

ÖNEMLİ BİR HALK SAĞLIĞI SORUNU: ERGEN GEBELİK

AN İMPORTANT PUBLIC HEALTH PROBLEM: ADOLESCENT PREGNANCY

Rukiye ÜNSAL SAÇ, MD;¹ Medine Ayşın TAŞAR, MD;¹ Yasemin ARIKAN, MD;¹ Fatma İnci ARIKAN, MD;¹ Ülku TIRAŞ, MD;² Yıldız Bilge DALLAR, MD¹

¹ S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği, Ankara, Türkiye

² Özel Acıbadem Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Geliş tarihi: 27/11/2014

Kabul tarihi: 11/12/2014

Yazarlar herhangi bir finansal destek kullanmamış olup yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

ÖZ

AMAÇ: Ergen gebelik, anne ve çocuk ölümlerini arttıran, süregelen hastalıklara ve fakirliğe yol açan önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Çalışmamızın amacı, bölgemizde ergen dönemde doğurganlık davranışına başlamış annelerin sosyal ve demografik özelliklerini saptamak ve ergen gebeliği önlemek için alınabilecek önlemleri belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Sağlam Çocuk Polikliniği'ne başvuran çocukların anneleri (n=206) çalışmaya alındı. Anneler doğurganlık davranışı başlama yaşlarına göre iki gruba ayrıldı: Grup 1: Ergen anneler (13-19 yaş) (n=123, %59,7). Grup 2: Erişkin anneler (≥20 yaş). Demografik özellikler, anneler ile yüz yüze görüşülerek anket formuna kaydedildi. Gruplar arasında değerler yönünden farkın önemliliği Student's t, Mann Whitney U ve Ki-Kare testiyle değerlendirildi; P< 0,05 için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Grup 1'de gebelik sayısı, imam nikahı, kalabalık aile ve bebeklerin hastanede yatma sıklığı anlamlı yüksek saptandı (P< 0,05). Yine Grup 1'de babaların yaşları ve evlilik yaşları grup II'ye göre küçüktü (P< 0,05). Grup 1'de gebelikte düzenli takip olan annelerin oranı %68 iken, Grup II'de %82 idi (P= 0,05). Grup II'deki annelerin sezaryen doğum ve kronik hastalığı anlamlı olarak fazlaydı (P< 0,05).

SONUÇ: Ülkemizde ergen evlilikler ailelerin istekleri doğrultusunda yapılmakta ve desteklenmektedir. Çalışma grubumuzdaki ergen annelerin gebelik öncesi düzenli sağlık bakımı alma oranları düşüktü. Doğum komplikasyonları sıklığı gruplar arasında farklı değildi, ancak ergen anne bebeklerinin hastaneye yatış öyküsü fazlaydı. Ergen annelerin sosyal ve kültürel koşullarının belirlenerek bu gebeliklerin önlenmesi için daha kapsamlı ve uzun takipli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Ergen anne, gebelik

Yazışma adresi / Correspondence Address: Rukiye ÜNSAL SAÇ, SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği, Ankara, Türkiye **Tel:** 0312 5953273 **e-mail:** rukiyeunsal@hotmail.com

ABSTRACT

OBJECTIVE: Adolescent pregnancy is an important public health problem, which increases both mother and child deaths, causes a chronic disease state and poverty: We aimed to identify social and demographic characteristics of adolescent births in our population in order to draw attention to this problem.

MATERIAL AND METHODS: Mothers who attended to well baby polyclinic of Ministry of Health Ankara Training and Research Hospital were included in the study. Of 206 mothers, 123 (59.7%) were younger than 20 years (Group 1: Adolescent mothers) and 83 (Group 2, control group) were 20 years and older when became pregnant at the first time. A face-to-face questionnaire was completed by asking demographic informations. The significance of the difference was compared with the statistical analysis of Student's t, Mann Whitney U and chi-square test; results for $P < 0.05$ were accepted as significant.

RESULTS: Number of labours, imam wedding, having a crowded family, hospitalization of the babies were statistically higher in Group 1, than Group 2 ($P < 0.05$). In addition, father's age and age of marriages were younger than Group II ($P < 0.05$). Regular prenatal care rate was 82% in Group I, whereas 68% in Group II ($P = 0.05$). Cesaren labour and existence of a chronic disease was significantly higher in Group II ($P < 0.05$).

CONCLUSION: In our country, adolescent marriage is supported and approved by parents. In our study group, regular prenatal health care rate was low among adolescent mothers. Obstetric complications were not different between two groups, however hospitalization rate of the babies were significantly higher in Group 1. It is necessary to determine the social and cultural conditions of the adolescent mothers by comprehensive and long tracing studies, in order to prevent adolescent pregnancies.

Keywords: Adolescent, mother, pregnancy.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaş grubunu ergen olarak tanımlamaktadır. Bu döneminin en büyük özelliği fiziksel, cinsel ve psikolojik gelişimin tamamlanmamış olmasıdır (1).

Ergenlik dönemindeki kız çocukların gebeliklerinde, doğum komplikasyonları ve anne ölümleri daha fazla görülmektedir; öyle ki ergen gebelik 15-19 yaş kız çocuklarının en sık ölüm nedeni olarak bildirilmektedir (1). Ayrıca, ölü doğum ve yenidoğan bebek ölümleri 20-29 yaş grubuna göre %50 daha yüksektir. Ergen annelerin düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma sıklığı daha fazla olup, bu çocuklarda uzun dönemde sağlık, gelişimsel problemler olmaktadır (1).

Ergen anneliğin, sosyal açıdan da birçok olumsuz etkisi söz konudur. Çocuk yaşta anne olunması, kız çocuklarının eğitimlerinin aksamasına ve iş imkanlarından faydalanamamasına neden olmaktadır (2).

Bu nedenlerden ergen kızların doğurganlık davranışına başlamaları bebek, anne ve ülke için önemli bir halk sağlığı sorundur (1).

Tüm dünyadaki ergen gebeliklerin yaklaşık %95'i gelişmekte olan ülkelerdedir. Ülkelerin fakirlik oranı arttıkça, eğitim düzeyi düştükçe ve kırsal yerleşim bölgelerinde ergen gebelik sıklığı daha yüksek bulunmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça ergen gebelik oranları azalmaktadır (1).

Ülkemizde 15-19 yaş arasındaki kız çocuklarının

%6'sının doğurganlık davranışına başladığı görülmektedir. Kırsal yerleşim bölgelerinde, eğitim ve refah düzeyi düşük kadınlarımızda ergen gebelik daha yaygın saptanmaktadır (2).

Bu çalışmada Ankara'da düşük sosyoekonomik seviyesi olan bir toplumda ergen yaşlarda doğurganlık davranışına başlamış annelerin sosyal ve demografik özelliklerini saptamak ve ergen gebeliği önlemek için alınabilecek önlemleri amaçlanmıştır. Böylece, hem anne hem de çocuk ölümlerini arttıran, süregen hastalık durumuna ve fakirliğe yol açan önemli bir toplum sağlığı sorununa dikkat çekilmek istenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniği'ne üç aylık dönemde başvuran anneler çalışmaya alındı. Bu dönemde başvuran 220 anneden bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan 206 anne çalışmaya alındı. Yirmi yaşından daha küçük gebe kalan ya da anne olan 123 anne "ergen anne" grubu (Grup 1) olarak sınıflandırıldı. Yirmi yaş ve üzerinde doğurganlık davranışı başlayan 83 anne kontrol grubu (Grup 2) olarak kabul edildi.

Demografik ve sosyal özellikler, bebeğin doğum süreci ve sonrası döneme ait sorulardan oluşan anket formu, aynı hekim tarafından, anneler ile karşılıklı oturarak ve yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Annelerden istenen bilgiler şunlardı: Annenin ilk doğum yaptığı yaş, evlilik yaşı, gebelik sayısı, eğitimi, sigara alışkanlığı, kronik hastalığı, medeni durumu, doğum sonu depresyon, baba evlilik yaşı, evliliğinin aile isteğiyle ya da annenin kendi isteğiyle olması, aile yapısı, gelir düzeyi, eşiyle akrabalık, çalışma durumu, babanın çalışma durumu ve aile içinde şiddet varlığı soruldu.

Grup I ve grup II'de olan annelere bebeklerine dair bilgiler de soruldu: Gebelikte düzenli takipli, doğum şekli (sezaryen ya da normal doğum), evde doğum yapma, doğum komplikasyonu, doğum haftası, doğum kilosu, cinsiyeti, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı

bebek, anne sütü ile beslenme, doğum sonrası hastaneye yatış öyküsü, bebek bakımı eğitimi, hastanemizde doğum sonrası eğitimi ve bebek bakımında anneanne veya babaanneden alınan destek soruldu.

Anne eğitimi okur-yazar değil, ilköğretim 1. kademe ve ilköğretim 2. kademe ve üstü olarak gruplandırıldı. Çalışma grubunda üniversite eğitimi almış anne bulunmamaktaydı.

Türkiye İstatistik Kurumu gelir ve yaşam koşulları araştırması 2012 verilerine ilk % 20'lik dilimde geliri olanlar düşük, ikinci ve üçüncü % 20'lik dilimde olanlar orta, dördüncü ve son % 20'lik grupta geliri olanlar da yüksek gelirli kabul edilmiştir (3).

Verilerin analizi SPSS (Statistical Package for Windows 15,0 paket programında) yapıldı. Sürekli ve kesikli sayısal değişkenlerin dağılımının normale yakın olup olmadığı Kolmogorov Smirnov testiyle araştırıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli ve kesikli sayısal değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma veya ortanca (min-max) şeklinde, kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve '%' biçiminde gösterildi.

Gruplar arasında ortalama değerler yönünden farkın önemliliği Student's t testiyle, ortanca değerler yönünden farkın önemliliği ise Mann Whitney U testi ile araştırıldı. Kategorik değişkenler Ki-Kare testiyle değerlendirildi; $P < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bu çalışma, Yerel Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu' nun izni ile yapıldı. Çalışmaya katılan annelerden bilgilendirilmiş rıza alındı.

BULGULAR

Çalışma grubu üç aylık dönemde çocuk polikliniğine başvuran 206 anneden oluştu. Ergen dönemde doğurganlık davranışına başlayan annelerin oranı %59,7 (n=123) olarak saptandı.

Annelerin ilk doğum yaptıkları yaş sorgulandığında yaş ortancası 19 yıl (13-31) olarak saptandı (Tablo 1).

Tablo 1: Çalışma grubunun genel demografik özellikleri

Demografik özellikler	Toplam	Grup 1 n=123	Grup 2 n=83	P
Annenin ilk doğum yaptığı yaş (yıl) [Ortanca (min-max)]	19 (13-31)	18 (13-19)	22 (20-31)	0,001
Annelerin çalışma yapıldığı sıradaki yaşları (yıl) [Ortanca (min-max)]	21,5 (14-40)	19 (14-34)	24 (20-40)	0,001
Annelerin evlilik yaşı (yıl) [Ortanca (min-max)]	12 (12-30)	17 (12-19)	24 (17-30)	0,001
Annelerin gebelik sayısı [Ortanca (min-max)]	1 (1-7)	1 (1-7)	1 (1-4)	0,044
Baba yaşı (yıl) [Ortanca (min-max)]	25 (18-40)	25 (18-40)	27 (20-40)	0,001
Baba evlilik yaşı (yıl) [Ortanca (min-max)]	23 (15-38)	23 (15-38)	23 (19-31)	0,004

Grup 1'de imam nikahlı olan annelerin oranı %17,1 iken diğer grupta bu oran % 2,4 olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($P=0,001$) (Tablo 2).

Tablo 2: Grupların demografik özelliklerinin karşılaştırması (n, %*).

	Grup 1 n=123	Grup 2 n=83	P
Anne eğitim			
Okur yazar değil	5 (4,1)	2 (2,4)	0,520
İlköğretim 1. kademe	46 (37,4)	37 (44,6)	
İlköğretim 2. kademe ve üstü	72 (58,5)	44 (53,0)	
Annenin sigara alışkanlığı	17 (13,8)	9 (10,8)	0,528
Annede kronik hastalık varlığı	7 (5,7)	14 (16,9)	0,017
Annenin medeni durumu			
Nikahsız	3 (2,4)	1 (1,2)	0,001
İmam nikahlı	21 (17,1)	2 (2,4)	
Resmi nikah	99 (80,5)	80 (96,4)	
Ailenin isteği ile evlenme	16 (13,0)	8 (9,6)	0,460
Aile yapısı			
Çekirdek aile	52 (42,3)	51 (61,4)	0,007
Kalabalık aile	71 (57,7)	32 (38,6)	

Tablo 2'nin devamı

Ailenin gelir düzeyi			
Düşük	74 (61,0)	40 (48,2)	0,177
Orta	35 (28,5)	33 (39,8)	
Yüksek	13 (10,6)	10 (12,0)	
Akrabalık (+)	34 (27,0)	21 (25,3)	0,700
Çalışan anne sayısı	2 (1,6)	6 (7,2)	0,063
Babanın işsiz olması	13 (10,6)	3 (3,6)	0,067
Aile içi şiddet varlığı (+)	14 (11,4)	5 (6,0)	0,200

*: Sütun yüzdesi

Gruplar doğum sonrası bebeklerin hastaneye yatma sıklığı yönünden değerlendirildiğinde Grup 1'de (%24,4) Grup 2'ye (%9,6) göre istatistiksel olarak yüksek saptandı ($P=0,010$) (Tablo 3). Gebelikte düzenli takip yaptıran annelerin oranı Grup 1'de daha düşük iken evde doğum yapma ve erken doğum daha sık bulundu; fakat istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($P>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3: Grupların bebeklere ait özelliklerinin karşılaştırması (n, %*)

	Grup 1 n=123	Grup 2 n=83	P
Gebelikte düzenli takipli	84 (68,3)	68 (81,9)	0,053
Sezaryen ile doğum yapma	34 (27,6)	34 (41,0)	0,046
Evde doğum yapma	3 (2,4)	0 (0,0)	0,275
Doğum komplikasyonu (+)	10 (8,1)	5 (6,0)	0,786
Doğum haftası [Ortanca (min-max)]	39 (29-42)	39 (32-41)	0,937
Bebegın doğum kilosu (gram) (Ortalama $\pm$ SD)	3120,7 $\pm$ 584	3173,5 $\pm$ 477	0,603
Bebegın cinsiyeti Kız	60 (48,8)	47 (56,6)	0,269
Erken doğum (+)	17 (13,8)	9 (10,8)	0,670
Düşük doğum ağırlıklı bebek	5 (4,1)	7 (8,4)	0,231
Anne sütü ile beslenme	105 (85,4)	72 (86,7)	0,780
Doğum sonrası hastaneye yatış öyküsü (+)	30 (24,4)	8 (9,6)	0,010
Gebelik sonu depresyon	17 (13,8)	8 (9,6)	0,395
Bebek bakımı eğitimi alma			
Yakın çevreden	74 (60,2)	41 (49,4)	0,153
Yazılı ya da görsel medya	49 (39,8)	42 (50,6)	
Hastanemizde doğum sonu eğitim alma (+)	59 (48,0)	40 (48,2)	0,975
Çocuk bakımında anneanne veya babaanneden destek alma	38 (30,9)	30 (36,1)	0,432

*: Sütun yüzdesi

Gruplar arasında, anne ve babaların ebeveynlerinin evlilik ve bebek sahibi olma yaşları karşılaştırıldığında istatistiksel fark yoktu ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Günümüzde tüm dünyada, ergen gebelikler, hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan toplumların genel bir sağlık problemidir. Türkiye’de, TNSA 2008’e göre, ergen anneliğin genel sıklığı %6 olup, kırsalda, eğitim ve ekonomik düzeyi düşüklerde sıklığı daha yüksektir (2). İzmir’den yapılan bir çalışmada, hastanede doğum yapan kadınların %11,8’inin ergen yaştadır (4). Van ilinde ekonomik seviyesi düşük annelerde yapılan bir çalışmada, ergen kızların doğum sıklığı %11,3 bildirilmiştir (5). Bu rakam, çoğu Avrupa ülkesi ve Amerika Birleşik Devletleri’nden yüksek, ancak Brezilya ve Hindistan’dan düşüktür (4). Fakirlik, düşük eğitim seviyesi ve sosyal güvencenin olmaması o toplumda ergen gebeliğin yüksek olmasına neden olmaktadır(4). Düşük sosyoekonomik seviyeye sahip bir grupta yapılan çalışmamızda, annelerin %59,7’sinin ergenlikte doğurganlık davranışına başlamış olduğu saptandı. Bu sıklık diğer çalışmalara göre oldukça yüksek idi. Bunun nedeni çalışma grubunun sosyoekonomik seviyesinin eğitim düzeyinin düşük olması ve çalışmanın hastanede yapılması olduğu düşünüldü. Ülkemizin genel verilerinden ayrı olarak, bu çalışmanın yapıldığı gibi kentlerin eğitim ve ekonomik olarak geri bölgelerinde ergen anneliğin daha sıklıkta olduğunu ve bu bölgelere özellikle önem verilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Tüm toplumu temsil eden bir grupta yapılmadığı için sosyoekonomik düzeye göre ergen gebelik sıklığı değerlendirilemedi.

Vanda yapılan bir çalışmada 19 yaş altında anne olanlarda, 19 yaş ve üzerinde anne olanlara göre eğitim düzeyi daha düşük, vajinal doğum, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı daha fazla bulunmuştur (5). İzmir’de yapılan bir çalışmada da, ergen annelerin ¼’inin ilkokuldan daha az eğitilmiş, 1/3’inin ise Doğu kökenli, çoğunluğunun sağlık güvencesinin

olmadığını bildirmişlerdir (4). Bizim çalışmamızda, aile içinde şiddet görme, erken doğum ve evde doğum yapma sıklıkları ergen annelerde daha sık, gebelikte düzenli takip oranı daha düşük olmasına rağmen istatistiksel fark saptanmadı.

Ülkemizde, ebeveynlerin izin vermesi durumunda 16 yaşından büyük çocuklar evlenebilmektedir (6). Dini nikah (imam nikahı) sosyal ve kültürel olarak toplumda kabul gören bir durumdur. Keskinoglu ve ark. (4), İzmir’den yaptıkları çalışmalarında, ergen annelerin 1/3’ünün imam nikahlı ancak resmi nikahsız, Türkiye’nin Doğu Bölgesi’nden gelen anneler ve çoğunlukla sağlık güvencesiz olduklarını bildirmişlerdir. Diğer bir çalışmada da ergen annelerde imam nikahı sıklığı yüksek bulunmuştur (5). Bizim çalışmamızda da ergen annelerin imam nikahı oranı erişkin annelerden yüksekti. Toplumumuzda kız çocuklarımızın toplum ve dini kabul gören imam nikahı kıyılarak evlendirilmesi ergen anneliği arttıran esas nedenlerdendir. Buna karşı en önemli önlem kızların yeterli eğitimi-öğretimi ve iş imkanlarının sağlanmasıdır.

Çalışmamızdaki ergen annelerin 1-7, erişkin annelerin 1-4 arası gebeliği olmuştu. Dünya Sağlık Örgütü ergenlik döneminde gebelikten korunma yöntemlerinin iyi bilinmediğini, doğum kontrol yöntemlerinin erişkinlere göre daha az kullanıldığını, birçok ülkede cinsel eğitimin eksik verildiğini ve kız çocukların cinsel ilişkiye zorlandığını bildirmiştir (2).

Dünya Sağlık Örgütü’nün çeşitli ülkelerden kadınlara uygulanan şiddeti araştırdığı bir çalışmada, 15-19 yaş grubu kızların, diğer yaşlara göre daha fazla oranda fiziksel ve cinsel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (7). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye’de eğitimi en düşük olan kadınların %55,7’si, lise ve üzeri eğitim alanların ise %27,2’si şiddete maruz kalmıştır. Doğu bölgelerinde, 25 yaş altı-34 yaş üzerinde ve düşük refah seviyesinde bu oran daha yüksek bildirilmiştir (8). Çalışma grubumuzda ergen annelerde aile içi şiddet %11, erişkin annelerde %6 saptanmasına rağmen istatistiksel fark saptanmadı. Aile içi şiddetin

daha az saptanmasının nedeninin, çalışmaya katılanların bunu saklamaları olabileceği düşünüldü.

Türkiye’de gebelik takipleri birinci basamak sağlık kurumlarında ve ücretsiz yapılmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008’e göre gebelerin beşte biri gebelikte yetersiz veya hiç sağlık kontrolü olmamıştır. Doğu Anadolu dışındaki bölgelerde yaşamakta olanlar, genç anneler, doğum sayısı az olanlar, kentlerde yaşayanlar ve en az ilkokul mezunu kadınların diğerlerine göre daha yüksek oranda doğum öncesi sağlık hizmeti aldığı bildirilmiştir (2). Ülkemizde ergen gebelerde yapılan çalışmalarda da gebelikte düzenli takip sıklıkları düşük bulunmuştur (4, 9). Bizim çalışmamızda, gebelikte düzenli takip ergen annelerde %68,3, erişkin annelerde %81,9 oranında saptandı. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan fakat tıbbi hizmetlere kolay ulaşılabilen bir bölgede çalışma yapılmış olmasına rağmen gebelikte düzenli takip oranları oldukça düşük bulunmuştur.

Çalışmamızda, ergen annelerde gebelik komplikasyonları, erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek daha sık saptanmasına rağmen istatistiksel olarak fark yoktu. Literatürde ergen gebelikte doğum komplikasyonlarının daha fazla olduğuna dair yazılar olduğu gibi tersi de gösterilmiştir (4, 5, 8). Fakat tüm çalışmalarda ergen annelerde düşük doğum ağırlığı ve erken doğum sıklığının fazla olduğu bildirilmektedir. Bunun nedeninin yetersiz prenatal bakımdan kaynaklandığı söylenmektedir (4,5,8). Ayrıca, ergen gebelerde beslenme eksiklikleri, kansızlık, sigara kullanımı ve ilaç bağımlılığının olmasının ölü doğum, düşük doğum ağırlığı, erken ve hipoksik doğumların artmasına neden olabileceği bildirilmiştir (4).

Edirne ve ark. (5), ekonomik düzeyi düşük bir grupta yaptıkları çalışmalarında, ergen gebeliklerin sosyal kabul görmesinin ve planlı olmasının daha sağlıklı bebeklere sahip olmalarını sağladığını bildirmişler; ancak bu sonucun toplum tarafından yanlış yorumlanarak ergen kızların gebeliğe uygun olduğunun düşünülebileceği konusundaki endişelerini belirt-

mişlerdir. Gebeliğin istenmemiş olması, yetersiz prenatal bakım, annenin yetersiz beslenmesi, stress, sosyoekonomik, kültürel, coğrafi ve ırksal özelliklerin doğum ve yenidoğan komplikasyonlarını etkilediği bildirilmiştir (4). Bizim çalışmamızda ergen annelerin isteyerek bebek yapmaları, ailelerin ergen evlilikleri ve çocuk sahibi olmayı desteklemesi, hastanede doğum olması, sağlık çalışanlarından bebek bakımı eğitimi alması ve bebek bakımında annelere destek olunmasının gebelik ve doğum komplikasyonlarını azaltabileceğini düşünülmüştür. Ancak, ergen anne bebeklerinin doğum sonrası hastaneye yatış oranları erişkin annelere göre yüksek saptanmıştır. Bu sonuç da ergen annelerin aile içinde destek almalarına rağmen, çocuk bakımındaki yetersizliğini göstermektedir.

SONUÇ

Sonuç olarak gelişmiş toplumlarda ergen gebelikler evlilik dışı ilişki sonucu olmasına rağmen bizim toplumumuzda ergen evlilikler ve gebelikler kabul görmekte, desteklenmektedir. Ülkemizde ergen evliliklerin ailelerin istekleri doğrultusunda yapılmakta, büyükanne ve büyükbabaların bebek bakımına yardımcı olmaktadır. Ergen anne bebeklerinin hastaneye yatış oranları fazladır. Ülkemizde ergen annelerin sosyal ve kültürel koşullarının belirlenerek gebeliklerin önlenmesi için bu konuda yapılacak daha kapsamlı ve uzun takipli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bizim çalışma grubumuzda çoğu annenin ergenlik döneminde doğum yaptığını, ekonomik ve eğitim seviyelerinin düşük olduğunu gördük. Ülkemizin genel verilerinden ayrı olarak kentlerde ergen annelerin sıklıkta olduğu bölgelerin olabileceğini ve bu bölgelere özellikle önem verilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

- 1) World Health Organization, Adolescent pregnancy fact sheet 2014. Alındığı adres: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>. Alındığı tarih: 3 Kasım 2014.
- 2) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Alındığı adres:

http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf). Alındığı tarih: 3 Ekim 2014.

3)Türkiye İstatistik Kurumu, temel istatistikler, gelir, tüketim ve yoksunluk. Alındığı adres: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>. Alındığı tarih: 14 Ekim 2014.

4)Keskinoglu P, Nurcan Bilgi N, Picakciefe M, Giray H, Karakus N, Gunay T. Perinatal Outcomes and Risk Factors of Turkish Adolescent Mothers. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2007; 20; 19-24.

5)Edirne T, Can M, Kolusari A, Yildizhan R, Adali E, Akdag B. Trends, characteristics, and outcomes of adolescent pregnancy in eastern Turkey. Int J Gynaecol Obstet. 2010; 110: 105-8.

6)Türk Medeni Kanunu ve Türk Ceza Kanunu'nda değişiklik yapılması hakkındaki kanun teklifi, 2012. Alındığı adres: <http://www2.tbmm.gov.tr/d24/2/2-0335.pdf>. Alınma

tarihi: 13 Kasım 2014.

7)WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial Results on Prevalence, Health Outcomes, and Women's Responses. Geneva: WHO; 2005. Alındığı adres: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf. Alınma tarihi: 30 Ekim 2014.

8)Türkiye İstatistik Kurumu, istatistiklerle kadın, 2012. Alındığı adres: http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=-KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=238. Alınma tarihi: 8 Kasım 2014.

9) de Vienne CM, Creveuil C, Dreyfus M. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009; 147: 151-6.