

Adölesan Gebelik

Adolescent Pregnancy: Review

Meltem DEMİRGÖZ,^a
Nejla CANBULAT^a

^aİstanbul Bilim Üniversitesi Florence
Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 05.10.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 21.11.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:
Nejla CANBULAT
İstanbul Bilim Üniversitesi Florence
Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu,
İstanbul
TÜRKİYE/TURKEY
ncanbolat2770@gmail.com

ÖZET Adölesan terimi çocukluktan erişkinliğe geçişi tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) adölesanlığın 10-19 yaşlar arasında olduğunu bildirmektedir. Adölesanlar dünya nüfusunun %20'sini oluşturmakta ve %85'i geliştirmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Hem gelişmiş hem geliştirmekte olan ülkelerde adölesan gebelikler önemli bir sağlık sorunu yaratmaktadır. Dünyada 15-19 yaş grubu doğurganlık oranları ortalama %54'tür. Ülkemizde bu oran %46'dır ve toplam nüfusun büyük bir kısmı adölesan gebeler tarafından dünyaya getirilmektedir. Yapılan çalışmalar adölesan gebeliklerin oluşmasında menarş yaşı, seksüel ilişki sıklığı, ırk, etnik durum, evlilik durumu, aile yapısı, çiftlerin iletişimi, eğitim ve iş durumu, sosyo-ekonomik düzey ve sosyal destek kaynaklarının etkisi olduğunu göstermiştir. Adölesan gebeliğin risk faktörleri çok yönlü ve karmaşıktır. Abortus, erken doğum tehditi, gebelikte hipertansiyon, anemi, düşük doğum ağırlığı, konjenital anomali riski, müdahaleli doğum, artmış HIV riski, sigara ve keyif verici madde kullanımı, malaria, yetersiz antenatal bakım ve kontrasepsiyon bunlar arasındadır. Adölesan gebeliklerin oluşmasında sosyo-ekonomik durum altta yatan en önemli nedenlerden biridir. Ülkelerin sosyo-ekonomik durumlarının iyileşmesi, kişi başına düşen gelir düzeyinin artması ve yeterli danışmanlık hizmetinin verilmesi problemin anahtar çözümüdür. Etkili danışmanlık hizmeti cinsel yolla bulaşan hastalıkları ve istenmeyen gebelikleri önleyebilir. Danışmanlık hizmeti, eğitim görmekte olan adölesanlara okullarda tüm eğitimleri süresine yayılarak, dışında kalan adölesanlara ulusal eğitim kampanyaları düzenlenerek kitle iletişim araçları ile bilinçlendirme sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Adölesan; gebelik

ABSTRACT Adolescence means transfer to adulthood from childhood. The World Health Organization (WHO) suggests that adolescence occurs between 10-19 years of age. Adolescents account for 20% of the world population and 85% live in developing countries. Adolescent pregnancies cause major health problems in both developing and developed countries. The rate of birth among 15-19 year olds is approximately 54% throughout the world and 46% in Turkey. Pregnant adolescents generate more than half of the world population. Studies suggest that menarche age, coitus frequency, race, ethnic group, marital status, family structure, communication with parents, parents' education and employment status, adolescent's socioeconomic status, social insurance, social support source are correlated with adolescence pregnancy. The risk factors of adolescent pregnancy are multiple and complex. They are abortion, preterm labor, hypertension in pregnancy, anemia, low birth weight, risk of congenital anomaly, interference delivery, increasing HIV risk, smoking and substance use, malaria, inadequate antenatal care and contraception. Socioeconomic status is of major importance in adolescence pregnancy. Improvement of socioeconomic status of countries, increase in annual income per capita and adequate counseling services are key factors for the solution of this problem. Effective counseling services may prevent sexually transmitted diseases and unintentional pregnancies. Counseling services should be made available to adolescents during their entire education period within the concept of a national education campaign using mass media tools.

Key Words: Adolescent; pregnancy

Adölesan terimi çocukluktan erişkinliğe geçişi tanımlamakta ve WHO adölesanlığın 10-19 yaşlar arasında olduğunu bildirmektedir. Adölesanlar dünya nüfusunun %20'sini oluşturmaktadır ve %85'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır.¹ Hem gelişmiş hem gelişmekte olan tüm dünya ülkelerinde adölesan gebelikler çok önemli bir sağlık sorunu yaratmaktadır.² 1995-2000 yılları arasında 15-19 yaş grubu adölesanlarda her yıl yaklaşık 14 milyon doğum gerçekleşmiş ve 12.8 milyonu gelişmekte olan ülkelerde oluşmuştur. Dünyada 15-19 yaş grubu adölesanların doğurganlık oranları ortalama %54'tür. Afrika'da bu oran %115, Latin Amerika'da ise %75'tir. Ancak adölesan doğurganlığı gelişmekte olan ülkelerle sınırlı değildir. Japonya'da bu oran 90'lı yıllarda %4.6 iken, günümüzde %30.1'e yükselmiştir. İngiltere, Kuzey İrlanda ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde ise bu oran %48.7'dir. 1990'lı yıllardan itibaren düşme eğilimi göstermesine rağmen, ABD gelişmiş ülkeler arasında adölesan gebelik ve doğum oranı halen en yüksek ülke olmaya devam etmektedir.³

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre; toplumumuzun %19.7'sini adölesan yaş grubu oluşturmaktadır. Yurdumuzda 15-19 yaşları arasındaki adölesanların %11.9'u evlidir ve anne olma yüzdesi adölesan dönemde yaşla birlikte hızla artmaktadır, 16 yaşında bu oran yüzde 1 iken, 17 yaşında yüzde 3'e, 18 yaşında yüzde 8'e, 19 yaşında yüzde 17'ye yükselmektedir. Adölesan doğurganlık seviyesi ile yerleşim yeri arasında belirgin bir ilişki görülmemektedir.⁴ Ülkemizde adölesan gebelik oranı %46'dır ve toplam nüfusun büyük bir kısmı adölesan gebeler tarafından dünyaya getirilmektedir. Bu durum dünya ülkeleri gibi ülkemiz için de çok önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır.⁵

Adölesan çağını etkileyen iki önemli faktör vardır. Bunlardan biri ilk adet bu dönemde yaşanması, diğeri ilköğretimden sonraki okul dönemini kapsamaktadır.⁶ Gelişmiş ülkelerde ortalama ilk adet yaşı 12.5 iken, gelişmekte olan ülkelerde 15 civarındadır. ABD ve bazı Avrupa ülkelerinde 19. yüzyıldan bu yana ilk adet yaşı yaklaşık 3 yıl kadar gerilemiştir.^{6,7} Afrika'da kız çocuklarının ilk adet-

ten hemen sonra evlendirilmeleri doğurganlık sürelerinin uzamasına ve adölesan anne sayısının artmasına neden olmaktadır.⁸

Gelişmekte olan ülkelerde son 40 yıl, gelişmiş ülkelerde son yüzyıl içinde okula gitme oranı artmıştır. Bu artış adölesanların cinsel ilişkilerine toplumsal yaptırımlar getirmekte ve adölesanların evliliği ertelemelerini sağlamaktadır.⁶ Böylece eğitim düzeyi arttıkça adölesan gebelik oranı azalmaktadır.² Türkiye'de de eğitimle adölesan doğurganlık düzeyi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. İlköğretimin birinci basamağından daha az eğitim almış 15-19 yaş grubundaki kadınların yüzde 15'i anne olmuş ya da ilk çocuklarına gebe iken, en az lise eğitimi almış kadınlarda bu oran yüzde 3'e düşmektedir.⁴

Yapılan araştırmalar adölesan gebeliklerin oluşmasında ilk adet yaşı, cinsel ilişki sıklığı, ırk, etnik durum, evlilik durumu, aile yapısı, çiftlerin birbiri ile olan iletişimi, çiftin eğitim ve iş durumu, sosyo-ekonomik düzey ve sosyal destek kaynaklarının etkisi olduğunu göstermiştir.^{5,9,10} Adölesan gebelikler için risk faktörleri çok yönlü ve karmaşıktır;

1- Abortus: Her yıl yaklaşık 70 bin kadın adölesan gebelik nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Yapılan bir maternal mortalite araştırmasına göre; 20 yaşın altındaki maternal mortalite, 20-35 yaş grubuna göre 5 kat daha fazladır. Bütün maternal ölümlerin %13'ü sağlıksız koşullarda gerçekleştirilen düşükler nedeniyle. Günümüzde adölesanlar arasındaki yıllık abortus oranı 4 milyona ulaşmıştır.¹¹ Bunların çoğu sağlıksız koşullarda, çok tehlikeli yöntemlerle ve yetenekli olmayan kişiler tarafından yapılmaktadır.¹² Afrika, Güney Asya ve Latin Amerika'da bu koşullarda yaklaşık yılda 20 milyon düşük meydana geldiği tahmin edilmektedir. Düşük komplikasyonlarının üçte biri 20 yaş altındaki kız çocuklarında görülmektedir.¹³

2- Erken Doğum: Perinatal ve neonatal mortalitenin en önemli nedenlerinden biri gebeliğin 37. haftasından önce son bulmasıdır. Erken doğum eyleminin anne üzerindeki en yaygın etkisi, bebeğin sağlığını tehdit etmesinden kaynaklanan psikolojik strestir. Vücut gelişimini tamamlamamış bir bebek doğum travması ve ekstrauterin hayata uyum sağlayamama riski ile karşı karşıyadır. Gelişmiş ve ge-

lişmekte olan ülkelerde yapılan araştırmalara göre, adölesan gebelerin yetişkin gebelere oranla daha erken doğum yaptıkları tespit edilmiştir.¹⁴⁻²⁰

3- Gebelikte Hipertansiyon: "International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP)"a göre hipertansiyon, gebeliğin ikinci yarısından itibaren diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olması olarak tanımlanmaktadır. Adölesan gebelerde hipertansif hastalıklar ve preeklampsi yetişkin gebelere oranla daha sık görülmektedir.^{14,16,17} Erken ve etkili tedavi edilmeyen preeklampsi maternal mortalite oranını %15 oranında artırmaktadır. Orta şiddetli bir preeklampsi sonucunda gelişen perinatal mortalite oranı %1'den %8'e, şiddetli preeklampside bu oran %15'e yükselmektedir.²¹

4- Anemi: WHO'ya göre normal gebeliklerde en düşük hemoglobün düzeyi 11.0 g/dL, hematokrit düzeyi 0.31 g/dL olmalıdır. Gelişmekte olan ülkelerde tüm gebeliklerde anemi sıklığı oldukça yüksektir. Yapılan bazı araştırmalarda adölesan gebeliklerde anemi riski yetişkin gebeliklere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.^{14,16,17} Ayrıca fetal büyüme ve gelişme için gerekli olan demir, folat, kalsiyum, vitamin E, vitamin A, magnezyum ve B 12'nin vücuda alınma oranı adölesan gebelerde belirgin şekilde düşüktür. Adölesanların hem kendi vücutlarının hem de bebek büyümesinin aynı anda olması nedeniyle vücudun demir kaynakları hızla tükenmektedir.^{22,23}

5- Düşük Doğum Ağırlığı: Düşük doğum ağırlığı fetusun 2500 gramın altında olması, çok düşük doğum ağırlığı ise 1500 gramın altında olması olarak tanımlanmaktadır. Yapılan birçok araştırmada anne yaşının adölesan olması ile düşük doğum ağırlıklı fetus arasında ilişki tespit edilmiştir.^{14,16,24} 1500 gramın altındaki fetuslarda mortalite normal tartılı bebeklere oranla 40 kat daha fazladır ve yenidoğan ölümlerinin %50'sini oluşturmaktadır. Düşük doğum ağırlığında uzun süreli sekeller, körlükle birlikte prematüre retinopatisi, duyma kaybı, hidrosefali, mikrocefali, mental retardasyon, serebral palsi, kronik karaciğer yetersizliği ve büyüme geriliği görülmektedir.²⁵

6- Konjenital Anomali: Adölesan gebeliklerde merkezi sinir sistemi anomalilerinden olan anen-

sefali, spina bifida/meningosel, hidrosefali/mikrocefali oluşma riski, gastrointestinal sistem anomalilerinden omfalosel, gastroşidid oluşma riski, kas-iskelet sistemi anomalilerinden yarık dudak/damak, polidaktili, sindaktili ve adadaktili oluşma riskinin arttığı bildirilmektedir.²⁶ Türkiye'de 357 adölesan gebenin bebekleri konjenital anomali yönünden incelendiğinde merkezi sinir sistemi, gastrointestinal sistem ve kas-iskelet sistemi anomalilerinden hiçbirine rastlanmamıştır.²⁷

7- Müdahaleli Doğum: Gelişmiş ve gelişmekte olan tüm dünya ülkelerinde sezaryen yüzdesi hızla artmaktadır. Yapılan bazı araştırmalarda adölesan gebeliklerde de sezaryen riskinin arttığı tespit edilmekle birlikte bazı araştırmalarda sezaryen riskinin yetişkinlerden farklı olmadığı ya da daha düşük olduğu tespit edilmiştir.^{14,20,28-31} Adölesanların doğumları daha fazla müdahale (forseps, vakum vb.) edilmeyi gerektirmektedir.^{14,31,32} Müdahale genellikle pelvik uyumsuzluk nedeniyle yapılmakta, müdahale sonucu da fistül riski artmaktadır.³³ Adölesan yaş grubu gebelerde indüksiyonla doğuma müdahale oranı daha düşüktür.³⁴

8- Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS): Adölesanlar arasında HIV/AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların görülme riski her geçen gün artmaktadır.^{15,35} Yeni HIV/AIDS olgularının 2003 yılı verilerine göre, %50'sini 13-19 yaş grubu gençler oluşturmakta ve günde 6000 kişi enfekte olmaktadır. HIV'in fetusa ya da yeni doğana bulaşma riski %30-40'tır. Bulaşma herhangi bir gebelik haftasında transplasental olarak, vaginal ya da sezaryenle doğum sırasında ve emzirme ile gerçekleşebilir.³⁶ Dünyada yaklaşık 12.4 milyon adölesan ve genç HIV/AIDS ile yaşamakta ve bunların yarısını adölesan kızlar oluşturmaktadır.³⁷ Adölesan gençlerin çoğu cinsel olarak aktiftir ve korunmasız cinsel ilişki potansiyelleri oldukça yüksektir. Adölesan genç kızlar hem cinsel ilişki zamanlaması hem kullanılacak kontaseptif yöntem seçiminde erkek arkadaşlarının kendilerini terketme korkusu nedeniyle korunmasız cinsel ilişkiyi kabullenmektedir. Kondom başta olmak üzere tüm gebelik önleyici yöntemlere ilişkin bilgi eksikliği istenmeyen gebelikleri artırmakta ve HIV/AIDS'in hızla yayılmasına neden olmaktadır.³⁸

9- Sigara ve Keyif Verici Madde Kullanımı:

Adölesan gebelerde sigara ve kokain gibi keyif verici madde kullanımı yetişkinlere oranla daha yüksektir. Gebelikte sigara kullanımı fetal büyümenin yavaşlamasına, perinatal mortalitenin artmasına ve abortusa neden olmakla birlikte üçte biri düşük doğum ağırlıklı, altıda biri ise erken doğmaktadır.^{5,39} Gebelikte kokain kullanımı gebeliğin ilk 3 ayında spontan abortusa, ikinci ve üçüncü 3 aylarında erken doğum eylemine, dekolman plesanta ve erken membran rüptürüne yol açabilmektedir.³⁹

10- Malaria: Kontrol altına alınabilir ve önlenilebilir bir sağlık sorunu olmasına rağmen; malaria halen dünyada mortalite ve morbite nedenlerinin başında yer almaktadır. Malariyanın kontrol altına alınamaması ve tedavi edilememesi adölesan gebelerin iyi bir antenatal bakım almamasına bağlanmaktadır.⁴⁰ Mozambik'te adölesan gebeliklerin en önemli mortalite nedenlerinden birisi de malariya'dır.⁴¹ Malariyalı gebe kadınlarda düşük, ölü doğum, erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı çocuk sahibi olma riski yükselmiştir.⁴²

11- Antenatal Bakım: WHO'ya göre gebeler gebelikleri süresince sağlık personeli tarafından en az 4 kez ziyaret edilmelidir. Bu ziyaretler 16. hafta, 24-28. haftalar arası, 32. hafta ve 36. hafta arasında yapılmalıdır.⁴³ Antenatal bakımla gebelik öncesi ve sonrası oluşabilecek birçok komplikasyon önlenilebilmekte ve zamanında kontrol altına alınabilmektedir. Adölesanların gebeliğe ilişkin bilgi ve deneyimlerinin yetersiz oluşu, psikolojik durumlarının gelişmemiş olması ve duygusal durumlarının çok değişken olması antenatal bakımın önemini bir kat daha arttırmaktadır.⁴⁴ 'The Guttmacher Institute' raporuna göre her üç adölesandan biri yetersiz antenatal bakım almakta ve sağlık sorunları olan çocuklar dünyada getirmektedirler.⁴⁵ Yeterli antenatal bakım alınması gebeliğin istenme durumuna bağlı değildir. Yapılan bir araştırmada gebelik istense dahi yetersiz antenatal bakım alındığı tespit edilmiştir.⁴⁶ Araştırmalarda adölesan gebelerde oluşabilecek komplikasyonlarla yetersiz antenatal bakım arasında güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.^{47,48}

12- Kontrasepsiyon: Evlilik öncesi cinsel deneyim ve gebelik, sosyal ve kültürel açıdan birçok ülkede kabul edilmemekte ve bu kültürel olgu adölesanın

gebelik önleyici yöntem kullanımına engel olmaktadır. Özellikle evli olmayan adölesanlar aile planlaması kliniklerine rahatlıkla başvuramamakta, sağlık personeli onlara önyargılı davranmakta ve adölesanlar gerekli olan gebelik önleyici yöntemlere kolayca ulaşamamaktadırlar.^{5,49} Beklenmedik bir zamanda planlanmadan cinsel ilişki yaşanması, gebelik önleyici yöntemler hakkında ve ulaşılabilirliği hakkında yetersiz bilgi, gizli kalmayacağı konusunda korku ve utanma, tıbbi işlemlerden korkma, ulaşım ve hizmet için ödeme yapamama, eşinden veya ailesinden korkma, çocuk sahibi olma baskısı vb. etmenler kontrasepsiyonu engellemektedir.^{50,51}

Yapılan araştırmalarda kadınların ilk modern gebelik önleyici yöntemine, cinsel aktiviteye başladıktan 1 yıl sonra gecikmiş olarak başladıkları bulunmuştur.^{5,49} Yapılan başka bir araştırmada adölesanların mevcut gebeliklerinden sonra ilk 24 ay içinde %42'sinin ikinci bir istenmeyen gebelik yaşadığı ve bunların %73'ünün doğumla sonuçlandığı tespit edilmiştir.⁵² Adölesan gebeliğin riski üzerine hızlı tekrarlayan gebelikler riski bir kat daha artırmaktadır.^{52,53}

Adölesanlar geri dönüşümsüz gebelik önleyici yöntemler hariç tüm yöntemleri kullanabilirler. Ancak kondom kullanmaları HIV/AIDS risk grubu olmaları nedeniyle çok büyük önem taşımaktadır. Kondomun yırtılması, delinmesi gibi durumlarda da acil kontrasepsiyona başvurularak etkin korunma sağlanmalıdır.⁵⁴

Adölesanların çok büyük bir kısmı etkin olmayan gebelik önleyici yöntemleri tercih etmektedir. Etkin gebelik önleyici yöntemleri kullansalar bile yetişkinlere göre başarısız olma riskleri daha yüksektir. Bir araştırmada adölesanların %60'ının hap almayı unuttuğu, %50'sinin gebeliği önleyecek dozda hap almadığı ve bir bölümünün kondomyin yırtıldığını farketmedikleri tespit edilmiştir.^{54,55}

Adölesan gebeliklerin oluşmasında sosyo-ekonomik durum altta yatan en önemli nedenlerden biridir. Ülkelerin sosyo-ekonomik durumlarının iyileşmesi ve kişi başına düşen gelir düzeyinin artması bu problemin anahtar çözümlerindedir.⁵

Klinisyenlerin, adölesanların cinsel sağlıklarını korumak ve gebelik önleyici yöntemlerin kulla-

nımına ilişkin olumsuz algılarını değiştirmek amacıyla danışmanlık hizmeti vermeleri çok önemlidir. Bu hizmetin etkinliği cinsel yolla bulaşan hastalıkları ve istenmeyen gebelikleri önlemeyi sağlayabilir.⁵⁶ Danışmanlık hizmeti, eğitim görmekte olan adölesanlara okullarda tüm eğitimleri süresine yayılarak, dışında kalan adölesanlara ulusal eğitim kampanyaları düzenlenerek kitle iletişim araçları ile bilinçlendirme sağlanmalıdır.⁵⁷ Danışmanlıkta gebelik önleyici yöntemler tüm detayları ile anlatılmalı ve aktif cinsel hayatı olanlar yöntem kullanmaya teşvik edilmelidir.^{27,54}

Sağlık personeli adölesanlara yargılayıcı tutum ve davranış içine girmemeli, onların korku ve endişelerini gidermeye çalışmalı ve onların çekinmeden bu kurumlardan faydalanmasını sağlamalıdır.

Büyük şehir merkezlerine eğitim, araştırma ve danışmanlık hizmeti vermek üzere adölesan sağlık merkezleri kurularak bu kurumların yaygınlaştırılması sağlanabilir.⁵⁸ Ayrıca bu merkezlerde cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında kapsamlı danışmanlık ve HIV testi yapılabilir.⁵⁹

Sağlık Bakanlığı'nca adölesanların bilgi ve hizmet gereksinimlerini karşılamak amacıyla bir takım projeler yürütülmektedir. Ankara, Adana, İzmir,

Bursa, Antalya, Mersin, Diyarbakır, Gaziantep, Konya, Kırıkkale ve Manisa'da Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi ile Gençlik Danışma ve Sağlık Hizmeti Merkezleri açılarak "Ulusal Bir Hizmet Sunum Modeli" oluşturulmuştur.

Bu merkezlerde ebe, hemşire, hekim, psikolog, diyetisyen gibi sağlık disiplinleri işbirliği içinde hizmet vermektedir. Adölesanların gerekli her türlü tetkik, takip, tedavileri ve bilgi gereksinimleri bu merkezlerde karşılanmaktadır.⁶⁰

Adölesanlara ulaşmak amacıyla mahalle muhtarlarına bilgilendirme toplantıları düzenlenebilir. Aynı amaçla toplu taşıma araçları, dershaneler, dikey nakış kursları, internet kafeler gibi gençlerin sık gittikleri yerlere afişler asılabilir broşürler dağıtılabilir.

Sağlık personelinin yaklaşımı adölesanları sevmek, açık iletişim tekniklerini kullanmak, iyi bir muayenenin sadece bilgi toplamak için değil, gelecekte pozitif bir ilişkinin oluşmasında bir fırsat olduğunu bilmek, yargılayıcı tutum ve davranış içine girmemek, onların korku ve endişelerini gidermeye çalışmak ve onların çekinmeden bu kurumlardan faydalanmasını sağlamak amacıyla yönelik olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. WHO World Health Organization (1998). The second decade: improving adolescent health and development. Programme brochure. Geneva: WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development.
2. WHO (2005) Adolescent Pregnancy. Issues in Adolescent Health and Development. Department of Child and Adolescent Health and Development, WHO, Geneva.
3. Ventura SJ, Freedman MA. Teenage childbearing in the United States, 1960-1997. *m J Prev Med* 2000;19(1 Suppl):18-25.
4. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, 2003.
5. Gökçe B, Ozşahin A, Zencir M. Determinants of adolescent pregnancy in an urban area in Turkey: a population-based case-control study. *J Biosoc Sci* 2007;39:301-11.
6. Bongaarts J, Cohen B. Adolescent reproductive behavior in the developing world. Introduction and review. *Stud Fam Plann* 1998;29:99-105.
7. Wyshak G, Frisch RE. Evidence for a secular trend in age of menarche. *N Engl J Med* 1982;306:1033-5.
8. Ojwang SB, Maggwa AB. Adolescent sexuality in Kenya. *East Afr Med J* 1991;68:74-80.
9. Fessler KB. Social outcomes of early childbearing: important considerations for the provision of clinical care. *J Midwifery Womens Health* 2003;48:178-85.
10. World Health Organization. What are the most effective strategies for reducing the rate of teenage pregnancies? World Health Organization 2006.
11. Olukoya AA, Kaya A, Ferguson BJ, AbouZahr C. Unsafe abortion in adolescents. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;75:137-47.
12. World Health Organization. Global Programme on Evidence. Geneva, 2000.
13. Chapel Hill. Maternal health: Implications for children and adolescents. Prepared by Ipas in consultation with ACPD, CEDPA, CFFC, CRLP, FCI, IPPF, IWHC, Latin American and Caribbean Youth Network for Sexual and Reproductive Rights, NAPY and Youth Coalition for ICPD, NC, 2001.
14. Trivedi SS, Pasrija S. Teenage pregnancies and their obstetric outcomes. *Trop Doct* 2007;37:85-8.
15. Nour NM. Health consequences of child marriage in Africa. *Emerg Infect Dis* 2006;12:1644-9.
16. Phupong V, Suebnukarn K. Obstetric outcomes in nulliparous young adolescents. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2007;38:141-5.
17. Lira Plascencia J, Oviedo Cruz H, Pereira LA, Dib Schekaiban C, Grosso Espinoza JM, Ibarguengoitia Ochoa F, et al. Analysis of the perinatal results of the first five years of the functioning of a clinic for pregnant teenagers. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:241-6.
18. Rivera J, Alvarez N, Quintana E, Cruz-Correa J, Orengo JC. Social and clinical features of pregnancy in adolescents. *Bol Asoc Med P R* 2007;99:8-12.

19. Robson S, Cameron CA, Roberts CL. Birth outcomes for teenage women in New South Wales, 1998-2003. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006;46:305-10.
20. Keskinoglu P, Bilgic N, Picakciefe M, Giray H, Karakus N, Gunay T. Perinatal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mothers. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20:19-24.
21. Gilbert ES, Harmon JS. Hipertansif Bozukluklar. Çev. ed. Taşkın L. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı 2.baskı. Palme Yayıncılık (Basımevi) Ankara: 2002. p. 497-501.
22. Moran VH. A systematic review of dietary assessments of pregnant adolescents in industrialised countries. *Br J Nutr* 2007;97:411-25.
23. Pathak P, Singh P, Kapil U, Raghuvanshi RS. Prevalence of iron, vitamin A, and iodine deficiencies amongst adolescent pregnant mothers. *Indian J Pediatr* 2003;70:299-301.
24. Haldre K, Rahu K, Karro H, Rahu M. Is a poor pregnancy outcome related to young maternal age? A study of teenagers in Estonia during the period of major socio-economic changes (from 1992 to 2002). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;131:45-51.
25. Vohr BR, Wright LL, Dusick AM, Mele L, Verter J, Steichen JJ, et al. Neurodevelopmental and functional outcomes of extremely low birth weight infants in the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network, 1993-1994. *Pediatrics* 2000;105:1216-26.
26. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Yang Q, Walker MC. Teenage pregnancy and congenital anomalies: which system is vulnerable? *Hum Reprod* 2007;22:1730-5.
27. Canbaz S, Sunter AT, Cetinoglu CE, Peksen Y. Obstetric outcomes of adolescent pregnancies in Turkey. *Adv Ther* 2005;22:636-41.
28. Ebeigbe PN, Gharoro EP. Obstetric complications, intervention rates and maternofetal outcome in teenage nullipara in Benin City, Nigeria. *Trop Doct* 2007;37:79-83.
29. Magadi M, Agwanda A, Obare F, Taffa N. Size of newborn and caesarean section deliveries among teenagers in sub-Saharan Africa: evidence from DHS. *J Biosoc Sci* 2007;39:175-87.
30. Zeteroglu S, Sahin I, Gol K. Cesarean delivery rates in adolescent pregnancy. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2005;10:119-22.
31. Geist RR, Beyth Y, Shashar D, Beller U, Samueloff A. Perinatal outcome of teenage pregnancies in a selected group of patients. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19:189-93.
32. Oboro VO, Tabowei TO, Jemikalajah JJ, Bosah JO, Agu D. Pregnancy outcomes among nulliparous teenagers in suburban Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2003;23:166-9.
33. Miller S, Lester F, Webster M, Cowan B. Obstetric fistula: a preventable tragedy. *J Midwifery Womens Health* 2005;50:286-94.
34. Jolly MC, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstet Gynecol* 2000;96:962-6.
35. Chedraui P, Van Ardenne R, Wendte JF, Quintero JC, Hidalgo L. Knowledge and practice of family planning and HIV-prevention behaviour among just delivered adolescents in Ecuador: the problem of adolescent pregnancies. *Arch Gynecol Obstet* 2007;276:139-44.
36. Minkoff H. Pregnancy outcomes among mothers infected with human immunodeficiency virus and infected control subject. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:1598-604.
37. Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Surveillance Report, 2002. 14:12. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
38. Jejeebhoy SJ, Shah IH, Yount KM. Sexual and reproductive health of adolescents. WHO Department of Reproductive health and research, Annual Technical Report 1999.
39. Covington DL, Justason BJ, Wright LN. Severity, manifestations, and consequences of violence among pregnant adolescents. *J Adolesc Health* 2000;28:55-61.
40. Mbonye KA, Neema S, Magnussen P. Preventing malaria in pregnancy: A study of perceptions and policy implications in Mukono district, Uganda. *Health policy and planning* 2006;21:17-26.
41. Granja AC, Machungo F, Gomes A, Bergström S. Adolescent maternal mortality in Mozambique. *J Adolesc Health* 2001;28:303-6.
42. Duffy PE, Fried M. Malaria in the pregnant woman. *Current Topics in Microbiology and Immunology* 2005; 295:160-200.
43. World Health Organization. WHO antenatal care randomized controlled trial: Manual for the implementation of the new model. Geneva, 2002.
44. LeGrand TK, Mbacke CS. Teenage pregnancy and child health in urban Sahel. *Studies in family planning*. 1993;24:137-49.
45. Guttmacher Institute. Teen Sex and Pregnancy. Retrieved 2006.
46. Yıldırım Y, Inal MM, Tinar S. Reproductive and obstetric characteristics of adolescent pregnancies in Turkish women. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2005;18:249-53.
47. Mahfouz AAR, El Said MM, Al-Erian RA, Hamid AM. Teenage pregnancy – are teenagers a high risk group? *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology* 1995;59:17-20.
48. Scholl T, Hediger ML, Belsky DH. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. *Journal of Adolescent Health* 1994;15:444-56.
49. Chenet L. Teenage fertility in the European Union. *Entre Nous* 1996;32:10.
50. Türkiye Üreme Sağlığı Programı Gençlik Danışmanlık ve Hizmet Merkezleri CSÜS Eğitimi 2005.
51. Zeck W, Bjelic-Radisic V, Haas J, Greimel E. Impact of adolescent pregnancy on the future life of young mothers in terms of social, familial, and educational changes. *Journal of Adolescent Health* 2007; 41:380-8.
52. Raneri LG, Wiemann CM. Social ecological predictors of repeat adolescent pregnancy perspectives. *Sexual and Reproductive Health* 2007;39:39-47.
53. Boardman AL, Allsworth J, Phipps MG, Lapane KL. Risk factors for unintended versus intended rapid repeat pregnancies among adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2006;39:597-8.
54. Woods JL, Shew ML, Tu W, Ofner S, Ott AM, Fortenberry DJ. Patterns of oral contraceptive pill-taking and condom use among adolescent contraceptive pill users. *Journal of Adolescent Health* 2006;39:381-7.
55. Bearinger LH, Resnick MD. Dual method use in adolescents: A review and framework for research on use of STD and pregnancy protection. *J Adolesc Health* 2003;32:340-9.
56. Davies SL, DiClemente RJ, Wingood GM et al. Predictors of inconsistent contraceptive use among adolescent girls: Findings from a prospective study. *Journal of Adolescent Health* 2006;39:43-9.
57. Cabezón C, Vígil P, Rojasc I et al. Adolescent pregnancy prevention: an abstinence-centered randomized controlled intervention in a Chilean public high school. *Journal of Adolescent Health* 2005;36:64-9.
58. UNICEF [United Nations Children's Fund] (2000). *Adolescent Health and Development*.
59. Branson B. Rapid tests for HIV antibody. *AIDS* 2000;2:76-83.
60. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005, Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Gençler İçin Danışmanlık Ve Sağlık Hizmeti Çerçevesi İlerleme Raporu, Ankara, Türkiye.