

Adölesan gebelikler ve üreme sağlığı sorunları

Arş. Gör. Çiğdem Bilge, Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji
İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Giriş

Bireyin psikolojik, sosyal ve biyolojik olarak çocukluk-tan yetişkinliğe geçiş dönemine adölesan dönem denir. Dünya Sağlık Örgütü adölesan dönemin 10–19 yaşlar arası olduğunu bildirir. Adölesanlar birçok ülke nüfusunun %20–25'ini oluşturur (1).

Gelişmekte olan ülkelerde kadınların eğitim ve gelir düzeyleri erkeklerden daha düşüktür. Eğitim eksikliği ve gelenekler yüzünden küçük yaşta evlenme oranları da fazladır. Bu tür ülkelerde, erken yaşta evlenen genç çiftler, erken dönemde çocuk sahibi olurlar (1). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 verilerine göre eğitimsiz kadınların %7'si adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlar; bu oran en az lise mezunu kadınlar arasında %4 düzeyindedir. Sosyoekonomik düzeye göre bakıldığında, en yüksek sosyoekonomik düzeye sahip hanelerde yaşayan kadınlar arasında %2 olan adölesan gebelik, sosyoekonomik düzeyi düşük olan yerlerde yaşayan kadınlar arasında %8–11 düzeyine yükselmektedir (2). Yapılan bir çalışmada 945 adölesan gebenin sosyoekonomik düzeylerini incelediklerinde adölesanların %99,7'sinin işsiz ailelerden olduğunu, %59,8'inin sağlık güvencesi olmadığını ve %81,5'nin nulligravid olduğunu saptamışlardır (3).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine 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 verilerine göre adölesan dönemde bulunan kadınların %8'i doğurganlığa başlamışken, TNSA-2008 verilerinde bu oran %6 düzeyine gerilemiştir (2).

Adölesan anneliğin, kırsal yerleşim yerlerinde kentsel alanlara göre daha yaygın olduğu saptanmıştır (sırası ile %9 ve %5). Adölesan doğurganlık düzeyi, Doğu Karadeniz'de %3 ile Orta Doğu Anadolu'da %10 aralığında olup bölge-

ler arasında belirgin farklılıklar göstermektedir. Adölesan doğurganlığın en yüksek olduğu bölgelerden birisi %9 ile Ege Bölgesi olarak belirtilmiş, TNSA-2003 verilerinde de bu bölgede adölesan doğurganlığın yüksek olması (%13) şaşırtıcı bir bulgu olarak nitelendirilmiştir (4).

Adölesan dönemi ruhsal, fiziksel, sosyal alanda önemli değişikliklerin olduğu büyüme ve olgunlaşma çağıdır. Gebelik dönemi ise fiziksel, sosyal ve ruhsal değişikliklerin olduğu diğer bir dönemdir. Bu iki dönemi bir arada yaşanması organizmayı riske sokar. Bu nedenle gebe olan tüm adölesanlar tıbbi açıdan riskli grup olarak ele alınır (5).

Adölesan gebeliklerde komplikasyonlar

Adölesan gebeler 20–34 yaştaki gebelere oranla daha çok risk altındadırlar. Ayrıca beslenme bu grupta çok önemlidir (5). Yetersiz beslenme bu grupta önemli bir sorundur. Özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük gruplarda beslenme yetersizliği premature eyleme, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna ve düşüklere neden olur (5–7). Düşük doğum ağırlığı adölesan anne bebeklerinde perinatal ve bebek ölüm oranını artıran önemli bir sorundur. Aynı zamanda bu bebeklerde daha fazla nörolojik defekt görülebilir. Bu durum, ilerleyen yaşamlarında mental retardasyon, serebral palsy, epilepsi ve diğer nörolojik bozukluklara neden olabilir. Bütün bu sorunlar, anne yaşı 15'in altında ise, daha da ciddi olabilir (1,5,8,9). Kurth ve ark.'nın Orta Afrika'daki 775 adölesan gebeyi inceledikleri çalışmalarında düşük doğum ağırlığı oranı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur (10).

Reichman ve pagnini'nin yaptıkları çalışmaya göre perinatal mortalite hızı sadece genç anne yaşına bağlı olarak artmamaktadır (11). Bu durumun düşük sosyoekonomik düzey ve davranışsal faktörlere bağlı olarak geliştiği saptanmıştır (12). Düşük doğum ağırlığı ve yüksek mortaliteye yol açan diğer faktörler düzeltilindiğinde adölesan gebelerde sadece maternal yaşa bağlı artmış risk bulunmamaktadır (13).

Vietnam'da yapılan bir çalışmada preterm doğum 193/1000 ve düşük doğum ağırlığı 75/1000 olarak bulunmuştur (14). Adölesan gebelerde antenatal, doğum ve doğum sonrası bakım eksikliğinden dolayı komplikasyon gelişme riski yüksektir (1,9,15).

Adölesan kadınlarda diğer kadınlara oranla preklampsi ve anemi gelişme riski daha yüksektir (1). Tacikistan'daki bir çalışmada da, 18 yaş altı adölesanlarda toksemi insidansı %4.5 olarak tespit edilmiştir (16). 2007'de Trivedi ve ark. ve 2006'da Lira ve ark. yaptıkları çalışmalar sonucuna göre adölesan gebelerin anemi insidansı diğer gebelere göre yüksek bulunmuştur (17,18).

Adölesanlarda pelvik gelişim devam ettiğinden, adölesan pelvis boyutu, yetişkin pelvis boyutlarına ulaşamamıştır. Bu nedenle zor doğumlar meydana gelir. Bunun sonucuna bağlı olarak fistül, idrar ve gaita inkontinansı oluşur. Adölesan sosyal izolasyon yaşar (1,5,19). Adölesan gebelerde sefalopelvik uygunsuzluğa bağlı olarak sezaryen oranları da yüksektir (20).

Adölesan gebelikler; preeklampsi, anemi, enfeksiyon, yetersiz kilo alımı, erken membran yırtılması gibi sorunların yanı sıra kadınların eğitimi, sosyal ve ekonomik gelişmelerinin önünde bir engel oluşturmaktadır. Bebekler açısından da doğumsal malformasyon, erken doğum, düşük doğum ağırlığına neden olmaktadır (21).

Adölesanlarda üreme sağlığı sorunları

Adölesanların karşılaşılabilecekleri en önemli sağlık sorunları; cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler, yasal olmayan abortuslar ve bunlara bağlı gelişen komplikasyonlardır (1).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı önlem almama ya da ihmalin sağlık açısından yol açtığı önemli sonuçlar

ektopik gebelik, servikal kanser, kronik pelvik ağrı, pelvik yapışıklıklar, kısırlık, enfekte annenin bebeğinde yenidoğan pnömonisi, göz ve merkezi sinir sistemi enfeksiyonu ve yenidoğan ölümdür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre her yıl, her 20 gençten biri cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanmaktadır. Her yıl 2.4 milyon yeni HIV enfeksiyonu oluşmaktadır. Dünyanın birçok yerinde yeni HIV enfeksiyonunun çoğu, özellikle güvensiz ilişki nedeniyle 15–24 yaş grubunda görülmektedir (21,22).

Tüm dünyada her yıl 40 milyon istemli düşük gerçekleşmektedir. DSÖ'nün tahminlerine göre bu düşüklerin yarısı sağlıksız koşullarda yapılmaktadır. Bu düşüklerin 2–4 milyonu, korunmasız cinsel ilişki nedeniyle gençler tarafından yapılan yasal olmayan abortuslardır. Bunun sonucunda ise; düşüğün tam olarak gerçekleşememe, sepsis, kanama, uterus yırtılması, diğer genital organların ve bazen iç organların yaralanması biçimindeki akut komplikasyonlarının yanında, süregen pelvik ağrı, pelvik enfeksiyonlar, tüplerde yapışıklıklar, ikincil infertilite, dış gebelikler, yineleyen düşük, sonraki doğumlarda erken doğum riski ve ruhsal sorunlar görülebilir. Genç kadınların istemli düşükler için uzun süre bekledikleri ve bu nedenle daha fazla komplikasyonla karşılaştıkları görülmüştür. Birçok ülkede istemli düşük komplikasyonları ile hastaneye yatırılan kadınların %60'ının adölesan kadınlar olduğu bildirilmektedir (21,22).

Sonuç olarak; ülkemizde gençlerin erken yaşta evlenmesi önlenmelidir. Yakın gelecekte adölesan evliliklerin önlenmesi pek olası görünmeyen ülkemizde, adölesan gebeliklerin bir süre ertelenmesi konusundaki çalışmalara ağırlık verilmelidir. Diğer taraftan topluma verilen sağlık hizmetleri çerçevesinde adölesan gebeliklerin, gebelik izlemeleri, doğumları ve doğum sonrası izlemleri önem taşımaktadır (23).

Kaynaklar

1. Başer M. Adölesan cinselliği ve gebelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; (1).
2. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması; TNSA 2008 Sonuçları.
3. Keskinöğlü P, Bilgiç N, Picakrefe M, Giray H, Karakuş N, Günay T. Perinatal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mothers. J Pediatr Adolesc Gynecol 2007; 20(1): 19–24.
4. Taner EC, Kırmızı AD ve ark. Adölesan gebeliklerin sonuçları. Göztepe Tıp Dergisi 2012; 27(1); 6–10.
5. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Adölesan Gebelik. Ankara. Sistem Ofset matbaacılık, 1997; S273–274.
6. Amini SB, Catalano PM, Dierker LJ, Mann LI. Births to teenagers: Trends and obstetric outcomes. Obstet Gynecol 1996; 87(5 Pt 1):668–74.
7. Hoekelman RA. Teenage pregnancy—one of our nation's most challenging dilemmas. Pediatr Ann. 1993; 22(2):81–2.
8. Chenet L. Teenage fertility in the European Union, ENTRE NOUS, 1996; 32:10.
9. UNESCO. Adolescence education: Sex roles—module three, UNESCO Principal Regional Office for Asia and the Pacific, 1991; Bangkok.
10. Kurth F, Belard S, Mombo-Ngoma G, Schuster K, Adegnik AA, Bouyou-Akoté MK, Kreamsner PG, Ramharther M. Adolescence as risk factor for adverse pregnancy outcome in Central Africa, 2010; A Cross-Sectional Study.
11. Reichman NE, Pagnini DL. Maternal age and birth outcomes: data from New Jersey. Fam Plann Perspect, 1997; 29(268–72):295.
12. Hemminki E, Gissler M. Births by younger and older mothers in a population with late and regulated childbearing: Finland. Acta Obstet Gynecol Scand, 1996;75(1):19–27.
13. Olds DL, Henderson CR, Tatelbaum R, Chamberlin R. Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy. a randomized trial of

- nurse home visitation. *Pediatrics* 1986; 77(1):16–28.
14. Klinber- Allvin M, Graner S, Phuc HD, Håjer B, Johansson A. Pregnancies and births among adolescents; a population- based prospective study in rural Vietnam. *Sex Reprod Health* 2010; 1(1); 15–9.
 15. Thompson J. Supporting young mothers, *Nursing Times* 1993; 89(51):64–67.
 16. Muhomadieve S. Social factors detemining the development of reproductive behaviour in adolescent, *ENTRE NOUS* 1998; 40–41:14–15.
 17. Lira Plascencia J, Oviedo Cruz H, Pereira LA, Dib Schekaiban C, Grosa Espinoza JM, İbargüengoitia Ochoa F, et al. Analysis of the perinatal results of the first five years of the functioning of a clinic for pregnant teena-gers. *Ginecol Obstet Mex* 2006; 74:241–6.
 18. Trivedi SS, Pasrija S. Teenage pregnancies and their obs-tetric outcomes. *Trop Doct* 2007; 37:85–8.
 19. Simon-Stevens C ve ark. Adolescent gestationalweight gain and birth weight, *Pediatrics* 1993; 92(6):805–809.
 20. Chandra PC, Schiavello HJ, Ravi B, Weinstein AG, Hook FB. Pregnancy outcomes in urban teenagers. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002; 79(2):117–22.
 21. Giray H, Kılıç B. Bekar kadınlar ve üreme sağlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2004; 13 (8).
 22. Dünya Sağlık Örgütü. *Dünya Sağlık Raporu* 1998; Cenevre.
 23. Bertan M ve ark. Ankara'nın bir mahallesinde yaşayan kadınların ilk evlenme yaşları konusunda bir araştırma, *Hacettepe Toplum Sağlığı Bülteni* 1995; 16(1-2):1–3.