

Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Bölgede Yaşayan Adölesan Evli Kadının Üreme Sağlığı Sorunları

The Reproductive Health Issues of Adolescent-Married Women Who Reside in Socio-economically Low Level Areas

EYLEM KARAKAYA*
NİMET SEVGİ GENÇALP**

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, İstanbul'da yoğun göç alan bölgede oturan, adölesan yaşta evlenen kadınların sosyo-kültürel ve ekonomik özellikleri ile üreme sağlığı bilgi ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı olarak yapılan çalışmanın verileri, İstanbul ili, Ümraniye ilçesi, Ümraniye Merkez Sağlık Ocağı ve Özel Afiyet Hastanesine Mayıs-Temmuz 2002 tarihleri arasında başvuran, adölesan yaşta evlilik yapan, yaşı 24'ü geçmeyen 300 kadın ile anket formu kullanılarak yüzyüze görüşme yöntemi ile toplandı. İstatistiksel analizde aritmetik ortalama, yüzde ve ki kare testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmadaki kadınların yaş ortalaması 20 ± 4 idi; çoğunun ilköğretim mezunu ve ev hanımı oldukları; İstanbul'a göçle geldikleri, ortalama evlilik yaşının 15.3 ± 4 ve ortalama evlilik sürelerinin 3 ± 2 yıl olduğu belirlendi. Kadınların %77'sinin en az bir gebelik geçirdiği, gebelik süresince %15.2'sinin kontrollere düzenli gitmediği, %45'inin hiçbir aile planlaması yöntemi kullanmadığı, %46.6'sının en az bir defa jinekolojik bir sorunla doktora gittiği saptandı.

Sonuç: Çalışmada yer alan adölesan dönemde evlenmiş kadınların gebelik, menstruasyon, cinsellik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğu; üreme sağlığı sorunları yönünden risk altında oldukları belirlendi.

Anahtar sözcükler: Adölesan evlilik; üreme sağlığı; bilgi ve davranışlar; sosyoekonomik durum; kültürel durum.

ABSTRACT

Objectives: The research is made in order to determine the reproductive health acquirments and behaviour; as well as the social-economic-cultural characteristics of adolescent-married women, who reside in high-immigration districts of İstanbul.

Methods: The data from research was gathered by a questionnaire; conducted during the interviews with 300 adolescent-married women below the age of 24 and who have applied at The Ümraniye Central Village Clinic, Private Afiyet Hospital in Ümraniye, İstanbul, during May-July 2002. Averages, percentages and Chi square have been used in the statistical analysis.

Results: The mean age of the participant women was determined as 20 ± 4 ; most of which were primary school graduates and housewives (otherwise unemployed). Again, the majority of these women were migrants to İstanbul. The mean marriage age was determined as 15.3 ± 4 and the approximate duration of these marriages; as 3 ± 2 years. The results of the study indicated that the participants had insufficient information regarding menstruation, sexuality, pregnancy, and sexually transmitted infections (STIs). Majority of the women (77%) had experienced at least one pregnancy. The answers to the questionnaire also revealed that a 15.2% of the participants did not have routine check-ups during their pregnancies, 45% did not use any family planning method, 46.6% had consulted a physician at least once for a gynaecologic problem.

Conclusion: The adolescent-married women who took part in the research had inadequate information regarding pregnancy, menstruation, sexuality, sexually transmitted infections (STIs) and were determined as a risk group due to reproductive health problems.

Key words: Adolescent marriage; reproductive health; socio-economic and cultural status.

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaş grubunu adölesan dönem, 10-24 yaş grubunu ise genç insanlar olarak tanımlamaktadır. Adölesanlar dünya nüfusunun %20'sini oluşturmakta ve %85'i gelişmekte olan ülkelerde

yaşamaktadır.^[1] Adölesanlar, toplumun önemli bir kısmını oluşturmalarına rağmen en çok ihmal edilen; fiziksel, algısal ve psikososyal yönden sorun yaşayabilen ve sosyal durumlarındaki değişikliklerden en çok etkilenen gruplardan biridir. Bu dönemi

* E Karakaya, Eğitici
Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı
Ulus Mah. Güzel Konutlar Sitesi A Blok Daire: 3/4 Etiler/İstanbul
Tel.: 0 212 257 79 41 Faks: 0 212 257 79 43
e-posta: eylemkarakaya@yahoo.com, eylem@tapv.org.tr

** N S Gençalp, Yard. Doç. Dr.
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi
Tıbbiye Cad. Haydarpaşa, Üsküdar/İstanbul
Tel.: 0216 418 16 06-07 Faks: 0216 469 94 98
e-posta: ngençalp@marmara.edu.tr

sağlıklı bir biçimde geçirmek için adölesanın kendine özgü bir kimlik oluşturması gerekir. Kimlik oluşturmak ise kafası karışık adölesan açısından kolay bir iş değildir. Bu dönemde yapılan evlilikler, adölesanın kendine güveninin azalmasına neden olur; bu da kendine özgü bir kimlik oluşturmasını güçleştirebilir. Ayrıca, erken yaşta yapılan evlilikler çoğunlukla adölesanların eğitimden kopmasına, fiziksel ve ruhsal sağlıklarının bozulmasına neden olabilir.^[2-4]

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre toplumun %19.7'sini adölesan yaş grubu oluşturmaktadır. Ülkemizde eğitim azlığı ve gelenekler yüzünden erken evlilik ve çocuk doğurma fazladır. Ülkemizdeki 15-19 yaşları arasındaki adölesanların %11.9'u evli ve adölesan gebelik oranı %46'dır. Ergen kadın için gebelik, gebelik ile ilgili bir dizi komplikasyon ve anne ölüm riskinin yüksek olması anlamına gelmektedir. Bu annelerin doğurdukları bebekler arasındaki ölüm oranları daha ileri yaşlardaki annelerin doğurdukları bebeklere göre daha yüksektir.^[2,5]

Üreme sağlığı açısından bakıldığında, kadınların gebelik, doğum gibi çok önemli işlevleri nedeniyle, erkeklere göre sağlıklarının bozulma riski daha yüksektir. Ayrıca, kadının daha yaşamının ilk yıllarında kadınlık/annelik rolüne uygun yetiştirilmesi, evlendiğinde ise eşine bağımlı olması kadın sağlığındaki olumsuzlukları ağırlaştırır etkenlerdir. Erken evlilikler nedeni ile bu olumsuzlukları bir o kadar daha ağır yaşayan adölesanların sağlığının yükseltilmesi ana-çocuk, aile ve toplum sağlığının geliştirilmesinde büyük önem taşımaktadır.^[3,6,7]

Gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde saptanan adölesan kadının üreme sağlığı sorunları; cinsel sağlık konusunda bilgi yetersizliği, aile planlaması yöntemlerini uygun kullanamama (plansız doğurganlık), sağlıksız cinsel davranış, ergen gebelik, analığa bağlı hastalık ve ölüm, genital yol enfeksiyonu (GYE), cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), HIV (Human Immundeficiency Virus= İnsan bağışıklık sisteminin çökmesine yol açan virüs) ve erken evliliğe bağlı sosyal sorunlardır.^[1,6]

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı özellikte planlanan çalışma, Türkiye'nin çeşitli yerlerinden göç alan ve hızlı büyüme gösteren İstanbul'un Ümraniye ilçesinde oturan, adölesan yaşta evlilik yapmış kadınların sosyokültürel ve ekonomik özellikleri ile üreme sağlığı bilgi ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapıldı. Ümraniye; göç alan, sosyoekonomik seviyesi düşük ve genellikle sağlık güvencesine sahip olmayan halkın yaşadığı bir yerleşim yeridir.

Araştırmanın evrenini, Ümraniye ilçesinde yaşayan, Ümraniye Merkez Sağlık Ocağı ve Özel Afiyet Hastanesi'ne başvuran, adölesan dönemde evlenmiş olan ve 15-24 yaş grubundaki kadınlar oluşturdu. Örneklem Mayıs-Temmuz 2002 tarihleri, Pazartesi-Cuma günleri (hafta içi her gün) ve 09:00-15:00 saatleri arasında, Ümraniye Merkez Sağlık Ocağı ve Özel Afiyet Hastanesi'ne başvuranlardan araştırma ölçütlerine uygun ve

çalışmaya katılmak isteyen 300 evli kadın alındı.

Anket formu, araştırmacı tarafından TNSA 1998 "Evlenmiş Kadın Soru Kağıdı" temel alınarak geliştirildi.^[8] Anket formu, kadınların demografik özellikleri, sosyoekonomik ve kültürel durumlarının yanısıra adölesan kadını daha çok ilgilendiren cinsellik, aile planlaması yöntemlerinin kullanımı, doğurganlık tercihleri, gebelik, CYBE/GYE bilgi-hastalık durumları ve evlilik özelliklerini belirlemek amacıyla 6 bölümden ve 164 sorudan oluşmakta idi. 50 kadınla ön test yapılarak ankete son şekli verildi. Veriler, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Anketin uzun olması ve kadınların anket sorularından hareket ederek anket dışı konulara değinmeleri nedeniyle anketin doldurulmasıyla ilgili planlanan süre uzadı. Anketin doldurulması sırasında kadınlardan gelen istekler doğrultusunda çalışmaya ilave olarak ilgili konularda bireysel ve grup eğitimleri düzenlendi.

Elde edilen veriler aritmetik ortalama, yüzdelik dağılımlar ve ki kare testi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular ve Tartışma

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 20±4, büyük bölümü ilkökul (%72), %23.4'ü de lise mezunu olup %61.7'si ailesinin göndermemesi nedeni ile eğitimlerini sürdürmediğini belirtmiştir (Tablo 1). TNSA 2003 verilerine göre Türkiye'de 15-19 yaşları arasında evli kadınların %26.6'sı ilkökulu bitirmemiş, %49.8'i ilköğretim birinci, %15.9'u ilköğretim ikinci kademeyi bitirmiş ve %7.6'sı ise lise mezunudur.^[5] Grubumuzdaki adölesanların eğitim düzeyleri Türkiye ortalamasına göre daha iyidir, ancak gelişmiş ülkelere göre hala çok düşüktür.^[9] Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ülkemizde 12-24 yaş grubu kızların %26'sı benzer nedenlerle (göçle birlikte kız çocuklarının çalıştırılması, cinsiyet ayrımı nedeni ile okutulmaması gibi) okula devam edememektedir.^[10]

Çalışmamızdaki kadınların %76'sının iş gücüne katılımının az olmasında vasıfsız iş gücü olmalarının ve göçle gelen kadının yeni geldiği ortamı bilmemesi, yabancıların yanında çalışmasının ayıp olmasının önemi vardır (Tablo 1).

Çalışmamızdaki kadınların büyük çoğunluğunun yapısal olarak imar affından yararlanmış evlerde (%55.3), aile büyükleri ile birlikte yaşadıkları (%67) belirlenmiştir (Tablo 1). Genel ve yerel yönetimler tarafından imar affına uğrayan bu gecekondü bölgesi, mimari açıdan ve hizmet aksaklıkları yönünden sağlığı tehdit etmektedir.

Kadınların %42'sinin Karadeniz, %20.7'sinin Orta Anadolu kökenli ve doğumlu olup sadece %23.7'sinin İstanbul doğumlu olduğu saptanmıştır. Kadınların %96.3'ü (n=289) göçle İstanbul'a geldiklerini, neden olarak da %30.8'i evliliği, %40.5'i ailesinin iş bulmak istemesi olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 1). İlkaracan'ın^[11] 1990'lı yıllarda Ümraniye'de yaptığı çalışmada, kadınların %73.8'i göçle, %46.2'si Karadeniz'den, %34.4'ü

evlenmek ve %51.2'si ekonomik nedenlerle İstanbul'a geldiği belirtilmiştir. Bu veriler Ümraniye'de toplum yapısının çok fazla değişmemiş olduğunu, benzer bölgelerden göç almaya devam ettiğini göstermektedir.

Araştırmamızdaki işsizlik (%7) ve sosyal güvencesizlik (%37) oranının yüksek olması, eşlerin iş bulma ümidi ile göç etmelerine karşılık güvencesiz iş bulabildiklerini göstermektedir (Tablo 1). TÜİK 2008 verilerine göre Türkiye'de ki işsizlik oranı %13.6, sosyal güvence yokluğu ise %52.6'dır.^[10] Hızlı nüfus artışı ve ekonomik nedenler, eğitim ve sağlık gibi temel hizmetlere ulaşmada sorun yaşanması, işsizlik ve sosyal güvence yokluğunun eklenmesi ile kadınlar ve çocuklar için hastalık riski artmaktadır.

Çalışmamızdaki kadınların evlilik yaşı ortalaması 15.3±4; eşlerinin ilk evlenme yaş ortalaması ise 20.9±4'dir (Tablo 2). TNSA 2003 verilerine göre Türkiye'de ortalama evlilik yaşı 20'dir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2003 verilerine göre Türkiye'de evliliklerin %28'i adölesan dönemde yapılmaktadır ve 15-19 yaş kadınların %11.9'u evlidir.^[5,10] Bu evlilikler, kadın sağlığı ile doğrudan ilgisi olan gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerine ilişkin sağlık sorunlarının erken yaşta ortaya çıkmasına yol açmaktadır.^[4]

Araştırmamızdaki kadınların eşlerinin %20'si 20 yaşından önce evlenmiştir. TÜİK 2003 verilerine göre erkeklerin %5'i 15-19 yaş arası evlilik yapmıştır.^[5] Çalışmamızdaki oranın yüksek olması evlilerin aileleri ile yaşıyor olmalarını ve ailelerin de bunu desteklediklerini göstermektedir; 20 yaşından önce yapılan evlilikler işsizlik, sosyal güvence yokluğu, eğitim seviyesinin düşük olması ve yaşanan evlerin olumsuz koşullarda olması gibi sosyal riskleri işaret etmektedir. Ayrıca, kadınların sosyal güvence yokluğu ve işgücünde yer almamalarına ek olarak resmi nikah yokluğu (%17) da onları sosyal yaşamda zor durumda bırakabilir (Tablo 2).

Tablo 2'de görüldüğü gibi genelde şiddet ve geçimsizlik gibi evlilik içi sorunların yüksek oranda (%49.7) görülmesi, grubumuzdaki kadınların karşılaştıkları şiddetin devamının gelebileceğini, bilinçsiz ve plansız yapılan evliliklerin sorun yaşanmasını hızlandıracağını ve boşanma oranlarını artıracaklarını düşün-dürmektedir. Ülkemizde her üç kadından biri eşinden dayak yediğini söylemektedir. Türkiye genelinde de evliliklerdeki sorunun kaynağı şiddetli geçimsizlik adı altında bu nedenlerden oluşmaktadır ve boşanma nedenlerinin başında gelmektedir. Hayatının herhangi bir döneminde duygusal şiddet yaşayan kadınların oranının %43.9, sadece cinsel şiddete maruz kalan kadınların oranının ise %15.3 olduğu bildirilmektedir.^[12,13] Çalışmamızdaki kadınların %71.3'ü evlilikten memnun olduklarını, buna karşı %63'ü evlilikten umduklarını bulamadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 2). Kadınların verdikleri bu çelişkili cevaplar, adölesanların erken evlilik nedenleri de göz önüne alındığında hayal kurarak evliliğe giriştikleri, ancak evlenmeden önceki ortama benzer ortamla karşılaşmaları nedeniyle hayal kırıklığı yaşamalarıyla açıklanabilir.

Araştırmamızdaki adölesan kadınların ortalama adet yaşı 13±3'tür (Tablo 3).

Tablo 1: Adölesan Dönemde Evlilik Yapmış Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler (n=300)

	n	%
Yaş		
16-18	74	24.7
19-21	155	51.6
22-24	71	23.7
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	7	2.3
Okur-yazar	7	2.3
İlkokul mezunu	216	72.0
Lise mezunu	70	23.4
Eğitime Devam Etmeme Nedeni		
Evlendi	45	15.0
Baba göndermedi	185	61.7
Çalışmaya başladı	48	16.0
Okulu sevmedi	22	7.3
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	72	24.0
Ev hanımı	228	76.0
Göç Nedeni (n=289)		
Evlilik	89	30.8
İş bulmak (ailenin)	117	40.5
Diğer	83	28.7
Oturduğu Evin Durumu		
Kendi mülkü	177	59.0
Kiracı	123	41.0
Evin Tipi		
Gecekondu	166	55.3
Apartman dairesi	134	44.7
Evin Isıtılması		
Odun-kömür sobası	243	81.0
Kalorifer-doğalgaz	57	19.0
Kimlerle Yaşadığı		
Anne-baba	201	67.0
Başkaları ile yaşamıyor	99	33.0
Sosyal Güvence		
Yok	111	37.0
Var	189	63.0
Eşlerin Çalışma Durumu		
İşçi	279	93.0
İşsiz	21	7.0
TOPLAM	300	100

2003 TNSA^[5] (13.5), Keskinoglu ve arkadaşlarının^[14] (13.4), Vicdan'ın^[15] (13.2) sonuçlarına göre grubumuzun ortalama adet yaşı küçüktür. Araştırmamızda kız çocuklarının adet olduktan sonra 14-15 yaşında hemen evlendirildiği saptanmıştır. Kız çocuğu, genital sistem, kemik yapısı ve ruhsal olarak olgunluğa erişmeden doğurganlık dönemine girdiğinde oluşabilecek risklerle karşı karşıyadır.^[7,16]

Tablo 2: Kadınların Evliliklerine İlişkin Bilgiler (n=300)

	Ortalama; SS	Min; max
Kadınların ilk evlenme yaş ortalaması	15.3±4	min=11 max=19
Eşlerinin ilk evlenme yaş ortalaması	20.9±4	min=16 max=35
Evlilik Süresi	n	%
1 yıldan az	45	15.0
1-5 yıl	202	67.3
6 yıl ve üstü	53	17.7
Evlilik Şekli		
Kendi kararlaştırdı	141	47.0
Aile kararlaştırdı	129	43.0
Kaçtı-kaçırıldı	30	10.0
Resmi Nikah		
Var	249	83.0
Yok	51	17.0
Evlilik için Kendini Hazır Hissetmesi		
Hazır hissetmiş	100	33.3
Hazır hissetmemiş	200	67.7
Evliliğinde Sorun Yaşıyor mu?		
Evet	149	49.7
Hayır	151	50.3
Evliliğinde Yaşadığı Sorunlar* (n=149)		
Anlaşmazlık	94	63.1
Fikir uyumsuzluğu	66	44.3
Ekonomik	94	63.1
Dayak	33	22.1
Evlilikten Memnuluk		
Evet	214	71.3
Hayır	86	28.7
Evlilikten Umduğunu Buldu mu?		
Evet	111	37.0
Hayır	189	63.0
TOPLAM	300	100

* Birden fazla cevap verilmiştir.

Vicdan'ın^[15] çalışması ile benzerlik gösteren çalışmamızda adet dönemi ve ergenlik değişimleri hakkında bilgilendirme almamış adölesanların, evlilik ile doğurganlık dönemine hızlı bir geçiş yaptıkları görülmektedir. Kızlarda doğru bilgilerin zamanında verilmemesi adet yaşamında sorunlara neden olmakta ve kızların yaşamı boyunca sürdüreceği yanlış alışkanlıklar, yetiştireceği genç kuşaklara aktarılabilir. ^[16] İletişim araçlarının ve akran eğitiminin, bilimsel ve doğru kullanımı ile cinselliğe ilişkin bilgilenmeyi artırmak mümkün olacaktır.

Araştırmamızdaki kadınların cinsel yaşamlarında ağırlıklı olarak erkeğin egemen olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Kadınların eşlerinin büyük bölümünün (%77.7) evlilik öncesi cinsel deneyimleri vardır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda erkeklerde ilk cinsel deneyim yaşının 17 olduğu saptanmıştır. ^[17] Kırsaldan kente gelen eğitimsiz genç, kontrolsüz ve denetimsiz cinsellik araçlarıyla karşılaşmaktadır. Bunun sonucunda evlilik

öncesi güvenli olmayan cinsel ilişkilerin yaşanması, erkeğin CYBE riskinin artmasına, evlendiğinde hastalığı bulaştırma ve cinsel davranış bozukluklarına neden olabilir.

Kadınların tamamına yakını ilk ilişkiden önce (%90.6) korktuklarını, kanama ve acı beklediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 3). Cinsellik konusunda bilgisiz ve deneyimsiz olma, ilk ilişkide gelecekteki ilişkileri etkileyecek olumsuz sonuçlar doğurabilir. Bu olumsuzlukların giderilmesi için, adölesan çiftlerin evlilik öncesinde cinselliğe ilişkin eğitim almaları ve sağlık kontrolünden geçmeleri gerekmektedir.

Araştırmamızdaki kadınların çoğunluğunun (%85.7) ön sevişme yapmasına rağmen, bir kısmı (%16.3) yaşadıkları cinsel ilişki-den haz ve doyum alamadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 3). Adölesanların cinsel yaşamlarından memnun olmamaları, psikolojik ve fiziksel göstergeli cinsel bozukluklara ve evlilik yaşamlarının olumsuz etkilenmesine yol açabilir. Dünyada kadınların %43'ünün cinsel sorunlarının olduğu (1/3'ü cinsel isteksizlik, 1/4'ü orgazm olamama, 1/5'i zevk alamama) bildirilmiştir. ^[12]

Kadınların dörtte biri (n=78) cinsel ilişki sırasında kocaları tarafından hoşlanmadıkları davranışlara maruz kaldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 3). Eğitim seviyesi yüksek olan adölesan eşlerin şiddet uygulama oranları daha az bulunmuştur ($X^2=24.365$; $p<0.001$). Türkiye'de hem fiziksel hem cinsel şiddet yaşayan kadınların yüzdesi 41.9'dur. ^[13] Araştırmamızdaki kadınların yaşadıkları şiddet çeşitleri (fiziksel, duygusal ve cinsel) Türkiye geneli ile aynıdır. Dünya verilerine ise, her üç kadından biri şiddete maruz kalmakta, her beş kadından biri tecavüze uğramakta ya da son anda kurtulmaktadır. Cinsel şiddet, fizik ve mental travmaya, cinsel organ yaralanmalarına, erken yaş gebeliklerine ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara neden olmaktadır ve şiddet gören kadınlar tıbbi bakım ve hizmete daha fazla gerek duymaktadırlar. ^[12,13] Fakat sosyal güvencelerinin olmaması, iş gücünde yer almamaları, ailesinin ve toplumun ona sahip çıkmayacağını düşünmeleri nedeni ile sessiz kalmakta ve şiddet yaşamaya devam etmektedirler.

Adölesan kadınların %77'si (n=231) gebelik geçirmiş, %64.3'ü (n=193) doğum yapmış, %12.6'sı (n=38) halen gebe olup gebelik geçirenlerin %98.3'ü de (n=227) evlendikleri ilk yıl içinde gebe kalmıştır; ortalama gebelik sayısı=3.5, ortalama doğum sayısı=3.4'tür (Tablo 4). Türkiye'de bir kadın doğurganlık çağının sonuna geldiğinde ortalama 2.2 doğum yapmaktadır ve 15-19 yaş grubu gebeliklerin tüm gebeliklere oranı %8-12'dir. ^[5] Araştırmamızdaki kadınların yaşları göz önüne alındığında ortalama gebelik sayısı genele göre yüksektir ve artacağını göstermektedir. Evlilik içinde gerçekleşen bu gebelikler, iyi bir kontrasepsiyon sağlanmadığında sağlıklı olumsuz etkileyebilecek istenmeyen gebelikler şeklinde karşımıza çıkabilir. Erken yaşta evlenerek gebeliğe ilişkin bilgisi olmayan, gebelikte yüz yüze gelen adölesan kadının beslenme, kansızlık, anne ölümü, bebek ölümü ve ilgili morbidite riskleri gibi pek çok sağlık sorunuyla karşılaşmaları söz konusudur. ^[2,18-21]

Çalışmamızda kadınların %27.7'si isteyerek düşük yapmış olup (Tablo 4) Türkiye'de bu oran %11'dir.^[5] Kadınların kürtajı bir aile planlaması yöntemi olarak kullandıkları ve bunun da aile planlaması hizmetlerinin yeterince uygulanmadığının bir göstergesi olduğu söylenebilir.

Kendi doğurganlığını kontrol etme, planlama ve bu konuda hizmetlerden yararlanamayan adölesanların istenmeyen gebeliklerle karşılaşma riski de yüksektir. Güvenli olmayan düşükler, çok sayıda kadının hayatını tehdit etmektedir, bu konuda en büyük riski en yoksullar ve en gençler taşıdığı için ölümcül bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kadınların %20.8'i kendiliğinden düşük yapmışlardır. Bu durum adölesanın hormonal ve vücut gelişiminin tamamlanmaması, beslenme ve sosyoekonomik şartları ile açıklanabilir.

Adölesan, evli olsun olmasın toplum ve ailenin evliliklerden ilk beklentisi çocuktur. Bu beklenti nedeni ile gebeliklerin çoğu ilk bir yıl içerisinde olmaktadır. Doğurganlık davranışı geçmişten bugüne değişmekle birlikte, halen kentlerde özellikle gecekondularda yaşayanların doğurganlık davranışları, ağırlıklı olarak kırsal yapının etkisi altındadır.^[3]

Araştırmamızda kadınların %15.2'si düzenli doğum öncesi bakım almamış, %6.9'u ise bu hizmeti hiç almamıştır (Tablo 4). Türkiye'de adölesan gebelerin %18.6'sı doğum öncesi bakım almamaktadırlar.^[5] Keskinoglu'nun^[14] (%87.4), Coşkun ve ark.nın^[22] (%88.5) çalışmalarında doğum öncesi bakım almayanların oranları bizim bulgumuzdan yüksektir. Her kadının gebeliği süresince en az dört kez kontrol yaptırması ve doğumun mutlaka bir sağlık kuruluşunda yapılması öngörülmesine rağmen; eğitim düzeyleri, sosyal güvencelerinin yokluğu, geleneksel aile içinde yaşamaları, gidilen kurumların ücretli olması ve yeterli hizmetin verilmemesi nedenleri ile adölesanlar düzenli bakım almamışlardır. Oysa sağlık hizmeti veren kuruluşların, bir sebepten kendilerine başvuran gebeleri kazanılmış olarak kabul edip, hizmet planlarının içine almaları gerekir.

Adölesan gebelerde gebelik komplikasyonları, preterm doğum, preeklampsi gibi prenatal sorunlara, emosyonel stres ve sosyal sorunlara daha sık rastlanır. 16-19 yaş grubundaki gebelerde obstetrik riskler anne yaşından daha çok, yetersiz beslenme, yoksulluk, kötü sağlık koşulları ve genitil enfeksiyon nedeniyle ortaya çıkmaktadır.^[18,21,23] Araştırmamızdaki kadınların yaşadıkları sorunlar (bulantı, bel-kasık ağrısı, kanama, erken doğum tehdidi gibi) genelden daha hafiftir. Çalışma sonuçlarımız adölesan gebelikleri inceleyen Bükülmez^[19] ve Demir'in^[20] sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Kadınların %14.5'i luhusalıkta (n=47) kanama, enfeksiyon ve emzirme problemleri yaşamışlar (Tablo 4), çocukların bakımında %73.5'i yardımı kayınavidelerinden almışlardır. Karmaşık duygulara sahip adölesanın; ekonomik problemleri, sosyal güvence yokluğu, kendilerine ait bir ev olmaması ve çocuk bakımını bilmemesinden dolayı çaresizlik yaşadığı ve profesyonel desteğe gereksinimlerinin daha fazla olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızdaki kadınların %45'i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmazken, gebeliği önleyici yöntem kullananların %46.1'i geri çekme, %33.3'ü RIA, %24.8'i prezervatif ve %13.3'ü oral kontraseptifleri tercih etmiştir. Geri çekme yöntemini kullanan

Tablo 3: Kadınların Cinsellik Bilgileri ve Davranışları (n=300)

	Ortalama; SS	Min; max
İlk adet yaşı ortalaması	13±3	min=10 max=16
Adet Hakkında Bilgi	n	%
Bilgisi var	142	47.3
Bilgisi yok	158	52.7
Evlilik Öncesi Cinsel İlişki Bilgisi		
Var	138	46.0
Yok	102	34.0
Az var	60	20.0
Adet ve Cinsellik Hakkında Bilgi Kaynağı (n:138)*		
Basın	92	66.6
Arkadaşlar	125	90.5
Büyükler	42	12.2
Okul	58	16.8
İlk İlişki Öncesi Duygu ve Beklentiler*		
Korku/kanama-acı	272	90.6
Bilgisizlik	143	47.7
İlk İlişki Sonrası Duygu ve Düşünceler		
Korktugum gibi	102	34.0
Korkum yersiz	198	66.0
Cinsel İlişki Sıklığı		
Haftada 1-3 defa	260	86.7
Ayda 1-3 defa	24	8.0
2-3 ayda bir ve daha seyrek	16	5.3
İlişkinin Süresini Belirleyen		
Eşi	211	70.3
Kendisi	2	0.7
Birlikte	87	29.0
Cinsel İlişkide Karar Verme Durumu		
Karar veriyor	201	67.0
Karar veremiyor	49	16.3
Bazen veriyor	50	16.7
İlişki Öncesi Ön Sevişme Yapma		
Yapan	257	85.7
Yapmayan	12	4.0
Bazen yapan	31	10.3
Cinsel İlişkiden Doyum Alma		
Alan	198	66.0
Almayan	49	16.3
Bazen alan	53	17.7
Cinsel İlişki Sırasında Hoşlanmadığı Davranışlar (n:78)*		
Ters ilişki	30	38.4
Isırma/dayak	50	64.1
Zorla ilişki	54	69.2
Ağrı	32	41.0

* Birden fazla cevap verilmiştir.

kadınların tüm grup içindeki oranı %25'tir. Adölesan kadınların %22'si artık daha fazla çocuk sahibi olmak istemediği halde herhangi bir yöntem kullanmamaktadır. Bu nedenle, geleneksel yöntem kullanımıyla birlikte düşünüldüğünde aile planlaması hizmet açığını gösteren "karşılanamayan gereksinim" (%25 + %22 = %47) oldukça yüksektir (Tablo 4).

Avrupa ülkelerinde 15 yaşın üzerinde herkes kontraseptif temin edebilmekte ve eğitim almaktadır; en çok tercih ettikleri kontraseptif yöntem ise oral kontraseptiflerdir.^[24]

Kadınların %46.6'sı akıntı, kaşıntı, ağrı, kanama nedenleri ile kadın hastalıkları ile ilgili bir doktora veya sağlık kuruluşuna başvurmuşlardır (Tablo 5). Çalışmamızda kadınların utanma, sıkılma, önemsememe ve sağlık güvencelerinin olmaması nedenleriyle, sağlık hizmetlerini yeterince kullanmadıkları ve

genitoüriner enfeksiyon nedenleri arasında olan tuvalet sonrası temizliği yanlış yaptıkları (%72.6) saptanmıştır.

Kadınların %57.6'sı bir CYBE adını bilirken, bilgi kaynağı olarak %82.1'i basını göstermiş ve bulaşma yolu olarak %82.6'sı kirliliği ifade etmişlerdir. Kadınların %97'si CYBE'lerden korunmak için hiç bir şey yapmamaktadır; %3'ü ise prezervatif kullanmaktadır (Tablo 5).

Tablo 4: Kadınların Obstetrik Bilgileri (n=300)

	Ortalama; SS	Min; max
Kadınların gebelik sayısı ortalaması	3.5±3	min=1 max=6
Kadınların doğum sayısı ortalaması	3.4±2	min=1 max=6
Gebelik Sayısı	n	%
1 gebelik	101	33.7
2-3 gebelik	98	32.7
4 ve üstü	32	10.6
Gebelik geçirmemiş	69	23.0
Doğum Sayısı (n=231)		
Halen gebe	38	16.5
1	116	50.2
2	59	25.5
3 ve üstü	18	7.8
Düşük Yapma (n=231)		
Düşük yapmamış	119	51.5
Kendiliğinden düşük (1-3 arası)	48	20.8
İsteyerek düşük (1-3 arası)	64	27.7
İlk Gebelik Zamanı (n=231)		
Hemen gebe kalmış	72	31.2
2-12 ay arasında	155	67.1
12 aydan sonra	4	1.7
Gebe Kalma Kararını Veren (n=231)		
Kendisi	79	34.3
Eşi	11	4.7
Eşinin ailesi	3	1.3
Eşi ile birlikte	138	59.7
Gebelikte Sağlık Kuruluşuna Gitme Durumu (n=231)		
Düzenli giden	180	77.9
Düzenli gitmeyen	35	15.2
Hiç gitmeyen	16	6.9
Gebelikte Başvurulan Kişi (n=215)		
Doktor	201	93.5
Ebe-hemşire	12	5.6
Köy ebisi	2	0.9
Gebelikte Yaşanan Problem Sonrası Sağlık Kuruluşuna Gitme (n=132)		
Giden	74	56.0
Gitmeyen	58	44.0
Doğumu Yaptırtan Kişi (n=193)		
Doktor	183	94.8
Ebe	6	3.1
Köy ebisi	4	2.1
Lohusalıkta Yaşanan Problemler (n=47)		
Kanama	14	29.8
Enfeksiyon	28	59.6
Emzirme problemi	5	10.6

Tablo 5: Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ve Jinekolojik Bilgileri (n=300)

	n	%
Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları		
Kullanan	165	55.0
Kullanmıyor	135	45.0
Kullanılan Yöntem (n=165)*		
Hap	22	13.3
RIA	55	33.3
İğne	1	0.6
Prezervatif	41	24.8
Geri çekme	76	46.1
Yöntem Kullanmama Nedeni (n=135)		
Çocuk istiyor	22	16.2
Yöntem bilmiyor	15	11.2
Kocası istemiyor	5	3.7
Yan etkisinden dolayı	11	8.1
Eşi askerde	10	7.5
Gebe/lohusa	72	53.3
Jinekolojik bilgiler		
Jinekolojik Sorunla Sağlık Kuruluşuna Başvurma		
Başvurmayan	160	53.4
Başvuran	140	46.6
Başvurma Nedeni (n=140)		
Akıntı	117	83.5
Kaşıntı	195	55.7
Ağrı	76	54.2
Kanama	47	33.5
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonları Bilme		
En az birini duyan	173	57.6
Bilmiyor	127	42.4
Bilenlerin Bilgi Kaynağı (n=173)		
Okul	31	17.9
Basın	142	82.1
CYBE'lerin Bulaşma Yolu ile İlgili Bilgileri* (n=115)		
Kirlilikle	95	82.6
Cinsel ilişki ile	50	43.4
CYBE'lardan Korunma Yolu ile İlgili Bilgileri* (n=167)		
Cinsel ilişki ile	17	10.1
Tek eşlilik ile	122	73.0
Prezervatif ile	96	57.4
Tedavi ile	4	2.4
CYBH'tan Korunmak İçin Ne Yapıyor?		
Prezervatif kullanan	9	3.0
Herhangi bir şey yapmayan	291	97.0
TOPLAM	300	100

* Birden fazla cevap verilmiştir.

ARAŞTIRMA

Günümüzde toplum sağlığını ciddi boyutta tehdit eden CYBH'nin adölesanlar tarafından yeterince bilinmemesi, prezervatif kullanımının yaygın olmaması ve bu konuda verilen hizmetin yetersizliği, adölesanın önemli risklerle karşılaşmasına neden olabilmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmamızda içinde buldukları sosyoekonomik, kültürel faktörlerin ve evliliğin etkisiyle daha fazla sağlık ve sosyal sorunlarla karşılaştıkları görülen adölesan kadınlar için daha etkin eğitim ve sağlık hizmet programlarının oluşturulması gerekmektedir. Buna yönelik öneriler;

- Çalışma sonuçlarımızın bölgedeki kurum ve kuruluşlar tarafından dikkate alınması, işbirliği yapılması ve alana yansıtılmasının sağlanması,
- Adölesan annelere kendi sağlıkları için koruyucu yöntemler ve sağlık servislerinden nasıl yardım alabilecekleri öğretilmesi; özellikle yoksul adölesanların istenmeyen gebelik ve doğumların önlenmesine yönelik olarak aile planlanması ve kürtaj yapılan sağlık birimlerine kolayca ulaşabilmeleri ve tedavisinin sağlanması, sağlık kurumlarındaki çalışanların bu konuda bilinçlendirilmesi,
- Çalışmanın yürütüldüğü sağlık kuruluşlarında, adölesan evli kadınlar için cinsellik, üreme sağlığı hakları, üreme organları ve işlevleri, adet dönemi ve hijyeni, gebelik oluşumu ve güvenli annelik, doğurganlığın planlanması, emzirme ve anne sütü, çocuk bakımı, CYBH ve evlilik konularında eğitim programlarının hazırlanması,
- Yerel yönetimler (mahalle muhtarları, belediye) ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapılarak üreme sağlığı eğitim programlarının yaygınlaştırılması, ayrıca diğer meslek edindirme kursları içinde üreme sağlığı konularına yer verilmesi,
- Çalışmamızdaki kadınların tamamına yakınının televizyon ve radyo gibi kitle iletişim araçlarına sahip olmaları dikkate alınarak; bu araçlarla eğlendirerek öğretme yöntemi ile tüm topluma ve adölesanlara yönelik dikkat çekici eğitim (ergenlik, cinsellik, gebelik, aile planlaması, CYBH, evlilik, çocuk bakımı, üreme hak ve sorumluluklarını kullanmak gibi konularda) programlarının düzenlenmesi,
- Bölgede ihtiyaç duyulan üreme sağlığı eğitim programları ile ilgili, eğitim programı ve sonuçlarını değerlendiren araştırmaların yapılmasıdır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO) (1998), The second decade: improving adolescent health and development. Programme brochure. Geneva: WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development.
2. Altunyurt, S. Adölesan gebelik ve doğumlar. <http://www.kadin-dogum.org/adolescent>, Erişim tarihi: 10.09.2003.
3. Şahabettinoğlu M, Uyanık D, Ayhan N, Bakır A, Ataöv A. Çocukların temel eğitime katılmasının sosyo-ekonomik engelleri ve destekleri. Türkiye'de Çalışan Çocuklar Semineri, 29-21 Mayıs 2001, DİE-İLO içinde s: 235-256, DİE Yayın No:2534, Ankara: DİE Matbaası; 2002. <http://www.die.gov.tr>, Erişim tarihi: 12.07.2003.
4. İçağasıoğlu Çoban A. Adölesan evlilikler. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi 2009;4(16):37.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003 [Turkish Demographic Health Survey, 2003]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği; 2004.
6. Danforth D, Scott JR, Disaia PJ ve ark. Çocuk ve adölesanlarda gebelik. Çeviri Editörü: Selçuk Erez Çeviren: Reyhan Erez, Obstetrik ve Jinekoloji. İstanbul:Yüce Reklam Dağıtım AŞ.;1998.
7. Kişinçisi H, Gökşin E, Durukan T. Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Ankara: Güneş Kitapevi; 1996.
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 1998 [Turkish Demographic Health Survey, 1998]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği; 2000.
9. Yumuşak İ.G. Gelişmekte olan ülkeler ve Türkiye Açısından Kadın Eğitiminin Ekonomik ve Sosyal Boyutu Üzerine Bir Değerlendirme <http://www.paribus.tr.googlepages.com/igy3.doc>, Erişim Tarihi: 29.08.2009.
10. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). <http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/vt/vt.htm>, 2009.
11. İlkaracan P. 1990'lar Türkiye'sinde kadın ve göç. 75 Yılda Köylerden Şehirlere. İstanbul: Tarih Vakfı; 1998. s. 305-22, <http://www.die.gov.tr>, Erişim Tarihi: 12.07.2003.
12. Ankara Tabip Odası Kadına yönelik şiddet ve hekimlik sempozyumu <http://www.habersaglik.com/> Erişim Tarihi: 27.07. 2003.
13., Türkiye'de Kadının Durumu 2009, Kadın Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009.
14. Keskinoğlu P, Pıçakçiefte M, Bilgiç N, Kılıç B. 2001 yılında İnönü Sağlık Ocağı bölgesinde gerçekleşen gebelikler. <http://www.dicle.edu.tr/bildiriler>. Erişim Tarihi: 14.10.2003.
15. Vicdan K. Ülkemizde adölesanların demografik ve epidemiyolojik özellikleri, mevcut problemler ve çözüm önerileri. [Uzmanlık Tezi] Ankara: 1993.
16. Öncel S, Yılmaz M, Ak G. Kız öğrencilerin menstruasyona ilişkin bilgi ve davranışları. Hemşirelik Forumu Dergisi 2003;6(2):25.
17. 2007 Türkiye gençlerde cinsel sağlık ve üreme sağlığı araştırması. Ankara: Nüfus Bilim Derneği ve Birleşmiş Milleler Nüfus Fonu; 2007.
18. Demirgöz M, Canbulat N, Adölesan gebelik. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008;28(6):947-52.
19. 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. p. 207-12. <http://www.elsevier.com/locate/ejogrb>. Available at:2003
20. Demir C. Pregnancy outcomes in young Turkish women. J Pediatr Adolesc Gynecol 2000; p.177-181. <http://www.elsevier.com/locate/ejogrb>. Available at:2003
21. Gökçe Ö. Adölesan gebelikler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2000;9(4)
22. Coşkun A, Şahin NH, Kızılkaya N, Yıldız A. Kuştepe mahallesi kadınlarının demografik özellikleri ile üreme sağlığı sorunlarını belirleyen epidemiyolojik bir çalışma. İstanbul: T.C. İ.U. Rektörlüğü Araştırma Fonu; 1997.
23. Özvarış ŞB. Doğurganlığın düzenlenmesi. Sağlık ve Toplum Dergisi 1998;8(3-4)
24. Teen sex and Pregnancy, Revised 9/1999. <http://www.agi-usa.org>, Available at: March 01, 2003.