

# Adölesan Gebelikte Risk Faktörleri

## Risk Factors of Adolescent Pregnancy

Elvin Türk<sup>1</sup>, Ferhan Elmalı<sup>2</sup>

1. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi 2.sınıf Öğrencisi
2. Doç. Dr., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı

### ÖZET

Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi adölesan dönem olarak adlandırılır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bu dönem 10 ile 19 yaş aralığını kapsamaktadır. Adölesan gebeliklerin meydana gelişi üzerine yapılan çalışmalar göstermiştir ki, birçok farklı faktör -örneğin; sosyo-ekonomik durum, eğitim-öğretim hizmetleri, toplum tutumu, etnik köken, ırk, evlilik gibi- bu tip gebeliklerin oluşması üzerinde risk unsurudur. Adölesan gebelikte birlikte erken doğum, anemi, düşük doğum gibi olumsuz durumlar sıklıkla meydana gelmekte, bu yüzden erken anne olma yaşının iyileştirilmesi fazlasıyla önem arz etmektedir. Bu gebeliklerin önüne geçmek için kişilere etkili eğitim hizmeti sağlanması, devletlerce evlenme yaşının kontrol altına alınması, toplum içinde sosyo-ekonomik durumun düzeltilmesi, cinsel sağlık eğitimi programlarının okul müfredatlarına konulması ve ihtiyaç duyulduğunda gençlerin ve ailelerin danışmanlık hizmetlerinden yararlandırılması gibi hizmetler önem teşkil etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Adölesan, Gebelik, Risk faktörleri.

### ABSTRACT

The transition period from childhood to adulthood is called the adolescent period. According to the World Health Organization, this period covers the age range of 10 to 19 years. Studies on the occurrence of adolescent pregnancies have shown that many different factors are a risk factor for the occurrence of this type of pregnancy. For example; socio-economic status, education and training services, community attitude, ethnicity, race, age of marriage. Adverse conditions such as preterm birth, anemia, and low birth occur frequently with adolescent pregnancy. So that, increasing the age of becoming a mother is very important. In order to prevent these pregnancies, providing effective education services to individuals, controlling the age of marriage by the states, correcting the socio-economic situation in the society, putting sexual health education programs in school curricula and making use of counseling services of young people and families when they need are important.

**Key Words:** Adolescent, Teenage pregnancy, Risk factors.

## **Giriş**

Adölesan dönem kişinin; çeşitli çevresel, psikolojik, biyolojik ve sosyal etkenlerle çocukluktan erişkinliğe geçtiği süreçtir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre adölesan çağ 10-19 yaş aralığını kapsamaktadır. Erken adölesan dönem 10-14, geç adölesan dönem ise 15-19 yaş aralığını kapsamaktadır (Kaya vd., 2017). Adölesan gebelik de bu yaş aralığındaki kız çocuklarının hamile olmalarını ifade etmektedir.

Adölesan gebelik özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerin sorunu gibi gözükse de gelişmiş ülkelerin de karşılaştığı sorunlardan biridir ve hem anne hem de bebek sağlığını olumsuz etkilemektedir (Çınar & Hıra, 2017).

Gelişmiş ülkelerdeki adölesan gebelikler genellikle istenmeyen veya evlilik dışı gerçekleşen gebeliklerken; gelişmekte olan ülkelerdeki adölesan gebelikler, kültürel yapı, sosyal çevre, kişinin ve ailesinin yetiştiği coğrafya, gelenekler gibi unsurlar nedeniyle gerçekleşen küçük yaşta evliliklerden ve bu evlilikler sonucu meydana gelen erken gebeliklerden kaynaklanmaktadır (Çınar & Hıra, 2017).

Adölesan gebeliklerin toplumda bulunma yüzdesi ülkelerin gelişmişlik düzeyi, bulunduğu bölge, kültürel ve sosyal yapısı gibi pek çok unsurdan etkilenmektedir. Ailede maddi durumun kötü olması, bireyin ve ailesinin yeterli eğitimi almamış olması, aile içi şiddet ve cinsel istismar varlığı gibi pek çok ailevi sorun adölesan gebeliklerin yaşanmasına neden olmaktadır (Çınar & Hıra, 2017).

Ülkeler arası farklılıklar olmakla birlikte, tüm gebeliklerin %11'i adölesan gebeliktir. 10-19 yaş aralığındaki kadınların %60'ının gebeliği doğumla sonuçlanmaktadır (Karataşlı, Kanmaz, Hamdi İnan, Budak & Beyan, 2019).

Restrepo Martínez, M., Trujillo Numa, L., Restrepo Bernal, D., Torres de Galvis, Y. & Sierra, G., (2017) yaptıkları çalışmaya göre adölesanların %21.5'inin hamile olduğu ve bunların %56.3'ünün 16-17 yaşları arasında olduğunu rapor etmişlerdir.

İlk gebelikten sonra 1-2 yıl içinde tekrar eden gebeliklerin adölesan annelerde daha yüksek oranlarda görüldüğü açıklanmıştır (Leftwich & Alves, 2017).

## **Epidemiyoloji: Dünya ve Türkiye'deki Durum**

Dünya nüfusunun %25'ini oluşturan adölesan gebelik küresel olarak önemli bir sağlık problemi olarak görülmektedir (Leftwich & Alves, 2017).

Bu bireylerin %95'i gelişmekte olan ÷lkelerde bulunmaktadır. Dünya çapında 15-19 yaş arası 16 milyon kız çocuğu ve 15 yaş altı 2 milyon kız çocuğu her yıl doğum yapmaktadır. Gelişmemiş b÷lgelerde her 3 kız çocuğundan biri 18 yaş altında doğum yapmaktadır (Aydın, 2013).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki gebelerin %13'÷ ad÷lesan gebe olarak kaydedilmiştir. Afrika ÷lkelerinde ad÷lesan doğum oranı 141/1000 iken, Avrupa ÷lkelerinde 25/1000 oranda g÷r÷lmektedir (Leftwich & Alves, 2017).

T÷rkiye'de yapılan n÷fus incelemesinde 15-19 yaş arası gebelikler t÷m gebeliklerin ortalama %8'ini kapsamaktadır (T÷rkiye N÷fus ve Sağlık Araştırması, 2009).

÷lkemizdeki ad÷lesan gebeliklerin kırsal b÷lgelerde kentsel b÷lgelere kıyasla daha yaygın olduğu ve ad÷lesan doğurganlık seviyesinin Doğu Karadeniz B÷lgesi'nde %3 ile Orta Doğu Anadolu'da %10 aralığında olduğu ve bu b÷lgeler arasında g÷zle g÷r÷l÷r farklılıklar bulunduğu g÷zlenmiştir (T÷rkiye N÷fus ve Sağlık Araştırması, 2009).

÷lkemizde 1990'larda ad÷lesan fertilitte oranı %0.90 civarında saptanmıştır. ÷lkemizde 15-45 yaş aralığındaki evli kadınların %2.5'i ad÷lesan bireylerden (15-19) oluşmaktadır. 15-19 yaş grubunda gebeliğe bağlı ÷l÷m oranı 100.000 canlı doğumda 18.7 iken 20-24 yaş grubunda 15.7'dir (K÷t÷k, 2012).

÷lkemizde g÷r÷lme oranları global oranlardan daha d÷ř÷k bulunmuş, bunun sebebi var olan çalışmaların sosyal ve etnik yapı itibariyle T÷rkiye'nin daha gelişmiş Őehirlerinde yapılmış olması Őeklinde ifade edilmiştir. Önceki çalışmalarda kadınların %3,4'÷ 15 yaş altı gebe olarak rapor edilirken, 15-19 yaş arası doğum yapan kadınlar, t÷m gebe kadınların %39,5'ini oluşturmaktadır. Ek olarak, tekil doğumların ad÷lesanlarda daha fazla g÷r÷ld÷ę÷ saptanmıştır (Karataşlı vd., 2019).

### **Komplikasyonlar**

Ad÷lesan gebelik dünya genelinde önemli bir konudur. Ad÷lesan gebelik, annenin ve çocuğun sağlığı üzerindeki biyopsikososyal etkisinden dolayı Dünya Sağlık Örg÷t÷ (WHO) tarafından

bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilir. Hamilelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlar, çoğu ÷lkede ergenler için önde gelen ÷l÷m nedenidir (Flores Valencia, Nava-Chapa & Arenas-Monreal, 2017).

Adölesan gebelikler birey açısından çeşitli sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Adölesan gebelik döneminin annenin de büyüdüğü, erişkinliğe ulaşmaya çalıştığı zamanlara denk gelmesi sebebiyle psikolojik yıpranmalar da yaygındır.

En çarpıcı sağlık sorunları; erken doğum, diğer gebeliklere kıyasla daha yüksek sezaryen oranı ve düşük doğum ağırlığı olarak belirtilmiştir. Var olan veriler doğrultusunda, genç adölesan dönemdeki gebelerin ileri yaş adölesan gebeliklere kıyasla daha yüksek oranlarda erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve infant ölümü riski ile karşı karşıya kaldıkları bulunmuştur (Karataşlı vd., 2019).

Leftwich & Alves, (2017) çalışmasında, adölesan gebelikle ilişkili; *preeklampsi*, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, yüksek ölü doğum oranı, doğum sırasında anne ölümü ve düşük yapma oranlarını önemli komplikasyonlar olarak sıralamıştır.

Düşüklerin 1/3'ü adölesan bireylerde meydana gelmektedir. Her sene yaklaşık 70.000 kadın genç yaşta gerçekleşen bu gebelik yüzünden ölmektedir. Tüm anne ölümlerinin %13'ü sağlıksız ve yeterli ekipmanın olmadığı şartlarda gerçekleşen düşükler sebebiyledir (Demirgöz & Canbulat, 2007).

Omar vd., (2010) 'a göre, doğum sırasında 15-19 yaş arası kadınların, 20'li yaşlarındaki kadınlara göre iki kat; 15 yaş altı kadınların ise 20'li yaşlarındaki kadınlara göre 5 kat daha fazla mortaliteye sahip oldukları ilişkilendirilmiştir.

Ergenlik çağındaki bireylerin 4 kat daha fazla ölü doğum riski ile karşı karşıya kaldıklarını ortaya koyan çalışmaların olduğu gösterilmiştir (Leftwich & Alves, 2017).

Ek olarak, adölesan döneminde doğum yapan ve henüz gelişimini tamamlamamış bedene sahip annelerin ölü doğum insidanslarının daha yüksek olması neonatal yonden; omuz distosisi (takılması), oksijensizlikten boğulma olarak; maternal açıdan ise gelişmemiş kemik pelvis yapısı ile açıklanmıştır (Karataşlı vd., 2019).

Demir eksikliği anemisi ergen hamileliğinde yaygın bir sorundur. Bununla birlikte, birçok anemik adölesan gebe demir tedavisi almaz. Bu kadınlara demir takviyesi uygulanarak, bazı maternal ve perinatal sonuçlar üzerinde olumlu etkiler elde edilebilir. Hamilelik sırasında demir eksikliği anemisi ile mücadele etmek için demir kullanımı arttırılmalıdır (Basbug & Sonmez, 2018).

Oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi için pediatri ile multidisipliner yaklaşım, halka açık sağlık departmanları ve yenidoğan yoğun bakım üniteleri gereklidir (Kaplanoglu, Bülbül, Konca, Kaplanoglu, Tabak & Ata, 2015).

### **Adölesan Gebelikle İlişkili Risk Faktörleri**

Dünya çapında önemli bir sağlık sorunu olarak gösterilen adölesan dönem gebeliklerinin önüne geçilebilmesi için risk faktörlerinin bilinmesi önemlidir.

Başlıca risk unsurları; adölesan annenin düşük eğitim seviyesine sahip olması, işsizlik oranlarının yüksekliği ve düşük sosyoekonomik düzey olarak rapor edilmiştir (Omar vd., 2010).

Sağlık rehberliği ve eğitim eksikliği, pek çok adölesan gebelik için belirleyici bir faktördür. (Flores Valencia, Nava-Chapa & Arenas-Monreal, 2017).

Ergenlik döneminde bir ergenin davranışını; fiziksel, zihinsel ve psikososyal gelişim sürecinde, çeşitli faktörler ve koşullar etkileyebilir. Bronfenbrenner (1994); insan ve çevrenin birbirini etkilediğini hatta her bir faktörün bir diğer faktörü etkilediğini düşünerek, ekolojik insan gelişim modeli ortaya koymuştur. Bronfenbrenner, bu modeli benimsemiş ve bu doğrultuda ergen gebeliğini kapsamlı bir şekilde kavramak için çok düzeyli bir yaklaşım çerçevesi geliştirmiştir. Bu çerçeve gösteriyor ki; sosyal durum, davranış, aile, arkadaşlar, okul, topluluk, makro düzeyde etkili olan sosyo-ekonomik durum ve politik faktörler ergen hamileliği ile ilişkilidir. Burdaki her faktör doğrudan adölesan gebelikle ilgilidir. Ayrıca bu faktörler de birbirleriyle etkileşime girer ve dolaylı olarak hamileliği etkiler (Chung, Kim & Lee, 2018).

Birleşik Krallık'ta adölesan gebelik oranları, yoksul bölgelerde yaşayan ve daha düşük eğitim başarısı veya devlet bakım evlerinde yaşamak gibi diğer faktörlere sahip kadınlar arasında daha yüksek çıkmıştır (Cook & Cameron, 2015).

Adölesan gebeliklerin önemli bir kısmı hala birçok kadının erken evlendiği gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (Sedgh, Finner, Bankole, Eilers & Singh, 2015). En yüksek adölesan gebelik rakamları Afrikada olup Hindistan, Bangladeş, Latin Amerika ve Karayipler de adölesan gebeliklerin çok sık görüldüğü ülkelerdir (Öner, Yapıcı, Kurt, Şaşmaz & Buğdaycı, 2012).

Sahra Altı Afrika'da oldukça dramatik şekilde yüksek oranlarda görülen adölesan gebelikler, birden çok faktör ile ortaya çıkmaktadır. 2018 yılında yapılan bir çalışmada, 3 temel unsura değinilmiştir. Bunlar; sosyokültürel ve ekonomik sebepler, bireysel nedenler, adölesan

gebeleri etkileyen sağlık hizmetleriyle ilişkili faktörler olarak sıralanmıştır (Yakubu & Salisu, 2018).

Yakubu & Salisu, (2018) araştırmasını destekler şekilde, düşük eğitim düzeyi ve okula gitme oranı, erken cinsel davranış, adölesan gebelik öyküsü, doğum kontrolü hakkında bilgi eksikliği ve korunma yöntemlerine erişimin eksik olması adölesan gebeliğin risk faktörleri olarak açıklanmıştır (De Azevedo vd., 2015).

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili cehalet, adölesan gebelik için bir risk faktörüdür. Eksiksiz ve iyice öğrenilen üreme sağlığı, Latin Amerika'daki adölesan gebeliğin önemli ölçüde azalması ile ilişkili bulunmuştur (Dongarwar & Salihu, 2019).

Guijarro, Naranjo, Padilla, Gutiérrez, Lammers & Blum, (1999) yaptığı çalışmada; ebeveyn ayrılığı veya boşanma ile kötü anne-baba iletişiminin adölesan gebelik ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Hamile olmayan ergenlerin aileleri daha yüksek bir eğitim seviyesine sahipti ve aile otoritesinin her iki ebeveyn tarafından da paylaşıldığı bir ortamda aileye maddi destek sağlamak için 2 ebeveyn de çalışıyordu. Ayrıca bu ailelerin; daha iyi problem çözüme yetileri, daha iyi ebeveyn-kız iletişimi, daha yüksek düzeyde uyum ve bağlantılılık özellikleri, genel olarak yüksek yaşam memnuniyeti ve gelecek beklentileri vardı.

Delprato, Akyeampong & Dunne, (2017) Sahra Altı Afrikası'nda yaptıkları araştırmalarında, adölesan annenin eğitim ve sağlığının, çocuklarında da erken evliliğe aracılık ettiğini ve toplumda çocuk evliliği yaygınlığının, erken evli annelerdeki eğitimsel eksikliğin sonucu olabileceğini göstermişlerdir.

Adölesan dönemde artan riskli davranışların yol açtığı istenmeyen gebelikler görölmektedir. Bu oranların etnik köken ve yaş grupları arasında değişiklik gösterdiği belirtilmiştir (Topçu vd., 2015).

Malabarey, Balayla, Klam, Shrim & Abenhaim, (2012) Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekteşen 37 milyon doğum üzerinde yaptıkları araştırmada, 15 yaş altı annelerin siyahi ya da hispanik (İşpanyolca konuşan latin amerikalılar) kökenli olma olasılığı, 15 yaş üstü annelere göre daha yüksek çıkmıştır. Bu çalışmadan yola çıkarak bir ülkede azınlık olarak yaşam sürdürmenin, adölesan gebelik için bir risk faktörü olduğunu söylenebilir.

1969-2019 yılları arasında yapılan 330 ülke ve 291,247 ergeni kapsayan 70 çalışmanın dahil edildiği bir araştırmaya göre; PE (preeklamps) / E (*eklamps*) 'nin genel prevalans oranı % 6.7 idi. Alt grup analizinde PE / E (P = 0.050) ve E 'nin (P = 0.0113) ülke geliri ile ilişkisi ortaya çıkmış ve en yüksek prevalans; düşük ve orta gelirli ülke gruplarında bulunmuştur.

PE'nin yaygınlık oranında, yıllar boyunca gözle görülür bir azalma bulunmuştur (P = 0.0022). Bulgular; adölesan gebelikte, sosyoekonomik ve demografik özelliklerin PE / E riski için rol oynadığını doğrulamaktadır. Her ne kadar PE nin oluşumu dünya çapında azalsa da, sorun sağlık sorunlarının ötesinde daha geniş boyutlara sahiptir (Macedo, Montagna, Trevisan, Zaia, De Oliveira, Barbosa, Lagan`a & Bianco, 2020).

İsviçre'de yapılan çalışmada düşük annelik yaşı, büyük ölçüde gençlerin sosyoekonomik durumundan kaynaklandığını göstermiştir (Otterbladlaussen, Cnattingius & Goldenberg, 1997).

Araştırmalara göre, geç adölesan dönemde sosyoekonomik durumu kötü kız çocuklarının diğer akranlarına göre daha yüksek oranda cinsel ilişkide buldukları gözlenmiş ve gebelik ile ilgili riskler hakkında sosyoekonomik durumu iyi olanlara göre daha az bilgi sahibi oldukları, buna bağlı olarak da cinsel ilişki sonucu hamile kalma oranının arttığı görülmüştür (Bulut, Gürkan & Sevil, 2008).

Evsiz gençler özellikle genç hamilelik için yüksek risk altındadır. Thompson, Bender, Lewis & Watkins, (2008), yaptıkları çalışmada, evsiz genç kadınların %20 kadarının hamile kaldığını saptamışlardır. Bu hamile ve evsiz gençlerin, mali kaynaklardan ve yeterli sağlık hizmetinden yoksun olması, düşük doğum ağırlıklı bebekler ve yüksek bebek mortalitesi için artan risk ile sonuçlanır.

Türkiye'de genç hamileliğin nedenleri diğer Batı ülkelerinden farklıdır. En önemli fark, Türkiye'de erken yaşta zorunlu evlilik olabilirken, erken cinsel aktivite çoğu gelişmiş ülkede genç gebeliğin ana nedenidir. Bekaret Türkiye'de önemli bir metadır. Ebeveynler genellikle kızları özellikle kırsal alanlarda 20 yaşından önce evlenmeye zorlar ve ilk cinsel deneyim evlilikle gelir (Aksit & Turpçulu, 2003).

Türkiye'de yapılan çalışmada ergen gebeliğiyle ilişkili 7 faktör tanımlanmış; bunlar, evlilik öncesi aile içi şiddete maruz kalma, ergen evliliğine karşı aile tutumu, ortaokul veya daha alt eğitim seviyesi, sosyal güvenlik eksikliği, oda başına düşen kişi sayısının birden fazla olduğu evlerde yaşamak, işsizlik ve adölesan gebelik öyküsü olan kız kardeşlere sahip olmak biçiminde ifade edilmiştir. Ayrıca, ergen gebenin eş eğitim durumu adölesan gebelik için risk faktörü olarak bulunurken, ebeveynlerin eğitim düzeyinin herhangi bir etkisi olmadığı gözlemlenmiştir (Gökçe, Ozşahin & Zencir, 2007).

## **Sonuç ve Öneriler**

Doğumla sonuçlanan adölesan gebeliklerin sayısı dünya çapında azalma eğilimindedir (Aksit & Turpçulu, 2003). Son dönemlerde alınan eğitim ve adölesan bireylerin okula gitme yüzdesindeki artış; gençlerin toplumun dayattığı fikirleri sorgulanmasını ve gençlerde bir takım bilinçlilik halinin oluşmasını sağlamış dolayısıyla da adölesanların daha geç evlenmelerini sağlamıştır bu da adölesan gebeliklerin azaldığı anlamına gelmektedir.

Kapsamlı cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimi, danışmanlığı, önemli sayıda adölesan gebelikleri önleyebilir (Dongarwar & Salihu, 2019).

Ergen hamileliği ile ilgili sosyal sorunların üstesinden gelmek için oluşturulacak stratejiler, eğitim, beceri geliştirme, genç anneler için klinik ve sosyal destek ve gençler ile hamile gençler için doğum kontrol hizmetleri gibi eşzamanlı müdahaleleri içermelidir (Cook & Cameron, 2015).

Toplum duyarlılığının, cinsel eğitimin ve ergenlik çağındaki kız çocuklarının okula kayıt yaptırıp devam ettiklerinden emin olunması ile adölesan gebeliklerin önüne geçilmesinin mümkün olacağı açıklanmıştır (Yakubu & Salisu, 2018).

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili bilginin genişletilmesi, savunmasız gençlerin korunması, kötüye kullanımın tespiti, ergenlere daha fazla hak ve sosyal koruma sağlanması gibi önemli konularda daha fazla çaba sarf edilmelidir (Pallitto & Murillo, 2008).

Ross, Baird & Porter, (2014)'a göre; sağlık, eğitim, sosyal hizmetler, gençlik destek hizmetleri ve gönüllü sektör çalışmaları genç gebeliğin azalmasında rol oynayan ana akım etkenlerdir. Bunlar dışında yerel stratejiden sorumlu güçlü bir lider örnek figürü seçimi, etkili cinsel sağlık danışmanlık hizmeti sağlama, cinsel sağlık eğitimine önem verme, gençleri kaynağı güçlü, cinsel sağlık, madde kullanımı gibi konularda yol gösteren gençlik hizmetlerinden yararlandırma adölesan gebeliği azaltmada önemli faktörlerdir. Okullarda adölesan dostu sağlık hizmetleri yaptırımının olması ve sağlık merkezleri ile adölesan destekleme programlarının başlatılmasının pozitif etki sağlayacağı düşünülmüştür ( Yakubu & Salisu, 2018).

Maravilla, Betts, Couto e Cruz & Alati, (2017) tekrarlayan adölesan gebelikler üzerinde araştırma yapmışlar ve okulu bırakma, depresyon, obstetrik tarih (yani kürtaj / düşük, planlanmış ilk gebelik), eşle ilişkili faktörler (yaş farkının fazla olması, artan partner desteği, eşle birlikte yaşamak), diğer genç annelerle tanışma ve dini katılımın artmasının tekrarlayan



genç hamilelik riskini artırdığını gözlemlemişlerdir. Bu tip olguları kontrol altına almak tekrarlayan genç gebeliği riskinin önüne geçilmesini sağlayabilir.

Adölesan gebeliği önlemek için, okulların müfredatında yaşa uygun içeriğe sahip kapsamlı ve iyi zamanlanmış bir program hazırlamak, iyi eğitilmiş eğitimcilerden faydalanmak, gençlere tıbbi yönden sağlam ve gerçek bilgiler sunmak, temel değerleri teşvik etmek: eşitlik, rıza, karşılıklı saygı gibi temel değerleri kazandırmak, katılımcı küçük grup çalışmalarını yürütmek, ebeveynler ve bakıcılar ile ortak hareket etmek uluslar arası kabul görmüş ve etkin yöntemlerdir (Hadley, 2018).

### **Alana Katkı**

Bu çalışma ile adölesan gebeliklerin ortaya çıkmasında etkili olan risk unsurları ortaya konmuştur. Bu risk unsurları ile ilgili hangi tedbirlerin alınabileceği tartışılarak, adölesan

gebeliklerin toplumda yaygınlığını azaltmak için öneriler sunulmuştur. Böylece bu tip gebeliklerle sıklıkla meydana gelen komplikasyonların da önüne geçilebilecektir.

### **Parlak Nokta**

Adölesan gebelikler, hem anne hem bebek için normal yaşta gebeliklere göre daha risklidir. Bu gebelikler için sosyoekonomik durum, eğitim, toplum tutumu, etnik köken, kültür gibi etmenler risk faktörüdür. Bu risk faktörlerinin iyileştirilmesi yönünde atılacak adımlarla beraber adölesan gebeliklerin ve bunların olumsuz sonuçlarının önüne geçilebilir.

### **Kaynaklar**

1. Aksit, S. & Turpçulu, A. (2003). Trends in Teenage Pregnancy in Turkey. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 81(1), 55-56.
2. Aydın, D. (2013). Adölesan Gebelik ve Adölesan Annelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 16(4), 250-254.
3. Basbug, A. & Sonmez, C. I. (2018). Iron deficiency anemia in adolescent pregnancy: investigation of its effects and the related factors. *Fam Pract Palliat Care*, 3(3), 108-112.
4. Bulut, S., Gürkan, A., Sevil, Ü. (2008). Adölesan Gebelikler. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 10(4), 37-44.
5. Chung, H. W., Kim, E. M., & Lee, J.-E. (2018). Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 69, 180-188.
6. Cook, S. M. C., & Cameron, S. T. (2015). Social issues of teenage pregnancy. *Obstetrics, Gynecology & Reproductive Medicine*, 25(9), 243-248.
7. Çınar, N., & Hıra, S. (2017). Adölesan Annelik. *Journal of Human Rhythm*, 3(1), 15-19.
8. De Azevedo, W. F., Diniz, M. B., Valerio, E. S., Da Fonseca, E. S. V. B., De Azevedo, L. M. R., Evangelista, C. B. (2015). Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein*. 13(4), 618-626.

9. Delprato, M., Akyeampong, K., & Dunne, M. (2017). Intergenerational Education Effects of Early Marriage in Sub-Saharan Africa. *World Development*, 91, 173-192.
10. Demirgöz, M., & Canbulat, N. (2007). Adölesan Gebelik. *Türkiye Klinikleri J. Med. Sci.* 28(6), 947-952.
11. Dongarwar, D. & Salihu, H. M. (2019). Influence of sexual and reproductive health literacy on single and recurrent adolescent pregnancy in Latin America. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 30, 1-8.
12. Flores Valencia, M. E., Nava-Chapa, G. & Arenas-Monreal, L., (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 374-378.
13. Gökçe, B., Ozşahin, A., Zencir, M. (2007). Determinants of Adolescent Pregnancy in An Urban Area in Turkey: A Population- Based Case- Control Study. *Journal of Biosocial Science*. 39(2), 301-311.
14. Guijarro, S., Naranjo, J., Padilla, M., Gutiérrez, R., Lammers, C., & Blum, R. W (1999). Family risk factors associated with adolescent pregnancy: study of a group of adolescent girls and their families in Ecuador. *Journal of Adolescent Health*, 25(2), 166-172.
15. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
16. Hadley, A. (2018). Teenage pregnancy: strategies for prevention. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 28(4), 99-104.
17. Kaplanoglu, M., Bülbül, M., Konca, C., Kaplanoglu, D., Tabak, M. S., & Ata, B (2015). Gynecologic age is an important risk factor for obstetric and perinatal outcomes in adolescent pregnancies. *Women and Birth*, 28(4), 119-123.
18. Karataşlı, V., Kanmaz, A. G., Hamdi İnan, A., Budak, A., Beyan, E. (2019). Maternal and Neonatal Outcomes of Adolescent Pregnancy. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. 48(5), 347-350.
19. Kaya, A. E., Başbuğ, A., Sönmez, C. I., Barut, C. Şengün, Y. Çağlar, M. (2017). Geç Adölesan Gebelikler, Maternal ve Fetal Sonuçlar. *Family Practice & Palliative Care*, 2(3), 22-27.
20. Kütük, S. (2012). Adölesan Gebelik Riskleri ve Sorunları. *Türkiye Aile Hekimleri Dergisi*, 16, 31-33.
21. Leftwich, H. K., & Alves, M. V. O. (2017). Adolescent Pregnancy. *Pediatric Clinics of North America*. 64(2), 381-388.
22. Macedo, T. C., Montagna, E., Trevisan, C. M., Zaia, V., de Oliveira, R., Barbosa, C. P., Lagan`a, A. S. & Bianco, B. (2020). Prevalence of preeclampsia and eclampsia in adolescent pregnancy: a systematic review and meta-analysis of 291,247 adolescents worldwide since 1969. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*.
24. Malabarey, O. T., Balayla, J., Klam, S. L., Shrim, A., & Abenhaim, H. A. (2012). Pregnancies in Young Adolescent Mothers: A Population-Based Study on 37 Million Births. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 25(2), 98-102.
25. Maravilla, J. C., Betts, K. S., Couto e Cruz, C., & Alati, R. (2017). Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(5), 527-545.
26. Omar, K., Hasim, S. Muhammad, N. A., Jaffar, A., Hashim, S. M., Siraj, H. H. (2010). Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors in Malaysia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 111(3), 220-223.

27. Otterbladlausson, P., Cnattingius, S., Goldenberg, R. (1997). Determinants of Poor Pregnancy Outcomes Among Teenagers in Sweden. *Obstetrics & Gynecology Journal*, 89(3), 451-457.
28. Öner, S., Yapıcı, G., Kurt, A. O., Şaşmaz, T., & Buğdaycı, R. (2012). The Sociodemographic factors related with the adolescent pregnancy. *Asian Pacific Journal of Reproduction*, 1(2), 135-141.
29. Pallitto, C. C. & Murillo, V. (2008). Childhood Abuse as a Risk Factor for Adolescent Pregnancy in El Salvador. *Journal of Adolescent Health*, 42(6), 580-586.
30. Restrepo Martínez, M., Trujillo Numa, L., Restrepo Bernal, D., Torres de Galvis, Y. & Sierra, G. (2017). Sexual abuse and neglect situations as risk factors for adolescent pregnancy. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English Ed.)*, 46(2), 74-81.
31. Ross, S., Baird, A. S. & Porter, C. C. (2014). Teenage pregnancy: strategies for prevention. *Obstetrics, Gynecology & Reproductive Medicine*, 24(9), 266-273.
32. Sedgh, G., Finner, L. B., Bankole, A., Eilers, M. A. & Singh, S. (2015). Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends. *Journal of Adolescent Health*, 56(2), 223-230.
33. Thompson, S. J., Bender, K. A., Lewis, C. M. & Watkins, R. (2008). Runaway and Pregnant: Risk Factors Associated with Pregnancy in a National Sample of Runaway/Homeless Female Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 43(2), 125-132.
34. Topçu, H. O., Aksoy, N., Erkılınç, S., Topçu, S., Cavkaytar, S., Danışman, N., Üstün, Y., Yakut, H. İ. (2015). 2008-2013 Yılları Arasında Hastanemizde Gerçekleşen Adölesan Doğumların Değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*. 5(3), 20-25.
35. Yakubu, İ. & Salisu, W. J. (2018). Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reproductive Health*. 15(1).