

Çocuk Gelinler: Erken Yaş Evlilikleri ve Adölesan Gebeliklere Yaklaşım

Child Brides: Approach to Early Marriage and Adolescent Pregnancies

Selma ŞEN*

Oya KAVLAK**

Öz

Adölesan dönem, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle çocukluktan yetişkinliğe geçiş periyodudur. Dünya nüfusuna bakıldığında her beş kişiden biri adölesan dönemde bulunmakta ve adölesan nüfusu yıldan yıla bir milyarı aşmakta, her 1000 adölesandan 60'ı anne olmakta ve dünya yüzeyindeki yaklaşık tüm doğumların onda biri olan 17 milyon bebek adölesan anneden doğmaktadır.

Adölesan gebeliklerin kısa ve uzun vadeli çeşitli olumsuz sağlık sonuçları doğurduğu bilinmektedir. Dünyanın pek çok ülkesinde önemli ölçüde mortalite ve morbidite nedeni olarak kabul edilen adölesan gebeliklerin önlenmesine yönelik programlara öncelik verilmektedir. Kadının bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan gelişimini tamamlamadan gebe kalması durumunda hem anne hem de bebek olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle, adölesan gebelikler hem toplumsal hem de bireysel olarak ciddi sağlık sorunu olarak ele alınmaktadır.

Bu derlemede, Dünya ve Türkiye'deki erken yaş evlilikleri ve adölesan gebelik sorunu incelenmiş, hemşirelik bakımının önemi vurgulanmıştır.

Anahtar kelime: evlilik, Adölesan, Gebelik

Abstract

Adolescent period is that the individual's biological, psychological and social changes in period of transition from childhood to adulthood. One person of every five people in the world's population is adolescent and adolescent population exceeds a billion year to year, 60 of every 1000 adolescent become a mother and 17 million babies, who are approximately one tenth of all births in the world, are born from adolescent mothers.

It is known that adolescent pregnancies cause variety of short and long term health problems. In many countries of the world, programs are given priority to prevent adolescent pregnancies which are accepted as a significant cause of morbidity and mortality. When women become pregnant before they do not complete their physical, mental and social developments, both mother and baby are affected negatively. Therefore, adolescent pregnancies are discussed as serious health problem as both social and individual.

In this review, early age marriage and the problem of adolescent pregnancy are investigated in Turkey and World and the importance of nursing care is emphasized.

Keywords: marriage, adolescent, pregnancy

(*) Arş.Gör.E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Kadın Sağlığı ve Hastalıkları AD. Bornova/İzmir

(**) Yrd.Doç.Dr.E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Kadın Sağlığı ve Hastalıkları AD. Bornova/İzmir

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığın tanımında olduğu gibi, üreme sağlığını “Üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olmasıdır” diye tanımlamaktadır. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü tarafından adölesan dönem, 10-19 yaş arasındaki dönem olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2007). Dünya nüfusuna bakıldığında her beş kişiden biri adölesan dönemde bulunmaktadır (Bülbül, 2004). Türkiye’de bu oran Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verisine göre %18.5 olup dünya nüfusuna benzer oranda adölesan bulunmaktadır. Kadın nüfusunun %18.2’si, erkek nüfusunun %18.7’si adölesan yaştadır (TNSA, 2008). Adölesan grup, fiziksel, ruhsal ve sosyal durumlarında daha fazla sorunla karşılaşabilen ve bu durumlarında meydana gelen değişikliklerden daha fazla etkilenebilen grup olmaktadır ki, bu sorunları çözmekte zaman zaman çaresiz kalmaktadırlar (Demiröz, 2008).

Dünyada adölesan nüfusu yıldan yıla bir milyarı aşmakta, her 1000 adölesandan 60’ı bu grubun içinde yer almakta, anne olmakta ve dünya yüzeyindeki yaklaşık tüm doğumların onda biri olan 17 milyon bebek adölesan anneden doğmaktadır (Caputo ve Bordin, 2007).

Adölesan gebeliklerin kısa ve uzun vadeli çeşitli olumsuz sağlık sonuçları doğurduğu bilinmektedir. Dünyanın pek çok ülkesinde önemli ölçüde mortalite ve morbidite nedeni olarak kabul edilen adölesan gebeliklerin önlenmesine yönelik programlar da yürütülmektedir. Kadının bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan gelişimini tamamlamadan gebe kalması durumunda hem anne hem de bebek olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle, adölesan gebelik ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Psikososyal risk faktörleri bakımından bakım önemli bir odak noktasıdır (Kahraman, 2009).

Adölesan dönemdeki kadınların cinsel ilişki, gebelikten korunma yolları, gebelik, düşük, anne olma, bebek beslenmesi ve bakımı gibi konularda bilgileri daha ileri yaştaki kadınlara göre yetersiz bulunmakta, bunun sonucunda meydana gelen gebelik sadece adölesanların kendi yaşamlarına değil, aile ve doğacak olan bebeğe de ciddi yükler getirmektedir. Bundan dolayı erken yaş evlilikler, cinsellik, gebelik ve ebeveyn olma yükümlülükleri konularında bilinçli bir eğitimin verilmesi, sorunun zamanında tespit edilerek destek gösterilmesi ve çözüm yollarının sağlanması büyük önem taşımaktadır (Demir vd. 2010).

ERKEN YAŞ EVLİLİKLERİ

Gençlik dönemi cinsel fonksiyonların başladığı ve cinsel ihtiyaçların ön planda tutulduğu dönemdir. Buna karşılık, gencin cinsel ihtiyaçlarının karşılanmasında önemli güçlükler vardır. Geleneksel toplumlarda, gençler çok erken yaşta evlendirildiği için, cinsel ihtiyaçların karşılanması daha kolaydır (Bayık vd.1998; Dölen vd. 2003). Bu bağlamda, erken evlilikler ülkemizde sık görülmekte olup, çeşitli toplumsal ve sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Birçok bölgede erken evlilikler sosyokültürel bir zorunluluktur (<http://ilef.ankara.edu.tr/reklam/yazi.php> 27.02.2007). Ancak, bu durumda, gencin eğitimini sürdürmesi ve iyi bir iş imkânı sağlaması güçleşmekte; öte yandan, erken evlenme sonucu ortaya çıkan gebelik ve doğumlar hem annenin hem de doğan çocukların sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Bayık vd.1998; Dölen vd. 2003). Çocuk ve ergen evliliği gelişmemiş ülkeler de daha da yaygındır. Dünyada binlerce genç kızın onuncu yaşlarına bile ulaşmadan evlendikleri ve erken evliliğin ve erken gebeliğin ruh ve beden sağlıklarına getirdiği olumsuz etkilerle ve erken gebeliklerle karşı karşıya kaldıkları bildirilmektedir (Yiğitoğlu, 2009).

Son yıllarda dünyada olduğu gibi ülkemizde de gençlerin cinsel davranışlarının değiştiği bilinmektedir. Erken evliliklerin bir başka nedeni de adölesanların riskli cinsel davranışlarının sonucu oluşan gebeliklerin, çiftlerin aileleri tarafından hemen evlendirilerek örtbas edilmeye çalışılmasıdır (<http://ilef.ankara.edu.tr/reklam/yazi.php> 27.02.2007). Ayrıca adölesan evlilerin doğum kontrolü engellenmekte veya üzerinde durulmamakta; bu da beraberinde “ergen gebelikleri” denilen erken yaşta gebelikleri ortaya çıkarmaktadır. Genellikle 20 yaş altı gebelikler ergen gebelikler olarak kabul edilmektedir. İlk evlilik yaşı, ergen dönem gebeliğini etkileyen en önemli nedenlerden biridir. Bunun yanında geleneksel yapı, aile yapısı, öğrenim ve ekonomik durum, dinsel inanışlar, aile planlaması hizmetlerine ulaşım gibi etmenler de ergen gebelik sıklığını etkilemektedir (Başer, 2000).

Bu durumda en kritik konulardan biride erken evlilikler sonucunda gerçekleşen genç annelerin gebelik ve doğumlarıdır. Böylece henüz ruhsal gelişimini tamamlayamamış, çoğunlukla eğitimleri yarım kalmış, sosyal konumu belli olmayan ekonomik sıkıntılarla boğuşmak zorunda olan gençler tüm bunlara ek olarak çocuk yaşta anne-baba olmaktadır. Ülkemizde genç nüfusun fazlalığı, sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel

faktörlerin etkisiyle bu sorun daha da önem kazanmaktadır (<http://ilef.ankara.edu.tr/reklam/yazi.php> 27.02.2007).

Erken yaşta çocuk sahibi olmak hem anne, hem de bebek için yüksek risk taşımaktadır. Ergen kadınlar fiziksel olarak çocuk doğurmaya hazırlıklı olmayıp, yirmili yaşlarındaki kadınlardan daha fazla ana ölümü riski, gebelik ve doğum komplikasyonları taşımaktadırlar (Başer, 2000). Ayrıca ülkemizde kadının statüsünün düşük olduğu bilinmektedir. Erken evlilikle de kadının eğitim alma ve üretime katılma hakkı da çoğunlukla ortadan kalkmaktadır. Erke yaşta yapılan evliliklerde aile içi şiddet olgularına daha sık rastlanmaktadır (<http://ilef.ankara.edu.tr/reklam/yazi.php> 27.02.2007).

Diğer bir konuda erken yaşta evliliklerin yapıldığı yöreler, genellikle geleneksel uygulamaların yapıldığı toplumlardır. Bu bağlamda akraba evlilikleri de burada sıktır. Ülkemizde sık yaşanan gerçeklerden biri olan akraba evliliğinin ise kromozomlarla taşınan hastalıkların görülme hızını arttırdığı bilinmektedir (<http://ilef.ankara.edu.tr/reklam/yazi.php> 27.02.2007).

ADÖLESAN GEBELİKLER

Adölesan anne tanımında evrensel bir görüş birliği olmamasına rağmen genelde 18 yaş ve altı gebelik adölesan gebelik olarak kabul edilmektedir. Adölesan gebelikler yüzyılın başlarında kadınların fertilité süresinin kısa olması, beklenen yaşam süresinin kısalığı ve stabil bir popülasyon yaratılabilmesi için doğru olarak karşılanırken, yüzyılın sonlarına doğru toplum sağlığını tehdit eden bir kavram olarak görülmeye başlanmıştır (Dölen vd. 2003).

Ülkemizde adölesan gebeliklerin yaygın olmasının başlıca nedenleri şöyle sıralanabilir; (Kahraman, 2009)

- Kültürel nedenlerle meydana gelen erken evlilikler
- Kontrasepsiyon yöntemleri hakkında bilgi yetersizliği
- Okul ve aile tarafından yeterli bilgilendirme yapılamaması
- Düşük sosyokültürel ve sosyoekonomik düzey
- Topluma erişkinliğini kabul ettirme kaygısı
- Batılılaşma ve şehirleşmenin etkileri

- Etnik faktörler
- Eğitim düzeyinin düşük olması

Adölesan doğurganlık, sağlık ve sosyal sonuçları dikkate alındığında önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Adölesan anneliğin, demografik ve sosyal açıdan birçok olumsuz etkisi söz konusudur. Erken yaşta çocuk sahibi olan annelerin çocukları yüksek derecede hastalık ve ölüm riski taşımaktadırlar. Adölesan annelerin, özellikle de 18 yaşından genç olanların, daha ileri yaşlarda anne olan kadınlara göre, düşük veya ölü doğum yapmaları veya anne ölümlülüğü riskine maruz kalmaları daha olasıdır. Ayrıca, kadınların adölesan dönemde anne olmasının kadının eğitimine devam edememesi ve iş imkânlarından faydalanamaması gibi başka olumsuz sonuçları da bulunmaktadır (TNSA, 2008).

Dünyada yaklaşık 15 milyon 15-19 yaşında gencin doğum yaptığı, 4 milyonun gebeliklerini sonlandırdığı 100 milyon kadarının cinsel yolla bulaşan enfeksiyona yakalandığı hesaplanmaktadır (Bülbül, 2004; Dölen vd. 2003). TNSA 2008 sonuçlarına göre kentsel ve kırsal alanlar arasındaki doğurganlık farkının giderek kapandığı, ancak bazı bölgesel farklılıkların devam etmekte olduğu görülmektedir. Güney ve Doğu Anadolu dışındaki bölgelerde, doğurganlık yenilenme düzeyinin altındadır. Her ne kadar geçmiş yıllarda Doğu bölgesinin doğurganlık düzeyinde önemli bir düşüş görülmüşse de dönemsel doğurganlık hızları bu bölgede üçten fazla çocuğa işaret etmektedir. Önemli bir değişim ise ilk doğumda anne yaşındaki düzenli yükseliştir. Genç yaş gruplarındaki kadınların adölesan yaşlarda ilk doğumlarını yapma olasılıkları daha ileri yaşlardaki kadınlara oranla daha azdır (TNSA, 2008).

Adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesinin yaşla birlikte hızla arttığı gözlenmektedir. On beş yaşında yüzde 1'den bile az olan bu oran, 19 yaşındaki kadınlar arasında yüzde 13'e yükselmektedir. Adölesan annelik, kırsal yerleşim yerlerinde kentsel alanlara göre daha yaygındır (sırası ile yüzde 9 ve yüzde 5). Adölesan doğurganlık düzeyi, Doğu Karadeniz'de yüzde 3 ile Orta Doğu Anadolu'da yüzde 10 aralığında olup bölgeler arasında belirgin farklılıklar göstermektedir. Adölesan doğurganlığın en yüksek olduğu bölgelerden birisi yüzde 9 ile Ege Bölgesi'dir (TNSA, 2008). TNSA-2003'de de bu bölgede adölesan doğurganlığın yüksek olması (yüzde 13) şaşırtıcı bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır (TNSA, 2003).

Adölesan dönemindeki genç kızlar doğum için gerekli fiziksel hazırlığa sahip olmadıkları gibi, anne ölüm riski bu yaştaki anneler için 20 yaşlarındaki annelere göre daha yüksektir (Yavuzer, 1998). Genç anne için, gebelik, ebeveynlik ve kişilerarası yoğun ilişkiler kısa fakat kritik bir gelişim dönemidir. Ergen anneler kimlik gelişimi, samimi ilişkilerin kurulması ve soyut düşüncenin birleştirilmesini de içeren birçok yeni meydan okumalarla yüz yüze kalır (Whitman, 2001). Adölesan gebelerde, gebelik ve doğuma bağlı olumsuz durumlar daha sık görülmektedir. Buna bağlı olarak; adölesan gebeliği yüksek riskli olarak değerlendirilmelidir (<http://ilef.ankara.edu.tr/reklam/yazi.php> 27.02.2007). Bu riskler şöyle özetlenebilir;

- Adölesan gebelikte ortaya çıkabilecek en büyük risk faktörlerinden biri pre-eklampsidir. Bu riski arttıran diğer faktörler adölesanların düşük sosyo-ekonomik gruptan olması, doğum öncesi bakım almaması ve yetersiz beslenmeleridir (Taşkın, 2003).

- Gebelikte tansiyon yükselmesi ile kendini gösteren “toksemi” zamanında tanı konulup tedavi edilmediği durumlarda, annede kasılma nöbetleri ile anne ve bebeği ölüme götüren “eklemsi” de adölesan gebelerde daha sık görülür (<http://ilef.ankara.edu.tr/reklam/yazi.php> 27.02.2007).

- Adölesan gebelerde kemik mineral içeriği eksikliği, demir eksikliğine bağlı anemi ve beslenme yetersizliği görülmektedir (<http://ilef.ankara.edu.tr/reklam/yazi.php> 27.02.2007).

- Anneliğe henüz hazır olmayan, kendiside çocuk olan adölesan, kendisinin ve bebeğinin bakımı konusunda yetersizdir. Çocuk büyütmenin maddi ve manevi yükünü taşıyıp bebeğini, kendisini ihmal edebilmekte ya da örseleyebilmektedir (<http://ilef.ankara.edu.tr/reklam/yazi.php> 27.02.2007).

- Doğum gerçekleşmesi için önemli bir yapı olan pelvis kemiği gelişimi 20–22 yaşlarında tamamlandığından adölesan gebelerde zor doğum çok sıktır (<http://ilef.ankara.edu.tr/reklam/yazi.php> 27.02.2007).

- Düşük yapma, ölü doğum, aşırı kanama, prematüre doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek de adölesan gebeleri bekleyen diğer sorunlardır (Shawky ve Milat, 2002).

- Ekonomik, sosyokültürel baskının yarattığı

psikolojik sorunlar, gebelikte karşılaşılan mevcut sorunları daha da artırmaktadır (<http://ilef.ankara.edu.tr/reklam/yazi.php> 27.02.2007).

Adölesan gebelik ve doğum, anne ve çocuk için sadece tıbbi risk getirmez. Bu sosyal, akademik, ekonomik zorluklara yol açar. Her şeyden önce çocuklarda hem olgunlaşma sürecinde bir gerilik hem de psikolojik sorunlar ortaya çıkar. Ebeveyninden yoksun olmak, sosyo-ekonomik zorluklar, toplum, okul ve istikbal endişesi sorunları doğurur. İnsanların tıbbi ve davranış sorunları bunun bilincinde olan toplumları doğrudan etkileyeceğinden bu çocukların eğitimi ve sosyal hizmet yine toplum üzerine ekstra yük getirir (Demir vd. 2010).

Eğitim düzeyi ile adölesan annelik arasında ters bir ilişki bulunmaktadır. Adölesan annelik, eğitim düzeyi düşük kadınlar arasında eğitilmiş kadınlara göre daha yaygındır. Eğitimsiz kadınların yüzde 7’si adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlarken; bu oran en az lise mezunu kadınlar arasında yüzde 4 düzeyindedir. Refah düzeyine göre bakıldığında, en yüksek refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlar arasında yüzde 2 olan adölesan annelik, refah düzeyi düşük olan hanelerde yaşayan kadınlar arasında yüzde 8-11 düzeyine yükselmektedir (TNSA, 2008).

DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE ADÖLESAN GEBELİK SORUNU

Halen tüm dünya ülkelerinde fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan istenen olgunluğa ulaşmamış genç kadında meydana gelen gebelikler halk sağlığı açısından önemli bir sorun olmaktadır. Bu dönemdeki gebelikler, hem kadının hem de doğacak bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Bulut vd. 2008). Dünyada her yıl 14-15 milyon adölesan doğum yapmakta olup bu sayı tüm dünyadaki doğumların %10’unu geçmektedir (McIntyre, 2006). Dünyada adölesan gebeliğin görülme sıklığı geleneksel davranışlar, evlenme yaşı, dini inançlar, aile yapısı, aile planlaması hizmetlerine erişim, eğitim ve ekonomik durum gibi kültürel ve sosyoekonomik farklılıklara bağlı olarak %3.2-%42.0 arasında değişirken, bu oran Avrupa’da %0.9-21.0, Amerika Birleşik Devletleri’nde %10.6, Latin Amerika’da %18.4’dür (Madazlı, 2008).

Adölesan doğum oranı gelişmiş ülkelerde %17’nin üzerinde, Orta Afrika’da ise %24 civarındadır. Dünyadaki tüm doğumların yaklaşık onda biri olan 15 milyon bebek adölesan annelerden doğmaktadır (WHO, 1997).

Dünyada adölesan gebeliklerin en yaygın olduğu ülkelerden biri Amerika Birleşik Devletleri'dir (O'Sullivan ve Jacobsen, 1992).

Geçmiş 20-30 yıl içinde Asya, Kuzey Afrika ve Orta Batı ülkelerinde adölesan gebelikler ve doğumların arttığı bildirilmiştir (www.who.int/childadolescenthealth/New_Publications/ADH/ISBN 15.10.2007). DSÖ verilerine göre 1995-2000 yılları arasında adölesan doğumlar %5.4 oranında artmış olup; gelişmiş olan ülkelerde bu oran %2.9 iken; gelişmekte olan ülkelerde ise %13.3'tür (www.who.int/childadolescenthealth/New_Publications/ADH/ISBN 15.10.2007; http://en.wikipedia.org/wiki/Global_incidence_of_teenage_pregnancy 27.02.2007). Adölesan doğumlar %11.5 ile Afrika'da en fazla gözlenirken; Avrupa'da %2.5 ile en az artış gözlenmiştir. DSÖ verilerine göre 1995-2000 yılları arasında 15-19 yaş arası 14 milyon adölesan gebe doğum yapıp; bunların 12.8 milyonu gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Dünyadaki 15-19 yaşlar arası adölesan gebelik oranı ortalama her 1000 gebelik için 54'tür. Bu sayı gelişmiş ülkelerde ortalama her 1000 gebelik için 29 iken gelişmekte olan ülkelerde her 1000 gebelik için 133'tür (www.who.int/childadolescenthealth/New_Publications/ADH/ISBN 15.10.2007; WHO, 2003).

Doğumların bölgesel ortalamalarına bakıldığı zaman ise 15-19 yaş arası her 1000 gebenin Afrika'da 115'i, Latin Amerika ve Karahipler'de 75'i, Asya'da ise 30'unun doğum yaptığı görülmektedir. Ayrıca bu gerçek sadece gelişmekte olan ülkelerle sınırlı değildir. Gelişmiş ülkelerde ise adölesan gebelik oranı her 1000 gebelik için ortalama; Japonya'da 4, Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda'da 30, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ise 48,7'dir (www.who.int/childadolescenthealth/New_Publications/ADH/ISBN 15.10.2007).

Türkiye'de ise adölesan gebelik oranı %8.0-12.0 arasındadır (TNSA, 2003). Gelişmiş ülkelerde meydana gelen adölesan gebeliklerin büyük bir kısmı planlanmadan ve evlilik dışı olan gebeliklerdir (Madazlı, 2008). TNSA-2008 sonuçlarına göre, adölesan dönemde olan kadınların %6'sının çocuk doğurmaya başladığı görülmektedir. Bu kadınların %4'ü çocuk sahibi olmuştur; %2'si ise araştırma tarihinde ilk çocuklarına gebedir. TNSA-2003'ten bu yana adölesan doğurganlık düzeyinde önemli bir azalma gözlenmektedir. TNSA-2003'te adölesan dönemde bulunan kadınların %8'i doğurganlığa başlamışken, TNSA-2008'de bu oran %6 düzeyine gerilemiştir. TNSA-2008 araştırmasına göre, 25-49 yaşlarındaki kadınların %43'ünün 20

yaşından önce, dörtte birinin 18 yaşına kadar, %5'inin de 15. yaş gününden önce evlendikleri, aynı zamanda ortalama ilk evlenme yaşının 20.8 olduğunu, bir başka ifadeyle kadınların yarısının bu yaştan önce evlendiği saptanmıştır. Aynı raporda kentli kadınların kırdaki yaşayan kadınlardan 1.5 yıl daha geç evlenme eğiliminde oldukları ve bu örüntü tüm yaş gruplarında gözlemlendiği belirtilmektedir. Bölgesel farklılaşmalara bakıldığında, 25-49 yaşlarındaki kadınlar için ortalama ilk evlenme yaşı Doğu ve Orta Anadolu'da en düşüktür, diğer bölgelerde ise 21'in üzerindedir (TNSA, 2008).

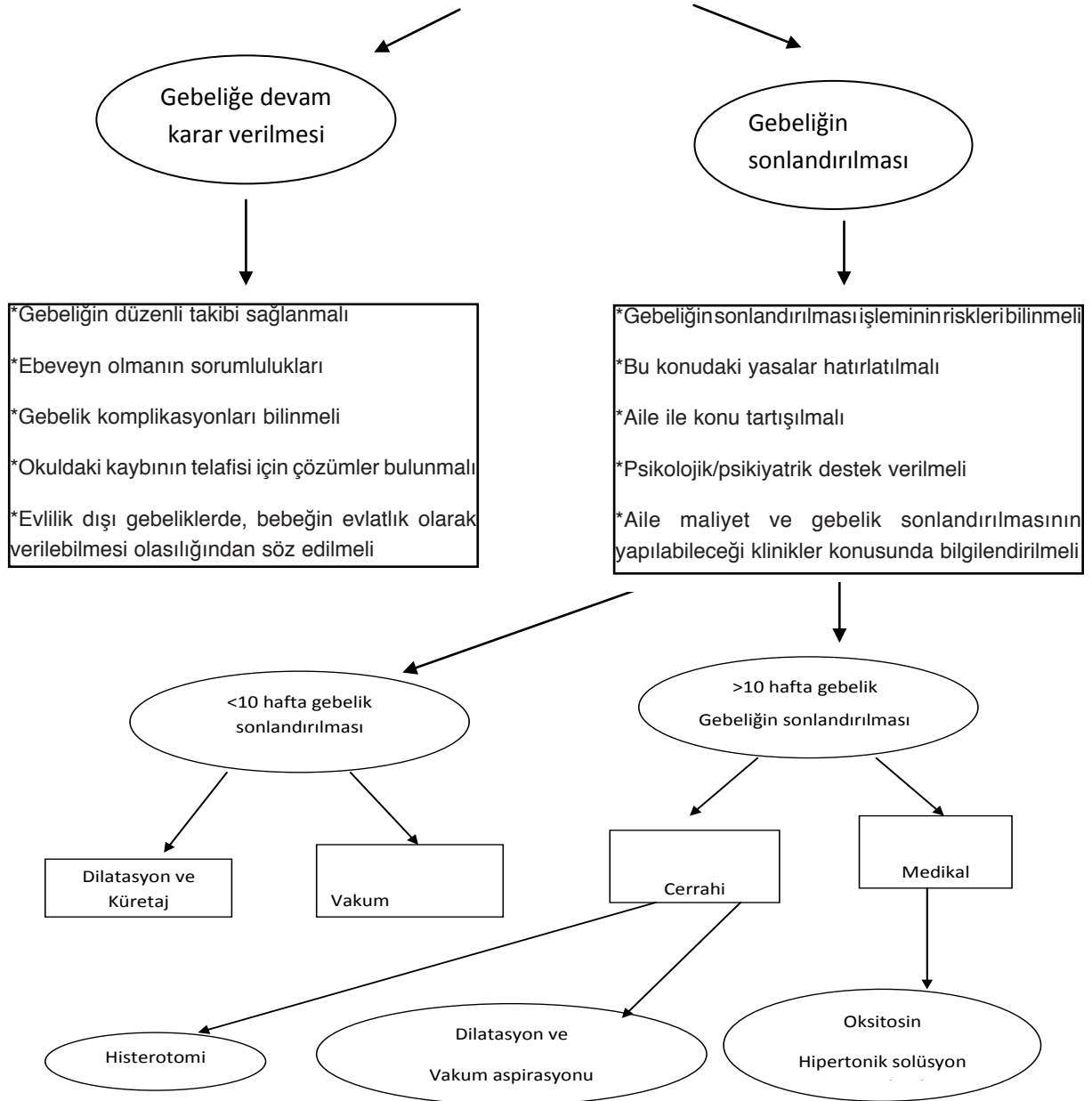
TNSA 2003 bulgularına göre 15-19 yaş arasındaki tüm kadınların %11.9'u evli olup ortalama ilk evlilik yaşı en erken 19.0 ile Doğu Anadolu bölgesinde en geç 20.7 ile Güney bölgesinde olduğu görülmektedir. Ortanca ilk evlilik yaşı bakımından eğitim düzeyleri arasındaki farkın bölgeler arasındaki farktan daha fazla olduğu görülmekte, ilkokul mezunu kadınlarda ortalama ilk evlilik yaşı 19.4 iken bu değer, lise ve üzeri kadınlarda 24.8'e çıkmaktadır. Aynı çalışmada, 15-19 yaş grubundaki kadınların yüzde 8'inin doğurganlık davranışına başladığı görülmektedir. Bu kadınların yüzde 6'sı çocuk sahibi olmuş, yüzde 2'si ise araştırma tarihinde ilk çocuklarına gebedir. Çalışmada, 15-19 yaş arasında bulunan tüm adölesan kadınların %5.7'si ve bu yaş grubunda evli olan adölesan kadınların %48.5'i canlı doğum yapmışlardır. Bu yaş grubunda evli bulunan adölesan kadınların yaşlara göre doğurganlık oranları ise 15 yaşında %0.2, 16 yaşında %1.3, 17 yaşında %5.3, 18 yaşında %11.4 ve 19 yaşında %20.7'dir. 20-49 yaş arası kadınların %46'sının 20 yaşından önce evlendiği, 15-19 yaş arasındaki evli kadınların sadece %33.8'nin şimdiye kadar modern bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmış olduğu ve sadece %16.9'unun şu anda modern bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmakta olduğu saptanmıştır (TNSA, 2003).

TNSA 1998 sonuçlarına göre ülkemizde 17 yaşındaki her on iki kadından biri (%9) ya anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebe kalmıştır. Bu oran 18 yaşındaki kadınlarda hızla yükselerek altıda bire (%16) ve 19 yaşındaki kadınlarda dörtte bire (%23) yaklaşmaktadır. Kentsel yörelerde yaşayan adölesan kızlar arasında anne olanların oranı (%9) kırsal yörelerde yaşayanlara göre (%11) daha düşüktür. En yüksek doğurganlığa Doğu Anadolu'da rastlanmasına karşın, adölesan doğurganlık oranı Orta ve Güney Anadolu'da bu bölge ile aynı orandadır (TNSA, 1998). Anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebe adölesan oranı olan yüzde 10 değerinin altındadır.

ADÖLESAN GEBELİKLERE YAKLAŞIM PLANI

Gebeliğin tanısının teyit edilmesi

Hastanın onayı ile aile görüşmesi



Kaynak: Demir S.C., Kadayırcı O., Ürünsak İ.F., Evrükel C. Adölesan Gebelikler, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/208_07adolesan_gebeligi.pdf

Erken yaş evliliklerinde hemşirenin rolü

- Hemşire adölesanla iletişimde rahat olmalıdır.
- İletişimde kullanılan cümlelere ve hatta kelimelere özen gösterilmelidir.
- İlk görüşmede hemşire kendisini tanıtmalı, el sıkışmalıdır.
- İlgisini adölesan üzerine odaklamalıdır.
- Güvenirliğin sağlanmasına özen göstermelidir.
- Adölesanla tek olarak görüşülmelidir.
- Sağlık incelemesinin özel ve güvenli olduğu açıklanmalıdır.
- Görüşmeye çok az kişisel soru ile başlanmalıdır.
- Adölesanın kendisi ya da kişiliği değil yapılmış olan aktivite eleştirilmelidir.
- Adölesana seçenekler sunulmalıdır.
- Adölesan gebenin beslenme alışkanlıkları düzenlenmelidir.
- Sigara, alkol ve diğer zararlı maddelerin kullanımı önlenmelidir.
- Gebelikte oluşabilecek hastalıklara karşı önlemler anlatılmalıdır.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı önlemler anlatılmalıdır.
- Eksik ya da gerekli aşılardan yapılmalıdır.
- Adölesanlara egzersizin yararları anlatılmalı ve düzenli egzersiz yapmaları teşvik edilmelidir.
- Sağlıklı cinsel davranışlar hakkında bilgi verilmelidir.
- Gebeliklerin önlenmesi konusunda danışmanlık hizmeti verilmelidir.
- Adölesan gebeliklerin, gebelik izlemleri, doğumları ve doğum sonrası izlemlerine önem verilmelidir (Alikashiçoğlu, 2005; Başer, 2000; Bülbül, 2004; Demir vd. 2010).

ADÖLESAN GEBELİKTE HEMŞİRELİK BAKIMI

Tüm kadınların gebelikleri boyunca özel bir bakıma ihtiyacı vardır. Doğum öncesi bakım diğer bir ifadeyle prenatal veya antenatal bakım, gebenin belirli aralıklarla sağlık kontrolüdür (Üstünsöz, 2005). Prenatal bakımın amacı sorunsuz bir gebelik, doğum, lohusalık ile sağlıklı bir bebek sağlamak; komplikasyonları önlemek, önlenemeyenleri zamanında teşhis ve tedavi etmektir. İyi bir prenatal bakımla doğumla ilgili sorunlar azaltılır (Üstünsöz, 2005; Yiğitoğlu, 2009). Prenatal bakımın sağlığı ekibi tarafından yapılmaktadır. Prenatal bakımda hemşirenin sorumluluğu gebenin fiziksel ve psikososyal yönden değerlendirilmesi, bakım gereksinimlerinin saptanması, eğitim ve danışmanlık yapmaktır. Adölesan gebelerin yetişkin gebelerden daha fazla risk altındadırlar. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemleri adölesanlardaki komplikasyon gelişir. Bununla birlikte adölesanların gebelikleri boyunca yetişkin gebelerden farklı olarak özel bir bakıma ihtiyaçları vardır (Yiğitoğlu, 2009).

TNSA 2003 araştırmasına göre, adölesan anne adaylarının %85.6'sının araştırma tarihinden önceki son beş yılı içinde doğum öncesi bakım aldığı görülmektedir (TNSA, 2003). Doğum öncesi bakım ziyaretlerinin toplam sayısı doğum öncesi bakımın yeterliliğini değerlendirme açısından önemli bir göstergedir. Adölesan yaş grubu gebeliklerin risk taşımasına karşın, çok fazla önemsenmediği söylenebilir (Yiğitoğlu, 2009).

Adölesanların hemşirelik bakımında yardıma ihtiyaç duyduğu konular şunlardır:

- Adölesanlar gebe kaldıklarında yetişkin kadınlar gibi iyi bir fiziksel bakıma ihtiyaçları vardır. Bulantı, kusma, göğüs ağrısı, bel ağrısı ve yorgunluk gibi belirtiler yetişkin kadınlar ve adölesanlar için aynıdır. Tüm bu gebeliğe özgü olan sorunların giderilmesine yönelik bilgiler verilmeli, iyi ve sık sağlık kontrolleri planlanmalıdır (Bulut vd. 2008; Yiğitoğlu, 2009).
- Fiziksel bakım yetişkinlerle aynı olsa da psikolojik ve emosyonel yönden destek için ekstra bakıma ihtiyaçları vardır. Adölesan gebeye anlayışla yaklaşılıp gerekliliklerin verilmesi gereklidir. Doğum öncesi bakımın fiziksel kontrollerin yanı sıra, anne adayının psikolojik yönden doğuma hazırlanmasını ve eğitilmesini de içermelidir. Ancak ülkemizde fiziksel kontrollerle yetinilmektedir. Doğum öncesi bakımın en önemli unsuru gözden kaçırılmaktadır.

(Yiğitoğlu, 2009).

- Adölesanların gebelikten aile kurmaya değin bilgilendirilmeye, rehberliğe, yardıma ve desteklenmeye ihtiyaçları vardır (Yiğitoğlu, 2009).

- Gebelikten sonraki yaşamında sevgi ile yaklaşıp adölesan gebeye gerçek bir yaşam gayesi vermek konusunda yardımcı olunmalıdır. Bebek bakımı konusunda anne bilgilendirilmeli, anne gibi bebek ve babanın da iyi bir bakım alması sağlanmalıdır. Adölesan anneye emzirme, bebek bakımı, beslenme ve bebekteki hastalık belirtileri konusunda bilgiler verilmelidir. Adölesanlar, erişkinlerin aksine emzirmeye doğurmadan önce karar verirler. Arkadaşlarının bu kararda etkisi çoktur. Bu nedenle de prenatal eğitim çok önemlidir (Yiğitoğlu, 2009).

- Hemşire adölesan gebedeki kaygının fiziksel belirtilerini gözlemler. Bunlar metabolik süreçte yaygın artış, uyku bozuklukları, kas gerginliği, yerinde duramama, pupillalarda dilatasyon, kararsız ses tonudur. Hastanın ifade ettiği subjektif durumlar ise güçsüzlük, kuvvetsizlik hissi, iştahsızlık, panik, el ve ayaklarda terleme, soğukluk ve çaresizlik duygularıdır (Yiğitoğlu, 2009).

- Gebeliği boyunca adölesanın sağlığı en iyi durumdakorunmalı, yükseltilmeli ve sağlıklı ilgili sorunları azaltılmalıdır. Gebelik ve lohusalık egzersizleri öğretilerek doğuma ve lohusalığa en iyi şekilde hazırlanması sağlanmalıdır (Yiğitoğlu, 2009).

- Gebelikte beslenme ile ilgili bilgiler de verilmelidir. Bu bilgiler adölesanın gebeliği sırasında alması gereken besinleri içermeli ve ekonomik durumuna uygun bir beslenme planlanmalıdır. Adölesan gebelerin erişkinlere oranla daha fazla kilo almaları gerekmektedir. Çünkü alınacak topla mağırlık, gebelik artı gebelik dönemi boyunca beklenen kilo alımını da içermelidir (Yiğitoğlu, 2009).

- Uzun vadeli nüfus kontrolünde adölesan doğurganlık kontrol servislerinin kurulması, ilk doğumun ertelenmesine yönelik eğitim ve kontraseptif uygulamalarının teşvik edilmesi gereklidir. Mutlaka etkili ve iyi bir eğitimle adölesanların doğum kontrolleri hakkında bilgi sahibi olması sağlanmalıdır ve adölesanla işbirliği içinde kullanabileceği etkili ve ekonomik bir yöntem seçilmelidir (Yiğitoğlu, 2009).

- Adölesan annelerin gelişme döneminde olmaları

gebelik, doğumla ilgili zorluklarla başa çıkamadaki sorunları ve dış stres faktörlerinin adölesanlar üzerindeki etkileri bilinmelidir. Adölesan gebeye sorunlarıyla başa çıkma becerisi kazandırırken, postpartum dönemde görülebilecek psikolojik bozuklukların önlenmesine çalışılmalıdır (Yiğitoğlu, 2009).

- Adölesan değişen vücuduna ve fetüs gelişmesinin artarak devam etmesine uyum sağlamasına teşvik edilmelidir. Adölesanlarda beden imajı çok önemlidir ve bedenlerinde olan değişikliklere alışmak istemezler. Gebeliğe özgü olan bedensel değişikliklerin doğumdan sonra eski halini alacağı konusunda adölesan desteklenmelidir (Yiğitoğlu, 2009).

- Adölesanlar fetüsün optimal gelişimini geliştirici bir hayat tarzı ve beslenme biçimini takip etmeye sevk edilmelidir. Adölesanlarda alkol, sigara, hap ve uyuşturucu gibi zararlı alışkanlıkların bebeğe vereceği zararlar konusunda bilgilendirilmesi ve alışkanlıkların bırakılması konusunda desteklenmesi gerekir (Yiğitoğlu, 2009).

- Anne ve çocuk sağlığı ile ilgili adölesanlarda ortaya çıkabilecek sorunları erken tanılamalı, önlemeli ve tedavi etmelidir (Yiğitoğlu, 2009).

- Adölesanın gebelik sırasında ve doğum sonu ortaya çıkabilecek patolojik belirtiler konusunda bilgilendirilmesi gerekir. Adölesana herhangi bir sorununda ulaşabileceği en yakın sağlık merkezinin telefonu ve adresi verilmelidir (Yiğitoğlu, 2009).

- Adölesan gebeye sorumluluk verilmelidir. Adölesan anneye psikososyal destek verilmeli ve toplumla olan ilişkilerinde yardımcı olunmalıdır (Yiğitoğlu, 2009).

- Adölesanın iş durumu ayarlanmalıdır. Eğitimi devam etmesi için desteklenmelidir (Yiğitoğlu, 2009).

- Kaliteli bir doğum sonu bakım verilmelidir (Bulut, 2008; Yiğitoğlu, 2009).

- Babalarda eğitim planlanmalıdır. Adölesanın eşi mümkün olan her zaman onunla birlikte doktora gitmelidir. Babanın gebelik ve doğum olayını yaşamaması anneden daha kolaydır ama babada da gebeliğin ve yeni doğan bebeğin yaşantısını büyük ölçüde değiştirdiği unutulmamalıdır (Yiğitoğlu, 2009).

Adölesan gebeye hemşirenin desteği; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemi risklerini azaltacak, gebelere bu unutulmaz ve ciddi deneyimlerinde yardımcı olacaktır.

SONUÇ

Erken yaş evlilikleri ve getirdiği sorunlar özellikle

toplumun yapısından kaynaklanmakta ve gençlerin yaşamını olumsuz etkilemektedir. Bu bağlamda erken yaş evliliklerinin önlenmesi ve getireceği sorunların iyileştirilmesine yönelik olarak sosyoloji, psikoloji ve sağlık alanındaki ortak çalışmaların geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

“Adolescent Pregnancy –Unmet Needs and Undone Deeds”, A Review of the Literature and Programmes, Issues in Adolescent Health and Development. www.who.int/child/adolescenthealth/New_Publications/ADH/ISBN Erişim Tarihi 15.10.2007.

“Global Incidence of Teenage Pregnancy”, From Wikipedia, The Free Encyclopedia, http://en.wikipedia.org/wiki/Global_incidence_of_teenage_pregnancy Erişim Tarihi: 27.02.2007.

Genç Evlilikler ve Genç Anneliklerin Önlenmesi, <http://ilef.ankara.edu.tr/reklam/yazi.php> Erişim Tarihi: 27.02.2007.

Alikaşifoğlu M.(2005). Adölesana Verilmesi Gereken Koruyucu Sağlık Hizmetleri, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Eğitim Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi, 43: 29–38

Başer M.(2000). Adölesan Cinselliği ve Gebelik, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(1): 50–54.

Bayık A., Türkistanlı E., Uysal A., Uğurlu Z. (1998). Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerine Başvuran Kadınların Evlenme Biçimleri ve Evliliği Algılamaları , 4. Kadın Çalışmaları Toplantısı, İzmir.

Bulut S, Gürkan A, Sevil Ü. (2008). Adölesan Gebelikler. Aile ve Toplum Dergisi, 13: 37- 44.

Bülbul S. H. (2004). Ergen Etiği, Sted Dergisi, 13(6): 206-210.

Caputo, V.G., Bordin, A.I. (2007). “ Mental Health Problems among Pregnant and Non-Pregnant Youth”, Rev Saude Publica 41 (4); 1-7.

Demir S.C., Kadayıfçı O., Ürünsak İ.F., Evrûkeİ.C. Adölesan Gebelikler, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/208_07adolesan_gebeligi.pdf Erişim Tarihi: 15.10.2010

Demiröz H.(2008).Adölesan Gebeliklerin Yaygın Olduğu Bir Bölgede Anne ve Yenidoğan Sağlığı, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi.

Dölen İ., Gökçü M., Demirdağ T. (2003). Adölesan Gebelikler, Kadın Doğum Dergisi, 1(3): 183-185- 3.

Günay O., Öztürk Y. (1995). Aile Sağlığı El Kitabı, Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri, ss: 115-118.

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

Madazlı R. (2008). Adölesan Gebelikleri. İ.Ü. Cerrah-paşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adöle-san Sağlığı II, Sempozyum Dizisi, 63: 51-52.

McIntyre P. (2006). Pregnant Adolescents Delivering on Global Promises of Hope. Geneva, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data,; 4-7.

O'Sullivan A, Jacobsen BS. (1992). A Randomized Trial of A Health Care Program For First-time Adolescent Mothers and Their Infants, *Nurs Res*, 41(4):210-215.

Shawky S., Milat W. (2002). Early Tenage Marriage And Subsequwent Prognancy Outcome, *Eastern Mediterranean Health Journal*, 6:46-54.

Taşkın L. (2003). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, ss: 201-374.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara.

Üstünsöz, A. (2005). "Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Almama Nedenleri", *Gülhane Tıp Dergisi*; 47: 156-158.

Whitman, T.L. (2001). *Inter Woven Lives Adolescent Mothers And Their Children*, Mahwah NJ Lawrence Erlbaum Associates, Inc, ss: 65-120.

WHO (1997). Regional Office for Europe 1997. *Health in Europe 1997. Report on the third evaluation of progress towards health for all in the European Region of WHO (1996–1997)*.

WHO (2003). *Pregnant adolesents Need Appropriate Services To Prevent Death And Disability*.

WHO (2007). World Health Organization Department of Child and Adolescent Health and Development. *Adolescent Pregnancy – Unmet Needs and Undone Deeds, A Review of the Literature and Programmes, Issues in Adolescent Health and Development*.

Yavuzer H. (1998). *Çocuk Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul*, ss. 283-296.

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