

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
EBE-2018-0008

ADÖLESAN ANNELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK
ÖZELLİKLERİ VE DOĞUM SONUÇLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Fazilet GÖR USLU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayden ÇOBAN

AYDIN - 2018

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Fazilet GÖR USLU tarafından hazırlanan “Adölesan Annelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Doğum Sonuçlarının Değerlendirilmesi” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisan Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 03/09/2018

Üye (Tez Danışmanı): Prof. Dr. Ayden ÇOBAN

Adnan Menderes Üniversitesi



Üye: Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM

Adnan Menderes Üniversitesi



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Özlem DEMİREL BOZKURT

Ege Üniversitesi



ONAY:

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınan no'lu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen, beni sabırlı, titiz ve anlayışlı yaklaşımıyla yönlendiren, daima teşvik ve özveride bulunan değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Ayden ÇOBAN'a,

Araştırmaya katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Sayın Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem DEMİREL BOZKURT'a

Araştırmanın Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Obstetri Servisi'nde yapılmasına olanak sağladığı için Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne,

Öğrenimim boyunca her zaman yanımda olan, beni destekleyen ve fedakarlıktan kaçınmayan sevgili eşim Mehmet USLU'ya ve ailesine, 'İyi ki bizimlesin.' Dediğim canım kızım Feyza Nil'e, bu günlere gelmemde hiç bir zaman desteğini esirgemeyen babam Sıtkı Nuri GÖR ve annem Emine GÖR'e, sevgili kızımın bakımıyla ilgilenen ve bu konuda rahat olmamı sağlayan Ayşe ŞİMŞEK ve ailesine,

Arkadaşlığı, çalışkanlığı ve manevi özelliklerini örnek aldığım değerli arkadaşım Öğretim Görevlisi Deniz BATMAN'a, ihtiyaç duyduğumda yardımını esirgemeyen, elinden geleni yapmaya çalışan sevgili Gülay ÇAĞATAY ve Çağla ÇAĞATAY'a,

Araştırmanın tamamlanmasında bana destek olan herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| KABUL VE ONAY SAYFASI..... | i |
| TEŞEKKÜR | ii |
| İÇİNDEKİLER..... | iii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ | v |
| GRAFİKLER DİZİNİ | vii |
| TABLolar DİZİNİ..... | viii |
| ÖZET | ix |
| ABSTRACT | xi |
| 1. GİRİŞ..... | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 3 |
| 2.1. Dünyada ve Türkiye’de Adölesan Gebelik Sorunu | 3 |
| 2.2. Adölesan Gebeliklerin Önemi | 5 |
| 2.3. Adölesan Gebeliklerin Nedenleri | 6 |
| 2.4. Adölesan Gebeliklere Bağlı Gelişen Komplikasyonlar | 7 |
| 2.4.1. Abortus | 7 |
| 2.4.2. Enfeksiyon | 7 |
| 2.4.3. Anemi | 8 |
| 2.4.4. Hipertansif Hastalıklar..... | 8 |
| 2.4.5. Postpartum Atoni..... | 9 |
| 2.4.6. Fistül | 9 |
| 2.4.7. Preterm Doğum, Bebekte Prematürite ve Düşük Doğum Ağırlığı..... | 9 |
| 2.4.8. Anne Ölümü | 10 |
| 2.4.9. Bebek Ölümü..... | 11 |
| 2.5. Adölesan Gebelerin Üreme Sağlığı Sorunları ve Diğer Sorunlar..... | 14 |
| 2.6. Adölesan Gebeliklerin Sonuçları..... | 15 |

| | |
|--|----|
| 2.7. Adölesan Gebelikler ile İlgili Ebenin Rolü | 17 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 19 |
| 3.1. Araştırmanın Şekli..... | 19 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri | 19 |
| 3.3 Araştırmanın Zamanı | 19 |
| 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi..... | 20 |
| 3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri..... | 20 |
| 3.6. Veri Toplama Araçları..... | 21 |
| 3.6.1. Anket Formu..... | 21 |
| 3.7. Ön Uygulama..... | 22 |
| 3.8. Verilerin Toplanması..... | 22 |
| 3.9. Verilerin Değerlendirilmesi..... | 22 |
| 3.10. Araştırmanın Güçlükleri | 22 |
| 3.11. Araştırmanın Etik Yönü..... | 23 |
| 4. BULGULAR | 24 |
| 4.1. Adölesan Anneler ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Ait Bulgular..... | 24 |
| 4.2. Adölesan Annelerin Obstetrik Özelliklerine Ait Bulgular | 26 |
| 4.3. Adölesan Annelerin Son Gebeliğine İlişkin Bulgular | 27 |
| 4.4. Adölesan Annelerin Doğum Sonuçlarına İlişkin Bulgular..... | 29 |
| 5. TARTIŞMA..... | 32 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 37 |
| 6.1. Sonuçlar..... | 37 |
| 6.2. Öneriler..... | 38 |
| KAYNAKLAR..... | 40 |
| EKLER | 48 |
| ÖZGEÇMİŞ..... | 64 |

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|--------------|--|
| ABD | : Amerika Birleşik Devletleri |
| AIDS | : Acquired Immune Deficiency Syndrome |
| AP | : Aile Planlaması |
| Ark. | : Arkadaşları |
| ASYE | : Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları |
| CYBH | : Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık |
| DÖB | : Doğum Öncesi Bakım |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| DUK | : Disfonksiyonel Uterin Kanama |
| ETÖ | : Emzirme Tutum Ölçeği |
| HIV | : Human Immunodeficiency Virus |
| HPV | : Human Papilloma Virus |
| HÜNEE | : Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü |
| ICRW | : The International Center for Research on Women's |
| KKH | : Kojenital Kalp Hastalığı |
| OECD | : Organisation for Economic Co-operation and Development |
| PKOS | : Polikistik Over Sendromu |
| RDS | : Respituar Distres Sendromu |
| SAGEM | : Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü |
| T.C | : Türkiye Cumhuriyeti |
| TBMM | : Türkiye Büyük Millet Meclisi |
| TNSA | : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması |
| TUAÖÇ | : Türkiye ulusal anne ölümleri çalışması |
| TÜİK | : Türkiye İstatistik Kurumu |
| UNFPA | : United Nations Population Fund |

UNICEF : United Nations Children’s Fund

USAID : United States Agency for International Development

WHO : World Health Organizations

GRAFİKLER DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Grafik 1. Türkiye’de yaşa özel doğurganlık hızları..... | 4 |
| Grafik 2. Adölesan annelik..... | 5 |
| Grafik 3. Anne ölüm oranı uluslararası karşılaştırması (100.000 Canlı Doğumda)..... | 11 |
| Grafik 4. Türkiye’de bebek ölüm hızları..... | 12 |
| Grafik 5. Türkiye’de bebek ölüm hızındaki değişimler | 13 |
| Grafik 6. Türkiye’de bebek ölüm nedenlerinin yıllara göre dağılımı | 14 |

TABLÖLAR DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Tablo 1. Araştırmanın zamanı | 20 |
| Tablo 2. Adölesan anneler ve eşlerinin sosyodemografik özelliklerine ait özellikleri (n=207) | 24 |
| Tablo 3. Adölesan annelerin obstetrik özellikleri (n=207) | 26 |
| Tablo 4. Adölesan annelerin son gebeliğine ilişkin özellikleri (n=207)..... | 27 |
| Tablo 5. Adölesan annelerin aile planlamasına yönelik özellikleri (n=207) | 28 |
| Tablo 6. Adölesan annelerin gebelikte yaşadığı problemler (n=207)..... | 29 |
| Tablo 7. Adölesanların doğumlarına ilişkin özellikler (n=207) | 29 |
| Tablo 8. Adölesan annelerin bebeklerine ait özellikleri (n=207) | 30 |
| Tablo 9. Adölesan annelerin yaş gruplarına göre doğum şekillerinin dağılımı..... | 30 |
| Tablo 10. Adölesan annelerin yaş gruplarına göre aile planlaması yöntemi kullanma durumlarının dağılımı | 31 |

ÖZET

ADÖLESAN ANNELERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE DOĞUM SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Uslu F.G. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2018

Araştırma adölesan annelerin sosyodemografik özellikleri ve doğum sonuçlarını değerlendirmek amacıyla analitik kesitsel tipte yapılmıştır.

Araştırma 17.05.2016-17.05.2017 tarihleri arasında T.C Sağlık Bakanlığı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde doğum yapan, adölesan dönemdeki 207 anne ile yürütülmüştür. Araştırmada örneklem gelişi güzel örnekleme yöntemi ile belirtilen tarihte hastaneye doğum yapmak için başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm adölesan anneler (14-19 yaş) ile yürütülmüştür. Araştırma verilerinin toplanmasında "Anket Formu" kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede, tanımlayıcı istatistikler (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) ve X^2 testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ düzeylerinde değerlendirilmiştir.

Yapılan istatistiksel analizde, annelerin yaş ortalaması $17,90 \pm 1,16$ yıl olup, %23,3'ünün evli olmadığı ve %38,6'sının da sosyal güvencesi olmadığı bulunmuştur. Adölesan annelerin %25,2'sinin resmi nikâhının olmadığı, %59,9'u ortaokul mezunu, %98,1'inin ev hanımı, gelirin giderden az olduğu ve geniş ailede yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ortalama ilk gebelik yaşı $16,7 \pm 1,11$ ve ilk evlilik yaşı $16,6 \pm 1,16$ olduğu, annelerin %69,6'sının ilk gebeliği ve %78,7'sinin ilk doğumu olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan adölesanların öykülerinde, 14'ünün düşük yaptığı, 10'unun küretaj olduğu ve 3'ünün ölü doğumla karşılaştığı tespit edilmiştir. Gebeliklerinde adölesan annelerin 88'i anemi, 7'si hipertansiyon, 7'si preeklampsi ve 1'i eklampsi problemlerini yaşamışlardır. Doğumlarında ise adölesan annelerin %27,1'i sezaryenle doğum yapmış olup sezaryen doğum nedenleri; %28,6'sı tekrarlayan sezaryen, %21,4'ü fetal distress, %16,1'i baş pelvis uyuşmazlığı, %16,1'i uzamış doğum eylemidir. Adölesan annelerin 13'ü doğum komplikasyonu (mekonyum aspirasyonu, hipoksi) ile karşılaşmışlardır. Adölesan annelerin bebeklerine ait özelliklerine bakıldığında ise; 12'sinin 1. dak. APGAR ve 2'sinin de 5. dak. APGAR skorları 7'nin altında, minimum 1480 gr ağırlığında bebek sahibi oldukları, doğumdan sonra

ise 8 bebeğin yoğun bakım ihtiyağı olması nedeniyle anne yanında olmadığı belirlenmiştir. Annelerden 14-17 yaş grubu olanların %19,6'sı, 19 yaş grubunun da %53,6'sı sezaryenle doğum yapmıştır. Adölesan annelerin yaş gruplarına göre doğum şekillerinin dağılımı incelendiğinde bu durumun anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p=0,040$, $p<0,05$). Adölesan annelerden 14-17 yaş grubu adölesanların %35,3'ü, 18 yaş grubunda %28,9'u ve 19 yaş adölesan annelerin de %64,7'si, AP yöntemi kullanmadıklarını belirtmiştir. Adölesan annelerin yaş gruplarına göre AP yöntemi kullanma durumlarının dağılımının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p=0,002$, $p<0,05$).

Araştırmada adölesan annelerin eğitim, gelir düzeylerinin düşük ve geniş ailede yaşadıkları ve aile planlaması yöntemi kullanım oranlarının düşük olduğu tespit edilmiştir. Adölesanlar gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde ve bebeklerine yönelik birçok sorunla karşılamışlardır Adölesan annelik maternal riskleri beraberinde getirmekte olup adölesan gebeliklerin oluşmadan önce önlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Gebelik, Doğum, Ebelik

ABSTRACT

SOCIODEMOGRAPHIC SPECIALITIES OF THE ADOLESCENT MOTHERS AND THE EVALUATION OF CHILDBIRTH OUTCOMES

Uslu F.G. Aydın Adnan Menderes University Institute of Health Sciences Department of Midwifery Department, M.Sc. Thesis, Aydın, 2018

The research was conducted in an analytical cross-sectional fashion to assess the socio-demographic characteristics and birth outcomes of adolescent mothers.

The study was carried out with 207 mothers in the adolescence period, who gave birth in T.C Ministry of Health Aydın Gynecology and Pediatrics Hospital between 17.05.2016 and 17.05.2017. The study sample was conducted with all adolescent mothers (aged 14-19 years) who applied to give birth to the hospital on the date specified by the sampling method and were accepted to participate in the survey. "Survey Form" was used in the collection of research data. Descriptive statistics (Mean, Standard Deviation, Median, Frequency, Rate, Minimum, Maximum) and X2 test will be used for statistical evaluation. Statistical significance was assessed at $p < 0.05$. In statistical analysis, the average age of the mothers was $17,90 \pm 1,16$ years, 23,3% were not married and 38,6% were not social security. 25,2% of the adolescent mothers had no formal marriage, 59,9% were middle school graduates, 98,1% were housewives, the income was lower than the expenditure, and they lived in large families. Mean first gestational age was $16,7 \pm 1,11$ and first marriage age was $16,6 \pm 1,16$, 69,6% of the mothers were the first pregnancies and 78,7% were the first babies. In the case of adolescents participating in the study, it was determined that 14 of them were low, 10 of them were curettage and 3 of them were stillbirths. In their pregnancy, 88 of adolescent mothers experienced anemia, 7 had hypertension, 7 had preeclampsia and 1 joint problem. At birth, 27,1% of the adolescent mothers delivered by cesarean section and the causes of cesarean birth; 28,6% were recurrent cesarean, 21,4% were fetal distress, 16,1% were head pelvis incompatibility and 16,1% were prolonged labor. 13 of the adolescent mothers encountered birth complications (meconium aspiration, hypoxia). When the characteristics of adolescent mothers' babies are examined; 1 min. APGAR and 2 of them 5 min. APGAR scores were below 7, they had babies with a minimum weight of 1480 gr, and after birth 8 babies were not in maternity because of the need for intensive care. 19,6% of those who are 14-17 years old and 53,6% of 19 years old have delivered by cesarean section. When the

distribution of birth patterns according to age groups of adolescent mothers were examined, this difference was found to be significant ($p = 0,040$, $p < 0,05$). 35,3% of adolescents in the 14-17 age group, 28,9% in the 18 age group and 64,7% in the 19 age adolescent mothers stated that they did not use the AP method. It was found that the distribution of AP method use cases of adolescent mothers according to age groups showed significant difference ($p=0,002$, $p < 0,05$).

The study found that adolescent mothers had low levels of education, income, and family planning methods. Adolescents have met many problems during pregnancy, childbirth and postnatal period and their baby. Adolescent motherhood is associated with maternal risks and it is recommended that adolescent pregnancies be prevented before they occur.

Key Words: Adolescent, Pregnancy, Childbirth, Midwifery

1. GİRİŞ

Adölesan dönem çocukluktan erişkinliğe geçiş olarak ifade edilir ve bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşadığı bir süreçtir. Fizyolojik değişimlerin başında, ikincil seks karakterlerinin gelişmesi, büyümenin hızlanması, menarş ve vücut şeklinde değişim gelmektedir(Taşkın, 2016). Psikolojik değişiklikler, adölesan dönemde başarılması gereken; cinsel rolü kabullenme ve ona göre davranış geliştirme, kendi başına karar verebilme gibi belirtilirken, sosyal değişiklikler, arkadaşlık yetenekleri (sosyal çevre oluşturabilme) geliştirebilme, çatışan değerleri uzlaştırma, meslek seçimini yapabilme, öz kimliğine ulaşabilme ve bunu kabullenebilme şeklinde sıralanmaktadır(Kömürcü, 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş arasını adölesan dönem olarak kabul etmekte olup, adölesan gebeliği de bu yaş aralığındaki kızların gebeliği olarak adlandırmaktadır (WHO, 2014).

Dünyada her yıl 18 yaşını doldurmamış 10 milyon kız çocuğu evlenmektedir (Coşkun ve ark, 2016). Bu kız çocuklarıyla oluşan korunmasız cinsel ilişki sonucunda dünyada her yıl 15 milyon çocuk dünyaya gelmektedir (Kömürcü, 2015). Adölesan dönem evlilikleri dünyada bölgesel farklılıklar göstermektedir. Çoğunluğu Sahra Altı Ülkeler olmakla birlikte, Afrika, Orta Doğu, Güney Asya (Afganistan, Bangladeş, Nepal), Latin Amerika (Arjantin) ve Çin'dir (USAID, 2012). Ülkemizde gerçekleşen erken evlilik oranları, 16 yaş altındaki çocukların evliliklerinin resmi olarak kayıt altına alınmaması nedeniyle gerçekleri yansıtmamaktadır (Boran ve ark, 2013, Özcebe ve Biçer, 2013). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 verilerine göre; 16-17 yaş grubunda olan kız çocuklarındaki resmi evlenmelerin, toplam resmi evlenmeler içindeki oranı 2015 yılında %5,2 iken 2016 yılında bu oran %4,6'ya düşmüştür. Kız çocuk evlenmelerinin toplam evlenmeler içindeki oranının en yüksek olduğu il, %15,7 ile Ağrı, %14,9 ile Muş ve %14,3 ile Kilis olmuştur. Kız çocuk evlenmelerinin toplam evlenmeler içindeki oranının en düşük olduğu iller ise sırasıyla; %1,1 ile Tunceli, %1,3 ile Trabzon ve %1,5 ile Karabük'tür. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde güvenli olmayan 20 milyon düşük olgusunun %25'inin 15-19 yaş grubuna ait olması ve doğuma bağlı nedenlerle bu yaş grubunun yaşamını yitirmesi, oranının diğer gruplara göre iki veya beş kat daha fazla olması konunun önemini vurgulamaktadır (Kömürcü, 2015).

Adölesan evliliklerin nedenleri arasında; eğitimsizlik, ailenin sosyo-ekonomik düzeyi, dini inançlar, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, aile içi şiddet, doğal felaketler ve savaşlar sayılmaktadır (Aktepe ve Atay, 2017). Ayrıca yoksul ailelerin aile bütçesine destek amaçlı başlık parası için kız çocuklarını erken yaşta evlendirdikleri de adölesan evlilik nedenleri arasındadır (Kaptanoğlu ve Ergöçmen, 2012). Dünyada bazı bölgelerdeki inanışlar da küçük yaştaki kızları erken evliliğe teşvik etmektedir (Aydemir, 2011).

Uluslararası Kadın Araştırmaları Merkezi (ICRW) (2007) verilerine göre, adölesan dönem gebeliklerin anne sağlığına olan olumsuz etkileri; fistül, yırtık, zor doğum, uzamış doğum eylemi, erken membran rüptürü, intrauterin büyüme geriliği, gebeliğe bağlı hipertansiyon, preeklampsi, anemi, postpartum kanama ve enfeksiyon olarak bildirilmektedir. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) raporunda (2009) adölesan anne bebeklerinde ani bebek ölümü sendromu, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, akut enfeksiyonlar, kazalar ve bebek ölümleri gibi olumsuz durumlar belirtilmektedir. Bunun yanı sıra adölesan dönemde yapılan evlilikler bireyin psikolojik ve bedensel gelişimini etkileyen, sosyal aktivitelerini kısıtlayan, eğitimlerini aksatan, mesleki ve sosyal işlevselliği bozan, kişiye sosyal izolasyon uygulatan önemli bir travmatik faktör olarak değerlendirilmektedir (Güneş ve ark, 2016, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2009). Bu çalışmada bir yıllık sürede, bir kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesinde doğum yapan adölesan annelerin sosyodemografik özellikleri ve doğum sonuçları ortaya konmuştur.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada adölesan annelerin sosyodemografik özellikleri ve doğum sonuçları değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçları bu konu ile ilgili politikaların belirlenmesinde ve gebelik sırası ve sonrasında gebelere, annelere yapılacak olan antenatal bakım ve danışmanlık hizmetlerine rehberlik edecektir.

Araştırmanın Soruları

1. Adölesan annelerin sosyodemografik özellikleri nelerdir?
2. Adölesan annelerin doğum sonuçları nasıldır?
3. Adölesan annelerin yenidoğanlarının özellikleri nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

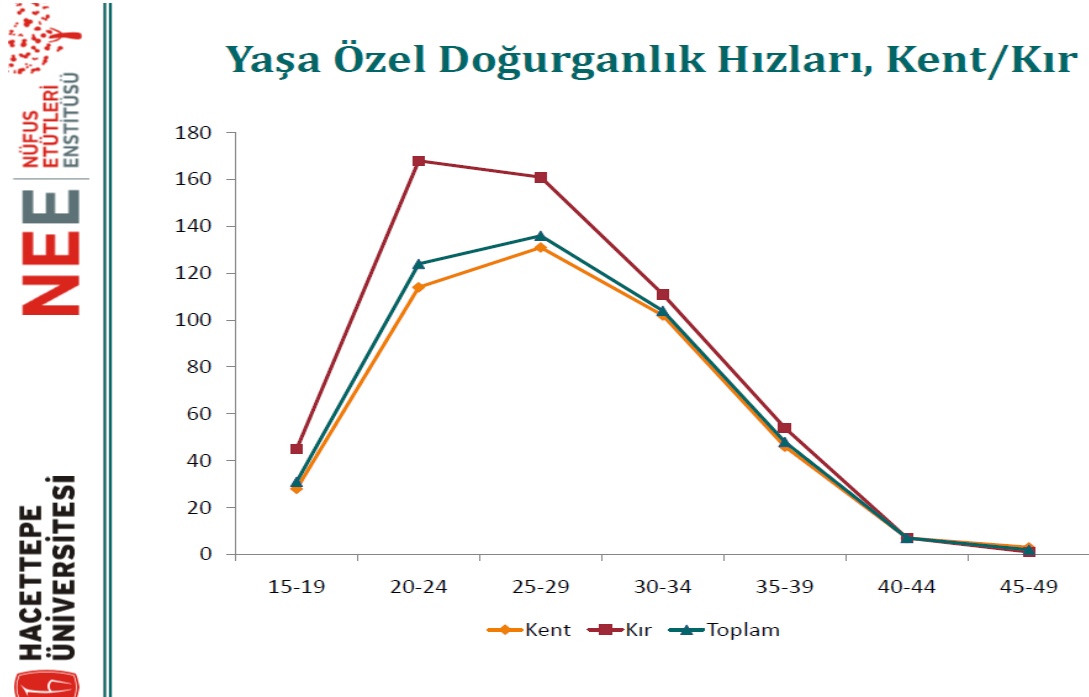
Adölesan dönem zorlu bir dönem olmakla beraber, birçok adölesan bu zorluklarla baş edebilir. Adölesanlar genelde sağlıklı ve sağlık hizmetine gereksinimi olmayan grup olarak algılanmaktadır. Ancak adölesan dönemde menarş, toplumsal baskı, cinsellik, cinsel aktivite, gebelik riski, istenmeyen gebelikler, isteyerek düşük yapma, cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), cinsel şiddet, paralı seks, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, madde bağımlılığı, eğitilmeme gibi birçok önlenbilir risk nedeni ile her yıl bir milyondan fazla adölesan yaşamını yitirmektedir (Kömürcü, 2015). Bundan dolayı adölesanın psikososyal gelişiminin bilinmesi ve değerlendirilmesi, karşılaştığı sorunların tanımlanması ve çözüm önerisi oluşturulması önemlidir (Özcebe ve ark, 2007).

Adölesan dönemde anne olan gençlerin, ileri dönemdekilere göre düşük ya da ölü doğum yapmaları, ya da gebeliğin anne ya da bebek ölümüyle sonuçlanması daha olağandır (Melekoğlu ve ark, 2013). Fiziksel gelişimini tamamlayamamış adölesanların gebelikleri kalıcı psikolojik ve fiziksel hasarlar ile anne çocuk ölümü risklerini artırmaktadır (Malatyalı, 2014).

2.1. Dünyada ve Türkiye’de Adölesan Gebelik Sorunu

Adölesan gebelikler dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yıllara göre oranları azalıyor gibi görünse de tam olarak çözülmüş bir sorun değildir. Adölesanlar dünya nüfusunun %30’nu oluşturmakta ve %90’ı gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (McIntyre, 2006). Dünyada bölgesel olarak Sahra altındaki bölgelerden 18 yaşın altındaki kızların %46’sı evlidir. Afrika’nın %21’i, Karayipler’in %18’i, Orta Doğu ve Güney Asya’nın ergen kızlarının yaklaşık 1/3 ‘i evlidir (USAID, 2012). 15-19 yaş grubu adölesanların doğurganlık oranları ortalama %43’tür. Afrika’ da bu oran %115, Latin Amerika’ da ise %101’dir. Ancak adölesan doğurganlığı gelişmekte olan ülkelerle sınırlı değildir. İngiltere’de %26, İrlanda’da %17 ve Amerika Birleşik Devletleri’de (ABD) ise bu oran %63’tür. Adölesan gebelik oranı 1990’lı yıllardan itibaren düşme eğilimi göstermesine rağmen, ABD gelişmiş ülkeler arasında adölesan gebelik ve doğum oranı halen en yüksek ülke olmaya devam etmektedir (WHO, 2009).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre, adölesan dönemde olan kadınların neredeyse %5,0'ı çocuk doğurmaya başlamıştır. Bu yaştaki kadınların %3'ünün bir canlı doğumu olmuş ve %1,0'ı ise araştırma tarihinde ilk çocuğuna gebedir. Aynı çalışmada 15-19 yaş adölesanların %24,7 si çocuk doğurmaya başlamış,%17,8 'i canlı doğum yapmıştır. Anne olma yüzdesi 16 yaşında %0,2, 17 yaşında %2,8, 18 yaşında %3,3 ve 19 yaşında %11,5'e yükselmiştir. TNSA-2008'den bu yana çocuk sahibi olmaya başlayan adölesanların oranında bir düşüş olmuştur. Bu oran bu dönemde %6,0'iken, günümüzde %5,0'a gerilemiştir. Kırsal alanlardaki adölesanlarda çocuk sahibi olma kenttekilere göre daha sık görülen bir davranıştır (sırası ile %6,0 ve %4,0). Adölesan dönemde çocuk sahibi olmaya başlayan kadınların yüzdesi bölgesel farklılıklar göstermektedir, Batı'da %3,0 olan bu oranın Güney, Orta ve Doğu' da %6,0 ve daha fazladır.

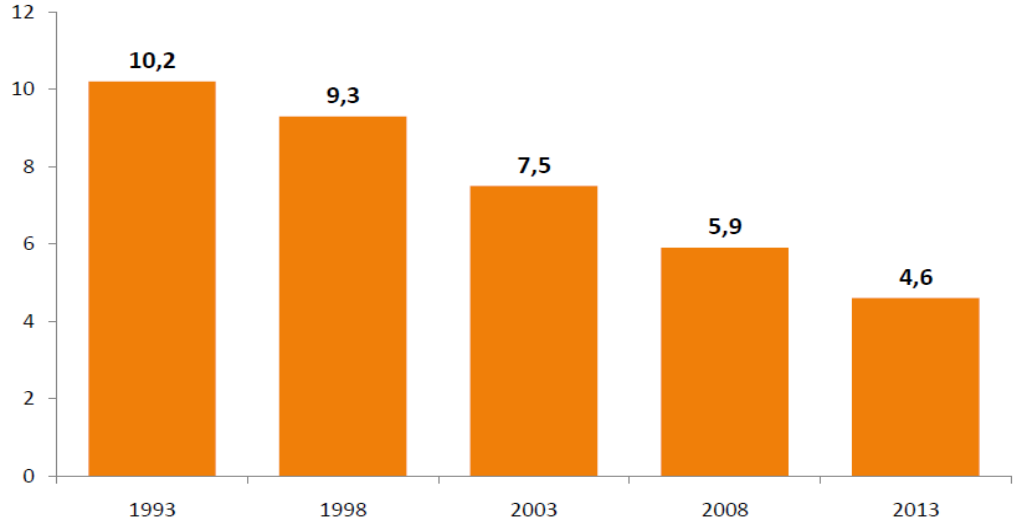


Kaynak: TNSA, 2013.

Grafik 1. Türkiye’de yaşa özel doğurganlık hızları

TNSA 2013 Türkiye’de yaşa özel doğurganlık hızları Grafik 1’de gösterilmiştir. Doğurganlık çağındaki kadınlar arasından 15-29 yaş grubunda olanlar son 5 yılda bir doğurganlık düşüşü gösterirken, 30 yaş ve üzerinde bir artış eğilimi söz konusudur. Adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesinin 18 yaşından sonra keskin bir şekilde arttığı görülmektedir. Çocuk doğurma davranışı 17 yaşından önce nadirdir.

Adölesan Annelik



21

Kaynak: TNSA, 2013

Grafik 2. Adölesan annelik

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) Demografi ve Sağlık Araştırması 2008 verileri Grafik 2’de gösterilmiştir. Grafik, 18 yaşındaki kadınların %9,7’sinin ya ilk çocuklarını doğurmuş olduklarını ya da ilk çocuklarına hamile olduklarını göstermektedir. Adölesanlarda 17 yaşındakiler için bu oran % 4,4, 16 yaşındakiler için % 2,2 ve 15 yaşındakiler için % 0,4’tür. Aynı kaynağa göre erken çocuk doğurmanın (20 yaş öncesi annelik veya hamilelik) en yaygın olduğu kesimlerin kırsal bölgelerde ve sosyoekonomik yelpazenin en düşük ikinci yüzde yirmilik diliminde yer aldığı görülmektedir. Erken çocuk doğurma, on iki bölge içinde en sık Orta Doğu Anadolu’da görülmekte ama Ege, Batı Karadeniz, Orta Anadolu ve Batı Anadolu bölgelerinde de görece yaygın olduğu gözlenmektedir.

2.2. Adölesan Gebeliklerin Önemi

Adölesan gebelik ve adölesan gebelik sonuçları, dünyanın birçok düşük gelirli ülkesinde halk sağlığı sorunudur (Chandra ve ark, 2013). Gelişmiş ülkeler, adölesan gebelik durumunu sosyal sorun olarak görmekte ve oranları azaltmaya çalışmaktadır. Ülkelerin sorunu cinsel aktiviteden öte, gebelikleri önlemeye çalışması, adölesanların korunma

yöntemlerine kolay erişmelerinin sağlanması, gebelikleri sonlandırma isteklerine olumlu bakması, kurumsal olanaklar sağlanması ve okullarda cinsel eğitim verilmesi sonucu İsveç ve Hollanda gibi ülkeler bu konuda başarılı olmuştur. Türkiye’de toplumsal nedenler ile erken evlenmiş eşler tarafından bu gebelikler istenmese de aile büyüklerince istenen ve desteklenen gebeliklerdir (Kömürcü, 2015).

Genç bir nüfusa sahip olan ülkemizin, en önemli sorunlarından biri genç yaş evlilikleridir. Erken evlenmenin hemen çocuk sahibi olmak gibi güçlü kültürel ve sosyal normları bulunmaktadır. Bu sebeplerden dolayı da erken yaşta gebelikler meydana gelmektedir. Erken yaşta gebe kalmak, sadece bedenen sağlığı olumsuz etkilemesinin yanında, kişinin eğitim düzeyini ve sosyal yaşamını da etkilemektedir (Özcebe, 2010). Erken yaştaki gebelikler anne ve bebek sağlığı için büyük öneme sahiptir. Özellikle 16 yaşından küçük gebelerde gelişmemiş pelvis yapısı anne ölümü, neonatal risk ve perinatal riskle sonuçlanır. Yetişkin gebeliklerle kıyaslandığında adölesan gebeliklerde daha fazla sağlık riski görülmektedir (Öner ve ark, 2012).

2.3. Adölesan Gebeliklerin Nedenleri

Erken yaşta evliliklerin birden fazla nedeni bulunmaktadır. Sahra Altı Afrika ülkelerinde ailesi olmayan kız çocukları erken yaşta evlendirilmekte, bu durumun amacı kız çocuklarını korumak için ve diğer yandan yaşlı erkeklerin kendilerini kanıtlamak için genç bakirelerle evlenmeyi gelenek haline getirmesinden de kaynaklanmaktadır (Yakit ve Coşkun, 2014). Dünyada binlerce genç kızın onuncu yaşına bile ulaşmadan evlendikleri, erken evliliğin ve erken gebeliğin, ruh ve beden sağlığına getirdiği olumsuz etkilerle birlikte erken gebeliklerle karşı karşıya kaldıkları bildirilmektedir (Yiğitoğlu, 2009). Osaikhuwuomwan ve Osemwenkha (2013) yaptıkları bir çalışmaya göre; ergenler arasındaki akran baskısı, Aile Planlaması (AP) ile ilgili bilgi eksikliği, erkekler arasında kondomsuz seks yapmaya zorlandıkları için de adölesan dönem gebeliklerle karşılaşmaktadır. Croby ve Holtgrave (2006) yaptıkları bir çalışmada düşük sosyoekonomik durumlu genç kızların, yetişkin erkeklerle birlikte oldukları sonucunda, istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara maruz kaldıkları belirtilmiştir.

Ülkemizde adölesan gebeliklerin yaygın olmasının başlıca nedenleri şöyle sıralanabilir; kültürel nedenlerle meydana gelen erken evlilikler, kontrasepsiyon yöntemleri hakkında bilgi yetersizliği, okul ve aile tarafından yeterli bilgilendirme yapılamaması, düşük

sosyokültürel ve sosyoekonomik düzey, topluma erişkinliğini kabul ettirme kaygısı, batılılaşma ve şehirleşmenin etkileridir (Kahraman, 2009). Ayrıca yoksulluk, işsizlik, çekirdek aile olamama, erken menarş, taciz, aile içi şiddet, baskı, suç örgütleri, tecavüz, uyuşturucu madde kullanımı, sosyal baskılar, kendine güvensizlik, okula devamsızlık, sağlık hizmetlerine yetersiz erişim, zayıf eğitim olanakları ve medyanın etkisi de adölesan gebelik nedenlerine ek gösterilmektedir (Jones ve Domenico, 2007, WHO, 2015) Adölesan dönemde kontrasepsiyon yöntemlerinin kullanılmaması, yöntemlere ulaşmak istenilmemesinin başında, gençlerin (AP) kliniklerinde suçlanma, cinsellik için çok genç olmaları, gibi geri bildirimler de olmaktadır (Osaikhuwuomwan ve Osemwenkha, 2013). Erkek çocuk ailelerinin daha itaatkar olabileceğini düşündükleri için yaşı küçük kızlarla oğullarını evlendirmek istemektedir (Yakit ve Coşkun, 2014).

2.4. Adölesan Gebeliklere Bağlı Gelişen Komplikasyonlar

2.4.1. Abortus

Adölesan dönemdeki anneler gebelikten korunma yöntemlerini yeterince bilmedikleri için istenmeyen gebelik yaşama riski yüksektir. İstenmeyen gebelik yaşayan adölesanın düşükle karşılaşma olasılığı daha yüksektir (Aktepe ve Atay, 2017, Melekoğlu, 2012). Adölesan gebeliklerin yaklaşık %10'u ilk 12 hafta içinde spontan (kendiliğinden) düşükle sonuçlanır. Düşük ise fetüsün uterus dışında yaşama yeteneği kazanmadan gebeliğin sonlanmasına denir. Gebeliğin 20'nci haftasına kadar olan ve ağırlığı 500 gr ve altında doğan fetuslar düşük olarak kabul edilirler (Taşkın, 2016).

2.4.2. Enfeksiyon

Adölesanlarda genital sistemin gelişimini tamamlayamaması genital enfeksiyonlara yatkınlığı artırmaktadır (Yakut ve Çetinkaya, 2013).

Balkaya ve ark. 2014'de yaptıkları bir çalışmada son trimesterdaki gebelerin genital enfeksiyon şikayetleri önemli bulunmuş, şikayeti olduğu belirtilen kadınların %21,7'sinde puerperal enfeksiyon olduğu görülmüştür. Genital enfeksiyon varlığı puerperal enfeksiyon görülme riskini 2,34 kat artırmaktadır. Ayrıca çocuk yaşta gebe kalmak (Human Immunodeficiency Virus) HIV enfeksiyonunun bulaşma riskini de artırmaktadır (Fisher ve ark. 2011, USAID, 2012, Kidman, 2016). Uganda'da yapılan bir çalışmada 15-19 yaş arası

evli kadınlar arasında HIV pozitiflik oranı diğer tüm kadınlara oranla 5 kat fazla iken, evlenmemiş cinsel aktif kadınlarda bu oran 4 kat olarak analiz edilmiştir (ICRW, 2007).

2.4.3. Anemi

Anemi, dolaşımdaki eritrosit miktarının ve hemoglobin konsantrasyonunun veya her ikisinin yaş ve cinsiyete göre normal kabul edilen değerlerin altına düşmesidir (Tunç, 2008). Gelişmekte olan ülkelerde kadınların %55'inin; tüm kadınların %44'ünün anemik olduğu bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise tüm kadınların %12'sinin anemik olduğu belirtilmektedir (Women's Health, 1995).

Adölesanların hem kendi vücutlarının hem de bebek büyümesi nedeniyle vücudun demir depoları hızla tükenmektedir (Pathak ve ark, 2003). Adölesan dönemde gebelerin daha fazla dengeli beslenmeye ihtiyacı vardır (Ağaçayak ve ark, 2016). Menstrüasyon (adet), ve demir yönünden yetersiz beslenme de adölesan dönemi kızların anemiye yatkınlıklarını artırır (Şirin ve Kavlak, 2016).

2.4.4. Hipertansif Hastalıklar

Hipertansif hastalıklar tüm gebeliklerin %5-10'unda görülür. Kanama ve enfeksiyonla birlikte anne ölüm nedenlerinden ilk üçü (hipertansiyon, kanama, enfeksiyon) arasında birinci sırada yer alır (Taşkın, 2016). DSÖ göre gelişmiş ülkelerde görülen anne ölümlerinin %16'sı hipertansif hastalıklara bağlıdır (İnalöz, 2014).

“National High Blood Pressure Education Program Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy” tarafından 2000 yılında kabul edilen sınıflandırmaya göre gebelikte meydana gelen hipertansif hastalıklar, gestasyonel hipertansiyon, kronik hipertansiyon, kronik hipertansiyonla gelişen preeklampsi, preeklampsi ve eklampsidir. Gebelik öncesi hipertansiyon olmadan gebeliğin 20. haftasından sonra preeklampsi bulguları gelişmeden tansiyon hafif yükselir ve postpartum 10 günde normale dönerse gestasyonel hipertansiyon olarak adlandırılır (Özdemir, 2015). Kronik hipertansiyon daha çok obez ve 40 yaş üzeri gebelerde görülür. Tanı kriterleri; gebelikten önce var olması, 20. gebelik haftasından önce tanı alması, gebelikten 6 hafta sonra da devam etmesidir (Yamaç ve ark, 2002).

Preeklampsi gebeliğin 20. haftasından sonra kan basıncının 140/90 mmHg veya daha yüksek olması ya da önceki değerlere göre sistolik kan basıncında 30 mmHg, diastolik kan basıncında ise 15 mmHg'lık artış olması ve proteinüri saptanmış olmasıdır. Eklampsi de preeklampsi görülen hastanın belirtilerine konvülsiyonların eklenmesidir (İnalöz, 2014). İlk kez koryonik villüsle karşılaşan nullipar gebelerde daha sık görülen preeklampsi ve eklampsi 20 yaş üzeri gebeliklerle karşılaştırıldığında, adölesan gebelerde daha sık görülmektedir. Preeklampsinin adölesanlarda sık görülme nedenleri; gelişimini tamamlayamamış olmak, gebe kalarak vücut metabolizmasını artırmak, doğum öncesi yetersiz bakım, düşük sosyo-ekonomik düzey ve düşük eğitim düzeyi sayılmaktadır (İnalöz, 2014).

2.4.5. Postpartum Atoni

Doğum sonu ilk 12-24 saatte 500 ml üzerindeki kan kaybı postpartum kanama olarak tanımlanır. Normal doğumda ortalama 200 ml kan kaybı olur (Taşkın, 2016). Postpartum dönemde kontrakte olmayan uterus atoniktir (Şirin ve Kavlak, 2016).

Adölesan dönemdeki gençlerin iç genital organlarının fizyolojik gelişimi henüz tamamlanmadığı için doğum sırasında yetişkin gebelere göre daha çabuk travmaya maruz kalır ve adölesan gebelerin myometriyum kontraksiyon yeteneği zayıf olmasından dolayı postpartum atoni meydana gelebilir (Karakaya, 2004).

2.4.6. Fistül

Fistül, iki vücut boşluğu arasında ya da bir vücut boşluğu arasında gelişen anormal yapılarıdır. Uzun ve zor doğum eyleminden sonra meydana gelen derin vajen yırtıkları fistül oluşmasına neden olur (Taşkın, 2016).

Adölesan gebelerde fizyolojik gelişimin devam etmesinden dolayı müdahaleli doğum eylemi sonucu fistül oluşumu görülebilmektedir (Melekoğlu, 2012).

2.4.7. Preterm Doğum, Bebekte Prematürite ve Düşük Doğum Ağırlığı

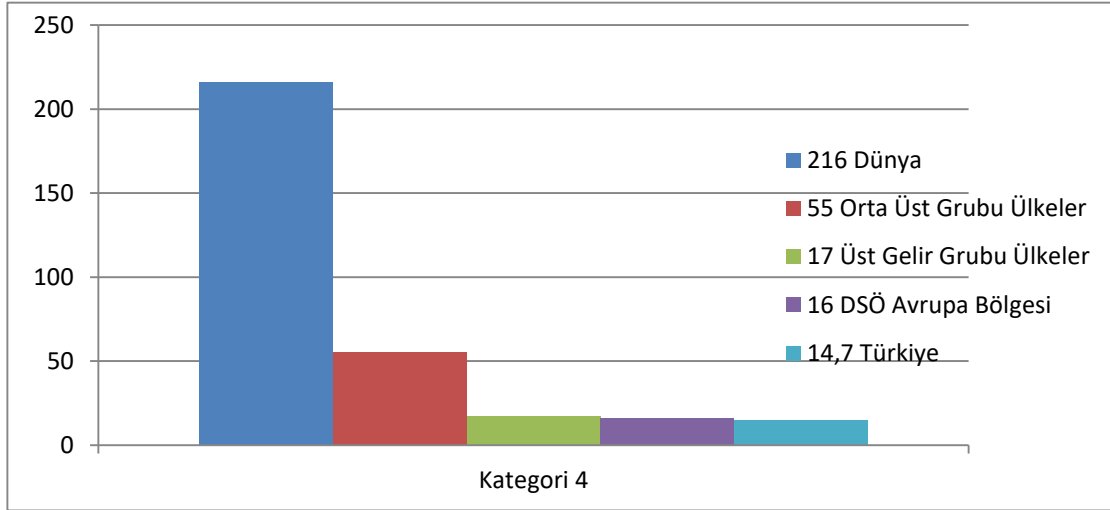
Preterm doğum, 20'inci gebelik haftasından sonra, 37'inci gebelik haftasından önce tamamlanmış doğum olarak adlandırılır. Gebelik öncesi vücut ağırlığının az ya da fazla olması, yetersiz beslenmek, yetersiz doğum öncesi bakım (DÖB) almak, düşük sosyo-

ekonomik düzey, sigara kullanımı, anemi, ilk gebelik olması gibi durumlar erken doğum nedenlerindedir ve anne yaşı küçüldükçe risk artar. Adölesan gebelerde bu özellikler mevcut olduğundan erken doğum görülme olasılığı artmaktadır (Melekoğlu, 2012).

Preterm doğum olarak doğan bebekler, organ gelişiminin yeterli olmaması nedeniyle birçok problemle karşılaşır. Preterm bebeklerde düşük doğum ağırlığı (500-2500 gr) ve çok düşük doğum ağırlığı (500-1500 gr) sık karşılaşılan sorunlar arasındadır. Prematüre bebeklerde akciğer gelişiminin yeterli olmamasına bağlı sorunlar, gastrointestinal sistem sorunları, immünolojik hastalıklar, merkezi sinir sistemi sorunları, kardiyovasküler rahatsızlıklar, hemotolojik sorunların yanı sıra başka sorunlarla da sık karşılaşılır. Bu bebeklerin çoğunluğu bu komplikasyonlardan biriyle ya da bir kaçıyla birden karşılaşarak, aile durumuyla baş etmeye çalışır (İnalöz, 2014). Adölesan annelerde yaş küçüldükçe bu gibi komplikasyonlar daha sık görülür (Melekoğlu, 2012).

2.4.8. Anne Ölümü

Anne ölümü, gebeliğin başlangıcından, doğum sonrası 42. günü kapsayacak şekilde, kaza ve tesadüfi sebeplerden kaynaklanmayan, gebelik ya da gebelik yönetimiyle ilgili olan herhangi bir sebeple annenin ölmesidir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016). Dünyada 2015 yılında her gün yaklaşık 830 kadın gebelik ve doğuma bağlı nedenlerle ölmektedir. Yaklaşık 303.000 anne ölümü olduğu bilinmektedir. Bu ölümlerin çoğunluğu önlenabilir nedenlerden kaynaklanmaktadır. Küresel anne ölümlülüğü oranı (100.000 canlı doğumda anne ölümlerinin sayısı) 1990 ile 2015 yılları arasında %44 oranında azalmıştır. Dünyadaki anne ölümlerinin nedenleri; şiddetli kanama, enfeksiyonlar, gebelik sırasında yüksek tansiyon, doğumdan kaynaklanan komplikasyonlar, güvensiz kürtaj, gebelik sırasında sıtma ve AIDS gibi hastalıklardır (Alkema ve ark, 2016).



Kaynak: Alkema ve ark, 2015

Grafik 3. Anne ölüm oranı uluslararası karşılaştırması (100.000 Canlı Doğumda)

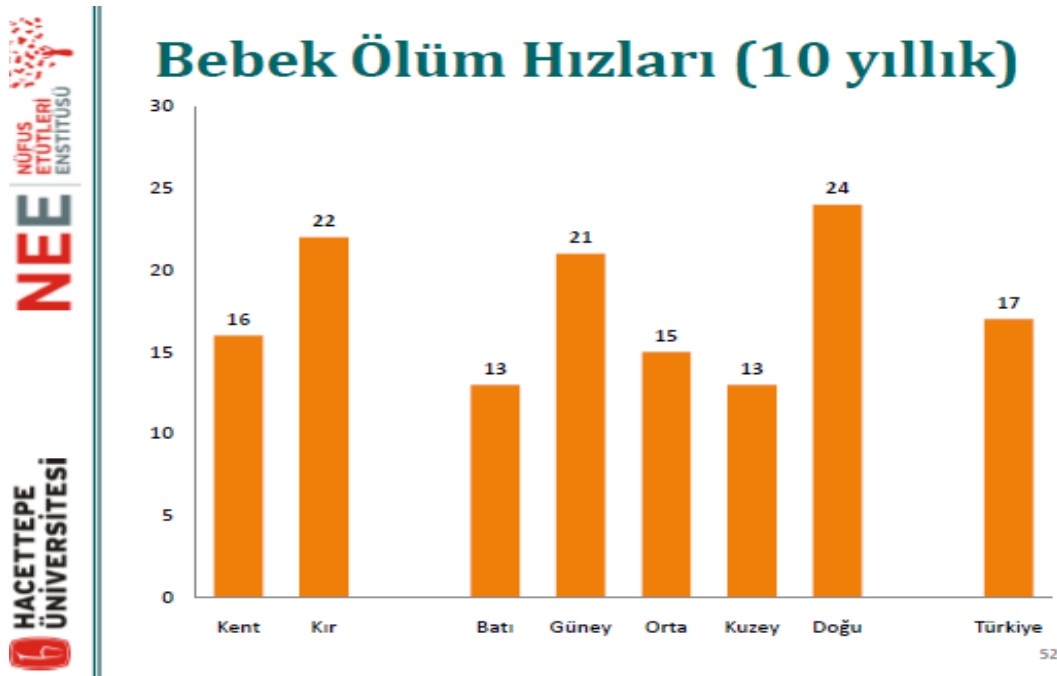
Türkiye’de 1990 yılında yüz binde 100 olan anne ölüm oranı 2002 yılından itibaren uygulanan sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde düşüş göstermiştir. Anne ölüm oranları Grafik 3’te 2005 yılında da düşmeye devam eden oran yüz binde 28,5 seviyesini görmüş ve DSÖ 2008-2010 yıllarını kapsayan raporda anne ölüm oranlarında en hızlı düşüş sağlayan ülkeler arasında ilk 20’ inci sırada yer almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Türkiye ulusal anne ölümleri çalışması (TUAÖÇ) 2005 verileri, Türkiye’deki anne ölümlerinin nedenleri dolaylı ve doğrudan olarak ikiye ayrıldığını göstermektedir. Doğrudan anne ölüm nedenleri; kanama, enfeksiyon, eklampsi, embolidir. Dolaylı anne ölümü nedenleri ise kardiyovasküler hastalıklar, enfeksiyon ve serebrovasküler hastalıklardır. HÜNEE verilerine göre, adölesan gebelik anne ölüm hızının yüksek olduğu gebelik türüdür. Adölesan gebelerde güvensiz kürtajın azaltılması, doğum öncesi ve doğum sonrası bakımın artırılması, dünyadaki anne ölüm hızını azaltabilecek etkenler arasındadır (WHO, 2017).

2.4.9. Bebek Ölümü

Bir toplumun gelişmişliğini gösteren ölçütler arasında bebek ölüm oranları da vardır. Bu oran toplumun gelişmişlik düzeyini, yıllar arasındaki değişimleri göstererek o ülkenin diğer ülkelerle karşılaştırma ölçütlerini oluşturur. Bu ölçütlerden biri de bebek ölümüdür (Sungur ve Çöl, 2016). Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü’nün (SAGEM) (2016) tanımı canlı doğup yaşamın ilk 365 günü içinde meydana gelen ölümlerin canlı doğum sayısına bölünmesi ile elde edilen bebek ölüm hızıdır. Bebek ölüm hızı 1000’le (bin) ifade edilir.

Dünyada her yıl yaklaşık 2,6 milyon bebek yaşamın ilk ayında, toplam ölümlerin %75 'i de ilk 24 saatte ortaya çıkar. Bu ölümlerin nedenleri doğum öncesi intrapartumla ilişkili komplikasyonlar, doğum asfiksisi ya da doğum sırasında solunum yetersizliği ve enfeksiyonlardır (WHO, 2017).

Ülkedeki sosyoekonomik hareketlilik, kültürel yapılanma, kamusal olanaklar ya da olanaksızlıklar ve eşitsizlikler bir bebeğin ölme riskini belirleyen unsurlardır. Bebek ölümlülüğü bir ülkenin gelişmişlik düzeyini belirleyen göstergedir. Türkiye, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) ülkeleri bebek ve çocuk ölümlülüğü sıralamalarında uzun yıllar ekonomik duruma göre yüksek değerler göstermiştir (Ergin ve Hassoy, 2011).

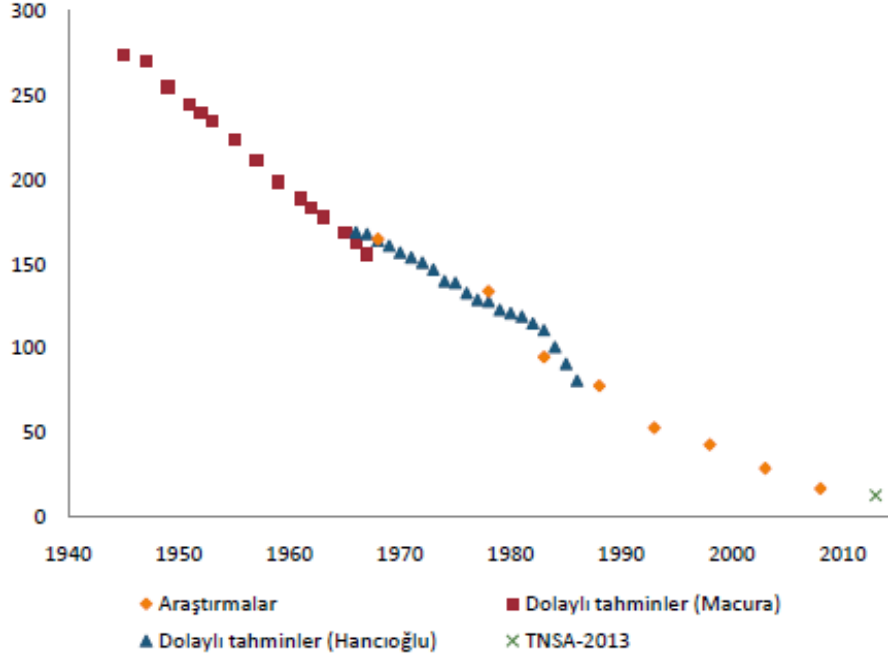


Kaynak: TNSA, 2013.

Grafik 4. Türkiye’de bebek ölüm hızları

Grafik 4’de TNSA 2013 verilerine göre bebek ölüm hızı bölgesel, kent ve kırsal nüfusu oran farklılıklarına göre Türkiye ortalaması görülmektedir. Türkiye gelir eşitsizliği ile bebek ölümü arasındaki ilişkilendirme durumunda da dünyada Meksika’dan sonra ikincidir. En zengin ile en yoksul arasındaki 17 kat fark vardır (OECD, 2008).

Bebek Ölüm Hızındaki Değişimler

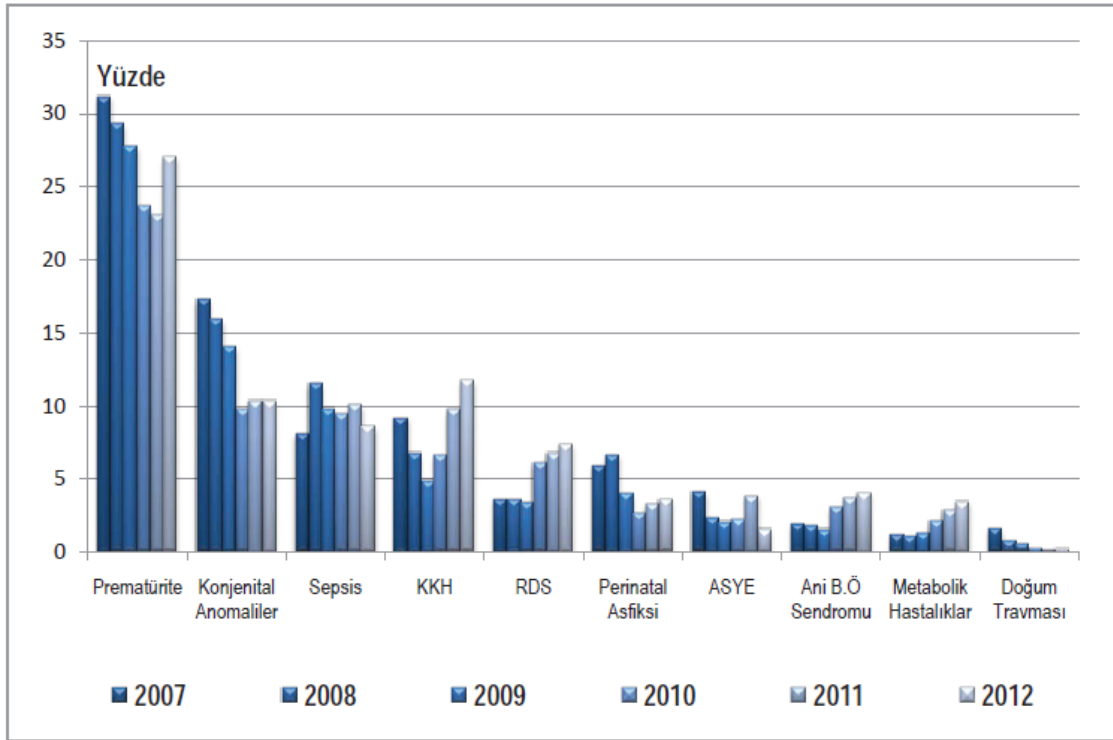


53

Kaynak: TNSA, 2013.

Grafik 5. Türkiye’de bebek ölüm hızındaki değişimler

Grafik 5’te Türkiye’de bebek ölüm hızında 1945 ‘den bu yana ciddi oranda azalma kaydedilmiştir. Birleşmiş Milletler’in 2000 yılında benimsediği 1000 yıllık kalkınma hedeflerinden biri de çocuk ölümlülüğünü azaltmaktır. Çocuk ölümlülüğünü azaltmak için kullanılan ölçütler; beş yaş altı çocuk ölüm hızı, bebek ölüm hızı ve kızamık aşısı ile aşılama oranıdır (Ergin ve Hassoy, 2011). Grafikte görülen değerler hedefe ulaşıldığının göstergesidir.



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014

Grafik 6. Türkiye’de bebek ölüm nedenlerinin yıllara göre dağılımı

Grafik 6’da belirtilen 2007-2012 anne ve bebek ölümlerinin değerlendirilmesi raporuna göre Türkiye’deki bebek ölümlerinin nedenleri arasında; prematürite, konjenital anomaliler, sepsis, kojenital kalp hastalığı (KKH), respiratuar distres sendromu (RDS), prenatal asfiksi, alt solunum yolu enfeksiyonları (ASYE), ani bebek ölüm sendromu, metabolik hastalıklar ve doğum travmasıdır. Grafikte de görüldüğü üzere bebek ölüm nedeni oranlarında yıllara göre azalmalar görülmektedir.

2.5. Adölesan Gebelerin Üreme Sağlığı Sorunları ve Diğer Sorunlar

Adölesan sağlığı alanındaki gelişmeler bu yaş grubunun özel bakıma gereksinimi olduğunu ortaya koymaktadır. Adölesan grupta yaşanan obstetrik ve jinekolojik sorunlar; disfonksiyonel uterin kanama (DUK), aşırı egzersiz ve amenore, yeme bozuklukları ve fertilité, endometriozis, polikistik over sendromu (PKOS), turner sendromu, mülleriyan anomalileri, jinekolojik kanser ve fertilité, kistik fibrozis ve diğer sorunlarla karşılaşabilirler (Çelik ve ark, 2013). Adölesanlarda düşük sosyoekonomik ve çeşitli nedenlerle oluşan beslenme yetersizliği maternal ve perinetal sonuçlar için risk teşkil etmektedir (Baker ve ark, 2009).

Çakmak ve ark.(2015)'nin yaptığı bir çalışmada adölesan dönemdeki hastaların cerrahi müdahale sıklığı normal üreme dönemindeki hastalara oranla düşük çıkmış, obstetrik girişim oranı ise normal üreme dönemindeki hastalara göre yüksek çıkmıştır. Forhan ve ark. (2009)'nin 14-19 yaş arası adölesanlarla yaptıkları çalışmada önemli sorunlardan diğerinin ise cinsel aktif adölesan dönem kızların %24'ünde CYBH olduğu ve sıklıkla da %30'unda Human Papilloma Virüs (HPV) olduğunu bildirmişlerdir.

TBMM (2009) raporunda adölesan yaştaki evliliklerin kadın sağlığına psikososyal etkileri; öğretim kurumlarına devam edememe, sosyal aktivitede sınırlılık, iş fırsatlarının kaybı, yoksulluk, boşanma ve ayrılma, sosyal izolasyon, stres ve depresyon, madde kullanımı sayılabilir.

ICRW'nin (2007) yaptığı bir araştırmaya göre adölesan dönemde istekli ya da zorla yapılan evliliklerin diğer yaş grubundaki kadınlara göre, fiziksel şiddete iki kat, cinsel şiddete üç kat fazla oranla maruz kaldıkları belirtilmektedir.

Adölesanların üreme sağlığını korumak için;

- İdeal yaşlarda gebe kalması,
- Tuvalet sonrası genital bölge temizliğini mutlaka önden arkaya doğru yapması,
- Kokusuz ve renksiz tuvalet kâğıdı kullanması,
- Vajinal duş, sprey, pudra ve sabun kullanmaması,
- Banyo yaptıktan ya da havuza girdikten sonra vajianın kurulanması,
- Pamuklu iç çamaşırları kullanılması,
- İç çamaşırlarının temizliğine dikkat edilmesi,
- Dar, sıkı, bedene olmayan iç çamaşırları giyilmemesi,
- Adet kanaması sırasında kullanılan pedlerin kokusuz olması ve pedlerin sık değiştirilmesi gibi durumlara dikkat edilmesi gerekir (Şirin ve Kavlak, 2016).

2.6. Adölesan Gebeliklerin Sonuçları

Adölesan gebeliklerin doğum sonuçları ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmış ve bu çalışmalarda perinatal morbidite ve mortalite oranının arttığı görülmüştür. Adölesanın (12-

16 yaş daha risklidir), gelişimi, sosyo ekonomik durumu, DÖB alıp almaması, risk düzeyini belirlemektedir. Ayrıca beslenme tüm gebelerde önemli iken bu gebelerde daha dikkatli davranmak gerekir. Adölesan gebeliklerde ortaya çıkabilecek en büyük risk faktörü preeklampsidir. Bu riski artıran diğer faktörler adölesanların düşük sosyo ekonomik gruptan olması, DÖB almaması ve yetersiz beslenmeleridir. Özellikle sosyo ekonomik grupta yetersiz beslenmeleri prematüre eyleme, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna ve düşüklere neden olmaktadır (Taşkın, 2016).

Adölesan gebelerde, ektopik gebelik nadir görüldüğünden tanı ve tedavinin gecikmesi nedeniyle mortalite hızı yüksektir. Gebeliklerini sonlandırmak isteyen adölesanlar güvenli koşullarda yapılmayan düşüklere başvurmaktadır. Adölesan annelerde yaşanabilecek doğum sorunları; baş-pelvis uyumsuzlukları, zor doğum, fistül, idrar ve gaita inkontinansı, preeklampsi, gebelik hipertansiyonu, değişen beden imajına bağlı depresyon, bebek mortalite oranı 2,4 kat daha fazla, prematürite, intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı, nörolojik defektler erişkin gebelere göre daha fazladır (Kömürcü, 2015). Lepälahti ve ark. (2013) yaptıkları bir çalışmada adölesan dönemdeki gebeliklerden düşük doğum ağırlıklı bebekler, düşük gebelik haftalığı ve apgar skoru düşük bebekler dünyaya getirdiklerini belirtmiştir. Eklampsi, proteinüri, idrar yolu enfeksiyonu, pyelonefrit ve anemi daha yüksek bulunmuştur.

Yıldızhan ve ark.(2009)'nın yaptığı bir çalışmada, intrauterin fetal ölüm oranı %0,98, postpartum bebeğin ölüm oranı %3,92, anomalili fetus oranı %0,98, 37. gebelik haftasından önce olan doğum oranı %52,94, prematür membran rüptürü %1,96, preterm prematür membran rüptürü %2,94 ve preeklampsi %1,96 olduğunu saptamıştır. İnalöz (2014)'ün yaptığı çalışmada eklampsi, doğumda indüksiyon alma, doğum şekli çoğul gebelik görülmesi açısından adölesan gebeliklerin daha riskli olduğunu belirlemiştir.

Annenin doğum öncesi ve doğum sonrasına uyumu ile bebeğini algılamasına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan deneysel bir çalışmada; 19 yaş ve altı anne yaşı, prematüre bebeğe sahip olma, yeni doğanda komplikasyon varlığı nedeniyle yoğun bakım ünitesinde bulunması annelerin algı düzeyini olumsuz yönde etkilediği, doğum öncesi verilen danışmanlık hizmetinin ise algı düzeyini etkilemediğini sunmuştur (Aba, 2014).

2.7. Adölesan Gebelikler ile İlgili Ebenin Rolü

Sağlık profesyonellerinden ebenin görevleri arasında kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi yer almaktadır. Yaşanılan toplumun yapısı, değerleri, sosyo-ekonomik durumu, sağlık algıları, aldıkları bakımın yapı taşlarını oluşturur. Nitelikli bakım için sağlık profesyoneli kadını çevresi, kültürü ve değerleriyle bir bütün olarak değerlendirmelidir. Çalıştığı alanda kişilerle iç içe ve halka yol gösterici durumda olan ebeler adölesan dönem eğitimi ve evliliğin engellenmesi gibi durumlarda öncü olabilirler (Yakit ve Coşkun, 2014).

Mushwana ve ark. (2015)'nin yaptığı bir çalışmaya göre; gençlerin sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri eğitimi için profesyonel hemşireler olmalıdır. Bu sağlık çalışanlarının esas görevi cinsellik eğitiminin verilmesi olmalıdır. Mbambo ve ark. (2006)'nın yürüttüğü bir çalışmada da 12 yaşından itibaren ergenlerin cinsellik ve kontraseptif yöntemlerin uygun kullanımı sağlık hizmeti sunumunun bir parçası olmalıdır. Adölesan üreme sağlığı hakkında bilgi edinme tüm profesyonel sağlık eğitimi konularına dâhil edilmelidir. Üreme sağlığı ile ilgili mevzuat ve politikalar geliştirilmeli, sağlık profesyonelleri adölesanlarla ilgili hizmet içi eğitim almalı ve eğitimle ilgili pratikler geliştirmelidir. Gençler cinsel aktiviteye başlamadan önce; erken cinsel ilişkinin olumsuz etkileri, cinsel yaşam ve gebelik gibi konularda eğitilmelidir (Öner ve ark, 2012).

Adölesan gebelik oluştuğunda ise adölesanların gebeliğe ilişkin bilgi ve deneyimlerinin yetersiz oluşu, psikolojik durumlarının gelişmemiş olması ve duygusal durumlarının çok değişken olması nedeniyle daha sıkı antenatal bakım almaları önerilmeli gerekirse sağlık personelinin evde bakım hizmeti yapması teşvik edilerek izlemlerin devamlı olması sağlanmalıdır (Melekoğlu, 2012).

Ebeler için;

- Cinsel eğitimin gerçekten bir gereksinim olduğu kavramı kamuoyuna duyurulmalıdır.
- Gençlere yönelik cinsel eğitim programları düzenlenmelidir.
- Gençlik danışma merkezleri kurulmalıdır.
- Kız çocuklarının eğitimi öncelikli olmalıdır.
- Geç annelerin doğum öncesi ve doğumda bakım hizmetlerinden yararlanmaları sağlanmalıdır.

- Gençlere yapılan hizmetlerin esası mahremiyete, kültürel değerlere, inançlara, gizliliğe dikkat ederek, bilinçli bir şekilde karar verme haklarına saygı duyacak şekilde düzenlenmelidir (Şirin ve Kavlak, 2016).
- Adölesan gebeliklerin önlenmesi öncelikli olmalıdır.
- Gebelik tanısı için iyi bir öykü alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır.
- Adölesan evli olmayabilir, bebeğin babası, bebeğin annesi gibi ifadeler kullanılmamalıdır (Kömürcü, 2015)
- Adölesan gebeliklerin anne ve çocuk sağlığına getireceği riskler konusunda Ebe adölesan gebeye bakım verirken; adölesanın çağına, evliliğe ve annelik rolüne uyumu ile ilgili sorunlar yaşayabileceğini unutmamalı. Bu nedenle adölesan gebenin psikolojik risklerini de değerlendirmelidir.
- Ebeler adölesan gebeye yeterli desteği sağlamalı, ihtiyacı olan bilgileri vermeli ve izlemlerini dikkatle yapmalıdırlar.
- Toplum bilinçlenmeli, erken evlilikler ve gebelikler önlenmelidir (Taşkın, 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma adölesan annelerin sosyodemografik özellikleri ve doğum sonuçlarının değerlendirilmesi amacı ile analitik- kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Bu hastanede kadın hastalıkları ve doğum hizmetleri, acil servis, doğumhane, çocuk klinikleri, poliklinikler, palyatif bakım merkezi, doğum öncesi hazırlık sınıfı, yetişkin, çocuk ve yeni doğan yoğun bakım ünitesi hizmet vermektedir. Poliklinik hizmetleri 41 poliklinikten oluşmaktadır. Kadın doğum ve kadın hastalıkları uzman sayısı 15, Çocuk hastalıkları uzman sayısı 13, Çocuk Cerrahi uzman sayısı 8, Çocuk ve Ergen Psikiyatri uzmanı 2, Perinatoloji uzmanı 1 ve Tıbbi Genetik uzmanı 1 tanedir. Doğum sonu servisinde lohusalar için 36 yatak ayrılmıştır. Normal doğum sonrası lohusalar 24 saat hastanede kalmaktadır. Sezaryen olan anneler 48 saat hastanede kalmaktadır. Serviste toplam on ebe ve üç hemşire görev yapmaktadır. Yeni doğan servisi 20 yatak, çocuk servisi (süt çocuğu ve çocuk kliniği olarak ikiye ayrılmış) 40 yatak içermektedir. Doğumhanede bulunan dokuz yataklı travay odasında elektronik fetal izlemi yapılabilmekte ve gebeler doğumlarını doğum salonunda bulunan iki adet doğum masasında gerçekleştirmektedir. Doğumhanede on altı ebe, on beş doğum uzmanı görev yapmaktadır. Normal doğumu genellikle ebeler yaptırmaktadır.

3.3 Araştırmanın Zamanı

Araştırma, 17.05.2016- 17.05.2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın zamanı ile ilgili ayrıntılı bilgiler aşağıda verilmiştir.

Tablo 1. Araştırmanın zamanı

| İşlemler | Tarih |
|--|------------------------------|
| Araştırma konusunun seçimi | 11 Mayıs 2015 |
| Tez önerisinin hazırlanması | 01 Haziran 2016 |
| Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nden kurum resmi izninin alınması | 10 Temmuz 2016 |
| Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan ön onayın alınması | 30 Haziran 2016 |
| Araştırma verilerinin toplanması | 17.05.2016- 17.05.2017 |
| Verilerin analizi ve değerlendirilmesi | 01 Eylül- 30 Kasım 2017 |
| Tez raporunun yazımı | 01 Kasım 2017- 10 Şubat 2018 |
| Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan araştırma onayının alınması | 24 Nisan 2018 |

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları hastanesine başvuran adölesan anneler oluşturacaktır. Hastane kayıtlarına göre 01 Ocak 2015-31 Aralık 2015 tarihleri arasında doğum yapmış adölesan sayısı 163'dür. Araştırmada evreni belli örnekleme yöntemine göre %95 güven aralığında en az alınması gereken, adölesan anne sayısı 115 olarak belirlenmiştir.

Araştırmada örnekleme belirleme yöntemi yapılmadı, evren örneklem olarak alınmıştır. Araştırmaya 17 Mayıs 2016 ile 17 Mayıs 2017 tarihleri arasında hastaneye doğum için başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm adölesan anneler (14-19 yaş) oluşturacaktır.

3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya,

- Obstetri servisinde yatan ve 14-19 yaş ve altında doğum yapmış olan anneler,
- Türkçe konuşup anlayabilen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden anneler dâhil edilecektir.

Araştırmanın dışlanma kriterleri ise;

- Verilerin toplanmasına engel olabilecek fiziksel ya da ruhsal rahatsızlığı olan adölesan anneler araştırma kapsamı dışında tutulacaktır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanması için adölesan annelerin sosyodemografik, obstetrik, son gebelik ve doğuma yönelik, aile planlaması, gebelikte yaşadığı problemlere yönelik, doğum ve yeni doğana yönelik özellikleri içeren "Anket Formu" kullanılmıştır.

3.6.1. Anket Formu

Bu form adölesan anneyi tanımlayabilme açısından araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilmiş, yedi bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler:

Adölesan anneleri tanıtıcı bilgilere yönelik; adölesan anneler ve eşlerinin tanıtıcı sosyodemografik özelliklerini içeren 10 soru (yaş, eğitim, meslek, ekonomik durum, sosyal güvence, gelir, aile tipi, nikâh türü), annenin obstetrik özelliklerini kapsayan 10 soru (ilk adet yaşı, evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yasayan çocuk sayısı, düşük / kürtaj sayısı, ölü doğum sayısı),

Adölesan annelerin en son gebeliği ve doğumuna yönelik özelliklerini kapsayan; 15 soru, (DÖB alma durumu, her çağırıldığında sağlık kuruluşuna gitme durumu, gebelik öncesi sağlık sorunu yaşama, isteyerek gebe kalma durumu, folik asit kullanımı, vitamin kullanımı, demir preparatı kullanımı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, bebeği emzirmeye karar verme zamanı, bebek bakım ve beslenmesiyle ilgili bilgi alma durumu, bebek bakımı ve beslenmesi ile ilgili bilgi alınan kaynak, gebelik öncesi kilo, kilo alma durumu ve kilo verme durumu), adölesan annelerin aile planlamasına yönelik özelliklerini kapsayan 2 soru, (aile planlaması yöntem kullanım durumu, kullanılan yöntemler), adölesan annelerin gebelikte yaşadığı problemlere yönelik 5 soru, (kanama, anemi, hipertansiyon, preeklampsi, eklampsi), adölesan annelerin doğumlarına ilişkin özelliklerini kapsayan 3 soru, (doğum şekli, sezaryenle doğum nedeni, doğumda komplikasyon),

Adölesan annelerin bebeklerine ait özelliklerine ilişkin 5 soru (1. dakikada APGAR, 5. dakikada APGAR, doğum ağırlığı, anne sütü alma durumu, anne sütüne başlama zamanı) toplam 50 sorudan oluşmaktadır.

3.7. Ön Uygulama

Araştırmacı tarafından geliştirilen tanıtıcı bilgi formu, geçerlilik ve uygulanabilirliğini sağlamak amacıyla doğum-kadın sağlığı hastalıkları hemşireliği alanında 10 uzman öğretim üyesinin görüş ve önerileri alınmış ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Formun anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini denemek için çalışmanın yapılacağı hastanede 10 anne ile ön görüşme yapılmıştır. Ön görüşme yapılan adölesan anneler araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapılabilmesi için önce etik kurul izni ve araştırmanın yapıldığı hastaneden kurum izni alınmıştır. Araştırmanın verileri 17 Mayıs 2016 ile 17 Mayıs 2017 tarihleri arasında Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Obstetri Servisi'nde, araştırmaya dâhil edilme kriterleri göz önünde bulundurularak anneler ve ebeveynlerle tanışılmış araştırma konusunda bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerin ve ebeveynlerin yazılı onamı alındıktan sonra araştırmanın bilgi formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur. Görüşme süresi ortalama 15 dakika sürmüştür. Veri toplama sürecinde 5 kişi görüşme talebini reddetmiş, 3 kişi çoğul gebelik geçirmiş, 4 kişinin ebeveyni görüşme talebini reddetmiş ve 53 kişi de Türkçe bilmediği için araştırmaya katılamamıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel analizler için PASW 18 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart Sapma, Minimum, Maksimum) yanı sıra ki-kare analizi kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Güçlükleri

Annelerin araştırma veri toplama formunda yer alan sorulara vakit ayırmak istememeleri ve durumun adli bir vaka gibi düşünülerek emniyet güçlerine şikâyette bulunma şüphesi taşıyan hasta yakınlarına konunun açıklamasını yapmak, araştırmada yaşanan güçlüklerdendir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan ön onay alınmıştır (Ek 2). Araştırmanın Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi için Aydın İli Kamu Hastaneler Birliği'nden yazılı izin alınmıştır (Ek 3). İzin alındıktan sonra verilerin toplanması aşamasında öncelikle adölesanlarla tanışılmış, araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Adölesan anne 18 yaş ve üstünde ise kendilerinden araştırmaya katılmaları için Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Genç Anne İçin) onam alınmıştır (Ek 4), adölesan anne 18 yaşın altında ise ebeveynlerinden Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ebeveyn İçin) alınmıştır (Ek 5). Adölesan annelerin araştırmaya gönüllü katılımlarına özen gösterilmiştir. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24.04.2018 tarihinde son onay (Protokol No: 2016/867) alınmıştır (Ek 6).

4. BULGULAR

Araştırma bulguları; adölesan annelerin ve eşlerinin sosyodemografik özellikleri, adölesan annenin obstetrik özellikleri, adölesan annenin son gebeliğine ilişkin bulgular ve doğum sonuçlarına ilişkin bulgular olmak üzere dört grupta sunulmuştur.

4.1. Adölesan Anneler ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Ait Bulgular

Tablo 2’de annelerin ve eşlerinin eğitim durumu, yaş grupları, çalışma alanı ve aile gelir durumuna göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 2. Adölesan anneler ve eşlerinin sosyodemografik özelliklerine ait özellikleri (n=207)

| Sosyo-Demografik Özellikler | n | % |
|-----------------------------|--------------------------------|------|
| Yaş | Ort.17,92±1,16 (min:14 max:19) | |
| 14 | 1 | 0,5 |
| 15 | 7 | 3,4 |
| 16 | 20 | 9,7 |
| 17 | 36 | 17,3 |
| 18 | 59 | 28,5 |
| 19 | 84 | 40,6 |
| Medeni Durumu | | |
| Evli | 158 | 76,3 |
| Yalnız Yaşayan | 9 | 4,3 |
| Birlikte Yaşıyor | 40 | 19,3 |
| Meslek | | |
| İşçi | 2 | 1,0 |
| Ev Hanımı | 203 | 98,1 |
| Öğrenci | 1 | 0,5 |
| Çiftçi | 1 | 0,5 |
| Sosyal Güvence | | |
| Yok | 80 | 38,6 |
| Var | 127 | 61,4 |
| Eğitim | | |
| Okur-yazar | 1 | 0,5 |
| İlkokul | 60 | 29,0 |
| Ortaokul | 124 | 59,9 |
| Lise | 21 | 10,1 |
| Üniversite/yüksekokul | 1 | 0,5 |
| Eş Meslek | | |
| Memur | 3 | 1,4 |
| İşçi | 112 | 54,1 |
| Serbest Meslek | 76 | 36,7 |
| Öğrenci | 1 | 0,5 |
| Çiftçi | 12 | 5,8 |
| Çalışmıyor | 3 | 1,4 |

Tablo 2. Adölesan anneler ve eşlerinin sosyodemografik özelliklerine ait özellikleri (n=207)
(Devamı)

| Sosyo-Demografik Özellikler | n | % |
|---------------------------------|--------------------------------|------|
| Eş Öğrenim | | |
| Okur Yazar Değil | 2 | 1,0 |
| Okur-yazar | 4 | 1,9 |
| İlkokul | 55 | 26,6 |
| Ortaokul | 115 | 55,6 |
| Lise | 27 | 13,0 |
| Üniversite/Yüksek Okul | 4 | 1,9 |
| Gelir | | |
| Gelir Giderden Az | 147 | 71,0 |
| Gelir Gidere Denk | 60 | 29,0 |
| Aile tipi | | |
| Çekirdek aile | 75 | 36,2 |
| Geniş aile | 132 | 63,8 |
| Nikâh türü | | |
| Resmi nikâh | 11 | 5,3 |
| İmam nikâhı | 50 | 24,2 |
| Hem resmi nikâh hem imam nikâhı | 144 | 69,6 |
| Yok | 2 | 1,0 |
| İlk Evlilik Yaşı (yıl) | Ort:16,60±1,16 (min:13 max:19) | |
| İlk Adet Yaşı (yıl) | Ort:12,80±1,04 (min:9 max:16) | |

Adölesan annelerin yaş ortalaması 17,90±1,16 min:14 max:19 yıldır. Katılımcıların %76,3'ü evli, %4,3'ü bekâr, %19,3'ü birlikte yaşıyor olarak tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan annelerden %1'i işçi, %98,1'i ev hanımı, %0,5'i öğrenci ve %0,5'i çiftçidir. Katılımcıların %38,6'sının herhangi bir sağlık güvencesi yok iken, %64,6'sının SGK'sı vardır. Adölesan annelerin eğitim durumu ise; %0,5'i okuryazar, %29'u ilkokul, %59,9'u ortaokul, %10,1'i lise, %0,5'i üniversite/yüksek okul seviyesindedir. Eşlerin %1,4'ü memur, %54,1'i işçi, %36,7'si serbest meslek, %0,5'i öğrenci, %5,8'i çiftçi ve %1,4'ü çalışmıyor olarak görülmektedir. Eşlerin eğitim durumları %1'i okuryazar değil, %1,9'u okuryazar, %26,6'sı ilkokul, %55,6'sı ortaokul, %13,0'ı lise, %1,9'ü üniversite/yüksek okul seviyesindedir. Adölesan annelerin buldukları ailelerde %71'inin gelir giderden az, %29'unun gelir gidere denk olduğu tespit edilmiştir. Yaşadıkları aile tipi %36,2'sinin çekirdek aile, %63,8'inin geniş aile şeklindedir. Adölesan annelerin eşleriyle aralarında %5,3'ünün resmi nikâh, %24,2'sinin imam nikâhı, %69,6'sının hem resmi nikâh hem imam nikâhı olduğu ve %1'inin nikâhının olmadığı belirlenmiştir. Adölesan annelerin İlk evlilik yaşı ortalama 16,60±1,16 (min:13 max:19) yaş, ilk adet yaşı ortalama 12,80±1,04 yaş olup (min:9 max:16) yıl olarak görülmüştür.

4.2. Adölesan Annelerin Obstetrik Özelliklerine Ait Bulgular

Tablo 3’de adölesan annelerin obstetrik özellikleri gösterilmektedir.

Tablo 3. Adölesan annelerin obstetrik özellikleri (n=207)

| Obstetrik özellikler | n | % |
|--|--------------------------------|------|
| Toplam Gebelik Sayısı | Ort:1,35 ±0,60 (min:1 max:3) | |
| 1 | 149 | 69,6 |
| 2 | 52 | 25,1 |
| 3 | 11 | 5,3 |
| Canlı Doğum Sayısı | Ort.1,20±0,50 (min:1 max:3) | |
| 1 | 165 | 79,7 |
| 2 | 38 | 18,4 |
| 3 | 4 | 1,9 |
| Düşük Sayısı n:14 | Ort.1,07±0,3 (min:1 max:2) | |
| 1 | 13 | 6,3 |
| 2 | 1 | 0,5 |
| Küretaj Sayısı n:10 | Ort.1,0±0 (min:1 max:1) | |
| Yaşayan Çocuk Sayısı | Ort.1,20±0,5 (min:1 max:3) | |
| 1 | 168 | 81,2 |
| 2 | 35 | 16,9 |
| 3 | 4 | 1,9 |
| Ölü Doğum n:3 | Ort.1,0±0 (min:1 max:1) | |
| Bir Önceki gebelikle şimdiki gebelik arasında geçen süre n:61 | Ort:0,6 yıl (min:1 max:3) | |
| 0-1 yıl | 47 | 22,7 |
| 1-2 yıl | 10 | 4,8 |
| 2-3 yıl | 4 | 1,4 |
| İlk gebelik yaşı (yıl) | Ort:16,70±1,11 (min:14 max:19) | |

Adölesan annelerin toplam gebelik sayılarına bakıldığında %69,6’sının ilk gebeliği, %25,1’inin ikinci gebeliği, %5,3’ünün üçüncü gebeliği olduğu ve toplam gebelik sayıları ise ortalama 1.35 ±0,6 (min:1 max:3) olarak belirlenmiştir. Adölesan annelerin canlı doğum sayısı ortalama 1,20±0,5 (min:1 max:3) olarak bulunmuştur. Adölesan annelerin sadece 14’ü düşük yaptığını ifade etmiş ve ortalama düşük sayısı 1,07’dir. Adölesan annelerden 10’unun küretaj olduğu ve bu annelerin ortalama küretaj sayısının ‘1’ olduğu tespit edilmiştir. Adölesan annelerin yaşayan çocuk sayıları ortalama 1,20±0,5 (min:1 max:3)’dir. Adölesan annelerin sadece 3’ü ölü doğum yaptığını ifade etmiştir. Bir önceki gebelikle şimdiki gebelik arasında geçen süre ortalaması 6 aydır. Adölesan annelerin ilk gebelik yaşı ortalama 16,70±1,11 (min:14 max:19)’dur.

4.3. Adölesan Annelerin Son Gebeliğine İlişkin Bulgular

Tablo 4’te adölesan annelerin son gebeliğine ilişkin özellikleri, Tablo 5’te adölesan annelerin aile planlamasına yönelik özellikleri, Tablo 6’te de adölesan annelerin gebelikte yaşadığı problemler gösterilmiştir.

Tablo 4. Adölesan annelerin son gebeliğine ilişkin özellikleri (n=207)

| Son Gebeliğe İlişkin Özellikler | n | % |
|--|---------------------------------------|------|
| DÖB alma durumu | | |
| Hayır | 10 | 4,8 |
| Evet | 197 | 95,2 |
| Her çağırıldığında sağlık kuruluşuna gitme | | |
| Hayır | 4 | 1,9 |
| Evet | 203 | 98,1 |
| Gebelik öncesi sağlık sorunu yaşama | | |
| Hayır | 199 | 96,1 |
| Evet, (migren, astım, hipertansiyon) | 8 | 3,9 |
| İsteyerek gebe kalma durumu | | |
| Hayır | 13 | 6,3 |
| Evet | 194 | 93,7 |
| Folik asit kullanımı | | |
| Hayır | 32 | 15,5 |
| Evet | 175 | 84,5 |
| Vitamin kullanımı | | |
| Hayır | 28 | 13,5 |
| Evet | 179 | 86,5 |
| Demir preparatı kullanımı | | |
| Hayır | 28 | 13,5 |
| Evet | 179 | 86,5 |
| Sigara Kullanımı | | |
| Hayır | 189 | 91,3 |
| Evet | 18 | 8,7 |
| Alkol tüketimi | | |
| Hayır | 201 | 97,1 |
| Evet | 6 | 2,9 |
| Bebegi emzirmeye karar verme zamanı | | |
| Gebelikte önce | 203 | 98,1 |
| Gebelik Sırasında | 4 | 1,9 |
| Bebek bakım ve beslenmesiyle ilgili bilgi alma durumu | | |
| Hayır | 96 | 46,4 |
| Evet | 111 | 53,6 |
| Bebek bakımı ve beslenmesi ile ilgili bilgi alınan kaynak | | |
| Aile-akraba-arkadaş | 33 | 15,9 |
| Gebelik takiplerinde sağlık kuruluşunda | 78 | 37,7 |
| İnternet-Cd | 1 | 0,5 |
| Gebelik öncesi kilo | | |
| Ort:56,50±10,29 kg (min:35kg max:94kg) | | |
| Kilo alımı (n=202) | Ort:10,40±4,514 kg (min:0kg max:24kg) | |
| Kilo verme (n=5) | Ort:1,90±1,59 kg (min:0 kg max:5kg) | |

Adölesan annelerin %95,2’si DÖB almış, %98,1’i her çağırıldığında sağlık kuruluşuna gitmiştir. Katılımcıların %96,1’inin sağlık sorunun olmadığı, %3,9’unun migren,

astım, hipertansiyon gibi sağlık sorunları yaşadığı görülmüştür. İsteyerek gebe kalanların oranının %93,7 olduğu belirlenmiştir. Annelerin son gebeliğine ilişkin bilgileri arasında %15,5'inin folik asit kullanmadığı belirlenmiştir. Adölesan annelerin % 86,5'i vitamin ve demir preparatı, %8,7'si sigara kullanmıştır. Alkol tüketim oranı da %2,9 olarak tespit edilmiştir. Adölesan annelerin %98,1'i emzirmeye gebelikten önce karar vermiş ve %53,6'sı bebek bakımı ve beslenmesi ile ilgili bilgi almıştır. Bu bilgiyi adölesan annelerin %15,9'unun aile-akraba arkadaş çevresinden, %37,7'sinin gebelik takiplerinde sağlık kuruluşlarından, %0,5'inin de internet-CD'den bilgi aldığı tespit edilmiştir. Adölesan annelerin gebelik başlangıç kilosu ortalama 56,5 kg (min:35 max:94)' dir. Adölesan annelerin n=202'sinin gebeliklerinde kilo artışı olurken n=5'inin kilo kaybı yaşadığı belirlenmiştir. Kilo alan adölesan annelerin ortalama aldıkları kilo 10,4±4,514 kg (min:0 max:24 kg) iken, kilo veren, adölesan annelerin ortalama verdikleri kilo 1,9±1,59 kg (min:0 max:5 kg) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5. Adölesan annelerin aile planlamasına yönelik özellikleri (n=207)

| Aile Planlamasına Yönelik Özellikler | n | % |
|---|----------|----------|
| Aile Planlaması Yöntem Kullanım Durumu | | |
| Hayır | 177 | 86,0 |
| Evet | 30 | 14,0 |
| Kullanılan Yöntemler (n=30) | | |
| Geleneksel Yöntemler | 17 | 56,7 |
| Prezervatif | 3 | 10,0 |
| RİA | 3 | 10,0 |
| Hap | 7 | 23,3 |

Adölesan annelerin %14'ü aile planlaması yöntemi kullanmış olup %56,7'si geleneksel yöntem, %10,0'ı prezervatif, %10,0'ı RİA ve %23,3'ü de Hap kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 6. Adölesan annelerin gebelikte yaşadığı problemler (n=207)

| Problemler | n | % |
|----------------------|-----|------|
| Kanama | | |
| Yok | 203 | 98,1 |
| Var | 4 | 1,9 |
| Anemi | | |
| Yok | 119 | 57,5 |
| Var | 88 | 42,5 |
| Hipertansiyon | | |
| Yok | 200 | 96,6 |
| Var | 7 | 3,4 |
| Preeklampsi | | |
| Yok | 200 | 96,6 |
| Var | 7 | 3,4 |
| Eklampsi | | |
| Yok | 206 | 99,5 |
| Var | 1 | 0,5 |

Adölesan annelerin %1,9'u kanama şikâyeti yaşamış, %42,5'i anemi, %3,4'ü hipertansiyon %3,4'ü preeklampsi, %0,5'i de eklampsi sorunları yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

4.4. Adölesan Annelerin Doğum Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Tablo 7'da adölesanların doğumlarına ilişkin özellikleri verilmiştir. Tablo 8'de adölesan annelerin bebeklerine ait özellikler verilmiştir.

Tablo 7. Adölesanların doğumlarına ilişkin özellikler (n=207)

| Doğumlarına İlişkin Özellikler | n | % |
|---|-----|------|
| Doğum şekli | | |
| Vaginal Doğum | 151 | 72,9 |
| Sezaryen Doğum | 56 | 27,1 |
| Sezaryen doğum nedeni (n=56) | | |
| Fetal Distres | 12 | 21,4 |
| Makat Prezantasyonu | 4 | 7,1 |
| Baş Pelvis Uyuşmazlığı | 9 | 16,1 |
| Tekrarlayan Sezaryen | 16 | 28,6 |
| Uzamış Doğum Eylemi | 9 | 16,1 |
| Diğer (HPV, Amnion Sıvının Azalması, Hipertansiyon) | 6 | 10,8 |
| Doğumda komplikasyon | | |
| Yok | 194 | 93,7 |
| Var (Mekonyum, Hipoksi) | 13 | 6,3 |

Adölesan annelerin %72,9'u vaginal doğum, %27,1'i sezaryen doğum yapmıştır. Sezaryen doğumlarda %21,4'ü fetal distres, %7,1'i makat prezantasyonu, %16,1'i baş-pelvis uyumsuzluğu, %28,6'sı tekrarlayan sezaryen, %16,1'i uzamış doğum eylemi ve

%10,8'inin diğer nedenlerden (HPV, hipertansiyon, amniotik sıvının azalması) dolayı sezaryen doğum yaptıkları belirlenmiştir. Yapılan doğumların %6,3 ünde komplikasyon (Mekonyum, Hipoksi, Uzamış doğum eylemi) görülmüştür.

Tablo 8. Adölesan annelerin bebeklerine ait özellikleri (n=207)

| Bebeğe Ait Bilgiler | n | % |
|------------------------------------|--|------|
| APGAR 1. dakika | Ort:8,50±0,73 (min:4 max:10) | |
| >4 | 1 | 0,5 |
| 5-7 | 11 | 5,3 |
| >8 | 195 | 94,2 |
| APGAR 5. Dakika | Ort:9,50±0,64 (min:7 max:10) | |
| 5-7 | 2 | 1,0 |
| >8 | 205 | 99,0 |
| Doğum ağırlığı | Ort:3134,5 gr ±497,10 gr (min:1480gr max:4510gr) | |
| Anne sütü alma durumu | | |
| Hayır, (Bebek Yoğun Bakım Ünitesi) | 8 | 3,9 |
| Evet | 199 | 96,1 |
| Anne sütüne başlama zamanı | | |
| İlk bir saat içinde | 174 | 84,1 |
| 1. saatten sonra | 22 | 10,6 |
| 24. saatten sonra | 11 | 5,3 |

Adölesan annelerin bebeklerinde 1. dakika APGAR skoru ortalaması 8,50 (min:4 max:10) puan seviyesindedir, 5. dakika APGAR skoru ortalaması 9,50 (min:7 max:10) puan seviyesinde bulunmuştur. Bebeklerin ortalama ağırlıkları 3134,5±497,10 gr'dır. Bebeklerden %96,1'i anne sütüyle beslenmiş olup, ortalama 1,20 saatte anne sütüne başlanıldığı tespit edilmiştir. Bebeklerin hiç birinde konjenital anomali saptanmamıştır.

Tablo 9. Adölesan annelerin yaş gruplarına göre doğum şekillerinin dağılımı

| Değişkenler | Doğum Şekli | | | | X ² | P |
|------------------|---------------|-------|----------------|-------|----------------|-------|
| | Vajinal Doğum | | Sezaryen Doğum | | | |
| | n | % | n | % | | |
| 14-17 Yaş | 53 | 35,1 | 11 | 19,6 | 5,374 | 0,040 |
| 18 Yaş | 44 | 29,1 | 15 | 26,8 | | |
| 19 Yaş | 54 | 35,8 | 30 | 53,6 | | |
| Toplam | 151 | 100,0 | 56 | 100,0 | | |

Tablo 9'de adölesan annelerin yaş gruplarına göre doğum şekillerine dağılımı verilmiştir. Buna göre 14-17 yaş arasındaki adölesan annelerin %19,6'sı, 18 yaşındaki annelerin %26,8'i ve 19 yaş adölesanların da %53,6'sı sezaryen doğum yapmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0,040, p<0,05).

Tablo 10. Adölesan annelerin yaş gruplarına göre aile planlaması yöntemi kullanma durumlarının dağılımı

| Değişkenler | AP Yöntemi Kullanma Durumu | | | | X ² | P |
|---------------|----------------------------|------|-------------|------|----------------|-------|
| | Kullanan | | Kullanmayan | | | |
| | n | % | n | % | | |
| 14-17 Yaş | 3 | 8,8 | 61 | 35,3 | 9,690 | 0,002 |
| 18 Yaş | 9 | 26,5 | 50 | 28,9 | | |
| 19 Yaş | 22 | 64,7 | 62 | 35,8 | | |
| Toplam | 34 | 100 | 173 | 100 | | |

Tablo 10’da adölesan annelerin yaş gruplarına göre AP yöntem kullanma durumunun dağılımı verilmiştir. Buna göre 14-17 yaş adölesan annelerin yöntem kullanma oranı %8,8, 18 yaş adölesanların %26,5 ve 19 yaş adölesanların ise yöntem kullanma oranı %64,7’dir. Yapılan ki-kare analizinde adölesan gebelerin yaş gruplarına göre AP yöntem kullanma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p=0,002, p<0,05).

5. TARTIŞMA

Bu araştırma adölesan annelerin sosyodemografik özelliklerini, yenidoğan ve doğum sonuçlarını değerlendirmek amaçlı yapılmıştır. Araştırma T.C Sağlık Bakanlığı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde obstetri servisinde yatan doğum yapmış 207 adölesan anne ile yürütülmüştür. Bu bölümde araştırmadan elde edilen başlıca bulgular mevcut literatüre göre tartışılmıştır.

Adölesan annelerin yaş ortalaması $17,90 \pm 1,16$ yaş, %76,3'ünün evli, %59,9'u ortaokul mezunu, %98,1'i ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan annelerin %71,0'nun geliri giderden az algıladığı, %64,6'sının sosyal güvencesinin SGK olduğu saptanmıştır. Adölesan annelerin eşlerinin %55,6'sı ortaokul mezunu, %54,1'i işçi, %1,4'ü çalışmıyor, %0,5'i öğrenci olduğu tespit edilmiştir. Adölesan annelerin %63,8'i geniş ailede yaşadığını, %69,6'sının hem resmi nikâh hem imam nikâhı olduğunu ifade etmişlerdir. İlk evlilik yaşı $16,6 \pm 1,16$ yıl ve ilk adet yaşı da $12,80 \pm 1,04$ yıl olduğu sonucuna varılmıştır. Yılmaz ve ark. (2015)'nin 1267 adölesan gebe ile yaptıkları çalışmada gebelerin yaş ortalaması $17,96 \pm 1,09$ olduğu belirlenmiş olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Adölesan annelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde ortalama ilk gebelik yaşı $16,7 \pm 1,11$ yıldır. Yılmaz ve ark. (2015)'nin çalışmasında adölesan annelerin %71,2'sinin ilk gebeliği, %78,5'inin ilk doğumu olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda adölesan annelerin %69,6'sının ilk gebeliği ve %78,7'sinin ilk doğumudur. Çalışmamız belirtilen çalışmada adölesan annelerin obstetrik özellikleri ile benzerlik göstermektedir.

Adölesanların toplam gebelik sayıları ortalama $1,35 \pm 0,6$ (min:1 max:3), canlı doğum sayısı ortalama $1,20 \pm 0,5$ (min:1 max:3) olarak bulunmuştur. Adölesan annelerin sadece 14'ü düşük yaptığını ve 10'unun küretaj olduğu belirlenmiştir. Adölesan annelerin yaşayan çocuk sayıları ortalama $1,20 \pm 0,5$ (min:1 max:3)'dir. Adölesan annelerin sadece 3'ü ölü doğum yaptığını ifade etmiştir. Bir önceki gebelikle şimdiki gebelik arasında geçen süre ortalaması 6 aydır.

Doğum öncesi bakımın temel amacı doğum sonu sağlıklı anne ve bebeğin oluşumuna destek sağlamaktır (Gönenç ve ark, 2000). Literatürde erişkin ve adölesan gebelerde DÖB alma oranlarının karşılaştırıldığı çalışmalar incelendiğinde adölesanlarda DÖB alma durumunun yetersiz olduğu görülmektedir. Öner ve arkadaşlarının 2012'de

Mersin’de adölesan ve yetişkin grubun sağlık bakım hizmetlerinden yararlanma durumunu belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, adölesanların sağlık bakımı almak istememesiyle karşılaşmışlardır. Kırbaş’ın (2011), çalışmasında adölesanlarda DÖB alma oranı %89,1 iken erişkinlerde %95,3 olduğu, Mukhopadhyay ve ark (2010), çalışmalarında ise erişkinlerde %72,9 olan DÖB oranının adölesanlarda %68,6 olduğu bildirilmiştir. Buna karşın bu araştırmaya katılan adölesanların %95,2’sinin DÖB aldıkları tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre çalışma grubumuzdaki adölesan gebelerin DÖB alma durumu literatürdeki çalışma sonuçlarıyla farklılık göstermektedir. Bu durum günümüzde aile hekimliği sisteminde DÖB hizmetlerine verilen önemin artmış olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışma grubumuzdaki adölesan annelerin %93,7’si isteyerek gebe kalmıştır. Adölesan gebelerin %84,5’i folik asit kullanmış, %86,5’i vitamin kullanmış, %86,5’i de demir preparatı kullanmıştır. Çalışma grubumuzdaki annelerden bir kısmı bebeğe zarar verebileceği endişesi, gebelikte yaşadığı bulantı kusma şikâyeti ve düzenli ilaç kullanma alışkanlığı olmadığı gibi sebeplerle folik asit, vitamin ya da demir preparatı kullanmadıklarını belirtmişlerdir.

Prenatal dönemde folik asit takviyesinin 1950 ve 1960 yılları arasında yapılan çalışmalarda, gebeliğe bağlı megaloblastik anemiyi önlediği görülmüştür. Gebelikte fetüs ve plasantanın gelişimi sırasında folik asit ihtiyacı arttığı ve takviye alınan folik asitin ihtiyaca katkıda bulunduğu ortaya konmuştur (Tamura ve Picciano, 2006). Mukhopadhyay ve ark. 2010 yılında Doğu Hindistan’da 3. basamak hastanede 350 yetişkin ve 350 adölesan anne ile yaptıkları çalışmada yetişkin annelerin %49,1’i, adölesan annelerin %40’ının folik asit ve demir preparatı kullandıklarını belirtmişlerdir. Çalışma grubumuzdaki adölesan anneler demir preparatı kullanımını, vitamin kullanımını ve folik asit kullanımını önemsemişlerdir.

Adölesan dönemdeki gençler sigara, alkol kullanmayı deneme eğilimleri göstermektedir (Bakırcıoğlu, 2013, Küçükşen ve ark, 2017). Çalışmamızdaki adölesan annelerin %8,7’si sigara ve %2,9’u alkol kullanıyordu. Çalışmamızdaki adölesan annelerin madde kullanma oranlarının düşük olması sevindirici bir bilgidir.

Araştırmalara göre, adölesan annelerde ekonomik durum, evlilik durumu, sosyal destek, anne ve eş desteği, ağrı, kültürel etkiler, bilgi eksikliği, olumsuz deneyimler, emzirme niyeti, emzirmeye ilişkin tutum ve öz-yeterlilik emzirmeyi etkileyen faktörler arasındadır (Woods ve ark, 2013, Wambach ve Cohen, 2009). Adölesan annelerin

emzirmeye başlama ve emzirmeye devam etme durumu yetişkin annelere göre daha düşüktür. Yapılan çalışmalarda adölesan annelerin %81-%84 arasının gebelikleri boyunca bebeklerini emzirmeyi düşündüklerini belirtmiş ancak sadece %39 ile %69 arasında değişen oranla emzirmeye devam ettikleri sonucuna ulaşılmıştır (Dennis ve ark, 2011, Fleming ve ark, 2012). Çalışmamızda adölesan annelerin bebeği emzirmeye karar verme durumunun %98,1 oranla gebelikten önce olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Dünyanın birçok ülkesinde adölesanlar ilk cinsel deneyimlerini herhangi bir kontrasepsiyon bilgisi olmadan ve CYBH konusunda bilgi sahibi olmadan gerçekleştirmektedirler. Bu durumdan dolayı tüm toplumun sağlığı açısından kontrasepsiyon ve CYBH gibi temel konular içerikli danışmanlık yapılması önemlidir (Şen ve Kavlak, 2009). Adölesan annelerin aile planlamasına yönelik özellikleri incelendiğinde %86,0'ının herhangi bir yöntem kullanmadığı görülmüştür. Benin Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 163 kişiyle yapılan çalışmada %60,1'i üreme sağlığı eğitimi almadıkları ve kontraseptif yöntem edinmeye utandıkları için herhangi bir yöntem kullanmamaktadır (Osaikhuwuomwan ve Osemwenkha, 2013). Çalışmamızda % 10,0'ı prezaratif, %10,0'ı Ria, %23,3'ü hap ve %56,7'si geri çekme yöntemi kullandığını belirtmiştir. Şen ve Kavlak'ın 2009'da yaptıkları sistematik bir incelemede adölesanların kontraseptif yöntemlerden en çok prezaratifi bildikleri halde cinsel ilişki sırasında kullanmak istemedikleri sonucuna varılmıştır. Çalışmamızdaki yöntem kullanım oranları Şen ve Kavlak'ın çalışma sonuçları ile benzer niteliktedir.

Adölesanların gebeliklerinde yaşadığı problemler arasında sıklıkla anemi görüldüğü bu oranın %42,5'inde olduğu tespit edilmiştir. Ayyıldız ve ark. (2015) yılında bir üniversite hastanesinde 171 adölesan gebeyle yaptıkları çalışma sonucunda da anemi olduğu görülmüştür. Bozkaya ve ark. (1996) 18 yaş ve altı 562 kişi ile retrospektif yaptıkları çalışmada, Melekoğlu'nun 2012 yılında 80 adölesan gebe ile yaptığı çalışmada, Adeyinka ve ark. (2010)'nın Nijerya'da 18 yaş altı adölesanlarla yaptıkları retrospektif çalışmada preeklempsinin adölesan gebelerde sık görüldüğü sonucuna varılmıştır. Seçkin ve ark. (2016)'nın yaptıkları bir olgu kontrol çalışmasında adölesan annelerde preeklempsi yetişkinlere göre yüksek oranda görülmektedir. Preeklempsi tanısı adölesan annelerin 7'sinde görülmüştür. İmir ve ark. (2008) 715 adölesan ve 4560 yetişkinle yaptığı karşılaştırmalı çalışmasında eklempsi adölesan %1,5 ve %5'de yetişkin grupta görülmüştür. Çalışmamızda eklempsi 1 kişide görülmüştür.

Adölesan annelerin sezaryenle doğum nedenlerinin tekrarlayan sezaryen %28,6 ve fetal distres %21,4 olduğu bulunmuştur. Melekoğlu'nun 2012'de yaptığı çalışmada adölesan annelerde %20 ve yetişkinlerde %8,8 oranında fetal distres olduğu görülmüştür. Kırbaş (2011)'in yaptığı çalışmada uzamış doğum eylemi adölesanlarda yetişkinlere göre 3,057 kat fazla olduğu bulunmuştur. İmir ve ark. (2008) 715 adölesan gebe ile yaptıkları retrospektif çalışmada sezaryen nedenlerini akut fetal distres (%31.3), malprezantasyon (%23.3) ve daha önce sezaryen doğum (%22.2) olarak saptamış olup bu değerler çalışmamızla benzer özellik göstermektedir.

Adölesan annelerin doğumda yaşadıkları komplikasyon çalışmamızda 13 annede görülmüştür. Mekonyum ve zor doğuma bağlı görülen hipoksi çalışmamızdaki annelerin karşılaştığı doğum komplikasyonlarıdır. Uzun'un 2010 yılında 100 adölesanla yaptığı bir çalışmada sadece 1 kişide atoni görülmüştür. Kaya ve ark. 2017'de 85 adölesanla yaptıkları çalışmada 2 annede plesanta dekolmanı görülmüştür.

Adölesan annelerin bebeklerinde 1. Dakika APGAR ort. $8,50 \pm 0,730$, 5. Dakika Apgar ort. $9,50 \pm 0,644$ 'dür. Bebek doğum ağırlığı da Ort: $3134,5 \pm 497,10$ gr'dır (min:1480gr max:4510gr). Seçkin ve ark.(2016) 300 adölesan gebe ve 320 yetişkin gebeyle yaptığı karşılaştırmalı bir olgu kontrol çalışmasında adölesan anne bebeklerinin APGAR skor değerleri 1. Dakika 4 ve altı %4, 4-7 arası %6,33, 8 ve büyük %89,67 ve 5. Dakikada 4 ve altı %3,8, 4-7 arası %6,6, 8 ve büyük %89,7 gibi oranlarla çalışmamızla hemen hemen aynı sonuçların olduğu 5. dakikada 4 ve altı puanlamanın çalışmamızda olmadığı görülmüştür. Tayland'da (2016) 268 adölesanla yapılmış bir çalışmaya göre adölesan annelerin bebeklerinin doğum ağırlıkları (2500 gr ve fazlası), 1. Dakika APGAR skorları 7'nin altında % 7,1 ve 5. Dakika APGAR skoru 7'nin altında %1,5 olarak belirtilmiştir (Narukhutrpicchai ve ark, 2016). Bu çalışmada APGAR skoru puanlamaları çalışmamızdaki puanlamalara göre düşük değerde olduğu görülmektedir. Çalışmamızda APGAR skorunun yüksek olması doğum kilosunun yüksek olması ve adölesan annelerin DÖB hizmeti almasına bağlı olabilir. Nemli'nin 2017'de 30 adölesan anneye yaptığı retrospektif çalışmada da 1. Dakika APGAR $6,98 \pm 0,69$ 5. Dakika APGAR $7,93 \pm 0,43$ olarak puanlanmış ve bebek doğum ağırlığı da $3037,97 \pm 562,71$ olarak belirlenmiştir. Bu çalışmadaki bebek doğum ağırlığı çalışmamızdaki doğum ağırlığı ile yaklaşık aynıdır. Kaya ve ark, 2017'de 85 adölesan anneye yaptıkları çalışmada 2 bebekte konjenital anomaliye rastlanmıştır. Çalışmamızdaki annelerde konjenital doğum görülmemiştir.

Çalışmamızda adölesan annelerin çoğunluğu ilk bir saat içinde emzirmeye başlamıştır. Sadece 8 anne bebeğinin yanında olmaması nedeni ile anne sütü veremediğini ifade etmiştir. Özsoy'un 2014'de adölesan annelerle yapmış oldukları çalışmada adölesan annelerin emzirme tutumları düşük bulunmuştur. Çalışmamızda adölesan annelerin emzirme oranlarının yüksek oluşu çalışmanın yapıldığı hastanenin anne dostu hastane olması ve doğum sonrası emzirmeye yönelik ebelik bakımından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmamızda adölesan annelerin yaş gruplarına göre doğum şekillerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Yapılan analize göre 18 yaş ve altı adölesan annelerin %64,2'si vajinal yolla, 19 yaşındaki annelerin ise %53,6'sının sezaryenle doğum yaptığı belirlenmiştir. Kırbaş (2011)'ın çalışmasında yetişkin annelerin sezaryen oranı %84,7 iken adölesan grubun oranı %15,3 olarak bulunmuştur. Abalı ve ark. (2017)'nin adölesan annelerle yaptıkları çalışmalarda da sezaryenle doğum oranı %39,4 olarak bulunmuştur. TNSA 2013 sonuçlarına göre; adölesanlarda 20 yaş altı sezaryenle doğum oranı %29,2, 15-49 yaş arasındaki kadınlarda sezaryenle doğum oranı %48 olarak belirtilmiştir. Çalışmamızdaki sezaryen oranı da oldukça yüksektir ve vaginal doğum oranı da adölesan annelerde sıklıkla normal doğum tercih edildiğini düşündürmektedir.

Çalışmada adölesan annelerin yaş gruplarına göre yöntem kullanım durumları karşılaştırılmış ve 18 yaş ve altındaki adölesan annelerin %64,2'sinin herhangi bir yöntem kullanmadığı, 19 yaşındaki adölesan annelerin ise %64,7'sinin bir yöntem kullanmayı tercih ettiği sonucuna ulaşılmıştır. Oltuoğlu ve Başer'in 2012, Kocaöz ve ark. (2013)'nin yaptıkları çalışmada da adölesan annelerin yöntem kullanma oranları düşük bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Adölesan annelerin sosyodemografik özellikleri, yenidoğan ve doğum sonuçlarını değerlendirmek amacıyla analitik, kesitsel olarak T.C Sağlık Bakanlığı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde obstetri servisinde yatan doğum yapmış 207 adölesan anne ile yürütülen bu araştırma bulguları doğrultusunda elde edilen sonuçlar:

- Araştırma kapsamına alınan adölesan annelerin yaş ortalaması $17,90 \pm 1,16$ yıldır. Katılımcıların önemli bir bölümünün evli olmadığı, geniş ailede yaşadığı, ortaokul mezunu, ev hanımı, gelirini giderden az olduğu ve sosyal güvencesinin olmadığı bulunmuştur. Eşlerinin çoğunluğu işçi ve ortaokul mezunu olduğu olarak tespit edilmiştir. Adölesan annelerin ilk evlilik yaş ortalaması $16,60 \pm 1,16$ yıl, ilk adet yaş ortalamasının da $12,80 \pm 1,04$ yıl olduğu saptanmıştır.
- Annelerin 11'inin 3 kez gebe kaldığı, 4'ünün 3 canlı doğumunun olduğu, 14'ünün düşük yaptığı ve 10'unun küretaj olduğu, 4'ünün toplam 3 yaşayan çocuğa sahip olduğu, 3'ünün ölü doğum yaptığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan adölesanların %22,7'sinin bir önceki gebelikle son gebelik arasındaki geçen sürenin 1 yıl ve altında olduğu belirlenmiştir. Adölesan annelerin ilk gebelik yaş ortalaması $16,70 \pm 1,11$ yıl olduğu görülmüştür.
- Adölesan annelerin DÖB alma durumunu önemsedikleri, her çağırıldıklarında sağlık kuruluşuna gittikleri saptanmıştır. Adölesanların 8'inin gebelik öncesi sağlık sorunu yaşadığı, 13'ünün istemsiz gebe kaldığı belirlenmiştir. Katılımcıların son gebeliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde; annelerin %15,5'i folik asit, %13,5 demir preparatı ve %13,5 vitamin kullanmadığı sonucuna varılmıştır. Adölesanların 6'sının alkol tüketimi, 18'inin de sigara kullanımı mevcuttur. Adölesan anneler bebeği emzirmeye gebelikten önce karar vermiş, bebek bakımı ve beslenmesiyle ilgili bilgilendirilmiş, bilgi kaynağını da gebelik takiplerinde sağlık kuruluşundan şeklinde belirtmişlerdir. Adölesan anneler gebelikleri süresince ortalama $10,40 \pm 4,514$ kg alınmış ve bazı gebelerin de ortalama $1,90 \pm 1,59$ kg vermiş oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

- Adölesan annelerin çoğunluğu aile planlaması yöntemi kullanmamakta, yöntem kullanan adölesanların ise daha fazla geri çekme yöntemini kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır.
- Adölesan annelerin %42,5'i gebelikte anemi, %1,9'u kanama, %3,4'ü hipertansiyon, %3,4'ü preeklampsi, %0,5'i eklampsi yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Adölesan annelerin %53,6'sı 19 yaş grubunda sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Sezaryen doğum nedenleri %28,6 tekrarlayan sezaryen, %21,4'ü fetal distres, %16,1 baş-pelvis uyumsuzluğu ve uzamış doğum eylemi, %7,1'i makat prezantasyonu ve %10,8'i de diğer nedenlerle sezaryen doğum gerçekleştirmişler. Adölesan annelerin %6,3'ü mekonyum aspirasyonu, hipoksi, uzamış doğum eylemi gibi nedenlerle doğumda komplikasyon yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Adölesan anne bebeklerinde APGAR skor 1. Dakika ortalaması $8,50 \pm 0,73$ puan ve 12 bebeğin ise bu değer 7 ve altında idi. Aynı bebeklerin 5. Dakika APGAR skor ortalaması $9,50 \pm 0,64$ puan ve 2 bebeğin bu değer 7 ve altında idi. Bebeklerin doğum ağırlığı $3134,5 \text{ gr} \pm 497,10 \text{ gr}$ olup, min:1480 gr max: 4510 gr doğan bebekler mevcuttu. Bebeklerin 8'i yoğun bakım ihtiyacı nedeniyle annesinin yanında olmadığı tespit edilmiştir. Bebeklerden 22'si doğumdan 1 saat sonra, 11'i doğumdan 24 saat sonra anne sütüne başlamıştır.
- Adölesan annelerin yaş gruplarına göre doğum şekilleri incelendiğinde dağılım özellikleri 14-17 yaş grubunun %19,6'sı, 18 yaş grubunun ise %26,8'inin sezaryenle doğum yaptıkları görülmüştür. Annelerin 18 yaş ve altı grubunun %64,2'sinin ve 19 yaş annelerin ise %35,8'inin vaginal doğum yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır($p=0,040$). Adölesan annelerin aile planlaması yöntem kullanma durumlarına göre 14-17 yaş grubunun %8,8 oranıyla en az AP yöntemi kullanan grup olduğu bulunmuştur. Yaş grubu 19 olanların %64,7'si AP yöntemi kullandığı bulunmuştur($p=0,02$). Adölesanların yaşları küçüldükçe AP kullanma oranlarının azaldığı ve vaginal doğum yapma sayılarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

6.2. Öneriler

Adölesan annelerin sosyodemografik özellikleri ve doğum sonuçlarının incelendiği bu araştırmadan elde edilen bulgulara dayalı olarak ebelik bakımı ve sağlık bakım sistemine yönelik;

- Adölesan evliliklerin önlenmesine ilişkin özellikle geniş ailede yaşayan, gelir durumu düşük olan ailelere yönelik erken evlilik ve sonuçları ile ilgili eğitim programlarının oluşturulması, eğitim kurumlarında üreme sağlığı ile ilgili temel konuların içerdiği eğitimleri uzmanlarca gençlere verilmesi sağlanmalı,
- Adölesan evliliklerde ise sağlıklı anne ve bebek, sağlıklı toplum açısından gebeliklerin planlanmasının önemi, özellikle adölesan dönemde gebeliklerin önlenmesine yönelik modern aile planlaması yöntemi kullanımının artırılması,
- Adölesan gebelikler oluştuğunda ise risk grubu olması nedeniyle doğum öncesi bakımın önemi vurgulanmalı,
- Adölesan gebeliklerde doğum ve doğum sonu komplikasyonlarına ve yenidoğan sorunlarını ön görerek doğumun yenidoğan yoğun bakım ünitesi ihtiyacı da olabileceği donanımlı hastanelerde gerçekleşmesi,
- Doğum sonrası adölesan anne ve bebeğin bakımına, emzirilmesine yönelik özel destek gereksinimlerinin karşılanması yönünde planlama yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aba YA.** Adölesan Gebelere Verilen Danışmanlık Hizmetlerinin; Anne Adayının Doğum Öncesi ve Sonrasına Uyum İle Bebeğini Algılamasına Etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2014, 114-115.
- Abalı BF, Saruhan A, Çerişli NE.** Adölesan Doğumların Sonuçlarının Retrospektif İncelenmesi. Pamukkale Tıp Dergisi 2017, 10(2), 166-170.
- Adeyinka DA, Oladimeji O, Adekanbi TI, Adeyinka FE, Falope Y, Aimakhu C.** Outcome of adolescent pregnancies in southwestern Nigeria: a case-control study. *Journal of Maternal- Fetal Neonatal Medicine.* 2010, 23(8), 785-789.
- Ağaçayak E, Alan B, Turgut A, Karabel M, Tunç SY, Çeter Y, Arslan N, Yalınkaya A.** Adölesan Gebelerin Maternal ve Fetal Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi* 2016, 43(2), 344-350.
- Aktepe E, Atay İM.** Çocuk Evlilikleri ve Psikososyal Sonuçları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2017, 9(4), 410-420.
- Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A.** Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group *The Lancet*, 2016, 387(10017), 462-474.
- Aydemir E.** Evlilik mi Evcilik mi? Erken ve Zorla Evlilikler, Çocuk Gelinler. Usak Yayınları Ankara, 2011, 28.
- Ayyıldız T, Topan A, Öztürk Ö, Kulakçı H.** Adölesan Gebeliklerin Anne ve Bebeğe Yönelik Obstetrik Sonuçlar Açısından Değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Dergisi* 2015, 8(2), 61-66.
- Baker PN, Wheeler SJ, Sanders TA, Thomas JE, Hutchinson CJ, Clarke K.** A Prospective Study of Micronutrient Status in Adolescent Pregnancy. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2009, 89,(11), 14-24.
- Bakırcıoğlu R.** Çocuk ve Ergende Ruh Sağlığı. Anı Yayıncılık, Ankara, 2013.
- Balkaya NA, Vural G, Eroğlu K.** Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerinin Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Ortaya Çıkardığı Sorunların İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüleri Dergisi* 2014, 4(1), 6-16.

- Boran P, Gülçay G, Devecioğlu E, Eren T.** Çocuk Gelinler. *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2013, 26, 58-62.
- Bozkaya H, Mocan H, Usluca H, Beşer E, Gümüştekin D.** Gynecol Obstet Invest. A Retrospective Analysis of Adolescent Pregnancies. 1996, 42(3), 146-50.
- Chandra cV, Camacho VA, Michaud PA.** WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries, *Journal of Adolescent Health* 2013, 52, 517-522.
- Coşkun AM, Şenturan L, Çayır G, Yakıt E.** Social Sensitivity Development About The Problem of Childbrides. *International Journal of Human Sciences*, 2016, 13, 1107-1122.
- Croby R, Holtgrave D.** The protective value of social capital against teen pregnancy: a state-level analysis. *Journal of Adolescent Health* 2006, 38(5), 556-9.
- Çakmak B, Nacar MC, Karşlı MF, Seçkin KD, Özsoy Z.** Adölesan Dönem Hastalarda Obstetrik ve Jinekolojik Operasyonların Sıklığı. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2015, 7(1), 30-37.
- Çelik DB, Dağlar G, Demirel G.** Adölesanda Jinekolojik Sorunlar ve Üreme Sağlığı Üzerine Etkileri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2013, 47(4), 157-166.
- Dennis C, Heaman M, Mossman M.** Psychometric Testing of The Breastfeeding Selfefficacy Scale-Short Form Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2011, 49(3), 265- 271.
- Ergin I, Hassoy H.** Bebek Ölümlülüğünde Eşitsizlikler: Dünya ve Türkiye'deki Durumuna Dair Bir Değerlendirme. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi* 2011, 1(3), 98-104.
- Fisher J, Cabral de Mello M, Izutsu T, Vijayakumar L, Belfer M, Ornigbodun O.** Adolescent Mental Health in Resource-Constrained Rettings: A Review of The Evidence of The Nature, Prevalence and Determinants of Common Mental Health Problems and Their Management in Primary Health Care. *International Journal of Social Psychiatry*, 2011, 57, 9-116.
- Fleming N, Tu X, Black A.** Improved Obstetrical Outcomes for Adolescents in a Community-Based Outreach Program: A Matched Cohort Study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2012, 34(12), 1134- 1140.

Forhan SE, Gottlieb SL, Sternberg MR, Xu F, Datta SD, McQuillan GM, Berman SM, Markowitz LE. Prevalence of Sexually Transmitted Infections Among Female Adolescents Aged 14 to 19 in the United States. *Pediatrics*. 2009, 124, 1505-1512.

Gönenç I, Vural ZT, Yazıcıoğlu E. Gebelik öncesi bakım. *Sendrom* 2000, 12, 65-73.

Güneş M, Selçuk H, Demir S, İbiloğlu AO, Bulut M, Kaya MC. Marital harmony and Childhood Psychological Trauma in Child Marriage. *Journal of Mood Disorders*, 2016, 6, 63-70.

ICRW International Center for Research on Women. New Insights on Preventing Child Marriage. A Global Analysis of Factor Sand Programs 2007, 6-10.

İmir GA, Çetin M, Balta Ö, Büyükkayhan D, Çetin A. Perinatal Outcomes of Adolescent Pregnancies at a University Hospital in Turkey. *Journal of Turkish-German Gynecol Assocination*. 2008, 9(2), 70-74.

İnalöz EY. Adölesan Gebeliklerin Perinatal Sonuçları, Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2014, 45.

Jones HK, Domenico M. Adolescent Pregnancy in America: Causes and Responses. *The Journal for Vocational Special Needs Education*, 2007, 30(1), 4-11.

Kahraman S. Kayseri İl Merkezindeki Adölesan Gebelerin Yaşam Kalitesinin 20-29 Yaş Grubu Gebelerle Karşılaştırılması. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2009, 4.

Kaptanoğlu İY, Ergöçmen B. Çocuk Gelin Olmaya Giden Yol. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi* 2012, 15, 130-161.

Karakaya E. Adölesan Evli Kadınlarda Üreme Sağlığı ve Sosyoekonomik-Kültürel Özellikler. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2004, 10-12.

Kaya AE, Başbuğ A, Sönmez C, Barut C, Şengün Y, Çağlar M. Geç Adölesan Gebelikler Maternal ve Fetal Sonuçlar. *Family Practice & Palliative Care* 2017, 2(3), 22-27.

Kırbaş A. Adölesan Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, 2011.

Kidman R. Child Marriage and Intimate Partner Violence: A Comparative Study of 34 Countries. *International Journal of Epidemiology*, 2016, 1-14.

- Kocaöz S, Peksoy S, Atabekoğlu CS.** Kadınların Gebelikten Önce Kullandığı ve Doğum Sonrası Dönemde Kullanmayı Tercih Ettiği Kontrasptif Yöntemler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013, 1-8.
- Kömürcü N.** Özel Gruplarda Gebelik, Kadın Sağlığı, Genişletilmiş Baskı editör: Ahsen Şirin, Oya Kavlak, Nobel Kitabevi, İstanbul, 2015, 360-364.
- Küçükşen K, Bölükbaş B, Gökkaya F, Yılmaz İ, Toros N.** Ergenlerin Sigara Kullanımına Yönmesinde Algılanan Anne-Baba Tutumları ve Aile İletişiminin Rolü. *Sosyal Bilimler Dergisi* 2017, 18(4), 347-358.
- Leppälahti S, Gissler M, Mentula M, Heikinheimo O.** Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011, *BMJ Open* 2013, 3.
- Malatyahı MK.** Türkiye’de Çocuk Gelin Sorunu. *Nesne Psikoloji Dergisi* 2014, 3, 27-38.
- Mbambo DE, Ehlers VJ, Monareng LV.** Factors influencing adolescent mothers’ non-utilisation of contraceptives in the Mkhondo area. *Health SA Gesondheid*, 2006, 11(4), 22–31.
- McIntyre P.** Pregnant Adolescents Delivering on Global Promises of Hope. Geneva, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2006, 4-7.
- Melekoğlu R, Evrücke C, Kafadar T, Mısırhoğlu S, Büyükkurt S, Tuncay ÖF.** Adölesan Gebeliklerin Perenatal Sonuçları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2013, 10(4), 213-219.
- Melekoğlu R.** Adölesan Gebelikler: Matrenal ve Fetal Sonuçlar. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2012, 3-44.
- Mukhopadhyay P, Chaudhuri RN, Paul B.** Hospital-Based Perinatal Outcomes and Complications in Teenage Pregnancy in India. *Journal of Health Population and Nutrition*, 2010, 28, 494-500.
- Mushwana L, Monareng L, Richter S, Muller H.** Factors İnfluencing the Adolescent Pregnancy Rate in the Greater Giyani Municipality, Limpopo Province – South Africa. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 2015, 2, 10–18.
- Narukhutrpicchai P, Khrutmuang D, Chattrapiban T.** The Obstetrics and Neonatal Outcomes of Teenage. *Journal of Medical Association of Thailand* 2016, 99(4), 361-367.

National High Blood Pressure Education Program Working Group: Report on High Blood Pressure in Pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 183, 1-22.

Nemli ÇÖ. Adölesan Gebeliklerin Retrospektif Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir, 2017.

OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development, Factbook Economic, Environmental and Social Statistics; Growing Unequal. Income Distribution and Poverty in OECD Countries, 2007-2012 *Anne ve Bebek Ölümünün Değerlendirilmesi Raporu*, 2008. (22.02.2018).

Oltuoğlu H, Başer M. Malatya il merkezinde yaşayan evli kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve seçme nedenlerinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012, 19(3), 167-174.

Osaikhuwomwan JA, Osemwenkha AP. Adolescents' Perspective Regarding Adolescent Pregnancy, Sexuality and Contraception. *Asian Pacific Journal of Reproduction*, 2013, 2(1), 58-62.

Öner S, Yapıcı G, Öner A, Şaşmaz KT, Bugdayci R. The Sociodemographic Factors Related with the Adolescent Pregnancy. *Asian Pasific Journal of Reproduction*, 2012, 135-142.

Özcebe H, Biçer BK. An İmportant Female Child and Women Problem: Child Marriages. *Türk Pediatri Arşivi*, 2013, 86-93.

Özcebe H, Ünalın T, Türkyılmaz AS, Coşkun Y. Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması. Nüfus Bilim Derneği ve UNFPA (United Nations Population Fund), Ankara, 2007, 31-34.

Özcebe H. Erken Evlilikler. *Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı*, Ekim 2010, 2-11.

Özdemir E. Preeklampatik Anne ve Bebeklerinde İskemi Modifiye Albümin Düzeyleri ve Morbidite-Mortalite ile İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniveristesi, Denizli, 2015, 14-16.

Özsoy S. Adölesan Annelerin Emzirmeye Yönelik Düşünce ve Uygulamaları. *Florance Nightgale Hemşirelik Dergisi* 2014, 22(2), 84-93.

Pathak P, Singh P, Kapil U, Raghuvanshi RS. Prevalence of Iron, Vitamin A, and Iodine Deficiencies Amongst Adolescent Pregnant Mothers. *The Indian Journal of Pediatrics* 2003, 70, 299-301.

SAGEM. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY 2016, 24-25 (27.11.2017) .

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. (22.03.2018).
<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-13438/saglik-istatistikleri-yilligi-2016>

Seçkin KD, Yücel B, Karşlı MF, Özdemir Ç, Togrul C, Çelik E, Küçüközkan T, Yıldırım G. Adölesan Doğumların Demografik Özellikleri ve Maternal-Fetal Sonuçları: İstanbul'da Referans Bir Hastanede Gerçekleştirilen Olgu-Kontrol Çalışması. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2016, 32(1), 14-18.

Sungur İ, Çöl M. Mortalite ile İlgili Önemli Ölçütlerin Dünyadaki ve Türkiye'deki Durumu. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2016, 69(1), 1-6.

Şen E, Kavlak O. Adölesanların Kontraseptif Yöntem Bilgisi ve Yöntem Kullanımları: Sistematik İnceleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2009, 1.

Şirin A, Kavlak O. Kadın sağlığı genişletilmiş 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2016, 142-153.

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Erken Yaşta Evlilikler Hakkında İnceleme Yapılmasına Dair Alt Komisyon Raporu 2009.https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/komisyon_rapor.pdf. (27.11.2017)

T.C. Sağlık Bakanlığı 2007-2012 Anne ve Bebek Ölümünün Değerlendirilmesi Raporu, <http://www.tuseb.gov.tr/tacese/yuklemeler/Raporlar/2007-2012>, Ankara, 2014, (22.02.2018).

Tamura T, Picciano MF. Folate and Human Reproduction. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2006, 83(5), 993-1016.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.13. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2016, 322-324.

TUAÖÇ. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/ozet_rapor 2005 .1-31 (10 OCAK 2018).

Tunç N. Normal ve Sorunlu Gebelerde Kord Kanındaki Serum Ferritin Düzeylerinin Karşılaştırılması. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.

Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Çocuk, 2016, www.tuik.gov.tr Sayı: 24645,10 Ocak 2018.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor 18-21 (04 Aralık.2015).

USAID. United States Agency International Development, Ending Child Marriage and Meeting The Needs of Married Children: the USAID Vision for Action 2012. <http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/les/resources/PDACU300.pdf> (07.12.2017)

Uzun KA. Adolesan Annelerin Erişkin Annelerle Sosyodemografik Özelliklerinin, Anne ve Bebeğe Ait Risklerinin, Doğumdan Sonraki İlk Bir Aylık Dönemde Bebeğin Anne Sütü Alımı, Büyümesi, Annenin Bebek Bakım Pratiği Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisan Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2010, 134.

Wambach K, Cohen S. Breastfeeding Experiences of Urban Adolescent Mothers. *Journal of Pediatric Nursing* 2009, 24(4), 244- 254.

Women's Health. Improve Our Health, Improve The World, Fourth World Conference on Women Beijing, China 4-15 September 1995, WHO Position Paper, Geneva, 1995, 8.

Woods N, Chesser A, Wiperman J. Describing Adolescent Breastfeeding Environments Through Focus Groups in an Urban Community. *Journal of Primary Care & Community Health* 2013, 4(4), 307-310.

World Health Organization Publication Adolescent Pregnancy: A Culturally Complex Issue. *Bull World Health Organ*, 2009, 87(6), 410–411.

World Health Organization Publication Adolescent Pregnancy: A Culturally Complex Issue. *Bull World Health Organ*, 2014, 165-176.

World Health Organization Publication Adolescent Pregnancy: A Culturally Complex Issue. *Bull World Health Organ*, 2015, 149-160.

World Health Organization Publication Children: Reducing Mortality, October 2017, (10.02.2018).

Yakit E, Coşkun A. Toplumsal Açıdan Çocuk Yasta Evlilikler Gerçeği: Hemşire ve Ebenin Sorumluluğu. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2014, 11(3), 3-10.

Yakut Hİ, Çetinkaya N. Adölesanlarda HPV Enfeksiyonu ve HPV Aşıları. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi. *Jinekoloji_Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2013, 10(39), 1627-1629.

Yamaç K, Gürsoy R, Çakır N. Gebelik ve Sistemik Hastalıklar Mn Medikal&Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2002, 482-505.

Yıldızhan R, Kulusarı A, Edirne T, Adalı E, Erol Ş, Kurdoğlu M, Kurdoğlu Z. Van Yöresinde Adölesan Gebeliklerin Analizi. *Van Tıp Dergisi* 2009, 16(4), 124-127.

Yılmaz E, Yılmaz Z, Iştan ÖY, Karşı MF, Gültekin İB, Seven B, Kara OF, Küçüközkan T. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Doğum Yapan Adölesan Gebelerin Obstetrik ve Perinatal Sonuçları. *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2015, 12(6), 213-216.

Yiğitoğlu S. Adölesan Gebe ve Eşlerinin Antenatal ve Postnatal Kaygı Düzeyleri ile Evlilikte Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2009, 35-36.

EKLER

Ek 1. Anket Formu

Hazırlanmış bu form “*Adölesan annelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Doğum Sonuçlarının Değerlendirilmesi*” amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. **Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır.** Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05062649339 numaralı telefondan ve fazilet.gr.uslu@gmail.com adresinden e-posta yoluyla Ebe Fazilet Gör Uslu’ ya başvurabilirsiniz. Anketi cevaplama süreniz yaklaşık olarak 10-20 dakika olabilir. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen tüm soruları yanıtlamaya ve ankete ilişkin görüş ya da sorularınızı anketi cevapladıktan sonra yöneltmeye özen gösteriniz.

Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederiz.

Fazilet GÖR USLU

1- Yaşınız

2- Medeni durumunuz

Evli Bekar Boşanmış/Dul Birlikte yaşıyor

3- Mesleğiniz

Memur İşçi Emekli Ev hanımı

Serbest meslek Öğrenci Diğer.....

4- Sosyal güvenceniz

Yok SGK Özel Sigorta

5- Öğrenim durumunuz

Okur-Yazar Değil Okur Yazar İlkokul Ortaokul

Lise Üniversite / Yüksekokul

6- Eşinizin mesleği

- Memur İşçi Emekli Ev hanımı
 Serbest meslek Öğrenci Diğer.....

7- Eşinizin Öğrenim durumu

- Okur-Yazar Değil Okur Yazar İlkokul Ortaokul
 Lise Üniversite / Yüksekokul

8- Ailenizin gelir düzeyini nasıl tanımlıyorsunuz?

- Gelir giderden az Gelir giderden fazla Gelir gidere denk

9- Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

- Eşim ve ben Eşim ve çocuklarımla Eşim, çocuklarım ve eşimin ailesi ile
 Eşim, çocuklarım ve kendi ailem ile Diğer.....

10- Halen evli olduğunuz eşinizle nikah türünüz nedir?

- Medeni nikah İmam nikahı Medeni nikah+imam nikahı

11- İlk adet gördüğünüzde kaç yaşındaydınız?.....

12- Kaç yaşında evlendiniz?

13- ilk gebeliğinizde kaç yaşındaydınız?

14- Toplam gebelik sayınız nedir?.....

15- Canlı doğum sayınız nedir?

16- Düşük sayınız nedir?.....

17- Kürtaj sayınız nedir?

18- Yaşayan çocuk sayınız nedir?.....

19- Ölü doğum sayınız nedir?

20- Bir önceki gebelikten sonra geçen süreniz nedir?

21- Gebeliğiniz süresince gebelik takibi için destek aldınız mı?

- Hayır Evet

22- Her çağrıldığımızda sağlık kurumuna gebelik takibi için gittiniz mi?

() Hayır () Evet

23- Gebeliğinizden önce var olan ve halen devam eden sağlık sorunuz var mı?

() Hayır () Evet ise belirtiniz:.....

24- Bu gebeliğinizde isteyerek mi gebe kaldınız?

() Hayır () Evet

25- Şimdiye kadar korunma yöntemi kullandınız mı? () Hayır () Evet

26- Cevabınız evet ise hangi korunma yöntemini kullandınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

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

Prezervatif (kondom, kılıf, kaput)

Rahim içi araç (RİA)

Hap

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

27- Son gebelikten önce folik asit preparatı kullandınız mı? Hayır evet

28- Son gebelikte vitamin preparatı kullandınız mı? hayır evet

29- Son gebelikte demir preparatı kullandınız mı? hayır evet

30- Son gebelikte sigara kullandınız mı?

31- Son gebelikte alkol kullandınız mı?

Hayır evet

32- Gebelik başlangıcında kaç kiloydunuz?.....

33- Gebelikte kaç kilo aldınız?

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

Gebelikten önce gebelik sırasında doğumdan sonra

35- İlk gebeliğinizde, bebek bakım ve beslenmesi ile ilgili bilgi aldınız mı?

hayır evet

36- Cevabınız evet ise bu bilgiyi nereden aldınız?

- aile-akraba-arkadaş gebelik takiplerinde sağlık kuruluşunda
 kitap internet-CD televizyon

37- Gebelikte kanama: yok var

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

- yok var

39- Gebelikte hipertansiyon:

- yok var

40- Preeklampsi: yok var

41- Eklampsi: yok var

42- Plasenta dekolmanı: yok var

43- Doğum şekli:

- vajinal doğum müdahalesiz
 vajinal doğum müdahaleli(vakum, forceps)
 sezaryen doğum

44- Sezaryen doğum nedeni:

- fetal distress
 makad prezentasyonu
 baş-pelvis uygunsuzluğu
 tekrarlayan sezaryen
 iri bebek
 ilerlemeyen eylem
 çoğul gebelik
 plasenta dekolmanı
 kordon prolapsusu preeklampsi
 Diğer:.....

- 45- Doğumda komplikasyon: yok var
- 46- Bebeğin apgar skoru: 1 dk. 5 dk.
- 47- Bebeğin doğum ağırlığı:
- 48- Konjenital anomali: yok var
- 49- Bebeğiniz anne sütü alıyor mu? hayır evet
- 50- Anne sütüne başlama zamanı:
- ilk 1 saat içinde 1.saatten sonra 24. saatten sonra

Ek 2. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 15/06/2016-E.24625



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Doç.Dr. Ayden ÇOBAN
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.06.2016 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 24 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Nefati KIYLIOĞLU
Kurul Başkanı

KARAR 24

Protokol No : 2016/867
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Ayden ÇOBAN
Aydın Sağlık Yüksekokulu
Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. Ayden ÇOBAN'ın "Adölesan annelerin sosyodemografik özellikleri ve doğum sonuçlarının değerlendirilmesi" başlıklı klinik araştırmasının 26.05.2016 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 07.06.2016 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüldü. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izninin alınıp izin belgesinin dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Raporu Formu/Anket)]lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüsü Tıp Fakültesi Merkez Kampüsü Kepez
Mevki 09010 Efeler/Aydın
Telefon No: 0256 225 31 66 / 4506 Faks No: 0256 212 31 69
E-Posta: goetik@adu.edu.tr İnternet Adresi:
http://www.akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/

Bilgi İçin: Necla Yıldız

Unvan: Memur

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Ek 3. Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği İzin Yazısı



AYDIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - AYDIN KAMU
HASTANELERİ HİZMETLERİ BAŐKAN YARDIMCILIĞI 1
(Op. Dr. R. R. ARŞAN)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Őube : 25305691- 605.01

Konu : E70763 Fazilet GÖR USLU'nun
Araştırma İzni Talebi.

AYDIN KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi: 10/10/2016 tarih ve 31249019 sayılı yazınız.

Hastanenizde görevli ve Adnan Menderes Üniversitesi Ebelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi Ebe Fazilet GÖR USLU'nun "Adölesan Annelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Doğum Sonuçlarının Değerlendirilmesi" konulu araştırmasının 17/10/2016-17/05/2017 tarihleri arasında Kurumunuz Obstetri Servisinde yapabilmek talebi Genel Sekreterliğimizin Bilimsel Araştırma İzinleri Etik Komisyonu tarafından incelenmiŐtir.

Adı geçeinin söz konusu tarihlerde çalışma yapması, çalışma sonuçlarını Genel Sekreterliğimizle paylaşması kaydıyla uygun görölmüŐtür.

Uzm. Dr. Selma ÖZCAN
Genel Sekreter

Aydın Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim, Ar-Ge Birimi
Tel: 0256 214 33 62- 4010 Fax: 0256 214 56 60

e-posta: sumeyra.celebi@saglik.gov.tr Telefon No: (0256) 214 3362/4010
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 6630a0b0-6821-419d-a240-6d98fbb0876d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi İçin: Sümeyra ÇELEBİ

Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(GENÇ ANNE İÇİN)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Çalışmada genç annelerin sosyo-demografik özellikleri ve doğum sonuçları değerlendirilecektir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için,

- Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Lohusa Servisi'nde yatmanız,
- 10-19 yaş aralığında olmanız,
- Türkçe konuşup anlayabilmeniz ve
- Çalışmaya katılmayı kabul eden genç anne olmanız gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmanın evrenini Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları hastanesine başvuran genç anneler oluşturacaktır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan "Soru Formu" kullanılacaktır.

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanacaktır. Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, annelerin sosyo-demografik özelliklerini kapsayan 10 soru, gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemleri kapsayan 35 soru, bebeğe ait bilgileri kapsayan 5 sorudan oluşmaktadır. Bu form genç anneler ile yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak size sorulan soruları eksiksiz ve doğru cevaplamanızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısını Sağlık Bakanlığı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Lohusa Servisi'nde yatan 10-19 yaş arasında ki genç anneler oluşturacaktır.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma 17 Mayıs 2016 ile 17 Mayıs 2017 tarihleri arasında yapılacaktır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen görüşme süresi 15-20 dakikalık zamanı kapsar.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Konu ile ilgili politikaların belirlenmesinde ve gebelik sırası ve sonrasında gebelere, annelere yapılacak olan doğum öncesi bakım ve danışmanlık hizmetlerine rehberlik edecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Yapılan çalışmalarda herhangi bir sorunla karşılaşılmamıştır. Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Hastanede yatılan sürede araştırmacı ile anket görüşmesinden vazgeçmek istediğini belirttiği takdirde araştırma dışı bırakılırsınız.

DiĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Uygulanacak başka bir tedavi bulunmamaktadır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/ SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Yapılan araştırmalarda araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olmamıştır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için **0506 264 93 39** no.lu telefondan **Ebe Fazilet Gör Uslu** 'ya başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MI DIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm

soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

| GÖNÜLLÜNÜN | | İMZASI |
|-------------------------|--|---------------|
| ADI & SOYADI | | |
| ADRESİ | | |
| TEL. & FAKS | | |
| TARİH | | |

| VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN | | İMZASI |
|---|--|---------------|
| ADI & SOYADI | | |
| ADRESİ | | |
| TEL. & FAKS | | |
| TARİH | | |

| ARAşTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAşTIRMACININ | | İMZASI |
|---|--|---------------|
| ADI & SOYADI | | |
| TARİH | | |

| GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK | | İMZASI |
|-----------------------------------|--|---------------|
| ADI & SOYADI | | |
| GÖREVİ | | |
| TARİH | | |

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 4)

(EBEVEYN İÇİN)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere yakınınız olan genç anneyi alabilmemiz için siz ebevynden izin almak istiyoruz. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Çalışmada genç annelerin (10-19 yaş) sosyo-demografik özellikleri ve doğum sonuçları değerlendirilecektir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

- Bu çalışmaya dahil edilen genç annelerin Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Lohusa Servisi'nde yatması,
- 10-19 yaş aralığında doğum yapmış olması,
- Türkçe konuşup anlayabilen genç anneler olması,
- ve ebeveynin genç annenin çalışmaya katılması için izin vermesi gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmanın evrenini Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları hastanesine başvuran genç anneler oluşturacaktır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan "Soru Formu" kullanılacaktır.

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanacaktır. Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, genç annelerin sosyo-demografik özelliklerini kapsayan 10 soru, gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası dönemleri kapsayan 35 soru, bebeğe ait bilgileri kapsayan 5 sorudan oluşmaktadır. Bu form genç annenin yakını ile yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak size sorulan soruları eksiksiz ve doğru cevaplamanızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısını Sağlık Bakanlığı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Lohusa Servisi'nde yatan 10-19 yaş arasındaki tüm genç anneler oluşturacaktır.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma 17 Mayıs 2016 ile 17 Mayıs 2017 tarihleri arasında yapılacaktır. **Çalışma verileri genç annenin doğumundan sonra lohusa servisindeki odasına geçtiği süreden taburecu oluncaya kadar geçen zamanda toplanacaktır.**

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada genç anne olan yakınınızın yer alması için öngörülen görüşme süresi 15-20 dakikalık zamanı kapsar.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Konu ile ilgili politikaların belirlenmesinde ve gebelik sırası ve sonrasında gebelere, annelere yapılacak olan doğum öncesi bakım ve danışmanlık hizmetlerine rehberlik edecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Yapılan çalışmalarda herhangi bir sorunla karşılaşılmamıştır. Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Hastanede yatılan sürede araştırmacı ile anket görüşmesinden vazgeçmek istediğini belirttiği takdirde araştırma dışı bırakılırsınız.

DiĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Uygulanacak başka bir tedavi bulunmamaktadır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/ SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Yapılan araştırmalarda araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olmamıştır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için **0506 264 93 39** no.lu telefondan **Ebe Fazilet Gör Uslu** 'ya başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce **genç annenin ebevyne** verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim.

Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

| GÖNÜLLÜNÜN | | İMZASI |
|-------------------------|--|---------------|
| ADI & SOYADI | | |
| ADRESİ | | |
| TEL. & FAKS | | |
| TARİH | | |

| VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN | | İMZASI |
|---|--|---------------|
| ADI & SOYADI | | |
| ADRESİ | | |
| TEL. & FAKS | | |
| TARİH | | |

| ARAşTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAşTIRMACININ | | İMZASI |
|---|--|---------------|
| ADI & SOYADI | | |
| TARİH | | |

| GEREKTIĞİ DURUMLARDA TANIK | | İMZASI |
|-----------------------------------|--|---------------|
| ADI & SOYADI | | |
| GÖREVİ | | |
| TARİH | | |

Ek 6. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Son Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 26/04/2018-E.25291



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Doç.Dr. Ayden ÇOBAN
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 26.04.2018 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmamızla ilgili alınan 19 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-İmzadır

Prof.Dr. Mustafa Selim ÖZKÖK
Kurul Başkanı

KARAR 19

Protokol No : 2016/867
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Ayden ÇOBAN
Sağlık Bil. Fak./Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 09.06.2016 tarihinde şartlı (kurum izni) onay verilen; Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. Ayden ÇOBAN'ın "Adölesan annelerin sosyodemografik özellikleri ve doğum sonuçlarının değerlendirilmesi" konulu araştırmasının sonuç raporu hakkındaki 24.04.2018 tarihli dilekçesi görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.

Kurum izin belgesinin alınıp, dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın Etik Kurul Uygunluk Onayını almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Evrakı Doğrulamak İçin: <http://ebys.adu.edu.tr/en/Vision/Dogrula/L54DZAY>

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüsü Tıp Fakültesi Merkez Kampüsü Köprü
Mevki 09010 Efeler/Aydın
Telefon No: 0256 225 31 66 / 4506 Faks No: 0256 212 31 69
E-Posta: goetik@adu.edu.tr İnternet Adresi:
<http://www.akademik.adu.edu.tr/fakulte/mod/>

Bilgi İçin: Tülay Şahin

Ünvan: Sağlık Teknikeri

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : USLU GÖR, Fazilet
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : KÜTAHYA / 30.03.1984
Telefon : 0506 264 93 39
E-mail : fazilet.gr.uslu@gmail.com

EĞİTİM

| <u>Derece</u> | <u>Kurum</u> | <u>Mezuniyet tarihi:</u> |
|---------------|---|--------------------------|
| Y. Lisans | Adnan Menderes ÜniversitesiBeykent Üniversitesi | 2015 |
| Lisans | Adnan Menderes Üniversitesi | 2008 |

BURSLAR VE ÖDÜLLER

İŞ DENEYİMİ

| <u>Yıl</u> | <u>Yer/Kurum</u> | <u>Ünvanı</u> |
|------------|---|---------------|
| 2008-2010 | Özel Medinova Hastanesi | Ebe |
| 2010-2012 | İstanbul/Fatih Toplum Sağlığı Merkezi | Ebe |
| 2012-2018 | Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi | Ebe |

AKADEMİK YAYINLAR

1. MAKALELER

2. PROJELER

3. BİLDİRİLER

2. G-Ebelik ve Doğum Kongresi 4-6 Mayıs 2016 Adölesan Gebeliklerin Maternal ve Fetal Sonuçları