

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN ADÖLESAN GEBELERİN  
RETROSPEKTİF İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**RAZİYE KILIÇÇEKER**

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EBELİK ANABİLİMDALI**

**MERSİN**

**TEMMUZ -2019**

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN ADÖLESAN GEBELERİN  
RETROSPEKTİF İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**RAZİYE KILIÇÇEKER**

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EBELİK ANABİLİMDALI**

**Danışman  
Doç.Dr. Mine YURDAKUL**

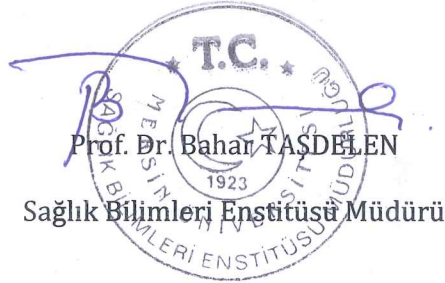
**MERSİN  
TEMMUZ-2019**

## ONAY

Raziye KILIÇÇEKER tarafından Doç. Dr. MİNE YURDAKUL danışmanlığında hazırlanan 'Acil Servise Başvuran Adölesan Gebelerin Retrospektif İncelenmesi' Başlıklı çalışma aşağıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından 11.07.2019 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda oy birliği/çokluğu ile Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Görevi	Ünvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Başkan	Doç.Dr.Mine YURDAKUL	.....
Üye	Prof.Dr.Hacer ÇETİN	.....
Üye	Doç.Dr.Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ	.....

Yukarıdaki Jüri kararı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 25/7/19 tarih ve 2019./328 sayılı kararıyla onaylanmıştır.



Bu tezde kullanılan özgün bilgiler, şekil, tablo ve fotoğraflardan kaynak göstermeden alıntı yapmak 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu hükümlerine tabidir.

## ETİK BEYAN

Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinde belirtilen kurallara uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada,

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgelerin akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak kullandığımı,
- Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü Mersin Üniversitesi veya başka bir üniversiteden başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı,
- Tezin tüm telif haklarını Mersin Üniversitesi' ne devrettiğimi

beyan ederim.

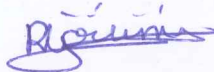
## ETHICAL DECLARATION

This thesis is prepared in accordance with the rules specified in Mersin University Graduate Education Regulation and I declare to comply with the following conditions:

- I have obtained all the information and the documents of the thesis in accordance with the academic rules.
- I presented all the visual, auditory and written informations and results in accordance with scientific ethics.
- I refer in accordance with the norms of scientific Works about the case of exploitation of others' Works.
- I used all of the referred Works as the references.
- I did not do any tampering in the used data.
- I did not present any part of this thesis as an another thesis at Mersin University or another university.
- I transfer all copyrights of this thesis to the Mersin University.

10 MAYIS 2019 / 10 MAY 2019

İmza/ Signature



RAZİYE KILIÇÇEKER

## ÖZET

### ACİL SERVİSE BAŞVURAN ADÖLESAN GEBELERİN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

Bu çalışma İstanbul’ da kamu kuruluşuna bağlı bir çocuk hastanesi ve doğumevinin acil servisine başvuran adölesan gebelerin başvuru nedenlerini ve acil serviste yapılan müdahaleleri retrospektif olarak inceleyerek mevcut durumu ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından oluşturulan veri toplama formu yardımıyla, hastanenin acil kayıt ve adli kayıt defteri incelenerek toplanmıştır. Ayrıca, hemoglobin değeri, NST sonucu ve gebelik haftası ile ilgili verilere, hastanenin Bilgi İşlem Bölümünden yetki alınarak bilgisayar ortamında bulunan adölesan gebe dosyalarının incelenmesi ile ulaşılmıştır. Elde edilen verilerin analizi uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirmesi yapılmıştır. Verilerin normallik kontrolü Shapiro Wilk testi ile yapılmıştır. Sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile ifade edilirken, kategorik değişkenler frekans ve yüzde ile ifade edilmiştir. Acil servise başvuran adölesan gebelerin yaş ortalaması  $18,18 \pm 1,02$ ’ dir. Adölesan gebelerin tamamı evli olup, %79. 13’ inin resmi nikahı, %20. 87’ sinin ise imam nikahı vardır. %77. 8’ i Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı, %22. 2’ si yabancı uyrukludur. Acil servise başvuru yapan adölesan gebelerin %67. 9’ u üçüncü trimester’de, %21’i birinci trimester’de ve %11. 1’ i ise ikinci trimester’ de başvuru yapmıştır. Adölesan gebelerin %76. 81’ inin ilk gebeliği olduğu belirlenmiştir. Acil servise en çok başvuru sırası ile Eylül ve Mayıs ayında olmuştur. Adölesan gebelerin acile başvuru nedenleri incelendiğinde ilk beş sırada abdominal ağrı (%47. 2), doğum için başvuru (%15. 4), kanama (%13. 6), tetkik ve tedavi amaçlı başvuru (%13. 5), erken membran rüptürü ve erken doğum tehdidi (%7. 08) olduğu belirlenmiştir. Acil serviste yapılan işlemler incelendiğinde; adölesan gebelerin %50. 5’ i eve taburcu edilmiş, %23. 88’ ine servise yatış verilmiş, %18. 82’ i başka bir kuruma sevk edilmiş, %3. 81’ i acil serviste gözlem altına alınmış ve %2. 99’ u ayaktan tedavi edilmiştir. Sonuç olarak acil servise başvuran adölesan gebelerin % 84. 5’inin acil bir durum nedeniyle başvuru yaptığı, % 15. 5’nin ise acil servisi muayene, tetkik ve tedavi amaçlı kullandığı belirlenmiştir. Çalışmamızda acil servise başvuran gebelerin yaklaşık beşte biri acil servisi tetkik ve tedavi amaçlı kullanmaktadır bu durum acil servislerin amacına uygun kullanılmamasına ve çalışan sağlık personelinin iş yükünde gereksiz artışa neden olmaktadır. Aynı zamanda gerçekten acil hizmete gereksinimi olan hastaların yeterli ve nitelikli hizmet almasını engelleyebilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde doğum öncesi bakım hizmetlerinin güçlendirilerek adölesan gebe izlemlerine önem ve öncelik verilmesi sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Adölesan gebelik, adölesan gebelik sonuçları, acil servis kullanımı, doğum öncesi bakım, retrospektif araştırma

**Danışman:** Doç Dr. Mine Yurdakul, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Mersin.

## ABSTRACT

### A RETROSPECTIVE STUDY OF PREGNANT ADOLESCENTS ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT

This study was conducted to evaluate the current situation through retrospective examination of the reasons for admission and interventions of pregnant adolescents to the emergency services of a pediatric and maternity hospital in Istanbul, Turkey. Data were collected using a form prepared by the researchers for review of the official records of emergency and forensic departments of the hospital. In addition, the data related to hemoglobin values, NST result and gestational week were obtained from the database where the files of pregnant adolescents are kept after the approval from the IT Department of the hospital was received. The analysis of the obtained data was evaluated by appropriate statistical methods. Shapiro-Wilk test was used to assess the normality of the data. Continuous variables were analyzed using descriptive statistics (mean, standard deviation, minimum and maximum values) and categorical variables were analyzed using frequency and percentage. The mean age of the pregnant adolescents was  $18.18 \pm 1.02$ . All the pregnant adolescents were married (79.13% had civil marriage and 20.87% had imam [secular] marriage). Of the pregnant adolescents, 77.8% were the citizens of the Republic of Turkey and 22.2% were of foreign nationalities. Of the pregnant adolescents, 67.9% were admitted to the emergency department in the third trimester, 21% in the first trimester and 11.1% in the second trimester. Among the pregnant adolescents, 76.81% were primigravida. Pregnant adolescents were admitted to the emergency department primarily in September and May. The top five reasons for admission to the emergency department were: abdominal pain (47.2%), delivery (15.4%), bleeding (13.6%), examination and treatment (13.5%), premature membrane rupture and threat of premature birth (7.08%). In examining the interventions made in the emergency department, 50.5% of the adolescent pregnant women were discharged, 23.88% were hospitalized, 18.82% were referred to another institution, 3.81% were observed in the emergency department and 2.99% were offered outpatient treatment. As a result, 84.5% of the pregnant adolescent were admitted to the emergency department because of an emergency and 15.5% of them were seeking examination and treatment. In the present study, approximately one-fifth of the pregnant adolescents were admitted to the emergency department for examination and treatment. Consequently, emergency services cannot be utilized properly and increase the workload of the healthcare personnel for non-emergent care. This can also prevent patients needing emergency services from being provided prompt quality care. Prenatal care services should be strengthened in primary health care services and adolescent pregnancy monitoring should be given importance and prioritized.

**Keywords:** adolescent pregnancy, results of adolescent pregnancy, emergency department services, prenatal care, retrospective study

**Supervisor:** Assoc.Prof. Dr. Mine Yurdakul, Mersin University, Health Sciences Institute, Department of Midwifery, Mersin.

## TEŞEKKÜR

Lisans ve lisansüstü eğitim sürecim ve tez çalışmam boyunca bilgi birikimi, deneyimleri ve örnek kişiliği ile yolumu aydınlatan, mesleki gelişimim için öz verili ve sabırlı tavrıyla desteğini esirgemeyen değerli danışmanım Doç. Dr. Mine Yurdakul'a,

Lisansüstü eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen İstanbul Yakacık Çocuk Hastalıkları ve Doğumevi Hastanesi Çocuk Acil Servisindeki aileme ve sevgili sorumlum Sevgi Gözüaçık'a,

Araştırmanın izin süreçlerinde yardımlarını esirgemeyen hastane yöneticilerine, yönetici hemşirelerine, eğitim hemşiremize, Kadın doğum acil servisi ve doğumhane sorumlusu Selda Karataş'a, sağlık hizmetleri müdüremiz Emel Öngay'a ve lisansüstü eğitimimin her sürecinde destekleyen, cesaretlendiren ve azimlendiren hasta hakları sorumlusu Zeynep Çoşar', Tüm yaşamımda olduğu gibi lisansüstü eğitimim boyunca benden desteğini ve sevgisini esirgemeyen anneme, eşim Hasan Metin Kılıççeker'e, tüm aileme ve 'annem ne zaman gelecek' diye yolumu gözleyen ilk göz ağrım, canım oğlum Ali Barlas Kılıççeker'e,

Bu süreçte yanımda olan, beni güdüleyen, motive eden meslektaşlarım Mefkure Duran, Elif Karpuz ve Zeynep Elibol'a, ayrıca lisansüstü eğitimim de dönem arkadaşım ve meslektaşım Zeynep Durmuş'a, cerrahi hemşireliğinde lisansüstü eğitim alan dönem arkadaşım Dilek Arslan'a başta olmak üzere can arkadaşlarıma, ailem ve tüm hocalarıma sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
ETİK BEYAN	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar VE GRAFİKLER DİZİNİ	ix
KISALTMALAR ve SİMGELER	x
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>4</b>
2.1.Adölesan Dönemin Tanımı ve Özellikleri	4
2.2.Adölesan Dönemde Sık Karşılaşılan Sorunlar	7
2.3.Adölesan Gebeliğin Tanımı ve Önemi	7
2.4.Dünya'da ve Türkiye'de Adölesan Gebeliğin Durumu	8
2.5.Adölesan Gebeliğin Nedenleri	10
2.5.1.Yoksulluk	10
2.5.2.Eğitim	11
2.5.3.Sosyo-Kültürel Nedenler	11
2.5.4.İlk Evlilik Yaşı	12
2.6.Adölesan Gebeliklerin Sonuçları	12
2.6.1.Maternal Sonuçları	13
2.6.1.1.Preeklampsi ve Eklampsi	13
2.6.1.2.İstenmeyen Gebelikler ve Abortus	14
2.6.1.3.Preterm Doğum	15
2.6.1.4.Anemi	15
2.6.1.5.Sezeryan ve Müdahaleli Doğum	16
2.6.2.Fetal ve Neonatal Sonuçları	16
2.6.3.Toplumsal Sonuçları	17
2.7.Birinci Basamakta Adölesan Gebe İzlemleri	17
<b>3. MATERYAL ve YÖNTEM</b>	<b>23</b>
3.1.Araştırmanın Amacı	23
3.2.Araştırmanın Soruları	23
3.3.Araştırmanın Tipi	23
3.4.Araştırmanın Örnekleme	23
3.5.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.6.Veriler Toplama Araçları ve Yönetimi	24
3.7.Veriler Toplama Formunun Hazırlanması	24
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları	24
3.9.Araştırmanın Bütçesi	25
3.10.Araştırmanın Etik Yönü	25
3.11.Zaman Çizelgesi	25
3.12.Verilerin Değerlendirilmesi	25
<b>4.BULGULAR ve TARTIŞMA</b>	<b>26</b>
4.1. Bulgular	26
4.2. Tartışma	34
<b>5. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	<b>43</b>
5.1. Sonuç	43
5.2. Öneriler	44



	<b>Sayfa</b>
KAYNAKLAR	45
EKLER	58
ÖZGEÇMİŞ	61



## TABLÖLAR ve GRAFİKLER DİZİNİ

	<b>Sayfa</b>
<b>Grafik 1:</b> Acil Servise Başvuran Adölesan Gebelerin Yaşlara Göre Dağılımı	26
<b>Tablo 1:</b> Acil Servise Başvuran Adölesan Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	27
<b>Tablo 2:</b> Acil Servise Başvuran Adölesan Gebelerin Gebelik Haftası ve Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı	28
<b>Tablo 3:</b> Acil Servise Başvuran Adölesan Gebelerin Başvuru Zamanına (Ay, Gün, Yıl) Göre Dağılımı	29
<b>Tablo 4:</b> Adölesan Gebelerin Acil Servise Başvuru Nedenine Göre Dağılımı	
<b>Tablo 5:</b> Acil Servise Başvuran Adölesan Gebelerin Acildeki Değerlendirmelerine Göre Dağılımı	31
<b>Tablo 6:</b> Acil Servise Başvuran Adölesan Gebelerin NST Sonucuna Göre Dağılımı.	32
<b>Tablo 7:</b> Acil Servise Başvuran Adölesan Gebelerin Hemoglobın Değerlerinin Ortalaması, Minimum ve Maksimum Değerleri	33
<b>Tablo 8:</b> Acil Servise Başvuran Adölesan Gebelerin Servise Yatış Nedenine Göre Dağılımı	33

## KISALTMALAR ve SİMGELER

Kısaltma/Simge	Tanım
ACOG	Amerikan Collage of Obstetrics Gynecology
WHO	World Health Organization
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
UNFPA	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSEB	Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
EDT	Erken Doğum Tehditi
IUGR	İntra Uterin Gelişme Geriliği
FKA	Fetal Kalp Atımı
ÜSYE	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
HGB	Hemoglobin
NST	Non Stres Test
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
Rhogam	Anti-D Gamma Globülin

## 1.GİRİŞ

Adölesan terimi çocukluktan erişkinliğe geçişi ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş arası adölesan dönem olarak tanımlamakta[1] ve erken (10-13 yaş), orta (14-16 yaş) ve geç (17-19 yaş) adölesan dönem olmak üzere üç döneme ayrılarak incelenmektedir[2]. Bazı kaynaklara göre adölesan dönem 'erken adölesan dönem (10-14 yaş)' ve 'geç adölesan dönem (15-19 yaş)' olmak üzere iki döneme ayrılarak incelenmektedir[3-5]. Psikososyal gelişim kuramcıları adölesan dönemi 11-21 yaşları arası dönem olarak kabul etmektedir[6-9]. Adölesanlar dünya nüfusunun beşte birini (%20'sini) oluşturmakta ve %85'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır [2]. Adölesan dönem fiziksel olarak gelişmenin yanında, cinsel, psikolojik ve sosyal bakımdan da çok önemli değişikliklerin yaşandığı, genel olarak çocukluk ile erişkinlik arasında bir geçiş dönemidir[10-14]. Bu geçiş döneminde adölesanlar birçok sağlık sorunu yaşamakta ve ölüm riski ile karşı karşıya kalmaktadır. Adölesanların sıklıkla karşılaştığı sorunlar; korunmasız cinsel ilişki, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), istenmeyen gebelikler, yasal olmayan küretaj, güvenli olmayan abortus, şiddet ve istismar, sigara ve madde bağımlılığı, beslenme bozuklukları, obezite, mental sağlık sorunları, erken yaş evlilikler, gebelik ve gebelik komplikasyonlarına bağlı hastalık, sakatlık ve ölümdür[11, 15-18]. Her yıl 2-4 milyon adölesan da sağlıksız koşullarda düşük yapmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlıksız koşullarda yapılan düşüklüğün %14'ünün 15-19 yaş arası Adölesanlarda yapıldığı tahmin edilmektedir[19]. TNSA 2013 verilerine göre isteyerek düşük oranı 15-19 yaş arası kadınlarda %1.2'dir. 15-19 yaş arasındaki kadınların %7.1'i evlidir ve 20 yaş altındaki gebeliklerin %80.5'i planlamamış, istenmeyen gebeliklerdir. Ayrıca, 20 yaş altında doğum yapan kadınlarda bebek ölüm hızı binde 25'dir[20]. Sağlık bakanlığının 2017 yılı sağlık istatistikleri verilerine göre anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 14.6 olarak bildirilmiştir ve bu oranın %6'si 15-19 yaş grubundaki kadınların anne ölüm oranıdır[21, 22]. Tüm bunlar göz önüne alındığında Adölesanlar dünyada en riskli nüfus olma özelliği taşımakta ve aynı zamanda da ihmal edilebilen bir grubu da oluşturmaktadır[10, 11, 15].

Adölesan dönemde sık karşılaşılan sorunlardan biri olan adölesan gebelikler genel olarak 19 yaş altındaki kadınların gebeliği olarak kabul edilir. Ancak ülkeler arası karşılaştırılabilirlik açısından doğum gerçekleştiğinde 15-19 yaş arasında olan gebeler adölesan gebelik olarak tanımlanır[23]. Adölesan gebelikler hem gelişmekte hem de gelişmiş ülkelerde yaygın olarak görülen önemli bir sorundur[24, 25]. Dünyada 15-19 yaş grubundaki adölesan doğurganlık oranı binde 49'dur. DSÖ verilerine göre gelişmekte olan ülkelerde her yıl 15-19 yaş arasında 16 milyon adölesan kız doğum yapmakta ve 15 yaş altı 2.5 milyon adölesan doğum yapmaktadır[26]. Adölesan annelerden doğan bebekler tüm doğumların %11'ini oluşturmaktadır. Bunların %95'i gelişmekte olan ülkelerdedir[27, 28]. Ülke oranları 1000

adölesan için 1 ile 229 doğum aralığındadır. Orta Afrika Cumhuriyeti en yüksek orana sahiptir. 199 ülke arasında 113. sırada yer almaktadır[18, 29]. Ülkemizde adölesanların %5'i çocuk doğurmaya başlamış, bu kadınlarında %3'ünün bir canlı doğumu olmuş ve %1'i ise ilk çocuğuna gebe [16]. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda ise Türkiye'de 15-19 yaşındaki kadınların %16'sının evli olduğu ve ilk çocuğuna gebe olduğu rapor edilmiştir[20, 30, 31]. Çalışmamızın yapıldığı Yakacık Çocuk Hastalıkları ve Doğumevi Hastanesi'nin kadın doğum acil servisine başvuran adölesan gebe sayısı 2016 yılında 560 iken 2017 yılında başvuran adölesan gebe sayısı 611 olmuş ve acile başvuran adölesan gebe sayısında bir önceki yıla göre artış olduğu görülmektedir[32].

Bin Yıllık Kalkınma Hedeflerinde adölesan sağlığını geliştirmeye ve adölesan gebelikleri önlemeye yönelik hedefler vardır. 2015 yılında sonuçlanması planlanan hedeflerin değerlendirildiği raporda 15 yıl içinde önemli gelişmeler kaydedilmesine rağmen anne ve çocuk ölüm oranı adölesan gebelik oranının azaltılmasında istenilen gelişmenin gerisinde kaldığı bildirilmektedir[25]. Görüldüğü gibi toplumsal ve ekonomik sorunlarla birlikte adölesan gebelikler tüm toplumlarda önemli bir sağlık sorunudur.

Adölesan annelerden doğan bebekler, hastalık ve ölüm açısından risk taşımaktadır. Adölesan annelerde doğum öncesi bakımın yetersiz olmasından dolayı da komplikasyonların daha sık görüldüğü vurgulanmaktadır[24, 33 - 36]. Adölesan annelerin gebelikleri boyunca daha fazla bakıma ihtiyaçları vardır. Çalışmalar, erken yaşta doğum yapan annelerin yetersiz doğum öncesi bakım aldığını göstermektedir. Ayrıca obstetrik komplikasyonlarla daha sık karşılaştığını, daha düşük eğitim ve sosyodemografik özelliklere sahip olduğunu, gebelik, gebelikteki normal belirtiler, gebelikteki acil durumlar, bu durumlarda nasıl davranılacağı gibi konularda yetersiz bilgilerinin olduğu da rapor edilmiştir[37-39]. Bu yüzden erken yaş gebelikler sadece adölesanların kendi yaşamını değil, aile ve toplum sağlığı açısından da ciddi olumsuzluklara neden olmaktadır. Ayrıca adölesan gebelikler ülkelerin ekonomisini de etkilemektedir. Amerika'da yapılan bir çalışmada adölesan çağıdaki kız çocuklarının doğumlarının toplam maliyeti 670 milyon dolardır[40]. Amerika'da yapılan başka bir çalışmada ise adölesan gebeliklerin doğumu için ABD'de vergi mükelleflerinden her yıl sağlık hizmetleri çocuk refahı için alınan vergi gelirini 9 dolar artırmaktadır[41]. Görüldüğü gibi adölesan yaşta gebelik, her gelişmişlik düzeyine sahip ülkelerde yıllardır toplumsal ve ekonomik boyutları olan önemli bir sağlık sorunudur[42].

Gebe kadınlar arasında acil servis kullanımı sık görülmektedir. Klifoyle ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %84'ünün gebelik sırasında acil servisten bakım aldığı görülmüştür. Bunların %35. 6' sı acil servisi acil olmayan nedenlerden dolayı bir kez ziyaret etmiştir. Yine bu çalışmada acil servise başvurunun en yaygın nedeni %45 oranıyla bir acil durum olduğu ve %36 oranında da sağlık hizmet sunucuları ( birinci basamaktaki ebe, hemşire

ve doktor) tarafından yönlendirilen bir endişe olduğu görülmektedir[43]. Acil servisler erişilmemiş üreme sağlığı ihtiyaçları olan ergenlik çağındaki kadınlara da bakım ve hizmet vermektedir[43]. Adölesan gebelikler risk grubundadır ve bu yüzden özel bakıma ihtiyaç duymaktadırlar. Gebelikte acil durumlar ve normal durumlar konusundaki bilgi eksikliklerinden dolayı adölesan gebeler acil servislere geniş bir şikâyet yelpazesi ile başvurmaktadır. Ernst ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 2010-2012 yılları arasında acil servise başvuran 12-15 yaş arasındaki adölesan gebelerin çoğunun karın ve genitoüriner şikâyetlerle acil servise başvurduklarını bildirmiştir. Ancak %31'i spesifik olmayan semptomlara (örneğin; yorgunluk ve baş ağrısı şikâyetlerine) sahiptir[44]. Başka bir çalışmada da hastaların %33 en az bir kez perinatal dönemde acil servisi ziyaret ettiği görülmüştür [ 45]. Çalışmalar acil servisi kullanan gebelerin yüksek riskli ve savunmasız bir popülasyon olduğunu ortaya koymuştur[46]. Mollen ve arkadaşları acil servise başvuran gençlerin yaygın şikâyetlerinin karın ağrısı, vajinal kanama ve adet düzensizliği olduğunu ifade etmiştir[47]. Bu çalışmada acil servise başvuran hastaların genellikle gebelikle ilişkili olan yorgunluk, baş dönmesi, göğüste hassasiyet, kilo alma, bulantı-kusma olduğu, bir çok ergende de gastrointestinal ve genitoüriner sistemle ilgili spesifik olmayan şikâyetlerle başvurduğunu ifade etmişlerdir. Yine aynı çalışmada acile başvuran gebelerin %77'si gastrointestinal semptomlar bildirmiştir ve gebelik tanısını abdominal veya genitoüriner şikâyetler tarif ederek almışlardır[47]. Barnet ve arkadaşları 779 adölesan gebe ile yaptığı çalışmada genel olarak %19 adölesan gebenin doğumdan önceki 12 ay boyunca en az bir kez acil servise başvurduğunu belirtmiştir. Bu adölesan gebeler içinde gebelik sırasında acil servis başvuruları gebeliğin birinci trimesterinde %29, ikinci trimesterinde %21, üçüncü trimesterinde %13 oranında olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada adölesan gebelerin %17'sinin travma, %16'sının belirtilmemiş ağrı, %15' inin CYBE dışındaki diğer enfeksiyonlar, %6' sının CYBE nedeniyle acil servise başvurduğu bildirilmiştir[45].

Literatürler incelendiğinde gebelerin acil servisi sıklıkla kullandığı görülmektedir. Ancak adölesan gebelerin acil servisleri kullanım durumları, gebeliğin hangi döneminde daha çok acil servise ihtiyaç duyduğu, acil servise başvuru nedenlerine, yatış, ayaktan tedavi durumlarına ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ülkemizde ise bu konuda yapılan araştırmaya rastlanmamıştır. Adölesan gebelerin, gebelik süreçlerindeki mevcut risk ve diğer yaş gruplarına göre anne ve çocuk sağlığına olumsuz etkileri göz önüne alındığında, bu gebelerin acil servis başvurularının incelenmesi önem arz etmektedir.

## 2.KAYNAK ARAŞTIRMALARI

### 2.1.Adölesan Dönemin Tanımı ve Özellikleri

Adölesan veya ergenlik kavramı 1904 yılında Stanley Hall ile birlikte literatüre girmiştir. İnsan gelişim dönemleri içinde ayrı bir dönem olarak yerini almıştır [48, 49]. Adölesan kelimesi “adolescere” teriminden türetilmiştir ve Latince’ de yetişkinliğe doğru büyüme ve gelişme anlamına gelmektedir[48, 50, 51]. Adölesan dönem kısaca ve geniş bir anlamıyla çocukluktan erişkin hayata geçiş dönemidir[52]. Adölesan, kişinin yetişkin sorumluluklarını üstlenebilmesi ve psikolojik yetkinliğe ulaşmasına dayandırılmış geniş bir kavramdır[53]. Bu dönem fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikolojik yetkinliği ile başlayan ve bireyin bağımsızlığını, kimlik gelişimini, üretkenliğini kazandığında sona eren bir dönemdir [54]. Sosyal olarak ise ergenlik dönemi genç erişkin rolüne hazırlığın olduğu dönemdir[54]. DSÖ, 10-19 yaş grubunu adölesan dönem olarak, 15-24 yaş grubunu ise gençlik dönemi şeklinde tanımlamaktadır[1]. UNESCO, ergenlik dönemini 12-24 yaşları arasında yaşanan dönem olarak kabul etmektedir[55]. Ergenlik dönemi bazı bireylerde geç başlayabilir veya daha erken de bitebilir. Bu dönem, 17 yaşında sona erebileceği gibi yaşam boyu da sürebileceği belirtilmektedir. Bazı yazarlar da bu dönemin 11-12 yaş arasında başlayıp 19-21 yaşında sona erdiği görüşündedir[50, 54]. Ergenlik gelişim dönemleri içinde toplumsal etkilerin birey için en çok önem taşıdığı evredir[48, 50]. Ergenlik genellikle sağlıklı bir dönemdir ancak sağlık hizmetleri sunumunda önceliği olan risk grubunu oluşturmaktadır[56]. Dünya nüfusunun %20’ sini oluşturan Adölesanların %85’ i geliştirmekte olan ülkelerde yaşamaktadır[57, 58]. Toplumun önemli bir kısmını oluşturmalarına rağmen adölesanlar en çok ihmal edilen gruplardan biridir. Artmış metabolik aktivite, somatik gelişim, psikolojik farklılaşma ile karakterize olan adölesan dönem bu dönüşümlerin getirdiği özel ihtiyaçları karşılayacak ideal koşullar oluşmadığı zaman bireyin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir[59]. Ayrıca sosyal durumdaki değişikliklerden de etkilenebilmekte ve fiziksel, algısal ve psikolojik yönden sorun yaşayabilmektedir[60].

Adölesan döneme giriş yaşı kesin olmamakla birlikte kızlarda 10, erkeklerde 12 yaşında başlar ve 18-20’li yaşlara kadar devam eder[48]. Genetik faktörler, beslenme, sosyo-ekonomik koşullar ve iklim gibi faktör ergenliğe giriş yaşını etkilemektedir[53]. Adölesan dönemde birçok değişiklik görülmektedir. Hızlı büyüme ve cinsel gelişim erkeklerde kızlardan 2 yıl sonra görülmektedir[61, 62]. Kızlarda ağırlık 6-18 kilogram artmakta, boyları ise 10-20 cm uzamaktadır. Göğüsler belirginleşmekte, menstrual kanama başlamakta, cinsel bölgelerde ve koltuk altında kıllanma meydana gelmektedir[33, 53]. Hormonal değişiklikler nedeni ile deri yağlanır, akne ve sivilcelenme olur[33, 53, 63]. Kızlarda menarş ile sonuçlanacak endokrin

değişikliğin başladığı ve doğurganlığın kazanıldığı zaman dilimi başlar. Genellikle menarştan sonraki menstrual periyotların çoğu anovulatuardır ve menarştan sonraki beş yıl içinde çoğu adölesan kızlarda menstrual siklus düzene girer. Kızlarda mons pubis gelişir ve daha fazla yağ birikimi olur. Labia majör ve minörler genişler, yüzeylelerinde ince kıvrıklıklar olur. Vajina uzar, vulva ve vajina mukozası yumuşar ve kalınlaşır. Himen kalınlaşır, himen orifisi genişler, vajina mukoza hücreleri kalınlaşır ve erişkin tipi hücrelere dönüşür. Hücrelerin glikojen içeriği artar. Menarş öncesi aylarda berrak ya da hafif beyaz mukoid bir vajinal sekresyon başlar. Vulva ve vajina mukozası puberte öncesi kırmızı renkte iken pubertede pembe renge dönüşür. Pubertede uterus boyutları artar, overler hacimce genişlerler[33, 63-65]. Erkeklerde ise vücut ağırlığı 7-10 kat artmakta ve boyları 10-30 cm uzamaktadır. Ses çatallaşmaya başlar ve erkekliğe özgü bir biçimde kalınlaşır. Deri yağlanır ve sivilceler çıkar. Pubertal atılım denilen boyca uzama, hacimce irileşme başlar. Kas dokusu artar ve vücuda iri erkeksi görünüm verir. Kollar, yüz, korpus penis hariç genital alan, göğüs ve bacaklarda erkeğe özgü tüylenme başlar. Androjen salgısının pik yapması nedeniyle penis ve testisler olgunlaşmaya başlar. Peniste erektilite ve uyarılma kabiliyeti artırır, testisler spermleri üretmeye başlar[53, 63]. Testisler tam anlamı ile büyüüp geliştiği zaman spermatogenezin meydana gelebilmesi için hem Folekül Stimülant Hormon (FSH) hem de Luteinizing Hormon (LH) uyarısına ihtiyaç vardır. Spermatogenezin meydana gelmesi 11-15 yaşları arasında başlayabilir[33, 63, 64].

Adölesan dönemde kimlik gelişimi ile birlikte bilişsel gelişimin hızlanması, duygu yoğunluğunda artmaların olması, meslek seçimi, karşı cinsle kurulan ilişkilerin olması, bireyselleşme sürecinin başlaması gibi sebeplerle bir takım zorluklar ortaya çıkabilir[66]. Adölesan dönemdeki gençlerle yapılan araştırmalar adölesanların problemlerinin buldukları yaşa, okula devam edip etmemelerine aile tutumlarına, adölesanın bilişsel kapasitesine, çevreleri tarafından kabul görme durumlarına göre değişiklik gösterdiği rapor edilmiştir[64]. Adölesan dönem, gelişim periyotları içinde toplumsal etkilerin birey için en fazla önem taşıdığı dönemdir[48].

DSÖ adölesan dönemi 3'e ayırarak incelemektedir[2].

Erken adölesan dönem; 10-13 yaşları arasındaki dönemi kapsamaktadır. Bu dönemde ilgi bedene dönük olur. Kişi kendini yabancılaşmış hisseder. Cinsel çatışma ve korkular başlar. Bu dönemde adölesanın çelişkili duyguları olsa da cinsiyet rollerini derinliğine öğrenir. Aynı cinsiyetle arkadaşlık kurar[48, 54]. Erken büyüme erkeklerde ruh sağlığı açısından olumlu etkiler yaratırken kızlarda akranlarından daha yüksek depresyon oranı, anksiyete ve yeme bozuklukları görülmektedir[66]. Fiziksel görünümünün değişmesi, içsel dürtülerin artması, cinsel kimlik gelişiminin daha fazla hissedilmesi adölesanı sosyal olarak yeni roller edinme gerçeğiyle karşı karşıya bırakır. Bu durumda gençte gerginlik yaratır. Yine bu dönemde aynı cinsten bir veya iki kişiyle yakın arkadaşlık kurma eğilimleri daha fazladır. Birbirlerinin sınırlarını



paylaşma ve yardımlaşmaya dayalı bu tür arkadaşlıklar gencin ilerideki sosyal ilişkilerini şekillendirir ve insanlarla yakınlık kurmaya da hazırlar. Bu dönemde Adölesanlar birbirlerine ayna görevi görürler. Bu dönemde yaşanan ilişkiler adölesanın kendisini başkasının gözüyle de görebilmesini sağlayarak duygusal olgunlaşmayı hızlandırır ve buna bağlı olarak da duygusal rahatsızlıkları önleyici rol oynamaktadır[48].

Orta adölesan dönem; 14-16 yaşları arası dönemi kapsamaktadır. Bu dönemde aileden bağımsızlaşma çabaları olan adölesan çelişkili duygular yaşayabilir. Ebeveyn etkisinde azalma ve onlara karşı çıkma davranışları görülebilir. Aile dışında yeni sevgi kaynakları arar, bu dönemde arkadaşlık ve gruplar önem kazanır. Arkadaşlarıyla özdeşleşir ve onları örnek alma durumu artar. Eleştirel ve soyut düşünce derinleşir. Bilişsel gelişim hızlanır. Çalışma zorunluluğu ve zevk alma arasında kararsızlık görülebilir[53, 54]. Beden gelişiminin tamamlanmasıyla birlikte bu dönemde adölesan için baş edilecek konulardan biri cinsel kimlik gelişimidir. Her iki cinste kendini kız ve erkek olarak tanımaya ve buna uygun olarak sosyal roller edinmeye başlamaktadır[48].

Geç adölesan dönem;17-19 yaşları arasındaki dönemdir. Akademik ve sanatsal arayışların, sosyal bağların adölesanın kendisini tanımaya, bir topluluğa ait hissetmesine yol açtığı bir dönemdir[66]. Aileden kopma, bağımsızlaşma yavaş yavaş gerçekleşir. Kendi kararlarını verip kendi seçimini yapma konusunda çelişkileri azalır. İlgi ve yeteneklerini daha gerçekçi tanır. Kendi yolunu daha gerçekçi biçimde saptar. Ömür boyu sürecek olan meslek, iş ve eş seçiminde daha gerçekçidir. Cinsel çatışmalarında azalma olur. Kimlik duygusu geliştirme, benimseme ve kimliğinin sentezine ulaşma çabaları sonucunda kendi kimliğini gerçekçi biçimde bulmuş olur[33, 53, 54]. Kimlik duygusunun sağlıklı gelişiminin önemli bir göstergesi adölesanların hissettiği aynılık ve süreklilik duygusu ile başkaları tarafından algılanan aynılık ve süreklilik duygularının birbirleriyle örtüşmesidir. Kimlik gelişiminin cinsel, toplumsal ve mesleki kimlik gelişimini tamamlamamış adölesanlarda kimlik kargaşası görülebilir. Bu durum kaygı, depresyon, diğer psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olur. Genellikle kararsızlık, yalnızlık ve boşluk hissi, doyumsuz ilişkiler kuramama, zaman kavramında bozukluk, acelecilik, bir işe odaklanamama gibi durumlar gözlenir. Kimlik gelişiminin tamamlanamaması adölesanlarda parçalanma duygusuna yol açmakta ve bunun sonucu gelişen anksiyete de psikoz tablolarının ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir[48]. Adölesan dönemin sonunda kimlik gelişimini tamamlamış adölesanlarda yakın ilişki kurma ve sürdürme, iş ve eş seçme, toplum içinde yetişkin rollerini üstlenebilecek sorumluluğa sahip olma becerileri gelişmektedir[48, 66].

## 2.2.Adölesan Dönemde Sık Karşılaşılan Sorunlar

Adölesan dönemde riskli davranışlar fazladır ve önlenabilir sağlık problemlerinin oranı yüksektir. Adölesan kendi ve karşı cinsin özelliklerini, vücut işlevlerini ve üreme özellikleri gibi konularda yeterli bilgiye sahip değildir. Bu bilgisizlikle cinsel yaşam erken yaşta başlarken adölesanlar cinsellik kontraseptif yöntemler ve CYBE ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları için istenmeyen gebelik ve CYBE riskine maruz kalmaktadır[33, 67]. Adölesan döneminde sık karşılaşılan sorunlar ise; beslenme ve yeme bozuklukları, erken evlenme, adölesan doğurganlığı, istenmeyen gebelikler, düşükler, adölesan gebelikler, CYBE yakalanma riski, depresyon ve intihar, şiddet davranışları, sigara, alkol ve madde kullanımı, ortopedik problemler, cilt problemleri, guatr, göz problemleri, cene ve diş problemleri, kaza ve şiddete ilişkin sorunlardır[33, 53, 54]. Bu sorunlar Adölesanlarda fiziksel, ekonomik ve psiko-sosyal bozukluklara yol açmaktadır[68]. Adölesanlar daha fazla cinsel patnere sahip olma eğilimindedirler ve Adölesanlarda kondom kullanımı azdır[69]. Her 20 adölesandan birinde HIV/AIDS dışında bir CYBE meydana gelmektedir[20]. DSÖ'nün 2013 verileri HIV ile enfekte olan çocuk ve adölesan dahil kişi sayısını 78 milyon ve HIV nedeniyle ölen kişi sayısının ise 35 milyon olduğunu göstermektedir[70]. İlk cinsel aktiviteye başlama yaşı dünya genelinde giderek düşmektedir ve buna bağlı olarak da evlilik öncesi cinsel ilişkiyle adölesan gebelikler ortaya çıkmaktadır. Adölesanların henüz fiziksel ve mental olarak anne olmaya hazır olmaması, bilgi eksikliklerinin fazla olması, istenmeyen gebelikler ve uygun olmayan koşullarda yapılan düşükler sebebiyle adölesan sağlığı tehlikeye girmektedir[71]. Latin Amerika'da daha 16 yaşına girmemiş adölesanlarda anne ölümleri 20 yaşından büyük yaşlarda evlilik yapan kadınlara göre 4 kat fazla olduğu görülmektedir[72, 73]. Dünyada her yıl 100.000 adölesan intihara bağlı, 300.000 adölesan ise sigara, tütüne bağlı hastalıklardan dolayı ölmektedir. 15-19 yaş arası kız çocukları intihar açısından en riskli grubu oluşturmaktadır. Ve ayrıca her yıl dünyada 2-4 milyon adölesan da sağlıksız koşullarda düşük yapmaktadır[18, 19].

## 2.3.Adölesan Gebeliğin Tanımı ve Önemi

Adölesan gebelikler genel olarak 19 yaşın altındaki kadınların gebeliği olarak kabul edilir. Ancak ülkeler arası karşılaştırılabilirlik açısından doğum gerçekleştiğinde 15-19 yaş arasında olan gebelikler adölesan gebelikler olarak tanımlanır[74].

Adölesan gebelikler gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde meydana gelen küresel bir problemdir[26]. Adölesan anneler ve bebekleri ölüm veya hastalık riski taşıdıklarından dolayı adölesan dönemdeki doğurganlık önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Çalışmalar annelerin yeterli düzeyde doğum öncesi bakım almadıklarını ve obstetrik komplikasyonlarla sık

karşılaştıklarını göstermektedir[75-77]. Sayar' in belirttiğine göre günümüzde adölesanlar önceki kuşaklara göre daha erken yaşlarda cinsel ilişki deneyimi yaşamaktadır[77]. DSÖ verilerine göre her yıl 15-19 yaş arasındaki 16 milyon adölesan ve 15 yaşından küçük 2. 5 milyon adölesan gelişmekte olan bölgelerde doğum yapmaktadır. Dünya 15-19 yaşları arasındaki adölesanların önde gelen ölüm nedenleri ise gebelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlardır. Dünyada her yıl 15 ile 19 yaş arasındaki 3. 9 milyon adölesan güvensiz koşullarda küretaj olmaktadır[26]. Sağlıksız koşullarda yapılan düşüklerin dörtte biri adölesan yaş grubunda olduğu görülmektedir[77]. TUSEB ve TUİK 2018 verilerine baktığımızda 2017 yılında adölesan doğurganlık hızı binde 21 olarak tespit edilmiştir[18, 78].

Adölesan gebelikler sadece anne sağlığını değil bebeğin sağlığını da etkilemektedir ve bu gruptaki kadınların bebeklerinde daha fazla prematüre ve düşük doğum ağırlığı görülmektedir[77]. DSÖ' nün bildirdiğine göre adölesan gebeler 20-24 yaşlarındaki gebelere göre daha yüksek oranda eklampsi, puerperal endometrit ve sistemik enfeksiyon riski ile karşı karşıyadır. Adölesan annelerden doğan bebeklerde düşük doğum ağırlığı, erken doğum, ağır neonatal hastalıklar bakımından yüksek risklerle karşı karşıyadır[26].

Adölesan gebelikler anne ve bebek sağlığına getirdiği riskler kadar topluma ve ülkelerin ekonomisine de ağır yükler getirmektedir. ABD' de adölesan anne ve bebeklerinin izlemlerinin daha sık yapılması ve riskli bir grup olmaları nedeni ile her yıl sigorta şirketleri 9 milyon dolar fazla ödeme yapmaktadır[79]. Tüm bu veriler adölesan gebeliklerin hem dünyada hem de ülkemizde önemli bir toplum sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

#### **2.4.Dünya'da ve Türkiye'de Adölesan Gebeliğin Görülme Sıklığı**

Adölesan gebeliklerin görülme sıklığı, aile yapısı, sosyal, ekonomik ve kültürel özellikler, evlenme yaşı, dini inançlar, kontraseptif yöntem kullanımı birçok faktörün etkisine bağlı olarak değişmektedir[80]. Gelişmekte olan ülkelerde adölesan gebelik oranları gelişmiş ülkelere göre daha fazladır. Bunun muhtemel nedeninin ise gelişmiş ülkelerde genç yaştaki kadınlara sağlanan eğitim ve kontraseptif olanaklarının gebe kalma riskini azaltması olduğu düşünülmektedir. Bu ülkelerde cinsel yönden aktif olan gençler doğum kontrol yöntemlerini kullanmaya ve/veya küretaj olmaya özendirilmektedir. Ayrıca gelişmiş ülkelerdeki adölesan gebe oranlarındaki düşüklüğe aile planlamasına katkıda bulunan sağlık personelinin gayretlerine, cinsellik eğitimine, sorumlu cinsel tutum için güçlü toplumsal desteğe, eşit bir gelir dağılımı sağlayan sosyal devletin varlığına, evlilik dışı cinsel ilişkiyi yargılayan aşırı tutucu ve aşırı dinciliğin olmayışı gibi faktörlere bağlanmıştır[81, 82]

DSÖ (2012), gelişmekte olan ülkelerde adölesan kızların %30'u 18 yaşın altında, %14'ü ise 15 yaşın altında evlendiğini rapor etmiştir[2]. Dünya genelinde her yıl 15 yaşın altında 2. 5 milyon kız çocuğu, 15-19 yaş arası ise 16 milyon kız çocuğu doğum yapmaktadır. Başka bir çalışmada ise beş kız çocuğundan biri, gelişmemiş ülkelerde ise her üç kız çocuğundan biri 18 yaşın altında doğum yapmaktadır[27]. Loaiza ve Liang (2013), 15 yaşına kadar canlı doğum yapan adölesanların oranının %3 olduğu bildirilmiştir. 18 yaşından önce Sahra Altı Afrika, Batı ve Orta Afrika' da adölesan doğum oranı %28, Doğu ve Güney Afrika' daki adölesan doğum oranı ise %4 olarak bildirilmiştir. Her yıl 18 yaşın altında olan 7. 3 milyon adölesan kız doğum yapmaktadır[67]. Amerika Birleşik Devletleri' nde (ABD) 2014 yılında 15-19 yaşlarındaki adölesanların doğum oranı bin kadın başına 24. 2 doğumdur[83]. ACOG 2017 verilerine göre ise 2015 yılında ABD' de 15-19 yaşları arasındaki adölesanlarda doğum oranının bin kadın için 22. 3 olduğu bildirilmiştir. Gebelik oranlarındaki düşüslere rağmen ırkçı ve etnik eşitsizlikler nedeniyle Latin Amerika dışındaki beyaz ergenler ile karşılaştırıldığında, siyah ve İspanyol ergenler arasında daha yüksek doğum oranları olduğu için hala bir sorun olarak devam ettiği bildirilmektedir[84]. DSÖ 2017 verilerine göre ise en düşük adölesan gebelik oranı ‰ 0. 7 ile Kore Demokratik Halk Cumhuriyetidir. Adölesan gebelik oranının en yüksek olduğu ülke ise ‰ 229 oranıyla Merkez Afrika Cumhuriyeti'dir. Japonya'da adölesan gebelik oranı ‰ 4. 4, Amerika Birleşik Devletleri'nde ise ‰ 26. 6, Güney Afrika'da ise ‰ 54' tür[29]. Dünya genelinde adölesan gebelik oranına bölgesel olarak baktığımızda Avrupa bölgesinde ‰ 1.3-54.0 arasında, Amerika Bölgesi' nde ‰ 12. 6- 115. 6 arasında, Afrika Bölgesinde ‰ 12. 4- 229 arasında, Doğu Akdeniz Bölgesinde ‰ 6.0-87.0 arasında, Batı Pasifik Bölgesinde ‰ 1.7-105.3 arasında, Güney Doğu Asya Bölgesi' nde ise ‰ 0.7-113 arasında değişmektedir[29]. Dünya genelinde tüm doğumların yaklaşık onda birini temsil eden 15 milyon bebeğin adölesan annelerden doğduğu bildirilmektedir[1].

Türkiye'de tüm doğumların yaklaşık %20' si riskli olarak kabul edilen 20 yaşın altında ve 35 yaş üzerinde görülmektedir. Türkiye'de yaşa özel doğurganlık hızı 15-19 yaşları arasında bin kadın başına 31'dir[20]. TÜSEB ve TÜİK 2018 verilerine göre ise 2017 yılında adölesan doğurganlık hızı binde 21 olarak bildirilmiştir[18, 78]. Ülkemizde adölesan yaşta olan kadınların %5' i çocuk doğurmaya başlamıştır. Yine adölesan dönemdeki kadınların %3' ünün bir canlı doğumu olmuş, %1' i ise ilk çocuğuna gebedir. Türkiye' de çocuk doğurmaya başlama 18 yaşından itibaren artmaktadır. 19 yaşındaki adölesanların %19' u ya ilk çocuğuna gebedir ya da anne olmuştur. Yaşanılan bölge, eğitim durumu hane halkı refahı da adölesan gebelik oranını etkilemektedir. TNSA 2013 sonuçlarına göre kırsal alanda adölesanlarda gebelik oranı %6, kentte adölesan gebelik oranı %4' tür. Buda bize kırsal alanda adölesan gebeliklerin daha çok görüldüğünü göstermektedir. Adölesan gebelik oranı batıda %3, güney, orta ve doğu'da %6' nın üzerindedir[20]. Eğitim seviyesi ile adölesan gebelik arasında ters yönde bir ilişki

bulunmaktadır. Eğitim seviyesi fazla olan adölesanların eğitim düzeyi az olan adölesanlara göre çocuk doğurma davranışı daha düşüktür. Eğitimi olmayan kadınların %17' si adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlarken bu oran en az ilkokul mezunu kadınlarda %8' dir. Refah düzeyi de adölesan gebelik oranını etkilemektedir. Orta, düşük ve en düşük refah seviyelerindeki ailelerde adölesan gebelik oranı %6-8, en yüksek refah düzeyine sahip ailelerde adölesanlardaki gebelik oranı ise %3 veya daha azdır[20]. Diyarbakır'da yapılan çalışmada, doğum yapan kadınların %10. 3' ünün 19 yaşın altında olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınların yarısından çoğunun (%59. 7) 18 ve altı yaşta evlendiği belirlenmiştir[85]. Başka bir çalışmada adölesanların yaklaşık %6. 4'ü evli, %4. 9'u gebe ve %4. 8'i doğum yaptığını belirtmiştir. Aynı çalışmada, eğitimsizlik ve işsizliğin adölesan anneler için riski artırdığı saptanmıştır[86].

## **2.5. Adölesan Gebelik Nedenleri**

### **2.5.1. Yoksulluk**

Gebelik yaşayan adölesanların çoğu düşük gelirli ailelere sahiptir[87]. Yoksul ailelerden gelen adölesan kızların sosyo-ekonomik düzeyi yüksek adölesan kızlardan daha çok cinsel ilişkide bulunmaktadır ve gebelik risklerini daha az bilmektedir[88]. TNSA 2013 verilerine göre; orta, düşük ve en düşük refah seviyesine sahip ailelerde yaşayan adölesanların %6-8' i, en yüksek refah düzeyine sahip adölesanların %3'ünden azının çocuk doğurmaya başladığı bildirilmiştir[20]. Yoksul ve eğitim düzeyi düşük adölesanların çocuk denecek yaşlarda cinsel ya da fiziksel şiddete maruz kalmış ve bu adölesanların anneleri de adölesan yaşta doğum yapmıştır[4, 87]. Bazı toplumlarda kız çocukları aileye ekonomik bir yük gibi görülüp, evlendirilerek maddi yönden rahat edeceği, iyi giyineceği, iyi besleneceği düşüncesiyle yoksul aileler adölesan yaşta kızların evliliğini uygun görmektedir[89, 90]. Bu tür kız çocuğunun ekonomik yük olarak algılandığı toplumlar da evden bir kişinin eksilmesinin ailenin ekonomik yükünü azaltacağı görüşüyle kızlar başlık parası, çeyiz parası veya herhangi bir mal karşılığında evlendirilip ailelere gelir kaynağı olarak görülmektedir[91, 92]. Borja ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan gebelerin yaşadığı konutlarda çeşme suyu, elektrik, alafranga tuvalet gibi sosyodemografik göstergelerinin kötü olduğunu belirtmişlerdir[93]. Özşahin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan gebelerin evlenmeden önceki aile gelirlerinin düşük olduğu, ortalama 5. 1 kardeşe sahip olduğu ve geniş ailelerde yaşadığı belirtilmiştir[86].

### 2.5.2. Eğitim

Gelişmekte olan ülkelerde kadınların okur-yazar olma oranı, eğitim seviyesi ve kadının statüsü erkeklerin statüsü ve eğitim durumundan daha düşüktür[94]. Eğitim seviyesinin azlığı ve gelenekler yüzünden erken yaşta evlilik ve buna bağlı gebelikler fazladır[4, 88]. Eğitim düzeyi ve sosyal statüsü düşük olan ve evlenmeden cinsel ilişki yaşayıp gebe kalan adölesan, ailesi tarafından reddedilme tehlikesiyle de karşı karşıya kalmaktadır[4, 87]. Adölesanın kendisinin, eşinin/partnerinin ve ailesinin eğitim seviyesinin düşük olması adölesan gebelikler için bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir[10, 91, 95]. DSÖ, 18 yaşın altında 12 yıldan daha az eğitim gören adölesanların daha fazla eğitim görenlere göre 6 kat daha fazla doğum yaptığını rapor etmiştir[19]. TNSA 2013 sonuçlarına göre ise eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş kadınların %17'si adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlarken, en az ilkokulu bitirmiş kadınların ise %8'inin çocuk doğurmaya başladığı görülmektedir[20]. Sonuç olarak adölesan yaşta yapılan evlilikler ve bunun sonucunda oluşan adölesan gebelikler kadının eğitim görmesini, meslek sahibi olmasını, çalışma yaşamına katılmasını engellemekte ve adölesanın toplum içindeki statüsünü ve sosyoekonomik durumunu etkilemekte olduğu görülmektedir[91].

### 2.5.3. Sosyal Kültürel Nedenler

Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde gelenekler ve kültürel yapı erken yaşta evliliklerin ve gebeliklerin en önemli sebepleri arasında sayılabilir. Bunun yanında kültürel sebepler ile ailelerin çocuklarının evlenmelerini bir an önce görme isteği, çocukların aile açısından bir yük olarak görülmesi, başlık parası gibi maddi beklentiler erken yaşta yapılan evliliklerin sebepleri arasında sayılabilir[4, 87, 89, 91]. İlk evlenme yaşının gebelik ve doğum üzerinde önemli bir etkisi vardır. Türkiye'de evlilik toplumsal olarak çocuk doğurmak için kabul gören, onaylanan dönemin başlangıcıdır. Erken yaşta evlenen kadınlar ortalama olarak daha uzun süre gebelik riski altındadır[20]. Küçük yaşlarda anne veya babasını kaybedip üvey ebeveynine sahip olan, anne-babası boşanmış olan, ailesinde çocuk sayısı fazla olan, aile içi iletişim bozuk olan, ailesinde suça eğilimli veya suç işlemiş kişiler bulunan, adölesanda veya adölesanın ailesinde madde bağımlılığı bulunması, ailesinde cinsel istismar varlığı bulunan veya adölesanın ailesinde mental sorun varlığının aile içinde huzursuzluk ve kavgalara sebep olması nedeniyle adölesan yaşta cinsel ilişki yaşamak veya çocuk doğurmanın normal olarak görülmesi görüşüyle karşımıza erken yaşta evliliklerin ve bunun sonucu olan adölesan gebelikleri çıkarmaktadır[4, 91, 92]. Toplumun kız çocuklarına bakış açısı, kızlarının namusunu koruma isteğinin olması, ailelerin kızlarının evlilik öncesi cinsel birliktelik yaşamamasını önleme çabası, daha fazla sayıda çocuk olma isteğinin ve imkanının olması gibi faktörler adölesan evliliklerin

oranını artırmakta ve buna bağlı olarak da adölesan gebelik oranlarının yükselmesine sebep olmaktadır[ 92].

#### **2.5.4. İlk Evlenme Yaşı**

Evlilik yaşının adölesan gebeliği etkileyen en önemli nedenlerden biri olduğu bilinmektedir[91]. Canbaz ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada adölesan gebelerin %31.4'ünün 13-16 yaş arasında evlendiği görülmektedir[96]. Özşahin ve arkadaşları 15-19 yaş arasındaki kadınların %6.4'ünün evli olduğunu, %4.9'unun en az bir gebelik geçirdiği bildirilmektedir[86]. Medeni Kanunu'nda evlilik yaşı şu şekilde geçmektedir; 'Kadın ve erkek 17 yaşını doldurmadıkça evlenemez. Hakim olağanüstü durumlarda ve pek çok önemli nedenle 16 yaşını doldurmuş erkek veya kadının evlenmesine izin verebilir[97]. Türkiye'de yasal evlilik yaşı 18' dir[97,98]. Evlilik yaşına ilişkin farklı uygulamaların olması, 18 yaşından küçük bir kız çocuğunun evlendirilmesinin anne baba izni, hakim kararına bırakılması erken evliliklerin önünü açmakta ve buna bağlı olarak da adölesan gebelikleri karşımıza çıkarmaktadır[97,98]. Türkiye'de ebeveynlerin onayı ile en düşük evlilik yaşı hem erkek hem kadın için 17'dir[20]. TNSA 2013 verilerine göre 15-19 yaş arası kadınların %7.1'i evlidir. Evlilik dışı çocuk sahibi olmak Türkiye'de yaygın olmadığı için evlenmemiş kadınların nüfusunun oranı doğurganlık düzeyini doğrudan etkilemektedir[20]. Erken yaş evlilikler sonucunda adölesan gebelikler karşımıza çıkmakta ve bu şekilde adölesan gebeliklere özen artmaktadır. Molina ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan gebelerin %42'sinin annesinin de adölesan yaşta doğum yaptığını belirtmiştir[99]. Ülkemizin bazı bölgelerinde kız çocuklarının erken yaşta evlendirilmesi normal olarak görülmekte ve gelenek veya kültürel olarak da desteklenmektedir. Adölesan evlilikler sonucu ortaya çıkan adölesan gebelikler adölesan yaşta olan çiftler tarafından istenmese de aile büyükleri tarafından planlanmış ve istenen bir gebelik olduğu görülmektedir. Ayrıca toplumun adölesan yaşta evlenen kıza yaptığı çevre baskısı (doğurganlığını kanıtlama isteği) üzerine aile planlaması yöntemlerini kullanmadıkları da görülmektedir [91]. Tüm bunlardan dolayı adölesan evlilikler dünyada ve Türkiye'de önemli bir sorundur.

#### **2.6.Adölesan Gebeliklerin Sonuçları**

Adölesanların biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan gerekli olgunluğa erişmeden gebe kalmaları hem anne hem de bebeğin hayatında önemli sorunlara yol açtığından dolayı bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir[87]. Dünyadaki bütün veriler anne ve bebek ölüm hızlarının en çok olduğu dört tip gebeliğe işaret etmektedir. Bunlar; 18 yaşından küçük, 35

yaşından büyük kadınların gebelikleri, dört veya daha fazla sayıdaki gebelikler, bir önceki gebelikleri arasında iki yıl ve/veya daha kısa süre olan gebeliklerdir[13]. Adölesan gebelikler yüksek riskli gebeliklerdir ve yüksek maternal ve fetal morbidite ve mortalite ile sonuçlanabilmektedir[69]. Yılda yaklaşık olarak 70.000 adölesan gebelik ve doğumla ilgili nedenlerle ölmektedir[100]. Erken yaştaki gebeliklerde riskler gebelik, doğum ve yeni doğan riskleriyle sınırlı değildir, doğum sonu komplikasyonları kapsayan riskler de vardır[59]. Bunun yanında adölesan anneler ile bebekleri hastalık ve ölüm riski de taşımaktadır. Erken yaşta başlayan gebelikler geniş ailelerin oluşmasına neden olur, hem demografik hem de anne çocuk sağlığı açısından önemli olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Erken yaşta evlenen kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı düşük olduğundan gebeliğe bağlı risklerin görülme oranı daha yüksektir[101].

### **2.6.1. Maternal Sonuçlar**

Adölesan gebelikler, genç kızları eğitim gibi temel bir haktan ve diğer birçok sosyal haktan mahrum bırakmaktadır. Ayrıca, anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilemekte, diğer gebeliklere kıyasla daha riskli kabul edilmektedir[57]. Adölesan gebeliklerde görülen gebelik ve doğum komplikasyonları diğer gebeliklere göre %60 daha fazla görülmektedir[101]. Gebelik süresince kadın vücudunda çeşitli yapısal ve işlevsel değişiklikler görülmektedir. Kadın biyolojik ve sosyal yönden gelişimini tamamlamadan gebe kaldığında hem anne hem de bebek bu süreçten olumsuz etkilenmektedir[33]. Adölesan gebelikler genel olarak riskli gebelikler olarak kabul edilmektedir. Adölesan gebelikler tıbbi ve sosyal sorunlara yol açabilmektedir. Yapılan çalışmalarda doğurganlık yaşı küçüldükçe annelerde komplikasyon görülme riskinin yükseldiği bildirilmiştir[102]. Adölesan gebelikler de yaşanabilecek sorunlar anne yaşı kadar, olumsuz yaşam koşulları, düşük sosyo-ekonomik durum, olumsuz sağlık koşulları, beslenme bozukluğu, kötü alışkanlıklar, antenatal bakım yetersizliği de etkili olmaktadır[101].

#### **2.6.1.1. Preeklampsi ve Eklampsi**

Preeklampsi genellikle gebeliğin 20. haftasından sonra veya doğumdan sonra yedi gün içinde gelişen hipertansiyon veya proteinüri ile ortaya çıkan bir durumdur[101,103]. Preeklampsi maternal ölümlerin %18-20'sinden sorumludur [104]. Gebeliğin başında kan basıncı normal olan bir hastada 20. gebelik haftasından sonra kan basıncının 140/90 mmHg ve daha yüksek olması ya da önceki ölçümlere göre sistolik basınçta 30 mmHg, diyastolik basınçta ise 15 mm Hg'lık artış hipertansiyon açısından tanı koydurucudur. Proteinüri glomerüler hasarın göstergesidir. Laboratuvar analizinde 24 saatlik idrarda 300 mg ve üstü protein



görülmesi, 6 saatlik veya daha fazla ara ile alınan en az 2 idrar örneğinde 1+' den fazla proteinüri olması patolojik proteinüri tanısı için yeterlidir[105].

Preeklampsi ve eklampsi 20 yaş ve üzeri gebeliklere göre adölesan gebelerde daha sık görülmektedir[95]. Gelişimini tamamlamadan adölesan da meydana gelen gebelik ile artmış metabolizma, yeterli düzeyde olmayan doğum öncesi bakım, düşük sosyoekonomik ve eğitim seviyesi preeklampsi görülme sıklığını artırmaktadır[95,101]. Eklampsi görülmesi ise ender karşılaşılan bir durumdur[101]. Kawakita ve arkadaşları erken adölesan gebelerde preeklampsi ve hemoliz, artmış karaciğer enzimi düzeyleri düşük trombosit sendromu risklerinin artmış olduğunu tespit etmiştir[106]. Melekoğlu ve arkadaşları, adölesan grupta preeklampsi (%31.3) görülme sıklığının anlamlı olarak yüksek olduğunu belirlemiştir[107]. İnalöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan grupta eklampsi gelişiminin fazla olduğu görülmüştür [108]. Seçkin ve arkadaşları da preeklampsinin adölesan gebe grubunda daha yüksek oranda görüldüğünü tespit etmiştir[109]. Bu oranın yüksek olması gebelerde maternal ve fetal morbidite ve mortalite riskinin arttığını göstermektedir[107]. Adölesan gebelikler maternal ve fetal kötü sonuçlara yol açtığı için yüksek riskli gebelikler olarak kabul edilmektedir[109].

#### **2.6.1.2.İstenmeyen Gebelikler ve Abortus**

Dünya da her yıl 14-15 milyon adölesan kadın anne olmaktadır. Sağlıksız koşullarda gerçekleşen düşüklerin dörtte biri adölesan yaş grubunda görülmektedir[24].

İstenmeyen gebelikler kadınların üreme sağlığını tehdit eden en önemli sorunlardan biridir. Adölesan gebeliklerin istenmediği durumda adölesan gebeliği sonlandırmak için sağlıksız koşullarda yapılan düşüklere başvurmaktadır. Adölesan gebeliklerin büyük oranda istenmeyen gebelikler olduğunu düşündüğümüzde adölesan kadınlar yasal olsun veya olmasın isteyerek düşüğe yönelmektedir, buna bağlı gelişen komplikasyonlarla adölesan karşı karşıya kalmaktadır[87,101]. DSÖ' ye göre bu düşüklerin yaklaşık yarısı sağlıksız koşullarda gerçekleşmektedir. Yasa dışı ya da sağlıksız koşullarda, eğitimsiz kişilerce veya kadının kendisinin girişi ile yapılan düşükler sağlıksız düşük olarak nitelenmektedir. Sağlıksız düşük yapan kadınların çoğu adölesandır[87]. Çünkü adölesanlar gebeliği kabullenememekte ve gebelikten kurtulmak istemektedir. Ancak sağlıklı ve güvenilir koşullarda küretaj yaptıracağı yerleri bilmemesi, ücret ile ilgili sıkıntılar, gebelikten kurtulmak istemesi, küretajı riskli olan ileri bir gestasyonel yaşa kadar ertelemesi ve benzeri nedenlerle küretaj için sağlıksız koşullara yönelmektedir. Küretaj ve düşükler eğitilmiş kişiler tarafından bile yapılsa birçok risk taşımaktadır. Düşük ve küretajın sağlıksız koşullarda ve eğitimsiz kişiler tarafından yapılması enfeksiyona, infertiliteye ve adölesanın ölümüne yol açmaktadır. Her yıl korunmasız cinsel ilişki yüzünden 2-4 milyon adölesan sağlıksız koşullarda düşük yapmaktadır[28,87]. Düşüğün tam

olarak gerçekleşmemesi sepsis, kanama, uterus rüptürleri, diğer genital organların ve iç organların yırtılması, pelvik ağrı, tüplerde yırtıklara, sekonder infertiliteye, dış gebeliklere, tekrarlayan düşüklere, sonraki doğumlarda erken doğum riski ve ruhsal sorunlar gibi komplikasyonlara neden olmaktadır[82,110].

### **2.6.1.3.Preterm Doğum**

37. gebelik haftasını tamamlamadan önce meydana gelen doğumlar preterm doğum olarak tanımlanmaktadır. Preterm doğumun hazırlayıcı faktörleri, gebelik öncesi vücut ağırlığının düşük olması, gebelikte yetersiz kilo alımı, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, sigara kullanılması, anemi, ilk gebelik olması, doğum öncesi bakımın yetersiz olmasıdır. Bu risk faktörleri adölesan gebeliklerde daha da sık görülmektedir[13]. Taner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada reproduktif yaş grubundaki gebelerle adölesan grubundaki gebeler karşılaştırıldıklarında preterm doğum riski açısından anlamlı bir fark saptanmıştır[58]. Santos ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan gebeler arasında prematüre doğum riski yüksek bulunmuştur[111]. Olausson ve arkadaşları yaptığı çalışmada adölesan gebelerde prematüre ve preterm doğum riskinin arttığını belirlemişlerdir[112].

### **2.6.1.4.Anemi**

Diğer yaş grubundaki kadınlara göre adölesan anne adaylarında anemi daha sık görülmektedir. Adölesan gebe preterm doğum açısından risk taşımaktadır. Eğer adölesan gebede anemi de varsa bu risk daha da artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık olarak adölesanların yarısı anemiktir[13]. Orak hücreli anemisi olan adölesan gebelerde şiddetli anemi, erken doğum, intra uterin gelişme geriliği, fetüse hastalığı taşıma riski gibi sorunlar görülebilir. Adölesan gebeliklerde anne yaşından çok beslenme alışkanlıkları, gebelik izlemi, demir ve folik asitten yetersiz beslenme ve bazı enfeksiyon hastalıkları adölesanlarda aneminin nedenlerindedir ve aneminin şiddetini de artırmaktadır[13, 101]. Melekoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anemi (%40) görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır[107]. Aba ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %44'ünün hemoglobin değeri 11mg/dl altında olduğu görülmüştür[33]. Gözükara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da adölesan gebelerin hemoglobin değeri ortalaması  $12.8 \pm 1.1$  olduğu görülmüştür[113].

### **2.6.1. 5. Sezaryen ve Müdahaleli Doğum**

Tüm dünyada sezaryen doğum oranında artış izlenmektedir ve bu artışa birçok sosyoekonomik nedenlerle birlikte adölesan gebeliklerin istenmeyen maternal sonuçlara ve müdahaleli doğumlara neden olmasının da etkili olduğu düşünülmektedir[114]. Ayrıca adölesan gebelerde doğum öncesi bakım (DÖB)'ın yetersiz olması da sezaryen oranlarını artırmaktadır. Literatürdeki bazı araştırmalar adölesan gebeliklerde sezaryen riskinin arttığını göstermekle birlikte bazı çalışmalar da sezaryen riskinin yetişkinlerden farklı olmadığını göstermektedir[115,116]. İnalöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan grupta çoğunlukla doğum şeklinin vajinal doğum olduğu görülmektedir [108]. Seçkin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan gebelerde epizyotomi ile normal doğum oranı yüksek bulunmuş, sezaryen doğum oranları ise düşük bulunmuştur[109].

### **2.6.2.Fetal ve Neonatal Sonuçları**

Adölesan gebelikler kadın sağlığını olduğu kadar çocuk sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Adölesan gebeliklerde çocuk ölüm oranları ve bebek ölüm oranları artmaktadır [117]. Ölü doğum ve yenidoğan ölümleri, adölesan gebeliklerde 20-29 yaş gebeliklere oranlara % 50 daha fazla bulunmuştur[112]. TNSA 2013 sonuçlarına baktığımızda beş yaş altı ölümlülüğün bin canlı doğumda 15, bebek ölüm hızının bin canlı doğumda 13, neonatal ölüm hızının ise bin canlı doğumda 7 olduğu görülmektedir[20]. Adölesan gebelikler düşük doğum ağırlığı açısından risk oluşturmakta, özellikle 15 yaş altındaki adölesan gebeler bu risk açısından artmış risklere sahiptir[59]. Adölesan gebelerin bebeklerinde prematürite, intra uterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlıklı bebek, prenatal mortalite riski, nörolojik defektler gibi komplikasyonlar ve sorunlar erişkin gebelere kıyasla daha fazla olduğu görülmektedir[57,101, 103,118,119]. İnalöz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bebek ağırlığının anne yaşındaki küçülme ile birlikte azaldığını tespit etmiştir[108]. Malabarey ve ark. genç adölesan gebelerin obstetrik sonuçlarını inceledikleri çalışmada, 15 yaşından küçük adölesan gebelerde IUGR, çok düşük doğum ağırlıklı infant, erken doğum, neonatal ölüm riskinin 15 yaşın üzerindeki gebelere kıyasla artmış olduğunu bulmuştur[119]. Bununla birlikte Taner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan gebeler ile reproduktif yaş grubundaki gebeler karşılaştırıldığında IUGR açısından anlamlı bir farkın bulunamadığı görülmektedir[58]. Adölesan annelerden doğan bebekler yeni doğan ölümü ve hastalıkları açısından risk taşımaktadır[37-39] . Adölesan annelerin bebeklerinde bebek ölüm hızı 2-3 kat daha fazladır[103]. Canbaz ve arkadaşlarının Samsun'da yürüttüğü bir çalışmada ise, 18 yaş altı doğumların toplam doğumların %3.5'ini oluşturduğu, düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebek oranı %12.3, preterm eylem %9.5, ölü doğum

oranı %1.7 olarak bulunmuştur[96]. Melekoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan gebelerde konjenital anomali (%16.3), intrauterin gelişme geriliği (%20), fetal distres (%20) görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır[107].

### **2.6.3. Toplumsal Sonuçları**

Adölesan gebeliklerin anne çocuk sağlığına olumsuz etkileri yanında toplumsal yönden de olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Adölesan gebelikler kız çocukların eğitimini de olumsuz etkilemekte ve okulu bırakmak zorunda kalmaktadır. Eğitimsiz kişilerde adölesan gebelikler daha fazla görülürken adölesan gebelik de annelerin eğitimini engellemektedirler. Adölesan gebelikler sadece annenin eğitimini engellemek ile kalmayıp, annenin çalışma yaşamına katılmasını engellemekte ve adölesanı ekonomik açıdan bağımlı hale getirmektedir[83,95]. TNSA 2013 verilerine göre; eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş kadınların %17' si adölesan dönemde çocuk sahibiyken, en az ilkokulu bitirmiş kadınlar arasında bu oran %8' dir[20]. Adölesan yaşta çocuk doğurmak kadınların ekonomik faaliyetten faydalanmasını engellemekte, uzun vadeli bakıldığında anneye, bebeğe ve ülke ekonomisine önemli oranlarda yükler getirmektedir[24,102]. Amerika'da yapılan bir çalışmada adölesan çağda doğum yapan kız çocuklarının ülkelerinin ekonomisine toplam maliyetinin 670 milyon dolar olduğunu bildirmektedir[40]. Yine Amerika'da yapılan başka bir çalışmada ise adölesan gebeliklerin doğumu için ABD'de vergi mükelleflerinden sağlık hizmetleri çocuk refahı için her yıl alınan vergi geliri 9 dolar artmaktadır[41]. Görüldüğü gibi adölesan gebelikler hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler ile ülkemizde toplumsal, ekonomik, neonatal ve maternal boyutları olan önemli bir sağlık sorunudur[42,24].

### **2.7. Birinci Basamakta Adölesan Gebe İzlemleri**

DÖB, anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca belirli aralıklarla gerekli muayenelerinin yapılıp ve öneriler de vererek, eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir[120,121]. Doğum öncesi bakımın amacı; annenin gebelikte yaşayacağı değişiklikleri izlemek, yaşanabilecek sorunları ve komplikasyonları erkenden fark etmek, gerekli tıbbi, psikolojik ve sosyal destek doğrultusunda dikkatli, doğru ve kalıcı uygulamalarla annenin yaşam kalitesini artırarak sağlıklı bir gebelik geçirmesini ve sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır[122-125]. Doğum öncesi bakımın amacına yönelik olarak annede gebelikten önce var olan hastalıklar sorgulanıp tespit edilir ve riskli gebelikler saptanır, gebelik komplikasyonları olarak karşımıza çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisi yapılır, eğer gerekirse sevki sağlanır [120,126]. Adölesan gebeliklerde ortaya çıkan olumsuz obstetrik sonuçların biyolojik yaşla birlikte en az

onun kadar önemli olan doğum öncesi bakım yoksunluğu ve kötü sosyo ekonomik durumdan etkilendiği bilinmektedir[17,127]. Yapılan çalışmalarda adölesan yaşta doğum yapan annelerin doğum öncesi bakımlarının yeterli seviyede olmadığını, obstetrik komplikasyonlarla daha sık karşılaştığını göstermektedir[101,24]. Yıldırım ve arkadaşları (2005) adölesan annelerin %77'sinin doğum öncesi bakımdan yoksun olduğunu, adölesan çağıdaki gebe kadınlar arasında gebelik oranlarının yüksek olmasına rağmen doğum öncesi bakımın düşük olduğunu bildirmiştir[35]. Türkiye'de 20 yaş altındaki gebelerin sağlık personelinin doğum öncesi bakım alma oranı %94, 20-34 yaşları arasında ise bu oran %97.3'tür[20]. TTB'nin Suriyeli sığınmacılar ile yaptığı çalışmada mülteci kadınların Türkiye'de buldukları süre içinde birinci basamakta ve 2. basamakta gebelik ve doğum gibi konularda başvurduklarında bu hizmetlere erişilemediğini ve doğum öncesi bakım alınmadığını söylemektedirler[128]. Ayrıca mülteci gebeler dil bilmeme, sağlık güvencesine sahip olmama, kötü muamele görme ve göreceğinden çekinme, yetersiz sağlık algısı gibi nedenlerden dolayı doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonu bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadır. Bu da anne ve bebek mortalite ve morbidite oranlarını yükseltmektedir[129]. Uzmanların tavsiye ettiği doğum öncesi bakım programı ise gebeliğin 7. ayına kadar (ilk 28 hafta boyunca) her ay, daha sonra 36. haftaya kadar iki haftada bir ve daha sonra 40. haftaya veya doğuma kadar her hafta şeklindedir[16,78]. Bu da gebelik süresince en az 10 doğum öncesi bakım anlamına gelmektedir. Bu acıdan baktığımızda Türkiye'de 4 ve daha fazla sayıda doğum öncesi bakım almış kadınların oranı ise %89' dur, bu veri ülkemizde adölesan gebelerin yeterli doğum öncesi bakım almadığını göstermektedir[20]. Adölesan annelerde doğum öncesi bakımın yetersiz olmasından dolayı komplikasyonlara daha çok rastlanmaktadır. Adölesan annelerin gebelikleri boyunca daha fazla bakıma ihtiyaçları vardır. Bu konuda yapılan çalışmalar adölesan yaşta doğum yapan annelerin doğum öncesi bakımlarının yeterli düzeyde olmadığını, obstetrik komplikasyonlarla daha sık karşılaştığını, eğitim ve sosyodemografik özelliklerinin daha düşük olduğunu, gebelik, gebelikteki normal belirtiler, gebelikteki acil durumlar, bu durumlarda nasıl davranılacağı gibi konularda yetersiz bilgilerinin olduğunu göstermektedir[37-39].

Doğum öncesi bakımda izlem zamanı ve sayısından daha çok izlem içeriği önemlidir. İzlem sırasında gebenin düzenli olarak tartılması, kan basıncının takip edilmesi, laboratuvar testlerinin yapılması maternal ve fetal sağlık sorunlarının erken tespiti açısından önemlidir [86]. Adölesanın jinekolojik ve obstetrik muayenesinde, diğer klinik değerlendirmelerinde tanılama/tedaviye başlama aşamalarında puberte, cinsellik ve fertilitate açısından duygusal problemler yaşayan adölesana uygun ortam sunulmalıdır. Kendini rahat hissetmesi sağlanmalıdır. Adölesan yargılanmadan kendini ifade etmesine olanak sağlanmalıdır. Güvene dayalı kişiler arası iletişim teknikleri kullanılarak iletişim başlatılmalı ve bu şekilde de sürdürülmesine özen gösterilmelidir[69,122,130].

Adölesan gebeliklerde tanı koymak oldukça zordur. Adölesan gebeler çeşitli şikâyetlerle sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Erken gebelik ile ilişkili en yaygın başvuru anormal adet dönemidir. Adölesanların adetleri genellikle düzensiz olduğu için adet tarihi güvenli değildir. Adölesan dönemde genellikle menstrual düzensizlikler ve ara kanamalar sık görüldüğü için bu amenorik dönem ile gebelik genellikle karıştırılmaktadır. Erken gebelik haftalarında olan kanamalar ve implantasyon sırasında oluşan kanamalar menstruasyon kanaması gibi düşünülebilmekte ve adölesana gebelik tanısının konmasında gecikmelere sebep olmaktadır.[47,129,130] . Yapılan bir çalışmada hamile gençlerin üçte ikisi kaçırılan bir menstruasyon tarihini rapor etmektedir[47]. Adölesanlar spesifik olmayan şikâyetler ile sağlık kuruluşuna başvuru yapmaktadır. Adölesan gebelerin diğer başvuru sebepleri ise; halsizlik, baş dönmesi, memede hassasiyet, kilo alımı, mide bulantısı, hırıltı, ateş, boğaz ağrısı, döküntü, laserasyon, depresyon, vajinal kanama, vajinal enfeksiyon, dizüri, baş ağrısı, hiperglisemi, hipertansiyondur. Bir çok adölesan gastrointestinal ve genitoüriner gibi spesifik olmayan şikâyetlerle sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır[44,47,130,131]. Adölesan gebeliklerde gebelik tanısının zor konulmasının birçok nedeni vardır. Adölesan hastalar genellikle pediatri polikliniklerine ve acil servislere başvuru yapmaktadır ve acil servislere de spesifik olmayan şikâyetlerle başvurmaktadır[130]. Acil servisler hem gebe kadınlara hem de erişilmemiş üreme sağlığı ihtiyacı olan adölesan çağıdaki kadınlara bakım ve hizmet vermektedir[43]. Adölesan gebeler riskli grup olmalarından, gebelikteki acil durumlar ve basit rahatsızlıklar konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarından dolayı acil servislere geniş bir şikâyet yelpazesiyile başvurmaktadır. Ernst ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 2010-2012 yılları arasında acile başvuran 12-19 yaş arası adölesan gebelerin çocuğunun karın ve genitoüriner şikâyetlerle acil servise başvurdukları bulunmuştur. Gebelerin %31'i spesifik olmayan semptomlara sahiptir[44]. Başka bir çalışmada da gebelerin %33'ünün en az bir kez acil servisi ziyaret ettiği belirlenmiştir[45]. Barnet ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 779 adölesan gebeden %19'unun doğumdan önce en az bir kez acil servise başvurduğu belirtilmiştir[45]. Adölesanlarda gebeliğin erken tanılanması doğum öncesi bakıma geç ulaşımı engeller, ektopik gebelik gibi hayatı tehdit eden olayların erken tespitini sağlar, töröpatik küretaj ve evlat edindirme gibi olayların göz önünde bulundurma fırsatı verir[47,44,130,131]. Tüm bu sebeplerden dolayı Adölesanlarda mutlaka gebelik sorgulanıp test yapılmalıdır. Adölesan gebelerin riskli grup olarak kabul edilmesine rağmen adölesan gebeler için özel bir izlem programı bulunmamakta, hem birinci basamak hem de ikinci ve üçüncü basamaklar ile acil servislerde normal gebeler gibi izlem ve muayeneleri yapılmaktadır.

Adölesan, gebe olduğunu öğrendiğinde endişeye kapılabilir, kendini iyi hissetmez ve gebeliği inkâr eder[69]. Adölesan gebeliklerin çoğu planlı gebelik olmadığı için kabullenilmeleri ve bir başkası ile paylaşımları zordur[103]. Adölesan gebe aile baskısından korktuğu, eş /

partner desteğinden yoksun olduğu ve maddi olanaklarının kısıtlı olmasından dolayı gebeliğin erken belirlenmesi gecikebilir. Buna bağlı olarak da doğum öncesi bakıma ulaşım da gecikir. Ayrıca gebeliği doğurmak zorunda kalabilir ya da ilerlemiş gebeliği kürtajla sonlandırarak komplikasyonlarla karşı karşıya kalabilir. Tüm bu sözü edilen nedenlerden dolayı adölesan gebe yetersiz antenatal bakım alabilir[132]. Adölesanların gebeliğe ilişkin bilgi ve becerilerinin yetersiz oluşu, psikolojik durumlarının gelişmemiş olması, adölesanlarda duygu durumlarının çok değişken olması antenatal bakımın önemini daha da artırmaktadır[77]. Yapılan bir araştırmada gebelik istense bile yetersiz antenatal bakım alındığı tespit edilmiştir[76].

DSÖ 21. yüzyılda ulaşmayı hedeflediği öncelikli hedeflerin başında “nüfusunun tümünün sağlığı geliştirici, koruyucu ve tedavi edici olanaklardan adaletli olarak yararlanmasını sağlamak” hedefi gelmektedir. Kadınların güvenli gebelik yaşamaları, sağlıklı bebeklere sahip olmaları için gebelikleri boyunca eğitilmiş sağlık personelleri tarafından izlem ve takiplerinin yapılması son derece önemlidir. DSÖ’ye göre gebeler gebelikleri boyunca sağlık personeli tarafından en az 6 kez izlenmelidir[133]. Kaliteli bir doğum öncesi bakım ilk trimester da başlamalıdır. Düzenli ve belirli aralıklarla gebeliğin sonuna kadar en az 6 kez izlem yapılmalıdır. Fakat riskli gebeliklerde ise daha fazla sayıda izlem yapılmalıdır[77,90]. Adölesan gebeliklere yönelik özel bir izlem rehberi mevcut değildir. Yukarıda da söz edildiği gibi adölesan gebelerde gözlenen risklerin artması biyolojik olgunlaşmamışlığın yanı sıra sosyoekonomik faktörler, yetersiz doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım ile ilişkilidir[134]. Bu nedenle adölesan gebeler daha sık izlenmelidir.

Birinci basamakta çalışan ebeler sağlık konusunda toplumun ilk başvuru noktasıdır. Kırsal ve kentsel alandaki gebe takibinin yapılabilmesi, toplumun içerisinde yaşayan bir sağlık grubu olması nedeniyle adölesan gebeliklerin izlemi ve yönetimi için ideal bir konuma sahiptir[3]. Türkiye’de güncel sağlık uygulamasında Sağlık Bakanlığının Birinci Basamaktaki sağlık personellerine (hekim, ebe ve hemşire) standart bir gebe izlemi için önerdiği izlem/takip sayısı 4’tür. Buna göre gebeliğin ilk 14 haftasında bir izlemdir. İlk izlemde gebelik teşhisi yapılmasını ve gebeliğe, gebelikte risk oluşturacak faktörlerin belirlenmesini sağlar. 18-24. haftalarda 2. izlem, 30-32. gebelik haftalarında 3. izlem, 36-38. gebelik haftalarında 4. izlem yapılmalıdır. Kadın doğum uzmanları ise birinci basamakta yapılan izlemler dışında gerekli diğer test ve kontrol içinde gebeleri izleme çağırılmaktadır[134]. Adölesan gebelerin takibinde prensip olarak diğer gebelerden farklı bir izlem sayısı bulunmamaktadır. Fakat adölesan gebeliklerin izleminde bazı klinik konularda özel dikkat sarf etmek gerekir. Adölesan gebelikler riskli gebelikler olduğu için standart gebelik izlemleri dışında izlem sayısını artırmak gerekir[3]. Gebelik tanısı ve klinik izlemler için başlangıçta adölesan gebeden iyi bir obstetrik ve jinekolojik öykü alınmalıdır. Anovuluar siklus nedeni ile menstruasyon gecikmesi olması ve evde yapılan gebelik testleri güvenli olmadığı kesin tanı koyabilmek adına adölesandan kanda veya idrarda

beta HCG istenerek gebelik tanısı konmalıdır. Adölesan gebenin fizik muayenesi yapılarak gebeliğin büyüklüğü, gebelikte komplikasyona yol açabilecek bir hastalığın olup olmadığı değerlendirilmelidir. Adölesan gebede abdominal ağrı anormal vajinal kanama olduğunda acilen değerlendirilip uygun bir merkeze sevk edilmelidir. Herhangi bir komplikasyon olmayan gebeler ise mutlaka perinatal izlem için kontrollere çağırılmalıdır[81,92]. Gebelik netleştikten sonra mutlaka eşi veya bir yakını ile paylaşarak sosyal destek alması önerilmelidir. Adölesan gebeliğin devamı ile ilgili kararı öğrenilmeli, izlenecek yaklaşımlar ve klinik izlem sıklığı belirlenmelidir. Eğer adölesan gebe gebeliğini sonlandırmak isterse bu kararını erkek arkadaşı/eşiyle paylaşması önerilir. Uygun koşullarda ve yasal sınırlar çerçevesinde yapmasının öneminden bahsedilir. Sonlandırmanın nasıl yapılacağı, müdahale maliyeti ve komplikasyonları hakkında ayrıntılı bilgi verilir. Bu durumdan dolayı duyabileceği suçluluk ve üzüntü duyguları ile baş etmesinde destek olunmalıdır. Adölesan gebelerde intihar riskinin artması, sigara, alkol ve yasa dışı ilaç kullanım riskinin artması ve psikolojik problemlerde artış olabileceğinden dolayı psikiyatrik destek konusunda adölesan gebeler değerlendirilmeli ve gerekirse uzman destek sağlanmalıdır[129,136]. Müdahaleden sonra da adölesana etkin bir aile planlaması danışmanlığı yapılmalıdır[101]. Adölesan gebe, gebeliğin devam etmesini istiyorsa ebeveyn olmanın sorumlulukları, doğum öncesi izlemlerin nerede nasıl yapılacağı, gebeliğin riskleri, isterse geleceğe yönelik planları ayrıntılı bir şekilde konuşulmalı ve danışmanlık yapılmalıdır[101]. Daha sonra gebelik boyunca klinik izlemlerde adölesan gebelerin boy ve kilo takibi, yaşam bulguları ve laboratuvar verileri değerlendirilmelidir. Ayrıca fetal iyilik hali, anemi durumu değerlendirilmeli, hipertansiyon durumuna, düşük sayılarına bakılmalı, doğum yönünden değerlendirilmeli, laktasyon sorunlarına, adölesan annenin bebeklerinde oluşabilecek sorunlara, sosyal ve psikolojik boyutlarına, adli boyutuna dikkat edilerek izlemleri yapılmalıdır[3]. Amerikan Pediatri Akademisi ve Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Kongresi doğum öncesi bakımı tıbbi, beslenme, psikolojik sorunları da çözmeyi içeren bakım planı ve hastanın/ailesinin eğitim ihtiyaçları üzerinde durulması gerektiğini bildirir[137]. Adölesan gebelere doğum öncesi bakımdaki eğitim konuları erken gebelik sorunları, beslenme, egzersiz, emzirme ve ebeveynlik teknikleri konularından oluşmalıdır[138]. Adölesan gebelerin izleminde kadın doğum uzmanı, hemşire, ebe, diyetisyen, psikolog, gerekirse pediatri uzmanının da içinde bulunduğu bir ekip tarafından yapılması önerilmektedir[139]. Birçok çalışma sosyal desteğin sağlığa önemini vurgulamaktadır. Adölesanın yeterli sosyal destek alması hem ergenin sağlığı hem de anneliğe adaptasyon sürecini olumlu yönde etkileyerek iyileştirir. Adölesanların sosyal erişim ve ekonomik kaynakları kısıtlı olduğu için gebelik ile ilgili plan yapmazlar ve yetişkinlerden daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duyarlar. Bu yüzden adölesan gebelerin klinik izlem ve muayenelerinde, acil servislerdeki muayenelerinde ve değerlendirilmelerinde ebe ve hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık ekibi adölesan annedeki sosyal destek varlığı ve



kaynakları sorgulamalıdır. Adölesan gebeliklerin komplikasyonları, adölesanların duygusal durumu göz önüne alındığında doğum öncesi bakım hizmetlerinde adölesan gebenin çevre ve sosyal destek kaynakları konuşulup belirlenmelidir. Adölesan gebe ve ailesi sosyal destek sağlamanın önemi konusunda bilgilendirilmelidir[17,140,141]. Adölesan gebeler izlemlerde baba adayını unutmamak ve aile desteğini alabilmek için izlemlere baba adayının da katılması sağlanmalıdır[92]. Adölesan gebelerde istenmeyen gebelik oranları çok yüksektir. Yurdakul'un adölesan gebeler ile yaptığı çalışma da istenmeyen gebelik oranı %29 olarak bildirilmiştir [17]. Ayrıca adölesan yaşta yapılan evlilikleri önlemek, adölesan ve istenmeyen gebelikleri önlemek, sık doğum yapılmasını önlemek için evlilik öncesi ve doğum öncesi bakımlarda kontrasepsiyon konuları mutlaka anlatılmalıdır. Adölesan gebelikler özellikle ilk iki yıl içerisinde tekrar gebelik yaşama durumu ile karşı karşıya kalma riski artmaktadır. Bundan dolayı doğum öncesi bakımlarda ve doğum sonu bakımlarda kontrasepsiyon özellikle önem kazanmaktadır [132]. Adölesan dönemde kontrasepsiyon kullanımı yetişkin dönemdeki kontrasepsiyon kullanımına göre oldukça düşüktür ve ülkelere göre farklılık göstermektedir[142, 143]. TNSA 2013 verilerine göre tüm kadınlar arasında kontraseptif yöntem kullanım oranı 15-19 yaş grubunda oldukça düşüktür (%4.8)[20]. DSÖ 2012 verilerine göre Latin Amerika, Avrupa ve Asya ülkelerinde evli adölesanların kontrasepsiyon kullanım oranı %42, evli olmayan adölesanların kontrasepsiyon kullanım oranı %68, Afrika ülkelerinde ise evli adölesanlar arasında kontrasepsiyon kullanım oranı %3, evli olmayan adölesanlar arasında ise kontrasepsiyon kullanım oranı %49 olarak tespit edilmiştir[2]. Karakaya ve Gençalp'in yaptığı çalışmada adölesan kadınların %77'si gebelik geçirmiş, %64.3'ü doğum yapmıştır ve gebelik geçirenlerin %98.3'ü evlendikleri ilk yıl içinde gebe kaldıkları tespit edilmiştir[60]. TNSA 2013 verilerine göre isteyerek düşük oranı 15-19 yaş grubunda %2 dir[20]. Adölesan gebeliklerin yaklaşık %80'inin istenmeyen veya planlanmamış gebelikler olduğu düşünülmektedir[144,145]. Bu oranların 15-19 yaş grubunda azımsanmayacak derecede yüksek olması ve kontrasepsiyon kullanım oranındaki ülkeler arası farklılığın en önemli sebebi çocukluk döneminde verilen cinsel eğitimin başarısızdır. Cinsel eğitimin önemini anlayan, bu konuda politikalar geliştiren, bu politikaları başarılı bir şekilde uygulayan ülkelerde kontrasepsiyon kullanım oranının artacağı düşünülmektedir. Bunun da adölesan gebelikleri, istenmeyen gebelikleri, adölesan gebeliklerde görülen komplikasyonları ve acil servise başvuru yapan gebe sayılarını düşürebileceği düşünülmektedir[146,132]. Bu bağlı olarak da adölesanlara önerilen kontrasepsiyon yönteminin güvenilirliği ve etkinliği kanıtlanmış, uzun etkili, geri dönüşü olan bir yöntem olması gerektiği ifade edilmektedir[142]. Adölesan annelerin ve onlardan olan çocukların ciddi hastalık ve ölüm riski taşımaları, adölesan dönemdeki doğurganlığın önemli bir sağlık sorunu olarak görülmesi prenatal bakımın yeterli düzeyde alınmasının ve kontrasepsiyon kullanımının önemini ortaya koymaktadır[24,34].

### **3. MATERYAL VE YÖNTEM**

#### **3. 1. Araştırmanın Amacı**

Araştırma, İstanbul'da kamuya bağlı bir kadın doğum hastanesinin acil servisine başvuran adölesan gebelerin, başvuru nedenlerini, başvuru zamanlarını ve acil serviste yapılan müdahaleleri retrospektif inceleyerek mevcut durumu ortaya koymak ve bilimsel bir veri haline getirmek amacıyla yapılmıştır.

#### **3. 2. Araştırmanın Soruları**

1. Adölesan gebeler hangi şikâyetlerle acil servise başvurmuştur?
2. Acil servise başvuru yapan adölesan gebelerden ne kadarının durumu acil servise başvuru için uygundur?
3. Acil servise başvuran adölesan gebelerden ne kadarına yatış yapılmıştır?
4. Adölesan gebeler acil servise gebeliklerinin hangi döneminde daha çok başvuru yapmaktadır?
5. Acil servise başvuran adölesan gebelerin hemogloblin değeri kaçtır?
6. Acil servise başvuran adölesan gebelerin kaçının NST sonuçları normaldir?

#### **3. 3. Araştırmanın Tipi**

Araştırmamız tanımlayıcı tipte retrospektif bir araştırmadır.

#### **3. 4. Araştırmanın Örneklemi**

Araştırmamızın örneklemini, İstanbul Yakacık Çocuk Hastalıkları ve Doğumevi Hastanesi kadın doğum acil servisine 2016 ve 2017 yılları arasında başvuran 1171 adölesan gebe oluşturmaktadır. 111 adölesanın kayıtları düzgün tutulmadığı için araştırma dışında bırakılmıştır. 127 adölesanın da mükerrer başvurusu olmuştur. Mükerrer başvurularla beraber araştırma örneklemi total 1187 olmuştur[32].

#### **3. 5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırmamız İstanbul İli Anadolu Yakasında yer alan İstanbul Yakacık Çocuk Hastalıkları ve Doğumevi Hastanesi'nde Kadın Doğum Acil Servisinde yapılmıştır. İstanbul Yakacık Çocuk Hastalıkları ve Doğumevi Hastanesi 106 yataklıdır. Hastane, Kadın Hastalıkları ve

Doğum Polikliniği, Çocuk Hastalıkları Polikliniği, Kulak-Burun-Boğaz Polikliniği, Çocuk Cerrahi Polikliniği, Genel Cerrahi Polikliniği, Göz Polikliniği, Yeni doğan Yoğun Bakım Servisi, Kadın Doğum ve Cerrahi Servisi, Doğumhane, Ameliyathane, Çocuk Acil ve Kadın Doğum Acil Servis'lerinden oluşmaktadır. Söz konusu hastanede 51 hemşire – 46 ebe, 26 uzman doktor ve 10 pratisyen hekim çalışmaktadır. Kadın doğum Acil Servis' de ise 11 ebe görev yapmaktadır. Araştırmamız İstanbul Yakacık Çocuk Hastalıkları ve Doğumevi Hastanesi'nde 2018 yılında geriye dönük olarak 2016 ve 2017 yıllarındaki kadın doğum acil servise başvuran adölesan gebeler incelenmiştir.

### **3. 6. Veri Toplama Araçları ve Yöntemi**

Araştırma verileri, İstanbul Yakacık Çocuk Hastalıkları ve Doğumevi Hastanesi kadın doğum acil servisine başvuran hastaların kayıtlarının bulunduğu acil kayıt defterinin ve adli kayıt defterinin incelenmesi, hemoglobün değeri, NST sonucu, gebelik haftası gibi verilere ulaşmak amacıyla hastanenin bilgi işlem bölümünden yetki alınarak bilgisayar ortamında bulunan hasta dosyalarının incelenmesiyle toplanmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından geriye dönük olarak başvuru tarihi (01.01. 2016 ve 31.12.2017 yılları) ve hastaların yaşları dikkate alınarak (19 yaş ve altı), tüm hasta dosyaları, acil kayıt defteri ve adli kayıt defterinin incelenmesi ile toplanmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan veri toplama formu yardımı ile 01.05.2018 tarihi ile 15.07.2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

### **3. 7. Veri Toplama Formunun Hazırlanması**

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür ve acil kayıt defteri incelenerek veri toplama formu hazırlanmıştır[32,43,44,47,159] . Veri toplama formunda adölesan gebelerin yaşı, uyruğu, eğitim durumu, gebelik haftası, kaçınıcı gebeliği olduğu, hemoglobün değeri, NST sonuçları, acil servise başvuru tarihi ve saati, acil servise başvuru nedenleri, acil serviste yapılan müdahale, yatış ve sevk durumları, ayaktan tedavi durumları yer almaktadır ( Ek-1).

### **3. 8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmamız retrospektif bir çalışma olduğu için kayıtları düzenli tutulmadığı için bazı verilere kısıtlı sayıda ulaşılmıştır. Veri toplama formunda bulunan adölesan gebenin eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği ve adölesan gebenin mesleği verilere hastanenin veri tabanında bulunmadığı için ulaşılamamıştır.

### 3. 9. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmamızda hiçbir kurum ve kuruluştan bütçe desteği alınmamıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama formunun çoğaltılması, araştırmanın yapıldığı hastaneye ulaşım giderleri araştırmacıların kendileri tarafından karşılanmıştır.

### 3. 10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (12.04.2018 tarih ve 2018/156 sayılı etik kurul kararı) etik onay alınmıştır (Bkz. EK-2). Araştırmanın yapıldığı kurum yönetiminden (İstanbul Valiliği Sağlık Müdürlüğü 16867222-774.99 sayılı ve 24.04.2018 tarihli kararı) yazılı izin alınmıştır.

### 3. 11. Zaman çizelgesi

Etik Kurul Onayı ve Kurum İzinlerinin Alınması	12.04.2018-24.04.2018
Kadın Doğum Acil Bölümündeki Kayıt Defterlerinin ve Dosyalardan Verilerin Toplanması	01.05.2018 - 15.07.2018
Verilerin Girişi	16.07.2018 - 10.08.2018
Verilerin Girişi İçin Alternatif Süre	10.08.2018 - 15.08.2018
Verilerin Analizi	15.08.2018 - 04.09.2018
Tez Yazımı	01.01.2019
Bitiş	11.07.2019

### 3. 12. Verilerin Değerlendirilmesi

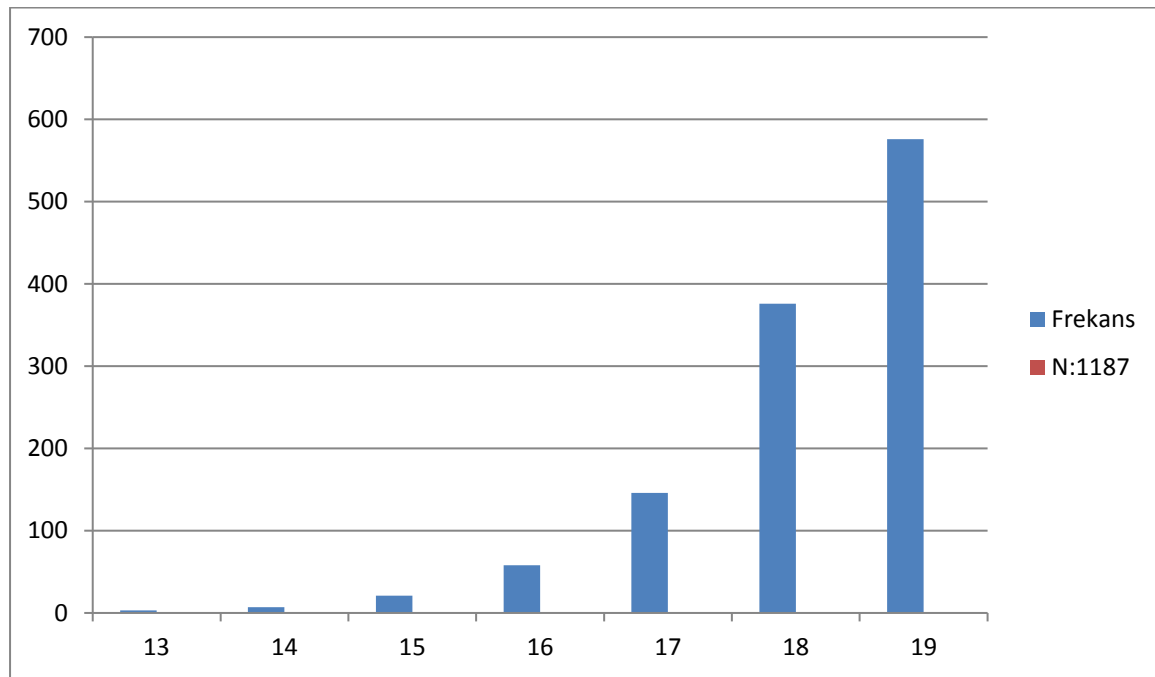
Verilerin analizinde uygun istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Verilerin sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerlerle ifade edilirken, kategorik değişkenler için frekans ve yüzde ile ifade edilmiştir.

## 4.BULGULAR ve TARTIŞMA

### 4.1. Bulgular

Bu bölümde araştırmada elde edilen bulgular verilmiştir. Araştırmada örneklemimiz 1171'di, 111 adölesanın kayıtları düzgün tutulmadığı için araştırma dışı bırakılmıştır. 127 adölesan gebe mükerrer başvuru yapmıştır. Mükerrer başvurularla beraber araştırma toplam adölesan gebe sayısı 1187'dir.

**Grafik 4.1: Acil Servise Başvuran Adölesan Gebelerin Yaşlara Göre Dağılımı (N:1187)**



Grafik 4.1'de acil servise başvuran adölesan gebelerin yaşlarına göre dağılımı yer almaktadır. Acil servise başvuran adölesan gebeler, 13 yaşında 3 kişi, 14 yaşında 7 kişi, 15 yaşında 21 kişi, 16 yaşında 58 kişi, 17 yaşında 146 kişi, 18 yaşında 376 kişi, 19 yaşında 576 kişi olmak üzere toplam 1187 kişidir.

**Tablo 4.1: Acil Servise Başvuran Adölesan Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.**

	<b>Ortalama±SD</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>
<b>Yaş</b>	18,18 ± 1,02	13	19
	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>	
<b>Resmi Nikahı (N:1174*)</b>			
Var	929	79.13	
Yok	245	20.87	
Total	1174	100	
<b>Eğitim Durumu (N:258*)</b>			
Okur-Yazar Değil	75	29.07	
İlkokul Terk	57	22.09	
İlköğretim ve Üzeri	126	48.84	
Total	258	100	
<b>Uyruğu (N:1187)</b>			
T.C	924	77.8	
Yabancı Uyruklu*	263	22.2	
Total	1187	100	

\*Tüm yabancı uyruklu hastalara "99" ile başlayan T.C kimlik numarası verildiği için yabancı uyruklu hastaların hangi ülkenin vatandaşı olduğu bilgisine ulaşılamamıştır.

Tablo 4.1'de acil servise başvuran adölesan gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Acil servise başvuran adölesan gebelerin yaşları 13 ile 19 yıl arasında değişmekte olup ortalama 18.18±1.02 yıldır. Adölesan gebelerin resmi nikâhlarının olup olmadıklarına baktığımızda %79.13' ünün resmi nikâhının olduğu, %20.87' inin resmi nikâhının olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca, kayıtlarda 13 adölesan gebenin ise medeni durum bilgilerine ulaşılamamıştır. Araştırmanın yapıldığı hastane kayıtlarında 929 gebenin eğitim bilgilerine ulaşılamamıştır. Eğitim bilgilerine ulaşılan 258 adölesan gebeden %29.07'ü okur-yazar değil, %22.09'i ilköğretim ve üzeri olarak bulunmuştur. Adölesan gebelerden %77.8'i Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı, %22.2'si yabancı uyrukludur.

**Tablo 4.2: Acil Servise Başvuran Adölesan Gebelerin Gebelik Haftası ve Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı**

	Sayı	Yüzde (%)
<b>Gebelik Haftası (N:1187)</b>		
Birinci Trimester (1-13 Hafta Arası)	252	21
İkinci Trimester (14-26 Hafta Arası)	131	11.1
Üçüncü Trimester (27-41 Hafta Arası)	804	67.9
<b>Total</b>	<b>1187</b>	<b>100</b>
<b>Gebelik Sayısı (N:1160*)</b>		
1. Gebelik	891	76.81
2. Gebelik	227	19.57
3. Gebelik	39	3.36
4. Gebelik	3	0.26
<b>Total</b>	<b>1160</b>	<b>100</b>

Tablo 4.2' de acil servise başvuran adölesan gebelerin gebelik haftası ve gebelik sayılarına göre dağılımları verilmiştir. Acil servise başvuran adölesan gebelerden %21'i birinci trimester da, %11.1'i ikinci trimesterde, %67.9'u üçüncü trimesterde başvuru yapmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastanede kayıtlar düzgün tutulmadığı için 27 adölesan gebenin gebelik sayısı ile ilgili bilgiye ulaşamamıştır. Kayıtlarına ulaşılan 1160 adölesan gebeden %76.81'i birinci gebelik, %19.57'i ikinci gebelik, %3.36'ü üçüncü gebelik, % 0.26'ü dördüncü gebelik ve üzeridir.

**Tablo 4.3: Acil Servise Başvuran Adölesan Gebelerin Başvuru Zamanına (Ay, Gün, Yıl) Göre Dağılımı.**

	Sayı	Yüzde(%)
<b>Ay (N:1187)</b>		
Ocak	115	9.7
Şubat	116	9.8
Mart	65	5.5
Nisan	114	9.6
Mayıs *	136	11.5
Haziran *	121	10.2
Temmuz	83	7
Ağustos	86	7.3
Eylül *	156	12.9
Ekim	104	8.8
Kasım	14	1.2
Aralık	77	6.5
Total	1187	100
<b>Gün (N:1187)</b>		
Pazartesi *	183	15.4
Salı *	182	15.3
Çarşamba	156	13.1
Perşembe	167	14.1
Cuma	171	14.4
Cumartesi	165	13.9
Pazar	163	13.7
Total	1187	100
<b>Yıl (N:1187)</b>		
2016	553	46.6
2017	634	53.4
Total	1187	100



Tablo 4.3 (Devamı)

Saat	Sayı	Yüzde (%)
00:00	67	5.6
01:00	35	2.9
02:00	26	2.2
03:00	21	1.8
04:00	13	1.1
05:00	18	1.5
06:00	23	1.9
07:00	22	1.9
08:00	24	2.0
09:00	45	3.8
10:00	50	4.2
11:00	47	4.0
12:00	52	4.4
13:00	43	3.6
14:00	70	5.9
15:00	64	5.4
16:00*	105	8.8
17:00	62	5.2
18:00	45	3.8
19:00	47	4.0
20:00	83	7.0
21:00	88	7.4
22:00	75	6.3
23:00	62	5.2
<b>Total</b>	<b>1187</b>	<b>100</b>

Tablo 4.3'de acil servise başvuran adölesan gebelerin başvuru zamanına göre dağılımı görülmektedir. Çalışmamızda acil servise başvuran adölesan gebelerin başvuru zamanına baktığımızda en çok başvuru Eylül (%12. 9), Mayıs (%11. 5) ve Haziran (%10. 2) aylarında olmuştur. Adölesan gebelerin başvuru zamanına gün olarak bakıldığında en çok başvuru Pazartesi ve Salı günü olmuştur. Adölesan gebelerin başvuru saatlerine baktığımızda, 00: 00' da %5.6, 01:00'da %2.9, 02:00'da %2.2, 03:00'da %1.8, 04:00'da %1.1, 05:00'da %1.5, 06:00'da

%1.9, 07:00'da %1.9, 08:00'da %2, 09:00'da %3.8, 10:00'da %4.2, 11:00'da %4, 12:00'da %4.4, 13:00'da %3.6, 14:00'da %5.9, 15:00'da %5.4, 16:00'da %8.8, 17:00'da %5.2, 18:00'da %3.8, 19:00'da %4, 20:00'da %7, 21:00'da %7.4, 22:00'da %6.3, 23:00'da %5.2 olmuştur. En çok başvuru saat 16: 00' da olmuştur. Bu verilere Acil Servise olan uygunsuz başvuruları ortaya çıkartmak amaçlı bakılmıştır.

**Tablo 4.4: Adölesan Gebelerin Acil Servise Başvuru Nedenine Göre Dağılımı**

<b>Başvuru Nedeni</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Abdominal Ağrı	561	47.2
Doğum İçin Başvuru	183	15.4
Kanama ve Lekelenme	162	13.66
Muayene, Tetkik ve Tedavi amaçlı Başvuru	159	13.5
Erken Membran Rüptürü+EDT	84	7.08
Bel ve Sırt Ağrısı	66	5.58
ÜSYE	48	4.04
Travma+Adli Vaka	43	3.7
Bebek Hareketlerini Hissetmeme+FKA Bulunamaması (FKA (-))	39	3.27
Bulantı-Kusma	39	3.26
Diğer Nedenler	36	3.03
Adet Geçikmesi	24	2
Baş Ağrısı ve Baş Dönmesi	19	1.6
Genital Enfeksiyon	12	0.97
Diyare ve Halsizlik	8	0.7
Başka Kurumdan Sevk	4	0.3
Bayılma	4	0.3
Gebelikte İlaç Kullanımı	3	0.25

Tablo 4.4'de acil servise başvuran adölesan gebelerin başvuru nedenleri görülmektedir. Acil servise başvuran adölesan gebelerin başvuru nedenlerine baktığımızda %47.2'si Abdominal ağrı (karın, kasık ve alta vuran ağrı), %15.4'ü doğum için başvurmuş, %13.66'si kanama, %13.5'si muayene, tetkik ve tedavi amaçlı başvuru, %7.08'i erken membran rüptürü, %5.58'i bel ve sırt ağrısı, %4.04'ü ÜSYE, %3.7'si travma+adli vaka, %3.27'si bebek hareketlerini hissetmeme+ ve FKA (-), %3.26'sı bulantı-kusma ve mide ağrısı, %3.03'ü diğer nedenler, %2'si

adet gecikmesi, %1.6'i baş ağrısı ve baş dönmesi, %0.97'i genital enfeksiyon, %0.7'si diyare ve halsizlik, %0.3'ü başka kurumdan sevk, %0.3'ü bayılma, %0.25'i gebelikte ilaç kullanımındır. Bunun içinde 127 tane mükerrer kayıt vardır ve adölesan gebeler acil servise birden fazla şikâyetle başvurduğu için şikâyetler gebe başına birden çok seçenek seçilmiştir. Diğer nedenlerin içinde ise; ağır kaldırma, IUGR?, prematüre bebek, ikiz gebelik, anomalili fetüs ile gelen gebe yer almaktadır.

**Tablo 4.5: Acil Servise Başvuran Adölesan Gebelerin Acildeki Değerlendirmelerine Göre Dağılımı**

	Sayı	Yüzde(%)
Eve Taburcu	609	50.5
Servise Yatış	288	23.88
Başka Kuruma Sevk	227	18.82
Gözlem Odasında Takip	46	3.81
Ayaktan Tedavi	36	2.99

\*Acil servise başvuran adölesan gebelerin değerlendirilmesinde gebe başına bir ve birden fazla seçenek işaretlendiği için N katlanmıştır.

Tablo 4.5'de acil servise başvuran adölesan gebelerin acil servisteki değerlendirilmelerine göre dağılımı görülmektedir. Acil servise başvuran adölesan gebelerin değerlendirilme sonuçlarına bakıldığında; %50.5'ü eve taburcu olmuş, %23.88'si servise yatış yapılmış, %18.82'i başka kuruma sevk edilmiş, %3.81'u gözlem odasında takip, %2.99'ü ayaktan tedavi edilmiştir. Ayaktan tedavi edilen 36 gebeden 30 gebeye abortus, 6 gebeye de sistit tanısı konulmuştur

**Tablo 4.6: Acil Servise Başvuran Adölesan Gebelerin NST Sonucuna Göre Dağılımı.**

NST Sonucu (n=796 *)	Sayı	Yüzde (%)
Reaktif	795	99.87
Nonreaktif	1	0,13

Tablo 4.6'da acil servise başvuran adölesan gebelerin NST sonucuna göre dağılımları verilmiştir. Acil servise başvuran adölesan gebelerin NST sonuçlarına bakıldığında 796 adölesan gebenin NST sonucuna ulaşılmıştır, NST sonucuna ulaşılan gebelerden %99.87' sinin NST sonucu reaktif, %0,13 'ünün sonucu ise nonreaktiftir.

**Tablo 4.7: Acil Servise Başvuran Adölesan Gebelerin Hemogloblin Değerleri**

	<b>Ortalama±S.Sapma</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>
HGB (N:467)	11,49±1,34	5,70	15,80

Tablo 4.7'de acil servise başvuran adölesan gebelerin hemogloblin değerlerinin ortalaması, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Acil servise başvuran adölesan gebelerden 467 tanesinin hemogloblin değerine ulaşılmış, hem kayıtların düzgün tutulmaması hem de acil servise başvuran her gebeden kan tahlili istenmemesi nedeni ile 720 adölesan gebenin hemogloblin değerine ulaşılammıştır. Hemogloblin değerine ulaşılan 467 adölesan gebenin hemogloblin değeri ortalaması 11,49' dir. Minimum hemogloblin değeri 5.70, Maksimum hemogloblin değeri 15.80'dir.

**Tablo 4.8: Acil Servise Başvuran Adölesan Gebelerin Servise Yatış Nedenine Göre Dağılımı**

<b>Servise Yatış Nedeni</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Doğum İçin Başvuru Yapan	103	35.76
Erken Doğum Tehditi	144	50
Abortus	40	13.89
Kan Uyuşmazlığı	1	0.35
Total	288	100

Tablo 4.8'de acil servise başvuran adölesan gebelerin servise yatış nedenine göre dağılımı verilmiştir. Acil servise başvuru yapmış adölesan gebelerden doğum için başvuru yapan gebe sayısı 103 (%35.76), erken doğum tehditi ile servise yatış verilen 144 (%50), abortus ile servise yatış verilen 40 (%13.89), kan uyuşmazlığı ile servise yatış verilen 1 (%0.35) 'dir.

## 4.2. Tartışma

Gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık çağındaki kadınlar arasında meydana gelen mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenlerinin başında gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde meydana gelen komplikasyonlar gelmektedir[134]. Adölesan gebelikler yüksek riskli gebeliklerdir ve maternal ve fetal morbidite oranları yüksektir[69]. Erken yaşta başlayan gebelikler hem sosyodemografik hem de anne çocuk sağlığı açısından önemli olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Ayrıca, erken yaşta evlenen kadınlarda gebeliği önleyici yöntem kullanım oranının düşük olmasından dolayı sık ve fazla sayıdaki gebeliklere bağlı risklerin görülme oranı da fazladır[69]. Bu nedenle her gebenin yeterli sayıda ve nitelikte doğum öncesi bakım hizmetlerine erişimi sağlanmalıdır. Ayrıca gebelikte oluşabilecek tehlike işaretleri ile ilgili bilgi verilmesi ve acil serviste değerlendirilmesi için yeterli zaman ayrılmasının sağlanması anne ve fetüs yaşamı için hayat kurtarıcı olabilmektedir[148].

Çalışmamızda 1187 adölesan gebenin verilerine ulaşılmıştır. Bunların 127'si mükerrer başvurudur. 111 adölesan gebede kayıtlar düzgün tutulmadığı için araştırma dışı bırakılmıştır. Çalışmamızda acil servise başvuran adölesan gebelerin yaş ortalaması  $18.18 \pm 1.02$ 'dir[Tablo 4.1]. 13 yaşında olan 3 gebe, 14 yaşında olan 7 gebe, 15 yaşında 21 gebe, 16 yaşında 58 gebe, 17 yaşında 146 gebe, 18 yaşında 376 gebe, 19 yaşında 576 gebe olmak üzere toplam 1187 adölesan gebeye ait kayıtlara ulaşılmıştır[Grafik 4.1]. Yıldızhan ve arkadaşlarının Van yöresinde adölesan gebeleri incelediği çalışmada, yaş ortalaması 17.36 yıl bulunmuştur[148]. Sivaslıoğlu' nun çalışmasında adölesan gebelerin yaş ortalaması  $17.8 \pm 0.9$  bulunmuştur[49]. Sayar' ın yaptığı çalışmada adölesan gebelerin yaş ortalaması  $17.48 \pm 1.09$  bulunmuştur[77]. Araştırmamızda, adölesan gebelerin yaş ortamasın literatüre benzerlik gösterdiği söylenebilir. Ancak, 31 gebenin 15 yaş ve altında olması dikkat çekicidir.

Çalışmamızda medeni durum bilgilerine ulaşılan adölesan gebelerin beşte birinin resmi nikahı yoktur[Tablo 4.1]. Bu durumun yasalara göre 17 yaşından önce yapılan evliliklere izin verilmemesinden kaynaklanmış olabileceği veya gelenek ve inançlardan etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir. Türkiye'de ebeveynlerin onayı ile en düşük evlilik yaşı hem erkek hem de kadın için 17'dir[20]. TNSA 2013 verilerine göre 15-19 yaş arası kadınların %7.1'i evlidir. Evlilik dışında çocuk doğurmak Türkiye'de yaygın olmadığı için evlenmemiş kadınların nüfusunun oranı doğurganlık düzeyini doğrudan etkilemektedir[20]. Çakır Nemli'nin çalışmasında adölesan gebelerde resmi nikah oranının %38.5, adölesan olmayan grupta ise resmi nikah oranının anlamlı olarak yüksek olduğunu saptamıştır[115]. Keskinoglu ve arkadaşlarının İzmir'de yaptığı çalışmada adölesan gebelerin resmi nikah oranını %66.6 olarak saptamıştır[149]. Kulhan ve arkadaşlarının Erzincan'da yaptığı çalışmada adölesan grupta resmi nikah oranının %79.2 olduğunu ancak kontrol grubu ile arasında anlamlı bir fark

bulunamamıştır[150]. Şirin'in yaptığı çalışmada resmi nikahı olmayan kadınların çoğunlukla adölesan yaş grubunda olduğu ve adölesan yaş grubunda olma ile resmi nikahın olması arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunduğunu göstermiştir[82]. Yasalara göre 17 yaşından önce yapılan evliliklere izin verilmemesi adölesan gebeliklerde resmi nikâhın olup olmaması durumunu etkilemekte olduğu düşünülmektedir. Yasalara göre 18 yaşından sonra resmi nikâha izin verilmesi hem adölesan evlilik oranını hem de adölesan gebelik oranını etkilemekte olduğu, buna bağlı olarak da adölesanlardaki doğurganlığı, gebelik ve gebeliğe bağlı maternal ve fetal sağlık sonuçlarını da etkilediği düşünülmektedir. Sivaslıoğlu'nun yaptığı çalışmada adölesan gebelerin %12.3'ünün resmi nikahının olmadığı görülmüştür[49]. Şirin'in yaptığı çalışmada da adölesan gebeliklerin %22'sinin resmi nikâhının olmadığı belirlenmiştir[82]. Kırbaş'ın yaptığı çalışmada adölesan gebelerde resmi nikah varlığının %92.3, erişkin gebelerde resmi nikah varlığını %98.3 olarak bildirmiştir ve adölesan gebelerde resmi nikah varlığının anlamlı olarak daha az bulunmasına rağmen adölesan ve erişkin grupta da resmi nikah varlığı yüksek bulunmuştur[151]. Öcal'ın yaptığı çalışmada da adölesan gebelerin %28.3'ünün resmi nikâhlı olduğu, %13'ünün dini nikâhlı olduğu bulunmuştur[152]. Literatürlerde elde edilen bilgiler resmi nikâh oranının bölgeler arasında farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Kültürel sebepler, yasalarda evlenme yaşı ile ilgili olan yasal boşluklar resmi nikâh ve imam nikâhı durumunu etkilemektedir.

Adölesan gebelikler eğitimin kesilmesine neden olmaktadır[89,115]. Eğitim düzeyi ile adölesan yaşta çocuk doğurma arasında ters yönlü bir ilişki mevcuttur. Eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş kadınların %17'si adölesan yaşta çocuk doğurmaya başlarken bu oran ilkokulu bitirmiş kadınlar arasında %8 seviyelerindedir[20]. Eğitim düzeyindeki düşüklüğün adölesan evlilik ve gebeliklere zemin hazırladığı, adölesan gebeliklerin de gençleri eğitim olanaklarından mahrum bıraktığı düşünüldüğünde eğitim düzeyi ile adölesan gebelik ve evlilikleri arasında kısır bir döngü olduğu görülmektedir[153]. Araştırmanın yapıldığı hastanede kayıtlar düzgün tutulmadığı için 929 gebenin eğitim durumuna ulaşamamıştır. Eğitim durumuna ulaşılan 258 adölesan gebeden sadece yarısına yakını (%48.8) en az ilköğretim mezunu olması dikkat çekicidir[Tablo 4.1]. Ayrıca göçmen kadınların da eğitim seviyesi düşüktür. Türkiye Cumhuriyeti Afat ve Acil Yönetimi Başkanlığı (AFAD)'ın yürüttüğü bir çalışmada kadınların, çocuk ve adölesanların günlük yaşamlarını kendi kendilerine devam ettiremedikleri, dil problemleri yaşadıkları ve eğitim alamadıklarından bahsedilmiştir[129,154]. Çalışmamızda %22.2 oranında yabancı uyruklu gebenin olması da çalışmamızdaki bulduğumuz eğitim durumu sonucunu açıklamaktadır. Çakır Nemli' nin yaptığı çalışmada adölesan gebelerden %50'si okula gitmemiş, %16.7'si ilkokul, %33.3'ü ilkokul terktir[115]. Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan gebelerin %8.40'inin okur-yazar, %10.80'i ilkokul, %70'i ortaokul, %10.80'ni lise mezunu olarak bulunmuştur. Kaya ve arkadaşları eğitim durumu

arttıkça adölesan gebelik oranlarının azaldığı saptanmıştır[118]. Eğitim seviyesi ile erken yaşta çocuk sahibi olma arasında ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Amerika'da adölesan annelerin %60'i liseyi bitirememektedir[155]. Okul okuyamama, meslek sahibi olamama sonucu işsizlik artmakta, bu da sosyal, kültürel ve psikolojik sorunlarla karşımıza çıkmaktadır. Tüm bu kısır döngü yukarıda saydığımız nedenlerden dolayı artarak sürmektedir[2,118]

Çalışmamızda yabancı uyruklu adölesan gebe sayısı yüksek bulunmuştur[Tablo 4.1]. Son yıllarda Suriye'de yaşanan iç savaş nedeniyle ülkemize çok fazla sayıda Suriye'den göç olduğu bilinmektedir [129]. Çalışmamızdaki yabancı uyruklu adölesan gebelerin çoğunun Suriyeli olduğu düşünülmektedir. Ancak yabancı uyruklu adölesan gebelerin içinde başka ülke vatandaşları da bulunabilir. Hastane kayıtlarında yabancı uyruklu vatandaşların hepsine "99" ile başlayan T.C. kimlik numarası verildiği için yabancı uyruklu hastaların hangi ülkenin vatandaşı olduğu tespit edilememiştir. Bu durumun son yıllarda ülkemize yapılan göçlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Göç, insanların ulusal veya uluslararası sınırlar içinde yer değiştirdiği nüfus hareketi olarak tanımlanmaktadır. Göç doğal nedenler (sel, deprem gibi), ekonomik nedenler, sosyal nedenler, siyasi (savaş, işgal, terör gibi) nedenlerden dolayı gerçekleşmektedir[129]. Savaş ve göç hareketlerinde en savunmasız grubu çocuklar ve kadınlar oluşturmaktadır[156]. Adölesanların da savunmasız ve özel bir grup olduğunu düşünürsek göçmen adölesanlar özel bakıma ihtiyaç duyan özel bir grubu oluşturmaktadır. Kadınların özellikle 15-49 yaş döneminde yaşadıkları gebelik ve doğum sırasındaki problemler sağlıkları üzerinde olumsuz (hastalık ve ölüm gibi) sonuçlara yol açtığından daha özel sağlık hizmetleri gereksinimi vardır[156,157]. Mülteci kadınların üreme sağlığı, kontrasepsiyon, doğum, doğum öncesi ve sonrası bakım, vitamin ve mineral eksiklikleri, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, düşük, istenmeyen gebelik, doğum komplikasyonları gibi konularda hemen hemen hiç bilgileri yoktur ve cinsel taciz, tecavüz, şiddette maruz kaldıkları, erken yaşta ve çok eşli evlilik yapmaya zorlandıkları da görülmektedir[129,154,156]. Başbakanlık Afet ve Acil Durumlar Yönetimi Başkanlığının 2014 yılında yaptığı 'Türkiye'deki Suriyeli Kadınlar' adlı raporunda mülteci kadınların karşılaştıkları sorunlar yer almaktadır ve bu sorunların başında erken yaş evlilikleri ve 13-14 yaşındaki gebeliklere yer verilmektedir[156]. TTB'nin 'Suriyeli Sığınmacılar ve sağlık hizmetleri raporuna göre; mülteci kadınlar Türkiye'de buldukları süre içinde üreme sağlığı, kontrasepsiyon, doğum ve doğum öncesi bakım, istenmeyen gebelik, doğum komplikasyonları gibi konularında herhangi bir yardım görmediklerini belirtmektedir. Mülteci kadınlar birinci basamakta ve 2. basamakta gebelik ve doğum gibi konularda başvurduklarında bu hizmetlere erişilemediğini söylemektedirler[158]. Dil bilmeme, sağlık güvencesine sahip olmama, kötü muamele görme ve göreceğinden çekinme, yetersiz sağlık algısı gibi nedenlerden dolayı doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonu bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadır. Bu da anne ve bebek mortalite ve morbidite oranlarını yükseltmektedir[129]. Bu yüzden ebeler hizmet

verdikleri bölgede göçmenlerin bireysel ve sosyoekonomik özelliklerini bilip doğurganlık aile planlaması, üreme sağlığını koruyan davranışlar konusunda eğitim ve danışmanlık vermelidir[129].

Acil servise başvuran adölesan gebelerin %67.9'u üçüncü trimesterde, %21'i birinci trimesterde, %11.1'i ikinci trimesterde acil servise başvuru yapmıştır[Tablo 4.2]. Doğru ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %40.3'ü birinci trimesterde, %27'si ikinci trimesterde, %32.7'si üçüncü trimesterde bulunmuştur[159]. Bizim çalışmamızda en çok başvurunun üçüncü trimesterde olmasında doğum için yapılan başvurulardan kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Acil servise başvuran adölesan gebelerin başvuru zamanına göre dağılımına bakıldığında en çok başvuru Eylül (%12,9), Mayıs (11.5) ve Haziran (%10,2) aylarında olmuştur[Tablo 4.3]. Doğru ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en çok başvuru Mayıs ayında olmuştur[159]. Bizim çalışmamızda ise en çok başvurunun Eylül, Mayıs ve Haziran aylarında olması bu ayların mevsim geçiş dönemlerine gelmesi, gribal enfeksiyonların bu mevsimlerde sık görülmesi ve bu aylarda gündüz saatlerinin uzamasıyla insanların aktivitelerindeki artış buna bağlı olarak da dışarıda geçirilen zamanın artmasının etkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda acil servise başvuru zamanlarına gün olarak baktığımızda; en çok başvuru ise Pazartesi (%15. 4) ve Salı (%15. 3) günü olmuştur[Tablo 4.3]. Bu günlerde başvurunun daha sık olmasının nedeni olarak, hafta sonu tatil dönüşü haftanın ilk günleri olması nedeni ile poliklinik şartlarında randevu alamayan hastaların acil servislere yönelmeleri ve yönlendirilmiş olabilecekleri düşünülebilir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Doğru ve arkadaşlarının( 2017) acil servis başvurusunun en çok Salı günü olduğu tespit edilmiştir[159]. Çalışmamızda adölesan gebelerin başvuru saatine baktığımızda en çok başvurunun yapıldığı saat 16:00 (105 gebe) olarak bulunmuştur[Tablo 4.3]. Bu saatte başvurunun fazla olması adölesan gebelerin poliklinikte yaptırılmaları gereken tetkikleri poliklinikte yaptıramayıp acil servise yönlendirilmelerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Araştırmanın yapıldığı hastanede poliklinikler saat 16:00'a kadar açıktır. Kadın doğum hekimi saat 16:00'a yakın saatte hasta gelip NST çekimi istediği zaman gebeler acil servise yönlendirilmektedir. Her bir gebeye NST çekimi en az 20 dakika sürmektedir ve kadın doğum doktorları da saat 16: 00'da poliklinik yapmayı bıraktığı için NST odası saat 15:50'den sonra gelen hastaları acil servise yönlendirmektedir. Bu yüzden saat 16: 00'dan sonra acil servise başvuran gebe sayısında artış olmaktadır. Türközü' nün çalışmasında hastaların yarısının 16: 00-23: 59 saatleri arasında acil servise başvuru yaptığı bulunmuştur[160]. Zeytin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada acil servise en çok başvuru Pazar günü ve gün içerisinde de en çok başvuru saat 20: 00-22: 00 saatleri arasında olduğu belirlenmiştir[161]. Bu saatler arasında genel olarak insanların günlük



rutin işlerinin bitmesi ve acil servislerin alternatifsiz hizmet verdiği saatler olması nedeniyle 16: 00 ve 00: 00 saatleri acil servislerin en kalabalık saatleridir[160,161,162].

Acil servise başvuran adölesan gebelerin başvuru nedenlerine baktığımızda adölesan gebelerin acil servise 18 farklı şikâyetle başvurduğu görülmüştür. En çok başvuru yapılan ilk beş şikâyetin; abdominal ağrı (%47. 2), doğum için başvuru (%15. 4), kanama ve lekelenme (%13.66), durumu acil olmayıp tetkik ve tedavi amaçlı başvuru yapanlar (%13. 5) ve erken membran rüptürü (%7.08) olduğu bulunmuştur[Tablo 4.4]. Bunun içinde 127 tane mükerrer kayıt vardır ve adölesan gebeler acil servise birden fazla şikâyet ile başvurduğu için şikâyetler gebe başına birden çok seçenek seçilmiştir. Aydın ve arkadaşlarının Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine başvuran hastaların özelliklerini inceledikleri çalışmada hastaların geliş şikâyetleri öncelikle travma ve travma olmayan diye iki gruba ayrılarak incelenmiştir. Travma olmayan grupta en sık başvurunun karın ağrısı ve nefes darlığı olduğu bulunmuştur[163]. Kılıçaslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada travmatik olmayan en sık başvuru şikâyetleri göğüs ağrısı, karın ağrısı ve nefes darlığı olduğu bulunmuştur[164]. Doğru ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların acil servise 39 farklı şikâyetle başvurdukları ve ilk 5 şikâyetin sırasıyla karın ağrısı (%20), bulantı-kusma (%13. 6), vajinal kanama (%12. 1), acil şikâyeti olmadığı halde tetkik yaptırmak için (%9. 1) ve kasık ağrısı (%8. 8) olduğu bulunmuştur[159]. Bizim çalışmamızda en sık başvuru nedeni abdominal ağrı, Doğru ve arkadaşlarının gebeler üstünde yaptığı çalışmada ve literatürdeki genel acil servis çalışmalarında en sık başvuru şikâyetinin karın ağrısı olduğu bulunmuştur. Köse ve arkadaşlarının acil servise başvuran tüm hastaları değerlendirdikleri bir çalışmada %11. 5 oranı ile en sık başvuru nedeni karın ağrısı olarak belirlenmiştir[165]. Karın ağrısı genel bir belirti olduğu için ve anne adaylarında “bebeğime bir şey olabilir” düşünce ve kaygısından dolayı acil servise en çok başvuru sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca gebeler karın ağrısı şikâyeti ile doğum eyleminin başladığını düşünerek de başvuru yapabilmektedir. Gebeler yalancı doğum ağrılarını gerçek doğum ağrıları ile karıştırmakta ve doğum eylemi başladı zannederek abdominal ağrı şikâyeti ile acil servislere başvuru yapmakta olduğu düşünülmektedir. Akgün’ün yaptığı çalışmada acil servise başvuru şikâyetlerinin gastrointestinal (%26), solunum sistemi (%17.5), kardiyovasküler sistem (%16), nörolojik sistem (%15.7) olarak bulunmuştur[166].

Vajinal kanama erken gebelik döneminde sık görülen bir sorundur[167]. Gebeliğin birinci trimesterinde meydana gelen vajinal kanamanın başlıca sebebi ektopik gebelik, abortus, gestasyonel trofoblastik hastalık ve servikal patolojilerden kaynaklı olmaktadır[153]. Geç gebelik kanamaları üçüncü trimesterde Maternal ve Fetal mortalite ve morbiditeyi artıran klinik bir durumdur[166-169]. Gebeliğin geç dönemlerinde görülen kanamaların başlıca nedenleri plasenta previa, dekolman plasenta ve vasa previa sayılabilir[168]. Çalışmamızda acil servise başvuruları içinde kanama üçüncü sırada ( %13,6) yer almaktadır[Tablo 4.4].

Bulgularımıza paralel olarak Doğru ve arkadaşları ( 2017) %12.1 oranıyla vajinal kanama acil servis başvuru şikayetleri arasında yer almaktadır[159].

Çalışmamızda durumu acil olmayıp tetkik ve tedavi amaçlı acile başvuru yapanların oranı %13.5 ile en sık başvuru yapılan dördüncü neden olmuştur[Tablo 4.4]. Bu hastalar acile NST çektirmek, Rhogam (İmmün Globülin D) yaptırmak için, takip eden hekim tarafından acile kontrole çağrıldığı için muayene olmak amacıyla, poliklinikte sıra bulamadığı için acilde muayene olmak amacıyla ve tansiyon ölçtürmek amacıyla başvuru yapmışlardır. Kan uyuşmazlığı durumunda koruyucu amaçla yapılan Rhogam (immun globin D)'in ücretinin SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) tarafından ödenmesi için hastaneye yatış yapılması gerekmektedir. Bazı durumlarda Kadın doğum doktorları ise poliklinikten servise yatış yapmak yerine hastaları acil servise yönlendirip yatışların acilden yapılması tercih edilmektedir. Bu da durumu acil olmadığı halde acilin tedavi amaçlı kullanılmasına yol açmaktadır. Adölesan gebeyi takip eden hekim kendi poliklinik gününde hastaya nöbetçi olduğu günü söyleyerek takibini acilde yapmak için gebeyi acile davet edebilmektedir. Bu da acilin sadece muayene amaçlı kullanılmasına yol açmaktadır. NST çekimi için de poliklinikten hastalar acil servise yönlendirilmektedir. Çünkü araştırmanın yapıldığı hastanede kadın doğum doktorları saat 16: 00'a kadar poliklinik hizmeti vermektedir. NST her bir hastaya en az 20 dakika çekilmekte ve saat 16: 00'dan sonra poliklinikte doktor bulunmadığından dolayı NST çekim odası saat 15:50'den sonra NST çekimi için hasta kabul etmemekte ve hastaları acile yönlendirmektedir. Tüm bunlar acil servisin, durumu acil olmadığı halde tetkik ve tedavi amaçlı kullanılmasına yol açmakta, acil servislerin gereksiz kullanımına neden olmaktadır. Acil servislerin en önemli özelliği hızlı ve kesintisiz hizmet vermeleridir[163,164]. Hastaların acil servise uygunsuz başvuruları gerçekten acil müdahale ihtiyacı olan hastalara hizmet verilmesini ve acil servislerin acil müdahale için hazırlıklı olmasını engellemekte, hizmet kalitesini düşürmekte ve maliyetleri artırmakta, aşırı yoğunluğa, bekleme sürelerinin uzamasına, düşük hizmet kalitesine, acilde çalışan personelde verim düşüklüğüne yol açmaktadır[165,169-172]. Gebelerin %15'inde çeşitli nedenlerle acil müdahale gerektirecek komplikasyonlar gelişebilir[173]. Bu nedenle kesintisiz olarak her türlü acil müdahale gerektiren hastaların bakıldığı acil servislerde hastaya yeterli süre ayrılması önem arz etmektedir[173]. Durumu daha az acil olan hastaların acil servislere başvuru sayıları artıkça doktorun hastaya ayırdığı süre azalmakta, bu da sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine, durumu gerçekten acil olan hastaların diğer hastalar arasında seçilmesini zorlaştırmakta, bekleme sürelerinin uzamasına ve şiddet olaylarının artmasına neden olmaktadır[147]. Çalışmamızda gerçekten durumu acil olmayan hasta oranı %15. 5 olarak bulunmuştur. Durumu acil olmayan hastaların içinde tetkik ve tedavi amaçlı başvuru yapanlar (%13. 5) ile adet gecikmesi (%2) nedeni ile başvuru yapanlar yer almaktadır. Oktay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kategorilendirme ve doktor kararı sonrasında başvuruların

%31. 2' sinin aciliyetinin acile başvuru için uygun olmadığını göstermiştir[170]. Kılıçaslan ve arkadaşlarının genel acile başvuran hastaları incelediği çalışmasında hastaların triaj kategorilerine bakıldığında %10.42'si çok acil, %42.34'ü acil, %47.24'ü acil olmayan başvuru olduğu görülmüştür[164]. Türközü' nün yaptığı çalışmada acil servise başvuran hastaların klinik durumu ve başvuru şikayetlerine göre çok acil, acil ve acil olmayan diye 3 gruba ayrılmış olup, hastaların %44. 1' inin acil, %37. 3' ünün acil olmayan, %18. 6' sının durumunun çok acil olduğunu tespit etmiştir[160]. Zeytin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da durumu acil olmayan olgular %59. 1, çok acil olanlar %26. 1 ve acil durumlar %14. 8 olduğu görülmektedir [161]. Carret ve arkadaşlarının acil servise olan talebi değerlendirdikleri çalışmada uygunsuz acil servis kullanım yaygınlığının %24. 2 olduğunu belirlemişlerdir[174]. Banerjee ve arkadaşlarının Amerika' da yaptığı bir çalışmada tüm acil servis ziyaretlerinin %37'sinin acil olmadığını belirlemiştir[175].

Doğru ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %9'unun herhangi bir acil şikâyeti olmadığı halde tetkik yaptırmak için acil servislere başvurduğu tespit edilmiştir[159]. Biz de çalışmamızda hem ailelerin acilin uygun kullanımı hakkında yeterli bilgilerinin olmaması, poliklinikte işlerini tam bitirmeden eve gitmek istememelerine bağlanmıştır. Ayrıca adölesanlar ve 15-49 yaş arasındaki tüm kadınlar adet gecikmesi nedeni ile acil servise başvurmanın uygunsuz olduğu, adet gecikmesi olduğu zaman gebelik testinin (Beta HCG değerine bakılması) birinci basamakta ve poliklinikte yaptırabilecekleri konusunda bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Çalışmamızda acil servise başvuran adölesan gebelerin acildeki değerlendirmelerine bakıldığında %50. 5'i eve taburcu edilmiş, %23.88'üne servise yatış verilmiş, %18.82'i başka kuruma sevk edilmiş, %3.81'u müşaade gözlemi, %2.99'ü ayaktan tedavi edilmiştir[Tablo 4.5]. Doğru ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 751 gebeden %96'sı acil serviste tedavi edilerek taburcu olmuş, %4'ü servise yatış yapılmış, acilden başka bir hastaneye ise sevk olmadığı tespit edilmiştir[159]. Köse ve arkadaşlarının acil servise türlü nedenlerle başvuran 32800 hastanın verilerini değerlendirdikleri araştırmada hastaların %88. 4' ünün ayaktan taburcu edildiği, %0.3'ünün farklı bir sağlık kuruluşuna sevk edildiği, %1.4'ünün hastaneye yatırıldığı görülmüştür[165]. Kılıçaslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %86. 2' sinin taburcu edildiği, %12. 5' inin servise yatış yapıldığı, %0. 2' sinin diğer sağlık kuruluşlarına sevk edildiği görülmüştür [164]. Türközü'nün yaptığı çalışmada acil servise ilk başvuru sonrası hastaların büyük çoğunluğunun taburcu olduğunu bildirmiştir[160]. Akgün'ün yaptığı çalışmada acil servise başvuran hastaların %89' u hastaneden taburcu edilmiştir[166]. Aygencel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada acil servise başvuran hastaların %50. 4' ünün taburcu olduğu ve %45' inin ise hastaneye yattığı tespit edilmiştir[173].

Çalışmamızda acil servise başvuran adölesan gebelerden 288 (%23. 88)' ine servise yatış verilmiştir. Servise yatış verilen hastaların yatış nedenlerine baktığımızda 103 (%35. 76) gebe doğum için başvuru yapmış ve sonuçta doğum olayı gerçekleşmiştir. 144 (%50)'ü erken doğum tehdidi ile servise yatmış ve doğum gerçekleşmiştir. 40 (%13. 89) gebe abortus tanısıyla servise yatmış, 1 (%0. 35)'i kan uyuşmazlığı için yatmıştır[Tablo 4.8]. Ayaktan tedavi edilen 36 (%3) gebeden 30 gebeye abortus tanısı, 6 gebeye de sistit tanısıyla reçete yazılmıştır. Adölesan gebeleri inceleyen çalışmalarda, bu gebeliklerin abortus, erken doğum, erken membran rüptürü, intra uterin gelişme geriliği, artmış sezeryan oranı, doğum sonu kanama ve enfeksiyon riski, artmış anemi ve idrar yolu enfeksiyonu riskleri ile ilişkilendirilmiştir[10,59,69,176]. Malabery ve arkadaşları genç adölesan gebelerin obstetrik sonuçlarını incelemişler ve 15 yaşından küçük gebelerle, 15 yaş ve üzeri gebelerin risklerini kıyasladıklarında 15 yaşından küçük gebelerde IUGR, çok düşük doğum ağırlıklı infant, düşük doğum ağırlıklı infant, erken doğum ve neonatal ölüm riskinin anlamlı derecede artmış olduğu görüşmüştür[119]. Melekoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan gebelerde preterm doğum, preeklamsi, fetal distres, konjenital anomali oranlarının anlamlı derecede yüksek çıktığı, Maternal ve Perinatal morbidite ve mortalite riskinin arttığı görülmüştür[4]. Çalışmamızda da literatürlerdeki adölesan gebelikteki risklere benzer şekilde erken doğum tehditi ve abortus sayısı azımsanmayacak şekilde yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda acil servise başvuran adölesan gebelerin hemoglobin değeri ortalaması 11.47 (5.70-15.80) bulunmuştur[Tablo 4.7]. Ayyıldız ve arkadaşlarının çalışmasında adölesan yaş grubunda anne olanların hemoglobin değeri  $10.31 \pm 1.35$  (7.30-13.50) bulunmuş ve adölesan olmayan grupla kıyaslandığında arada anlamlı bir fark bulunmuştur[57]. Göker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelerin hemoglobin değeri ortalaması  $11,9 \pm 1,3$  (4,6-18,4) olarak belirlenmiş ve ilk trimester de olan gebelerin hemoglobin değerinin ikinci ve üçüncü trimesterde olan gebelere göre yüksek olduğunu ifade etmişlerdir[167]. Al-Mehaisen ve arkadaşlarının Ürdün'de 700 gebe kadın ile yaptığı bir çalışmada kadınların %34. 7' sinde anemi olduğunu saptamıştır[177]. Göker'in Barroso ve arkadaşlarının yaptığı çalışmasından bildirdiğine göre İngiltere' de çok merkezli bir araştırma da antenetal anemi yaygınlığının %15- %31 arasında değiştiğini ve 32. Gebelik hastasının üzerindeki gebeliklerde genç anne yaşı ve parite sayısının fazla olmasının anemi olasılığını artırdığını, genç kadınların anemi açısından daha fazla risk altında olduğunu ifade etmiştir[167, 179]. Ugwuja ve arkadaşlarının Nijerya'da yaptığı bir çalışmada ortalama hemoglobinde geri  $10. 2$  g/dl olarak belirlenmiştir[180]. Literatürlerdeki gebelerdeki hemoglobin değeri ortalaması ile bizim çalışmamız benzerlik göstermektedir. Ayrıca genç anne yaşında anemi riskinin arttığı düşünüldüğünde adölesan gebelerde anemiye daha fazla dikkat edilmelidir.

Hastane kayıtlarının doğru ve düzenli tutulması oldukça önemlidir. Hastane yönetimi tıbbi kayıtların düzenli ve eksiksiz bir şekilde tutulmasını sağlamakla görevlidir. Tıbbi belge, birey ve toplum sağlığı ile ilgili her türlü tıbbi bilginin kaydedilip saklandığı ve bu bilgilerin daha sonra yapılabilecek tıbbi araştırmalara kaynak niteliği taşıdığı, araştırmaları yönlendirdiği bilinmektedir[181,182]. Ayrıca tıbbi belgeler doktorlar ve sağlık personelleri arasında bir iletişim sağlamakta, hasta ile ilgili bilgileri birbirine aktarabilmekte, sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin değerlendirilmesi sağlanmakta, sağlık eğitimleri, hasta, doktor ve sağlık kuruluşlarının yasal haklarının korunmasını, tıbbi araştırmalarda epidemiyolojik çalışmalar, maliyet ve finansal yönetim açısından büyük bir öneme sahiptir[183]. Tıbbi kayıtların olumsuz olayları önleme ve sağlık bakım maliyetlerini azaltma potansiyellerinin yanında malprastık dava risklerini azaltma özelliği de vardır. Özellikle mahkemelere yansıyan davalarda adli raporların hazırlanmasında tıbbi kayıtların düzgün tutulmasının önemi büyüktür[184]. Belirli bir prosedür ve kurallara göre edinilmiş ve saklanmış tıbbi kayıtlar hastanın sağlığı ile direkt ilişkili ve hasta hakları bakımından değerli bir kazanım olması, kurum ve kuruluşlarda sağlık hizmeti sunumunda yol gösterecek bir pusula görevi üstlenmesi retrospektif bilimsel araştırmalar için değerli bir veri kaynağı oluşturması açısından tıbbi kayıtların doğru eksiksiz ve düzgün tutulması hastane yönetimi açısından oldukça önemlidir[185]. Bilimsel araştırmalarda herhangi bir tıbbi bilginin kullanılmasında hastane kayıtlarından yararlanılmaktadır. Tıbbi kayıtlar sağlık personelinin araştırmalarda kullandığı önemli bir veri kaynağıdır. Sağlık kurumları yöneticileri hasta dosyalarındaki bilgilerin ihtiyaç duyulursa eğitim ve araştırma için kullanılması adına düzgün, eksiksiz, sisteme uygun ve kaliteli olarak düzenlemek, sınıflandırmak ve hizmete sunmakla sorumludur[186]. Yapılan klinik araştırmalar bazen çok faydalı olmaktadır ve araştırma sırasında ele alınan konuların eski dosyalarda bulunmaması durumunda istenilen değerde olmamasına yol açmaktadır. Kayıtların doğru, etkin ve sistematik bir şekilde tutulmuş olması çalışmaların geçerliliği ve güvenilirliği açısından önem taşımaktadır[184]. Hekimler ve diğer sağlık personelleri için iyi tutulmuş hasta dosyaları diğer hekimler ve sağlık personelleri için iyi birer eğitim materyalidir. Bu bağlamda tıbbi kayıtların düzenli, eksiksiz, doğru, sistematik bir şekilde tutulması sağlık personelleri, kurum ve kuruluşlar, hasta ve hasta yakınları, bilimsel eğitim ve araştırmalar için oldukça önemlidir. Çalışmamızın yapıldığı hastanede de kayıtların düzgün ve tam tutulmaması nedeni ile 111 tane adölesan gebenin sonuçlarına ulaşamadığımızdır. Ayrıca adölesan gebelerle ilgili bazı bilgilere de ulaşamadığımızdır. Hastanede eksik veya hatalı kayıt tutulmasının çeşitli nedenleri olabilir. Kayıt tutmakla görevli personelin tıbbi kayıtların önemi konusunda bilgi sahibi olmaması veya aşırı iş yükü nedeni ile kayıt tutmaya yeterince vakit ayıramaması doğru kayıt tutulmama nedenleri arasında sayılabilir. Yöneticiler kayıtlarla ilgili sorunları tanımlayıp ortadan kaldırma veya en aza indirmeye çalışmalıdır.

## 5.SONUÇ VE ÖNERİLER

### Çalışma sonuçlarımıza göre;

- 1- Kayıtları incelenen adölesan gebe sayısı 1187'dir.
- 2- Adölesan gebelerin yaş ortalaması 18,18 ± 1,02 yıl ( minimum- maksimum 13-19)
- 3- Araştırma kapsamında incelenen adölesan gebelerin tamamı evlidir ve %79.13'nün resmi nikahı vardır.
- 4- Araştırma kapsamında incelenen adölesan gebelerin %29.07'si okur yazar değil, %22.09'u ilkokul terk, %48.84'ü ilköğretim ve üzeri eğitim durumuna sahiptir.
- 5- Araştırma kapsamında incelenen adölesan gebelerin %77.8'i T.C. (Türkiye Cumhuriyeti) vatandaşı, %22.2'si yabancı uyrukludur.
- 6- Araştırma kapsamında incelenen adölesan gebeler acil servise en çok 3. trimesterde (%67.9) başvuru yapmıştır.
- 7- Araştırma kapsamında incelenen adölesan gebelerin kaçınıcı gebeliği olduğuna baktığımızda %76.81'i primipardır.
- 8- Araştırma kapsamında incelenen adölesan gebelerin acil servise en çok başvuru yaptığı ay Eylül (%12.9), Mayıs (%11.5) ve Haziran (%10.2)'dir.
- 9- Araştırma kapsamında incelenen adölesan gebeler acil servise en çok Pazartesi (%15.4) ve Salı (%15.3) günü başvuru yapmıştır.
- 10- Araştırma kapsamında incelenen adölesan gebelerin acil servise en çok başvuru yaptığı saat 16:00 (%8.8)'dir.
- 11- Araştırma kapsamında incelenen adölesan gebelerin en çok başvuru yaptığı ilk 5 şikayet abdominal ağrı (%47.2), doğum için başvuru (%15.4), kanama ve lekelenme (%13.6), durumu acil olmayıp tetkik ve tedavi için başvuru yapanlar (%13.5) ve erken membran rüptürü (%7.08)'dür.
- 12- Araştırma kapsamında incelenen adölesan gebelerin acil servise başvuru sonrasındaki değerlendirilmelerine göre %50.5'i eve taburcu edilmiş, %23.88'inin servise yatışı yapılmış, %18.82'si başka bir kuruma sevk edilmiş, %3.81'i müşaadede gözlem altında tutulmuş, %2.99'u ayaktan tedavi edilmiştir.
- 13- Araştırma kapsamında incelenen adölesan gebelerin servise yatış nedenleri ise doğum için başvuru (%35.76), erken doğum tehditi (%50), abortus (%13.88), kan uyuşmazlığı (%0.35)'dir.
- 14- Araştırma kapsamında incelenen adölesan gebelerin hemoglobin değeri 11,49±1,34 (Minimum- Maksimum 5.70-15.80)'dür.

15- Araştırma kapsamında incelenen adölesan gebelerin durumunun gerçekten acile uygun olmayanların oranı %15.5, gerçekten durumu acile uygun olanların oranı ise %84.5 olduğu bulunmuştur.

**Bu sonuçlar doğrultusunda;**

- 1- Adölesan gebelerin riskli gebelik olmasından dolayı bakım ve izlemelerine yönelik özel bir bakım programları oluşturulup ona uygun izlemlerin yapılması,
- 2- Doğum öncesi bakım programlarında adölesan gebelere özel gebe eğitim sınıflarının oluşturulması,
- 3- Hastanelerin kadın doğum polikliniklerinde saat 19:00'a kadar bir doktor ve ebe bırakılarak acil servise tetkik ve tedavi amaçlı başvuruların önlenmesi,
- 4- Adölesan gebelere Sağlık kurumlarının ve acil servislerin işleyişi hakkında bilgi verilmesi,
- 5- Adölesan gebelere, gebelikteki tehlike işaretleri hakkında bilgi verilmesi,
- 6- Sağlık çalışanlarının hastalara yeterli zaman ayırmalarının sağlanması ve poliklinik şartlarının iyileştirilmesi,
- 7- Adölesan gebelik oranlarının azaltılması için adölesan yaştaki gençlerin üreme sağlığı ve nitelikli aile planlaması hizmetlerine erişiminin sağlanması,
- 8- Üreme sağlığı eğitimlerinin okullarda, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yaygınlaştırılması ve ulaşılabilir ergen sağlığı birimlerinin oluşturulması,
- 9- Hastanede çalışan tüm sağlık çalışanlarına kayıtların düzgün tutulmasının önemi konusunda hizmet içi eğitim düzenlenmesi,
- 10- Adölesan gebelerin acil servise başvuru nedenlerine yönelik yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olmasından dolayı benzer çalışmaların prospektif olarak yapılması önerilebilir.
- 11- Türkiye'deki yabancı uyruklu adölesan gebeler ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Yabancı uyruklu adölesan gebeleri farklı boyutları ile değerlendiren yeni çalışmaların yapılması önerilebilir.

## KAYNAKÇA

- [1]. World Health Organization. (2001). The Second Decade Improving Adolescent Health and Development, Geneva, Switzerland.
- [2]. World Health Organization Report. (2012). Sixty-Fifty World Health Assembly, 24 Kasım 2017 tarihinde <http://www.who.int/mediacentre/events/2012/wha65/en/index.html> adresinden erişilmiştir.
- [3]. Kut, A., Sargür, F., Çaycı, Ö., Türkcan, C. (2015). Adölesan Gebelikler ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde İzlem. Smyrna Tıp Dergisi, 54-62.
- [4]. Melekoğlu, R. (2012). Adölesan Gebelikler: Maternal ve Fetal Sonuçları. Uamanlık Tezi. T.C. Çukurova Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana.
- [5]. UNFPA State of World Population. (2003). Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health and Right, 1-79.
- [6]. Çetin, H. (2004). Yetiştirme Yurtlarındaki Adölesanların Benlik Saygıları ve Psikolojik Belirtileri, Doktora Tezi, T. C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- [7]. Yılmaz, A. (2014). Kanserli 15-19 Yaş Grubu Adölesanların Umutsuzluk, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, T. C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşirelik Programı, Ankara.
- [8]. Çuhadaroğlu, F. (2000). Ergenlik Psikolojik Gelişim Özellikleri, Katkı Pediatri Dergisi, Adölesan Özel Sayısı, Cilt:21(6):s:863-868, Kasım - Aralık.
- [9]. Dickey, S.B., Deatricks, J. (2000). Autonomy and Decision Making For Healt Promotion in Adolescence, Pediatric Nursing, cilt:26(5)s:461-647, Sctember-October
- [10]. Ahorlu, C. K., Pfeiffer, C., Obrist, B. (2015). Socio-Cultural and Economic Factors Influencing Adolescents' Resilience Against the Threat of Teenage Pregnancy: a Crosssectional Survey in Accra, Ghana. Reproductive Health, 12,117.
- [11]. Topatan, S., Demirci, N. (2017). Adölesan Üreme Sağlığı: İkinci On Yılda İkinci Şans. Türkiye Klinikleri J.Obstet. Womens Healt. Dis. Nurs-Special Topics, 3(3):163-70.
- [12]. Türkiye Üreme Sağlığı Programı Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CSÜS Eğitimi Modülü Katılım Rehberi. (2007) . T. C. Sağlık Bakanlığı Ana, Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara.
- [13]. Demiröz H.(2008). Adölesan Gebeliklerin Yaygın Olduğu Bir Bölgede Anne ve Yeni doğan Sağlığı, Uzmanlık Tezi, T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Aydın.
- [14]. Bayram, M., Özer, G., Soyer, C., Uçar, B., Yücer, G.(2005). Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Adölesan Gebelerin Eğitim Durumları ve Adölesan Gebeliğin Prevelansı. J. Turkish German Gynecal Assoc, 6[1]:39-41



- [15]. Çınar N.,Hira S.( 2015) Adölesan Annelik, Journal of Human Rhythm,3,1:15-19
- [16]. World Health Organization. (2015). Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and The United Nations Population Division.
- [17]. Yurdakul, M. (2018). Perceived Social Support in Pregnant Adolescents in Mersin Area in Turkey. Pac. J. Med. Sci.;34(1):115-120.
- [18]. TÜSEB Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü. (2018). Ergenlerde Cinsiyete Göre Ölüm ve Kayıpların Nedeni. 26.02.2019 tarihinde <http://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/ergenlerde-cinsiyete-g-re-l-m-ve-kay-plar-n-nedeni> adresinden erişildi.
- [19]. World Health Organization. (2007). Adolescent Pregnancy-Unmet Needs and undone deeds a Review Of The Literature And Programmes Issues in Adolescent Health and Development, Geneve.
- [20]. TNSA 2013 (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması). (2014). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.
- [21]. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni. (2018). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.
- [22]. Karabacak, Y. (2017). Anne Ölümleri İzleme Programı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı.
- [23]. Chandra-Mouli, Camacho, A. V., Michaud, P. A.(2013). WHO Guidelines an Breventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Autcomes Amany Adaleasecents in Developing Countries. J. Adolesc Health, 52;517-22
- [24]. Demirgöz, M., Canbulat, N. (2008). Adölesan gebelik. Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 28:6: 947-952
- [25]. The United Nations Millennium Development Goals Retrieved From (2015). 22.12.2017 tarihinde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/> adresinden erişildi
- [26]. Word Health Organization.(2018). Adolescent Pregnancy. 16.02.2018 tarihinde [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/) adresinden erişildi
- [27]. Mosan E. (2011). WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Retroductive Qutcomes Among Adolescents in Developing Countries, Geneve.
- [28]. Word Health Organization (WHO). (2014). Adolescent Pregnancy Birth Rates. 26 Ekim 2017 Tarihinde [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/) adresinden erişildi.
- [29]. World Health Statistics 2017 . (2017). Monitoring Health for the SDGS Sustainable Development Goals, World Health Organization, Adolescent Birth Rate, Switsherland, 36.
- [30]. T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. (2016). Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.

- [31]. Bakılan Abalı, F., Saruhan, A., Egelioglu Çetisli, N.(2017). Adölesan doğumlarının sonuçlarının retrospektif incelenmesi. Pamukkale Medikal Journal, 10[2]:166-170
- [32]. İstanbul Yakacak Çocuk Hastalıkları ve Doğumevi Hastanesi 2017 Yılı Kayıtları.
- [33]. Aba, Y.A. (2014). Adölesan Gebeliklere verilen Danışmanlık Hizmetlerinin, Anne Adayının Doğum Öncesi ve Sonrasına Uyumunu İle Bebeğini Algılamasına Etkisi. Doktora Tezi. T.C.Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- [34]. Ünalın P, Apaydın Kaya Ç, Akgün T, Yıkılkan H, İşgör A. (2007). Birinci Basamakta Ergen Sağlığına Yaklaşım. Türkiye Klinikler J Med Sci ; 27:567-576.
- [35]. Yıldırım, Y., İnal, M. M., Tinar, S. (2005). Reproductive And Obstetric Characteristics Of Adolescent Pregnancies İn Turkish Woman. J. Pediatr Adolesc Gynecol, 18(4):249-53.
- [36]. Haklı, G. (2015). Adölesan Gebeliklerde Beslenme Durumu ile Yeni Doğan Ağırlığının Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Ev Ekonomisi (Beslenme Bilimleri) Anabilim Dalı, Ankara.
- [37]. Cook, S. M. C., Cameron, S. T. (2017). Social Issues of Teenage Pregnancy. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, 27(11): 327-332
- [38]. Owusu – Addo, S. B., Owusu- Addo, E.M., Rorhe, E. S. K.(2016). Health İnformation-Seeking Behaviour Among Pregnant Teenagers İn Ejisu-Juaben Municipality, Ghana. Midwifery, 41:110-117
- [39]. Koşum, Z., Yurdakul, M. (2013). Factors Affecting The Use of Emergency Obstetric Care Among Pregnant Woman With Antenatal Bleeding. Midwifery, 29(5):440-446.
- [40]. Ronen, S., Lee, J., Patel, P., Patel, P. (2018). A Comparison of Childbirth Costs for Adolescents And Adults From 2001 To 2010. Journal of Adolescent Health, 62(1):59-62.
- [41]. Reese M.B., Altaydon A., Harring A.H. Ve Diğerleri. (2013). The Association Between Sequences of Sexual İnitiation and The Likelihood of Teenage Pregnancy. Journal of Adolescent Health, 52:228-233.
- [42]. Mekuria, A., Mathewos, S. (2018). Determinants of Teenage Pregnancy : The Case of School Adolescents Of Arba Minch Town, Scuthern Ethiopia. World Academy of Science, Engineering And Technology International Journal of Medical And Health Sciences, vol 12, no 3.
- [43]. Klifoyale AK, Vrees R., Raker AC, Matteson KA.(2017). Non –Urgent Emergency Department Use During Pregnancy: An Observational Study. Am.J. Obstet Gynecol; 216 (2):181-187
- [44]. Ernst, M., Devries, E. ve diğerleri .(2014). Epidemiology And Management of Prenant Adolescents İn The Emergency Department . Annals of Emergency Medicine, Volume:64, Issue:4, pg:5107.
- [45]. Barnett, B., Arroya, C. ve diğerleri .(2003). Emergency Department Use By Pregnancy Adolescent . Journal of Adolescent Health, 32(2):153-154.

- [46]. Malik, S., Kathari, C., Maccollum, C. ve Diğerleri.(2017). Emergency Department Use in the Perinatal Period: An Opportunity For Early İntervention . *Annals of Emergency Medicine*, 70(6): 835-839.
- [47]. Mollen, C. J., Pletcher, M. D. J., Lavelle, J.(2003). Emergency Department Diagnosis and Management Teen Pregnancy :58-68
- [48]. Çuhadoroğlu, F. (2006). Ergenlikte Psikososyal Gelişim. I. Ulusal Adölesan Sağlığı Kongresi Konuşma Metinleri. 27.03.2018 tarihinde [http://ergen.org.tr/pdf/2\\_konusmaci%20metinleri.pdf](http://ergen.org.tr/pdf/2_konusmaci%20metinleri.pdf) adresinden erişildi.
- [49]. Sivaslıoğlu, S. (2015). Ergen Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Kendilik Algıları. Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Pediatri Anabilim Dalı, Ankara.
- [50]. Kara Uzun, A. (2010) Adölesan 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 Lisans Tezi. T.C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.
- [51]. Ercan, O. (2005). Adölesanın Psikososyal Gelişimi, Adölesan Sağlığı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi, İstanbul Kaya Basımevi, 43:17-21
- [52]. Akçan Parlaz, E., Tekgül, N., Karademirci, E., Öngel, K. (2012). Ergenlik Dönemi Fiziksel Büyüme ve Psikososyal Gelişim Süreci. *Türkiye Family Physician*, 3(2).
- [53]. Şirin, A. (ed.), Kavlak, O. (ed.). (2015). Adölesan Dönemi (Ergenlik Çağı). *Kadın Sağlığı*, Genişletilmiş 2. Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.
- [54]. Gözün, S. (ed.). (2016). Ergenlik Dönemi., Okul Dönemindeki Çocukların Sağlığının Geliştirilmesi Hemşireler ve Okul Ofisi Çalışanları İçin Okul Toplumunun Sağlığı Kitabı, Vize Yayımcılık, Ankara
- [55]. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), Learning ToLiveTogether. 30.05.2019 tarihinde <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/youth/youth-definition/> adresinden erişildi.
- [56]. Nies, M.A. (ed.), Ewen, M.Mc.(ed.). (2007). *Child and Adolescent Health. Community/Public Health Nursing Promoting The Health of Populations Fourth Edition*, Saunders Elsevier, Canada.
- [57]. Ayyıldız, T., Topan, A., Öztürk, Ö., ve ark. (2015). Adölesan Gebeliklerin Anne ve Bebeğe Yönelik Obstetrik Sonuçlar Açısından Değerlendirilmesi. *DEUHFED*, 8, 61-66.
- [58]. Taner, C.E., Aydoğan Kırmızı, D., İriş, A., Başoğlu, Ö.(2012). Adölesan Gebeliklerin Sonuçları. *Göztepe Tıp Dergisi*, 27(1):6-10.
- [59]. Kütük, S. (2012). Adölesan Gebelik Riskleri ve Sorunları. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 16(Suppl):531-534.

- [60]. Karakaya, E., Gençalp, N.S. (2009). Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Bölgede Yaşayan Adölesan Evli Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 6(1):34-40
- [61]. Kulaksızoğlu, A. (2014). Ergenlikte Sosyalleşme ve Ahlak Gelişimi: Ergenlik Psikolojisi. 16. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- [62]. Şahin, Ş., Özçelik, Ç. Ç. (2016). Ergenlik Dönemi ve Sosyalleşme. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi;5(1):42-49.
- [63]. Büyükgebiz, A. (2006). Adölesanlarda Fiziksel ve Cinsel Gelişim. Türkiye Klinikleri J. Pediatr Sci., 2(7):1-5.
- [64]. Koç, M. (2004). Gelişim Psikolojisi Açısından Ergenlik Döneminin Genel Özellikleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi; 17/2(2):231-256.
- [65]. Erci B. (Ed). (2009). Adölesan Dönem. İçinde: Halk Sağlığı Hemşireliği. Göktuğ Yayıncılık. 1. Baskı. Amasya: 117-123.
- [66]. Derman,O. (2008). Ergenlerde Psikososyal Gelişim. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi 63:19-21.
- [67]. Loaiza, E., Liang, M. (2013). UNFPA Adolescent Pregnancy: A Review of the Evidence, Newyork.
- [68]. Giray, H., Kılıç, B. (2004). Bekar Kadınlar ve Üreme Sağlığı Sorunu. STED, 13(8):286-289.
- [69]. Çelik DB, Dağlar G, Demirel G. (2013). Adölesanda Jinekolojik Sorunlar ve Üreme Sağlığı Üzerine Etkileri. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 47 (4) .
- [70]. World Health Organization (2016).Global Health Observatory (GHO) data. HIV/AIDS. Geneva. 31.05.2018 tarihinde <http://www.who.int/gho/hiv/en/> adresinden erişildi.
- [71]. Başar, F., Yeşildere Sağlam, H. (2016). Adölesan Dönemde Üreme Sağlığı Sorunları. 1. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi:166-167
- [72]. Mangiaterra, V., Pendse, R., McClure, K.,Rosen, J. (2008). Adolescent Pregnancy. MPS Notes World Health Organization, 1(1):1-4.
- [73]. Bebitova, O., Güner Emül, T. (2018). Kadına Şiddetin Diğer Yüzü: Erken Yaşta Evlilikler. Sosyal Bilimler Dergisi;5(24):53-62.
- [74]. Chandra-Mouli, V., Camacho, A.V., Michaud, P.A. (2013). WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Ourcomes Among Adolescents in Developing Countries. Journal of Adolescent Health;52:517-522.
- [75]. Ünalın, P., Apaydın Kaya, Ç., Akgün, T., Yıkılkan, H. ve İşgör, A. (2007) . Birinci basamakta ergen sağlığına yaklaşım. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science, 27; 567.
- [76].Yıldırım, Y.,İnal, M.M., Tınar, S. (2005) . Reproductive and characteristics of adolescent pregnancies in Turkish women. Journal of Pediatric Adolescent Gynecology, 18; 249-53.

- [77]. Sayar, İ. (2017). Erişkin Gebelerde Bakılan Nötrofil/Lenfosit Oranı, Plaketalet/Lenfosit Oranı ve Hemogloblin Değerlerinin Doğum Ağırlığı İle İlişkisi ve Bu Sonuçların Adölesan Gebeler ile Karşılaştırılması. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara.
- [78]. Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü.(2018). Sayı 27588, 14.01.2019 tarihinde [www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27588](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27588) adresinden erişildi.
- [79]. Hoffman SD. (2006). By the Numbers: The Public Costs of Teen Childbearing. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy . 13.04.2018 tarihinde [https://thenationalcampaign.org/sites/default/.../btn\\_national\\_report.Pdf](https://thenationalcampaign.org/sites/default/.../btn_national_report.Pdf) adresinden erişildi.
- [80]. Şen S., Kavlak O. (2011). Çocuk gelinler: Erken yaş evlilikleri ve adölesan gebeliklere yaklaşım. Aile ve Toplum Dergisi; 7(25); 35-44,
- [81]. Kalpalp(uz) B. (2006). Adölesan Annelere Verilen Eğitimin Öz Güven Bakım Güçlerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, İzmir.
- [82]. Şirin, F. (2016). Adölesan Yaşta Doğum Yapan Kadınların Gebelik, Doğum ve Doğumsonu Döneme İlişkin Özellikleri. Yüksek Lisans Tezi. T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilimdalı, İstanbul.
- [83]. Hamilton, B.E., Martin, J.A., Osterman, M.J.K., Curtin, S.C., Mathews, T.J. (2015). Births: Final Data for 2014. National Vital Statistics Reports, 64(12):1-63
- [84]. Committee on Adolescent Health Care. (2017). Adolescent Pregnancy, Contraception, and Sexual Activity, The American Collage Of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Number 69.
- [85]. Saka G.Ertem M, İçlin E. (2001). Diyarbakır Doğum Evi Hastanesinde Doğum Yapan Gebelerde Risk Faktörleri: Ön Çalışma. Perinataloji Dergisi, (9); 110-115.
- [86]. Özşahin A, Zencir M, Gökce B, Acımış N. (2006). Adolescent pregnancy in West Turkey. Cross sectional survey of married adolescents. Saudi Medical Journal, (27); 1177-1182.
- [87]. Bulut, S., Gürkan, A., Sevil, Ü. (2008). Adölesan Gebelikler. *Aile ve Toplum*, 10 (4): (13) Ocak-Şubat-Mart.
- [88]. Başer, M. (2000). Adölesan Cinselliği ve Gebelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;4(1).
- [89]. Yakıt, E., Çoşkun, A. M. (2014). Toplumsal Açından Çocuk Yaşta Evlilikler Gerçeği: Hemşire ve Ebenin Sorumluluğu. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi;11(3):3-10.

- [90].TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu, Erken Yasta Evlilikler Hakkında İnceleme Yapılmasına Dair rapor. 30.05.2019 tarihinde [http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/komisyon\\_rapor.pdf](http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/komisyon_rapor.pdf) adresinden erişildi.
- [91]. Yurdakul , M. ( 2018).Adolescent Pregnancies: Causes and Its Effects on Maternal and Infant Health ,In, Recent Researches in Health Sciences, Edit. Shapekova N.L., Özdemir L., Ak B., Şenol V., Yıldız H., Cambridge Scholars Publishing, pp. 408-423
- [92]. Çoban, A. (2018). Riskli Gebelikler (Bireysel Faktörler) . Ebeler ve Ebelik Öğrencileri İçin Doğum Öncesi Dönem II Kitabı, İstanbul Tıp Kitap Evleri, 1. Baskı :57-60
- [93]. Borja, J.B., Adair, L. S. (2003). Assessingthe Net Effect of YoungMaternal Age on Birthweight. Am J Hum Biol. ;15,733-40
- [94]. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), Learning ToLiveTogether. 30.05.2019 tarihinde <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/youth/youth-definition/> adresinden erişildi.
- [95]. Öner, S., Yapıcı, G., Kurt A.Ö., Şaşmaz, T., Buğdaycı, R. (2012). The Sociodemographic Factors Related with the Adolescent Pregnancy.Asian Pacific Journal of Reproduction, 1(2): 135-141.
- [96]. Canbaz, S., Sunter, A.T., Çetinoğlu,Ç. E., Peksen, y. (2005). Obstetric Out Comes Of Adolescent Pregnancies in Turkey, Advancey in Therapy.
- [97].Türk Medeni Kanunu (TMK).(2001). Türk Medeni Kanunu. 30.03.2019 tarihinde <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4721html> adresinden erişildi.
- [98]. Gezer Tuğrul, Y. (2018). Erken Yaşta Evlendirilen Kadınların Evlilik Süreçleri, Deneyimleri ve Sonraki Yaşamları Üzerine Nitel Bir Çalışma. Sosyoloji Notları Cilt:1, Sayı:2
- [99]. Molina, R.C., Roca, C.G., Zamorano, J.S., Araya, E.G. (2010). Family Planning and Adolescent Pregnancy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 24: 209-222.
- [100]. Shahabuddin, A.S.M., Delvaux, T., Abouchadi, S., Sarker, M., Brouwere, V. D. (2015). Use of Maternal Health Services Among Adolescent Women in Bangladesh.
- [101]. Kömürcü, N (bölüm yazarı). Şirin, A (edtr), Kavlak. O (edtr). (2015). Özel Gruplarda Gebelik, Kadın Sağlığı Kitabı Genişletilmiş 2. Baskı:360-365
- [102]. Aydın D. (2013). Adölesan Gebelik ve Adölesan Annelik. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,16 (4); 250-254
- [103]. Taşkın, L. (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 7 baskı. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
- [104]. Dugan, N. (2018). Gebelikte hipertansif Hastalıkların Sınıflandırılması ve Etiyopatogenez: Güncel Durum, Gebelikte Hipertansif Hastalıklar ve Bilimsel Program Notları. Türkiye Jinekoloji

ve Obstetri Derneği TJPĐ İstanbul Bülteni, 30.05.2019 tarihinde [www.tjodistanbul.org](http://www.tjodistanbul.org) adresinden erişilmiştir.

[105]. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2002)., Practice Bulletin no. 33. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Obstet. Gynecol. ; 99, 159.

[106]. Kawakita, T., Wilson, K., Grantz ,K. L., Landy, H. J., Huang, C., Gomez-Lobo, V .(2016). Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy. J. Pediatr Adolesc. Gynecol. 26:130-136.

[107]. Melekoğlu, R., Evrüke, C., Kafadar, T., Mısırlıoğlu,S., Büyükkurt, S., Özgüven, F.T. (2013). Adölesan Gebeliklerin Perinatal Sonuçları. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi;10(4):213-9.

[108]. İnalöz, E.Y., İnceç, M., Topdağı Yılmaz, E. P. (2017). Bölgemizdeki Adölesan Gebeliklerin Maternal ve Perinatal Sonuçlar Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi;8(30):6-14.

[109]. Seçkin, K. D., Yücel, B., Karslı, M. F., Özdemir, Ç., Tođrul, C., Çelik, E., Küçüközkan, T., Yıldırım, G. (2016). Adölesan Doğumların Demografik Özellikleri ve Maternak- Fetal Sonuçları: İstanbul'da Referans Bir Hastanede Gerçekleştirilen Olgu- Kontrol Çalışması. Okmeydanı Tıp Dergisi;32(1):14-18

[110]. Kızılkaya Beji, N. (2015). Hemşirelere ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.

[111]. Santos, G. H. N. D., Martins, M.G., Sousa, M. S., Batalha, S. J. C. (2009). Impacto Da İdade Materna Sobre os Resultados Perinatais e Via De Parto. Rev. Bras.Ginecol. Obstet. ;31(7):326-34.

[112]. Olausson, P.O., Haglund, B., Weitof, G.R., Cnattingius, S. (2004). Premature Death Among Teenage Mothers. BJOG: an International Journal of Obstetrics And Gynaecology; 111:793-799.

[113]. Gözükkara, İ.Ö., Polat, M., Kucur, S.K., Yüksel, B., Seven, A., Şencan, H., Durukan, H. (2015). Yüksek Rakımda Yaşayan Adölesan Gebelerde Maternal Hemoglobin Konsantrasyonunun Değerlendirilmesi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni; 46(2):59-62.

[114]. Eskiciođlu F. (2015) Adölesan Doğumlara Yaklaşımında Eş Yıllık Sonuçlarımız. Pam Tıp Dergisi, 8(3); 199-203

[115]. Çakır Nemli, M. Ö. (2017). Adölesan gebeliklerin Retroseptif Özelliklerinin. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma hastanesi. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniđi, İzmir.

[116]. Geist RR, Beyth Y, Shashar D, Beller U, Samueloff A. (2006). Perinatal outcome of teenage pregnancies in a selected group of patients. J Pediatr Adolesc Gynecol;19:189-93.

[117]. Baran Durmaz, G. (2013). Adölesan Gebeliklerde Öz Bakım Eğitiminin Öz Bakım, Benlik Saygısına ve Beden İmajına Etkisi. Doktora Tezi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilimdalı, Erzurum.



- [118]. Kaya, A., Başbuğ, A., Sönmez, C., BARUT, Çağlar, M. (2017). Geö adölesan Gebelik Maternal ve Fetal Sonuçları, Family Pructice & Palliative Care.
- [119]. Malabarey, O. T., Balayla, J., Klam, L. S., Shrim, A., Abenhaim, H.A. (2012). Prenancies in Young Adolescent Mothers: A Population- Based Study on 37 Million Births. J. Pediatr Adolesc. Gynecol; 25:98-102
- [120]. Doğaner, G. T. (2014). Gebelerin Aldıkları Prenatal Bakımdan Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya.
- [121]. Moos, M. (2006). Prenatal Care: Limitations and Opportunities. JOGNN, 35 (2):278- 285.
- [122]. Şirin, A. (2008). Kadın Sağlığı. Bedray Yayıncılık, 1. Baskı, Ekim, İstanbul.
- [123]. Omaç, M., Güneş, G., Karaoğlu, L., Pehlivan E. (2009). Arapgir Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi (Haziran 2004-2005). *Fırat Tıp Dergisi*;14(2): 115-119.
- [124]. Pirdal, H., Yalcın, B. M., Ünal, M. (2016). Gebelerin Gebelik İzlemleri, Gebelikleri İle İlgili Bilgi Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*;2081):7-15.
- [125]. WHO. (2002). Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Promoting Effective Perinatal Care. Training modules. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. 30.05.2019 tarihinde [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0013/131521/E79235.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf) adresinden erişildi.
- [126]. Çetin, F., Güneş, G., Karaoğlu, L., Üstün, Y. (2005) Turgut Özal Tıp Merkezinde Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Ve Emzirmeye Başlama Durumları ve Etkileyen Faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(4): 247-252.
- [127]. Meydanlı, M. M., Çalışkan, E., Ecemiş, T., Haberal, A., Arlıer, S., Dölen, İ. (2000). Adölesanlarda Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetri Dergisi*, 10.
- [128]. TTB. (2014). Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu. Türkiye Tabipler Birliği Yayınları, Ankara. 01.06.2019 tarihinde <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacirpr.pdf> adresinden erişildi.
- [129]. Nazik, E. (2018). Dezavantajlı Gruplar ve Ebelik. Doğum Öncesi Dönem II. 1. Baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık.
- [130]. Keskin, U., Kıncı, M.F. (2018). Adölesan Dönemi ve Gebelikler. Adölesan Sağlığı ve Sorunları - I. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.33-8.
- [131]. Dalby, J., Hayon, R., Carlson, J. (2014). Adolescent pregnancy and contraception. *Prim Care* ;41 (3):607-29.
- [132]. Özgü, E., Yakut, H. İ. (2015). Adölesan Kontrasepsiyon. *Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(5):191-193.



- [133]. World Health Organization (2016).Global Health Observatory (GHO) data. HIV/AIDS. Geneva. 31.05.2019 tarihinde <http://www.who.int/gho/hiv/en/> adresinden erişildi.
- [134]. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. (2014). Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara.
- [135]. Alhabe, F., Goudar, S., Moore, J. L., Chomba, E., Derman, R. J., Gibbons, L. ve Arkadaşları. (2015). Adverse Maternal and Perinatal Outcomes in Adolescent Pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry Study. *Reproductive Health*, 12 (Suppl 2):58.
- [136]. Lindahl, V., Pearson, J. L., Colpe, L. (2005). Prevalence of Suicidality During Pregnancy and the Postpartum. *Archives of Women's Mental Health* ;8(2):77-87.
- [138]. Trotman, G., Chhatre, G., Daralia, R., Tefera, E., Damle, L., Gomez-Loba, V. (2015). The Effect of Centering Pregnancy Versus Traditional Prenatal Care Models on Improved Adolescent Health Behaviors in the Perinatal. *J.Pediatr Adolesc Gynecol*28; 395-401.
- [139]. Çelikkalp, Ü., Demir, M., Saraçoğlu, V.G., Temel, M. (2011). Bir Kamu Hastanesinde Yatan Hastaların Hizmet Memnuniyeti. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 6(17).
- [140]. Peter, P. J., Mola, M. B., Coelho, F.M., Pinheiro, K. A., Silva, R.A., Castelli, R., Pinheiro, R. T., Quevedo, L. A. (2017). Association Between Perceived Social Support and Anxiety in Pregnant Adolescents. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 39(1):21-27.
- [141]. Backstrom, C., Larsson, T., Wahlgren, E., Golsater, M., Martensson, L. B. (2017). It makes you feel like you are not alone': Expectant first-time mothers' experiences of social support within the social network, when preparing for childbirth and parenting. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 12:51-57
- [142]. Dee, D.L. (2017). Trends in Repeat Births and Use of Postpartum Contraception Among Teens-United States, 2004-2015. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report* ;66.
- [143]. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi. (2009). Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd.Şti. Ankara,8-64.
- [144]. Tokuç, B., Berberoğlu, U., Varol, G., Çelikkalp, Ü. (2011). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Evlilik Dışı Cinsel İlişki, İstemli Düşükler ve Kontraseptif Kullanımı Konusundaki Görüşleri. *Turkish Journal of Public Health* ;9(3):166-73.
- [145]. Finer, L. B., Zolna, M. R. (2011). Unintended Pregnancy in the United States: Incidence and Disparities, 2006. *Contraception*;84(5):478-85
- [146]. French, R. S.,Cowan, F. M. (2009). Contraception for adolescents. *Best Practice Research Clinical Obstetrics Gynaecology* , 23:233-47
- [147]. Eray, O. (2013). Türkiye'deki Acil Servislere Başvuran Hastaların Profili Türkiye Kardiyovasküler Akademi Derneği E-Bülten=Ekim Sayısı.

- [148]. Yıldızhan, R., Kolusarı, A., Edirne, T., Adalı, E., Erol, Ş., Kurdoğlu, M., Kurdoğlu, Z. (2009). Van Yöresinde Adölesan Gebeliklerin Analizi. Van Tıp Dergisi;16(4):124-127.
- [149]. Keskinöglü, P., Bilgiç, N., Picakciefe, M., Giray, H., Karakuş, N., Günay, T. (2007). Perinatal Outcomes and Risk Factors of Turkish Adolescent Mothers. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology; 20(1):19-24.
- [150]. Kulhan, M., Naykı, Ü.A., Naykı, C., Kulhan, N.G., Uluğ, P., Toklucu, H. (2016). Erzincan İlindeki Adölesan Gebelikler. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi; 26 (3): 215- 220.
- [151]. Kırbaş, A.(2011). Adölesan Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara.
- [152]. Öcal, S.E. (2011). Adölesan Gebelerin Gebelik, Doğum ve Anneliğe Uyumları ve Etki Eden Faktörler.Yüksek Lisans Tezi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
- [153]. Sarı, E. (2014). Adölesan ve Erişkin Annelerin Doğuma İlişkin Duygu ve Memnuniyetleri. Yüksek Lisans Tezi. Türkiye Cumhuriyeti Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul
- [154]. AFAD .(2014). Türkiye'deki Suriyeli Kadınlar Raporu 2014. 01.06.2019 tarihinde [https://www.afad.gov.tr/Dokuman/TR/80\\_20140529154110-turkiye'deki-suriyeli-kadınlar-2014.pdf](https://www.afad.gov.tr/Dokuman/TR/80_20140529154110-turkiye'deki-suriyeli-kadınlar-2014.pdf) adresinden erişildi.
- [155]. Shuger, L. (2012). Teen Pregnancy & High School Dropout. The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. America's Promise Alliance.
- [156]. Özgülner, N. (2016). Savaş, Göç ve Sağlık. Türkiye Tabipler Birliği Yayını, Ankara. 01.06.2019 tarihinde [www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacilar\\_rpr.pdf](http://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacilar_rpr.pdf) adresinden erişildi.
- [157]. Carballo M, Nerukar A. (2001). Migration, Refugees, and Health Risks. Emerging Infectious Diseases, 7(3 (Supplement)): 556- 560. 01.06.2019 tarihinde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631841/pdf/11485671.pdf> adresinden erişildi.
- [158]. TTB. (2014). Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu. Türkiye Tabipler Birliği Yayınları, Ankara. 01.06.2019 tarihinde <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacirpr.pdf> adresinden erişildi.
- [159]. Doğru, H. Y., Oktay, G., Özsoy, A. Z. Ve Diğerleri. (2017). Acil Servise Başvuran Gebelerin Değerlendirilmesi: Üçüncü Basamak Tek Merkez Deneyimi. Van Tıp Dergisi 24(3):157-162
- [160].Türküzü, M. (2014). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Acil Servis'ine 10 Gün İçerisinde Tekrar Başvuran Hastaların Sıklığı, Tekrar Başvuru Nedenlerinin İncelenmesi: 1 Yıllık İnceleme. Tıpta Uzmanlık Tezi. T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Eskişehir.

- [161]. Zeytin,A.T., Çevik, A.A., Acar, N., Kaya, S., Özçelik, H.(2014). Orta Anadolu'da Akademik Bir Acil Servise Başvuran Hastaların Özellikleri. *Turkish Journal Of Emergency Medicine*,14(2):75-81.
- [162]. Özçelik, H. (2012). Acil Servise Başvuran Katogori 1 Hastaların Acil Serviste Kalış Süresini Etkileyen Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Eskişehir.
- [163]. Aydın,T., Akköse Aydın, Ş., Köksal, Ö., Özdemir, F., Kulaç, S., Bulut, M. (2010). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Özelliklerinin ve Acil Servis Çalışanlarının Değerlendirilmesi. *JAEM*:163-8
- [164]. Kılıçaslan, İ., Bozan, H., Oktay, C., Göksu, E. (2005). Türkiye'de Acil Servise Başvuran Hastalıkların Demografik Özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*;5:5-13.
- [165].Köse, A., Köse, B., Öncü, M.R., Tuğrul, F. (2011). Bir Devlet Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Profili ve Başvurunu Uygunluğu. *Gaziantep Tıp Dergisi*;17(2):57-62.
- [166]. Akgün, F.S. (2011). Turğut Özal Tıp Merkezi Acil Servisine Başvuran Hastaların Değerlendirilmesinde Modifiye Erken Uyarı Skoru ve Mainz Acil Değerlendirme Skoru Kullanımının Hasta Prognozunu Öngörmedeki Etkinliği. Uzmanlık Tezi. T.C. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilimdalı, Malatya.
- [167]. Göker, A., Yanikerem, E., Birge, Ö. (2012). Manisa'da Bir Eğitim Araştırma Hastanesine Başvuran Gebelerde Anemi Prevelansının Retrospektif İncelenmesi. *STED Dergisi*, 12(3):102-109
- [168]. Gezginç, K., Dalkılıç, E.U. (2011). Obstetrik Acillere Yaklaşım. *JAEM* ;10(4):128-132
- [169]. Ersel,M., Karcioğlu, Ö., Yanturalı, S., Yürüktümen A., Sever, M, Tunç, M.A.(2006). Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Acısından Değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*,6(1):25-35.
- [170]. Oktay, C., Çete,Y., Eray, O., Pekdemir, M., Günerli, A. (2003). Appropriateness of Emergency Department Visits in a Turkish University Hospital, *Croat Med.J.*;44(5):585-91.
- [171]. Stein, A.T., Harzheim, E., Costa, M., Busnello, E., Rodrigues, L.C. (2002). The Relevance of Continuity of Care:a Solution for the Chaos in the Emergency Services. *Fam Pract*;19(2):207-210
- [172]. Barish, R.A., McGauly, P.L., Arnold, T.C. (2012). Emergency Room Crowding: a Marker of Hospital Health. *Trans Am. Clin. Climatol Assoc*;123(1):304-310.
- [173]. Aygencel,G., Nas,A., Sarıtaş, H., Deryal, K., Demircan, A. (2012). Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisindeki İç Hastalıkları Konsültasyonlarının Genel Özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi*;17(4):219-222.
- [174]. Carret, M.LV., Fassa, A.G., Kawachi, I. (2007). Demand For Emergency Health Services Factors Associated With İnappropriate Use. *BMC Health Services Research*, 7:131.

- [175]. Banerjee, A., Mbamalu, D., Ebrahimi, S., Khan, A.A., Chan T.F. (2011). The Prevalence of Polypharmacy in Elderly Attenders to an Emergency Department-a Problem With a Need For An Effective Solution. *International Journal of Emergency Medicine*;4:22
- [176]. Ronen, S., Lee, J., Patel, P., Patel, P. (2018). A Comparison of Childbirth Costs for Adolescents And Adults From 2001 To 2010. *Journal of Adolescent Health*, 62(1): 59-62.
- [177]. Al-Mehaisen, L., Khader, Y., Al-Kuran, O., Abu Issa, F., Amarin, Z. (2011). Maternal Anemia in Rural Jordan: Room for Improvement. *Anemia*; 381812cilt, 7.
- [179]. Barroso, F., Allard, S., Kahan, C.B., Connolly, C., Smethurst, H., Choo, L., Khan, K., Stanworth, S. (2011). Prevalence of Maternal Anaemia and Its Predictors: a Multi-centre Study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* ; 159(1): 99-105.
- [180]. Ugwuja, E.I., Akubugwo, E.I., Ibiam, U.A., Obidoa, O.(2011).Maternal Socio-Demographic Parameters: Impact on Trace Element Status and Pregnancy Outcomes in Nigerian women. *J Health Popul Nutr* ;29(2): 156-162.
- [181]. Karakaya, İ.(2018). Tıbbi Dökümantasyonların Sağlık Kurumları Açısından Önemi ve Bir Uygulama: Kamu ve Özel Hastane Çalışanlarının Tıbbi Kayıt Sistemine Yönelik Tutumları. Yüksek Lisans Tezi. T.C. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü, İstanbul
- [182]. T. C. Milli Eğitim Bakanlığı MEGEB .(2011). Arşiv Hizmetleri. 1. Baskı, MEB Yayınları, Ankara;6
- [183]. Sürer, E. (2015). Tıbbi Kayıtların Tutulması ve Saklanması. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- [184]. Sungur, C. (2019). Hekimlerde Tıbbi Hata Suçlamalarına Karşı Savunmacı Tıp Davranışları. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*,22(1):191-206.
- [185]. Sunay, Y.M. (2006). Tıbbi Kayıtların Düzenlenmesi ve Saklanmasında Görülen Eksiklikler ve hukuki Sonuçları. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi*,2(50):20-7.
- [186]. Doğan Yalçın, N. (2014). Sağlık Kuruluşlarında Kalite ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Ana Bilim Dalı, İzmir

## EKLER

EK-1

### ACİL SERVİSE BAŞVURAN ADÖLESAN GEBELERİN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ'NE İLİŞKİN VERİ TOPLAMA FORMU

1- Yaş:

2- Medeni Durum: ( ) Resmi nikah ( ) İmam nikahı

3- Uyruğu: ( ) TC ( ) Yabancı uyruklu

4- Eğitim Düzeyi

( ) Okuryazar değil ( ) Okuryazar ( ) İlköğretim ( ) Lise

5- Eşinizin eğitim düzeyi:

( ) Okuryazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Yüksekokul ve üzeri

6- Mesleği: ( ) Ev hanımı ( ) Çalışan

7-Eşinizin mesleği: ( ) İşsiz ( ) Çalışıyor (lütfen belirtiniz): .....

8- Kaçınıcı gebeliği:

( ) ilk ( ) İkinci ( ) Üçüncü ( ) Dördüncü ve daha fazla

9- Gebelik haftası:

10- Hemoglobün değeri:

11- NST sonucu: ( ) Reaktif ( ) Nonreaktif

12-Acile başvuru tarihi ve saati :

13- Acile başvuru nedeni:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kanama ve lekelenme   | <input type="checkbox"/> Halsizlik      |
| <input type="checkbox"/> Bel ağrısı  | <input type="checkbox"/> Kasık ağrısı   |
| <input type="checkbox"/> Bulantı kusma   | <input type="checkbox"/> İshal          |
| <input type="checkbox"/> Karın ağrısı  | <input type="checkbox"/> Yüksek ateş    |
| <input type="checkbox"/> Baş ağrısı  | <input type="checkbox"/> Baş dönmesi    |
| <input type="checkbox"/> Suların gelmesi   | <input type="checkbox"/> Vajinal akıntı |
| <input type="checkbox"/> İlk gebelik tanısı  | <input type="checkbox"/> Mide ağrısı    |
| <input type="checkbox"/> Doğum için başvuru  | <input type="checkbox"/> Bayılma        |
| <input type="checkbox"/> Kan basıncı ölçümü için   | <input type="checkbox"/> Travma         |
| <input type="checkbox"/> Bebek hareketlerini hissetmeme                                  | <input type="checkbox"/> Adli vaka      |
| <input type="checkbox"/> Poliklinikten yönlendirilen gebe (IUGG, oligohidroamnios)       | <input type="checkbox"/> Diğer nedenler |
| <input type="checkbox"/> Poliklinikten RHOGAM yapılması için yönlendirilen gebe          |   |
| <input type="checkbox"/> Poliklinikten NST çektirmek için yönlendirilen gebe             |   |
| <input type="checkbox"/> Takip eden hekim tarafından gebelik kontrolü için çağrılan gebe |   |
| <input type="checkbox"/> Fetal kalp hareketleri bulunmadığı için yönlendirilen gebe      |   |

14- Acil seviste yapılan müdahale (Yatış, sevk vb durumlar):

- Müşahade gözlemi
- Servis yatış (yatış tanısı :.....)
- Başka kuruma sevk
- Ayakta tedavi ( tanısı:.....)
- Eve taburcu
- Diğer (lütfen belirtiniz: .....

**T.C.**  
**MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
12/04/2018	07	159

Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü Ebelik Ana Bilim Dalında görevli Dr. Öğr. Üyesi Mine YURDAKUL'un sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Acil Servise Başvuran Adölesan Gebelerin Retrospektif İncelenmesi" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 29/03/2018 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza  
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN  
Başkan

İmza  
Prof. Dr. Selma ÜNAL  
Başkan Yardımcısı

(Katılmadı)  
Prof. Dr. Fatma Özlem KANDEMİR  
Üye

İmza  
Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ  
Üye

İmza  
Prof. Dr. Murat BOZLU  
Üye

(Katılmadı)  
Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN  
Üye

İmza  
Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN  
Üye

İmza  
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER  
Üye

İmza  
Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE  
Üye

İmza  
Doç. Dr. İsmail ÜN  
Üye


İmza  
Dr. Öğr. Üyesi M. Türkan IŞIK ERER  
Üye

İmza  
Dr. Öğr. Üyesi Nalan TİFTİK  
Üye

(Katılmadı)  
Uzm. Dr. Özge KURMUŞ  
Üye

İmza  
Hürrem Betül LEVENT ERDAL  
Üye

İmza  
Lale DAĞLI  
Üye

  
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN  
Başkan  
ASLI GİBİDİR

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı ve Soyadı** : Raziye KILIÇÇEKER  
**Doğum Tarihi** : 06.06.1985  
**E-mail** : [rzkilicceker@gmail.com](mailto:rzkilicceker@gmail.com)

### Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	EBELİK	MERSİN ÜNİVERSİTESİ	2004-2008
Yüksek Lisans	EBELİK	MERSİN ÜNİVERSİTESİ	2010-2019

### Görevler :

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Ebe	Fırat Üniversitesi Hastanesi Jinekoloji ve Onkoloji Servisi	2009-2010
Ebe	Fırat Üniversitesi Hastanesi Doğumhane Servisi	2010-2012
Öğretim Elemanı	Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü	2009-2011
Ebe	Yakacık Doğumevi ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Acil Servisi	2012-2018
Ebe	Sivas Ali Baba Aile Sağlığı Merkezi	2018-2019

### ESERLER (Makaleler ve Bildiriler)

1. Kılıççeker R.,Doğum Eyleminde Ebelik Fonksiyonları, 3. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 2012, Malatya (Sözel Bildiri)
- 2.
- 3.