

Adölesan Gebelikler ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde İzlem

Adolescent Pregnancies and Follow-up in Primary Health Care

Altuğ Kut¹, Funda Salgür², Özgür Çaycı², Ceren Türkcan²

¹ Doç.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

² Araş.Gör.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özet

Adölesan dönem insan yaşamında çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olup Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 10-19 yaşlar arasındaki zaman olarak tanımlanmaktadır. Etnik köken, sosyo-kültürel gelişim, sosyo-ekonomik, genetik ve çevresel koşullar gibi pek çok etmen adölesan süreci etkilemektedir. Adölesanlar dünya nüfusunun %20'sini oluşturmakta ve büyük çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadırlar. WHO verilerine göre dünyada her yıl 16 milyon adölesan gebe doğum yapmaktadır. Türkiye’de ise adölesan gebelerin tüm gebeliklere oranı %29’dur. Fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden hızlı bir gelişim süreci olan adölesan dönemde oluşan gebelikte yaşanacak sorunlar bu gelişim süreçlerinde aksamalara yol açacaktır. Bu çağda oluşan gebelik ve doğumlarda; erken doğum, gebelikte hipertansiyon, anemi, düşük doğum ağırlıklı bebek, emzirme sorunları gibi riskler bulunmaktadır. Kişiyi biyopsikososyal olarak bütüncül bir yaklaşımla değerlendiren Aile Hekimleri olarak bizlere düşen görev adölesan çağdaki gebeyi saptadıktan sonra anne adayının takibinin titizlikle yapılmasıdır. Bu bağlamda yapılacak yakın izlem özellikle peri ve postnatal mortalite ve morbiditeyi azaltacaktır.

Anahtar Sözcükler: Adölesan, gebelik, birincil sağlık bakımı, gebelik komplikasyonları, antenatal taramalar

Summary

Adolescent ages are the transition years from childhood to adulthood. WHO describes this period as the ages between 10-19 years. Many factors including race, socio-cultural status, socio-economic status, genetic features, etc. are affecting this period. Adolescents are composing of 20% of the total world population and most of them are living in developing countries. According to WHO; 16 billion adolescents worldwide are giving birth yearly. The rate of adolescent pregnant to total pregnant is 29% in Turkey. The adolescent period is defined by a rapid development in terms of physical, psychological and social features. Additional problems of pregnancy during this period will cause to difficulties in the mentioned developmental features. Most frequent risks of adolescent pregnancy and birth are premature birth, hypertension, anemia, low birth weight infant, difficulties in feeding. The most important role of the family physician; who is usually evaluating the patient in a biopsychosocial manner, is to follow-up the pregnant meticulously. Accordingly this close follow-up of an adolescent pregnant will decrease peri and postnatal morbidity and mortality.

Key Words: Adolescent, pregnancy, primary health care, pregnancy complications, antenatal screening

Kabul Tarihi: 09.05.2015

Genel Durum

Adölesan dönemi, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemini ifade eder. Birleşmiş Milletler (UN) ve Dünya Sağlık Örgütü’ne (WHO) göre bu dönem tüm toplumlarda 10-19 yaş arasındaki zamanı ifade etmektedir (1,2,3,4). Bu tanımlamayla birlikte, bir adölesanı bu sınırlar içerisinde klasifiye etmek oldukça zordur. Bu zorluk, etnik köken, sosyo-kültürel gelişim, sosyo-ekonomik, genetik ve çevresel koşulların ergenlikte etkili oluşu gibi pek çok değişkenin adölesan süreci etkilemesine bağlanmaktadır (5). Bazı kaynaklar

insan yaşamındaki bu önemli geçiş dönemini erken adölesan dönem (10-14 yaş) ve geç adölesan dönem (15-19 yaş) olarak da incelemektedir (2,3). Çok sayıda bedensel, psikolojik, algısal ve sosyoekonomik değişimin yaşandığı bu dönemin pek çok sağlık sorunu bulunmaktadır. Bunlar arasında en önemli üreme sağlığı sorunlarından biri de erken yaşta gebelik ve anne olmaktır. Adölesan dönemin bu sorununun kapsamı ülkeler arasında değişkenlik göstermekle birlikte, Türkiye de bu bakımdan sorun yaşayan ülkeler arasındadır. Bu anlamda ülkeler arası kıyaslama yapılabilmesi için ergen

gebeliğinin daha sık görüldüğü dönem olan 15-19 yaşlar arası daha çok irdelenmektedir (7).

Çocukluk ve adölesan yaş grubuyla ilgili en önemli yasal düzenlemelerden birisi “Çocuk Hakları Sözleşmesi”dir (8,9). Bu sözleşmenin ilk maddesine göre çocuk, 18 yaşından küçük insan olarak tanımlanmaktadır. Devletler kendi yasalarını düzenlerken belirtmek durumunda oldukları çocukluk yaş sınırlarını ifade ederken bu sözleşmede yer alan belirli ilkeler doğrultusunda davranmayı kabul etmişlerdir (9).

Buradan yola çıkarak Türkiye'nin 1995 yılında iç hukukuna geçirdiği “Çocuk Hakları Sözleşmesi” ne göre Türkiye'deki adölesan yaş grubundaki gebelikleri de bir yerde bu kapsamda değerlendirmek durumundayız. Bu anlamda adölesan gebelikler yalnızca bu çocuk annelerin kendi sağlık sorunu olarak kalmayacaktır. Aynı zamanda annelerinin psikolojik sorunları, deneyim eksikliği, sosyoekonomik yetersizlikleri gibi sorunlarından kaynaklanan bir nedenle onların çocuklarının da sağlık sorunu olarak topluma yansiyacaktır. Yani adölesan evlilikler, gebelikler ve doğumlar aslında bir toplumsal sorun olarak karşımızda durmaktadır.

Epidemioloji

Adölesanlar, dünya nüfusunun %20'sini oluşturmakta ve %85'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadırlar (6). WHO verilerine göre dünya çapında bu yaş grubu içerisinde her yıl yaklaşık 16 milyon kadın doğum yapmaktadır (7).

Adölesan yaşta doğum yapmanın belirli bazı olumsuzlukları içerisinde en dikkate değer olanlarından birisi bu yaş grubundaki annelerin bebek ölüm hızının 20-29 yaş arası doğum yapan annelerin bebek ölüm hızına göre %50 daha fazla olmasıdır (10).

2013'te yayınlanan son TNSA raporunun incelediği örneklemin %17,2'sini adölesan nüfusun oluşturduğu bildirilmektedir (13). Bu nüfusun ilgili yaş grubundaki cinsiyet dağılımına bakıldığında %48,64'ü adölesan kadındır. Bu yüzden, 2013 yılı genel nüfus verilerine uyarlandığında halen ülkemizde toplam 15-19 yaş arası kadın nüfusu 1532395 olarak hesaplanabilir. Türkiye'de 15-19 yaşlar arasındaki adölesanların %9,6'sı evlidir ve anne olma yüzdesi adölesan dönemde yaşla birlikte hızla artmaktadır (tablo 1). TÜİK verilerine göre 2013 yılında ülkemizde toplam doğum sayısı 1283062 olup, adölesan yaş grubunda 87226 doğum ve 15 yaş altında 326 doğum gerçekleşmiştir (10). Buna göre ülkemizdeki 19 yaş ve altındaki toplam doğum oranı tüm doğumların %6,82'sidir. Yine adölesan doğumları TNSA raporuna göre bulunan toplam adölesan nüfusuna oranladığımızda, adölesanların %5,71'i doğum yapmaktadır. Adölesan gebeliklerde 2008 yılında çok daha belirgin olan kırsal baskınlık 2013 yılında azalarak kır ve kent adölesan doğum oranları hemen hemen eşitlenmiş görünmektedir. Ayrıca hem 2008 yılında hem de 2013 yılında adölesan doğumların belirgin olarak eğitim seviyesi ve refah düzeyi ile doğru orantılı olarak azalması dikkat çekicidir (tablo 1).

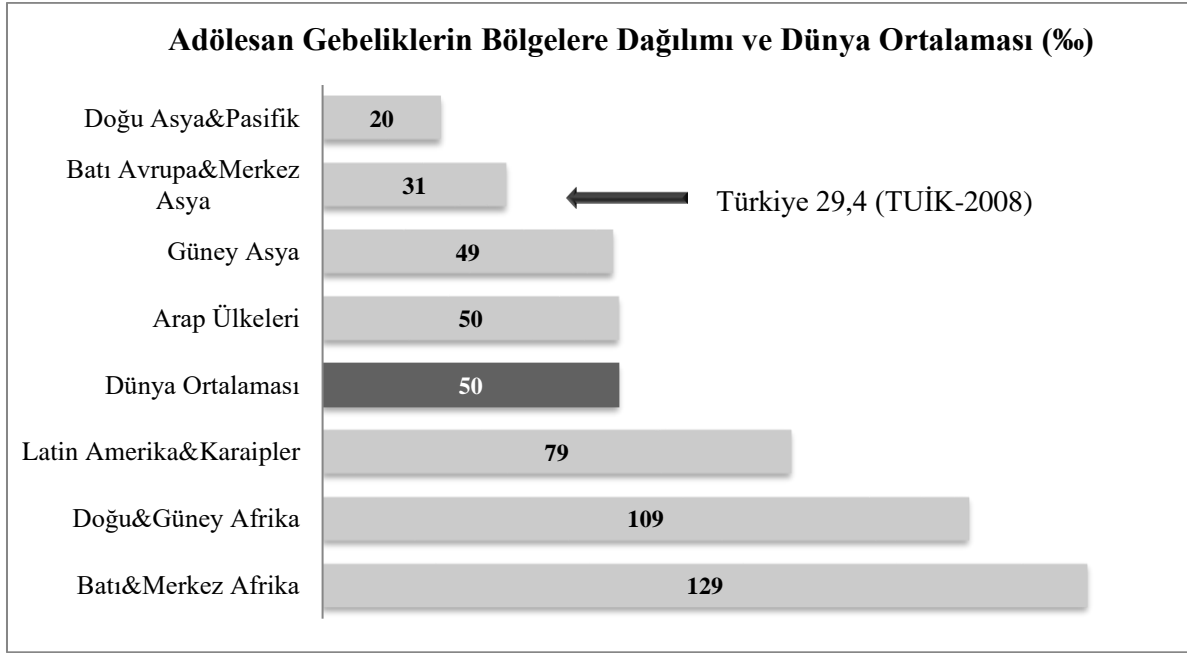
Tablo 1. 20 yaş altı gebelerin demografik özelliklerinin 2008 ve 2013 TNSA raporlarındaki dağılımları

Yaşı	Canlı Doğum Yapmış Olanlar (%)		İlk Çocuğuna Hamile Olanlar (%)		Çocuk Doğurmaya Başlamış Olanlar (%)	
	2008	2013	2008	2013	2008	2013
15	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0
16	1,7	0,2	0,5	0,3	2,2	0,5
17	1,3	2,8	3,1	0,6	4,4	3,4
18	6,6	3,3	3,1	1,4	9,7	4,6
19	9,4	11,5	3,5	4,7	12,9	16,2
Yerleşim Yeri						
Kent	3,1	3,1	1,9	1,2	5,0	4,2
Kır	6,5	4,5	2,1	1,8	8,6	6,3
Bölge						
Batı	3,8	2,2	1,8	0,9	5,5	3,1
Güney	3,2	4,1	1,3	2,1	4,5	6,1
Orta	4,2	4,6	3,3	1,1	7,5	5,7
Kuzey	3,1	3,6	1,5	1,1	4,6	4,7
Doğu	4,4	3,8	1,8	1,8	6,1	5,7
Eğitim						
Yok	5,5	10,0	1,6	7,1	7,2	17,1
İlkokul	3,4	5,5	4,2	2,3	7,6	7,8
Ortaokul	0,7	3,7	0,3	1,4	1,0	5,1
Lise ve üstü	2,6	0,6	1,3	0,1	3,9	0,8
Hane Halkı Refah Düzeyi						
En Düşük	6,1	6,2	1,9	1,4	8,0	7,7
Düşük	6,8	4,4	4,3	1,6	11,1	6,0
Orta	3,3	3,6	1,4	2,1	4,8	5,7
Yüksek	2,0	1,7	2,3	1,4	4,3	3,1
En Yüksek	1,4	1,0	0,4	0,0	1,7	1,0

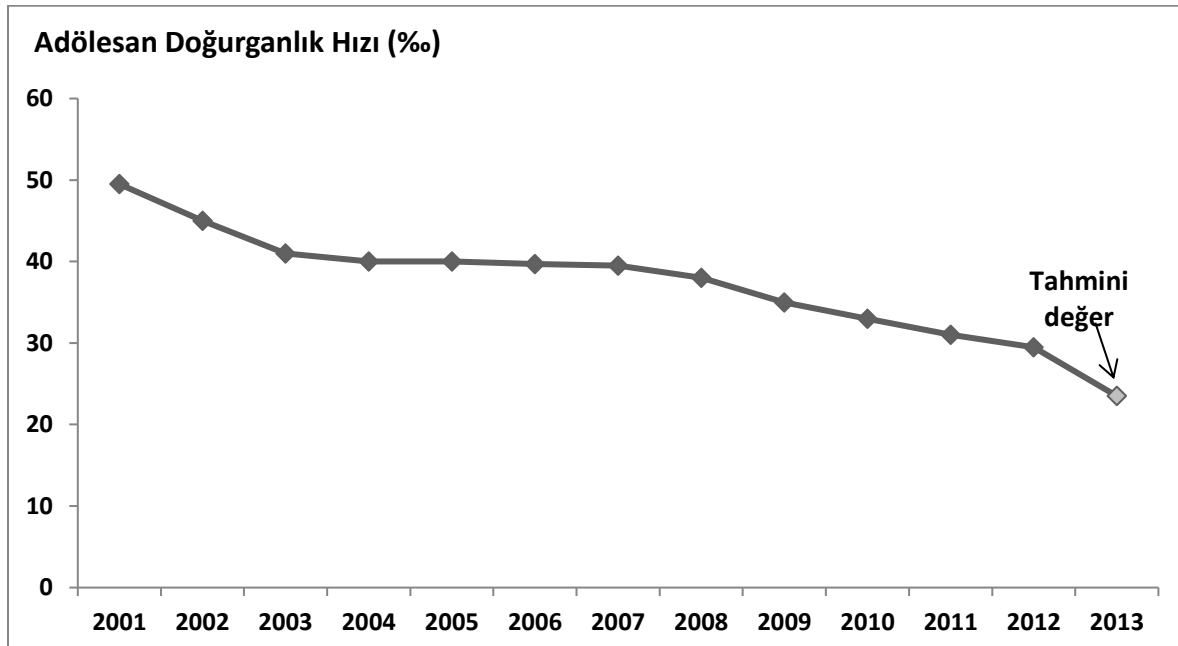
Türkiye, Birleşmiş Milletler tarafından orta doğurganlık varsayımı ile hesaplanan nüfus projeksiyon verilerine göre dünyada ergen doğurganlık hızının en yüksek olduğu 199 ülkeli listede 113. sıradadır (10). Birleşmiş Milletler tarafından orta doğurganlık varsayımı ile hesaplanan nüfus projeksiyonlarına göre 2010-2015 dönemi için ergen doğurganlık hızı en düşük olan 3 ülke Slovenya (%0,6), Kuzey Kore (%0,6) ve İsviçre'dir (%1,9). Adölesan gebeliklerin dünya ortalaması ve bölgelere göre dağılımı şekil-1'de ve yıllara göre

ülkemizdeki doğurganlık hızları şekil-2'de gösterilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalar sonucunda ergen doğurganlık hızı 2001 yılında %49,3 iken, 2012 yılında %29,4'e düşmüştür (10). Adölesan dönemdeki gebelik komplikasyonlarının sağlıklı bir toplum ve yeni nesiller için önemli bir toplum sağlığı sorunu olduğu gerçeğinden yola çıkarak bu düşüşün, dünya sıralamasında öngörülen yerimiz göz önüne alındığında yeterli olmadığı da gözlenmektedir.

Şekil 1. Adölesan gebeliklerin bölgelere göre dağılımı ve dünya ortalaması (Türkiye İstatistik Kurumu. Dünya Nüfus Günü, 2013. TÜİH Haber Bülteni. Sayı: 13663. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13663>)



Şekil 2. Yıllara göre TÜİK tarafından açıklanan adölesan doğurganlık hızları ve tahmini 2013 değeri.(Türkiye İstatistik Kurumu. Dünya Nüfus Günü, 2013. TÜİH Haber Bülteni. Sayı: 13663. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13663>)



Klinik

Adölesan gebelikler ve komplikasyonları, gerek kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının, gerek pediatri uzmanlarının ve anne-çocuk sağlığı konusunda bireyin en yakınında bulunan aile hekimlerinin ilgi alanına giren, ancak kısıtlı sayıda çalışma yapılmış bir konudur. Bu konuda 1932'de Van Patten ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ilk örnektir (11). Ülkemizde ise Özgür ve arkadaşları 1965'te bu konuya ilk kez değinmişlerdir (12).

Adölesan dönem gebeliklerinde preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, preeklampsi, konjenital anomali gibi komplikasyonların sık görüldüğünü ortaya koyan pek çok çalışma mevcuttur (3,14). Daha çok Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarının yaptığı çalışmalarda verilen sonuçlar farklılıklar gösterse de ortak görüş, adölesan gebeliklerinin riskli gebelikler olduğu ve yakın takip gerektirdiği yönündedir. Bu bağlamda Aile hekimleri sorumlu olduğu nüfustaki adölesan gebelerin takibinde dikkat edecekleri noktalar bakımından konuya ne kadar hakim olurlarsa, adölesan gebelerin karşılaşıacağı sorunlar da daha erken saptanmış ve gerekli önlemler alınmış olur.

Aile hekimliği uygulamasındaki her düzeyden birinci basamak hekimi, sağlık konusundaki toplumun ilk başvuru noktası olması, yaygın olarak kırsal ve kentsel alanda gebelik takibi yapabilmesi ve toplumun içerisinde yaşayan bir hekimlik grubu olması nedeniyle bu sosyal ve tıbbi sorunun izlemi ve yönetimi için ideal bir konuma sahiptir.

Türkiye için güncel sağlık uygulamasında, Sağlık Bakanlığının aile hekimlerine standart bir gebe izlemi için önerdiği izlem sayısı 4'tür (15). Buna göre gebeliğin ilk 14 haftasında 1. izlem, 18-24. haftalarda 2. izlem, 30-32. haftalarda 3. izlem, 36-38. haftalarda 4. izlem yapılmalıdır. Kadın doğum uzmanları ise birinci basamak hekimliğinde yapılan bu izlem sayısının dışında gerekli diğer test ve kontroller için de izlemler yapmaktadır. Adölesan dönemdeki gebelerin takibinde prensip olarak diğer gebeliklerden farklı ayrı bir sayısal ya da niteliksel fark bulunmamakla birlikte, adölesan gebelerin yönetiminde temel bazı klinik konularda özel dikkat sarf etmek gereklidir. Bu klinik konular oldukça çok yönlü ve karmaşık olsalar da birinci

basamak kliniklerinde izlemi ve yönetimi mümkündür. Bu anlamda standart izlemlerin dışında bu gebelerin klinik durumuna göre izlem sayısı arttırılabilmektedir. Klinik izlemlerde önemli olan bu konulardan bazıları şu şekilde özetlenebilir:

Anemi

WHO'ya göre gebelikte anemi; hemoglobin düzeyinin 11 g/dL'den düşük olduğu durumdur. Yine WHO verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık %30'unun, dünyadaki gebe kadınların ise yarısından fazlasının anemik olduğu tahmin edilmektedir (16). Kadın yaşamının önemli bir dönemi olan gebelikte anemiye neden olan pek çok faktör bulunmaktadır. Demir eksikliği bunların içinde en yaygın olanıdır (17). Gebelikte 2. trimesterden itibaren plazma hacmindeki artışa bağlı olarak hemoglobin düzeyinde dilüsyonel olarak, hafif bir azalma olabilir. Ancak bu düşüş hemoglobinde 11g/dL'nin altında bir düzeye düşmeye neden olursa anemi olarak kabul edilir.

Gebelikte, fetüsün gereksinimleri nedeniyle annede demir tüketimi artar. Gebe kalan adölesanlarda kendi gelişim süreci için gerekli olan artmış temel demir tüketimine ek olarak fetal büyüme ve gelişme için de demir, folat, kalsiyum, vitamin E, vitamin A, magnezyum ve vitamin B 12'ye olan ihtiyaç da belirgin biçimde artmaktadır. Adölesan dönemde gelişen bir gebelikte gencin hem kendi vücut gelişimi için hem de fetusun gelişimi için gerekli olan bu mikronutrient kaynakları hızla tükenir (16,18,19). Eğer adölesan dönemdeki bu demir eksikliği ve anemi düzeltilemez ise sorun gebeliğin ilerleyen dönemlerinde derinleşecek ve indirekt olarak maternal mortaliteyi arttıran önemli bir etmen olarak karşımıza çıkacaktır (20). Derin anemi nedeniyle oluşan kalp yetmezliği anne ölümleri ile sonuçlanabilmektedir. Erken doğum ve düşük-doğum ağırlıklı bebek açısından önemli bir risk taşıyan adölesan gebelerde, aneminin de var olması anne sağlığı yönünden bu riskleri daha da arttırmaktadır (21,22).

Hipertansiyon

International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP) tarafından revize edilmiş sınıflandırmaya göre gebelikte hipertansiyon bozuklukları 4 farklı şekilde görülebilmektedir: Kronik hipertansiyon, gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi (yeni ortaya çıkan veya kronik hipertansiyona süperimpoze) ve beyaz önlük hipertansiyonu. Preeklampsi ve gestasyonel hipertansiyon için diyagnostik kriter 20. gebelik haftasından sonra yeni başlangıçla karakterize sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının 90mmHg üstü olmasıdır (23). Preeklampsi, gebeliğin 20. haftasından sonra proteinüri ile beraber hipertansiyonun görülmesi, eklampsi ise preeklampsi tablosuna tonik ve klonik konvülsiyonların eklenmesidir. Sebebi her ne olursa olsun, hipertansiyon tüm gebeliklerin %6-20'sinde görülmekte ve dünyadaki hem maternal hem de perinatal mortalitenin en sık rastlanan dört sebebi arasında yer almaktadır. Birinci gebelikte daha sık görülen preeklampsi ve eklampsi, 20 yaş ve üzerindeki gebelere göre adölesan gebelerde daha siktir. Adölesan gebelerde hipertansif hastalıklar ve preeklampsi yetişkin gebelere oranla daha sık görülmektedir (24,25,26).

Abortus

WHO'ya göre abortus; 20. gebelik haftasından önce, 500 gramdan daha az embriyo veya fetus ve eklerinin, tamamının ya da bir kısmının uterus kavitesi dışına atılması olayıdır. Günümüzde dünya çapında adölesanlar arasındaki yıllık abortus oranı 4 milyona ulaşmıştır (3). Adölesan dönemdeki gebelerde yaş küçüldükçe kendiliğinden düşük yapma riski diğer yaş grubundaki kadınlara göre artmaktadır (14,27).

Erken Doğum

Preterm doğum, doğum kilosundan bağımsız olarak, son adet tarihinden itibaren tamamlanmış 37 haftadan önce gerçekleşen doğum olarak tanımlanır. Preterm doğum eylemi ve doğumun alt limiti iyi anlaşılammıştır. Ancak 20. gebelik haftasından önce sonlanan gebelikler genellikle 'düşük' olarak adlandırıldığından, 20. gebelik haftasından sonra olanlar 'doğum' olarak isimlendirilmiş böylece de alt sınır 20 hafta olarak kabul edilmiştir (3). Preterm doğum için

hazırlayıcı faktörler çok sayıdadır. Bunlar arasında sayılan gebelik öncesi vücut ağırlığının düşük olması, gebelik süresince yetersiz kilo alımı, anemi, sigara kullanımı, ilk gebelik, yetersiz doğum öncesi bakım gibi nedenler sayılmaktadır. Adölesan gebelerde bu etmenlerin tamamının daha sık görülmesinden ve adölesanın vücut gelişimini de henüz tamamlamamış olması nedenlerinden dolayı adölesan dönem gebelik takibinde, preterm eylem konusunda çok daha dikkatli olunmalıdır (3).

Laktasyon Sorunları

Adölesan gebeliklerin sonucu olarak karşımıza çıkan bir diğer sorun genç yaşta doğum yapan annede laktasyonun başlamasında gecikmenin ortaya çıkabilmesidir (1,28). Yine bununla bağlantılı olarak laktasyon başlasa bile bebeğin emzirilmesinde yönetsel aksaklıklar daha sık olabilmektedir. Bu şekilde bebek için en önemli besin kaynağı olan anne sütünün bebeğe verilmesinde sorunlar yaşanabilmektedir. Ancak Tucker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 389 adölesan gebenin doğum sonrası ancak %52'sinin anne sütü vermeye başladığı ve dahası bunların yine yarısının 1. ayda emzirmeyi bıraktıkları bildirilmiştir (28). Ayrıca ülkemizde Sökülmez ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada adölesan annelerden doğan bebeklerin anne yaşındaki küçülme ile doğru orantılı olarak gelişimlerinde gerilik olduğunu da göstermiştir (28).

Adölesan Annelerin Bebeklerindeki Sorunlar

Adölesan gebelerden doğan bebeklerin sağlık sorunları incelendiğinde yeni doğanların emme refleksinin geç başlaması, mekonyum aspirasyonu, organ fonksiyon yetersizlikleri, sarılık, sorunlu prematürelilik, düşük doğum ağırlığı, ateş, hipoglisemi gibi sorunların bebeklerin %32,7'sinde gözlenmesi adölesan gebelerin kendileri kadar bebekler açısından da karşılaşılabilecekleri sorunların boyutunu göstermektedir (28). Adölesan annelerin bebeklerinde boy ve ağırlıkça 25. percentilin altında olma durumu sırasıyla %23,3 ve %47,6'dır. Anne yaşına göre değerlendirildiğinde 17-18 yaşındaki annelerden doğan çocukların %61,3'ü boy, %40,5'i ağırlık yönünden 26-75 percentildedir. Bu durum çocuğun boy uzunluğu ve ağırlığı üzerinde anne yaşının önemli olabileceğini göstermektedir.

Ağırlığı 25. persentilin altındaki çocukların %62,5'inin anne yaşı 15-16 yaş grubundadır (1, 28).

Sosyal ve Psikolojik Boyutu

Adölesan çağda meydana gelen bir gebelikte sorgulanması gereken unsurlardan biri de genelde toplumun ve özelde de başvuran bireyin sosyoekonomik ve sosyokültürel seviyesidir. Çünkü 2008 ve 2013 TNSA verilerine bakacak olursak erken yaş gebeliklerin önemli bir yüzdesi düşük gelir ve eğitim düzeyi olan bireylerde görülmektedir. Bu bağlamda yukarıda saydığımız gebelik riskleri de göz önüne alındığında adölesan çağdaki gebelere sunulacak olan yeterli perinatal ve antenatal bakım ile birlikte verilecek eğitim de önemlidir.

Aile hekimleri, gebelik sürecindeki rutin takipleri ve tedavilerini yürütürken, adölesanın ruhsal açıdan kendisini güvende ve rahat hissetmesini sağlamalı, toplumsal ön yargılardan bağımsız olarak gebelik sürecini yönetmeli ve gerekli görüldüğünde daha kapsamlı gebelik değerlendirmeleri yönünden KHD uzmanlarına yönlendirmesi gerekmektedir. Bu gebeler, psikolojik açıdan zaten zorlu geçmekte olan gebelik sürecine ek olarak adölesan dönemin ve genellikle bu dönemde pek hazır olunamayan evlilik sürecinin de streslerini yaşamaktadırlar. Bu nedenle bu kızların genellikle özgüven sorunları vardır ve depresyon belirtileri göstermektedirler (29,30,31).

Unutulmamalıdır ki, bu adölesanların pek çoğu, özellikle de yaşları 15'in altında olan bir kısmı zorla evlendirilmekte, kendilerini evlenmeye veya çocuk doğurmaya yeterli olgunlukta görmemektedir. Dahası yaşlarının yetersizliği nedeniyle reşit olmadıklarından bu çocuklar çoğu zaman imam nikâhı ile evlendirilmekte ve yasal haklardan veya korunmadan da mahrum kalmakta, kendi gelecekleri hakkında özgürce karar verememektedirler (32). Ancak bir kere evlendikten sonra da toplumsal yapı ve gelenekler gereği geri dönüş yolu da bulunamamakta, ayrılmaları halinde çok daha derin sosyal yaralara yol açılmaktadır. Ayrıca bu kızların okul başarıları evli olmayan emsallerine göre belirgin olarak daha düşük olup çoğu kez de okullarını bitirememektedir (29).

Adli Boyut

Türk hukuk sisteminde çocukluk çağının tanımı ve evlenme yaşı ile ilgili birçok kanunun pek çok maddesinde düzenlemeler yapılmıştır. Bu ifadelerde kullanılan farklı yaş sınırlarının tutarlılıkları bakımından pek çok tartışma yaşanmış olsa da klinik uygulamada aile hekimlerine düşen görevlerin tanımında pek tartışma bulunmamaktadır.

Tıbben, meslek odalarının, dünya sağlık örgütünün tanımlarında 10-19 yaş arası dönem adölesan çağ olarak tanımlanmış ve bu yaştaki gebelikler adölesan yaş gebelikleri olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Ancak Türk Ceza Kanununda 103 ve 104. maddeleri kendi rızası bile olsa cinsel ilişki yaşamak için 15 yaşını tamamlamış olmayı şart koşmaktadır. Bu anlamda yapılan evliliklerde 15 yaşını tamamlamamış erkek veya kadınların olması suç teşkil etmektedir ve hekimin savcılığa bildirmesi zorunludur. Bu anlamda 15 yaşını tamamlamamış kızların gebe kalması bildirim zorunlu bir durum oluşturmaktadır. 15 yaşını tamamlamış kızların gebeliklerinde herhangi bir suç unsurundan şüphelenilmediği sürece (cinsel şiddet, kaçırılma, vs.) hekimin gebelik ile ilgili bir yasal zorunluluğu bulunmamaktadır. Bununla birlikte Türk Ceza Kanunu'nun 230-5 ve 6. Maddeleri resmi nikah dışındaki evlenme yollarını yasa dışı olarak değerlendirmektedir. Bu anlamda hangi yaşta olursa olsun resmi nikah olmaksızın meydana gelen gebelikler yine suç kapsamında değerlendirilir ve bildirilmesi zorunludur.

Adölesan Gebelikler ve Kontrasepsiyon

Adölesan yaşta başlayan cinsel etkinlik ister evlilik bağı içerisinde olsun, ister olmasın birçok riski beraberinde getirmektedir. Bunlar arasında özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklar, psikolojik sorunlar, uygunsuz gebelikler ve düşük sosyal başarı gibi sorunlar gelmektedir. Bu sorunlardan yola çıkarak Amerika Birleşik Devletlerinde PASHA (The Program Archive on Sexuality, Health, and Adolescence) isimli bir program başlatılmıştır. Program "The National Institute of Child Health and Human Development" ve "Office of Adolescent Health" birlikte yürütmekte olup CDC tarafından da fonlanmaktadır. Bu program sayesinde eğitimler

aracılığı ile ve kontrasepsiyon yöntemleri yöntemleri öğretilerek ve sağlanarak sorunun çözümüne katkı aranmaktadır. Ancak ABD’den farklı olarak ülkemizden erken başlayan istemli cinsel etkinlikten çok, ya cinsel şiddet veya gelenek kökenli erken evlendirme davranışı bu gebeliklerin altında yatmaktadır.

Ülkemizde günümüzde bu anlamda bilinen bir program henüz olmamakla birlikte, ASM’lerde adölesan yaş grubunda karşılaşılan evli kızlar, gebe olsun veya olmasınlar doğru algılanmalı ve ifade etsinler veya etmesinler yardımı ihtiyacı duyabilecekleri bilinmelidir. Bu nedenle bu çocuklara aile hekimleri düzeyinde yakalanan her fırsat kullanılarak eğitimler verilmelidir. Bu eğitimlerde psikolojik desteğin yanısıra bu çocuklara korunma yöntemleri başta olmak üzere aile planlaması ile ilgili bazı bilgiler verilmeli ve düzenli sağlık kontrollerine çağırılmalıdırlar.

Sonuç

Yukarıda saydığımız gebelik özellikleri, sağlık riskleri ve psikolojik özellikler göz önüne alındığında, adölesan çağıdaki gebelere aile sağlığı merkezlerinde verilecek olan yeterli perinatal ve antenatal bakım, oluşabilecek komplikasyonları önemli ölçüde azaltacaktır.

TNSA 2008 ve 2013 raporlarında konu ile ilgili elde edilen verilerin karşılaştırmasında ülkemiz adölesan gebelikler yönünden bazı iyileşmeler kaydetmekte ise de, durum ciddiyetini korumaktadır. Her ne kadar adölesan gebelik yaşı son yıllarda daha çok geç adölesan dönemine kaymakta olsa da tıbbi ve psikolojik sorunlar ciddiyetini korumaktadır. Bu çocuk yaştaki gebelerin tıbbi desteğe ve ilgiye olan gereksinimleri dün olduğu gibi bugün de tüm yalınlığı ile görünmektedir. Ülkemizin birinci basamak sağlık hizmetlerinin gösterdiği değişim ile birçok alanda yakalanan başarının bu alanda da er ya da geç kendisini hissettireceği muhakkaktır.

Kaynaklar

1. Kütük S. Adölesan gebelik riskleri ve sorunları. Türk Aile Hek Derg 2012;16(Suppl):31-4.
2. McIntyre P. Pregnant Adolescents Delivering on Global Promises of Hope. Geneva, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2006; 4-7.

3. Melekoğlu R. Adölesan gebelikler: maternal ve fetal sonuçlar. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi 2012;3.
4. Demirgöz M, Canbulat N. Adölesan gebelik. Türkiye klinikleri J Med Sci 2008;28(6):947-52.
5. Toksöz P, Ceylan A, Abacı Bozyel Ö. Pregnancy, health and birth related problems of pregnant adolescents. Int Arch Med Res 2011;1(1):8-20.
6. Taner CE, Aydoğan Kırmızı D, İriş A, Başoğlu Ö. Adölesan gebeliklerin sonuçları. Göztepe Tıp Dergisi 2012;27(1):6-10.
7. Loaiza E, Liang M. Adolesc ant pregnancy: A review of the evidence UNFPA New York, 2013. <http://www.unfpa.org/publications/adolescent-pregnancy>
8. Turan N, Dokgöz H. Çocuk anneler. Adli Tıp Bülteni 2007;12(3):136-41.
9. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme Uygulama El kitabı. UNICEF, Ajans-Türk Basın ve Yayım Ankara 2000;1-33:332-3.
10. Türkiye İstatistik Kurumu. Dünya Nüfus Günü, 2013. TÜİH Haber Bülteni. Sayı: 13663. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13663> Erişim tarihi:27.10.2014
11. Van Patten N. Obstetrics in Mexico prior to 1600. Ann Med Hist 1932;4(2):203-12.
12. Ozgur S. A brief study of mother and child health in selected villages of the Torbalı province. A preliminary report. Turk J Pediatr 1965;7(3):150-3.
13. 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.
14. Meydanlı MM, Çalışkan E, Ecemiş T, Arlier S, Dölen İ, Haberal A. Adölesanlarda gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2000;10:98-103.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Daire Başkanlığı. <http://ailehekimligi.gov.tr/ana-cocuk-sal/gebelik/297-gebe-zlemleri.html>
16. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Gebelerde Demir Destek Programı Rehberi,2007.
17. Goonewardene M, Shehata M, Hamad A. Anaemia in Pregnancy. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2012;26:3-24.
18. Moran VH. A systematic review of dietary assessments of pregnant adolescents in

- industrialised countries. Br J Nutr 2007;97:411-25.
19. Pathak P, Singh P, Kapil U, Raghuvanshi RS. Prevalence of iron, vitamin A, and iodine deficiencies amongst adolescent pregnant mothers. Indian J Pediatr 2003;70:299-301.
 20. Bulut S, Gürkan A, Sevil Ü. Adölesan Gebelikler. Aile ve Toplum Dergisi 2008;13: 37-44.
 21. Gökçe Ö. Adölesan gebelikler, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2000;9(4).
 22. Bükülmez O, Deren Ö. Perinatal Outcome In Adolescent Pregnancies: A Case-control Study From A Turkish University Hospital. European Journal of obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2000;207:12.
 23. Redman CWG JS-L, Russell R. Hypertension in Pregnancy. In: Powrie R GM, Camann W, editor. de Swiet's Medical Disorders in Obstetric Practice. 5th Edition ed: Blackwell Publishing; 2010;153-81.
 24. Trivedi SS, Pasrija S. Teenage pregnancies and their obstetric outcomes. Trop Doct 2007;37:85-8.
 25. Phupong V, Suebnukarn K. Obstetric outcomes in nulliparous young adolescents. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2007;38:141-5.
 26. Lira PJ, Oviedo CH, Pereira LA, Dib Schekaiban C, Grosso Espinoza JM, Ibarguengoitia OF, et al. Analysis of the perinatal results of the first five years of the functioning of a clinic for pregnant teenagers. Ginecol Obstet Mex 2006;74:241-6.
 27. Karakaya E. Adölesan Evli Kadınlarda Üreme Sağlığı ve Sosyoekonomik-Kültürel Özellikler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, 2004.
 28. Tucker CM, Wilson EK, Samandari G. Infant feeding experiences among teen mothers in North Carolina: Findings from a mixed-methods study. Int Breastfeed J 2011;28;6-14.
 29. As-Sanie S, Gantt A, Rosenthal MS. Pregnancy Prevention in Adolescents. Am Fam Physician 2004;70(8):1517-24.
 30. Koniak-Griffin D, Walker DS, de Traversay J. Predictors of depression symptoms in pregnant adolescents. J Perinatology 1996;16:69-76.
 31. Barnett B, Joffe A, Duggan AK, Wilson MD, Repke JT. Depressive symptoms, stress, and social support in pregnant and postpartum adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 1996;150:64-9.
 32. Boran P, Gökçay G, Devocioğlu E, Eren T. Çocuk gelinler. Marmara Medical Journal 2013;26:58-62.

İletişim:

Doç.Dr. Altuğ KUT

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Tel: +90.532.5608045

E-mail: altugkut@gmail.com