (79.4) ²		
Hiçbir şey hissetmeme	68 (45.3) ³	8 (5.3) ³		
Annelik için kendini hazır hissetme durumu			2.738	0.098
Hazır hissediyor	110 (73.3)	122 (81.3)		
Hazır hissetmiyor	40 (26.7)	28 (18.7)		
Gebelikte oluşan fiziksel değişim algılayışı			12.529	0.002
Kötü	13 (8.6) ¹	35 (23.3) ¹		
Normal	121 (80.7) ²	98 (65.4) ²		
Daha iyi	16 (10.7)	17 (11.3)		
Doğumda ağrı algısı			38.460	<0.001
Hafif	32 (21.3)	46 (30.7)		
Orta	19 (12.7) ¹	56 (37.3) ¹		
Şiddetli	99 (66.0) ²	48 (32.0) ²		
Doğumda ebeveyn desteği algısı			27.507	<0.001
Var	100 (66.7)	137 (91.3)		
Yok	50 (33.3)	13 (8.7)		
Doğuma İlişkin düşünceleri			69.993	<0.001
Ağrılı	45 (30.0) ¹	8 (5.3) ¹		
Ağrılı ve korku verici	56 (37.3) ²	30 (20.0) ²		
Mutluluk verici ve normal	34 (22.7)	43 (28.7)		
Stresli, fakat mutluluk verici	15 (10.0) ³	65 (43.3) ³		
Duygularını tanımlayamayan	0 (0.0) ⁴	4 (2.7) ⁴		
Tekrar bebek isteme durumu			13.494	0.001
İstiyor	35 (23.3)	41 (27.3)		
İstemiyor	78 (52.0) ¹	48 (32.0) ¹		
Emin değil	37 (24.7) ²	61 (40.7) ²		

^{1,2,3,4} $p < 0.05$

Vaka ve kontrol grubundaki kadınların gebeliği isteme oranları sırasıyla % 82.7 (n=124) ve % 88.7 (n=133) olarak elde edilmiştir (Tablo 6.4.2). Gebeliği isteme bakımından grupların benzer olduğu belirlenmiştir ($p=0.138$). Vaka grubunda anne olacağını öğrendiğinde hiçbir şey hissetmeyen kadınların oranının (% 45.3) kontrol grubu kadınlarındaki orandan (% 5.3) anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Annelik için kendini hazır etme durumları bakımından vaka ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,098$). Gebelikte oluşan fiziksel değişimi normal karşılayan kadınların vaka grubundaki oranı (% 80.7), kontrol grubundaki orandan (%65.4) anlamlı derece yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Doğumda ağrının şiddetli olduğunu düşünen kadınların vaka grubundaki oranının (%66.0) kontrol grubundaki orandan (% 32.0) anlamlı derece yüksek olduğu görülmüştür. Doğumda ebeveyn desteğinin olduğunu düşünen kadınların vaka grubundaki oranı (% 66.7) kontrol grubuna göre (% 91.3) daha düşüktür ($p<0.001$). Doğuma ilişkin düşünceleri ağırlı ve korku verici olduğunu belirten kadınların vaka grubundaki oranı (%37.3) hesaplanırken kontrol grubundaki oranı (%20.0) hesaplanmış olup iki grup arasında anlamlı olarak fark saptanmıştır ($p<0.001$). Tekrar bebek istemeyenlerin vaka grubundaki oranı (% 52.0) kontrol grubuna göre (% 32.0) anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.05$).

7. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular dört başlık altında literatür doğrultusunda tartışılmıştır;

7.1. Kadınların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.1.1., Tablo 6.1.2., Tablo 6.1.3., Tablo 6.1.4.)

7.2. Kadınların gebelik dönemine ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.2.1., Tablo 6.2.2., Tablo 6.2.3.)

7.3. Kadınların doğumlarına ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.3.1., Tablo 6.3.2.)

7.4. Kadınların doğum sonu döneme ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.4.1., Tablo 6.4.2.)

Araştırmanın yapıldığı hastanede 2013 yılında 6376 doğum olmuş ve bunların 465'i adölesan yaşlardadır. Bu durumda araştırma yapılan hastanede adölesan doğum oranının %7 olduğu söylenebilir. Araştırma'nın yapıldığı il olan Batman 2013 yılı toplam doğurganlık hızı (3.36) açısından Türkiye ortalamasının (2.10) üzerinde olan ilk 9 il arasındadır. Yaşa özel doğurganlık hızına baktığımızda ülkemizden yaşa özel doğurganlık hızı en yüksek 25-29 yaş aralığında ve binde 135'tir, adölesan yaşa (15-19) özel doğurganlık hızı ise binde 27'dir. TNSA (2013) verilerine göre ülkemizde adölesan dönemde çocuk doğurma davranışı 17 yaşından önce daha nadir olup sonrasında keskin bir şekilde artmaktadır; 19 yaşındaki kadınların yüzde 16'sı anne olmuş veya ilk çocuğuna gebedir. TNSA 2013 verilerine göre Türkiye'de 10-19 yaş grubu kızların %4.6'sı doğurmaya başlamıştır. Bunların yaklaşık % 3'ü canlı doğum yapmış, %1'i de araştırma sırasında ilk çocuğuna gebedir. 1993'de %10.2 olan adölesan gebe oranı, 2003'de %7.5'a, 2008'de %5.9'a ve 2013'de %4.6'a düşmüştür, TNSA (27). Araştırma yaptığımız hastanede 2013 verilerine göre Türkiye ortalamasından oldukça yüksektir.

7.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların ve eşlerinin sosyodemografik özelliklerinin tartışılması bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan **kadınların yaş ortalaması** incelendiğinde; adölesan grubun yaş ortalaması 17.86 ± 1.07 , adölesan olmayan grubun yaş ortalaması 23.93 ± 1.79 olarak belirlenmiştir (**Tablo 6.1.1**). Katılımcıların tamamının ilk gebelik ve doğumudur. Grupların şu andaki yaşları ve evlenme yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$). Uzun (2010) tarafından yapılan tez çalışmasında katılımcıların ilk gebelik yaşları ortalaması 16.9 ± 0.8 , erişkin grupta 24 ± 2.5 olup ilk gebelik yaşları farklılık gösterdiği bildirilmiştir, Uzun (86). Melekoğlu ve ark (2013) Adana'da adölesan gebelerde yaptıkları çalışmada adölesan yaşta bulunan 80 kadının yaş ortalaması 16.68 ± 0.883 olarak hesaplanmıştır, Melekoğlu ve ark (50). Kurt ve ark (2014) tarafından yapılan çalışmada adölesan gebeliklerin ortalama yaşı 16.7 ± 1.2 iken, kontrol grubunun yaşı ise 21.8 ± 4.3 bulmuşlar, Kurt ve ark (51). Araştırma grubumuzdaki gebelerin yaş ortalaması diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırma gruplarımız **evlenme yaşına** göre incelendiğinde; adölesan kadınların evlenme yaşı ortalaması 16.86 ± 0.86 ve adölesan olmayan grubun ise 21.42 ± 1.87 olup grupların evlenme yaşı ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p < 0.05$) (**Tablo 6.1.1**). Türkiye'de adölesan yaşta kadınların %7'si evlidir, TNSA (27). Uzun (2010) tarafından yapılan çalışmada adölesan kadınların evlilik yaşı ortalaması 16.5 ± 0.8 , erişkin grupta ise 23 ± 2.9 olup iki grubun evlenme yaşı istatistiksel olarak farklıdır, Uzun (86). Yiğitoğlu (2009) tarafından yapılan çalışmada adölesan gebelerin %35.3'ü 18 yaşında evlenmişlerdir ve evlenme yaş ortalaması 16.81 ± 1.13 'tür, Yiğitoğlu (52). Araştırma grubumuzda adölesan kadınların evlenme yaşı ortalaması diğer araştırmalarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların **öğrenim düzeyi** incelendiğinde; adölesan dönemde doğum yapma ile öğrenim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (**Tablo 6.1.1**). Okula gitmeyen ve ilkokul mezunu kadınların çoğunluğu adölesan yaşta doğum yaptığı ve lise üzeri öğrenim düzeyine sahip kadınların çoğunlukla adölesan olmayan grupta olduğu görölmüştür. TNSA 2013'e göre öğrenim düzeyi ile erken yaşta çocuk sahibi olma arasında ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Okula gitmeyen veya ilkokulu bitirmemiş kadınların %17'si adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlarken; bu oran en az ilkokul mezunu kadınlar arasında %8'dir. Adölesan gebelikler okula gitmeyen kadınlarda daha fazla görölrken, gebelik annelerin öğrenimlerine devam etmelerine, çalışma yaşamına katılmasına engel olmakta ve genci ekonomik açıdan bağımlı hale getirmektedir. Özsoy (2014) tarafından yapılan araştırmasında adölesan annelerin eğitim ortalamasının 5.64 ± 3.22 yıl, erişkin annelerin ise 6.26 ± 3.12 olduğu ve aralarında anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır, Özsoy (54). Altıparmak (2010) yapılan tez çalışmasında adölesan olan grubun 75(%56.8) yüksek oranda ilkokul mezunu, lise ve üstü yok iken adölesan olmayan grubun 102 (%60.7) yüksek oranda ilkokul mezunu, lise ve üstü 59(35.1) olarak hesaplanmıştır, Altıparmak (53). Adölesan gebelerde ilkokulu bitirmeyenlerin oranı, adölesan olmayan gebelerde ise ortaokul ve üzeri eğitimi olanların oranı daha yüksektir ve aradaki fark da istatistiksel olarak önemli bulunmuş. Uzun (2010) yaptıkları tez çalışmasında araştırmaya katılan erişkin annelerin %56'sı lise, yüksekokul veya üniversite mezunu iken, adolesan gruptan sadece 1 anne lise mezunudur, yüksekokul veya üniversite mezunu anne bulunmamaktadır, Uzun (86). Araştırma grubumuzda adölesan dönemdeki kadınların öğrenim düzeyinin diğer kadınlardan daha düşük olması literatürle benzerlik göstermektedir. Adölesan yaşta gebe kalan kadınlar, öğrenimlerine devam edememekte ve diğer kadınlara göre öğrenim haklarından daha az faydalanmaktadırlar.

Araştırmaya katılan kadınların **çalışma durumu** incelendiğinde; çalışma durumu ile adölesan yaşta gebe kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (**Tablo 6.1.1**). Çalışan kadınlar çoğunlukla adölesan olmayan gruptadır. Özsoy (2014) tarafından yapılan araştırmada adölesan annelerin neredeyse tamamı çalışmazken (148 %96.1), erişkin annelerin (41 %18.4) çalıştığı saptanmış ve adölesan annelerle, erişkin anneler arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır,

Özsoy (54).Kahraman (2009) tarafından yaptığı çalışmada Adölesan gebelerde, ev dışında çalışanlar 20-29 yaş grubu gebelerden daha düşüktür, Kahraman (55).Araştırma sonuçlarımız literatür verileri ile benzerlik göstermektedir. Adölesan yaşta doğum yapan kadınlar arasında bir işte çalışma oranı diğer yaştaki kadınlara göre daha düşüktür.

Araştırmaya katılan kadınların **en uzun süre yaşadıkları yerleşim yeri** incelendiğinde; kadınların yerleşim yeri ile adölesan yaşta doğum yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).Hayatının büyük bir kısmını köy veya kasabada geçirmiş kadınlar çoğunlukla adölesan gruptadır. İl merkezinde yaşama ise adölesan olmayan grupta daha yaygındır (**Tablo 6.1.1**). TNSA 2013 verilerine göre kırsal bölgelerde yaşayan kadınlar kentsel bölgelerde yaşayan kadınlara göre daha erken yaşlarda gebe kalmaya başlamaktadır. Kırsal alandaki yaşa özel doğurganlık hızları, 15-19 yaş grubundan itibaren hızlı bir şekilde artmakta, 20-24 yaş grubunda en üst noktasına ulaşmakta, 25-29 yaş grubunda biraz azalmakta ve daha sonra ise istikrarlı bir şekilde düşmektedir. Öte yandan, kentsel alanlardaki yaşa özel doğurganlık hızları, 25-29 yaş grubundaki en yüksek değere daha yavaş bir artışla ulaşmaktadır, TNSA 2013 (27). Araştırma verilerimiz Türkiye verileri ile benzerlik göstermektedir. Daha çok kırsal bölgelerde yaşayan kadınlar adölesan yaşlarda doğum yapmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların **medeni durumu** incelendiğinde; resmi nikâhı olmayan kadınların çoğunlukla adölesan grupta olduğu ve adölesan grupta olma ile resmi nikâhı olma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (**Tablo 6.1.1**).Melekoğlu ve ark (2013) Adana’da adölesan gebelerde yaptıkları çalışmada adölesan olan ve olmayan kadınlar eşiyile resmi nikâhı bulunması bakımından karşılaştırıldığında adölesan kadınların 42’sinde (% 52.5) adölesan olmayan kadınların 6’sında (% 5.9) resmi nikâh olmayıp iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur, Melekoğlu (50). Türk Medeni Kanunu’n 124. Maddesine göre; “erkek ve kadın onyediyi yaşını doldurmadan evlenemez. Ancak hakimolağanüstü durumlarda ve pek önemli bir sebeple onaltı yaşını doldurmuş olan erkek ve kadının evlenmesine izin verebilir. Olanak buldukça karardan önce ana

ve baba veya vasi dinlenir". Onsekiz yaş öncesi evlilikler erken yaşta evlilik olarak tanımlanmakta ve Türk Medeni Kanunu'na göre onyediyen yaşından önce evliliğe izin verilmemiştir, Kaynak (28). Bu nedenle bu yaş öncesinde kadınlar çoğunlukla resmi nikâhı olmadan evlilik yapmakta olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların **akraba evliliği durumları** incelendiğinde; adölesan yaşta olma ile akraba evliliği yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (**Tablo 6.1.1**). Birinci ve ikinci derece akraba olma adölesan gruptaki kadınlar arasında daha yaygındır. Benzer çalışmalarda adölesan kadınlarda akraba evliliğinin yaygın olduğu bildirilmiştir, Altıparmak (53); Melekoğlu (50); Ayyıldız ve ark .(38). Adölesan yaşta doğum yapan kadınların daha çok akraba evliliği yaptıkları söylenebilir.

Araştırmaya katılan kadınların **aile tipi** incelendiğinde; adölesan olmayan grupta çekirdek ile geniş aile tipi oranı (%74.7 ve %25.3) olarak saptanırken adölesan grubu çekirdek aile tipi oranı (%44.0 ve 56.0) hesaplanmıştır ve geniş aile tipinde olma adölesan grupta daha yaygındır. Adölesan grupta olma ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. ($p<0.001$) (**Tablo 6.1.1**). Eğri ve ark (2007) tarafından Tokat ilinde bir sağlık ocağına başvuran 15-49 yaş kadınlar arasında yapılan çalışmada %60.0 aile tipi yaşamaktadır, Eğri (47). Özsoy (2014) tarafından yapılan çalışmada adölesan gruptaki kadınlar adölesan olmayan gruptaki kadınlara göre daha çok geniş aile tipinde bulunmaktadır, Özsoy (54). Yiğitoğlu (2009) tarafından yaptığı tez çalışmasında çiftlerin %49.7'si evlilik sonrası çekirdek ailede yaşarken, adölesan gebelerin %50.3'ünün, eşin ailesi ile birlikte yaşadığı görülmüştür, Yiğitoğlu (52). Yapılan çalışmalarda bizim araştırmamıza benzer şekilde adölesan yaşta doğum yapan kadınlar arasında geniş aile tipinde olma diğer kadınlara göre daha yaygındır. Bu kadınların yaşlarının küçük olması nedeniyle eşinin ailesi ile yaşadıklarından dolayı çoğunlukla geniş aile tipinde oldukları söylenebilir.

7.2. Kadınların Gebelik Dönemine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan kadınların gebelik dönemine ait özellikleri ile gebelik döneminde yapılan uygulamalar bu başlık altında tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların **gebeliği isteme durumu** ile adölesan olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (**Tablo 6.4.2.**). Katılımcıların çoğunluğu (%85.6) istenen bir gebelik olduğunu ifade etmiştir. Bizim araştırmamızla benzer şekilde Kahraman (2009) tarafından yapılan çalışmada adölesan olma ile gebeliği isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır, Kahraman (55). Farklı olarak Özsoy (2014) tarafından yapılan çalışmada adölesan dönemde olanlarda gebeliği istememe durumun daha yüksek olduğu belirlenmiştir, Özsoy (54). Türkiye’de adölesan yaşta evlilikler özellikle kırsal kesimlerde daha çok yaygındır ve bu kadınların gebelikleri karı-koca tarafından istenmese bile aile tarafından planlanmış ve istenen gebeliklerdir. Yiğitoğlu (2009) tarafında yapılan çalışmada genel olarak istemeyerek gebe kalan adölesan gebelerin durumluluk-sürekli kaygı düzeyleri yüksek, isteyerek gebe kalan adölesan gebelerin durumluluk-sürekli kaygı düzeyleri düşük olmakla birlikte; adölesan gebelerin gebeliği isteme durumları ile antenatal ve postnatal dönem durumluluk-sürekli kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır, Yiğitoğlu (52).

Araştırmamızda gebeliklerin çoğunlukla istenen bir gebelik olmasına rağmen **anne olacağını öğrendiğinde hisleri** sorulduğunda kadınların hisleri ile adölesan grupta olma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu ilişki “hiçbir şey hissetmeme” durumunun adölesan grupta daha yaygın olmasından kaynaklandığı görülmektedir (**Tablo 6.4.2.**). Adölesan yaştaki kadınların çocuk sahibi olma ve anne olma üzerinde pek düşünmediklerinden gebeliklerin çoğunlukla aileleri tarafından planlanmış olabileceğinden dolayı anne olacağını öğrendiğinde hiçbir şey hissetmeme oranının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Yiğitoğlu (2009) tarafından yapılan çalışmada adölesan gebelerin kendilerini anneliğe hazır hissedenden adölesanların antenatal ve postnatal dönemde durumluluk-

sürekli kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir, Yiğitoğlu (52). Bizim araştırmamızda adölesan dönemde olma ile **anneliğe hazır hissetme durumu** arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamasına rağmen adölesan kadınların yarısından fazlası (%58.8) kendilerini anneliğe hazır hissetmediği, adölesan olmayan annelerin ise yarısından fazlası (%52.6) kendilerini hazır hissettiklerini belirtmişlerdir (**Tablo 6.4.2.**).

Çalışmamızda kadınların **preeklamsi geçirme** durumları incelendiğinde; hastane kayıtlarına göre %12.7'sinin hafif, %7.7'sinin şiddetli preeklamsi geçirdiği belirlenmiştir. Hafif preeklamsi geçirme adölesan grupta daha yaygın iken şiddetli preeklamsi geçirme adölesan olmayan grupta daha yaygındır (**Tablo 6.2.3.**). Usta ve ark (2008) tarafından yapılan çalışmada adölesan gebelerde preeklamsinin yetişkin gebelere göre adölesan gebelerde daha yaygın olduğu belirlenmiştir, Usta ve ark 2008 (57). Aynı şekilde Taner ve ark (2012), Melekoğlu (2013), Kurt ve ark (2014), Ayyıldız ve ark (2015) tarafından yapılan çalışmalarda da adölesan gebelerde preeklamsi oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir, Taner ve ark (10), Melekoğlu (50), Kurt ve ark (51), Ayyıldız ve ark (38). Bizim araştırmamızda preeklamsi geçirmeme durumu adölesan grupta daha yüksektir. Araştırma grubumuzda genel olarak kadınların preeklamsi geçirmeye yatkın olmasının araştırma yapılan alanın kırsal bir bölge olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırmamızda kadınların gebelikleri sırasında **ilk izlem zamanı** incelendiğinde; kadınların %80.3'ünün ilk trimesterde ilk izlemine yaptırdığı belirlenmiştir. Adölesan yaşta olma ile gebelikte ilk izlem zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (**Tablo 6.2.1.**). Adölesan yaşta olmayan kadınlar daha çok ikinci trimesterde ilk izlemine yaptırmıştır. Şekeroğlu ve ark (2009) tarafından yaptıkları çalışmada hastaneye başvurup doğum yapan adölesan gebelerde düzenli prenatal takip oranı %18 iken 20-35 yaş grubunda %46, >35 yaş grubunda ise %25 olarak bulunmuştur, Şekeroğlu ve ark (58).

TNSA 2013 verilerine göre kadınların <20 yaş kadınların gebelik sırasında demir habı veya şurubu kullanması %81,5, 20-34 yaş kadınların %86,2'dir, TNSA (27).

Çalışmaya katılan kadınların **gebelik sırasında demir preparatı kullanma** durumlarına bakıldığında; %47.6'sı kısa süreli, %35.4'ü ise uzun süreli kullandığını ifade etmiştir. Gebelikte demir preparatı kullanma ile adölesan yaş döneminde olma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (**Tablo 6.2.1.**). Gebelikte uzun süreli demir preparatı kullanımı adölesan grupta daha yaygındır. Altıparmak (2010) tarafından yapılan çalışmada adölesanların tamamı gebelik süresince beslenmesini değiştirdiğini ve vitamin-demir preparatı kullandığını ifade etmiştir, Altıpaarmak (53). Beslenmede değişiklik yapma ve vitamin-demir preparatı kullanma oranları adölesan olmayan gebelerde daha düşüktür. Hindistan'ın kırsal bir bölgesinde yapılan çalışmada yetişkin gebelere göre adölesan gebelerde aneminin daha yaygın olduğu bildirilmiştir, Dutta ve Joshi (59). Adölesan gebelerde anemi görülme ihtimalinin yüksek olması araştırma grubumuzda adölesan gebelerin daha çok demir preparatı kullanımına yol açmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kadınların gebelikleri sırasında **tetanoz aşısı** incelendiğinde; adölesan olan grup kadınların oranı (%86.7) hesaplanırken adölesan olmayan gruptaki oranı (%75.3) belirlenmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p=1.000$) (**Tablo 6.2.1.**). TNSA 2013 verilerine göre kadınların %83.2 doğumda anne yaşı <20 yaş altı doğum öncesi bakım hizmetlerinden tetanoz aşısı olmuş, 20-34 yaş %81.0, 35-49 yaş %76.8'dir, TNSA(27).T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2010) sonuçlarına göre 2002 yılında Türkiye'de neonatal tetanoz olgusu sayısı 32 iken, gebelikte aşılama ile bu oran 2010 yılında 2 olguya düşmüştür, Sağlık Bakanlığı (60). Beşer ve ark (2007) tarafından Aydın merkezinde yaşayan 195 kadın (gebe/lohusa) ile yapılan çalışmada araştırmaya katılan gebeliği süresinde tetanoza karşıbağışıklama 7-9 ay gebe %82 doğum öncesi bakım hizmetlerinden tetanoz ile bağışıklanmada bulunmuş, Beşer ve ark (61). Yılmaz ve ark (2015) tarafından 2011 yılında yaptıkları çalışmada araştırmaya katılan gebeler arasında gebelikte tetanoz aşısı yaptıran gebe oranı %80 olarak belirlenmiştir, Yılmaz ve ark (62). Demiröz (2008) yaptığı çalışmada adölesan kadınların %92.9, adölesan olmayan kadınların %90.8 doğumla sonuçlanan son gebeliğinde tetanoz aşısı yapılmış olup, iki grup arasında tetanoz aşısının yapılması bakımından anlamlı fark yoktur, Demiröz (15).

Çalışmamızda gebeliği sırasında **kilo kontrolü** durumuna baktığımızda adölesan kadınlarda gebeliği sırasında kilo kontrolü oranı %65.3 ve adölesan olmayan kadınlarda %75.3'tür ($p<0.058$) (**Tablo 6.2.1.**). TNSA 2013 verilerine göre kadınların <20 yaş kadınların %92.9'u doğum öncesi bakımda tartıldığını belirtmiştir, TNSA (27). Aydın merkezinde yaşayan 195 kadın (gebe/lohusa) ile yapılan çalışmada araştırmaya katılan 7-9 ay gebelerin %84'ünün gebeliği sırasında tartıldığı belirlenmiş, Beşer ve ark (61). Elazığ'da yapılan başka bir çalışmada ise 18-43 yaşları arasında doğum yapan kadınların %70'i gebeliği sırasında tartılmıştır, Pirinççi ve ark (64). Araştırma gruplarımızda gebeliği sırasında tartılma oranı genel olarak literatür verilerine göre düşük olması araştırma alanımızın kırsal bir bölge olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir

Çalışmamızda **ultrason taraması** yapılan kadınların adölesan gruptakioranı (%96.0) adölesan olmayan grubundaki oranı (%93.3) hesaplanmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p<0.441$) (**Tablo 6.2.1.**). Türkiye'de doğum öncesi bakım alma oranı 2013 yılında %97 olarak bulunmuştur, TNSA (27). Benzer bir araştırmada kadınların gebeliği boyunca %99.3'ü ultrason kontrolü aldığını belirtmiştir, Pirinççi ve ark (64). TNSA 2013 verilerine göre Türkiye'de kadınların gebelikleri sırasında ultrason taraması yaptırma oranı diğer kilo takibi ve kan basıncı kontrolü gibi takiplere göre oldukça sık kullanılmaktadır, TNSA (27). Araştırma sonuçlarımız da her iki grupta kadınların neredeyse tamamının ultrason taraması yaptırdığı görülmektedir.

Çalışmamızda **kan basıncı kontrolü** olan kadınların adölesan grubundaki oranının (% 57.3) adölesan olmayan grubundaki orandan (% 21.3) anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$) (**Tablo 6.2.1.**). TNSA 2013 verilerine göre kadınların doğum öncesi bakım alan kadınların <20 yaş kadınların %95.7, 20-34 yaş kadınların %96.4 kan basıncının ölçüldüğünü belirtilmiştir, TNSA (27). Benzer araştırmalarda gebelerde kan basıncı kontrolü %96-98 arasındadır, Beşer ve ark (61); Pirinççi ve ark (64). Araştırma grubumuzda gebelik sırasında kan basıncı kontrolü oranı oldukça düşüktür.

Çalışmamızda **idrar testleri** adölesan gruptaki oran adölesan olmayan gruptaki orana göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir sırasıyla (%76 ve %96.7) ($p<0.001$) (**Tablo 6.2.2.**). TNSA 2013 verilerine göre kadınların idrar tahlili yapan <20 yaş kadınların oranı %87'dir. 20-34 yaş kadınların 90'dır, TNSA (27).

Çalışmamızda **kan testleri** adölesan gruptaki oran adölesan olmayan gruptaki orana göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir sırasıyla (%88 ve %100) ($p<0.001$) (**Tablo 6.2.2.**). TNSA 2013 verilerine göre kadınların <20 yaş kadınların doğum öncesi bakımında %93.1'i kan testlerini yaptırmış, TNSA (27).

Çalışmamızda **hemoglobin ölçümü** adölesan gruptaki oran adölesan olmayan gruptaki oran göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir sırasıyla (%88 ve %96.7) (**Tablo 6.2.2.**). Yılmaz ve ark (2015) tarafından yaptıkları çalışmada hemoglobin değeri $Hb<11$ gr %36.5 $Hg\geq 11$ gr %63.5 olarak saptanmıştır, Yılmaz (81).

Çalışmamızda **OGTT** testi yapılanların oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Adölesan grubun %88, adölesan olmayan grubun %61.3 ($p<0.001$) (**Tablo 6.2.2.**). Gebeliğin 24-28 haftaları arasına diyabet taraması yapılması önerilmektedir, Karakurt (71). Ancak araştırmamıza katılan gebeler arasında bu testin pek yaygın olmadığı görülmektedir.

Çalışmamızda **ikili-üçlü tarama testi** ile gebelikte anne yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0.032$) (**Tablo 6.2.2.**). Benzer bir araştırmada adölesan kadınların %1.4'ü ikili test, %3'ü üçlü tarama testi; adölesan olmayan kadınların ise %8'i ikili, %11.5'i üçlü tarama testi yaptırmış ve aralarında fark saptanmamıştır ($p=0,076$), Demiröz (15). Bizim araştırmamızda adölesan gebelerin %40.3'ü gebeliği sırasında ikili-üçlü tarama testi yaptırmıştır.

7.3. Kadınların Doğumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan kadınların doğumlarına ilişkin bulgular bu başlık altında tartışılmıştır.

Çalışmamıza katılan kadınların **doğum şekli** incelendiğinde; %61'inin vaginal doğum yaptığı belirlenmiştir. Adölesan yaşta olma ile doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0.05$) (**Tablo 6.3.1.**). Literatürde adölesan kadınların daha çok normal doğum yaptığı, sezaryenin adölesan olmayan kadınlar arasında daha yaygın olduğu bildirilmiştir(Taner ve ark 2012; Melekoğlu 2013; İnalöz 2013; Özdemirci ve ark 2016 (68). Bizim araştırmamızla benzer şekilde Özsoy (2014) ve Ayyıldız ve ark (2015) tarafından yapılan çalışmalarda adölesan olma ile doğum şekli arasında bir ilişki bulunmadığını rapor edilmiştir, Ayyıldız ve ark (38); Özsoy (54). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014'e göre Türkiye'nin kırsal bölgelerinde vaginal doğum oranı diğer bilgelere göre daha yüksektir, Sağlık Bakanlığı (60). Bu veriden yola çıkarak araştırma grubumuzda genel olarak vaginal doğum oranının sezaryen oranından yüksek olduğu ve bunun örneklem grubumuzun kırsal bir bölgede yaşayan kadınlardan oluşmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmamıza katılan kadınların **doğumda indüksiyon kullanımı** hakkında dosya kayıtları incelendiğinde; %65.3'üne indüksiyon kullanıldığı ve adölesan yaşta olma ile doğumda indüksiyon kullanımı arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (**Tablo 6.3.1.**). İndüksiyon kullanımı adölesan kadınlar arasında daha yaygındır. Literatürde benzer şekilde doğumda indüksiyon oranının 17 yaş ve altında en yüksek iken yaş arttıkça bu oran giderek azaldığı izlenmiştir, İnalöz (67). Adölesan kadınların doğumlarında daha çok indüksiyon kullanımına ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Çalışmamızda kadınların doğumda **epizyotomi kullanım** oranları hakkında dosya kayıtları incelendiğinde; %56'sına uygulandığı bilgisi elde edilmiştir. Adölesan dönemde olma ile doğumda epizyotomi kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (**Tablo 6.3.1.**). Epizyotomi kullanımı adölesan kadınlar arasında daha yaygındır. Arslan (2016) tarafından İstanbul'da özel bir hastanede yapılan çalışmada primipar kadınlarda epizyotomi oranı %91.7 olduğu bildirilmiştir, Arslan (69). Sayiner ve Demirci (2007) tarafından yapılan çalışmada primipar kadınlar arasında epizyotomi oranı %96.7'dir, Sayiner ve Demirci (70).

Başka bir araştırmada vaginal doğum yapan 2320 kadının %91.2'sine epizyotomi uygulanmıştır, Gül (90). Epizyotominin rutin kullanımı önerilmemesine rağmen hala tartışmalar devam etmektedir. Epizyotomi kullanımının Hollanda'da %8, İngiltere'de %14, USA'da %50 civarındadır, Arslan (69).Serçekuş (2010) tarafından yapılan kalitatif araştırmada son trimester gebeler, epizyotomi yapılmasından korktuklarını ifade etmişlerdir, Serçekuş (72). Ülkemizde yapılan çalışmalarda epizyotomi kullanımını oldukça yaygındır. Araştırma sonuçlarımıza göre epizyotomi kullanımının diğer araştırmalardan düşük olması araştırma grubumuzun kırsal bir göleğe yaşayan kadınlardan oluşması ve bu kadınların vaginal doğuma daha yatkın olmalarından kaynaklandığı söylenebilir. Nitekim TNSA 2013'e göre de sezaryen oranları kentsel bölgelerde daha yüksek iken kırsal bölge kadınlarının daha çok vaginal doğum yaptıkları görülmektedir, Arslan (69).

Araştırmamızda kadınların **doğumda hissedilen ağrı düzeyi** incelendiğinde; %49'u şiddetli ağrı hissettiklerini bildirmiştir. Adölesan yaşta olma ile doğumda hissedilen ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).Doğumda şiddetli ağrı hissetme adölesan grupta daha yaygındır (**Tablo 6.4.2.**). Doğumda ağrı hissetmede yaşın önemli bir etkisi olduğu söylenebilir. Küçük yaştaki gebeler doğumu daha olumsuz bir deneyim olarak algıladıklarından ve hazır olmadıklarından daha çok ağrı hissettikleri düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların **doğumda ebeveyn desteği** alma durumları incelendiğinde; %79'u destek aldığını ifade etmiş, ebeveyn desteği alma ile adölesan yaşta olma arasında ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 6.4.2.**). Ebeveyn desteği almama adölesan kadınlar arasında daha yaygındır.

Timur ve ark (2010) yılında Doğu Anadolu Bölgesinde'ki bir ilde bulunan bir devlet hastanesinin kadın doğum servisinin postpartum biriminde 01.03.2009–31.12.2009 tarihleri arasında çalışmada Kadınların %74.5'i doğum eyleminde destek olacak birine ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Kadınlar çoğunlukla destek olacak kişi olarak sırasıyla annesini (%43.8), eşini (%30.7), kardeşini (%25.2) ve bir sağlık personelini (%10.2) istemiştir, Timur ve ark (73).

Aksakallı ve ark (2012) yılında post-partum dönem ile ilgili bir komplikasyon yaşamayan sağlıklı loğusalar arasından yaptıkları çalışmada Yaş gruplarına göre destek ihtiyacının önemi karşılaştırıldığında 15-19 yaş grubu loğusaların puan ortalamasının 158.7 ± 41.8 , 30-39 yaş grubunda olanların 131.5 ± 53.1 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Farkın hangi gruplardan geldiğini belirlemek için yapılan ileri analizde 30-39 yaş grubundaki loğusaların puan ortalamasının 20-29 yaş grubundan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Destek almayı düşünen kadınların hepsi bu desteği akrabalarından (anne, kayınvalide, eş, kız kardeş, görümce) sağlayacaklarını söylemişlerdir, Aksakallı ve ark (74).

Çalışmamızda **plasenta previa** varlığı bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,784$) (**Tablo 6.2.3.**).

Marakoğlu ve ark (2003) tarafından yaptıkları çalışmada 2002 yılı 19 Nisan ve 17 Haziran günleri arasında Sivas Doğumevi Hastanesi Doğum Servisinde doğum yapan 780 kadınlar üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada plasenta previa oranı %2'dir.

Yılmaz ve ark (2015) yaptıkları çalışmada Ocak 2010-Mayıs 2015 tarihleri arasında doğum yapmış olan adölesan (≤ 19 yaş) 1267 gebenin dosyaları retrospektif olarak incelenmiş ve plasenta previa oranı $n=33$ %2,6 olarak belirlenmiştir, Marakoğlu ve ark (75).

Çalışmamızda **ablasyon plasenta** varlığı bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,199$) (**Tablo 6.2.3.**).Taner ve ark (2012) tarafından yaptıkları çalışmada 2009 ve 2010 yılları arasında müracet eden 14-18 yaş arası 402 adölesan gebe ile 19-35 yaş arası 302 gebenin sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiş ve Ablasyon plasenta yüzdeleri adölesanlarda % 0,3; kontrol grubunda % 0,3 olarak saptandı. Her iki durum için gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,199$), Taner ve ark (10).

7.4. Kadınların Doğum Sonu Döneme İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan kadınların lohusalık dönemlerine ilişkin özellikleri ve bebeklerinin sağlığı ile ilgili bulguların tartışılması bu başlık altında yer almaktadır.

Çalışmamızda kadınların **erken membran rüptürü** ile karşılaşma durumları incelendiğinde; %11.3'ünde erken membran rüptürü görüldüğü belirlenmiştir. Adölesan yaşta olma ile erken membran rüptürü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p=0.855$) (**Tablo 6.2.3.**). Literatürde de benzer şekilde erken membran rüptürü ile adölesan yaşta olma arasında anlamlı ilişki bulunmadığı rapor edilmiştir, İnalöz 2013 (67); Taner ve ark 2012 (10). Hackenhaar et al (2014) tarafından erken membran rüptürü ile sosyodemografik faktörler arasındaki ilişkiyi araştıran ve 2244 kadında yapılan çalışmada erken membran rüptürünün özellikle düşük sosyoekonomik durum, düşük öğrenim düzeyi ve 29 yaş üzerinde olma ile ilişkili olduğu genital akıntı ya da üriner enfeksiyonla ilişkili olmadığı bulunmuştur, Hackenhaar (77).

Çalışmamızda kadınların **oligohidroamnios** ile karşılaşma durumları incelendiğinde; %23.7'sinde oligohidroamnios olduğu belirlenmiştir. Adölesan yaş grubunda olma ile oligohidroamnios arasında ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (**Tablo 6.2.3.**). Adölesan olmayan kadınlar arasında oligohidroamnios daha yaygındır. Dutta and Joshi (2013) tarafından yapılan çalışmada oligohidroamnios, adölesan gebeler arasında yetişkin gebelere göre daha yaygındır, Dutta ve Joshi (59). Melekoğlu (2013) ve Ayyıldız ve ark (2015) tarafından yapılan çalışmalarda oligohidroamnios ile adölesan gebe olma arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir, Melekoğlu (50); Ayyıldız ve ark (38). Mirfazeli, Sedehi and Golalipour (2014) oligohidroamniosun İran'da perinatal ölüm nedenleri arasında yer aldığını bildirmiştir, Mirfazeli (87). Bundan dolayı oligohidroamnios önemli bir konudur. Oligohidroamniosun risk faktörlerini belirlemek için daha geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda kadınların bebeklerinde doğum esnasında **fetal distres** görülme durumları incelendiğinde; %21.6'sında görüldüğü belirlenmiştir. Adölesan olmayan gebelerde fetal distres daha yüksek oranda görüldüğü ortaya çıkmıştır ($p<0.05$) (**Tablo 6.3.1.**). Şekeroğlu ve ark (2009), Melekoğlu (2013) ve Dutta and Joshi (2013) tarafından yapılan çalışmalarda fetal distresin adölesan gebelerde daha çok görüldüğü bildirilmiştir, Şekeroğlu ve ark (58); Melekoğlu (50); Dutta ve Joshi (59). Türkiye'de yapılan araştırmalar göre; sezaryen endikasyonu olarak fetal distres

yaygın olarak görülmektedir, Eskicioğlu ve ark (78); Güney ve ark (79);Karakaplan (88); Coşkun ve ark, Gül (80); Yılmaz ve ark (81); Tekirdağ ve Cebeci (82), Uzunçakmak ve ark (7). Bizim çalışmamızda adölesan olmayan kadınlar arasında sezaryenin yaygın olması nedeniyle fetal distres oranının adölesan gebelere göre daha yüksek düşünölmektedir.

Çalışmamızda kadınların bebeklerinde **IU gelişme geriliği** incelendiğinde; adölesan grupta %20'sinde, adölesan olmayan grupta %16.7'sinde IU gelişme geriliği göröldüğü ve IU gelişme geriliği ile adölesan yaşta olma arasında ilişki bulunmadığı belirlenmiştir ($p=0.456$) (**Tablo 6.2.3.**). Benzer şekilde İnalöz (2013), Dutta and Joshi (2013) ve Ayyıldız ve ark (2015) tarafından yapılan çalışmalarda da IU gelişme geriliği ile adölesan yaşta olma arasında ilişki bulunmamıştır, Dutta ve joshi (59); Ayyıldız ve ark (38).

Çalışmamızda kadınların bebeklerinde **konjenital anomali** görölme durumu incelendiğinde; %5.3'ünde konjenital anomali bulunduğu ve adölesan olmayan grupta konjenital anomalinin daha yaygın olduğu belirlenmiştir ($p=0.072$) (**Tablo 6.3.2.**). Forabosco, Percesepe and Santucci (2009) İtalya'da yaptıkları ikinci trimester amniosentez incelemesinde kromozomal anomalilerin yaş iler birlikte arttığı özellikle 35 yaş ve üzerinde gebe kalan kadınlarda daha yaygın olduğunu bildirmiştir, Forabosco ve ark (83).

Çalışmamıza katılan kadınların **postpartum hemoraji** durumlarına bakıldığında; adölesan grupta %2.7 postpartum hemoraji adölesan olmayan grubuna göre %14.7 daha az oranda görölmüştür ($p<0.001$) (**Tablo 6.2.3.**). Ozdemirci ve ark (2016) tarafından yapılan çalışmada adölesan dönemdeki kadınların postpartum hemoraji riski ile karşılaşma durumlarının yetişkin kadınlardan farklı olmadığını bildirmiştir, Ozdemirci ve ark (68). Literatürde sezaryen ile postpartum hemoraji arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir, Rubio ve ark (84). Bizim çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olması da adölesan olmayan kadınlar arasında sezaryen olma yaygındır. Bundan dolayı postpartum hemoraji oranının daha yüksek olduğu düşünölmektedir,

Çalışmamızda kadınların bebekleri için **ek gıdaya başlama** zamanları incelendiğinde; Ek gıdaya başlama zamanı ortancası adölesan grubunda 5 gün (min-maks: 3-6), adölesan olmayan grubunda 6 gün (min-maks: 4-6) olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubu bebeklerinin vaka grubuna göre ek gıda takviyesine daha geç başladığı belirlenmiştir ($p<0.001$) (**Tablo 6.4.1.**). Literatürde adölesan yaşta çocuk sahibi olmanın psikososyal sorunları da beraber getirdiği ve kadınların emzirme davranışlarının olumsuz etkilendiği bildirilmiştir, Gökçe (8). Ayrıca Işık-Koç ve Tezcan (2005) tarafından yapılan araştırmada adölesan annelerde emzirme tutum ölçeği puanları düşük bulunmuştur, Işık-Koç ve Tezcan (85). Başka bir çalışmada adölesan annelerin adölesan olmayan annelere göre bebeklerine su vermeye erken başladıkları ortaya çıkmıştır, Demiröz (15). Adölesan annelerin olumsuz emzirme davranışlarından dolayı ek gıdaya erken başladıkları söylenebilir.

Çalışmamıza katılan kadınların **doğum sonu dönemde bebeklerinde ve kendilerinde sağlık sorunları** incelendiğinde; adölesan annelerin hem kendilerinde hem de bebeklerinde çoklu sağlık sorunu görüldüğü ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (**Tablo 6.4.1.**). Adölesan anneler ve adölesan annelere sahip bebekler doğum sonu dönemde çoklu sağlık sorunu yaşamaktadır. Demiröz (2008) tarafından yapılan çalışmada adölesan annelerde subfertil ateş daha çok görülmesine rağmen istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır, Demiröz (15). Yine aynı araştırmada annesi adölesan olmayan yenidoğanlarda sağlık sorunu adölesan annelere göre daha çok olduğu ortaya çıkmış, ancak istatistiksel olarak fark bulunmamıştır, Demiröz (15).

8.SONUÇ

Çalışmamızda adölesan ve adölesan olmayan gebeler arasında ve gebelik, doğum, doğum sonu süreçler ve bebeklerinin sağlığı açısından karşılaştırmalar yapılmıştır.

Elde ettiğimiz sonuçlara göre; yaş ortalaması adölesan yaş grubunda 17.86 ± 1.08 yıl, adölesan olmayan grupta 23.93 ± 1.80 yıl olarak hesaplanmıştır.

Adölesanlarda okula gitmeyenler ile ilkokula gidenlerin oranı (% 21.3 ve % 40.7) adölesan olmayanlara göre yüksek iken lise ve üzeri düzeyde eğitim alma oranı adölesan olmayan anneler arasında (%42.7) daha yaygındır ($p < 0.05$).

Adölesanların en uzun süre yaşadığı yerleşim yeri köy/kasaba olma oranı adölesan olmayan annelerden daha yüksektir ($p < 0.05$). Adölesan annelerde resmi nikahı olmama oranı adölesan olmayan annelere göre daha yüksek (%28) ve birinci ve ikinci derece akraba evliliği daha fazladır (%23.3 ve %26) ($p < 0.05$). Adölesan anneler daha çok (%56) geniş aile tipine sahiptir ($p < 0.05$).

Allerjisi olma durumu adölesan olmayan annelerde daha yüksek iken çocukluk dönemi hastalık öyküsü ve dismenore öyküsü adölesan annelerde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

Adölesan olmayan annelerin gebelik sırasında vitamin-demir preparatı kullanmadıkları, adölesan anneler arasında uzun süre vitamin-demir preparatı kullanmanın daha yaygın olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Adölesan annelerde adölesan olmayan annelere göre gebelik sırasında kan basıncı kontrolü yapılamamasının daha yaygın olduğu belirlenmiştir.

Gebelik sırasında idrar testi, kan testi, hemoglobinin ölçümü ve ikili-üçlü tarama testleri adölesan olmayanlarda daha çok yapılırken sadece OGTT adölesan annelerde daha yaygın olarak yapılmıştır ($p < 0.05$).

Adölesan olmayan annelerde şiddetli preeklamsi ve oligohidroamniosun daha çok görüldüğü ortaya çıkmıştır ($p<0.05$).

Adölesan anneler arasında sezaryeni tercih etme oranının daha yüksek olduğu ($p<0.05$), ancak doğum şekli açısından bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Adölesanlarda, adölesan olmayanlara göre doğum sırasında daha çok epizyotomi ve indüksiyon uygulandığı, fetal distres ve postpartum kanamanın daha çok adölesan olmayanlarda meydana geldiği ve adölesan olmayan annelerin daha uzun süre hastanede kaldığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Bebekleri için ek gıdaya başlama zamanı adölesan annelerde daha erken olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Doğum sonrası ilk altı haftada adölesanlarda sağlık sorunu yaşamama oranı daha yüksek iken adölesan olmayanlarda tekli ve çoklu sorun görülme oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Doğumdan sonraki altı ay içinde adölesan olmayan annelerin bebeklerinde tekli sorun daha çok görülürken adölesan annelerin bebeklerinde çoklu sorun görülmesinin daha yaygın olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Anne olacağını öğrendiğinde ne hissettiği sorulduğunda adölesan annelerin hiçbir şey hissetmediğini ifade etme oranı daha yüksek iken üzülmeye ve olumsuz duygular, mutluluk, sevinç ve olumlu duygular adölesan olmayan anneler arasında daha yaygındır ($p<0.05$).

Gebelikte oluşan fiziksel değişiklikleri adölesanlar adölesan olmayanlara göre daha yüksek oranda normal olarak algıladığını ifade etmiştir ($p<0.05$).

Doğum ağrısının şiddetli olduğu algısı adölesanlarda daha yaygın ike ($p<0.05$), doğumda ebeveyn desteği alma oranının adölesanlarda daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Adölesanlar doğumu daha çok ağrılı ve korku verici bulurken adölesan olmayanlarda stresli, fakat mutluluk verici olarak bulma oranı daha yüksektir ($p<0.05$).

Adölesanlar adölesan olmayanlara göre başka çocuk istemem oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Adölesan ile adölesan olmayan gebe arasında gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçte anlamlı farklar saptanmıştır. Adölesan gebeliğin ve adölesan anneliğin, sağlık açısından ve sosyal açıdan birçok olumsuz etkileri vardır. Gebelik sürecinde yaşanan fiziksel ve ruhsal değişikliklere ek olarak riskli gebelik süreçlerinin meydana gelme olasılığının arttığı gözlemiştir. Erken yaş gebeliklerin sadece anne üzerine değil aynı zamanda fetal sağlığını da birçok açıdan olumsuz etkilediği gözlenmiştir.

Bu durumda yapılacak iyileştirme yöntemleri ise başta adölesan evliliklerin ve gebeliklerin önüne geçecek politikaların uygulanması.

Genç yaşta evlenen gençlerin bağlı oldukları kurumlarca aile planlaması açısından eğitilmeleri ve gebelik öncesi, gebelik sürecinde ve doğum sonu döneminde içinde kapsayan eğitimlerin verilmesi. Aynı zamanda erken yaşta evlenen gençlerin ebeveynlerindeki içine alan eğitim programlarının yapılması ve devamlılık sağlanması, kırsal kesimlerde de yaygınlaştırılması adına siyasi çalışmaların yapılması önerilir.

9. KAYNAKLAR

1. 2007 Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması, Nüfusbilim Derneği ve UNFPA Ankara, 125, Aralık 2007.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı No:5:B 2007.
3. Kalpalp(uz) B. Adölesan Annelere Verilen Eğitimin Öz Güven Bakım Güçlerine Etkisinin İncelenmesi. İzmir 2006.
4. T.C Türkiye İstatistik Kurum Başkanlığı 'Türkiye Doğum İstatistikleri 2011', (10923), 2011.
5. İngeç M, Börekçi B, Yılmaz M, Kadanalı S. Adölesan Gebeliklerde Anne Yaşının Perinatal Sonuçlara Etkisi. Clinical Study. Journal Turkish German Gynecol Assoc. 6 (4); 290-295, 2005.
6. World Health Organization (2016). Maternal, newborn, child and adolescent health. Genava. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/ [Erişim 14.04.2016].
7. Uzunçakmak C, Güldaş A, Aydın S, Var A, Özçam H. S.B. İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde 2005-2012yılları arasında sezaryen ile doğum yapan hastaların değerlendirilmesi. *İstanbul Med J*, (14); 112-116, 2013.
8. Gökçe Ö. (2000), Adölesan Gebelikler, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 9 (4) Nisan, Yayımlayan Türk Tabipler Birliği. <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0400/04005.html>
9. Can M, Öncül S, Deşdemir A. Erken Yaşta Evlilikler Hakkında İnceleme Yapılmasına Daire TBMM Raporu. 2012.
10. Taner CE, Kırmızı DA, İriş A, Başoğlu Ö. Adölesan Gebeliklerin Sonuçları. *Göztepe Tıp Dergisi*, 27 (1); 6-10, 2012.
11. The United Nations Children's Fund. Türkiye'de Çocukların Durumu Raporu 2011. <http://abdigm.meb.gov.tr/projeler/ois/egitim/032.pdf>

12. Yıldızhan R, Kolusarı A, Edirne T, Adalı E, Erol Ş, Kurdoğlu M, Kurdoğlu Z. Van Yöresinde Adolesan Gebeliklerin Analizi. *Van Tıp Dergisi*: 16 (4); 124-127, 2009.
13. Çolak Ü. (2012). Türkiye'deki adolesan gebelikler. 7 Mayıs 2012 <http://www.egitism.gen.tr/site/arsiv/73-33/663-adolesan-gebelikler.html>.
14. Kütük S. Adolesan Gebelik Riskleri ve Sorunları. *Türk Aile Hek Der*, 16(Suppl); 31-34, 2012.
15. Demiröz H. Adolesan Gebeliklerin Yaygın Olduğu Bir Bölgede Anne ve Yenidoğan Sağlığı“. Aydın 2008.
16. Elder J.P. Behaviour Change & Public Health in the Developing World. 1st Edition, Sage Publications, London, 93-102, 2000.
17. Pınar G. Üniversite gençlerine yönelik cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi ölçeğinin geliştirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 19 (5); 179-184, 2010.
18. Giray H, Kılıc B. Bekar kadınlar ve üreme sağlığı. *STED* 8 (4); 286-289, 2004.
19. Çelik DB, Dağlar G, Demirel G. Adolesanda Jinekolojik Sorunlar ve Üreme Sağlığı Üzerine Etkileri. *Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 47 (4), 2013.
20. Demirgöz M, Canbulat N. Adolesan gebelik. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28 (6); 947-952, 2008.
21. World Health Organization (2016). Global Health Observatory (GHO) data. HIV/AIDS. Geneva. <http://www.who.int/gho/hiv/en/> [Erişim 14.04.2016].
22. Altıkulaç E. Education And Adolescent Fertility In Turkey. Ankara June 2005.
23. Bulut S, Gürkan A, Sevil Ü. Adolesan Gebelikler. *Aile ve Toplum*, 10 (4): (13) Ocak-Şubat-Mart. 2008.
24. Ertem Ü, Yazıcı S. Ergenlik Döneminde Psikososyal Sorunlar ve Depresyon, Aile ve Toplum Eğitim. *Kültür ve Araştırma Dergisi*, Ocak- Mart, s: 712, 2006.
25. Durmaz BG. Adolesan gebelerde Öz Bakım Eğitiminin Öz Bakıma Benlik Saygısına ve Beden İmajına Etkisi. Erzurum, 2013.
26. Başer M. Adolesan Cinselliği ve Gebelik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (1), 2000.
27. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2013). <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/> 10.04.2016.
28. Kaynak M. Türkiye'de 'Çocuk Gelin' Sorunu. *Nesne Dergisi*, 2 (3); 27-38, 2014.

29. Aydın D. Adölesan Gebelik ve Adölesan Annelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16 (4); 250-254, 2013.
30. Eskicioğlu F. Adölesan Doğumlara Yaklaşımında Eş Yıllık Sonuçlarımız. *Pam Tıp Dergisi*, 8(3); 199-203, 2015.
31. Şen S, Kavlak O. Çocuk gelinler: Erken yaş evlilikleri ve adölesan gebeliklere yaklaşım. *Aile ve Toplum Dergisi*; 7(25); 35-44, 2011.
32. Ventura SJ, Freedman MA. Teenage childbearing in the United States, 1960–1997. *Medical Subject Headings*, (19); 18-25, 2000.
33. Saka G, Ertem M, İçlin E. Diyarbakır Doğum Evi Hastanesinde Doğum Yapan Gebelerde Risk Faktörleri: Ön Çalışma. *Perinataloji Dergisi*, (9); 110-115, 2001.
34. Ertem M, Saka G, Ceylan A, Değer V, Çiftçi S. The factors associated with adolescent marriages and outcomes of adolescent pregnancies in Mardin Turkey. *Journal of Comparative Family Studies*, (3); 229-238, 2008.
35. Özşahin A, Zencir M, Gökce B, Acımış N. Adolescent pregnancy in West Turkey. Cross sectional survey of married adolescents. *Saudi Medical Journal*, (27); 1177-1182, 2006.
36. Özcebe H. Birinci Basamakta Adölesan Sorunlarına Yaklaşım. *Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD*, Ankara (11); 374-377, 2002.
37. Aba YA. Adölesan Gebelere Verilen Danışmalık Hizmetlerinin; Anne Adayının Doğum Öncesi ve Sonrasına Uyumu İle Bebeğini Algılamasına Etkisi. İstanbul 2014.
38. Ayyıldız T, Topan A, Kulakçı H. Adölesan Gebeliklerin Anne ve Bebeğe Yönelik Obstetrik Sonuçlar Açısından Değerlendirilmesi. *DEUHFED*, 8 (2); 61-66, 2015.
39. Keskinöglü P, Bilgiç N, Picakçiefte M, Giray H, Karakuş N, Günay T. Perinatal Outcomes and Risk Factors of Turkish Adolescent Mothers. *Journal Pediatric Adolescent Gynecology*, (20); 19-24, 2007.
40. Nahathai W, Pitcha P, Somkid P. The Incidence and Complications of Teenage Pregnancy at Chonburi Hospital. *J Med Assoc Thai*, 89 (4); 118-123, 2006.
41. Kürkner S, Dabakoğlu T, Vicdan K. ve ark. Adölesan Gebelik Bir Risk Faktörü müdür?. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, (8); 22-26, 1994.
42. Alp H. Çocuklarda anne sütü ile beslenme süresi ve ilişkili faktörler. *Güncel Pediatri*, (7); 45-52, 2009.

43. Meydanlı MM, Çalışkan E, Ecemiş T, Arlıer S, Dölen İ, Haberal A. Adölesanlarda Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, (10); 98-103, 2000.
44. WHO. Early marriages, adolescent and young pregnancies. Report by the Secretariat. A 65/13. Geneva, Switzerland: WHO; 2012.
45. Sevil Ü, Ekmekçi A. Adölesanlarda Gebelik Sorunlarının ve Benlik Saygısının İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Dergisi*, Eylül, 189-196, 2002.
46. Başer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın İl Merkezinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (2), 2007.
47. Eğri G, Gölbaşı Z. 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Doğum Sonu Dönemde Bebek Bakımına Yönelik Geleneksel Uygulamaları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (5), 2007.
48. Ünal PC, A.Kaya Ç, Akgün T, ve ark. Birinci Basamakta Ergen Sağlığına Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal Med Sci*. (27); 567-576, 2007.
49. T.C Türkiye İstatistik Kurum Başkanlığı 'Türkiye Doğum İstatistikleri 2011', s: (18623), 2013.
50. Melekoğlu R. Adölesan Gebelikler: Maternal ve Fetal Sonuçlar, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Adana 2012.
51. Kurt RK, Karateke A, Aras Z, Gül A, Özkaya D, Dede M. Hatay ilinde Adölesan Gebeliklerinin Maternal ve Fetal Sonuçları. *Odu Tıp Derg*, 4(2): 68-71, 2014.
52. Yiğitoğlu S. Adölesan Gebe ve Eşlerinin Antenatal ve Postnatal Kaygı Düzeyleri İle Evlilikte Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İzmir, 2009.
53. Altıparmak N. Melikgazi Sağlık grup Başkanlığı Bölgesinde Adölesan ve Erişkin Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ve kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Kayseri, Mart 2010.
54. Özsoy S. Adölesan Annelerin Emzirmeye Yönelik Düşünce ve Uygulamaları. *F.N. Hemşirelik. Dergisi*, (22); 84-93, 2014.
55. Kahraman S. Kayseri il Merkezindeki Adölesan gebeliklerin Yaşam Kalitesinin 20-29 Yaş Grubu Gebelerle Karşılaştırılması. Ocak Kayseri, 2009.
56. Caputo VG, Bordin AI. Mental health problems among pregnant and nonpregnant youth. *Revista de Saúde Pública*, (41): 573-581, 2007.

57. Usta IM, Zoorob D, Abu-Musa A, Naassan, G, & Nassar AH. Obstetric outcomes of teenage pregnancies compared with adult pregnancies. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, (87); 178-183, 2008.
58. Şekeroğlu M, Baksu A, Gültekin H, Göker N, Özsoy S. Adölesan ve İleri Yaş Gebeliklerde Obstetrik Sonuçlar. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni*, (43); 1-7, 2009.
59. Dutta I, Joshi P. Maternal and perinatal outcome in teenage vs. Vicenarian primigravidae - a clinical study. *J Clin Diagn Res*. Dec;7(12): 2881-2884, 2013.
60. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/172577/h/saglikistatistikleriyilligi2010.pdf>
61. Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın İl Merkezinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (2), 137-141, 2007.
62. Yılmaz E, Yılmaz Z, Işıtan ÖZ, Karlı MF, Gülteki İB, Seven B, Kara OF, Küçüközhan T. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Doğum Yapan Adölesan Gebelerin Obstetrik ve Perinatal Sonuçları. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 6 (12); 213-216, 2015.
63. Sönmez Y, Aksakoğlu G. Gebelikte Tetanoz Aşılama Durumu ve Etkileyen Etmenler. *Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir*, 9 (14): 212-216, 2005.
64. Pirinçi E, Polat A, Kumru S, Köroğlu A. Bir Üniversite Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu ve Etkileyen Faktörler. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 11 (2); 1-7, 2010.
65. Yavuz A, Demirtaş Ö, Işıkkent NT, Kale A. The Prevalence and Perinatal Results of Gestational Diabetes Mellitus in Pregnant Women Who were Admitted to Derince Teaching and Research Hospital Obstetric and Gynecology Department. *Kocatepe Medical Journal* (16): 244-248, Ekim 2015.
66. Yılmazer M, Altındış M, Cevrioğlu S, Fennkci V, Aktepe O, Sırthan E. Toxoplasma, Cytomegalovirus, Rubella, Hepatitis B and Hepatitis C Seropositivity Rates in Pregnant Women Who Live in Afyon Region. *The Medical Journal of Kocatepe*, (5); 49- 53, Mayıs 2004.
67. İnalöz EY. Adölesan Gebeliklerin Perinatal Sonuçları. Erzurum 2014.
68. Ozdemirci S, Kasapoglu T, Cirik DA, Yerebasmaz N, Kayikcioglu F, Salgur F. Is late adolescence a real risk factor for an adverse outcome of pregnancy? *J Matern Fetal Neonatal Med*, Early Online: 1–4, 2016

69. Arslan Ş. Doğum Yapmak İçin Hastaneye Başvuran Primpar Kadınların Beklentileri ve Doğum Süresince Yaşadıkları. Yüksek Lisans Tezi İstanbul 2016
70. Sayiner FD, Demirci N. Prenatal Perineal Masajın Vaginal Doğumlarda Etkinliği. *İÜFN Hemşirelik Dergisi*, 15 (60); 146-154, 2007.
71. Karakurt F, Çarlıoğlu A, Kasapoğlu B, Gümüş İİ. Gestasyonel Diabetes Mellitus Tanı ve Tedavisi. *Yeni Tıp Dergisi*; (26): 134-138, 2009.
72. Serçekuş P. Nullipar Kadınlarda Normal Spontan Doğuma İlişkin Korkular ve Nedenlerinin İncelenmesi, D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2005.
73. Timur S, Şahin NH. Kadınların Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, (1); 29-40, 2010.
74. Aksakallı M, Çapık A, Apay SE, Pasinlioğlu T, Bayram S. Loğusaların Destek İhtiyaçlarının ve Doğum Sonu Dönemde Alınan Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3 (3); 129-135, 2012.
75. Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (4); 157-164, 2003.
76. Akdemir N, Bilir F, Cevrioglu AS, Özden S, Bostancı. Investigation of Obstetric Outcomes of Adolescent Pregnancies in Sakarya Region Sakaryamj. 4 (1): 18-21, 2014.
77. Hackenhaar AA, Albernaz EP, Fonseca TMV. Preterm premature rupture of the fetal membranes: association with sociodemographic factors and maternal genitourinary infections. *J Pediatr (Rio J)*. (90); 197-202, 2014. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755713002003>
78. Eskicioğlu F, Hasdemir PS, Çelik H, Koyuncu FK. Sağlık politikalarının, hekimlerin sezaryen kararı almalarında etkisi: İkinci basamak sağlık kuruluşu değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 7(2); 119-123, 2014.
79. Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T. Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3(4); 249-254, 2006.
80. Coşkun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G. Kahramanmaraş il merkezinde 2004 ve 2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması. *Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*; 4(3); 168-172, 2007.

81. Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi. *Marmara Medical Journal*, 22 (2): 104-110, 2009.
82. Tekirdağ Aİ, Cebeci R. Eğitim hastanesinde sezaryen oranları. *JOPP Dergisi*,2(1); 21-26, 2010.
83. Forabosco A, Percesepe A, and Santucci S. Incidence of non-age dependent chromosomal abnormalities: a population-based study on 88 965. *Eur J Hum Genet*. Jul;17 (7); 897-903, 2009.
84. Rubio-Cid P, Alvarez-Silvarez E, Aves-Perez MT, Grcia-Lavanderia S, Perez-Adan M. Perinatal Outcomes of Twin Pregnancies Conceived Through in Vitro Fertilization Versus Spontaneous. *Ginecol Obstet Mex*, Oct;83 (10); 602-613, 2015.
85. Işık-Koç, G, Tezcan S. Gebelerin emzirmeye ilişkin tutumları ve emzirme tutumunu etkileyen bazı faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1-13, 2005.
86. Uzun AK. Adölesan Annelerin Etişkin Annelere Sosyodemeogreafik Özelliklerinin, Anne ve Bebeğe Ait Risklerinin, Doğumdan Sonraki İlk Bir Aylık Dönemde Bebeğin Anne Sütü Alımı, Büyümesi, Annenin Bebek Bakım Pratiği Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Sosyal Pediatri Bölümü Yüksek Lisans Tezi 2010.
87. Mirfazeli A, Sedehi M, & Golalipour MJ. Neonatal and prenatal causes of death in Gorgan-North of Iran. *MJIRI*, Vol. 28-43, 2014.
88. Karakaplan S, Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
89. A. S. M. Shahabuddin, Thérèse Delvaux, Saloua Abouchadi, Malabika Sarker, Vincent De Brouwere. Use of maternal health services among adolescent women in Bangladesh. doi: 10.1111/tmi.12503.
90. Gül N. Normal Doğum ve Sezaryen Doğum Uygulanan olgularda Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. İstanbul 2008.

10. EKLER

EK I.

VERİ TOPLAMA FORMU

Tanımlayıcı Özellikler

	Kendisinin	Eşinin
Yaşı		
Evlenme yaşı		
Öğrenim Seviyesi	-Okula gitmeyen -İlkokul -Ortaokul -Lise ve üzeri	-Okula gitmeyen -İlkokul -Ortaokul -Lise ve üzeri
Çalışma durumu	-Çalışıyor -Çalışmıyor	-Çalışıyor -Çalışmıyor
En Uzun Yaşadığı yer	-Köy, kasaba	- İlçe -Merkez
Medeni durumu	-Resmi nikah var	-Resmi nikah yok
Akraba evliliği	-Yok	-Birinci derece -İkinci derece
Aile tipi	-Çekirdek aile	-Geniş aile
Ailenin aylık geliri	-Asgari ücret altı -Asgari ücret üstü	
Sigara kullanımı	-Evet -Hayır	-Evet -Hayır
Akut ya da kronik sağlık öyküsü (Diyabet, hipertansiyon, astım, kardiyovasküler hastalık, hipertroidi, hipotroidi vs)	-Var -Yok	-Var -Yok
Allerjisi var mı (ilaç, besin, polen, lateks vb)	-Var -Yok	-Var -Yok
Çocukluk döneminde geçirdiği bulaşıcı hastalıklar (kızamık, kızamıkçık, suçiçeği, kabakulak gibi)	-Var -Yok	-Var -Yok
Ailede diyabet, kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, hematolojik sorunlar ve kanser gibi kronik rahatsızlıklar	-Var -Yok	-Var -Yok
Ailede preeklamsi, genetik hastalıklar (down sendromu gibi), kongenital sorunlar (kongenital kalp defekti gibi) ve mental hastalık öyküsü	-Var -Yok	-Var -Yok
-Adetleri düzenli mi	-Evet -Hayır	
-Dismenore öyküsü	-Evet -Hayır	
Gebellekle İlgili Özellikler		
Gebeliği isteme durumu	-Evet -Hayır	
Anne olacağını öğrenildiğinde hisler	-Üzülme ve olumsuz duygular -Mutluluk, sevinç ve olumlu duygular -Hiçbir şey hissetmeme	
Annelik için kendini hazır hissetme	-Hazır hissediyor -Hazır hissetmiyor	
Gebelikte oluşan fiziksel değişim algılayışı	-Kötü -Normal -Daha iyi	

Gebelikte yaşadığı fizyolojik sorunlar	-Bulantı, -Kusma, -İştahsızlık, -Yorgunluk, -Sık idrara çıkma, -Mide yanması, -Memelerde hassasiyet, -Diğer
Doğum tercihi ne idi?	-Normal vaginal doğum -Sezaryen
İlk doğum öncesi ziyaret	-Birinci trimester -İkinci trimester -Üçüncü trimester
Gebelik sırasında vitamin- demir preparatı kullanma	-Hiç kullanmadı -Kısa süre kullanıp bıraktı -Uzun süre kullandı
Gebelik sırasında yapılan uygulamalar	-Tetanoz aşısı Evet () Hayır () -Kilo kontrolü Evet () Hayır () -Ultrason kontrolü Evet () Hayır () -Kan basıncı kontrolü Evet () Hayır () -İdrar testleri Evet () Hayır () -Kan testleri Evet () Hayır ()
Gebelikte yapılan tetkikler	-Hemoglobin ölçümü Evet () Hayır () -OGTT Evet () Hayır () -İkili- üçlü tarama testi Evet () Hayır ()
Doğum İle İlgili Özellikler	
Doğum şekli	-Vaginal doğum -Sezaryen
Doğumda indüksiyon kullanıldı mı	-Var -Yok
Epizyotomi	-Var -Yok
Vakum kullanımı	-Evet -Hayır
Doğumda ağrı	-Hafif -Orta -Şiddetli
Doğuma ilişkin düşünceleri	-Ağrılı -Ağrılı ve korku verici -Mutluluk verici ve normal -Stresli, fakat mutluluk verici -Duygularını tanımlayamayan
Plasenta previa	-Evet -Hayır
Ablasyo plasenta	-Evet -Hayır
Preeklampsi	-Yok -Hafif -Şiddetli
Bebekle İlgili Özellikler	
Bebeğin canlı olma durumu	-Canlı -Cansız
Doğum ağırlığı	-Düşük doğum ağırlıklı -Normal doğum ağırlıklı
Prematür	Evet () Hayır ()
Hastanede kalınan süre	-Anne
Erken membran rüptürü	-Yenidoğan
Oligohidroamnios	Evet () Hayır () Evet () Hayır ()

Polihidroamnios	Evet ()	Hayır ()
Fetal distres	Evet ()	Hayır ()
IU gelişme geriliği	Evet ()	Hayır ()
Kongenital anomali ?	Evet ()	Hayır ()
Postpartum atoni	Evet ()	Hayır ()
Yenidoğan fizyolojik sarılığı oldu mu	Evet ()	Hayır ()

Doğum Sonrası İlk 6 Aya Ait Özellikler

Ek gıdaya başlama zamanı
Tekrar bebek isteme durumu

-İstiyor
-İstemiyor
-Emin değil

Göbek bağı düşme zamanı
Bebekte sağlık sorunu oldu mu?

-Göbek çevresinde kızarıklık
-Göbekten pürülan akıntı
-Memesinde şişlik, kızarıklık
-Gözlerinde iltihap

-Pişik
-Pamukçuk
-İshal

-Kabızlık
-Emme sorunları
-Yetersiz kilo alma

-Diğer

Doğum sonrası ilk 6 hafta içinde herhangi bir sağlık sorunu meydana geldi mi?

-Kanama

-Nöbet

-Yüksek ateş

-Kötü kokulu akıntı

-Şiddetli sırt ağrısı

-Baş dönmesi

-Şiddetli baş ağrısı

-Diğer.....

11. ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 10840098 – 330
Konu: Etik Kurulu Kararı

12/12/2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Adölesan Yaşta Doğum Yapan Kadınların Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Özellikleri” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.



Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)681 51 37
Faks: (0212)531 75 55
E-mail: ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres: Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No: 19, 34810
Kavacık/BEYKOZ

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR
FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Adölesan Yaşta Doğum Yapan Kadınların Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Özellikleri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	11.12.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	11.12.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 304		Tarih: 12.12.2014	
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Fatma	Soyadı	ŞİRİN
Doğum Yeri	Muğla	Doğum Tarihi	06.01.1991
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No	16136578726
E-mail	ftmsirin@hotmail.com	Tel	0(539)6278216

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yük. Lis.	İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2016
Lisans	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi	2013
Lise	Malatya Atatürk Anadolu Kız Lisesi	2007

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Ebe	Batman Sason Devlet Hastanesi	2014
2.	Ebe	İstanbul Özel Nisa Hastanesi	2013
3.	Enjeksiyon Hemşiresi	Malatya Konak Aile Sağlık Merkezi	2013

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu

KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	61,27575	58,76398	54,63580

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
İyi	İyi