

Bölüm 13

ADÖLESAN GEBELİKLER

Doç. Dr. Şule Özel

Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Adölesan dönemi üreme organlarının gelişiminin devam ettiği ve üreme sağlığına yönelik davranış modellerinin şekillendiği erişkinliğe geçişteki kritik bir ara süreçtir. Adölesan gebelikler 19 yaş ve altındaki kızlarda gerçekleşen gebelikler olarak tanımlanır ve gencin ve yakın çevresinin birçok problemle karşı karşıya kaldığı bir halk sağlığı problemidir ve toplumun sosyal ve ekonomik açıdan gelişimi için ciddi bir engeldir (1). Gebe genç, kendisi ve çocuk için sağlıklı bir gebelik sürecini sağlayacak fiziksel ve ruhsal yeterliliğe erişmediği için anneliğe hazır değildir. Gebe kalan adölesan riskli bir gebeliğin getirdiği fiziksel ve ruhsal problemleri ve bir başka çocuğun bakım sorumluluğunu yüklenmek zorunda olduğundan eğitimine ara vermek zorunda kalmakta ve sonuç olarak gelecekteki sosyal ve ekonomik fırsatları sınırlanmaktadır. Bazı adölesanlar isteyerek ve bilerek evlenip gebe kalırken kimileri sosyal baskı neticesinde evlenip çocuk sahibi olmak zorunda kalır. Adölesanın eğitimsizliği, ilk cinsel beraberliğin 15 yaşın altında oluşu, annesinin adölesan gebelik hikayesi, cinsellik ve kontraseptifler hakkında bilgisizlik, okuldan terk, özgüven eksikliği, alkol ve madde kullanımı adölesan gebeliğe zemin hazırlayan faktörlerdendir. Ayrıca bazı kültürlerde adölesan gebelikler toplum ve aile tarafından fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan desteklenir. Bu nedenle sağlık politikasını oluşturan birimler adölesanlarda gebeliği önleme stratejileri oluştururken bu faktörleri göz önünde bulundurmalıdır.

Son yıllarda dünyada adölesan gebelik oranları düşme eğiliminde olmasına rağmen birçok ülkede oranlar hala yüksektir. Dünyada Gebeliklerin % 11'inin 15-19 yaş aralığında olduğu ve bunların % 90'dan fazlasının orta ve düşük gelir seviyesine sahip ülkelerde olduğu bildirilmiştir (1). 2017 TÜİK verilerine göre ülkemizde bu oran % 5,4 tür (2). Toplum içindeki farklı kültürel özellik

Adölesanlar doğum sırasında aile bireylerinden izole edilmemeli ve bebeğin babasının veya adölesanın seçtiği bir erişkinin doğuma eşlik etmesi sağlanmalıdır.

Hastanede adölesana verilen post partum bakım hizmeti içinde anne-baba olmak konusunda bilinçlendirme, emzirme ve laktasyon desteği, postpartum depresyon taraması ve yönetimi, tekrarlayan istem dışı gebeliği önleyebilmek için aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirme yer almalıdır. Postpartum depresyon taraması, postpartum bakımın rutin bir parçasıdır. Taramada adölesana **yönelik depresyon ölçekleri (ör: Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS)** uygulaması pratik ve tanılamada etkindir. Adölesan annelerin emzirmeye başlama ve devam olasılıkları daha azdır. Gencin emzirmenin önemi ve doğru emzirme yöntemleri konusundaki bilgisizliği, partnerinin veya aile desteğinin olmaması bu durumun altında yatan faktörlerdendir. Bu durumla baş edebilmek için adölesanlara antenatal dönemde gebe okullarında emzirme ile ilgili eğitim verilmeli ve postpartum dönemde adölesana ebe ve hekim tarafından proaktif emzirme desteği verilmelidir. Adölesanlar postpartum dönemde kısa dönemde tekrarlayan gebelik yaşamaması için taburculuk öncesi partneri ile birlikte kullanabilecekleri kontraseptif yöntemler hakkında bilgilendirilmelidir. Doğum sonrası adölesana verilen taburculuk eğitiminin adölesana verilirken mümkünse bebeğin babası veya adölesanın istediği bir erişkinin gözetiminde verilmesi eğitimin etkinliğini artıracaktır.

Adölesan annelere taburculuk sonrası emzirmeyi, ana babalık kabiliyetlerini destekleyecek evde sağlık bakım desteğinin verileceği programlara ihtiyaç vardır. Adölesan anneyi, hastane sonrası bebeğinin bakımını yaptığı dönemde, fiziksel ve psiko-sosyal açıdan destekleyecek çok paydaşlı koordine programlar, adölesan anne ve bebeğinin karşı karşıya kaldığı problemleri aşmasına yardım edecek ve sağlıklı aile birliği oluşturmalarına yardım edecektir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcome Among Adolescents in Developing Countries. Geneva: WHO; 2011.
2. Türkiye İstatistik Kurumu -TÜİK / <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id>
3. Ozel S, Yaman S, Kansu-Celik H, Hancerliogullari N, Balci N, Engin-Ustun Y. Obstetric Outcomes among Syrian Refugees: A Comparative Study at a Tertiary Care Maternity Hospital in Turkey. Rev Bras Ginecol Obstet 2018;40:673-679.
4. Nove, Z. Matthews, S. Neal, et al. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: Evidence from 144 countries The Lancet Glob Health 2012;2: e155-e164

5. Fleming NA, Tu X, Black AY. Improved obstetrical outcomes for adolescents in a community-based outreach program: a matched cohort study. *J Obstet Gynaecol Can* 2012;34:1134-40.
6. Davidson NW, Felice ME. Adolescent pregnancy. In: Friedman SB, Fisher M, Schonberg SK, eds. *Comprehensive Adolescent Health Care*. St Louis, MO: Quality Medical Publishing Inc; 1992:1026-1040.
7. Özel Ş. Adölesan Üreme Sağlığı Türkiye Yasal Uygulamaları. İçinde: Derman O, Ustun Y (2018). *Adölesan Üreme Sağlığı Kitabı*. Ankara: Öztürk Kırtasiye.
8. Jones RK, Finer LB, Singh S. *Characteristics of U.S. Abortion Patients, 2008*. New York, NY: Guttmacher Institute; 2010
9. Fleming N, O'driscoll T, Becker G, Spitzer RF. Adolescent Pregnancy Guidelines. *Journal Of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2015; 37:740-756.
10. Lenders CM, McElrath TF, Scholl TO. Nutrition in adolescent pregnancy. *Curr Opin Pediatr* 2000; 12:291.