







Geç Adölesan Gebelikler, Maternal ve Fetal Sonuçlar

Late Adolescent Pregnancies, Maternal and Fetal Outcomes

 Aşkı Ellibeş Kaya¹,  Alper Başbuğ¹,  Cemil Işık Sönmez²,  Ceren Barut¹,  Yunus Şengün²,  Mete Çağlar¹

¹Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Düzce, Türkiye

²Aile hekimliği Anabilim Dalı, Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Düzce, Türkiye

ÖZET

Giriş: Bu çalışmada Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde doğum yapmış adölesan gebeler ile reproduktif yaş grubunda doğum yapmış hastaları kıyaslayarak maternal ve fetal sonuçları gözden geçirmeyi amaçladık.

Yöntem: Ocak 2015- Mayıs 2017 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum Kliniğinde doğum yapmış 3223 adet gebeden uygun koşulları taşıyan 183 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. İstatistiksel değerlendirme olarak SPSS 21 programı kullanıldı, $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Adölesan çağ gebeliklerinin toplam komplikasyon oranı kontrol grubundan fazla bulunmuştur ($p=0,03$). Ancak komplikasyonların subgroup analizinde anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Eğitim durumu arttıkça adölesan gebelik oranları azalmaktadır ($p=0,01$).

Sonuç: Adölesan gebelikler maternal ve fetal komplikasyonları arttırmaktadır. Adölesan gebeliklerin önlenmesi için çalışmalar yapılmalı, gebelik sonuçlarının düzeltilmesi için sosyal destek, eğitim ve düzenli takip yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: adölesan, gebelik, komplikasyon

ABSTRACT

Introduction: In our study, we aimed to review the maternal and fetal outcomes by comparing adolescent and reproductive age pregnancies in Düzce University Training and Research Hospital.

Methods: A retrospective study conducted with 183 patients out of 3223 who gave birth at Düzce University Research and Practice Hospital Obstetrics and Gynecology Clinic, between 01.01.2015 and 31.05.2017. SPSS 21 program for statistical evaluation were used, a value of $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: The total complication rate of adolescent age pregnancies was higher than control group ($p=0.03$). No significant result was found in subgroup analysis. As educational status increases, adolescent pregnancy rates decrease ($p=0.01$).

Conclusion: Adolescent pregnancies increase maternal and fetal complications. Adolescent pregnancies should be prevented, social support, training and regular follow-up should be done to improve pregnancy outcomes.

Keywords: adolescent, pregnancy, complication

Başvuru / Submission: Temmuz / July 12, 2017

Kabul / Acceptance: Ağustos / Aug 15, 2017

Yazışma / Correspondence: Dr. Aşkı Ellibeş Kaya, Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

E-Mail: askiellibes@hotmail.com

GİRİŞ

Adölesan terimi, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemini ifade eder. Bu dönem, kelime anlamıyla sadece fiziksel bir gelişimi değil; cinsel, ve psiko-sosyal bir gelişimi de içermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10-19 yaşlar arası adölesan dönem olarak tanımlanmıştır ve 10-14 yaş erken adölesan, 15-19 yaş geç adölesan olarak kabul edilmektedir¹.

Tüm dünyadaki adölesan sayısı dünya nüfusunun ortalama yüzde yirmisini oluşturmaktadır. Bu değer gelişmekte olan ülkelerde %3 oranında daha fazladır². Adölesan doğum hızları ise, dünyanın farklı köşelerinde farklı oranlarda izlenmektedir. Tüm dünya ülkeleri içinde en yüksek adölesan doğum hızı Nijerya'da (250/1000) saptanırken, Türkiye bu sıralamada 113. Sıradadır (30,9/1000). Amerika'da adölesan doğum hızı 2011 yılında her 1000 doğumda 34,3 iken, 2015 yılında anlamlı bir düşük sağlayarak 22,3 değerlerine gerilemiştir. Bu gerilemenin asıl nedeni kontrasepsiyonun özendirilmesiyle, son yıllarda kullanımının yaygınlaşmasıdır³.

Türkiye'de; Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre, nüfusumuzun %17,2'sini adölesan yaş grubu oluşturmaktadır. Yurdumuzda 15-19 yaşlar arasındaki adölesanların %9,6'sı evlidir. Doğum yapan adölesan annelerin ise ortalama %90'ı evlidir. Adölesan çağda yaş arttıkça anne olma yüzdesi ve birden çok sayıda çocuk sahibi olma yüzdesi artmaktadır. Doğurganlık yüzdesi 15 yaşlarında yüzde 0,4 iken, 19 yaşlarında yüzde 12,9'a yükselmektedir. Ülkemizde özellikle sosyokültürel düzeyi düşük olan bölgelerde adölesan çağ evlilikleri sık olduğundan adölesan gebelikler bu bölgelerde daha fazla görülmektedir⁴. Türkiye'de olduğu gibi tüm dünyada adölesan gebelik yaşı; sosyokültürel düzey ve farklı etnik kökenden etkilenmektedir. Amerika'da ispanyol ve zencilerdeki adölesan gebelik oranları diğer etnik gruplara göre fazladır⁵.

Gelişmiş ülkelerdeki adölesan gebelikler çoğunlukla istenmeyen, evlilik dışı, korunma eksikliğinden kaynaklı meydana gelirken, gelişmekte olan ülkelerde ise adölesan gebelikler, adölesan çağ evliliklerinin fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Ülkemizde Türk Medeni Kanununa göre, resmi nikah için yasal yaş sınırı 18 olup, 17 yaşını bitiren gençler ailenin yazılı onayı ile resmi olarak evlenebilir. Bu yaş ve altında, erken adölesan yaşa inildikçe resmi nikah oranları da hızla düşmektedir. Suç olmasına rağmen ülkenin belli kesimlerinde nikahsız birliktelikler ve adölesan evlilikler resmi nikah olmadan sürmektedir⁶.

Tüm adölesan doğumların %17'si tekrarlayan, yani birden çok olan doğumlardır. İkinci ya da üçüncü çocuğunu doğuranların eğitim seviyeleri daha da düşüktür⁷.

Adölesan gebelikler, yüksek riskli gebelikler arasında yer almaktadır. Özellikle preterm doğum, IUGR ve düşük doğum ağırlıklı bebek başta olmak üzere gebeliğe bağlı hipertansiyon, gestasyonel diyabet, anemi, preterm prematür membran rüptürü gelişme riskinde artış saptanmıştır. Maternal ve fetal açıdan önemli sosyal, sağlık ve eğitim ile ilgili problemlere neden olabilmektedir^{8,9,10,11}.

Bu çalışmadaki amacımız, Batı Karadeniz'de 3. Basamak bir hastane olan hastanemizde doğum yapmış adölesan gebeliklerdeki maternal ve fetal sorunlar ile adölesan olmayan gebeliklerde görülen maternal ve fetal sorunları karşılaştırılarak tartışmaktır.

YÖNTEM

Bu çalışmada Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde 2015-2017 tarihleri arasında doğum yapmış olan 19 yaş ve altı 92 gebenin gebelik ve doğum kayıtları retrospektif olarak incelendi. Yeterli veriye ulaşılamayan 9 hasta çalışma dışı bırakılarak 83 hasta çalışmaya kabul edildi. Kontrol grubu olarak 20-35 yaş arası 100 hasta, bilgisayar programı-excel ile random olarak seçilerek alındı. İncelemeler hastanemiz bilgi işlem programı MIA-MED üzerinden, hasta dosyalarından ve hastalar bizzat telefonla aranarak yapıldı. Gebelerin demografik özellikleri (yaş, eğitim ve çalışma durumu), önceki gebelik öyküleri (gravida, parite, yaşayan çocuk sayısı, istemli/istemli küretaj öyküsü), sigara kullanımı, hemoglobin değerleri, doğum ve postpartum komplikasyonları (preeklampsi, preterm doğum, erken membran rüptürü, plasenta dekolmanı, plasenta previa, intrauterin gelişme geriliği, oligohidramnios, atoni, hematoma), doğum şekilleri (normal doğum, sezeryan), sezeryan endikasyonları, yenidoğan bilgileri, (kongenital anomali öyküleri, doğum kilosu ve haftası, apgar skorları, yenidoğan yoğun bakım gereksinimi) kaydedildi. Gebelik yaşı tayini, son adet tarihine göre ve eski ultrasonları ile düzeltilmiş yaş kontrol edilerek tespit edildi.

Çalışmaya başlamadan önce Düzce Üniversitesi etik kurul komisyonundan Haziran 2017 tarihinde 2017/99 onay numarası ile etik kurul onayı alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Verilerin normal dağılımı değerlendirmek için Kolmogorow-Smirnow testi yapıldı. Verilerin ortalama \pm standart sapma değerleri hesaplandı. Normal dağılıma uymayanlara Mann Whitney-U testi, normal dağılıma uyan parametrik değerlere Student T test yapıldı. Kategorik değişkenler için Ki kare testi kullanıldı. İstatistiksel değerlendirme olarak SPSS 21(SPSS, Inc., Chicago, IL) programı kullanıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Hastanemizde doğum yapmış 3223 hastanın 83'ünün adölesan çağda olduğu ve çalışmaya alınma kriterleri taşıdığı görüldü. Bu hastalarla karşılaştırılmak üzere 20-35 yaş aralığında 100 hasta random seçilerek kontrol grubu oluşturuldu. Hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Adölesan doğum oranı %2,85 bulunmuştur (92/3223). Adölesan doğum gerçekleştirmiş hastalarımızın doğum esnasındaki yaş ortalaması $17,5 \pm 0,70$, kontrol grubunun ise $27,8 \pm 5,3$ 'dir. Ortalama gebelik haftaları adölesan doğum yapan hastalarda $37,92 \pm 2,33$ (30-41 hafta, min-max) iken, kontrol grubunda $38,75 \pm 1,99$ (31-41 hafta, min-max) olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,011$). Nulliparite oranı adölesan grubunda yüksek bulunmuştur (0,001). BMI, doğumdaki hemoglobin değerleri, sigara kullanım oranları ve resmi nikâh mevcudiyeti oranlarında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,33$, $p=0,18$, $p=0,59$, $p=0,52$). Adölesan gebeliklerin ve kontrol grubunun demografik verileri Tablo.1 'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Adölesan ve kontrol grubunun demografik verileri, ortalama \pm standart sapma (ss)

	Adölesan (n:83, %45,4)	Kontrol (n:100, %54,6)	p
Gravida	1(1-3)	2 (1-7)	0,001
Parite	1(1-3)	2 (1-7)	0,001
Yaş	$17,50 \pm 0,70$	$27,80 \pm 5,30$	0,001
Gebelik Haftası	$37,92 \pm 2,33$ (30-41,min-max)	$38,75 \pm 1,99$ (31-41,min-max)	0,011
BMI	$29,31 \pm 4,67$	$31,50 \pm 5,42$	0,330
Hemoglobin	$11,38 \pm 1,36$	$11,10 \pm 1,41$	0,180
Sigara Kullanımı	12 (%14,50)	16 (%16)	0,590
Nikahsızlık Durumu	5 (%6,40)	4 (%4,20)	0,520
Eş ile Akrabalık	%14,50	%16	0,430

BMI; Body Mass İndeks (Vücut Kitle İndeksi)
SD; Standart Sapma

Adölesan yaş grubu ve kontrol grubundaki hastaların eğitim durumları Tablo 2.'de verilmiştir. Eğitim durumu arttıkça adölesan gebelik oranlarının azaldığı saptanmıştır ($p=0,013$).

Tablo 2. Adölesan ve kontrol grubunun eğitim durumları

Eğitim durumu	Adölesan (n:83)	Kontrol (n:100)	p
Okur-yazar	7 (%8,40)	0	0,013
İlkokul	9 (%10,80)	22(%22)	0,013
Ortaokul	58(%70)	24(%24)	0,013
Lise	9(%10,80)	35(%35)	0,013
Üniversite	0	19(%19)	0,013

Eş ile akrabalık oranları ve gebelik öncesi herhangi bir kontrasepsiyon kullanıp kullanmamalarına göre gruplar arası bir fark saptanmamıştır ($p=0,43$, $p=0,11$). Adölesan çağda resmi nikah oranı %93.9 bulunmuştur (78/83). Kontrol grubu ile anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,52$). Kontrasepsiyon oranları sorgulandığında adölesan gebelerin %70'inin korunduğu sadece %13'ünün modern yöntem (doğum kontrol hapı) kullandığı, büyük çoğunluğun geleneksel yöntem tercih ettiği saptanmıştır. Korunma oranları açısından kontrol grubu ile anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,35$). Adölesan çağ doğumlarındaki yenidoğan kiloları ortalama 3040 ± 521 gram (1340-3870, min-max) olduğu görülmüştür. Yenidoğan doğum kilolarına, Apgar 1. ve 5. dakika skorları ve bebek yoğun bakım ihtiyacı oranlarına baktığımızda; adölesan grup ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,58$, $p=0,51$, $p=0,51$, $p=0,47$). Tablo 3. de yenidoğan verileri izlenmektedir.

Tablo 3. Adölesan ve kontrol grubunun yenidoğan verileri, ortalama ± standart sapma (ss)

	Adölesan (n:83, %45,4)	Kontrol (n:100, %54,6)	p
Yenidoğan Doğum Kilosu	3040 ± 521	3084 ± 562	0,580
Apgar 1. Dakika	9 (3-9)	9 (0-9)	0,510
Apgar 5. Dakika	10 (8-10)	10 (3-10)	0,510
Bebek Yoğun Bakım İhtiyacı	11	14	0,470

Doğum şekilleri incelendiğinde, vaginal ve sezaryen doğum oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,58, p=0,18). Sezaryen ve vaginal doğumun ikisini de tecrübe etme yüzdesi kontrol grubunda fazla saptanmıştır (Tablo.4, p=0,001).

Tablo 4. Adölesan ve kontrol grubunun doğum şekilleri

Doğum şekli	Adölesan (n:83)	Kontrol (n:100)	p
Vaginal Doğum	46 % 55,4	% 47 (n:47)	0,580
Sezaryen Doğum	36 % 43,4	% 46 (n:46)	0,180
Sezaryen+vaginal doğum	1 % 1,2	% 7 (n:7)	0,001

Sezaryen olma yüzdelere bakıldığında adölesan grubun %44,5 oranında (37/83), kontrol grubunun ise %53 oranında sezaryen ile doğum yaptığı izlenmiştir. Adölesan hasta grubunda en sık nedenin fetal distress olduğu görülmüş, kontrol grubunda ise en sık sezaryen endikasyonu eski sezaryen olarak saptanmıştır (Tablo.5, %24,3, %62,6). Eski sezaryenlar çıkarılıp primer sezaryen oranları kıyaslandığında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,15).

Tablo 5. Adölesan ve kontrol grubunun sezaryen endikasyonları

Sezaryen endikasyonları	Adölesan (n:37, %44,5)	Kontrol (n:53, %53)	p
Fetal Distres	9 (24,33)	5 (9,40)	0,110
Malprezentasyon	5 (13,51)	3 (5,72)	0,280
İlerlemeyen Eylem	8 (21,62)	7 (13,30)	0,160
Sefalopelvik Uyumsuzluk	2 (5,40)	1 (1,78)	0,290
Eski veya Mükerrer Sezaryen	3 (8,10)	33 (62,26)	0,001
Maternal Sistemik Hastalık	1 (2,70)	2 (3,77)	0,840
Maternal Anksiyete	5 (13,52)	2 (3,77)	0,210
Fetal Makrozomi	4 (10,82)	0 (0)	0,001

Çalışma grubundaki hastaların obstetrik komplikasyonları Tablo 6'da belirtilmiştir. Adölesan gebelerin %57,9'inde (n=48) herhangi bir obstetrik komplikasyon izlenmezken, en sık görülen komplikasyon preterm doğum olarak bulunmuştur (%14,4). Adölesan grupta komplikasyon daha yüksek oranda saptanmıştır (p:0,03). Ancak görülen obstetrik komplikasyonların gruplar arası analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 6. Obstetrik komplikasyonlar

Obstetrik komplikasyonlar	Adölesan (n:35-83, %42,1)	Kontrol (n:17-100, %17)	p (0,03)
Preeklampsi	10 (%12)	4(%4)	0,560
Dekolman	2 (%2,40)	0	0,330
Preterm Doğum	12 (%14,40)	4(%4)	0,340
IUGR	8 (%9,63)	7(%7)	0,210
Oligohidramnios	2 (%2,40)	2(%2)	0,240
Gestasyonel Diyabet	1 (%1,20)	0	0,650
Fetal Anomali	2 (%2,40)	0	0,330

TARTIŞMA

Adölesan dönemde çocuk sahibi olmaya başlayan kadınların yüzdesi bölgesel farklılıklar göstermektedir. Batı'da yüzde 3 olan bu oran; güney, Orta Anadolu ve doğu'da yüzde 6 veya daha fazladır⁴. Bizim çalışmamızda da kuzey batıda olan Düzce İli'nin verilerindeki oran %2,85 olup, Türkiye verileri ile uyumlu olduğu görülmüştür (92/3223). Çalışmadaki adölesan hastaların resmi nikah oranı, Türkiye ortalaması oranları ile benzer şekilde %93,6'dır⁴. Adölesan doğum yüzdesinin geç adölesan dönemin sonlarına doğru keskin bir şekilde arttığı görülmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013'e göre çocuk doğurma oranı 17 yaşından önce oldukça azken, 19 yaşındaki kadınların yüzde 16'sı anne olmuş veya ilk çocuğuna gebedir⁴. Bizim çalışmamızda 83 adölesan hastanın içinde, 15 yaşında doğum yapmış 1, 16 yaşında doğum yapmış 7 adölesan mevcuttur. Traisisilp K. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada erken adölesan dönemde risklerin belirgin olarak arttığı, geç adölesan sonuçların erişkinlerle benzerlik gösterdiği bulunmuştur⁸. Bizim erken adölesan hasta sayımız sadece bir adet olduğu için gruplarımız geç adölesan ve erişkin olarak ayrıldı. İleri yaş gebelikler de tıpkı adölesan çağ gibi riskli gebelik olduğu için karıştırıcı etkenleri en aza indirmek amacıyla kontrol grubu 35 yaş altı gebelerden oluşturuldu.

Adölesan gebeliklerin önemi; bir çok çalışmada gösterildiği üzere, gebeliği riskli kılan, kötü maternal ve fetal sonuçlarla karakterize olabilecek bazı parametrelerde artış ile seyretmesidir. İnsidansı yüksek bulunan parametreler; özellikle preterm doğum, IUGR ve düşük doğum ağırlıklı bebek başta olmak üzere gebeliğe bağlı hipertansiyon, gestasyonel diyabet, anemi, preterm prematür membran rüptürüdür^{9,10,11}.

Shrim ve arkadaşlarının 2011 yılında yayınladıkları bir çalışmada, adölesanlarda 34 haftadan önce doğum yapma riski 3 kat, 28 haftadan önce doğum yapma riski 4 kat yüksek bulunmuştur¹². Bizim çalışmamızda ise preterm doğum oranı kontrol grubundan fazla bulunmuştur ancak sonuç anlamlı değildir. Yenidoğan doğum kilosu bakımından da fark saptanmamıştır.

Adölesanlarda kemik pelvis henüz gelişimini tamamlamadığı ve erişkinlere kıyasla daha küçük olduğu için müdahaleli doğum ve sezaryen oranlarının adölesanlarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır¹³. Adölesan gebeliklerdeki psikolojik etmenler ve yüksek anksiyete de adölesan sezaryen oranlarının fazla olmasının diğer nedenleri olabilir. Bizim çalışmamızda adölesan gebelerde primer sezaryen oranı yüksek bulunsun da bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir. Türkiye'de adölesan dışı kadınlarda primer sezaryen oranı maalesef dünya ortalamasının üzerindedir¹⁴. Ayrıca hastanemizin üçüncü basamak bir hastane olması ve riskli gebeleri kabul etmesi reproduktif dönem sezaryen oranlarını arttırarak çalışmamızın sonucunu etkilemiş olabilir.

Eure ve arkadaşlarının 2002 yılında adölesan gebelerdeki sonuçları tartıştığı çalışmasında preeklampsi, eklampsi ve IUGR oranları erişkin hastalara göre fazla bulunmuşken, 2011 yılında 11,000 adölesan gebenin verilerinin incelendiği geniş serili bir başka çalışmada adölesan gebelerde preeklampsi ve erken doğum riskinin erişkinlerle aynı oranda izlendiği, IUGR ve preterm doğumun adölesanda daha fazla olduğu gösterilmiştir^{15,16}.

Bizim çalışmamızda adölesan grupta komplikasyon oranı kontrol grubuna kıyasla fazla saptanmıştır. Ancak komplikasyonlar tek tek incelendiğinde preterm eylem, preeklampsi, IUGR yüzde olarak adölesan grupta fazla görülürken, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu sonucu, konuyla ilgili yapılmış geniş hasta serileriyle oluşturulmuş çalışmalara kıyasla, veri sayısının yetersiz kalmasına bağlamaktayız.

Eğitim düzeyi ile erken yaşta çocuk sahibi olma arasında ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Amerika'da adölesan annelerin %60'ı liseyi bitirememektedir. Sadece %2'si 30 yaşından sonra üniversiteyi tamamlayabilmektedir¹⁷. Okul okuyamamak; meslek sahibi olamama sonucunu ve sonuç olarak işsizliği arttırmakta, bu da; sosyal, kültürel ve psikolojik sorunlarla karşımıza çıkmaktadır. Erken yaşta doğurmaya başlamak, geç doğurganlığa nazaran daha çok sayıda doğuma yol açmaktadır. Bu kısır döngü tüm yukarıda saydığımız sonuçlarla artarak sürmektedir¹⁸. Biz de çalışmamızda bu verilerle uyumlu olarak eğitim durumu arttıkça adölesan gebelik oranlarının azaldığını saptadık. Adölesan doğumlar içinde en sık ortaokuldan mezuniyet (%70) saptandı ve üniversite okumakta olan hasta yoktu.

ACOG, FDA tarafından onayı bulunan ve reproduktif çağda önerilen tüm kontraseptif methodları adölesanlar ve genç yetişkinler için de önermektedir. Ancak ülkemiz de olmak üzere birçok ülkede, rahim içi araç, cilt altı implant gibi uzun etkili ve reversible methodlar adölesanlara tavsiye edilmemektedir. Adölesanlara tavsiye edilen devamlılık gerektiren methodlara da gençlerin idamesi daha zayıf olmakta böylece koruyuculukları düşmektedir. Uzun etkili methodlara devamlılık oranları %80'lerdeyken, günlük aylık yöntemlere devam etme oranı ortalama %40'lara gerilemektedir¹⁹. (RIA için %75,6, levonorgestrelli RIA için %80,6, implant için %82,2 iken, DMPA için %47,3, OKS için %46,7, patchler için %40,9, vaginal halka için %31). Bizim çalışmamızda adölesan gebelerin %70'inin korunduğu ancak büyük çoğunluğun geleneksel yöntem kullandığı %13'ünün ise modern yöntem kullandığı saptanmıştır.

İstenmeyen gebelikler gelir düzeyi düşük olan ülkelerde 15-19 yaş arasındaki adölesanların %14'ünde güvenli olmayan düşük ile sonuçlanmaktadır. WHO'nun verilerine göre yılda 3 milyon adölesan güvenli olmayan kürtaj yaptırmaktadır²⁰. Bizim çalışmamızda 20 hafta altı abort eden hasta sayısı 12 olup (%11,5, 12/104), bu hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Bu abort oranı istenmeyen adölesan gebelikleri temsil edemez çünkü kliniğimizde aile planlaması bölümü olmadığı için elektif küretaj yapılmamaktadır. Tüm abortlar istemsiz düşüktür.

Adölesanlarla ilgili literatürdeki mevcut komplikasyonlar, fiziksel ve biyolojik gelişimin henüz tamamlanmamasının sonucu mu yoksa antenatal bakım yoksunluğu ve kötü sosyoekonomik durum dolayısıyla mı halen tartışılmaktadır^{21,22}. İster biyolojik, ister çevresel faktörler, ister ikisinin ortak etkisi olsun; adölesan gebelikler riskli gebelik kategorisinde sayılmaya devam etmektedir. Hekimler bireysel olarak toplum bilinçlendirmesi yaparak, hükümetler erken yaş evliliklerinin azalması sürecinin desteklenmesi ve hızlandırılması yönünde politikalar geliştirerek, okullarda cinsel eğitim gibi yazılı ve görsel sosyal destek projeleri uygulayarak,

kontrasepsiyonu özendirerek; adölesan çağ gebeliklerini önlemek için adımlar atmaya devam etmelidir. Adölesan gebelik mevcut olduğunda ise, maternal ve fetal komplikasyonların önlenmesi için, doğru bilgilendirme, gebelik öncesi ve sonrası danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, düzenli takiplere katılımın zorunluluğu, obstetrik aciller konusunda eğitim, antenatal ve neonatal bakım olanaklarının sağlanması yararlı olacaktır.

SONUÇ

Adölesan dönem doğumları, maternal ve neonatal riskleri taşımaktadır. Özellikle erken adölesan olmak üzere adölesan çağda obstetrik komplikasyonların fazla olduğu açıktır. Adölesan dönem gebelikleri sadece sağlık problemlerini değil, sosyal sonuçları da beraberinde getirmektedir. Adölesan gebelikler oluşmadan önce önlenmesi için gerekli adımların atılması hayatidir.

Çıkar çatışması: Yoktur.

Finansal destek: Yoktur.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. The second decade: improving adolescent health and development. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, Programme Brochure. Geneva; 1998.
2. Hindin MJ, Christiansen CS, Ferguson BJ. Setting research priorities for adolescent sexual and reproductive health in low and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2013;91:10-18.
3. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ, et al. Births: Final data for 2015. *Natl Vital Stat Rep* 2017;66:1
4. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.
5. Kost K, Maddow-Zimet I. U.S. Teenage Pregnancies, Births And Abortions, 2011: State Trends By Age, Race And Ethnicity. New York (NY): Guttmacher Institute; 2016.
6. Gençcan ÖÜ. 4721 Sayılı Türk Medeni Kanununa göre evlenmeye izin davaları. *Yayın Adalet Dergisi* 2005, 21; 74-83.
7. Hamilton BE, Martin JA, Osterman MJ, et al. Births: Final data for 2014. *Natl Vital Stat Rep* 2015;64:1-64.
8. K. Traisisilp, J. Jaiprom, S. Luewan, et al. "Pregnancy outcomes among mothers aged 15 years or less," *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2015;41:1726- 1731.
9. Keskinoglu P, Bilgic N, Picakcife M, et al. Original studies perinatal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mothers. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007;20:19-24.
10. Phupong V, Suebnukarn K. Obstetric outcomes in nulliparous young adolescents. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2007;38:141-5.
11. Malabarey O.T., Balayla J, Klam S.L. et al. "Pregnancies in young adolescent mothers: a population-based study on 37 million births," *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2012;25,98-102.
12. Shrim A, Ates S, Mallozzi A et al. "Is young maternal age really a risk factor for adverse pregnancy outcome in a canadian tertiary referral hospital?" *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2011;24,218-222.
13. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study. *BJOG* 2014;121: 40-48.
14. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2013;54-8.
15. Eure CR, Lindsay MK, Graves WL. Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:918-20.
16. Thaithae S, Thato R. Obstetric and perinatal outcomes of teenage pregnancies in Thailand. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011;24:342-6.
17. Shuger L. Teen pregnancy and high school dropout: what communities can do to address these issues. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy; 2012
18. World Health Organization. Early marriages, adolescent and young pregnancies: Report by the Secretariat. WHO, Sixty-Fifth World Health Assembly. Geneva; 2012.
19. Adolescent pregnancy, contraception, and sexual activity. Committee Opinion No. 699. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2017;129:142-9.
20. Mason E. Guidelines for preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva, World Health Organization, 2011:1-8.
21. Young J, Trotman H, Thame M. The impact of antenatal care on pregnancy performance between adolescent girls and older women. *West Indian Med J* 2007;56:414-2
22. Berenson AB, Wiemann CM, McCombs SL. Adverse peri-natal outcomes in young adolescents. *J Reprod Med* 1997;42:559-64.