BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ADÖLESAN GEBELİKLERE TOPLUM NASIL BAKIYOR VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAN NELER BEKLİYOR?

UZMANLIK TEZİ

DR. FUNDA SALGÜR

ANKARA-2015

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ADÖLESAN GEBELİKLERE TOPLUM NASIL BAKIYOR VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAN NELER BEKLİYOR?

(KA14/319)

UZMANLIK TEZİ

DR. FUNDA SALGÜR

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. ALTUĞ KUT

ANKARA-2015

TEŞEKKÜR

Başta modern Türkiye Cumhuriyeti'ni bizlere emanet eden Mustafa Kemal ATATÜRK'e, Başkent Üniversitesi Kurucu Rektörü Prof. Dr. Mehmet HABERAL'a ve Başkent Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Ali HABERAL'a teşekkürü bir borç bilirim.

Tez çalışması boyunca danışmanlığımı yürüten, tez süreci boyunca değerli tecrübeleri ile bana yol gösteren, aile hekimliği disiplinini bize aşılayan,asistanı olmaktan onur ve gurur duyduğum değerli hocam Doç. Dr. Altuğ KUT'a desteklerinden dolayı çok teşekkür ederim. Eğitimim süresinde bana zevkli bir çalışma ortamı sunanbaşta Prof. Dr. Rengin ERDAL ve Doç. Dr. Altuğ KUT olmak üzere tüm hocalarım ve uzmanlarıma teşekkür ederim.Asistanlığım süresince desteklerini esirgemeyen tüm asistan arkadaşlarıma, özveri ile çalışan hemşire ve personellerimize teşekkür ederim. Rotasyonlarım sırasında deneyimlerinden yararlandığım Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Genel Cerrahi, Psikiyatri, Kardiyoloji, Göğüs Hastalıkları, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim üyeleri ve asistanlarına teşekkür ederim.

Hep yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen annem, babam, kardeşim ve biricik kızım Elifsu'yateşekkür ederim.

ÖZET

Adölesan dönemdeki gebeliklere toplumların bakışı, o toplumun sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik düzeyi ile de yakından ilişkilidir. Bu çalışmada adölesan gebeliklere toplumun nasıl baktığını ve halkın bu konuda sağlık çalışanlarından beklentilerinin ne olduğunu gözlemlemek amaçlanmıştır.

Başkent Üniversitesi Ümitköy Polikliniği'ne başvuran 980 kişi araştırma evrenini oluşturmaktadır.Tanımlayıcı-kesitsel bir araştırma olarak yürütülen bu çalışmada, veriler yüzyüze anket uygulanarak toplanmıştır. 4 ayda toplanan verilerin analizinde istatistiki olarak SPSS21.0 programı kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan 980 kişinin %53,6'sı (n=525) kadın, %46,4'ü (n=455) erkek olup, yaş ortalaması 41,0±14,7 (19-64) olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılanların %80,3'ü adölesan gebelikleri sakıncalı bulmuş, bunun nedenini ise sağlık açısından sakıncalı (%64,9) olarak değerlendirmiştir. Adölesan gebeliklerin önlenmesi, var olan gebeliklerin de daha sık ve yakın takibinin gerekli olduğu belirtilmiştir. Son on yılda aile ve yakın akrabalarında adölesan gebelik olanların %75,4'ünün bu durumu onaylamadığı görülmüştür. Çalışmaya katılanların var olan kanunları yetersiz bulduğu ve bu konuda kadınların kanunlarla kendilerini koruma altına almak istedikleri gözlenmiştir. Nikah konusunda özellikle medeni nikahın yanında dini nikahın da gerekli görüldüğü (%58,8) tespit edilmiştir. Cinsellik konusunda gençlerin daha çok dini kıstasları kendilerine yol gösterici olarak kullandığı izlenen çalışmada toplumun, cinsellik ve adölesan gebelikler konusunda bilinçlenmek için sağlık alanında Aile Hekimlerini kendilerine yol gösterici olarak gördükleri ve bu konunun eğitimle aşılabileceğini düşündükleri bulunmuştur. Eğitimin de medya aracılığıyla ve okullarda eğitim müfredatına bu konuların eklenmesiyle başarılabileceği belirtilmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlarda adölesan gebelikleri onaylamada hane geliri ve cinsiyetin etkili olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak adölesan gebelikler azaltılmalı, bu konuda eğitim ve medya aracılığı ile halk bilinçlendirilmelidir. Sağlık alanında ise Aile Hekimleri adölesan gebelikler konusunda daha etkin bir rol oynamalıdır. Var olan adölesan gebeliklerin ise daha sık ve dikkatli takip edilmesi gereklidir.

Anahtar sözcükler: Adölesan dönem gebeliği, Adölesan psikolojisi, Sosyoekonomik durum, Sosyal değerler, Toplum, Sağlık çalışanı.

SUMMARY

The standpoint of populations to adolescent pregnancies can differ according to the socio-cultural and socio-economic status of that specific population.This study, aims to identify the standpoint of the population and healthcare expectations of the public.

The study sample comprises of 980 patients admitting to the outpatients clinics of the Baskent University in Ankara-Turkey. Data of this descriptive cross-sectional study are collected by performing a questionnaire in a face to face manner. All data, which is collected in four months, are processed by the SPSS program version 21.0.

Of the 980 subjects 53.6% (n=525) were female and 46.4% (n=455) were male, with an average age of 41.0±14.7 (19-64)for the whole study group. This study reveals that 80.3% of the population is against adolescent pregnancies,with a major objection of health outcomes (64.9%).Subjects also stated that these pregnancies have to be prevented and those who already exist have to be followed-up more closely. We observed that, 75.4% of those who have an adolescent pregnant in their family within the last ten years do not approve the situation. Subjects also stated that legal regulations are insufficient and especially women tent to protect themselves using these regulations. Most of the subjects (58.8%) prefer religious marriagealong with civil marriage. The study is also indicating that the youth is using religious criteria as guidance for their sexuality; and accepting family physicians as mentors in increasing awareness for sexual knowledge and adolescent pregnancies. They are also claiming that this issue has to be solved by performing continuous public educations; and this education has to be done via using the media tools and inserting these issues into high school curricula.

In conclusion; adolescent pregnancies should be reduced and people should be informed about this issue through education and the public media. On the other hand, family physicians should play a more active role in adolescent pregnancies. Furthermore already existing Adolescent pregnancies have to be followed-up more frequently and more carefully.

Key Words: Pregnancy in Adolescence, Adolescent Psychology, Socioeconomic Status, Social Values

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Teşekkür ii

Özet iii

Summary iv

İçindekiler Dizini v

Kısaltmalar ve Simgeler Dizini viii

Tablolar dizini ix

Şekiller Dizini xi

1. Giriş 1

2. Genel Bilgiler 4

2.1 Tanımlar 4

2.1.1 Adölesanın Tanımı 4

2.1.1.1 Prepuberte Döneminin Tanımı 5

2.1.1.2 Puberte Döneminin Tanımı 5

2.1.1.3 Erişkinlik Dönemi Tanımı 8

2.1.2 Sosyal Açıdan Evlilik Tanımı 9

2.1.3 Adölesan Yaş Gebeliklerinin Tanımı 12

2.2 Adölesan Gebeliklerin Etiyolojisi 13

2.2.1 Dünya Genelinde Adölesan Evlilik ve Gebeliklerle İlgili Etiyolojik Faktörler 13

2.2.1.1 Sosyoekonomik Düzey ile İlişkisi 14

2.2.1.2 Sosyokültürel Düzey ile İlişkisi 14

2.2.2 Türkiye'de Adölesan Evlilik Gebeliklerle İlgili Etiyolojik Faktörler 15

2.2.2.1 Türkiye'de Aile Yaşamı ve Sosyal Yapılanma 15

2.2.2.2 Evlenme Olgusu ve Sosyal Statü 16

2.2.2.3 Cumhuriyet Tarihinde Nüfus Politikaları ve Üreme 17

2.2.3 Türkiye Sosyo-kültürel Yapısında Adölesan Gebeliklere Zemin Hazırlamak Bakımından Evlilikler 18

2.2.3.1 Akraba evliliği 18

2.2.3.2 Kız kaçırma 18

2.2.3.3 Berdel 19

2.2.3.4 Beşik kertmesi 19

2.2.3.5 Maddi çıkarlı zoraki evlilikler 20
2.2.3.6 İş gücü çıkarlı evlilikler 20
2.2.3.7 Cinsel şiddet 20
2.2.3.8 Rıza esasına dayalı geleneksel erken evlilik 22
2.3 Epidemiyoloji 22
2.3.1 Dünya'da Adölesan Gebelikler 22
2.3.2 Türkiye'de Adölesan Gebelikler 23
2.4 Adölesan Yaş Dönemi ve Üreme Fizyolojisi 25
2.5 Adölesan Dönemde Sosyal ve Psikolojik Gelişim 25
2.6 Anneye İlişkin Riskler,Gebelik Seyri ve Yönetimi 27
2.6.1 Gebelik seyri ve Riskleri 27
2.6.1.1 Prematür Eylem ve Doğum 27
2.6.1.2 Abortus 28
2.6.1.3 Anemi 28
2.6.1.4 Preeklampsi-Eklampsi 29
2.6.1.5 Distosi 30
2.6.1.6 Erken Membran Ruptürü 31
2.6.2 Fetal riskler ve yönetimi 31
2.7 Basamaklı Sağlık Sisteminde Adölesan Gebelik İzlemi 31
2.7.1 Antenatal Bakım ve Adölesan Gebelik 31
2.7.2 Adölesan Dönemde Kontrasepsiyon 33
2.8 Adölesan Gebelik Konusunda Hukuksal Düzenlemeler 34
2.8.1 Hekimin Biyopsikososyal sorumluluğu 35
2.8.1.1 Aile Hekiminin Sorumluluğu 35
2.8.1.2 Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekiminin Sorumluluğu 35
2.8.2 Hekimin yasal sorumluluğu 36
2.9 Toplumun sorumluluğu 36
3. Gereç ve Yöntemler 37
3.1.1.1 Araştırma Projesi 37
3.1.1.2 Araştırma Evreni 37

3.1.1.3 Araştırma Tipi 37
3.1.1.4 Araştırmaya Kabul ve Red Kriterleri 37
3.1.1.5 Araştırmanın Örneklemi 37
3.1.1.6 Araştırmanın Veri Kaynakları 37
3.1.1.7 Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekilleri 38
3.1.1.8 İstatistiksel İncelemeler 39
3.1.1.9 Araştırmanın Süresi 39
4. Bulgular 41
4.1 Deneklerin Demografik Özellikleri 41
4.2 Deneklerin Evlilik Konusundaki Görüşleri 44
4.2.1 Nikah Konusundaki Görüşleri 44
4.2.2 Deneklerin Evlilik Yaşı Konusundaki Görüşleri 45
4.2.3 Deneklerin Evlilik Danışmanlığı Konusundaki Görüşleri 49
4.2.4 Deneklerin Evlilik Öncesi Cinsellik Konusundaki Görüşleri 50
4.2.5 Deneklerin Çocuk Sahibi Olma Konusundaki Görüşleri 51
4.3 Deneklerin Adölesan Gebeliklerle İlgili Görüşleri 53
4.3.1 Deneklerin Adölesan Çağda Çocuk Sahibi Olma ve Gebelikle İlgili Düşünceleri 53
4.3.2 Adölesan Gebelikleri Önleme İle İlgili Görüşleri 57
5. Tartışma 65
6. Sonuç 71
7. Kaynaklar 72
8. Ekler 84

KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

UN: Birleşmiş Milletler

GnRH: Gonodotropin Releasing Hormon

LH: Luteinizan Hormon

FSH: Follikül Stimüle edici Hormon

SES: Sosyo Ekonomik Seviye

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

ACOG: American Collage of Obstetrics and Gynecology

EMR: Erken membranrüptürü

PEMR : Preterm erken membranrüptürü

CYBH: Cinsel yolla bulaşan hastalıklar

USG: Ultrasonografi

TCK: Türk Ceza Kanunu

KHD: Kadın Hastalıkları ve Doğum

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. 2008 ve 2013 yılı TNSA verilerine göre adölesan doğumların karşılaştırılması. 24

Tablo 2. Ericson'un gelişim dönemleri 26

Tablo 3. Çalışma Takvimi 40

Tablo 4. Demografik parametrelerin çalışma popülasyonunda cinsiyete göre dağılımları 42

Tablo 5. Medeni hal ve evlilikle ilgili parametrelerin çalışma popülasyonunda cinsiyete göre dağılımları 44

Tablo 6. Nikah konusundaki düşüncelerin eğitim, yaş, hane geliri ve cinsiyete göre dağılımları 45

Tablo 7. Evlilikte kadın ve erkek arasında olmasını uygun görülen en fazla ve en az yaş farkının eğitim, yaş, hane geliri ve cinsiyete göre dağılımları 46

Tablo 8. Kadın için en uygun evlenme yaşı konusunda deneklerin eğitim, yaş, hane geliri ve cinsiyete göre dağılımı 47

Tablo 9. Erkek için en uygun evlenme yaşı konusunda deneklerin eğitim, yaş, hane geliri ve cinsiyete göre dağılımı 48

Tablo 10. Cinsiyet fark etmeksizin 19 yaş öncesi yapılan evliliklere özel bir danışmanlık hizmeti ve eğitimin kimler tarafından verilmesi gerektiği sorusuna verilen yanıtlar. 50

Tablo 11. Eğitim, yaş, hane geliri ve cinsiyete göre evlilik öncesi cinsellik hakkındaki görüşler 51

Tablo 12. Eğitim, yaş, hane geliri, cinsiyete göre kadın ve erkek için önerilen en erken çocuk sahibi olma yaşları 52

Tablo 13. Deneklerin 19 yaş öncesi çocuk sahibi olma hakkındaki görüşleri 54

Tablo 14. Son 10 Yılda Aile ve Yakın Akrabalarında Adölesan Gebe Var mı? 55

Tablo 15. Deneklerin adölesan gebelikler konusundaki önermelere verdikleri yanıtlar 56

Tablo 16. Adölesan gebelik izlemi özel olmalı mı? Bu gebeliklerin izlemi özel olmalı ise gerekçesi nedir? 57

Tablo 17. Deneklerin adölesan gebelikleri önleme ile ilgili görüşleri 58

Tablo 18. Adölesan Gebelikleri Azaltmak Anne ve Bebek Ölümlerini Azaltır mı? 59

Tablo 19. Adölesan Dönemdeki Evlilikler Hakkındaki Kanunlar Yeterli mi? 60

Tablo 20. Deneklerin Üniversite Öncesi Dönemde Yaşa Göre Yapılandırılmış Cinsel Eğitim Hakkındaki Görüşleri 61

Tablo 21. Deneklerin Üniversite Öncesi Cinsel Eğitim Alıp Almadıkları ve Bu Konuda Düşünceleri 62

Tablo 22. Erken yaştaki gebelikler konusunda tıbbi anlamda kimler eğitim vermeli? 63

Tablo 23. Deneklerin adölesan gebeliklerin yakın takibini topluma, ailelere, özellikle de gençlere anlatmak için en etkin yol hakkında görüşleri. 64

Tablo 24. Regresyon analizi sonuçları 64

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Gonadotropinlerin salınımında yaşam boyu oluşan değişimler 6

Şekil 2. Kızlarda meme ve pubik gelişimin evrelemesi. (Tanner Skalası) 7

Şekil 3. Dünyada Ortalama Adölesan Fertilite Oranları 23

1. GİRİŞ

Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanan adölesan dönem, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler (UN) tarafından 10-19 yaşlar arasındaki dönem olarak kabul edilmektedir (1,2,3). Ancak adölesan çağda yapılan çoğu araştırmada toplumlar arası kıyaslama yapılabilmek için genellikle 15-19 yaşlar arasındaki dönem adölesan dönem olarak incelenmektedir. Etnik köken, sosyo-kültürel gelişim, sosyo-ekonomik, genetik ve çevresel koşullar insan hayatındaki gerek ruhsal gerekse bedensel gelişimin önemli bir süreci olan bu dönemi etkilemektedir. Bu yüzden adölesan dönem incelenirken gencin içinde yaşadığı toplumun özellikleri de büyük önem taşımaktadır.

Coğrafi bir bölgenin geleneksel konulara bakış açısını belirlemekte; toplumun dışa açık olup olmaması, geleneksel özellikleri, ekonomik yapılanması, entelektüel düzeyi gibi çok sayıda etmen etkili olmaktadır. Özellikle ilgili toplumun devamlılığını sağlayacak olan evlenme ve üreme gibi konuların söz konusu olduğu durumlarda bu etmenler fazlaca ağırlık kazanmakta ve o toplumun konuya bakış açısını belirlemektedir. Bu etmenlerin değişkenlik gösterme olasılığı olduğu her türlü toplumsal farklılaşma adölesan evlilik ve gebeliklerle ilgili olarak farklı yaklaşımlara yol açmaktadır. Özellikle Türkiye gibi toplumsal yapısı bölgeden bölgeye büyük farklılıklar gösteren coğrafi alanlarda farklılaşma daha belirgin olmaktadır. Her ne kadar kentleşme sürecini tamamlamış ve çekirdek aile yapısı modeline göre yaşamakta olan toplulukların bulunduğu bölgelerde adölesan evlilik ve gebelik oranı gelişmiş ülkelerin oranlarına daha çok benzerlik gösterse de, kırsal bölgelerde geleneksel yapının tetiklediği bir adölesan çağda evlenme ve gebe kalma eğilimi bulunmaktadır (1,4). Bu nedenle hem dünyanın farklı ülkelerinde hem de bu ülkelerin farklı bölgelerinde değişik oranlarda adölesan gebelikler olup, ciddi bir toplumsal sorun oluşturmaktadır.

Dünyada her yıl 15-19 yaşlar arası 16 milyon adölesan doğum yapmaktadır ve bu gebeliklerin büyük bir kısmı gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir (3,5). Dünya sağlık örgütü (DSÖ)2014 yılında, tahmini doğurganlık hızı ile ilgili olarak, 2006-2011 yılları arasındaki verileri Dünya Sağlık İstatistikleri başlığı altında yayınlamıştır. Bu listelerde şaşırtıcı olarak pek çok ülkede gelişmişlik düzeyinden bağımsız olarak yüksek oranda adölesan gebeliklere rastlanmaktadır (6). Bu durum bize adölesan evlilik ve gebeliklerin farklı etiyolojik nedenleri olabileceğini düşündürmektedir.

Etiyolojik kökeni ne olursa olsun adölesan dönemde bir kızın evlenmesi ve dahası gebe kalması hem bedensel, ruhsal hem de sosyal çıktıları olan önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Yalnızca çok genç yaştaki bir bireyin tıbbi sorunu ile sınırlı olmayan bu konunun toplumun tamamını çeşitli yönleriyle olumsuz yönde etkilemesi muhtemeldir. Bu gerçeğin farkında olan pek çok gelişmiş ülke bu bağlamda birçok çalışma yapmakta ve bu sorunu çözmeye çalışmaktadır (7).

Adölesan gebeliklerin yarattığı toplumsal kaygılardan başka neden olduğu bireysel tıbbi sonuçlar da dikkat çekicidir. 19 yaş öncesi yaşanan bir gebelikte ergenin gerek fiziksel gerek psikolojik gelişimini tamamlamamış olmasından dolayı peri ve postnatal mortalite ve morbiditenin olumsuz yönde etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (5,8). Adölesan dönemdeki kızların cinsel ilişki, kontrasepsiyon, gebelik, anne olma, gebelikte görülen komplikasyonlar, bebek bakımı gibi konularda çoğu kez yetersiz bilgi sahibi olmaları nedeniyle bu dönemdeki gebelikler yalnızca anne için değil, doğan bebeğin sağlığı için de ciddi sorunlar oluşmasına neden olmaktadır (9,10,11,12).

Adölesan dönemdeki gebelikler konusunda ülkemizde yapılan çalışmaların pek çoğu bu dönemde görülen gebelik sorunları üzerinedir (12,13,14). Oysa konunun sosyal, hukuki, ekonomik, kültürel pek çok boyutu da bulunmaktadır. Klinikte bu vakalarla karşılaşan başta Aile Hekimleri ve Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanları, konunun boyutlarıyla tümüyle yüzleşmek zorunda kalmaktadırlar. Ancak çoğu kez araştırmalar konunun tıbbi boyutu dışında diğer yönlerini derinlemesine irdelememektedir. Adölesan evlilik ve gebelikler yukarıda tanımlandığı gibi toplumsal yapıdan yoğun olarak etkilendiğinden, ülkemizi tanımlayan ve toplumun konuyla ilgili duygu ve düşüncelerini özetleyen çalışmaların önemli olduğu düşünülmektedir. Ancak maalesef bu tür çalışmalara ne tıp bilimlerinde ne de sosyolojide çok sık rastlanmaktadır.

Bu çalışmada toplumun adölesan gebeliklere bakışını ve sağlık çalışanlarından neler beklediklerini saptamak amacıyla:

- Demografik bilgiler,
- Evlilik konusundaki görüşler (Nikah, evlilik yaşı, evlilik danışmanlığı, evlilik öncesi cinsellik, çocuk sahibi oma)
- Adölesan gebeliklerle ilgili görüşleri (Adölesan çocuk sahibi olma ve gebelikleri ile ilgili, adölesan gebelikleri önleme ile ilgili)

görüşleri araştırılmıştır.

Bu çalışmanın amacı, sağlık kurumlarına başvuran hasta popülasyonundan randomize olarak çalışmaya dahil edilen bir örneklem üzerinde toplumun adölesan gebeliklere bakış açısını gözlemlemek ve toplumun konu ile ilgili gereksinimlerini saptamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

Adölesan dönem, kişinin fiziksel, sosyal, endokrinolojik ve psikolojik olarak hızlı gelişim gösterdiği bir dönemdir. Ancak bu hızlı gelişim ile birlikte ergeni çeşitli riskler de beklemektedir. Menarş ile birlikte kuramsal olarak doğurganlık yaşına giren adölesanın, kendi vücudunda hızla ortaya çıkan değişimleri anlamaya çalışırken oldukça zorlandığı bir gerçektir. Bu dönemde tüm bu zorlanmanın üzerine, adölesan birey bir de gebelik ile karşılaştığında ortaya hem birey için hem hekim için yönetilmesi oldukça zor olan bir durum çıkacaktır. Gerek gebeliğin fizyolojisinden kaynaklanan süreç, gerekse gebelikten kaynaklanacak olan sosyal statü değişimi ergenlik sorunları ile birleştiğinde durum kişi için giderek daha karmaşık bir hal alacaktır.

Ne yazık ki ülkemiz güncel durumunda adölesan evlilikler ve gebelikler toplumun yüzleşmemiz gereken bir parçasıdır. Bununla baş edebilmek ve sağlık yönünden daha ideal yaşlarda evlilik ve gebeliklerin benimsenmesini sağlamak birçok paydaşın yanında birinci basamak sağlık hizmetlerinin de asli görevleri arasındadır. Ancak çoğu kez tıp mensupları dahi konunun yeterince farkında olmayabilmektedir.

2.1 Tanımlar

2.1.1 Adölesanın Tanımı

Ergenlikle eş anlamlı olarak da kullanılabilen *"Adölesan"* kelimesi Latince *"Adolescere"* kelimesinden türetilmiş olup, *"erişkinliğe geçiş"* anlamına gelmektedir (9). Birleşmiş Milletler (UN) ve DSÖ adölesan dönemi bu süreci belirleyen etmenlerden bağımsız olarak tüm toplumlarda 10-19 yaş arasındaki zaman olarak tanımlamaktadır (1,2). Çocukluktan erişkinliğe geçiş aşaması olan adölesan dönem; etnik köken, sosyo-kültürel gelişim, sosyo-ekonomik, genetik ve çevresel koşulların ergenlikte etkili oluşu gibi pek çok faktörden etkilenmekte ve başlama yaşından süresine kadar adölesan yaş aralığının tüm yönlerini biçimlendirmektedir.

Homojen bir dönem olmayan adölesan süreci fiziksel ve psikolojik gelişim yönünden de farklılıklar gösterir. Bu yüzden adölesan dönem incelenirken kendi içerisinde kısımlara ayrılarak sınıflanır. DSÖ makalelerinde adölesan dönem bazı durumlarda iki, bazı durumlarda da üçe ayrılarak incelenmektedir. Buna göre adölesan dönem üçe bölünerek incelendiğinde;

- Erken adölesan dönem (10-14 yaş),
- Orta adölesan dönem (14-17 yaş),
- Geç adölesan dönem (17-19 yaş-bazen genişletilerek 21-22 yaşa çıkabilmektedir)

olarak sınıflanırken (14,15), ikiye bölünerek incelendiğinde ise;

- Erken adölesan (10-14 yaş)
- Geç adölesan dönem (15-19 yaş)

olarak değerlendirilmektedir (16). Adölesan yaş grubundaki evlilikler ve gebeliklerin sınıflandırılması ve gruplandırılmasında uluslar arası karşılaştırılabilirlik anlamında kolaylık sağladığından ikinci sınıflama çoğu uluslar arası kuruluş tarafından da kullanılmaktadır (5).

2.1.1.1 **Prepuberte Döneminin Tanımı**

Prepubertal dönem puberte belirtilerinin ortaya çıkmasından hemen önceki yıllar olup, adölesanlığın da başlangıç yılları olarak kabul edilmektedir. Adölesan dönemin baş aktörü olan hormonlar puberte öncesi dönemde henüz sessizdir. Adölesan Pubertal dönemin hormonal anlamda başlangıcını özellikle Gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH; Gonodotropinereleasing hormon) belirlemekte olup, prepubertal döneme kadar bir anlamda uykudadır. Prepubertal dönemle beraber GnRH'ın pulsatil salınımı başlar ve seks hormonları üzerine etkinlik kazanır (17).

2.1.1.2 **Puberte Döneminin Tanımı**

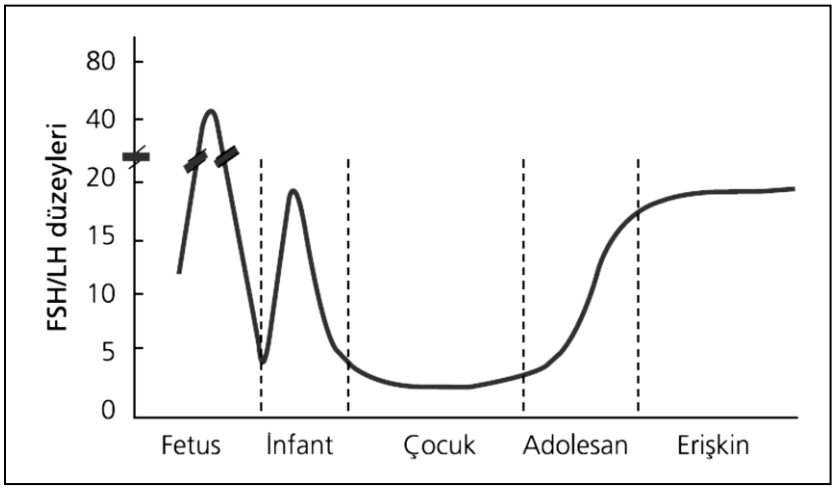
Hormonal anlamda tetiklenen puberte süreci ile beraber her iki cinsiyette fiziksel olarak belirgin değişiklikler meydana gelir. Hem hormonal hem de fiziksel olan bu değişimlere paralel olarak cinsiyete özgü önemli psikolojik etkilenimler ve değişimler de oluşur. Adölesan dönemin hemen hemen sonuna dek sürecek olan bu değişimler sonucunda her iki cinsiyetteki bireyler fizyolojik ve psikolojik yönden birer erişkin haline dönüşür.

Puberte sırasında gözlenen fiziksel değişiklikler her bireyde aynı hızda olmadığı gibi, cinsiyetler arasında da bazı farklılıklar görülebilir. Gözlenen değişiklikler ana hatlarıyla her iki cinsiyette de benzer başlıklar altında toplanabilir. Aşağıda sıralanan bu

başlıkları anlayıp izleyebilmek için kişisel varyasyonlar ve genel aşamalar hekim tarafından iyi bilinmelidir (18). Bu aşamalar;

- Boyun ve ağırlığın artışı,
- Sekonder seks karakterlerinin gelişimi,
- Yağ ve kas dokuları dağılımının ve miktarının değişmesi
- Dolaşım ve solunum sistemlerindeki değişiklikler

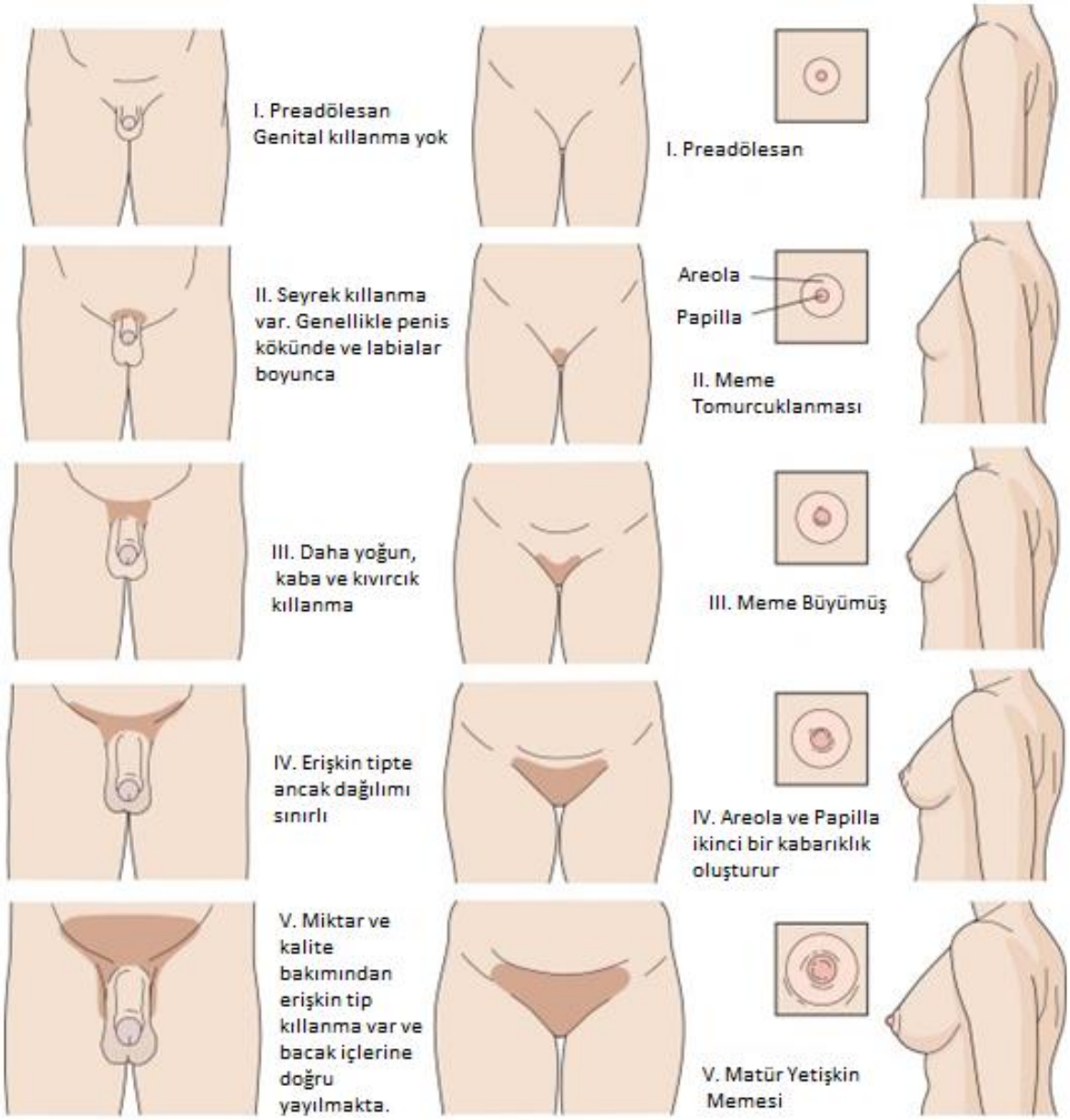
Puberteden önce hipofizer ve gonadal hormon düzeyleri düşüktür. Puberte başlangıcında gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) üzerindeki inhibisyon kalkar ve pulsatil olarak salınmaya başlar. Bunun sonucunda Luteinize hormon (LH) ve Follikülstimüle edici hormonun (FSH) döngüsel salınımı gerçekleşir (14). Her iki hormonun da kızlarda ve erkeklerde seksüel gelişim yönünden farklı görev ve işlevleri bulunmaktadır. Erkeklerde LH, testislerden testosteron salgılanmasını uyarırken, FSH sertoli hücrelerini uyararak, spermatogenezi sağlar. Kızlarda ise FSH granüloza hücrelerini uyararak follikül ve östrojen yapımını sağlarken, LH korpus luteum yapımını uyarır. Böylelikle her iki cinsiyette de ergenliğe geçilmiş olur. (Şekil-1)



Şekil 1. Gonadotropinlerin salınımında yaşam boyu oluşan değişimler (1).

Hormonal aktivitenin başlamasıyla adölesanda sekonder seks karakterleri de gelişmeye başlar. Ancak her adölesanda farklı zamanlarda ve farklı süreler içerisinde olan bu dönemdeki meme ve pubik kıllanmadaki değişimler Tanner evreleri olarak adlandırılan beş evre ile standardize edilmektedir. Bu evrelerdeki aksaklıklar adölesanda gelişim bozuklukları yönünden yol göstericidir (Şekil 2). Puberte gelişimi kızların %85'inde meme gelişimi (telarş) ile başlar, %15'inde ise başlangıç pubik kıllanma şeklinde olur (pubarş).

Bu seksüel kıllanma adrenal androjenlerin özellikle de dehidroepiandrosteron sülfatın artışı (adrenarş) sonucu olur. Bu hormonal gelişim evrelerini menarş izler. Meme gelişimi ortalama 10.4 yaşında başlar; ancak 8-13 yaşlar arasında başlaması normal kabul edilir (17). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalara göre ortalama meme gelişimi 5 yıl kadar sürmektedir. Menarşın ise meme gelişiminden 2 yıl sonra ve meme gelişiminin 3 ya da 4. evresinde oluştuğu göz önüne alındığında menarştan hemen sonra evlenen ya da gebe kalan bir adölesanın henüz meme gelişimini tamamlamamış olduğu ortaya çıkmaktadır (18).



Şekil 2. Kızlarda meme ve pubik gelişimin evrelemesi. (Tanner Skalası)

2.1.1.3 **Erişkinlik Dönemi Tanımı**

Erişkin birey, sorumluluk alabilen, kimlik duygusu oluşmuş, kendi yaşantıları ve deneyimleri olan, öz sorumluluk duygusu gelişmiş bireydir (19). Yetişkinlik yasal, biyolojik, toplumsal ve psikolojik öğeleri içeren bir süreçtir (19). Erişkinlik süreci Türk Medeni kanununda terminolojik olarak ***"erginlik"*** olarak tanımlanmaktadır.

4721 sayılı kanun olan ve 22.11.2001 tarihinde yayınlanan Türk Medeni Kanununun; 11. maddesi olan erginlik başlıklı bölümünde "Erginlik on sekiz yaşın doldurulmasıyla başlar. Evlenme kişiyi ergin kılar." tanımı yer almaktadır. Ayrıca aynı kanunun 12. maddesinde "On beş yaşını dolduran küçük, kendi isteği ve velisinin rızasıyla ergin kılınabilir." tanımı da erişkinlik döneminin yasal olarak çerçevesini belirlemektedir. Bunlara göre 10. maddede "Ayırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergin kişinin fiil ehliyeti vardır." denmektedir. Buradan da anlaşılacağı gibi erişkinlik yasalara göre 18 yaşın dolması ile başlasa da 17 yaşından küçük olmamak kaydıyla evlenmek gibi bazı koşullar kişiyi kanun önünde erişkin kılmaktadır. Ancak, yine aynı kanunun 124. Maddesi, 17 yaşından önce evlenmeyi her iki cinsiyet için yasaklamakla beraber, özel bazı durumlarda hakimin takdiri ve veli veya vasilerin dinlenmesi koşulu ile 16 yaşını doldurmuş kişiye mahkemece evlilik izini verilebileceğini söylemektedir.

Her ne kadar yasalar adölesan ve erişkinlik dönemlerini rakamsal verilerle sınırlayabilse de tıbbi ve sosyolojik açıdan adölesan ve erişkinlik dönemleri çağdaş gelişmeler doğrultusunda gelişimsel farklılıklar gösterebilmektedir. Bu anlamda doksanlı yıllardan bu yana tartışılmaya başlanan yeni bir gelişimsel dönem tanımlanmaktadır. Uluslar arası literatürde *"Emerging Adulthood"* denen bu döneme dilimizde *"Beliren Yetişkinlik"* dönemi denmektedir. Adölesan ve erişkinlik arasındaki yıllar olan 18-25 yaş arası dönemi kapsayan bu dönemde kişinin birçok alanda yeni deneyimler kazandığı ve karşısına çıkan yaşam seçeneklerini özgürce deneyimlediği varsayılmaktadır. Bu dönemin adölesan ve erişkinlikten farklı bir dönem olarak ortaya çıkmasında ekonomik, demografik ve kültürel etmenlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Sanayi devrimi ile birlikte değişen yeni düzende bilginin daha önemli bir hale gelmesi ile beraber eğitim süresi de uzamıştır. Buna bağlı olarak evlenme ve ebeveyn olma yaşı gibi demografik değişkenler daha ileri yaşlara kaymıştır. Aynı zamanda gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de kendini

gösteren ve bireyi ön plana çıkaran kültürel yapı da bu yeni süreci desteklemektedir.Ülkemizde bu yeni dönemin gözlenmeye başladığı, ancak milli kültürümüze özgü bir biçimde yaşanacağı öngörülmektedir (20,21).

Birçok yazar beliren yetişkinlik döneminin genellikle kentlerde yaşandığını düşünmektedir. Ülkemiz gibi ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde, kentsel ve kırsal bölgeler arasında açık kültürel farklılıklar vardır. Bu farklara bağlı olarak gelişmekte olan ülkelerde kentlerde yaşayan insanlar, kırsal alandaki genç insanlara göre yukarıda tanımlanmış olan ekonomik, demografik ve kültürel etmenlerin etkisiyle beliren yetişkinlik dönemini daha yoğun deneyimlemekte ve buna bağlı olarak daha geç evlenip, daha geç çocuk sahibi olmaktadırlar. Bunun tersine, gelişmekte olan ülkelerin kırsal alanlarındaki gençinsanlar düşük düzeyde eğitim almakta, erken evlenmekte ve tarım dışında çok az iş seçeneğiyle karşılaşmaktadır (22). Bu bağlamda erişkinlik kavramı toplumun yapısından etkilense de biyolojik, psikolojik ve sosyal anlamda bireyin kendi kendini yönetebildiği bir dönemdir.

2.1.2 **Sosyal Açıdan Evlilik Tanımı**

4721 sayılı kanun olan ve 22.11.2001 tarihinde yayınlanan Türk Medeni Kanununun 185. maddesine göre evlilik; kadın ve erkek tarafından birlikte yaşamak, birbirine sadık kalmak, yardımcı olmak, çocukların bakım ve eğitimine beraberce özen göstermek amacıyla kurulan birliktir. Evlilik, insanlık tarihi kadar eski, çeşitli gelenekleri ve kuralları olan bir toplumsal olaydır. Hitit mitolojisinde yer tanrı ile gök tanrının her yıl birleşmesinin kutlanması insanoğlunun kadın-erkek birlikteliklerini kutsallaştırmak ve resmileştirmek konusunda çok eskiye dayalı gelenekleri olduğunun bir göstergesidir (23) . Bu mitolojik inanışa göre toprak ana yani yer tanrı ile gök tanrının her yıl ilkbaharda birleşmesi sonucu oluşan çocukları yeryüzünün bolluk ve bereketi anlamına gelmektedir. Öyle ki, ilk çağlarda insanlar eğer ilkbaharda bu birlikteliği kutlamazlarsa kıtlık ile karşılaşacaklarına inanırlardı. Bazı bölümleri günümüz düğünlerine kadar gelmiş olan çeşitli oyun ve hareketlerden oluşan bu kutlamaya da kutsal evlilik "hieros gamos" denmekteydi (24).

Çocukların evliliğin bereketi olarak algılandığı ilk çağlardan günümüze dek birlikte yaşama temeline dayanan, korunma, güvenlik, özellikle üretim ve sosyal nedenlerden dolayı bir arada yaşayan insanlar topluluğu olan ailenin, zamanla değişen yaşam şartları nedeniyle yapısı ve amacı da değişmiştir. Sanayi devriminin toplum yaşamında

oluşturduğu büyük değişiklik sosyal ve ekonomik pek çok kurum ve olayı etkilediği gibi, aile kurumunu da etkilemiştir.

Sanayi devrimine kadar olan dönemde gözlenen, birkaç kuşağın bir arada yaşadığı, erkek egemen ve belirli bir hiyerarşisi olan geleneksel aile, yerini bu dönemle birlikte anne, baba ve çocuklardan oluşan iki kuşağı kapsayan ve temelini evlilik bağının oluşturduğu çekirdek aile tipine bırakmaya başlamıştır. Bu gelişim eş seçimini, çocuk yetiştirmeyi, ailedeki hiyerarşik düzeni de temelden değişikliğe uğratmıştır. Öyle ki; artık komşu kızıyla ya da oğluyla veya ailenin istediği bir kişi gibi toplum ve çevrenin kurallarıyla değil, ferdin kendi seçtiği kişilerle evlenilmeye başlanmıştır. Ailelerin yaşam şekilleri de değişmiş, geleneksel ailede bir arada yaşayan bir kaç kuşak evli çift, günümüz koşullarında bireyselliğin daha çok ortaya çıktığı bir dönemde ayrı evlerde kendi hayatlarını yaşamaya başlamıştır.

20. yy'ın ortalarına kadar evlenilecek ideal bir kadından; iyi bir aşçı, iyi bir anne, dikiş dikmeyi bilen, ev işlerini iyi yapan bir kadın anlaşılırken, değişen hayat şartları bu beklentileri de değiştirmiştir. Bu beklentiler ülkemiz için pek çok sosyal sınıf ve çevrede halen geçerliliğini sürdürse de çağdaş yaşam seçeneklerinde kadının tanımlaması büyük oranda değişmiştir. Sosyal yaşamda kendine bir yer ve statü edinen kadın, ekonomik özgürlüğünü kazanıp çalışma hayatına girdikçe aile içerisinde hizmet gören sıfatlarından sıyrılıp, erkek cinse daha eşit olan bir konuma yükselmeye başlamıştır. Bu şekilde özel yaşantıları ve evliliklerinde her iki cins, evlilik için sevgi ve ortak yaşam anlayışını ön planda tutmaya başlamıştır. Gelişmiş ülkelerde evlilikte kadın ve erkeğin birbirlerini romantik olarak sevmeleri; ortak, dost, sırdaş olmaları temelde aranan özelliklerdendir. Ancak, duygusal temele dayalı bu tür evliliklerde boşanmalar da sık görülmektedir. Artan boşanma sayısı yanında daha çok batı toplumlarında görülen birlikte yaşama şekli artık evliliklerin yerini almaya başlamış gibi görünmektedir (25).

Dünyada ve özellikle batı toplumlarında durum böyle iken Türkiye'de neslin devamı için gerekli ve kutsal bir kurum olarak görülen evlilik, kırsalda ve kentte farklı anlayışlar ve beklentilerle yapılmaktadır. Genellikle sosyoekonomik ve sosyo-kültürel seviyesi yüksek ailelerin çocukları beliren yetişkinlik dönemini olması gerektiği gibi yaşamaktadır. Bu ailelerin çocukları adölesan dönemde genellikle eğitimlerine ağırlık vermektedirler. Ancak sosyoekonomik ve kültürel seviyesi düşük ailelerin çocukları genellikle beliren erişkinliği yaşamadan olgunlaşmak durumunda kalmakta, hayatın

rutinine olabilen en erken dönemde katılmakta ve hatta adölesan dönemde evlenip çocuk sahibi olmaktadırlar.

Evlilik ile temelleri atılmış olan aile için pek çok farklı tanımlama olmakla birlikte, genel anlamda Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu'nun tanımlaması kullanılmaktadır. Bu tanımlamada "Aile, kan bağlılığı, evlilik ve diğer yasal yollardan, aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve çoğunlukla aynı evde yaşayan bireylerden oluşan, bireylerin cinsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılandığı, topluma uyum ve katılımlarının sağlandığı ve düzenlendiği temel birimdir" denmektedir (26). Ancak aile yapısı ve ailede kadının yeri zaman içinde toplumun gelişimi ile birlikte değişikliğe uğramıştır.

Cumhuriyet öncesine bakıldığında pek çok haktan yoksun olan kadın, evlilik konusunda da söz sahibi değildir. Ancak Osmanlı İmparatorluğu'nun son dönemlerinde, özellikle ikinci meşrutiyet ile birlikte kadının eğitimi ve toplum içindeki yeri yavaş yavaş tartışılmaya başlanmıştır. Bu konu hakkında gazete ve dergilerde çeşitli yazılar yazılmıştır. Bu dönemde kadın ve toplum üzerine pek çok yazı yazan Ziya Gökalp'e göre Orta Asya Türk'lerinde aile "boy, soy, Törkün ve bark" olarak derecelendirilmiştir (27). Boy; Oğuzlarda ailenin adı olup, ailede kadınlar erkeklerle eşittir ve çocuklar anneye aittir. Yine Ziya Gökalp'e göre Soy; çekirdek ailenin dışındaki amca, dayı, teyze gibi atalardır. Törkün; bir evde oturan asıl aile mensupları olup en son derece olan Bark; evlenen kadın ve erkeğin açmış oldukları evin adıdır. Öyle ki, günümüzde bile "evlenip, barklanmak" deyimi halen güncelliğini korumaktadır. Buradan da anlaşılacağı gibi Türk'lerde çekirdek aile yapısına çok eski tarihlerde ulaşılmıştır (28).

Değişen toplum yapısı ile farklılaşan aile yapısını inceleyen Ziya Gökalp'e göre Konak denilen aile tipi, İslamiyet'in kabulünden sonra Bizans, Arap ve İran adetlerinin baskın olduğu kadınların sosyal hayattan soyutlanıp hareme kapandığı dönemsel bir aile tipi olarak belirtilmiştir. 19. yüzyılın ikinci yarısında ise toplumdaki değişim, savaşlar nedeniyle erkek nüfusun azalması ve ekonomik iş gücü ihtiyacı sebebiyle kadınlar sosyal hayatta yerlerini almaya başlamışlardır. Ziya Gökalp ve Halide Edip gibi Osmanlı aydınlarının bu konudaki yazıları ve görüşleri etkili olmuş ve 1917'de "Aile kararnamesi" çıkarılmıştır (27).

Bu akım Cumhuriyet sonrası da ilerlemiş, kadının evlilik ve diğer konularda karar vermesinde etkili olmuştur. Kadınların evlenme konusunda Cumhuriyet sonrasında

edindikleri haklar her ne kadar gelişmiş özellikte olsa da günümüzde kırsal bölgelerde daha çok geleneklerin hakim olduğu yerlerde erken yaşlarda evlilik yapılması halen doğal karşılanmaktadır. Bu kırsal bölgelerde ve kentsel alanların sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyi düşük olan yerlerinde erken yaşta evlilik bir anlamda kurtuluş gibi algılanmakta ve ailenin mevcut zorlantılarından bir uzaklaşma aracı olarak da görülmektedir. Oysa aynı zamanda bu adölesanların kentteki yaşıtları bu çağlarda halen eğitimlerine devam etmekte ve ilk gençliklerinin gereklerini yaşamaktadırlar. Bu konudaki etmenlerden bir diğeri de ekonomik seviyesi düşük ailelerde yetişen adölesanların evlenmesiyle aileden bakımı zorlaştıran bir masraf kaynağının azalması şeklinde olan bakış açısıdır (29).

2.1.3 **Adölesan Yaş Gebeliklerinin Tanımı**

DSÖ'ye göre 10-19 yaşlar arası dönem olan adölesanlık, duygusal ve psikolojik yönden olgunlaşmanın yaşandığı bir dönemdir. Bu dönem, aynı zamanda teorik olarak doğurganlığın başlangıcı sayılan menarşı içeren cinsel açıdan bir gelişim dönemidir.

İnsan psikolojisini, kişinin içinde yaşadığı toplumla olan etkileşimlerine göre ele alan Ericson'a göre kimlik edinme döneminde olan adölesan, bu dönemden ya kimliğini edinmiş bir birey olarak çıkar ya da kimlik karmaşası içerisinde çıkar. Yani bu dönem yoğunlukla kimlik arayışı içerisinde geçer. Özellikle karşı cinsten kişilere, idollere, spiritüel konu ve öğretilere olan ilgi belirleyicidir. Bu dönemdeki gençlerin tipik olarak yaşadığı karasızlık ve şaşkınlık hali tanımlayıcıdır. En büyük mücadele çocuklukta edinilen ve çoğunlukla ailesel değerlere dayanan bilgi ve birikiminden yetişkinlik hayatında kullanacağı değer yargılarını geliştirmektir. (30). Kimlik ve değer yargıları geliştirmesi gereken ve hayata dair daha az sorumluluk taşınan bu dönemde evlenip annelik rolünü üstlenen, geçim mücadelesi ve hizmet etme sorumlulukları alan adölesan, hayatın önemli evrelerinden birisi olan bu süreci yaşamadan erişkinliğe atlamasına ve kimlik karmaşası yaşamasına neden olur.

Psikolojik açıdan adölesanda bütün bunlar yaşansa da ülkelerde gelişen bazı olaylar ve gelenekler bu çağdaki gebeliklere yaklaşımı değiştirebilmektedir. Cumhuriyetin ilk yıllarında ülkemizde savaş ve salgın hastalıklar nedeniyle azalan ülke nüfusunu arttırmak için devlet, adölesan çağdaki gebelikleri teşvik etmiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarında daha çok toprağa dayalı bir ekonomisi olan geniş aile modelinin gelenekselci yaklaşımı da buna yardımcı olmuştur. Bu dönemde benimsenen pronatalist politika ile adölesan çağda evliliklere (kadında 15, erkekte 17 yaş) izin verilmiş, 6 çocuk teşvik edilmiştir. (31).

Ancak, adölesan çağdaki gebelikler pre ve postnatal risklerde artışı da beraberinde getirmektedir (5). Bu yıllarda her dört bebekten birinin bir yaşına gelmeden öldüğü bildirilmektedir (32).

2.2 Adölesan Gebeliklerin Etiyolojisi

Adölesan çağdaki gebeliklerin pek çok nedeni olmakla birlikte, toplumların kültürel ve sosyal yapısıyla yakından ilişkili etmenler de bulunmaktadır. Beliren erişkinlik sürecinin nasıl yaşandığı ile ilgili olarak da değişen çok sayıda etiyolojik faktör bulunmaktadır. Bu anlamda adölesan gebelikleri yalnızca dünya çapında etkili olan genel faktörler çerçevesinde incelemek yetersiz gibi görünmektedir. Toplumsal etmenlerin önemli olarak yönlendirdiği bu olguyu ayrıca ülkemiz bağlamında da değerlendirmek doğru etiyolojik önermeler oluşturabilmek yönünden önemli olacaktır.

Beliren yetişkinlik döneminde çağdaş toplum yapısına uygun olarak yaşamı deneyimleyen ve bilgi toplumu olmanın itkisiyle eğitim süreçlerini ön planda tutan, ekonomik koşulları daha iyi olan toplumlarda, adölesan dönem gebeliklerinin en göze çarpan etiyolojik nedeni cinselliğin erken başlaması olarak gösterilmektedir. Oysa gelişmekte olan toplumlarda hakim olan daha muhafazakar, aile yapısı geleneksel aile modeline yakın olup, gelenekler ve toplumun sosyal yapısı yaşama daha erken yaşta başlamayı zorunlu kılan gruplardaki düzen bu gebeliklere hazırlayıcı faktör olarak göze çarpmaktadır.

2.2.1 Dünya genelinde Adölesan Evlilik ve Gebeliklerle İlgili Etiyolojik Faktörler

Her toplumun kültürel miras, ekonomik gelişmişlik gibi pek çok etmene bağlı olan tarihsel olarak geliştirdiği farklı kültürel ve sosyal değerleri bulunmaktadır. Toplumlarda adet ve gelenekler şeklinde nesilden nesile aktarılan bu değerler, bireylerin yaşam şekillerini belirlemede büyük rol oynarlar. İnsan yaşamındaki önemli dönüm noktalarından biri olan evlilik ve çocuk sahibi olmak da toplumların gelenekleri, adetleri, sosyokültürel ve sosyoekonomik değerleri ile yakından ilişkilidir. Bu nedenle bu maddeleri ayrı ayrı irdelemek yerinde olacaktır.

2.2.1.1 Sosyoekonomik düzey ile ilişkisi

Sosyoekonomik seviye (SES), çeşitli yöntemlerle ölçülebilen ve toplumsal araştırmalarda kişilerin davranış şekilleri, eğitimleri, yaşam standartları gibi konularda toplumun yapısını anlamamıza yardımcı olan bir parametredir (33). Yapılan araştırmalar, adölesan gebeliklerin görülme sıklığının da SES ile yakından ilişkili olduğunu göstermiştir (29) . Sosyoekonomik seviyesi yüksek toplumlarda adölesanlar ekonomik ve bireysel özgürlüklerini diğer toplum örneklerine göre çok daha erken edinmektedirler. Bu özgüven içerisinde çekirdek aile düzeninin çalışmaya dayalı yapısının da etkisiyle adölesanlar genellikle erken yaşta başlayan cinsel yaşam sonucu ergenin kontrasepsiyon konusunda yeterli bilgisi olmayışı nedeniyle istenmeyen gebelikler olarak karşımıza çıkar (34). Bununla birlikte, adölesan gebeliklerin araştırıldığı çalışmalarda sosyoekonomik seviyesi yüksek olan toplumlarda, düşük olan toplumlara göre ergen gebeliklerin daha az olduğu gözlemlenmiştir (35). Ayrıca sosyoekonomik seviyesi düşük, eğitim seviyesi yetersiz olan toplumlarda görülen adölesan gebeliklerin pek çoğunun erken yaş evlilikleri sonucunda görüldüğü ortaya konmuştur (36).

2.2.1.2 Sosyokültürel düzey ile ilişkisi

Adölesan dönem, insan yaşamında iyi yetişmiş bir erişkin birey olmak için gereken hazırlık dönemidir. Bu hazırlık döneminde adölesanın geleceğe bakışında ve yaşamını yönlendirmedeki en önemli etmenlerden biri eğitim ve öğretimdir. Yaşam boyu alınan eğitim ve öğretimin önemli bir bölümü ergenlikte geçmektedir. Bu dönemde edinilen birikimler ile adölesan, gelecekteki yaşamına yön verirken ya hayata erken bir başlangıç yaparak evlenip çocuk sahibi olmakta ya da eğitim ve öğrenimine devam ederek çocuk sahibi olmayı ötelemektedir. Tolumun ergene bakışı da buna büyük oranda yön vermektedir.

Maddi, manevi veya statü çıkarları için geleneksel veya kültürel gerekçeler ileri süren toplumlarda adölesan gebelikler gelişmiş ülkelere göre daha fazla görülmektedir (37,38,39). Buna karşılık sosyokültürel düzeyin yükselmesi beraberinde adölesana erken edinilmiş özgürlükler, ailenin de teşvik ettiği bireysel yaşam şartları sunar. Ayrıca sosyokültürel seviyesi yüksek toplumlarda görece daha sık karşılaşılan boşanmalar nedeniyle tek ebeveyn ile büyüyen adölesan, daha dışa dönük bir hayatı tercih etmektedir. Bunun sonucunda ev içinden çok sosyal yaşama itilen ergen, cinselliği de taşradaki hemcinslerinden daha erken yaşta yaşamaya başlamaktadır. Bu da üreme sağlığı

konusunda yeterli bilgisi olmayan adölesanı istemediği gebeliklerle karşı karşıya bırakmaktadır (5,40).

2.2.2 Türkiye'de Adölesan Evlilik Gebeliklerle İlgili Etiyolojik Faktörler

Ülkemizde evlilik ve aile kavramları kırsal bölgelerde ve kentsel alanlarda farklılıklar göstermektedir. Hatta kentsel alanlar içerisinde de kent yapısına bağlı değişiklikler gösterdiği düşünülmektedir. Bu farklılıkları yerleşim yerlerinin kendisinden çok bu alanlarda yaşayan nüfusun genel yapısı belirlemektedir. Nüfusun sosyolojik yapılanması içerisinde aile kavramına dair oluşan algı ve bu algıya uyumlu yaşam biçimleri temel etmenler olarak ön plana çıkmaktadır. Kentsel alanlarda çağdaş toplumlarla uyumlu şekilde çekirdek aile modeline uygun bir sosyal yapılanma görülürken, kırsal alanlar daha çok geniş aile yapısı çerçevesinde bir sosyal yapılanmaya sahiptir. Bu yapılanma farlılıkları temelde evliliklere ve aile kurumuna bakış açısını belirlemektedir.

2.2.2.1 Türkiye'de Aile Yaşamı ve Sosyal Yapılanma

Bireyin gelişimi açısından bakılacak olursa aile; insanın doğduğu, temel gereksinimlerinin karşılandığı, yaşama hazırlandığı çevresidir. Farklı tanımları olsa da aile, birbirleri ile biyolojik, psikolojik, sosyal, duygusal ilişkileri olan ve toplumu oluşturan en küçük birim olarak nitelenebilir (41). Devlet Planlama Teşkilatı Türk aile Yapısı Komisyonu aileyi "Kan bağlılığı, evlilik ve diğer yasal yollardan, aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve çoğunlukla aynı evde yaşayan bireylerden oluşan; bireylerin cinsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılandığı, topluma uyum ve katılımlarının sağlandığı ve düzenlendiği temel bir toplumsal birimdir" olarak tanımlamıştır. Ancak, toplumların yapısı ve kültürel özelliklerinden dolayı aile de farklı şekillerde karşımıza çıkmaktadır.

Geniş ya da geleneksel aile denilen aile yapısında; birkaç kuşak birlikte yaşar ve geçimlerini topraktan sağlarlar. Kırsal kesimde daha çok rastlanan bu aile tipinde ataerkil bir hiyerarşiden söz etmek mümkündür. Cinsiyete, yaşa, aile içindeki statüye bağlı olarak erkeğin soy çizgisine uygun bir otoriter yapı mevcuttur. Öyle ki ailenin reisi en yaşlı erkektir ve ekonomik konular dahil tüm söz hakkı onundur (42). Kadınlar arasında da yaş sıralamasına göre hiyerarşik bir yapı bulunmaktadır. Ailede kurallar genellikle din ve geleneklere göre konur. Toplumla aile arasındaki ilişki de bu kurallara göre düzenlenir. Genellikle topluma kapalı bir yaşayışı olan geniş ailede kişiler kararlarını tek başlarına

alamazlar. Örneğin; bir kızın lise ya da üniversitede okuması ve ya evleneceği kişiye ait karar aile tarafından verilir. Kişinin genellikle bu konuda pek söz hakkı bulunmaz.

Genellikle kentlerde yaşayan ve anne, baba ve çocuklardan oluşan aile tipine ise çekirdek aile denmektedir. Bu tip ailede akrabaların, inanç ve törelerin ailenin kararları üzerinde baskısı yoktur. Sanayi devrimi sonrası görülen bu aile tipinde eşler kendi düşünceleri doğrultusunda çocuk sayısına karar verirler. Bu tip ailelerde evlenme yaşı da geleneksel ailedeki evlenme yaşına oranla daha ileri yaşlardadır. Bununla birlikte çalışma şartlarının ağırlığı, modern yaşamın getirdiği bireyselleşme aile içi çatışmaları da beraberinde getirmekte ve boşanmalar artmaktadır.

Bu iki aile modeli arasında geçiş ailesi denilen aile tipinde tarımsal alanda teknolojinin kullanılmasıyla insana dayalı iş gücünün azalması sonucu köyden kente göç eden aileler bulunmaktadır. Genellikle gecekondu mahallelerinde oturan bu ailelerde çekirdek aileye geçiş yaşanıyormuş gibi görülse de değer yargıları ve aile içi etkileşimler geniş aile yapısında olduğu gibidir. Ancak gençler ve aile büyükleri arasında kurallar ve geleneklere uyum konusunda kuşak çatışması yaşanmaktadır. Evdeki büyüklerin geleneksel düzene uyum konusundaki baskılarına karşı gençler bireysel bağımsızlıklarını elde etme çabasındadırlar. Kent yaşamıyla sosyal anlamda da uyumsuzluk yaşayan bu aileler genellikle kendi yörelerinden ailelerle iletişime geçerler. Evlilikler de genellikle bu gruplar arasında olur. (26,41,42).

2.2.2.2 **Evlenme Olgusu ve Sosyal Statü**

Türk toplumunda sosyal bir kurum olan ailenin yapısı ve oluşum şekli, içinde bulunduğu toplumun kuralları, adet ve gelenekleri ile yakından ilişkilidir (43). Evlilik her ne kadar duygusal bağlar ve kararlarla oluşan bir yapılanmaya sahip gibi görünse de aslında işlerliği bakımından iki tarafı olan kurumsal bir yapıya sahiptir. Hatta Bu yapıya Kırgızlarda "küçük devlet" anlamına gelen bir tanımlamada bulunulmuştur. Bu yapının içerisine girildiği anda hem erkek hem de kadında toplumsal bir statü değişikliği oluşur ve fert ile toplum arasındaki kurumsal iletişimi sağlar.

Evliliğe karar veren kadın ve erkek, kurucu üyelerdir. Kırgız Türkçesinde bu kurucu üyeler için evlenmek anlamında iki farklı kelime kullanılır. Kadın için evlenirken "turmuşka-çıguu" (turmuş:hayat, çıguu:çıkmak) yani "hayata çıkmak", erkek için ise "üylönüü" yani (üy:ev, lönüü:lenme) evlenme kelimeleri kullanılır (44). Yani kız hayata çıkarak (baba evinden ayrılarak), erkekse ev kurarak yeni bir statü ve kimlik kazanır.

Evlenme ile kazanılan bu kimlik ve statü değişimi günümüz kanunlarında da farklı biçimde ele alınmıştır.

Türk medeni kanununda evlenme ile kişi, yaşına bakılmaksızın ergin kılınmaktadır (45). Evliliğine karar verilen birey adölesan yaşta dahi olsa yasalar karşısında ergin (erişkin) statüsüne geçer (46). Evlilik sonucu ergin olan kişi topluma karşı farklı bir statü ve sorumluluk almış olmaktadır. Henüz kimlik geliştirme döneminde olan ve toplum içerisindeki yerini araştırmakta olan adölesan, evlenmek suretiyle statüsnü değiştirmiş ve erişkin kategorisinde değerlendiriliyor olsa da üstlendiği yaşının çok üzerindeki sorumluluklarla mücadele edecektir. Bu adölesan eğer kadın ise bu sorumlulukların dışında ayrıca kadın olmaktan kaynaklanan kimlik mücadelesiyle ve hepsinden önemlisi anne olacak olmanın yüküyle de baş etmek zorunda kalacaktır.

2.2.2.3 **Cumhuriyet Tarihinde Nüfus Politikaları ve Üreme**

Türk tarihinde Cumhuriyet öncesi dönemde belirli bir nüfus politikası gözlenmemekle birlikte, Cumhuriyet sonrası dönemde iki farklı politika izlendiği görülmektedir. Bunlardan ilki Cumhuriyet'in kuruluşundan 1965 yılına kadar sürdürülen *"pronatalist"* yaklaşımdır. Savaştan yeni çıkmış, salgın hastalıklar nedeniyle de nüfusu azalmış bir toplumda iş gücünün sağlanması ve yeniden güçlü bir ordu yapılandırmak için çocuk yapmak özendirilmiştir. Bu dönemde 5 çocuklu ailelerden yol vergisi alınmamış, evlilik yaşı kadında 15, erkekte 17'ye düşürülmüştür (47). Bu politikalarla nüfus sayısı %43 artarak 1927'deki tahmin edilen 13.648.987 sayısından 1965 senesinde 31.391.421'e yükselmiştir. Bu hızlı artış ülkede nüfus artışı ile ilgili kaygılara yol açmıştır (48).

1965 sonrasında hızlı nüfus artışı ile ilgili sorunlar 5 yıllık kalkınma planlarında ele alınarak *"antinatalist"* bir politika izlenmeye başlanmıştır. Bu dönemde aile planlaması ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Günümüzde ise nüfusun "demografik fırsat penceresi" denilen yaşlı nüfusun çoğalmasından hemen öncesindeki genç nüfusun yoğunlukta olduğu dönemde olduğumuz varsayılmakta ve bu dönemi uzatmak için doğum oranları arttırılmaya çalışılmaktadır. (49) Ancak bu yapılırken de sağlıklı ve eğitimli bir genç nüfus sağlanmaya çalışılmalıdır. Aksi takdirde ekonomik olarak yeterince üretken olmayan, sağlık giderleri genç nüfusa göre fazla olan artmış bir yaşlı nüfus sorunu yanında, üretkenlik çağında olan ancak toplum ekonomisine yeterince katkısı olmayan artmış bir genç nüfus sorunuyla da karşı karşıya kalınabilinecektir.

2.2.3 Türkiye Sosyo-Kültürel Yapısında Adölesan Gebeliklere Zemin Hazırlamak Bakımından Evlilikler

Adölesan dönemdeki gebeliklere ilişkin risk faktörleri ülkelerin sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel yapılarına göre değişikler göstermektedir. Evliliklerle ilgili toplumdaki kültürel mirasın da bu konuda oldukça etkili olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde bu konuyla ilgili kültürel miras oldukça zengin olup çok sayıda evlenme tanımlanmıştır. Bu tanımlamalar genel anlamda iki kişinin evlenmesi ile sonuçlansa da evlenmeye giden yollar bakımından çeşitlilik arz etmektedir. Bunlar; görücü usulüyle evlenme, kız kaçırma, beşik kertme evliliği, berdel evliliği (bedel), ölen kardeşin karısıyla evlenme (levirat evlenme), baldızla evlilik (sorarat evlilik) gibi evlenme biçimleridir (50 ,51). Bu evlilik türlerinden günümüzde geçerliliğini koruyanları incelemek adölesan gebeliklerin ve evliliklerin sosyokültürel temelini anlamada bizlere ışık tutacaktır.

2.2.3.1 Akraba evliliği

Endogami (iç evlilik) aile içinden eş seçmek ve evlenmek anlamına gelir. Bu seçim tarih boyunca çeşitli şekillerde olmuştur. Endogami türleri arasında birinci derece akrabalarla evlenmekten, ikinci-üçüncü derece akrabalara kadar değişen yapılar vardır. Endogami türü evliliğin daha dar bir alt grubunu kapsayan akraba evliliği, Türkler'in İslamiyet'i kabulünden önce de var olan bir gelenektir. İslam Dini'nin kabulünden sonra ise ilk yeğenden yakın akraba ile olan evlilikler dinen haram kılınmıştır (52). Günümüzde Türkiye’de akraba evliliği genellikle amca ya da teyze çocuklarının birbirleri ile evlenmesi şeklinde olur. Evlilik kararını da genellikle ailedeki büyükler veririler. Her ne kadar bu evlenme şeklinin genellikle aile içi servetin dışarıya çıkmaması amacıyla yapıldığı görülse de günümüzde kırdan kente ya da farklı ülkelere göç eden ailelerin topluma kendilerini kapatıp aile içi bir dayanışma sağlamak amacıyla da yaptığı görülmektedir (53,54,55). Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre ülkemizde 2006 yılında yapılan evliliklerin %20,9'u akraba evliliğidir.

2.2.3.2 Kız kaçırma

Genellikle kız tarafının evliliğe karşı çıkmasından dolayı erkeğin kızı kaçırması sonucunda oluşan evliliklerdir. Ancak kızın rızası olmadan da erkeğin zorla kızı kaçırması ya da kızın kendisini kaçırması için erkeği zorlaması şeklinde de görülebilmektedir. Anadolu’da kız kaçırma şeklinde görülen evliliklerin temel nedenleri; düğün yapabilmek

için yeterli paranın bulunamaması, ailelerin evliliğe karşı çıkması ve başlık parasının (kalın) erkek tarafından karşılanamaması olarak görülmektedir. Kaçırma sonrası iki aile arasında çıkan gerginliğin yanında kızın kendi ailesi ile sorunlar yaşaması da olasıdır. Bu yüzden çoğunlukla kız kaçırma sonrasında ailede ebeveyn dışındaki büyükler arabuluculuk yapmaktadırlar. Anadolu'nun bazı bölgelerinde bu döneme "Dava temizleme süreci" denmektedir. Dava temizleme süreci, genellikle kız kaçırıldıktan itibaren başlayan 10–15 günlük bir süreçtir. Bu sürede aileler ve gençler barıştırılır.

Bazı yörelerde erkek evlenmek istediği kızın başörtüsünü (dezmal) zorla çözüp kaçırır. Bu olayda kızın başörtüsünün kaçırılması, kendisini kaçırma ile eş tutulur. Şekli her ne olursa olsun ailelerin rızası olmadan yapılan kız kaçırma yolu ile evlilik, genellikle toplumda uygun görülmemekle birlikte günümüzde bu tür evlilikler hala görülmektedir (51).

2.2.3.3 **Berdel**

Evlilik için bazı bölgelerde kız tarafına bir bedel ödenmektedir. Bu bedel para olarak verilirse buna başlık parası denir. Bazı bölgelerde gözlenen başlık parası yerine parasız takas yani ayni değiş tokuş olarak karşımıza çıkan duruma halk arasında "Berdel ya da Bedel" usulü evlilik denmektedir. Berdel usulü evlilikte aileler arasında erkeğe karşı kız, kıza karşı erkek verilir. Bu durumda bir çiftin evlenmesi için birbirlerine rızası olup olmadığı bilinmeyen başka bir çift de evlenmek zorunda kalır (53). Bu durumda genellikle berdel usulü ile evlendirilen çiftlerin yaşlarının ya da evliliğe hazır olup olmamalarının pek önemi olmamaktadır.

2.2.3.4 **Beşik kertmesi**

Bu evlendirme biçiminde birbirlerini seven iki aile arasında dostluğun pekişmesi için çocukların daha beşikte iken evlenmelerine karar verilir. Oldukça eski Türk geleneklerinden olan beşik kertmesi yöntemine Dede Korkut hikayelerinde de rastlanmaktadır (56). "Beşik kertmesi" çocukların beşiklerine kertme yani işaret konulmasından dolayı bu isimle adlandırılır. Bunun sonucunda kız ile erkeğin ileride kendi eşlerini seçme şansı kalmamaktadır. Çocuklar büyüdüklerinde birbirlerini beğenmeyip evlenmekten vazgeçerlerse cinayet ya da intihara kadar gidebilen sonuçları olabilmektedir. (50,57)

2.2.3.5 **Maddi çıkarlı zoraki evlilikler**

Halk arasında erkeğin evlenmek için kızın ailesine ödediği paraya başlık parası denmektedir. Genellikle kırsal kesimde görülen bu uygulamada bedel nakit olarak ödenmekle birlikte bazen altın, ev, bahçe, hayvan olarak da verilebilmektedir. Kadını satın alınabilir kılan bu uygulamada çiftler boşanır ya da kadın baba evine geri dönerse başlık parası erkek tarafına geri ödenir. Çok eski yıllara uzanan bu ilkel yöntemi kaldırmak için siyasi iradeler önlemler almaya çalışmışlardır. Osmanlı İmparatorluğu XIX. yüzyılda başlık parasını önlemek için yasal düzenlemeler yapmaya başlamış, Sultan Abdülmecit bu konuda bir ferman çıkarmıştır. Fermanda başlık parasının yasaklanması, uymayanlara hapis cezası verilmesine hükmedilmiştir (58). Tüm yasaklamalara rağmen günümüzde de devam etmekte olan başlık parası geleneği 2006 yılında (Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre) kırsalda %23,5, kentte %12,9 oranında görülmüştür (59,60).

2.2.3.6 **İş gücü çıkarlı evlilikler**

Kırsal kesimde yapılan evliliklerde kadının konumu yalnızca annelik ve ev işlerinde çalışmak olmayıp aynı zamanda tarlada ya da hayvanların bakımında da çalışmaktır. Bu yüzden kırsal kesimde yapılan evliliklerde erkek hem kendine bir eş seçmekte hem de eve yeni bir iş gücü de katılmaktadır. Pek çok yerde bu iş gücü karşılığında başlık parası adı altında belirli bir bedel ödenir. Kadın böylelikle evde, tarlada, akrabaların işlerinde ücretsiz çalışan işçi olmanın yanında çocuk doğurup büyüten ve bunları yapabildiği ölçüde görece olarak saygınlık kazanan bir konuma gelmektedir (61). Bu anlamda kadınların eğitimlerine devam etmesi demek bu iş gücünün hem zaman hem nitelik olarak kaybı anlamı taşıdığından, bu bölgelerde kızlar erken yaşlarda evlendirilmektedirler.

2.2.3.7 **Cinsel şiddet**

DSÖ şiddeti " yaralanma, ölüm, psikolojik zarar veya kayıp ile sonuçlanan veya bunlarla sonuçlanması muhtemel olan, kişinin kendisine, başka bir kişiye, bir gruba veya topluluğa karşı fiziksel şiddet ve gücün tehdit veya fiili olarak kasıtlı kullanımı " olarak tanımlamaktadır (62,63). Eğer şiddet bireyi isteği dışında baskı ya da güç kullanarak cinsel aktiviteye zorlama, zorla öpme, dokunma gibi fiziksel temas, cinsel içerikli sözel fantezilerin kullanılması şeklinde olursa buna cinsel şiddet denir (64). Cinsel şiddet ile birbirine oldukça yakın anlamlar taşıyan cinsel istismar çoğu kez birlikte kullanılan iki terimdir. Cinsel istismar, kişilerin başkaları tarafından cinsel olarak kötüye

kullanılmalarıdır. Cinsel şiddet/istismar, genellikle kadınlara ve kızlara uygulanan fiziksel ve psikolojik olarak ciddi sonuçları olan önemli bir toplum sorunudur (65). Ülkemizde 2008 yılında 24,048 hane halkı ile yapılan şiddet araştırmasında 15-24 yaş grubundaki kadınların cinsel şiddete maruz kalma oranı %13,5 olarak açıklanmış olup bu durumun kırda yaşayanlarda kentte yaşayanlara göre daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Yine aynı çalışmada şiddetin eğitim ve ekonomik durum ile ters orantılı olduğu belirtilmiştir (66). Her ne şekilde olursa olsun insan onuruna yakışmayan şiddet ve istismar, hukuksal ve tıbbi sonuçları nedeniyle toplum düzeni ve sağlığını ilgilendirmektedir. Akut dönemde oluşan sağlık problemleri yanında şiddet ve ya istismara uğramış kadınların psikolojik yönden aldıkları yara ileriki yaşlarda ciddi psikiyatrik sorunlara yol açabilmektedir (67).

Dünyada pek çok ülkede bu tür suçların cezaları yasalar ile belirlenmiştir. İngiltere'de 16 yaşından küçüklere penetrasyon düzeyindeki cinsel istismar müebbet hapisle cezalandırılırken, Amerika Birleşik Devletleri federal kanununda aynı suç için mağdur 12 yaşından küçükse 30 yıl ya da müebbet hapis, 12-16 yaş arasında ise 15 yıl hapis cezası uygulanmaktadır. Türkiye yasalarına göre ise mağdur 15 yaşından küçükse 12-22,5 yıl, 15-18 yaş arasında ise 8-15 yıl hapis cezası uygulanmaktadır. Eğer suç dokunma düzeyinde ve mağdur 15 yaşından küçükse 4,5-12 yıl hapis, 15-18 yaş arasında ise 3-8 yıl hapis cezası uygulanmaktadır (68).

Yasal düzenlemelere rağmen adölesan dönemde cinsel şiddete maruz kalan kız çocukların bir kısmı aile baskısı ile "namus temizlemek" için bu şiddeti uygulayan kişi ile evlenmek zorunda kalmaktadırlar. Cinsel şiddet daha sonra bu evliliklerindevamında da sürebilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ülkemizde 15-24 yaşlar arasında yaşamın herhangi bir döneminde eşi veya birlikte yaşadığı kişi tarafından cinsel şiddete maruz kalma oranı %13,5'tur. Bu yaş grubunda, gebelerin eşinden fiziksel şiddet görme oranı ise %11,3'tür (69).TÜİK'in aile içi şiddet istatistiklerine göre eğitim düzeyi arttıkça kadınların eşlerinden şiddet görme oranları azalmaktadır.

Ülkemizde kadına yönelik şiddet ve ayrımcılığın azaltılması için yasal düzenlemeler yapılmakta vebu konuda uluslararası çalışmalara da destek verilmektedir. Dünya'da pek çok ülkenin katılımıyla imzalanan *"Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi"* (CEDAW) 1979'da imzaya açılmış ve1981'de yürürlüğe girmiştir. Ülkemizde ise bu sözleşme 1986 yılında kabul edilmiştir (65,70). Ayrıca ülkemizde Birleşmiş Milletlere bağlı olarak çalışan UNFPA gibi kuruluşlar, çeşitli sivil toplum

örgütleri de ergen sağlığı, adölesan gebelikler ve kadın hakları konularında değerli çalışmalar yapmaktadır (Çocuk gelinler projesi; Hacı Ömer Sabancı Vakfı, Uçan süpürge kadın iletişim ve araştırma derneği, Baba beni okula gönder projesi; Çağdaş yaşamı destekleme derneği ve Doğan Gazetecilik, Kardelenler; Turkcell ve Çağdaş yaşamı destekleme derneği) (71-73).

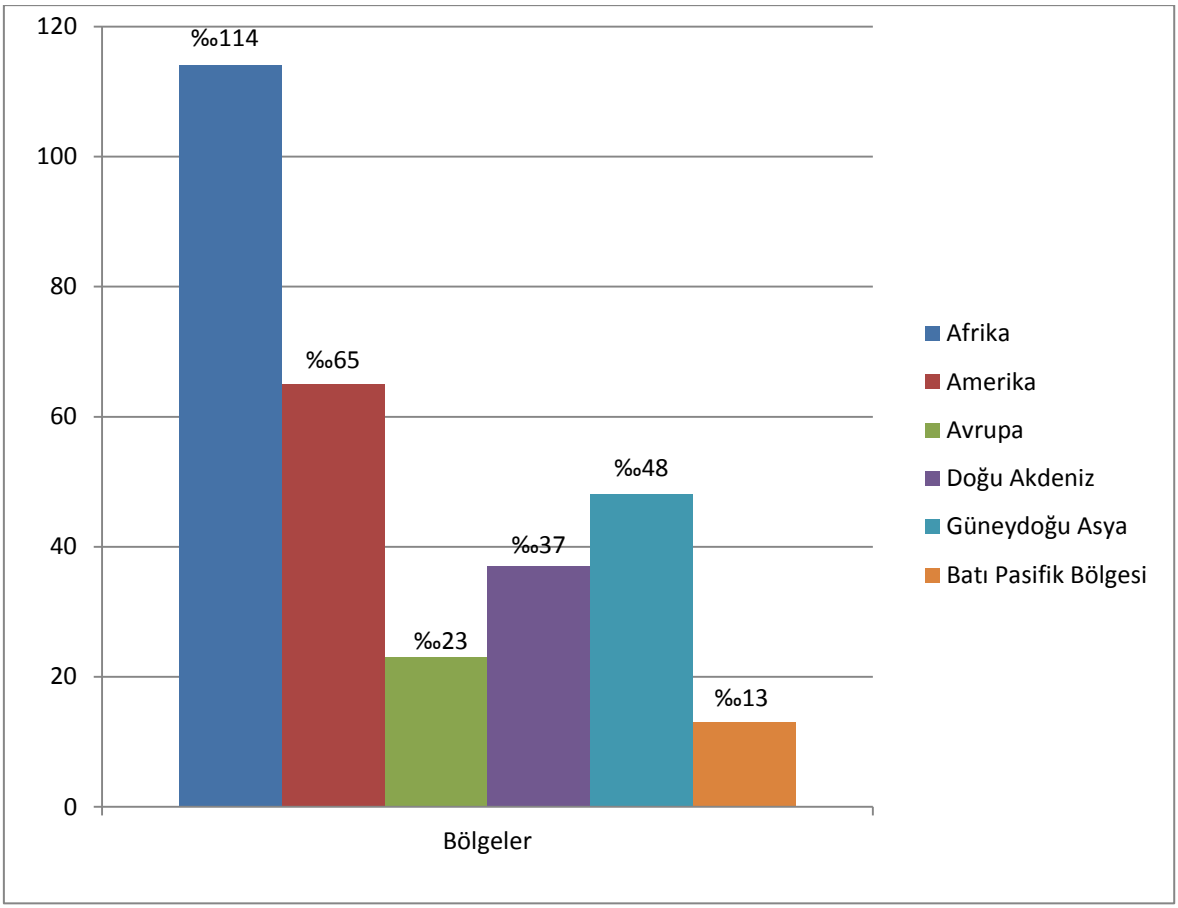
2.2.3.8 **Rıza esasına dayalı geleneksel erken evlilik**

Toplumda adölesan çağda kendi isteği ve rızası ile evlenmek isteyen çiftler de bulunmaktadır. Ancak, bu konuda yasalar devreye girmekte ve eğer kadın 17 yaşında ise ebeveyn rızası aranmaktadır. Bazı durumlarda (hamilelik gibi) hakim onaltı yaşını doldurmuş bireylere hakim kararı ile evlilik izni verilebilinmektedir (45).

2.3 Epidemiyoloji

2.3.1 **Dünya'da Adölesan Gebelikler**

Dünyada her yıl 16 milyon adölesan doğum yapmaktadır ve bu doğumların büyük bir kısmı gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır (2,3,5). Dünya sağlık örgütü 2014 yılında, tahmini doğurganlık hızı ile ilgili olarak, 2006-2011 yılları arasındaki verileri Dünya Sağlık İstatistikleri başlığı altında yayınlamıştır. Buna göre bölgesel adölesan fertilite ortalamaları Afrika'da ‰ 114, Avrupa'da ‰ 23, Amerika kıtasında ‰ 65, Doğu Akdeniz bölgesinde ‰ 37 olarak görülmektedir (Şekil:1). Bu sınıflamada Avrupa içinde yer alan Türkiye ‰ 38 ile bulunduğu bölge ortalamasının bir hayli altında kalarak son sıralarda yer almaktadır. Aynı araştırmada Nijer ‰ 206, Yunanistan ‰ 10, Afganistan ‰90, İngiltere ‰ 25, ABD ‰ 34, Kanada ‰ 14, İspanya ‰ 13, Norveç ‰ 10, İtalya ‰ 7, İran ‰ 31, Mısır ‰ 50, Pakistan‰ 16, Almanya ‰ 8 oranında adölesan fertilite oranlarına sahiptir (6). Bu konuda ülkemizde yapılan çalışmalar sonucunda sevindirici olarak ergen doğurganlık hızı 2001 yılında ‰ 49,3 iken, 2012 yılında ‰ 29,4'e düşmüştür (74). Ancak bu oran da henüz yeteri kadar düşük değildir.



Şekil 3: Dünyada Ortalama Adölesan Fertilite Oranları (‰) (6).

2.3.2 **Türkiye'de Adölesan Gebelikler**

TÜİK verilerine göre ülkemizde 2013 yılında 1.283.062 doğum meydana gelmiştir. Bunların 87.226'sı 15-19 yaş, 326'sı 15 yaşın altında gerçekleşmiştir (75). Buna göre ülkemizdeki 19 yaş ve altındaki toplam doğum oranı tüm doğumların % 6,82'sidir (76). Bu rakamsal değerleri 2013'te ülkemizde yapılan geniş bir saha çalışması olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları istatistikleri ile yorumlanacak olursa, incelenen örneklemin %17,2'sini adölesan nüfusun oluşturduğu gözlenmektedir. (4,76). Bu nüfusun ilgili yaş grubuna bakıldığında %48,64'ünün adölesan kadın olduğu görülmektedir. Bu oran 2013 yılı nüfus verilerine uyarlandığında ülkemizde toplam 15-19 yaş arası kadın nüfusu 1.532.395 olarak hesaplanabilir (76). Türkiye'de 15-19 yaşlar arasındaki adölesanların %9,6'sı evlidir. Adölesanların anne olma yüzdelerine bakıldığında ise yaşla doğru orantılı olarak arttığı görülmektedir (Tablo 1). Yine TNSA raporuna göre adölesan dönemdeki doğum yapan anneleri toplam adölesan nüfusuna oranladığımızda, adölesanların %5,71'inin doğum yaptığı görülmektedir. Adölesan gebeliklerde 2008 yılında çok daha

belirgin olan kırsal baskınlık 2013 yılında azalarak kır ve kent adölesan doğum oranları hemen hemen eşitlenmiş görünmektedir. Ayrıca yine TNSA verilerine göre eğitim seviyesi ve refah düzeyi arttıkça adölesan doğumların belirgin olarak azalması dikkat çekicidir (4,76,77). (Bkz. Tablo 1)

Tablo 1.2008 ve 2013 yılı TNSA verilerine göre adölesan doğumların karşılaştırılması.

Parametre	Canlı Doğum Yapmış Olanlar(%)		İlk Çocuğuna Hamile Olanlar(%)		Çocuk Doğurmaya Başlamış Olanlar(%)	
	2008	**2013**	**2008**	**2013**	**2008**	**2013**
Yaşı						
15	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0
16	1,7	0,2	0,5	0,3	2,2	0,5
17	1,3	2,8	3,1	0,6	4,4	3,4
18	6,6	3,3	3,1	1,4	9,7	4,6
19	9,4	11,5	3,5	4,7	12,9	16,2
Yerleşim Yeri						
Kent	3,1	3,1	1,9	1,2	5,0	4,2
Kır	6,5	4,5	2,1	1,8	8,6	6,3
Bölge						
Batı	3,8	2,2	1,8	0,9	5,5	3,1
Güney	3,2	4,1	1,3	2,1	4,5	6,1
Orta	4,2	4,6	3,3	1,1	7,5	5,7
Kuzey	3,1	3,6	1,5	1,1	4,6	4,7
Doğu	4,4	3,8	1,8	1,8	6,1	5,7
Eğitim						
Yok	5,5	10,0	1,6	7,1	7,2	17,1
İlkokul	3,4	5,5	4,2	2,3	7,6	7,8
Ortaokul	0,7	3,7	0,3	1,4	1,0	5,1
Lise ve üstü	2,6	0,6	1,3	0,1	3,9	0,8
Hane Halkı Refah Düzeyi						
En Düşük	6,1	6,2	1,9	1,4	8,0	7,7
Düşük	6,8	4,4	4,3	1,6	11,1	6,0
Orta	3,3	3,6	1,4	2,1	4,8	5,7
Yüksek	2,0	1,7	2,3	1,4	4,3	3,1
En Yüksek	1,4	1,0	0,4	0,0	1,7	1,0

2.4 Adölesan Yaş Dönemi ve Üreme Fizyolojisi

Menarş ve menopoz arasındaki dönemde kadınlar standart menstrüel döngüler yaşar. Erişkin sağlıklı bir kadının menstrüel döngüsünde hipotalamus-hipofiz-over aksının koordineli etkileşimi hedef organlar olan uterus mukozası, serviks, vajende siklik değişiklere yol açar. Menstrüel siklus kanamanın ilk günü başlar ve siklus süresi kişiden kişiye 21-35 gün (ortalama 28 gündür) arasında değişir. Ancak adölesanlarda hipotalamus-hipofiz-over aksının yeterince olgunlaşmaması sonucu anormal uterin kanamalara rastlanmaktadır (78).

Bir kadında menarşın başlaması ile birlikte düzenli ovulatuar sikluslar genellikle pek mümkün olmaz. Adölesanda genellikle menarşdan sonraki 2 yılda siklusların %50'den fazlası anovulatuardır (79). Ancak her ne kadar anovulatuar siklusları sık olsa da adet gecikmesi ya da anormal uterin kanama ile başvuran adölesanlarda gebelik ve abortus ihtimali de gözden kaçmamalıdır.

2.5 Adölesan Dönemde Sosyal ve Psikolojik Gelişim

Sağlıklı bir psikolojik gelişimi olan birey, temel ihtiyaçlarını toplumla çatışma haline gelmeden doyurabilen bireydir (80). Ergenliğin psikolojik açıdan başlayış ve bitişi ile ilgili net sınırlamalar yoktur. Adölesan dönem, çocukluk dönemi sonundan fiziksel ve duygusal süreçlerden çıkarılan kazanımlar doğrultusunda kişinin bağımsızlığını, kimlik duygusunu, sosyal üretkenliğini kazandığı döneme kadar geçen bir süreçtir (81). Bu hızlı gelişim ve değişim süreci konuyla ilgilenen pek çok bilim adamının ilgisini çekmiş ve gelişim psikolojisi ile ilgili çeşitli görüşler ortaya konmuştur. Gelişim psikolojisini benimseyen bilim adamlarının ergenlik ile ilgili çalışmaları19. yüzyılda başlamıştır (82).

Freud'un "psikoseksüel kuramı" çocukluk dönemini ve bu dönemdeki travmaların gelecek yaşama etkilerini araştırmıştır. Freud'a göre kişilik id (altbenlik), ego (benlik) ve süperego (üst benlik)'ten oluşmaktadır. Bu görüşe göre insan cinsellik ve saldırganlık eğilimleri ile doğar. İd; doğuştan gelen tüm dürtüler, ego; alt benlik ile dış dünya arasında uyum sağlayıcı, süperego ise kişiliğin ahlaki yönüdür. Süperego, çocuğa ailesi ve toplum tarafından aktarılan geleneksel değerlerle gelişir. Bu kurama göre kişilik beş dönemden geçerek gelişir. Oral (0-1 yaş), anal (1-3 yaş), fallik (3-6 yaş), latens (6-11 yaş), genital (11 yaş sonrası) dönemler olarak adlandırılır. Eğer dönemlerden biri yeterince sağlıklı tamamlanamazsa kişi yaşamı boyunca o dönemin izlerini taşır (82).

Piaget ise insan gelişimini bilişsel ve ahlaki gelişim olarak farklı başlıkta ve yaş gruplarına göre incelemiştir. 7-12 yaşlar arasında bilişsel yönden somut düşünce hakimiyetinde olan çocuk, okulda somut olduğu sürece problem çözümünde zorlanmaz. Bu dönemde ahlaki gelişim ise dışsal kurallara bağlı dönemdir. Çocuk, kuralların değişmezliğine inanır. Kayıtsız şartsız otoriteye uyulması aksi takdirde kişinin cezalandırılması gerektiğini düşünür. 12-20 yaşlar arasındaki ergenin bilişsel gelişiminde ise artık soyut kavramlar gelişmiştir. Olayları yalnızca somut yönleriyle değil soyut yönleriyle de algılar. Ancak, soyut düşünme yetisi kişinin bulunduğu ortamdan aldığı uyarılara göre gelişir. Yani soyut düşünmenin gelişmesi için kişinin karmaşık problemlerle karşılaşması gerekir. Bu dönemdeki ahlaki gelişime ise özerklik dönemi denir. Kişi kuralların insanlar tarafından konduğunun bilincindedir. Bir davranışın yargılamasını ise alttaki iyi ya da kötü niyete bakarak yapmaya başlar (30).

Ericsson da kişilik gelişimini dönemler olarak ele alır. Ancak Freud'dan farklı olarak cinsel değil sosyal gelişimi temel alır. Ericsson, kişilik gelişiminin yaşam boyunca devam ettiğini savunur. Buna göre insan yaşamında sekiz kritik dönem bulunur ve kişi bu dönemlerde karşılaşılan karmaşalarla başa çıkılabildiği ölçüde sağlıklı bir kişilik geliştirilir (82).

Tablo 2. Ericson'un gelişim dönemleri (83)

Yaş Aralığı	Temel Gelişimsel Sorun
0-1 yaş	Temel güvene karşı güvensizlik
1-3 yaş	Özerkliğe karşı kuşku
3-6 yaş	Girişimciliğe karşı suçluluk
7-11 yaş	Çalışma ve başarıya karşı yetersizlik duygusu
11-17 yaş	Kimliğe karşı kimlik bocalaması
17-30 yaş	Yakınlığa karşı yalıtılmışlık
30-60yaş	Üreticiliğe karşı durgunluk
60 yaş üzeri	Benlik bütünlüğüne karşı umutsuzluk

Ericson'a göre 7-11 yaş arası dönemde çocuğun okula gitmesiyle öğretmen ve arkadaşların etkisi artmaya başlar. Okuldaki başarı çocuk için önemlidir. Buna karşılık olarak gelişebilecek olası başarısızlık sonucunda çocukta aşağılık duygusu gelişir. 11-17 yaş arası dönemde ise adölesan, kimliği hakkında sorgulamalar yaparak kişiliğini oluşturmaya başlar. Bu dönemdeki kişi kendine bir rol model belirleyerek onun gibi olmaya özenir. Ergen bu dönemden ya kendinden emin, kimliğini kazanmış olarak çıkar ya

da kimlik karmaşası yaşayan bir kişi olur. 11-17 yaş arası dönemini geçiren ergen artık genç erişkinlik dönemindedir.

Ericson'a göre 17-30 yaş arası yaşanan bu dönemde arkadaşlık ve dostluklar önem kazanır. Evlilik ve evleneceği eş seçimi ön plana çıkar. Bu dönemi sağlıklı atlatan kişi sevgiyi verme ve alma konusunda sıkıntı yaşamaz. Ericsson'un gelişim dönemlerinden yola çıkarak 7-30 yaş arası yaşanılan bu üç dönem, kişinin kendine öz güveninin geliştiği, kişiliğinin oluştuğu ve evlilik dahil ileriki hayatına yön verdiği dönemlerdir denebilir. Bu dönemler içerisinde oluşan bir aksaklık kişilik gelişiminde onarılması güç sonuçlara yol açar.

Gelişim sürecinde çocukluktan erişkin döneme geçiş sırasında devamlı ve tek bir yol izlenmemektedir; biyolojik, sosyal, duygusal ve entelektüel büyüme birbirinden farklı hızlarla oluşmaktadır (84). Adölesanlar da homojen bir grup olmayıp, biyolojik ve duygusal yönden farklılıklar göstermektedirler. Bu süreç sırasında araya giren gebelik ergenin genellikle olumsuz yönde yaşamını değiştirmektedir. Eğitimi aksamakta, iş imkanı sınırlanmakta ya da tamamen kaybolmaktadır. Evlilik ve ebeveynlik rolü ile adölesan, bazı psikolojik gelişim basamaklarını tam olarak yaşayamadan atlamakta ve erişkin konumuna geçmektedir. Bu yüzden adölesan zamanla psikiyatrik sorunlar yaşayabilmekte, bazen de boşanma ile sonuçlanabilen evlilikler yapabilmektedir (9).

2.6 Anneye İlişkin Riskler, Gebelik Seyri ve Yönetimi

Adölesan dönemde görülen gebelikler erişkin yaştaki gebeliklere göre maternal mortalite ve morbidite oranlarının yüksek olduğu riskli gebeliklerdir. Yapılan araştırmalar bu gebeliklerde preterm eylem, anemi, preeklampsi, yetersiz antenatal bakım gibi komplikasyonların 19 yaş üzeri gebeliklere göre artmış olduğunu göstermektedir (1,86,87,88). Bu komplikasyonların yanında hızlı bir büyüme ve gelişme evresinde karşılaşılan bir gebelik, adölesanın fiziksel ve ruhsal gelişimini de aksatacaktır (16).

2.6.1 Gebelik Seyri ve Riskleri

2.6.1.1 Prematür Eylem ve Doğum

Preterm eylem gestasyonun 37. haftasından önce servikal değişikliğe yol açan regüler kontraksiyonlar ile doğumun başlaması olarak tanımlanır (86). Preterm doğum ise, doğum kilosundan bağımsız olarak, son adet tarihinden itibaren 37 haftadan önce

gerçekleşen doğum olarak tanımlanabilir (89,5). Ancak preterm doğum tanımlamasının düşükten ayrılması gerekir.

Düşük, 20. gebelik haftasına kadar sonlanan gebeliklere denmektedir. Bu tanımlardan yola çıkarak, 20. gebelik haftası ile 37. gebelik haftası arasındaki doğumlara preterm doğum denebilir (5). Preterm doğumun risk faktörleri arasında gebenin demografik özellikleri, davranışsal faktörler ve kötü obstetrik öykü sayılabilir. 17 yaş öncesi ve 35 yaş üstü gebelik, düşük sosyoekonomik durum, gebelik öncesi düşük kilo preterm doğum için risk taşımaktadır (86). Ayrıca anemi, ilk gebelik, yetersiz doğum öncesi bakım gibi adölesanlarda sık görülen risk faktörlerinin de bulunması preterm doğum ihtimalini daha da arttırmaktadır. Bu risk faktörlerinin pek çoğuna sahip olan adölesanın biyolojik olarak da gelişimini tam anlamıyla tamamlaması preterm doğum riskini erişkin yaş grubuna göre daha da arttırmaktadır (90,91). Preterm doğum aynı zamanda yeni doğan için de risk oluşturur (92). Özellikle neonatal distres, nekrotizan enterekolit gibi hastalıklar preterm doğan bebeklerde daha sık izlenir (86).

2.6.1.2 **Abortus**

Fetusun 20 haftadan önce ya da 500 g'dan düşük ağırlıktayken gebeliğin sonlanmasına abortus denir (86). Dünya çapında adölesanlar arasındaki yıllık abortus sayısı 4 milyona ulaşmıştır (5,94). Adölasan gebelerin yaşı küçüldükçe spontan düşük yapma riskinde artış gözlenmektedir (93).

Ayrıca istenmeyen gebelikle karşılaşan adölesanlar bu gebeliği legal ya da illegal yollardan sonlandırmak da istemektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl illegal meydana gelen 19 milyon düşüğün 2,2-4 milyonluk kısmı adölesan gebelikler yüzünden olmaktadır (94).

2.6.1.3 **Anemi**

DSÖ'ye göre gebelikte anemi; annenin hemoglobin düzeyinin 11 g/dL’den düşük olduğu durumdur. Yine DSÖ verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık %30’unun, dünyadaki gebe kadınların ise yarısından fazlasının anemik olduğu tahmin edilmektedir (94).

Adölesan ya da erişkin gebelikte anemiye neden olan pek çok faktör bulunmaktadır. Demir eksikliği bunun en sık nedenidir (95). Gebelikte 2. trimesterden itibaren plazma hacmindeki artışa bağlı olarak hemoglobin düzeyinde dilüsyonel olarak, hafif azalma

olabilir. Bu düşüş 11 g/dL altında olursa anemi olarak kabul edilir. Normal bir gebelikte, fetüsün gereksinimleri nedeniyle annede demir ihtiyacı artar. Gebe kalan adölesanlarda demir ihtiyacı yanında fetal büyüme ve gelişme için gerekli olan folat, kalsiyum, vitamin E, vitamin A, magnezyum ve vitamin B_{12}'ye olan ihtiyaç da artmaktadır. Adölesan dönemde gelişen bir gebelikte gencin hem kendi vücut gelişimi için hem de fetusun gelişimi için gerekli olan demir kaynakları hızla tükenir (95,96,97). Eğer anemi düzeltilemez ve gebeliğin ilerleyen dönemlerinde derinleşecek olursa, doğum ya da postpartum dönemde oluşacak küçük kanamalar dahi maternal mortaliteye yol açabilir (98). Pek çok açıdan risk taşıyan adölesan gebelerde, aneminin varlığı anne sağlığını olumsuz yönde etkiler (99,100).

2.6.1.4 **Preeklampsi-Eklampsi**

Preeklampsi; gebeliğin ikinci yarısından sonra görülen, hipertansiyon ve proteinüri ile karakterize gebeliğe özgü bir komplikasyondur. Preklampsi bulgularının yanında tonik-klonik nöbetle beynin de etkilenmesi sonucunda eklampsi formu görülür (101,102). Preeklampsi gebeliklerin %7-10'unda görülen, ciddi maternal (ölüm, ablasyo plasenta, intraserebral kanama, hepatik ve böbrek yetmezliği) ve fetal (inuterofetus ölümü, erken doğum, perinatalasfiksi ve intrauterin gelişme geriliği) komplikasyonlara neden olan önemli bir sağlık problemidir (103,104).

American Collage of Obstetrics and Gynecology (ACOG) Ocak 2002'de yayınladığı bülteninde ağır preeklamsi tanısı için aşağıdaki kriterlerden herhangi birinin varlığını yeterli kabul edilmektedir (105):

- Hasta istirahat halinde iken, en az 6 saat aralıklarla 2 kere ölçülen kan basıncının 160/110 mmHg ve daha yüksek olması,
- 24 saatlik idrar örneğinde ≥5 gr veya en az 4 saat aralıklarla rastgele toplanmış 2 idrar örneğinde ≥3+ proteinüri,
- 24 saatte 500 ml'den az idrar, oligüri,
- Serebral ya da görsel semptomlar,
- Pulmoner ödem veya siyanoz,
- Epigastrik ya da sağ üst kadran ağrısı,
- Karaciğer fonksiyonlarının bozulması,
- Trombositopeni,
- Fetusta gelişme geriliği,

Aile Hekimleri preeklampsinin karakteristik bulgularından olan gebelik hipertansiyonunu bilmek, gebe takibini yaparak gerektiğinde riskli gebeleri uygun şekilde Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarına sevk etmek durumundadırlar.

Gebelik sırasında görülen hipertansiyon geniş bir yelpazeye ayrılmaktadır. National High Blood Pressure Education on Working Group (2000) tarafından yapılan sınıflamaya göre gebeliğin hipertansif hastalıkları beş gruba ayrılmıştır (106):

1. Preeklampsi
2. Gebeliğin geçici hipertansiyonu (preeklampsi bulguları olamadan kan basıncının ≥140/90 mmHg olması)
3. Eklampsi
4. Kronik hipertansiyon (20. gebelik haftasından önce kan basıncının ≥140/90 mmHg olması)
5. Preeklampsinin eklendiği kronik hipertansiyon (gebeliğin 20. haftasından önce kan basıncının ≥140/90 mmHg olduğu hastaların 24 saatlik idrarında proteinürinin ≥300 mg olması) (106).

Gebelikte hipertansiyon %6-7 oranında görülür. Maternal ve perinatal mortalitenin en sık sebeplerinden biri tedavi edilmeyen hipertansif gebelerdir (5).

Preeklampsinin bulgularından biri olan proteinüri, glomerüler hasarın göstergesidir. 24 saatlik idrarda 300 mg ve üstü protein saptanması, 6 saatlik veya daha fazla ara ile alınan en az 2 idrar örneğinde 1+‘den fazla proteinüri olması patolojik proteinüri tanısı için yeterlidir (105,5). Ancak, 24 saatlik idrarda proteinüri ölçülmesi tanı için daha doğru sonuç vermektedir (107).

Trofoblastik hastalık ya da çoğul gebeliklerde hipertansiyon ve proteinüri gibi ciddi bulgulara 20. gebelik haftasından önce de rastlanabilmektedir (5). Bu yüzden gebeliğin her aşamasında idrarda proteinüri takibi önemlidir.

2.6.1.5 **Distosi**

Doğum eylemini güçleştiren, doğum süresini uzatan, hatta doğumun vajinal yoldan gerçekleşmesini bütünüyle engelleyebilen durumlara distosi denir (5,108). Tüm doğumların yaklaşık %10'unda distosi izlenmekte ve sezaryen endikasyonlarının %30 'unu oluşturmaktadır (5). Distosi 4 farklı anomalinin tek başına veya kombinasyon halinde görülmesi ile oluşur. Bunlar; doğum sırasında yeterli olamayan kontraksiyonlar, maternal

pelvis anormallikleri, fetusun gelişim, pozisyon ve prezentasyon anomalileri, fetusun doğum kanalında ilerlemesine engel olabilecek ürogenital sistem anormallikleridir (109,110).

Terminolojide baş pelvis uygunsuzluğu ifadesine sık rastlanır. Çoğunlukla fetal başın malpozisyonundan kaynaklanan baş pelvis uygunsuzluğunun pek çok nedeni vardır. Etyolojiye bağlı olarak travayın uzamasına, annenin fiziksel ve psikolojik olarak yorulmasına, fetusun stres altında kalması hatta travmatize olmasına ve doğum kanalında değişik derecelerde hasara neden olabilmektedir (111). İskelet ve nöromusküler gelişimini tamamlamamış adölesanların doğumda distosi ve komplikasyonları ile karşılaşılması pek de şaşırtıcı olmamaktadır.

2.6.1.6 **Erken membran ruptürü**

Erken membranrüptürü (EMR), fetal zarların doğumun başlamasından önce yırtılması ve amnion sıvısının akmasıdır, böylece fetus ve dış ortam arasındaki bariyer ortadan kalkmış olur (5,112). EMR 37 gebelik haftasından önce meydana gelirse, preterm erken membranrüptürü (PEMR) denir. PEMR'de membran yırtılmasında koryodesidual bölgedeki enfeksiyonun rol oynadığı düşünülmektedir (112,113). EMR tüm gebeliklerin %8-10'unda, PEMR ise tüm gebeliklerin %2-3'ünde gerçekleşir (112,5). PEMR preterm doğumun en sık nedenidir (114). Adölesan gebelerde membran ruptürüne bağlı erken doğumların erişkin yaşlara göre daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (5).

2.6.2 **Fetal riskler ve yönetimi**

Gebelik süresince annede görülen problemler doğum öncesi fetusu ve sonrası bebeği yakından etkilemektedir. Adölesan gebelerde sık rastlanan anemi; erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek gibi maternal ve fetal risklere yol açmaktadır. Ayrıca doğumdan sonra bebek bakımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan adölesan hem kendi beslenmesine, hem de bebeğin beslenmesine yeterli özeni gösterememektedir (10,16,115).

2.7 <u>Basamaklı Sağlık Sisteminde Adölesan Gebelik İzlemi</u>

2.7.1 **Antenatal bakım ve Adölesan Gebelik**

Öz bakımlarına ve sağlıklarına olan önemi yeni yeni kavramaya başlayan adölesanlar yaşadığı gebelik sonucu hem kendi hem de bebeği için ne zaman ve nasıl

hekime gidileceği konusunda çoğu zaman yetersiz kalmaktadırlar. Bununla birlikte sosyokültürel ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan adölesanlar gebelik ve lohusa takiplerinin önemini yeterince bilmemektedirler (116,117).

Günümüzde birinci basamakta gebelik takibi, Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanları tarafından yürütülmektedir. Bu takiplerde gebelik tespit edildiğinde hemen ilk izlem yapılmaktadır. Bu izlemde gebenin demografik bilgileri, evli olup olmadığı, evliliğin akraba evliliği olup olmadığı, yaşadığı evin ve ailenin özellikleri, ekonomik durumu, çalışıp çalışmadığı, sağlık güvencesi sorgulanır. Tıbbi öyküsünde özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri irdelenir. Gebelik ile ilgili riskli bir durum varsa saptanmaya çalışılır.

Obstetrik öyküsünde gravida, parite, yaşayan çocuk sayısı, abortus, son doğumun nerede yapıldığı gibi bilgiler edinilir. Son adet tarihi alınarak tahmini doğum tarihi hesaplanır. Gebenin aşıları hakkında bilgi alınırak, neonatal tetanoz proflaksisi için önemli olan tetanoz aşı takvimi belirlenir (118,119). (Tetanoz aşısının ilk dozu gebeliğin 12. Haftasından itibaren uygulanabilir.)

Fizik muayenede gebenin boy, kilosu belirlenip, tansiyon ölçümü yapılarak genel fizik muayenesi yapılır. Özellikle pulmoner ve kardiyak anomali olup olmadığı, ödem varlığı, cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) varlığı, gebelik haftası ile uterus büyüklüğünün uyumu kontrol edilir (119). Fetal kalp sesleri haftası uygunsa kontrol edilir (121).

İzlemde laboratuar testleri de yapılır. Kan grubu tayini, anemi parametreleri, hepatit markerları araştırılıp, gerekli önlemler alınır (12,115,122,123) Gebeliğin 16. Haftasından itibaren demir desteğine başlanması tavsiye edilmektedir (120).

Her izlemde gebe, bulunduğu gebelik dönemi konusunda bilgilendirilir. Eğer gebe adölesan dönemde ise yasal kanunlar çerçevesinde gerekli birimlere bildirimi yapılmalıdır (124,125). Adölesan gebenin izleminde gebenin kendini rahat hissetmesi sağlanmalı, önyargılardan uzak bir görüşme yapılmalıdır. Bu görüşmede adölesan, gebelik hakkında ve gebeliğinin riskleri hakkında bilgilendirilir, sağlık kuruluşuna başvurması gereken durumlar anlatılır (34).

İkinci izlem gebeliğin 18-24. haftalarında tercihen 20-22 haftalarda yapılır. Bu dönemde izlenen gebenin yakınmaları sorularak özellikle baş ağrısı, görme bulanıklığı, diplopi, kasılma, ödem, solunum güçlüğü olup olmadığı sorgulanır. Demir preperatı dışında ek ilaç alımı sorgulanır, doktora danışmadan ilaç kullanılmaması konusunda gerekli uyarılar yapılır. Gebe muayene edilerek anormal bulgu varsa bir üst merkeze sevk

edilir. Bu izlem sırasında doğum ve doğum sonrası hakkında bilgilendirmeler de yapılmalıdır.

Üçüncü izlem 30-32. Haftalarda yapılır. Bu izlemde de fizik muayene ve kan testleri yapılır. Doğum ve doğum sonrası hakkında bilgilendirilir.

Dördüncü izlem 36-38. Haftalarda yapılarak gebe doğuma hazırlanır. Doğum ve sonrası hakkında bilgilendirilir.

Postnatal izlem ise doğumdan sonra iki kez yapılır. Bu izlemlerde vital bulgular, fizik muayene, kanama bulguları değerlendirilirken anneye bebek bakımı ve emzirme konusunda bilgi verilir.

Tüm izlemlerde riskli bir durum ile karşılaşılırsa (Hipertansiyon gibi) uygun koşullarda, hasta ve sevk edilen kurum bilgilendirilerek sevk edilir.

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarınca yapılan izlemlerde fetal ultrasonografi (USG), tarama testleri, gerekirse amniyosentez gibi ileri tetkikler yapılmaktadır (126). 6-8. haftalarda yapılan USG'de gebelik kesesi (4. haftada), yolk sak kesesi (5. haftada) ve fetal pol ve kalp atımı (6. haftadan itibaren) görülür (127). Ayrıca doğum ve gebeliği etkileyebilecek patolojik bir durumun olup olmadığı araştırılır. Kan ve idrar tetkikleri (TSH, Kan grubu, vb.) yapılır. Fetusdaki kromazomal anomali taramaları için ilk üç ayda ikili tarama testi, ikinci üç ayda dörtlü ve üçlü tarama testleri yapılır. 20-22. haftalarda bebekte sakatlık taraması için 2. basamak USG yapılır (128). 24-28. haftalarda Oral glikoz tolerans testi yapılır. 32, 34. haftalarda fetal gelişim, 36. haftada bebeğin duruşu ve modifiye biyofizik profil (NST, USG ile amnion sıvı miktarı, Doppler USG, vb ile) değerlendirilir (128).

2.7.2 **Adölesan Dönemde Kontrasepsiyon**

Ergenlikten perimenopoza kadar geçen sürede kadınlar çocuk sahibi olma veya ondan kaçınmayla karşı karşıya kalırlar. Bu konuda kadınların seçenekleri cinsel yoksunluk, kontrasepsiyon ya da gebeliktir (129). Aile planlaması, bireylerin planladıkları zamanda ve bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olmalarıdır (130). Aile planlaması için çiftlerin kullanabilecekleri kontrasepsiyon yöntemleri fert sayısını sınırlandırma anlamı taşımaz. Bu konuda aileler tamamen serbest olup, istedikleri ve bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olabilirler (130,131,132).

Yapılan bazı araştırmalar göstermiştir ki her iki cinsteki adölesanların büyük bir kısmı kontrasepsiyon konusunda yeterli bilgiye sahip değildir (133,134). Toplumların sosyoekonomik ve sosyokültürel durumları kontrasepsiyon konusundaki yaklaşımlarını da

etkilemektedir (13). Evlilik öncesi cinsel deneyim, gelişmekte olan çoğu ülkede genellikle kabul görmediğinden kadın evli değilse ve özellikle de adölesan çağda ise genellikle aile planlaması kliniklerine rahatlıkla başvuramamakta ya da sağlık personeli önyargılı davranılabilinmektedir. Bu kültürel olgu ve toplumsal önyargılar adölesanın kontraseptif kullanımına engel olabilir (135). Bu durum yanında adölesanın eğitim seviyesi de kontrasepsiyon kullanımında etkili olabilmektedir. Ancak, adölesanların bir kısmı beklemedikleri bir zamanda yaşadıkları cinsel deneyim sonucunda paniğe kapılıp sağlık kuruluşlarına başvurabilirler. Bu durumda da hekimin acil kontrasepsiyon konusunda yeterli bilgiye sahip olması gerekir.

Acil kontrasepsiyon yöntemleri, modern kontrasepsiyon yöntemlerinin yeterince uygulanmadığı ülkelerde daha da fazla önem kazanmaktadır. Kontrasepsiyon yöntemleri konusunda olduğu kadar acil kontrasepsiyon konusunda da adölesanların bilgi eksikliği olduğu ülkemizde, kontrasepsiyon için sıklıkla geleneksel yöntemler kullanılmaktadır (34). Genel olarak acil kontrasepsiyon kullanılmasının endikasyonları şunlardır (136):

- Düzenli kullanılan doğum kontrol haplarının alınmasının unutulması,
- Korunmasız cinsel ilişki,
- Etkili bir yöntem kullanılmaktaysa yöntemin yanlış kullanılması ya da kullanım sırasındaki aksaklıklar (prezervatifin yırtılması, RİA'nın düşmesi gibi)
- İstenmeyen cinsel ilişki (tecavüz) sonrasında

Kontrasepsiyon konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan bazı adölesanlar, istenmeyen gebelikler sonucu yasal ya da yasal olmayan yollarla gebeliği sonlandırma yolunu seçmektedir. Bu da anne sağlığını büyük riske atmaktadır. İstenmeyen gebelikleri önlemek için toplumun bilgilendirilmesi konusunda sağlık çalışanlarının önemi büyüktür. Bu bağlamda adölesan kullanacağı kontraseptif yöntemin seçiminde de hekimlere rahatça ulaşabilmelidir.

2.8 Adölesan gebelik konusunda hukuksal düzenlemeler

Adölesan çağdaki evlilik ve gebelikler kişinin yaşantısı yanında toplum yaşantısını da etkilemektedir. İyi bir eğitimle donanımlı bir iş gücüne sahip olacak olan genç evlenerek ya da gebe kalarak bu imkanını kaybetmiş olmaktadır. Bu durumu ülkeler yasalarla önlemeye çalışmaktadırlar. Alman yasalarına göre her iki cins için 18 yaşından küçüklerin evlenmesi yasaklanmıştır. İsviçre medeni kanununa göre erginlik ve evlilik yaşı 18'dir.

Yunanistan'da ise evlilik yaşı erkekler için 18, kadınlar için 14 olarak belirlenmiştir. Avusturya hukukunda erkek 21, kadın 16 yaşında evlenebilmektedir (137).

Türk ceza kanununa göre evlilik için yasal nikah şarttır. Yasal nikah olmadan dini nikah ile evlenilmesi halinde 2-6 ay hapis cezası bulunup yasal nikah yapılırsa bu ceza ortadan kalkmaktadır (TCK Madde:230). Ülkemizde Türk Ceza kanunun 103. ve 104. Maddeleri kendi rızası bile olsa cinsel ilişki yaşamak için 15 yaşını tamamlamış olmayı şart koşmaktadır. Yine Türk Medeni Kanununun 124. maddesine göre cinsiyet ayrımı olmaksızın 17 yaşını doldurmayan kişi evlenemez. Ancak çok önemli durumlarda hakim kararı ile 16 yaşını doldurmuş olan kişilere evlenme izni verilebilmektedir (46).

Bu kanunlar çerçevesinde hekimler gebelik tespiti ve takibinde gerekli kurumlara bildirimlerini yapmak zorundadırlar.

2.8.1 Hekimin Biyopsikososyal Açıdan Sorumluluğu

2.8.1.1 Aile Hekiminin Sorumluluğu

Kişiyi bulunduğu çevre ve sosyokültürel yapısı ile de değerlendiren aile hekimliği disiplini, adölesan gebeliği yalnızca fiziksel yönleriyle değil, psikolojik ve sosyal yönleriyle de doğru şekilde yönetmelidir. Adölesan çağdaki gebeliklerde kişiyi yaşadığı ortam, içinde bulunduğu psikolojik durum, fizyolojik gelişim, gebeliğin seyri ve komplikasyonları yönünden en yakın takip edebilecek hekim Aile hekimidir. Aile Hekimi hem adölesanın üreme fizyolojisi, kontrasepsiyon, gebelik gibi son derece önemli konularda eğitimini sağlamalı,olabildiğince adölesan yaş grubunda evlenmeyi azaltmaya çabalamalı, hem de gebelik oluştuğunda, izlemde gereken dikkati göstermeli, ihtiyaç durumunda uygun şekilde sevkini yönetebilmelidir. Ayrıca yasal düzenlemelere göre 15 yaş altı gebeliklerin ve eğer şüphe taşıyorsa 15-18 yaş arasındaki gebeliklerin yasal bildirimlerini yapmalıdır (138,139).

2.8.1.2 Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekiminin Sorumluluğu

Ülkelerin sosyoekonomik ve sağlık hizmeti açısından gelişmişlik göstergelerinden biri anne ve bebek ölüm hızlarıdır (140). Adölesan çağdaki gebeliklerin riskleri göz önüne alındığında anne ve bebek ölümleri açısından bu gebeliklerin takibi, peri ve postnatal izlemi bir kat daha önem kazanmaktadır. Adölesan dönemde aile hekimlerinin yaptıkları izlem yanında, gebelerin gerekli ileri tetkiklerinin yapılıp doğumlarının uygun sağlık kuruluşlarında gerçekleşmesi için Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarınca da kontrolleri

yapılmalı ve eğitimleri verilmelidir (141). Adölesan gebe ile ilk karşılaşmada eğer gerekli ise Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı yasal bildirimlerini yapmalıdır.

2.8.2 **Hekimin Yasal Sorumluluğu**

Yasalara göre her ne şekilde olursa olsun 15 yaşından küçük yaştaki gebelikler yasal olarak savcılıklara bildirilmek zorundadır. Ancak kişi 15 yaşından büyükse ve kendi rızası ile cinsel ilişkiye girmiş ve gebe kalmışsa bildirimi zorunlu değildir. Adölesanın15 yaşından büyük ancak 18 yaşından küçük olması halinde, sağlık kuruluşuna başvurduğunda muayene eden hekim ilgili kişidetehdit, cebir, hile veya iradeyi etkileyen herhangi bir emarenin varlığından şüphe ederse, durumu yasal mercilere bildirmekle görevlidir (137).Eğer bu bildirimler yapılmazsa,bildirimi yapmayan sağlık personeli bir yıla kadar hapis cezası ile yargılanır (138).

2.9 **Toplumun sorumluluğu**

Adölesan çağdaki gebeler genellikle gebelik takibini ve önemini sosyal çevrelerinden öğrenmektedirler. Bu yüzden toplumun da adölesan gebelikler konusunda duyarlılığı sağlanmalıdır. Ayrıca toplumun eğitim seviyesi yükseltilerek adölesanların eğitimlerine devam etmeleri sağlanmalı, beliren yetişkinlik dönemini sağlıklı bir şekilde geçirerek hayata daha iyi hazırlanmalıdırlar. Ülkemizde halen çeşitli sivil toplum kuruluşlarının bu konuda çalışmaları mevcuttur(Çocuk gelinler projesi; Hacı Ömer Sabancı Vakfı, Uçan süpürge kadın iletişim ve araştırma derneği, Baba beni okula gönder projesi;Çağdaş yaşamı destekleme derneği ve Doğan Gazetecilik, Kardelenler; Turkcell ve Çağdaş yaşamı destekleme derneği) (71-73).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1.1.1 Araştırma Projesi

"Adölesan gebelere toplum nasıl bakıyor ve sağlık çalışanlarından neler bekliyor?" başlıklı araştırma projesi, 10/12/2014 tarihinde Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Etik Kurulu tarafından bilimsel ve etik açıdan uygun görülerek KA14/319 no'lu uzmanlık tezi projesi olarak onaylanmıştır.

3.1.1.2 Araştırma Evreni

Bu çalışma, Ankara İl Merkezi'nde yer alan Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ümitköy Polikliniği'ne başvuran hastalardan rastgele örnekleme ile seçilen 980 kişiden oluşmaktadır. Araştırma evreni Ankara ili Ümitköy bölgesinde yaşayan popülasyonu temsil etmektedir.

3.1.1.3 Araştırma Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı-kesitsel tipte bir araştırmadır. Oluşturulan Anket formları yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

3.1.1.4 Araştırmaya Kabul ve Red Kriterleri

Araştırmaya 19-64 yaş arasında olan, araştırma anketini gönüllü olarak cevaplamak isteyen kadın ve erkekler dahil edilmiştir. Anketler karı-koca olarak gelen eşlerden yalnızca birine yaptırılmıştır.

3.1.1.5 Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada denekler Başkent Üniversitesi Ümitköy Polikliniğine başvuran hasta ve hasta yakınlarından rastgele örneklem yoluyla seçilmiştir.

3.1.1.6 Araştırmanın Veri Kaynakları

Araştırmanın veri toplama aşamasında Aralık 2014 ile Mart 2015 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ümitköy Polikliniği'ne başvuran hastalardan seçilen örnekleme anket uygulanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında bir veri tabanına kaydedilerek değerlendirilmiştir.

3.1.1.7 **Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekilleri**

Bu çalışma, Başkent Üniversitesi Aile Hekimliği anabilim dalında görev yapan araştırmacının anket ve araştırma ile ilgili eğitim vermiş olduğu üç anketör tarafından deneklerle yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılmıştır. Her bir anketin doldurulması için 15 dakikalık bir süre harcanmıştır. Araştırmayı kabul eden deneklere bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır. Araştırma kriterlerini karşılayan ve katılmayı kabul eden, rastgele seçilen 980 katılımcıya 39 soruluk anket formu uygulanmıştır. Oluşturulan anket formu; 15 soru demografik bilgiler, 1 soru nikah konusundaki düşünceler, 3 soru evlilik yaşı konusundaki görüşler, 2 soru evlilik danışmanlığı konusundaki düşünceler, 1 soru evlilik öncesi cinsellik, 1 soru çocuk sahibi olma hakkındaki düşünceler, 7 soru adölesan çağda çocuk sahibi olma ve gebelikler ile ilgili düşünceler, 9soru adölesan gebelikleri önleme ile ilgili düşünceler hakkında oluşmaktadır.

Demografik bilgilerde deneklerin yaşı, cinsiyeti, yaşadığı yer, eğitim durumu, iş durumu, gelir durumu, medeni durumu, evlilik sayıları, çocuk sayısı, ilk çocuklarını dünyaya getirme yaşları sorgulanmıştır.

Deneklerin evlilik konusundaki görüşlerinde; nikah konusundaki düşünceleri, evlilik yaşı konusundaki düşünceleri, evlilik danışmanlığı konusundaki görüşleri, evlilik öncesi cinsellik hakkındaki görüşleri ve çocuk sahibi olma hakkındaki görüşleri sorgulanmıştır. Nikah konusunda nikah türleri hakkındaki görüşleri, evlilik yaşı konusunda evlilik için önerilen en az ve en çok yaş farkı, cinsiyete göre uygun evlenme yaşı sorgulanmıştır.

Deneklerin evlilik danışmanlığı konusundaki sorgulamasında adölesan dönemde özel danışmanlık ve eğitimin gerekli olup olmadığı, gerekli ise bunu kimlerin yapabileceği konusunda görüşleri sorgulanmıştır.

Deneklerin evlilik öncesi cinsellik konusunda görüşleri sorgulanmıştır.

Deneklerin çocuk sahibi olma konusundaki görüşleri sorgulandığında en erken çocuk sahibi olma yaşı hakkındaki görüşleri alınmıştır.

Deneklerin adölesan gebelikler ile ilgili görüşleri hakkında adölesan çağda çocuk sahibi olma ve gebelikle ilgili düşünceleri, adölesan gebelikleri önleme ile ilgili düşünceleri hakkında sorular sorulmuştur. Adölesan çağda çocuk sahibi olma ve gebelikler ile ilgili; 19 yaş öncesi çocuk sahibi olmak, aile ve yakınlarında son on yılda adölesan

gebelik varsa bu durumun nasıl karşılandığı, adölesan gebelikler ve adölesan gebelik izlemi hakkındaki düşünceleri sorgulanmıştır. Deneklerin adölesan gebelikleri önleme ile ilgili görüşleri için; adölesan gebelikleri azaltmanın anne ve bebek ölümlerini azaltıp azaltmayacağı, adölesan gebelikler konusunda ne düşündükleri, bu konudaki kanunları yeterli bulup bulmadıkları, üniversite öncesi cinsel eğitim alıp almadıkları ve bu konuda verilecek olan eğitim hakkındaki görüşleri, adölesan gebelere kimlerin eğitim vermesi gerektiği, adölesan gebeliklerin takibi konusundaki görüşleri sorgulanmıştır.

3.1.1.8 **İstatistiksel İncelemeler**

Çalışma kapsamında doldurulan anketlerden elde edilen veriler SPSS 21.0 programında (Statistical Package For Social Sciences v.21.0, SPSS Inc. Chicago, IL)kayıt altına alınmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel veriler, sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma, minimum-maksimum, kesikli veriler için ise frekans ve % dağılımı biçiminde değerlendirilmiştir. Çalışmadan elde edilen veri setinin sürekli değişkenler için parametrik test ön şartları sağlandığında bağımsız iki grup t-testi (student's t-test), varyans analizi ANOVA ve gerekli görüldüğü takdirde çoklu karşılaştırma yöntemlerinden Tukey HSD testi ile değerlendirilmesi yapılmıştır. Parametrik test ön şartları yerine gelmiyorsa ve veri transformasyonu sonrası da varsayımlar sağlanmıyorsa sürekli değişkenlerin veri analizinde Mann Withney-U testi, Kruskal Wallis testi ve gerekli görüldüğü takdirde çoklu karşılaştırma yöntemlerinden Dunn testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin ise Ki-Kare testi Fisher'in kesinlik testi (Fisher's Exact test) ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak %95 güven aralığında $p<0,05$ değeri kabul edilmiştir.

3.1.1.9 **Araştırmanın Süresi**

Araştırmanın aşamalarına göre geçen süreler ve çalışma takvimimiz Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3. Çalışma Takvimi

2014-2015	**Haziran**	**Temmuz**	**Ağustos**	**Eylül**	**Ekim**	**Kasım**	**Aralık**	**Ocak**	**Şubat**	**Mart**	**Nisan**	**Mayıs**
PLANLAMA AŞAMASI												
Literatür Tarama												
Araştırma Önerisinin Hazırlanması												
Araştırma Projesinin Verilmesi												
UYGULAMA AŞAMASI												
Verilerin Toplanması												
Verilerin Bilgisayara Aktarılması												
ANALİZ AŞAMASI												
Verilerin Analizi												
Verilerin Yorumu												
RAPOR AŞAMASI												
Tez raporunun hazırlanması												
Tez raporunun sunulması												

4. BULGULAR

4.1 Deneklerin Demografik Özellikleri

Çalışmaya katılan 980 kişinin %53,6'sı (n=525) kadın, %46,4'ü (n=455) erkek olup, kadın:erkek oranı 1:0,87 olarak bulunmuştur. Çalışmanın yaş ortalaması 41,0±14,7 (19-64) olup, kadınların yaş ortalaması 39,29±14,6 (19-64), erkeklerin yaş ortalaması 42,9±14,5 (19-64) olarak bulunmuştur. Adölesan gebelikleri onaylama yaklaşımının cinsiyete göre, yaşa göre, eğitim durumuna göre ve hane gelir düzeyine göre dağılımları normal dağılıma uymadığı görülmüştür (Shapiro-Wilk test; p=0,000; p=0,000; p=0,000; p=0,000 sırasıyla). Bu nedenle bu parametreleri içeren analizler nonparametrik test varsayımlarına uygun olarak yapılmıştır.

Demografik parametrelerin çalışma popülasyonunda cinsiyete göre dağılımları Tablo-4'de görülmektedir. Anketi yanıtlayan kadınlar erkeklerden anlamlı olarak daha küçük yaşta (Ki-Kare testi; p=0,002), anlamlı olarak daha üst düzey eğitime sahip (Ki-Kare testi; p=0,002) ve öğrenci oranı ile işsizlik oranı anlamlı olarak daha yüksek olarak bulunmuştur (Ki-Kare testi; p=0,002). Ancak iki cinsiyet arasında hane gelirleri bakımından farklılık bulunmamaktaydı (Ki-Kare testi; p=0,757).

Tablo 4. Demografik parametrelerin çalışma popülasyonunda cinsiyete göre dağılımları

		Kadın	Erkek	Toplam	P*
		% (n)	% (n)	% (n)	
Yaş	19-28	15,5 (152)	10,5 (103)	26,0 (255)	0,002
	29-38	13,5 (132)	9,2 (90)	22,7 (222)	
	39-48	7,9 (77)	9,1 (89)	16,9 (166)	
	49-58	8,6 (84)	7,2 (71)	15,8 (155)	
	59 ve üzeri	8,2 (80)	10,4 (102)	18,6 (182)	
	Toplam	**53,6 (525)**	**46,4 (455)**	**100 (980)**	
Eğitim	İlköğretim	6,3 (62)	4,0 (39)	10,3 (101)	0,001
	Lise ve Dengi	9,0 (88)	12,1 (119)	21,1 (207)	
	Üniversite/Yüksekokul	38,3 (375)	30,3 (297)	68,6 (672)	
	Toplam	**53,6 (525)**	**46,4 (455)**	**100 (980)**	
İş	İşsiz	9,8 (96)	1,2 (12)	11,0 (108)	0,000
	Esnaf	0,6 (6)	2,2 (22)	2,9 (28)	
	Özel Sektör	16,4 (161)	16,9 (166)	33,4 (327)	
	Kamu Çalışanı	6,8 (67)	7,7 (75)	14,5 (142)	
	Emekli	10,1 (99)	12,3 (121)	22,4 (220)	
	Öğrenci	9,4 (92)	4,9 (48)	14,3 (140)	
	Diğer	0,4 (4)	1,1 (11)	1,5 (15)	
	Toplam	**53,6 (525)**	**46,4 (455)**	**100 (980)**	
Hane Geliri(₺)	<2000	14,4 (141)	12,4 (122)	26,8 (263)	0,757
	2000-5999	27,2 (267)	24,5 (240)	51,7 (507)	
	6000 ve Üzeri	11,9 (117)	9,5 (93)	21,4 (210)	
	Toplam	**53,6 (525)**	**46,4 (455)**	**100 (980)**	

***Ki-Kare Testi**

Anket sorularını yanıtlayanların önemli bir çoğunluğu (%68,6; n=672) üniversite ve yüksek okul mezunu olup, toplam çalışma popülasyonunun %11'i (n=108) işsizdi (Tablo 4). İşsizlerin %32,4'ü 29-38 yaş grubunda olup, %88,9'u kadın, %46,3'ü ilköğretim mezunu, %47,2'sinin hane geliri 2000 ₺'nin altındaydı.

Çalışma süresi içerisinde asgari ücretin 1000 ₺ olduğu ve hane başı ortalama iki kişinin gelir sahibi olduğu varsayılarak gelir düzeyleri düşük (<2000 ₺), asgari ücretin üç katına kadar olan kısım orta gelir düzeyi ve üç katından fazla hane geliri olan aileler yüksek gelir düzeyi olarak kabul edilmiştir. Buna göre çalışma nüfusunun %51,7'sinin (n= 507) orta gelir düzeyinde olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Anketi yanıtlayanların %71,6'sı (n=705) ya evli ya da bir dönem evli kaldıktan sonra boşanma veya eş ölümü nedeniyle yalnız kalmış kişilerden oluşmaktaydı (Tablo 5). Boşananlarda ortalama evli kalma süresi 9,5±7,4 yıl (1-30) olup, erkeklerde 8,1±7,6 yıl (1-30), kadınlarda ise 10,5±7,1 yıl (1-30) olarak belirlenmiştir (Shapiro-Wilk test p=0,04; Mann-Whitney U test p=0,09). Buna göre boşanmış kadınlar ile erkeklerin evli kalma süreleri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Boşanıp henüz yeniden evlenmeyenlerin daha önce en fazla bir evlilik yapmış olduğu görülmüştür. Halen evli olanların mevcut evlilik sürelerine bakıldığında toplamda 21,0±13,7 yıl (1-46 yıl; medyan: 20) olduğu görülmüştür. Cinsiyetlere göre mevcut evliliklerin süreleri irdelendiğinde kadında 20,7±13,6 yıl (1-46; medyan: 18), erkekte ise 21,3±13,8 yıl (1-46 yıl; medyan: 20) olduğu görülmüştür (Shapiro-Wilk test p=0,000; Mann-Whitney U test p=0,67). Buna göre halen evli kadınlar ile erkeklerin evli kalma süreleri arasında da yine anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Çalışma grubundaki denekler arasında halen evli olan veya geçmişte evlilik yaşamış olanların tanışma sürelerine bakıldığında; grup genelinde 2,19±2,16 yıl (0-10 yıl; medyan:1) olduğu; cinsiyete göre bakıldığındaysa kadınlarda 2,11±2,11 yıl (0-10 yıl; medyan:1), erkeklerde ise 2,27±2,21 yıl (0-10 yıl; medyan:1) olduğu görülmektedir (Shapiro-Wilk test p=0,000; Mann-Whitney U test p=0,222).

Anketi yanıtlayan deneklerden kadın olup ilk gebelik yaşını belirten toplam 267 hastanın 28'i olan %10,5 kadının adölesan gebelik yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 5.Medeni hal ve evlilikle ilgili parametrelerin çalışma popülasyonunda cinsiyete göre dağılımları

		Kadın	Erkek	Toplam	P*
		% (n)	% (n)	% (n)	
Medeni Hal	Bekar	16,8 (165)	11,2 (110)	28,1 (275)	
	Evli	32,3(317)	33,2 (325)	65,5 (642)	
	Boşanmış	2,9(28)	1,5 (15)	4,4 (43)	
	Eşi Ölmüş	1,0(10)	0,3 (3)	1,3 (13)	0,01
	Evli ama ayrı	0,3(3)	0,1 (1)	0,4 (4)	
	Birlikte	0,2(2)	0,1 (1)	0,3 (3)	
	Toplam	**53,6 (525)**	**46,4 (455)**	**100 (980)**	
Kaçıncı Evlilik	1.Evlilik	48,1(311)	48,5 (313)	96,6 (624)	
	2.Evlilik	1,4(9)	2,0 (13)	3,4 (22)	0,273
	Toplam	**49,5 (320)**	**50,5 (326)**	**100 (646)**	
Boşandıysa Kaç Evlilik Yaptı	Bir Evlilik	56,9(37)	43,1 (28)	100 (65)	-
	Toplam	**56,9 (37)**	**43,1 (28)**	**100 (65)**	
Evliliğe Karar Veren Kim	Tanışarak	38,6(271)	38,0 (267)	76,6 (538)	
	Görücü Usulü	10,0(70)	8,8 (62)	18,8 (132)	
	Kaçarak	0,4(3)	0,3 (2)	0,7 (5)	0,925
	Aile Kararı	2,0(14)	1,9 (13)	3,8 (27)	
	Toplam	**51,0 (358)**	**49,0 (345)**	**100 (702)**	
*** Ki-kare testi**					

4.2 Deneklerin Evlilik Konusundaki Görüşleri

4.2.1 Nikah Konusundaki Görüşleri

"Kadın-erkek birlikteliklerinde nikah konusundaki düşünceniz hangisine uyar?" sorusunun cevapları Tablo 6'da gösterilmiştir. Yanıtların istatistiksel olarak anlamlı bir çoğunluğu bu soruya *"Medeni nikah tek başına yeterli değildir, beraberinde dini nikah da gereklidir"* demektedir (Ki-Kare testi; p=0,000). Eğitim düzeyi yükseldikçe soruya bu yanıtı verenlerin sayısı azalmakla beraber tüm eğitim düzeylerinde en sık işaretlenen şık *"Medeni nikah tek başına yeterli değildir, beraberinde dini nikah da gereklidir"* olmuştur.

Aynı soruya yaş gruplarına göre bakıldığında ise yine *"Medeni nikah tek başına yeterli değildir, beraberinde dini nikah da gereklidir"* şıkkı tüm yaş gruplarında en sık tercih edilen şık olmuştur (Ki-Kare testi; p=0,000). Ancak, 38 yaş ve altı olan grupta bu şık daha yaşlı olanlara göre anlamlı olarak daha fazla tercih edilmiştir. Gelir düzeylerine göre bakıldığında yine *"Medeni nikah tek başına yeterli değildir, beraberinde dini nikah da*

gereklidir" şıkkı tüm gelir düzeylerinde en sık tercih edilen şık olmuştur (Ki-Kare testi; p=0,000). Ancak, gelir düzeyi azaldıkça bu şıkkı tercih edenlerin sayısı belirgin olarak artmaktadır. Medeni durumlarına göre bakıldığında da bu şık en tercih edilen yanıt olmuştur (Ki-Kare testi; p=0,000). Bununla birlikte boşanmış olanlar bu şıkkı görece daha az tercih etmiş olmaları dikkat çekmektedir.

Tablo 6. Nikah konusundaki düşüncelerin eğitim, yaş, hane geliri ve cinsiyete göre dağılımları

		Deneklerin Nikah Konusundaki Düşünceleri					P**
		Medeni N	Dini N	Medeni+Dini N	Birlikte Yaşamak	Fikrim Yok	
		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Eğitim	İlkokul	8,9 (9)	2,0 (2)	84,2 (85)	0,0 (0)	5,0 (5)	0,000
	Lise	21,3 (44)	0,0 (0)	74,4 (154)	3,9 (8)	0,5 (1)	
	Ü+Y.O*	31,1 (229)	0,6 (4)	50,1 (337)	13,2 (89)	1,9 (13)	
Yaş Grupları	19-28	18,4 (47)	0,8 (2)	64,7 (165)	14,1 (36)	2,0 (5)	0,000
	29-38	18,9 (42)	0,9 (2)	69,8 (155)	8,1 (18)	2,3 (5)	
	39-48	33,1 (55)	0,6 (1)	55,4 (92)	9,0 (15)	1,8 (3)	
	49-58	36,8 (57)	0,0 (0)	49,7 (77)	11,0 (17)	2,6 (4)	
	59 & Üstü	44,5 (81)	0,5 (1)	47,8 (87)	6,0 (11)	1,1 (2)	
Gelir(₺)	<2000	17,5 (46)	1,1 (3)	73,0 (192)	6,1 (16)	2,3 (6)	0,000
	2000-5999	30,6 (155)	0,4 (2)	57,4 (291)	10,3 (52)	1,4 (7)	
	> 6000	38,6 (81)	0,5 (1)	44,3 (93)	13,8 (29)	2,9 (6)	
Cins	Erkek	29,5 (134)	0,7 (3)	56,7 (258)	11,6 (53)	1,5 (7)	0,390
	Kadın	28,2 (148)	0,6 (3)	60,6 (318)	8,4 (44)	2,3 (12)	
Medeni Durum	Bekar	22,5 (62)	0,7 (2)	57,8 (159)	16,0 (44)	2,9 (8)	0,000
	Evli	31,9 (205)	0,5 (3)	60,4 (388)	5,9 (38)	1,2 (8)	
	Boşanmış	20,9 (9)	0,0 (0)	46,5 (20)	27,9 (12)	4,7 (2)	
	Dul	38,5 (5)	0,0 (0)	53,8 (7)	7,7 (1)	0,0 (0)	
	Ayrı yaş.	25,1 (1)	0,0 (0)	50,0 (2)	0,0 (0)	25,0 (1)	
	Birlikte	0,0 (0)	33,3 (1)	0,0 (0)	66,7 (2)	0,0 (0)	

*** Ü+YO, Üniversite+Yüksekokul**

**** Ki-Kare Testi; N, Nikah**

4.2.2 Deneklerin Evlilik Yaşı Konusundaki Görüşleri

Deneklerin evlilikte kadın ve erkek arasında olmasını uygun gördükleri en fazla ve en az yaş farkı Tablo 7'te gösterilmiştir. Bu soruya verilen yanıtlar deneklerin eğitim durumuna, yaş gruplarına, hane gelirlerine ve cinsiyetlerine göre değerlendirilmiştir.

Tablo 7. Evlilikte kadın ve erkek arasında olmasını uygun görülen en fazla ve en az yaş farkının eğitim, yaş, hane geliri ve cinsiyete göre dağılımları

		Denekler Tarafından Önerilen En Az ve En Çok Yaş Farkı						P**	
		Ort±SD		Medyan		Min-Max			
		En Az	En Çok	En Az	En Çok	En Az	En Çok	En Az	En Çok
Eğitim	İlkokul	3,44±2,16	5,98±3,52	3,00	5,00	0-10	0-20	0,000	0,159
	Lise	3,18±2,31	5,92±3,47	3,00	5,00	0-12	0-20		
	Ü + YO *	2,32±2,20	6,38±3,80	2,00	5,50	0-10	0-25		
Yaş Grupları	19-28	2,11±1,92	6,45±3,45	2,00	6,00	0-10	0-25	0,000	0,257
	29-38	2,46±2,00	5,88±3,68	2,00	5,00	0-10	0-20		
	39-48	2,75±2,34	6,31±3,89	3,00	5,00	0-10	0-24		
	49-58	3,19±2,50	6,26±3,54	3,00	5,00	0-10	0-20		
	59 & üstü	2,89±2,54	6,30±4,04	3,00	5,00	0-12	0-20		
Gelir(₺)	**<2000**	3,19±2,22	5,83±3,40	3,00	5,00	0-12	0-20	0,000	0,040
	2000-5999	2,60±2,28	6,39±3,57	2,00	5,00	0-10	0-20		
	>6000	1,94±2,09	6,41±4,31	2,00	5,50	0-10	0-25		
Cins	Kadın	2,66±2,13	6,45±3,31	3,00	6,00	0-10	0-20	0,176	0,013
	Erkek	2,57±2,41	6,00±4,11	2,00	5,00	0-12	0-25		

*** Ü+YO, Üniversite+Yüksekokul**

**** Kruskal Wallis Testi; Ort, Ortalama; SD, Standart Sapma; Min, Minimum; Max, Maksimum**

En az yaş farkı konusunda üniversite ve yüksekokul mezunu olanlar anlamlı olarak daha az yaş farkı önermektedirler (Kruskal Wallis Testi; p=0,000, Post-Hoc Dunn Testi; p=0,000). Ayrıca 19-28 yaş grubu ile 29-38 yaş grubu benzerlik göstermekte ve diğer yaş gruplarından anlamlı olarak daha az yaş farkı önermektedir (Kruskal Wallis Testi; p=0,000, Post-Hoc Dunn Testi; p=0,000). Gelir düzeylerine göre bakıldığında gelir düzeyi arttıkça önerilen yaş farkı anlamlı olarak azalmaktadır (Kruskal Wallis Testi; p=0,000, Post-Hoc Dunn Testi; p=0,000). Ancak kadın ve erkek arasında evliliklerde olması gereken en az yaş farkı konusunda alınan cevaplarda anlamlı fark gözlenmemiştir.

En fazla yaş farkı önerilerine bakıldığında eğitim düzeyi yaş grupları, bakımından herhangi bir fark gözlenmezken gelir düzeyi düşük olanlarda ve erkek cinsiyette anlamlı olarak daha az yaş farkı önerildiği görülmektedir (Kruskal Wallis Testi; p=0,000, Post-Hoc Dunn Testi; p=0,000).

Anketi cevaplayan deneklere *"Kadın için ideal evlenme yaşı kaçtır?"* sorusu sorulmuş ve eğitim düzeylerine, yaş gruplarına, hane gelir düzeylerine ve cinsiyetlerine göre değerlendirilmiştir (Tablo 8). Buna göre yaş gruplarına göre yanıtlarda anlamlı bir fark gözlenmezken; eğitim düzeylerine göre Lise ile Üniversite ve Yüksekokul mezunlarında en fazla tercih edilen yanıt 25-29 yaş aralığında iken, ilkokul mezunları anlamlı olarak daha yüksek oranda 20-24 yaş aralığını kadınlar için ideal evlenme yaşı olarak önermektedir (Ki-Kare Testi; p=0,000). Gelir düzeylerine göre bakıldığında ise gelir düzeyi düştükçe anlamlı olarak daha çok 20-24 yaş aralığının tercih edildiği görülmektedir (Ki-Kare Testi; p=0,000). Cinsiyetler yönünden irdelendiğinde ise erkeklerin anlamlı olarak daha çok erken yaşta evlenmeyi önerdikleri görülmektedir (Ki-Kare Testi; p=0,021).

Tablo 8. Kadın için en uygun evlenme yaşı konusunda deneklerin eğitim, yaş, hane geliri ve cinsiyete göre dağılımı

		Deneklerin Kadın İçin İdeal Evlenme Yaşı Hakkındaki Görüşleri					P**
		15-19 Yaş	**20-24 Yaş**	**25-29 Yaş**	**30-34 Yaş**	**35 Yaş Üzeri**	
		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Eğitim	İlkokul	1,0 (1)	66,3 (67)	28,7 (29)	3,0 (3)	1,0 (1)	0,000
	Lise	0,5 (1)	39,1 (81)	55,6 (115)	4,8 (10)	0,0 (0)	
	Ü+Y.O*	0,1 (1)	15,9 (107)	75,3 (506)	7,9 (53)	0,7 (5)	
Yaş Grupları	19-28	0,0 (0)	27,8 (71)	67,8 (173)	4,3 (11)	0,0 (0)	0,601
	29-38	0,5 (1)	23,4 (52)	68,9 (153)	6,8 (15)	0,5 (1)	
	39-48	0,6 (1)	27,1 (45)	61,4 (102)	9,6 (16)	1,2 (2)	
	49-58	0,0 (0)	25,2 (39)	64,5 (100)	9,0 (14)	1,3 (2)	
	59 & Üstü	0,5 (1)	26,4 (48)	67,0 (122)	5,5 (10)	0,5 (1)	
Gelir(₺)	<2000	0,8 (2)	42,2 (111)	54,4 (143)	2,3 (6)	0,4 (1)	0,000
	2000-5999	0,0 (0)	23,1 (117)	68,8 (349)	7,3 (37)	0,8 (4)	
	>6000	0,5 (1)	12,9 (27)	75,2 (158)	11,0 (23)	0,5 (1)	
Cins	Kadın	0,0 (0)	22,5 (118)	69,9 (367)	6,9 (36)	0,8 (4)	0,021
	Erkek	0,7 (3)	30,1 (371)	62,2 (283)	6,6 (30)	0,4 (2)	

* Ü+YO, Üniversite+Yüksekokul

** Ki-Kare Testi; Cins, Cinsiyet

Anketi cevaplayan deneklere *"Erkek için ideal evlenme yaşı kaçtır?"* sorusu sorulmuş ve eğitim düzeylerine, yaş gruplarına, hane gelir düzeylerine ve cinsiyetlerine göre değerlendirilmiştir (Tablo 9). Eğitim durumuna göre bakıldığında eğitim düzeyi arttıkça anlamlı olarak daha fazla ileri yaşların önerildiği görülmektedir (Ki-Kare Testi; p=0,000). Yaş gruplarına göre bakıldığında 38 yaşa kadar 25-29 yaş aralığının anlamlı olarak daha sık önerildiğini 39-58 yaş arasında önerilen yaşın daha ileri yaş gruplarına kaydığını, 59 yaşından sonraysa yeniden 25-29 yaş aralığında toplandığı görülmektedir (Ki-Kare Testi; p=0,000). Gelir düzeyine göre bakıldığında gelir düzeyi arttıkça anlamlı olarak daha ileri yaşlarda evlenme önerisi yoğunlaşmaktadır (Ki-Kare Testi; p=0,000). Ayrıca kadınların erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek oranlarda erkeklerin 30-34 yaş aralığında evlenmesi önerilmektedir (Ki-Kare Testi; p=0,000).

Tablo 9. Erkek için en uygun evlenme yaşı konusunda deneklerin eğitim, yaş, hane geliri ve cinsiyete göre dağılımı

		Deneklerin Erkek İçin İdeal Evlenme Yaşı Hakkındaki Görüşleri					P**
		15-19 Yaş	**20-24 Yaş**	**25-29 Yaş**	**30-34 Yaş**	**35 Yaş Üzeri**	
		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Eğitim	İlkokul	1,0 (1)	25,7 (26)	52,5 (53)	17,8 (18)	3,0 (3)	0,000
	Lise	2,4 (5)	11,1 (23)	53,6 (111)	31,4 (65)	1,4 (3)	
	Ü+Y.O*	1,5 (10)	3,0 (20)	50,7 (341)	40,8 (274)	4,0 (27)	
Yaş Grupları	19-28	0,8 (2)	6,7 (17)	66,7 (170)	24,3 (62)	0,0 (0)	0,000
	29-38	4,1 (9)	5,9 (13)	50,0 (111)	36,5 (81)	0,5 (1)	
	39-48	0,0 (0)	9,0 (15)	42,2 (70)	44,0 (73)	1,2 (2)	
	49-58	1,9 (3)	7,7 (12)	43,2 (67)	42,6 (66)	1,3 (2)	
	59 & Üstü	1,1 (2)	6,6 (12)	47,8 (87)	5,5 (10)	41,2 (75)	
Gelir(₺)	<2000	1,9 (5)	14,1 (37)	56,3 (148)	26,6 (70)	1,1 (3)	0,000
	2000-5999	1,6 (8)	5,9 (30)	50,5 (256)	37,8 (196)	3,4 (17)	
	>6000	1,4 (3)	1,0 (2)	48,1 (101)	43,3 (91)	6,2 (13)	
Cins	Kadın	1,1 (6)	4,8 (25)	48,6 (255)	42,1 (221)	3,4 (18)	0,000
	Erkek	2,2 (10)	9,7 (44)	54,9 (250)	29,9 (136)	3,3 (15)	

* Ü+YO, Üniversite+Yüksekokul

** Ki-Kare Testi; Cins, Cinsiyet

4.2.3 **Deneklerin Evlilik Danışmanlığı Konusundaki Görüşleri**

Anketi yanıtlayanlara *"Cinsiyet farketmeksizin 19 yaş öncesi evliliklere özel danışmanlık ve eğitim gerekli midir?"* sorusu sorulmuş ve "evet" cevabı verenlere bu işlemi kimlerin yapması gerektiği sorusu yöneltilmiştir.Araştırma grubunun tamamı dikkate alındığında 19 yaş öncesinde yapılacak olan evlilikler için grubun %99,2'si özel bir danışmanlık gerektiğini belirtmiştir. Bu yanıtı verenlerin dağılımlarına yaş grubu, eğitim düzeyi, hane geliri ve cinsiyetleri yönünden bakıldığında hiçbir alt grupta anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir (Ki-Kare Testi; p=0,308; p=0,480; p=0,250; p=0,155 sırasıyla).

Danışmanlık verilmesini isteyen deneklerin, danışmanın kim olması gerektiği konusunda yaş, cinsiyet, hane geliri ve eğitim durumuna göre bakış açıları Tablo 10'da verilmiştir. Buna göre denekler arasında yaş grupları ve cinsiyete göre anlamlı bir fark gözlenemezken, eğitim durumlarına göre bakıldığında tüm denekler eğitim seviyelerinden bağımsız olarak danışmanlığın özel eğitimli Aile Danışmanlarının vermesi gerektiğini düşünse de, Lise ve üniversite/yüksekokul mezunları arasında belirgin bir fark gözlenemezken, ilkokul mezunları anlamlı olarak daha düşük oranda Aile danışmanı ve daha yüksek oranda Aile Hekimlerinin danışmanlığını önermektedirler. Bunun dışında diğer iki eğitim grubu da danışman olarak ikinci sıklıkta Aile Hekimlerini öngörmektedir. Aynı soru hane içi gelir düzeyine göre incelendiğinde yine tüm gelir grupları anlamlı olarak daha fazla Aile Danışmanlarını tercih ederken, gelir düzeyi yükseldikçe ikinci sıradaki tercih olarak Aile Hekimlerine yönelimin artması dikkat çekicidir. (Tablo 10)

Tablo 10. Cinsiyet fark etmeksizin 19 yaş öncesi yapılan evliliklere özel bir danışmanlık hizmeti ve eğitimin kimler tarafından verilmesi gerektiği sorusuna verilen yanıtlar.

		Deneklerin Danışmanlık Hakkındaki Görüşleri						P**
		AD	A.H.	K.D.U	Büyükler	Fikrim yok	Diğer	
		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Eğitim	İlkokul	60,0 (60)	23,0 (23)	4,0 (4)	6,0 (6)	7,0 (7)	0,0 (0)	0,000
	Lise	77,9 (159)	12,3 (25)	3,9 (8)	1,5 (3)	3,4 (7)	1,0 (2)	
	Ü+Y.O*	76,3 (510)	14,7 (98)	5,8 (39)	0,7 (5)	1,6 (11)	0,7 (5)	
Yaş Grupları	19-28	76,8 (195)	13,0 (33)	5,9 (15)	1,2 (3)	2,8 (7)	0,4 (1)	0,123
	29-38	68,5 (150)	19,2 (42)	7,8 (17)	0,5 (1)	3,2 (7)	0,9 (2)	
	39-48	76,1 (124)	11,0 (18)	6,1 (10)	1,8 (3)	3,7 (6)	1,2 (2)	
	49-58	75,5 (117)	19,4 (30)	0,6 (1)	1,9 (3)	1,3 (2)	1,3 (2)	
	59 & Üstü	79,0 (143)	12,7 (23)	4,4 (8)	2,2 (4)	1,7 (3)	0,0 (0)	
Gelir(₺)	<2000	70,7 (183)	14,7 (38)	6,2 (16)	3,1 (8)	5,0 (13)	0,4 (1)	0,003
	2000-5999	79,4 (401)	13,1 (66)	4,0 (20)	1,0 (5)	1,8 (9)	0,8 (4)	
	>6000	69,7 (145)	20,2 (42)	7,2 (15)	0,5 (1)	1,4 (3)	1,0 (2)	
Cins	Kadın	75,5 (395)	16,6 (87)	4,8 (25)	1,0 (5)	1,5 (8)	0,6 (3)	0,093
	Erkek	74,4 (334)	13,1 (59)	5,8 (26)	2,0 (9)	3,8 (17)	0,9 (4)	

* Ü+YO, Üniversite+Yüksekokul
** Ki-Kare Testi; Cins, Cinsiyet; A.D, Aile Danışmanı; A.H, Aile Hekimi; K.D.U, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı

4.2.4 Deneklerin Evlilik Öncesi Cinsellik Konusundaki Görüşleri

Tablo 11'de anketi yanıtlayan gönüllülerin evlilik öncesi cinsellik hakkındaki görüşleri verilmiştir. Buna göre eğitim seviyesi arttıkça evlilik öncesi cinselliğin normal karşılandığı, eğitim seviyesi azaldıkça dinen yanlış bulanların sayısının anlamlı olarak arttığı gözlenmektedir. Yaş gruplarına göre bakıldığında 39-58 yaş aralığında evlilik öncesi cinselliği ahlaken yanlış bulanların sayısı anlamlı olarak azalmakta, dinen yanlış bulanların sayısı 19 yaşından itibaren yaş arttıkça doğrusal biçimde anlamlı olarak azalmakta, normal bulanların sayısı ise yine doğrusal olarak artmaktadır.

Deneklerin gelir seviyelerine göre ahlaken yanlış bulma yaklaşımlarında belirgin bir farklılık gözlenmezken, gelir seviyesi azaldıkça evlilik öncesi cinselliği dinen yanlış bulanların oranı artmaktadır. Buna karşılık gelir seviyesi arttıkça evlilik öncesi cinselliği normal karşılayanların sayısında da anlamlı bir artış gözlenmektedir. Aynı soruda cinsiyete göre yanıtlar incelendiğinde dinen yanlış bulma konusunda bir farklılık gözlenmezken,

ahlaken yanlış bulma konusunda kadınların daha yüksek oranlara ulaştığını, erkeklerin ise daha yüksek oranda normal karşıladığı saptanmıştır.

Tablo 11. Eğitim, yaş, hane geliri ve cinsiyete göre evlilik öncesi cinsellik hakkındaki görüşler

		Deneklerin Evlilik Öncesi Cinsellik Hakkındaki Görüşleri				P**
		Normal	Dinen Yanlış	Ahlaken Yanlış	Fikrim yok	
		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Eğitim	İlkokul	9,9 (10)	50,5 (51)	22,8 (23)	16,8 (17)	0,000
	Lise	27,1 (56)	23,2 (48)	37,2 (77)	12,6 (26)	
	Ü+Y.O*	45,2 (3,4)	15,3 (103)	29,0 (195)	10,4 (70)	
Yaş Grupları	19-28	27,8 (71)	27,5 (70)	31,4 (80)	13,3 (34)	0,000
	29-38	34,7 (77)	24,3 (54)	32,4 (72)	8,6 (19)	
	39-48	39,8 (66)	21,7 (36)	25,3 (42)	13,3 (22)	
	49-58	49,0 (76)	16,8 (26)	25,8 (40)	8,4 (13)	
	59 & Üstü	44,0 (80)	8,8 (16)	33,5 (61)	13,7 (25)	
Gelir(₺)	<2000	22,4 (59)	31,2 (82)	29,3 (77)	17,1 (45)	0,000
	2000-5999	40,6 (206)	18,1 (92)	31,0 (157)	10,3 (52)	
	> 6000	50,0 (105)	13,3 (28)	29,0 (61)	7,6 (16)	
Cins	Kadın	33,9 (178)	21,0 (110)	33,3 (175)	11,8 (62)	0,037
	Erkek	42,2 (192)	20,2 (92)	26,4 (120)	11,2 (51)	

* Ü+YO, Üniversite+Yüksekokul

** Ki-Kare Testi; Cins, Cinsiyet;

4.2.5 Deneklerin Çocuk Sahibi Olma Konusundaki Görüşleri

Tablo 12'de eğitim, cinsiyet, hane geliri ve yaş gruplarına göre kadın ve erkek için deneklerin önerdiği en erken çocuk sahibi olma yaşları gösterilmiştir. Anketi yanıtlayanların eğitim ve gelir düzeyi arttıkça, kadın ve erkek için önerilen en erken çocuk sahibi olma yaşının anlamlı olarak arttığı görülmektedir. Cinsiyete göre bakıldığında kadınlar erkeklere göre daha geç yaşta çocuk sahibi olunmasını uygun önermektedir. (Tablo 12)

Tablo 12.Eğitim, yaş, hane geliri, cinsiyete göre kadın ve erkek için önerilen en erken çocuk sahibi olma yaşları

		Denekler Tarafından Önerilen En Erken Çocuk Sahibi Olma Yaşı						P**	
		Ort±SD		Medyan		Min-Max			
		Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
Eğitim	İlkokul	25,70±3,62	23,33±2,81	25,00	23,00	20-35	18-33	0,000	0,000
	Lise	26,91±2,90	24,31±2,73	26,00	23,00	20-35	18-33		
	Ü + YO *	27,70±3,25	25,16±2,81	28,00	25,00	18-40	18-40		
Yaş Grupları	19-28	27,11±2,74	25,07±2,55	27,00	25,00	20-35	18-30	0,715	0,149
	29-38	27,30±3,43	24,59±2,76	27,00	25,00	18-38	18-35		
	39-48	27,28±3,29	24,68±3,09	27,00	25,00	18-35	18-35		
	49-58	27,53±3,40	25,03±2,82	28,00	25,00	20-35	18-35		
	59 & üstü	27,55±3,67	24,57±3,16	26,50	25,00	19-40	19-40		
Gelir(₺)	<2000	26,43±3,16	23,95±2,65	25,00	25,00	18-35	18-30	0,000	0,000
	2000-5999	27,53±3,23	24,96±2,87	27,00	25,00	18-40	18-40		
	>6000	27,97±3,33	25,44±2,84	28,00	25,00	19-38	19-35		
Cins	Kadın	27,68±3,17	24,97±2,71	28,00	25,00	18-38	18-35	0,000	0,055
	Erkek	26,93±3,36	24,59±3,00	26,00	25,00	18-40	18-40		

*** Ü+YO, Üniversite+Yüksekokul**

**** Kruskal Wallis Testi; Ort, Ortalama; SD, Standart Sapma; Min, Minimum; Max, Maksimum**

4.3 Deneklerin Adölesan Gebeliklerle İlgili Görüşleri

4.3.1 Deneklerin Adölesan Çağda Çocuk Sahibi Olma ve Gebelikle İlgili Düşünceleri

Deneklerin *"19 yaş öncesi çocuk sahibi olmak"* cümlesini uygun şıkla tamamlamaları istenmiştir. Cevaplar Tablo 13'de verilmiştir. Eğitim durumuna göre bakıldığında eğitim düzeyi arttıkça adölesan gebelikleri sakıncalı bulan sayısı anlamlı olarak artmaktadır (Ki-Kare Testi; p=0,010). Deneklerin %80,3'ünün adölesan gebelikleri sakıncalı bulduğu gözlenmiştir. Denekler hane geliri düzeyinden bağımsız olarak adölesan gebelikleri sakıncalı bulmuşlardır. Kadın erkek dağılımına göre baktığımızda ise kadınların adölesan gebelikleri daha yüksek oranda sakıncalı bulduğu gözlenmektedir.

Sakıncalı görme nedenleri sorulduğunda deneklerin %64,9'u adölesan gebelikleri sağlık açısından sakıncalı bulurken (Ki-Kare Testi; p=0,000), bunu kanunen sakıncalı görenler (%4,5), ahlaken sakıncalı görenler (%3,5), töreye uygunsuz bulanlar (%0,9) izlemekteydi.Kalan %18 denek ise bu konuyla ilgili somut bir fikre sahip değildi. Sağlık açısından sakıncalı görme durumu gelir düzeyi, yaş ve cinsiyetle ilişkili olarak anlamlı bir artış gösterirken, eğitim düzeyi ile ilişkisiz bulunmuştur (Ki-Kare Testi; p=0,000; p=0,000; p=0,022; p=0,07 sırasıyla).

Tablo 11. Deneklerin19 yaş öncesi çocuk sahibi olma hakkındaki görüşleri

		19 Yaş Öncesi Çocuk Sahibi Olmak			P**
		Sakıncalı Değil	Sakıncalı	Fikrim yok	
		% (n)	% (n)	% (n)	
Eğitim	İlkokul	14,9 (15)	73,3 (74)	11,9 (12)	0,010
	Lise	10,1 (21)	74,9 (155)	15,0 (31)	
	Ü+Y.O*	6,7 (45)	83,0 (558)	10,3 (69)	
	Toplam	**8,8 (81)**	**80,3 (787)**	**11,4 (112)**	
Yaş Grupları	19-28	7,5 (19)	77,3 (197)	15,3 (39)	0,116
	29-38	8,6 (19)	80,2 (178)	11,3 (25)	
	39-48	9,6 (16)	75,9 (126)	14,5 (24)	
	49-58	7,7 (12)	86,5 (134)	5,8 (9)	
	59 & Üstü	8,2 (15)	83,5 (152)	8,2 (15)	
	Toplam	**8,8 (81)**	**80,3 (787)**	**11,4 (112)**	
Gelir(₺)	<2000	13,3 (35)	67,7 (178)	19,0 (50)	0,000
	2000-5999	7,3 (37)	83,2 (422)	9,5 (48)	
	6000 ve Üzeri	4,3 (9)	89,0 (187)	6,7 (14)	
	Toplam	**8,8 (81)**	**80,3 (787)**	**11,4 (112)**	
Cins	Kadın	6,3 (33)	84,6 (444)	9,1 (48)	0,001
	Erkek	10,5 (48)	75,4 (343)	14,1 (64)	
	Toplam	**8,8 (81)**	**80,3 (787)**	**11,4 (112)**	

*** Ü+YO, Üniversite+Yüksekokul**

**** Ki-Kare Testi; Cins, Cinsiyet;**

Tablo 14'de deneklerin aile ve yakın akrabalarında adölesan gebelik olup olmadığı verilmiştir. Aile ve yakın akrabalarında adölesan gebelik görülme oranı eğitim ve gelirle ters orantılı olarak artmaktadır. Yaş azaldıkça ve gelir azaldıkça son on yılda deneklerin akraba ve yakınlarında adölesan gebelik görülme oranı artmaktadır.

Aile veya akrabalarında adölesan gebelik olanların bu konudaki tepkileri incelendiğinde %49,7'sinin (n=89) onaylamadığını bildirdiği, %5,6'sının (n=10) onaylamayıp evliliğin ya da gebeliğin sonlandırılmasını istediği, %20,1'inin (n=36) başa gelince kabullenmek zorunda kaldığı görülmektedir. Aile veya yakın akrabalarında adölesan gebelik olanların %5,6'sının (n=10) bu durumu zaten onayladığı gözlenmiştir. Hane gelirine göre bakıldığında gelir azaldıkça adölesan gebelik ve evlilikleri zaten onaylayanların arttığı gözlenmektedir. (Ki-Kare test p=0,005) Eğitim seviyesine göre

bakıldığında ise adölesan gebelik ve evlilikleri zaten onaylayanların sayısının eğitim seviyesi ile ters orantılı olarak arttığı gözlenmektedir.

Tablo 14. Son 10 Yılda Aile ve Yakın Akrabalarında Adölesan Gebe Var mı?

		Son 10 Yılda Aile ve Yakın Akrabalarında Adölesan Gebe Var mı?		P**
		Evet	Hayır	
		% (n)	% (n)	
Eğitim	İlkokul	45,5 (46)	54,5 (55)	0,000
	Lise	22,2 (46)	77,8 (161)	
	Ü+Y.O*	12,9 (87)	87,1 (585)	
Yaş Grupları	19-28	25,1 (64)	74,9 (191)	0,008
	29-38	18,9(42)	81,1 (180)	
	39-48	16,9 (28)	83,1 (138)	
	49-58	13,5 (21)	86,5 (134)	
	59 & Üstü	13,2 (24)	86,8 (158)	
Gelir(₺)	<2000	30,8 (81)	69,2 (182)	0,000
	2000-5999	15,2 (77)	84,8 (430)	
	>6000	10,0 (21)	90,0 (189)	
Cins	Kadın	21,1 (111)	78,9 (414)	0,012
	Erkek	14,9 (68)	85,1 (387)	

*** Ü+YO, Üniversite+Yüksekokul**

**** Ki-Kare Testi; Cins, Cinsiyet**

Deneklere adölesan çağdaki gebelikler hakkında 4 önerme verilmiş ve kendilerine en uygun şıkkı işaretlemeleri istenmiştir (Tablo 15). Buna göre yaş, cinsiyet hane geliri ve eğitim durumuna göre bakıldığında *"Gebeliğin ancak organizmanın tam olgun hale gelmesiyle ve psikolojik açıdan kadının hazır olmasıyla uygun olacağı"* önermesinin daha çok tercih edildiği görülmektedir. Bu görüşün Üniversite ve Yüksek okul mezunlarında anlamlı olarak daha fazla tercih edildiği görülmektedir (Ki-Kare testi,p=0,000).

Deneklere *"Sizce 19 yaş öncesi gebe kalan kadınlar sağlık hizmetlerine erişmekte güçlük çekiyor mu?"* sorusu sorulmuş, deneklerin %61,4'ünün (n=602) *"Evet"* yanıtını verdiği gözlenmiştir. Verilen bu yanıtlar eğitim seviyesi, yaş grupları, cinsiyet ve hane gelirine göre istatistiksel anlamda ilişkili bulunmamıştır (Ki-Kare testi; p=0,076; p=0,06; p=0,900; p=0,615 sırasıyla).

Tablo 15. Deneklerin adölesan gebelikler konusundaki önermelere verdikleri yanıtlar

		Deneklerin Adölesan Gebelikle İlgili Görüşleri					P**
		Adetle gebelik (1)	Her yaşta (2)	Tıbbi ve Psikolojik uygunluk(3)	En Erken Zaman(4)	Fikrim Yok	
		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Eğitim	İlkokul	0,0 (0)	17,8 (18)	60,4 (61)	1,0 (1)	20,8 (21)	0,000
	Lise	2,4 (5)	10,1 (21)	69,6 (144)	1,0 (2)	16,9 (35)	
	Ü+Y.O*	1,5 (10)	7,7 (52)	84,7 (569)	0,3 (2)	5,8 (39)	
Yaş Grupları	19-28	2,7 (7)	11,0 (28)	79,2 (202)	0,0 (0)	7,1 (18)	0,000
	29-38	1,8 (4)	6,3 (14)	81,5 (181)	0,0 (0)	10,4 (23)	
	39-48	0,6 (1)	9,0 (15)	79,5 (132)	1,8 (3)	9,0 (15)	
	49-58	1,9 (3)	7,1 (11)	85,8 (133)	0,6 (1)	4,5 (7)	
	59 & Üstü	0,0 (0)	12,6 (23)	69,2 (126)	0,5 (1)	17,6 (32)	
Gelir(₺)	<2000	1,1 (3)	14,4 (38)	69,6 (183)	0,4 (1)	14,4 (38)	0,000
	2000-5999	1,6 (8)	8,1 (41)	80,3 (407)	0,6 (3)	9,5 (48)	
	6000 ve Üzeri	1,9 (4)	5,7 (12)	87,6 (184)	0,5 (1)	4,3 (9)	
Cins	Kadın	1,5 (8)	9,1 (48)	81,7 (429)	0,6 (3)	0,7 (37)	0,053
	Erkek	1,5 (7)	9,5 (43)	75,8 (345)	0,4 (2)	12,7 (58)	

* Ü+YO, Üniversite+Yüksekokul

** Ki-Kare Testi; Cins, Cinsiyet

(1) Genç Kızlık döneminde ay halinin başlamasıyla birlikte hamile kalınmasında sakınca yoktur.
(2) Kadınlar hazır hissettiklerinde hangi yaşta olursa olsun hamile kalabilirler.
(3) Gebelik ancak organizmanın tıbbi olarak tam olgun hale gelmesive psikolojik olarak kadının hazır olmasıyla sağlıklı ve doğal olabilir.
(4) Kadınların olabilen en erken zamanda gebe kalmaları dinen caizdir.

Deneklere erken yaştaki gebeliklerin özel izlem gerektirip gerektirmediği sorulmuş, "Evet" yanıtını verenlerden yanıtın gerekçesi hakkındaki görüşleri istenmiştir. Deneklerin %85,7'si (n=840) adölesan gebeliklerin özel izlem gerektirdiğini düşünmekteydi. Deneklerin bu yanıtları eğitim seviyesi, hane gelir seviyesi, yaş grubu ile doğru orantılı olarak artmaktaydı. Bunun dışında kadınlar bu soruya erkeklere göre anlamlı olarak daha fazla *"Evet"* yanıtı vermiştir. (Tablo 16)

Deneklere verdikleri *"Evet"* yanıtının gerekçesi sorulduğunda kadınların önemli bir bölümü adölesanların gebeliğinin riskli ve gelişiminin gebelik için yetersiz olduğunu belirttikleri görülmüştür (%43,0; %43,4 sırasıyla). Erkekler de aynı yanıtları tercih etmiş olsalar da oranları kadınlardan anlamlı olarak daha düşük kalmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça yine adölesanların gebeliğinin riskli ve gelişiminin gebelik için yetersiz olduğunu belirten

deneklerin sayısı anlamlı olarak artmaktadır. Eğitim düzeyinden farklı olarak gelir düzeyi arttıkça adölesan gebeliğini riskli bulanların sayısı azalmaktadır.

Tablo 16. Adölesan gebelik izlemi özel olmalı mı? Bu gebeliklerin izlemi özel olmalı ise gerekçesi nedir?

		Adölesan Gebelik İzlemi							
		Adölesan Gebeliklerde özel izlem olmalı mı?			Adölesan Gebeliklerde Özel İzlem Gerekçesi				
		Evet	Hayır	Fikrim Yok	a	b	c	d	Fikrim Yok
		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Eğitim	İlkokul	74,3 (69)	6,9 (7)	18,8 (19)	35,6(36)	32,7(33)	9,9(10)	3,0(3)	18,8 (19)
	Lise	81,6(169)	2,4 (5)	15,9 (33)	37,7(78)	34,8(72)	11,1(23)	1,4(3)	15,0(31)
	Ü+Y.O*	88,7 (596)	1,5 (10)	9,8 (66)	42,1(283)	43,5(292)	3,6(24)	0,6 (4)	10,3(69)
	P**	0,000			0,000				
Yaş Grupları	19-28	88,2(225)	1,2 (3)	10,6 (27)	41,6(106)	44,3(113)	31,1(8)	0,4 (1)	10,6 (27)
	29-38	83,3 (185)	2,3 (5)	14,4 (32)	38,3(85)	41,9(93)	4,5(10)	1,4 (3)	14,0 (31)
	39-48	78,3 (130)	6,6 (11)	15,1 (25)	41,6(69)	35,5(59)	6,6(11)	1,8(3)	14,5(24)
	49-58	87,7(136)	1,3 (2)	11,0 (17)	36,1(56)	42,6(66)	8,4(13)	0,6 (1)	12,3 (19)
	59 & Üstü	90,1 (164)	0,5 (1)	9,3 (17)	44,5(81)	36,3(66)	8,2(15)	1,1(2)	9,9(18)
	P**	0,002			0,354				
Gelir(₺)	<2000	77,2(203)	5,3 (14)	17,5 (46)	40,3(106)	31,6(83)	9,5(25)	1,5 (4)	17,1 (45)
	2000-5999	88,4 (448)	1,2 (6)	10,5 (53)	41,6(211)	42,0(213)	4,9(25)	1,0 (5)	10,5 (53)
	>6000	90,0 (189)	1,0 (2)	9,0 (19)	38,1(80)	48,1(101)	3,3(7)	0,5 (1)	10,0(21)
	P**	0,000			0,001				
Cins	Kadın	88,6 (465)	1,9 (10)	9,5 (50)	43,0(226)	43,4(228)	4,4(23)	0,6(3)	8,6(45)
	Erkek	82,4 (375)	2,6 (12)	14,9 (68)	37,6(171)	37,1(169)	7,5(34)	1,5(7)	16,3(74)
	P**	0,022			0,000				

* Ü+YO, Üniversite+Yüksekokul
a: Erken yaştaki gebelikler düşük doğum ağırlığı, erken doğum, gebelik zehirlenmesi ve lohusalık sorunları yönünden yüksek risk taşırlar. Bu yüzden takip daha dikkatli yapılmalıdır.
b:Erken yaştaki gebeliklerin çoğu reşit olmadığından, beden ve psikolojik gelişimleri daha yetersiz olacağından takipleri daha sık yapılmalıdır.
c:Erken yaştaki gebeliklerin anne ölüm riski daha yüksek olduğundan gebeler daha yakından izlenmelidir.
d:Erken yaştaki gebelerin diğer gebelerden çok belirgin farkları bulunmamaktadır. Bu nedenle ayrıca uygulama gerekmez.

** Ki-Kare Testi; Cins, Cinsiyet

4.3.2 Adölesan Gebelikleri Önleme İle İlgili Görüşler

Tablo 17'de deneklerin adölesan gebelikleri önleme ile ilgili görüşleri sunulmuştur. Deneklerin %87,2'si (n=854) adölesan gebelikleri azaltmak gerektiğini belirtmişlerdir. Eğitim düzeylerine bakıldığında üniversite ve yüksekokul mezunlarının adölesan gebeliklerin eğitimle önlenebileceğini savunmakta olduğu görülmektedir. Ayrıca kadınların erkeklere oranla daha çok kanunla önlemekten yana oldukları görülmektedir.

Eğitim, yaş, hane geliri, cinsiyet ile deneklerin adölesan gebelikleri önleme konusundaki düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 17. Deneklerin adölesan gebelikleri önleme ile ilgili görüşleri

		Adölesan Gebelikleri Önleme Konusundaki Görüşler				P**
		Eğitimle	Yasalarla	Gerek Yok	Fikrim yok	
		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Eğitim	İlkokul	61,4 (62)	12,9 (13)	5,0 (5)	20,8 (21)	0,000
	Lise	68,1 (141)	12,1 (25)	6,3 (13)	13,5 (28)	
	Ü+Y.O*	78,0 (524)	13,2 (89)	4,0 (27)	4,8 (32)	
Yaş Grupları	19-28	69,8 (178)	16,5 (42)	5,5 (14)	8,2 (21)	0,003
	29-38	77,0 (171)	13,1 (29)	4,1 (9)	5,9 (13)	
	39-48	71,7 (119)	8,4 (14)	9,0 (15)	10,8 (18)	
	49-58	78,7 (122)	12,9 (20)	3,9 (6)	4,5 (7)	
	59 & Üstü	75,3 (137)	12,1 (22)	0,5 (1)	12,1 (22)	
Gelir(₺)	<2000	60,5 (159)	15,2 (40)	6,5 (17)	17,9 (47)	0,000
	2000-5999	77,3 (392)	12,6 (64)	4,7 (24)	5,3 (27)	
	>6000	83,8 (176)	11,0 (23)	1,9 (4)	3,3 (7)	
Cins	Kadın	73,0 (383)	16,0 (84)	4,4 (23)	6,7 (35)	0,008
	Erkek	75,6 (344)	9,5 (43)	4,8 (22)	10,1 (46)	

* Ü+YO, Üniversite+Yüksekokul

** Ki-Kare Testi; Cins, Cinsiyet;

Deneklerin *"19 yaş öncesi gebelikleri azaltmak anne ve bebek ölümlerini azaltır mı?"* sorusuna verdikleri cevaplar Tablo 18'de verilmiştir. Eğitim düzeyi ve hane geliri arttıkça doğru orantılı olarak adölesan dönemdeki gebelikleri azaltmanın anne ve bebek ölümlerini azalacağı görüşünün arttığı gözlenmiştir. Ancak eğitim düzeyi ve hane geliri azaldıkça bu konu hakkında fikri olmayanların da arttığı görülmektedir. Bu soruya verilen yanıtların deneklerin yaş ve cinsiyeti ile istatistiksel bir ilişkisi bulunamamıştır.

Tablo 18. Adölesan Gebelikleri Azaltmak Anne ve Bebek Ölümlerini Azaltır mı?

		Adölesan Gebelikleri Azaltmak Anne ve Bebek Ölümlerini Azaltır mı?			P**
		Evet	Hayır	Fikrim yok	
		% (n)	% (n)	% (n)	
Eğitim	İlkokul	68,3 (69)	8,9 (9)	22,8 (23)	0,001
	Lise	80,7 (167)	4,8 (10)	14,5 (30)	
	Ü+Y.O*	85,0 (571)	3,4 (23)	11,6 (78)	
Yaş Grupları	19-28	81,6 (208)	2,4 (6)	16,1 (41)	0,128
	29-38	80,6 (179)	5,4 (12)	14,0 (31)	
	39-48	78,3 (130)	6,6 (11)	15,1 (25)	
	49-58	83,2 (129)	5,2 (8)	11,6 (18)	
	59 & Üstü	88,5 (161)	2,7 (5)	8,8 (16)	
Gelir(₺)	<2000	76,0(200)	6,5 (17)	17,5 (46)	0,024
	2000-5999	84,0 (426)	3,4 (17)	12,6 (64)	
	>6000	86,2 (181)	3,8 (8)	10,0 (21)	
Cins	Kadın	84,6 (444)	3,8 (20)	11,6 (61)	0,145
	Erkek	79,8 (363)	4,8 (22)	15,4 (70)	

* Ü+YO, Üniversite+Yüksekokul

** Ki-Kare Testi; Cins, Cinsiyet;

Deneklere adölesan gebelikler ile ilgili var olan kanunların yeterli olup olmadıkları sorulduğunda verilen yanıtlar Tablo 19'da gösterilmektedir. Kanunları yetersiz bulma oranı eğitimle doğrusal olarak artmakta olduğu görülmekte ve üniversite ve yüksekokul eğitimi alan topluluğun yaklaşık ¾'üne ulaşmaktadır.Deneklerin kanunlarla ilgili görüşleri yaş grupları ve hane gelirleri ile değişmezken, kadın denekler erkeklere göre adölesan dönem evlilikleri ile ilgili kanunları anlamlı olarak daha yüksek oranda yetersiz bulmuşlardır.

Tablo 19. Adölesan Dönemdeki Evlilikler Hakkındaki Kanunlar Yeterli mi?

		Kanun Yeterli mi?		P**
		Evet	Hayır	
		% (n)	% (n)	
Eğitim	İlkokul	40,6 (41)	59,4 (60)	0,002
	Lise	34,3(71)	65,7 (136)	
	Ü+Y.O*	25,9 (174)	74,1 (498)	
Yaş Grupları	19-28	27,1 (69)	72,9 (186)	0,106
	29-38	28,8(64)	71,2 (158)	
	39-48	34,3 (57)	65,7 (109)	
	49-58	22,6(35)	77,4 (120)	
	59 & Üstü	33,5 (61)	66,5 (121)	
Gelir(₺)	<2000	33,5 (88)	66,5 (175)	0,191
	2000-5999	27,2 (138)	72,8 (369)	
	6000 ve Üzeri	28,6 (60)	71,4 (150)	
Cins	Kadın	25,9 (136)	74,1 (389)	0,015
	Erkek	33,0 (150)	67,0 (305)	

* Ü+YO, Üniversite+Yüksekokul

** Ki-Kare Testi; Cins, Cinsiyet

Deneklerin %90,2(n=884)'si üniversite öncesi cinsel eğitim verilmesi gerektiğini, %2,3(n=23)'ü eğitime gerek olmadığını belirtmiş, %7,4(n=73)'ü fikir belirtmemiştir. Cinsel eğitimin verilmesi gerektiğini savunanların toplam %39,7'si (n=389) bu eğitimin ortaöğretimde, %40'ı (n=392) ise lisede verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Eğitim durumlarına göre incelendiğinde eğitim düzeyi arttıkça cinsel eğitimin ortaöğretimde verilmesi gerektiğini savunanların sayısı artmaktadır. Eğitime gerek olmadığını düşünen grupta ise üniversite mezunları bu konuda üniversite öncesi yeterince farkındalığın olmamasından dolayı eğitime gerek olmadığını, ilkokul mezunları ise bu konuda toplumda konuşmanın ayıp sayıldığını belirttikleri görülmüştür. Üniversite öncesi cinsel eğitim verilmesi sorusuna verilen yanıtlar yine yaş gruplarına ve hane gelir düzeylerine göre de benzer dağılımlar göstermektedir. (Tablo 20)

Tablo 20. Deneklerin Üniversite Öncesi Dönemde Yaşa GöreYapılandırılmış Cinsel Eğitim Hakkındaki Görüşleri

		Deneklerin Üniversite Öncesi Cinsel Eğitim Hakkındaki Görüşleri							P***
		Eğitim Gerekli			Eğitim Gerekli Değil			Fikrim yok	
		İ.Ö.**	O.Ö. **	Lise	a	b	c		
		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Eğitim	İlkokul	5,9 (6)	29,7 (30)	37,6 (38)	4,0 (4)	1,0 (1)	5,0 (5)	16,8 (17)	0,000
	Lise	10,6 (22)	38,6 (80)	41,5 (86)	0,5 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	8,7 (18)	
	Ü+Y.O*	11,2 (75)	41,5 (279)	39,9 (268)	1,2 (8)	0,6 (4)	0,0 (0)	5,7 (38)	
Yaş Grupları	19-28	7,8 (20)	38,4 (98)	42,7 (109)	2,0 (5)	1,2 (3)	0,0 (0)	7,8 (20)	0,024
	29-38	11,7 (26)	39,2 (87)	42,3 (94)	0,5 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	6,3 (14)	
	39-48	9,6 (16)	39,8 (66)	40,4 (67)	0,6 (1)	0,0 (0)	0,6 (1)	9,0 (15)	
	49-58	16,1 (25)	41,9 (65)	32,9 (51)	1,9 (3)	0,6 (1)	2,6 (4)	3,9 (6)	
	59 & Üstü	8,8 (16)	40,1 (73)	39,0 (71)	1,6 (3)	0,5 (1)	0,0 (0)	9,9 (18)	
Gelir(₺)	<2000	8,4 (22)	34,6 (91)	38,8 (102)	1,9 (5)	0,8 (2)	1,5 (4)	14,1 (37)	0,000
	2000-5999	11,6 (59)	40,4 (205)	40,4 (205)	1,4 (7)	0,2 (1)	0,2 (1)	5,7 (29)	
	>6000	10,5 (22)	44,3 (93)	40,5 (85)	0,5 (1)	1,0 (2)	0,0 (0)	3,3 (7)	
Cins	Kadın	10,1 (53)	41,1 (216)	40,4 (212)	1,1 (6)	0,6 (3)	0,2 (1)	6,5 (34)	0,557
	Erkek	11,0 (50)	38,0 (173)	39,6 (180)	1,5 (7)	0,4 (2)	0,9 (4)	8,6 (39)	

* Ü+YO, Üniversite+Yüksekokul
** İ.Ö, İlköğretim; O.O, Ortaöğretim
a: Üniversite öncesi dönemde bu farkındalık oluşmaz
b: Toplumsal ve geleneksel yapı eğitimi hiçe sayar
c: Bu konuların uluorta konuşulması ayıp sayılır

*** Ki-Kare Testi;

Anketi yanıtlayan deneklerin %31,2'sinin (n=306) üniversite öncesi üreme sağlığı konusunda eğitim aldığı, %68,8'inin (n=674) eğitim almadığı izlenmiştir. Deneklerin eğitim düzeyi arttıkça üniversite öncesi üreme sağlığı konusunda eğitim alanların sayısının anlamlı olarak arttığı gözlenmiştir. Eğitim almayanların ise halen dahi bu konuda eğitim almak istedikleri ve çocuklarının da eğitilmesini istedikleri gösterilmiştir. Deneklerden kendileri eğitim almamış olanların eğitim alma isteklerinin yaştan bağımsız olarak benzer düzeylerde olduğu (%76,9-85,6) ve yine yaştan bağımsız olarak çocuklarının da eğitim almalarını istedikleri (%85,8-91,2) görülmüştür. Hane gelir düzeyi arttıkça cinsel eğitim almak isteyenlerin sayısının da arttığı, çocuklarının eğitim almasını isteyenlerin sayısının arttığıizlenmektedir. (Tablo 21)

Tablo 21. Deneklerin Üniversite Öncesi Cinsel Eğitim Alıp Almadıkları ve Bu Konuda Düşünceleri

		Deneklerin Üniversite Öncesi Cinsel Eğitim Alıp Almadıkları ve Bu Konuda Düşünceleri							
		Üniversite Öncesi Cinsel Eğitim Aldı mı?		Almadıysa almak ister miydi?			Çocuğu bu konuda eğitim alsın mı?		
		Evet	Hayır	Evet	Hayır	Fikrim Yok	Evet	Hayır	Fikrim Yok
		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Eğitim	İlkokul	7,9 (8)	92,1(93)	65,6(61)	14,0(13)	20,4(19)	79,2(80)	5,9(6)	14,9(15)
	Lise	26,1 (54)	73,9(153)	75,2(115)	10,5(16)	14,4(22)	84,5(175)	4,8(10)	10,6(22)
	Ü+Y.O*	36,3 (244)	63,7(428)	88,1(377)	5,1(22)	6,8(29)	93,2(626)	2,7(18)	4,2(28)
	P**	0,000		0,000			0,000		
Yaş Grupları	19-28	53,3 (136)	46,7(119)	81,5(97)	8,4(10)	10,1(12)	91,0(232)	4,3(11)	4,7(12)
	29-38	31,1 (69)	68,9(153)	82,4(126)	7,8(12)	9,8(15)	90,5(201)	4,1(9)	5,4(12)
	39-48	27,1 (45)	72,9(121)	76,9(93)	9,9(12)	13,2(16)	89,8(149)	1,2(2)	9,0(15)
	49-58	21,9 (34)	78,1(121)	82,6(100)	6,6(8)	10,7(13)	85,8(133)	5,2(8)	9,0(14)
	59 & Üstü	12,1 (22)	87,9(160)	85,6(137)	5,6(9)	8,8(14)	91,2(166)	2,2(4)	6,6(12)
	P**	0,000		0,854			0,237		
Gelir(₺)	<2000	27,4 (72)	72,6(191)	70,2(134)	13,6(26)	16,2(31)	83,3(219)	6,1(16)	10,6(28)
	2000-5999	31,0 (157)	69,0(350)	86,3(302)	6,0(21)	7,7(27)	92,1(467)	2,4(12)	5,5(28)
	>6000	36,7 (77)	63,3(133)	88(117)	3,0(4)	9,0(12)	92,9(195)	2,9(6)	4,3(9)
	P**	0,094			0,000			0,001	
Cins	Kadın	34,1 (179)	65,9(346)	84,1(291)	6,6(23)	9,2(32)	91,4(480)	3,4 (18)	5,1(27)
	Erkek	27,9 (127)	72,1(328)	79,9(262)	8,5(28)	11,6(38)	88,1(401)	3,5(16)	8,4(38)
	P**	0,037		0,360			0,130		

* Ü+YO, Üniversite+Yüksekokul
** Ki-Kare Testi; Cins, Cinsiyet;

Adölesan gebelikler konusunda tıbbi anlamda nerede ve kimlerin eğitim vermesi gerektiği sorusuna verilen yanıtlar Tablo 22'de verilmiştir. Deneklerin toplam %66,1'i (n=648) adölesan gebeliklerle ilgili olarak ASM'lerde Aile Hekimleri ve Aile sağlığı elemanlarının eğitim vermesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Tablo 22. Erken yaştaki gebelikler konusunda tıbbi anlamda kimler eğitim vermeli?

		Adölesan Gebeliklere Kimler Eğitim Vermeli?							P***
		ASM**	Hastane	Belediye ve STÖ**	Danışma merkezleri	Gerek Yok	Fikrim Yok	Diğer	
		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Eğitim	İlkokul	69,3 (70)	15,8 (16)	0,0 (0)	5,0 (5)	0,0 (0)	9,9 (10)	0,0 (0)	0,026
	Lise	71,5 (148)	9,7 (20)	1,0 (2)	7,2 (15)	0,5 (1)	10,1 (21)	0,0 (0)	
	Ü+Y.O*	64,0 (430)	13,5 (91)	2,2 (15)	13,5 (91)	0,1 (1)	6,3 (42)	0,3 (2)	
Yaş Grupları	19-28	68,2 (174)	10,2 (26)	3,9 (10)	13,3 (34)	0,0 (0)	4,3(11)	0,0 (0)	0,014
	29-38	66,7 (148)	13,1 (29)	1,4 (3)	11,3 (25)	0,5 (1)	7,2 (16)	0,0 (0)	
	39-48	67,5 (112)	11,4 (19)	1,2 (2)	10,8 (18)	0,6 (1)	7,2 (12)	1,2 (2)	
	49-58	60,6 (94)	20,0 (31)	1,3 (2)	9,7 (15)	0,0 (0)	8,4 (13)	0,0 (0)	
	59 & Üstü	65,9 (120)	12,1 (22)	0,0 (0)	10,4 (19)	0,0 (0)	11,5 (21)	0,0 (0)	
Gelir(₺)	<2000	65,0 (171)	11,8 (31)	3,4 (9)	9,1 (24)	0,4 (1)	10,3 (27)	0,0 (0)	0,073
	2000-5999	68,0 (345)	11,4 (58)	1,2 (6)	12,4 (63)	0,2 (1)	6,5 (33)	0,2 (1)	
	6000 ve Üzeri	62,9 (132)	18,1 (38)	1,0 (2)	11,4 (24)	0,0 (0)	6,2 (13)	0,5 (1)	
Cins	Kadın	68,0 (357)	14,3 (75)	1,3 (7)	10,1 (53)	0,2 (1)	6,1 (32)	0,0 (0)	0,133
	Erkek	64,0 (291)	11,4 (52)	2,2 (10)	12,7 (58)	0,2 (1)	9,0 (41)	0,4 (2)	

* Ü+YO, Üniversite+Yüksekokul
** ASM, Aile Sağlığı Merkezi; STÖ, Sivil Toplum Örgütleri
** Ki-Kare Testi

*"Adölesan gebeliklerin yakın takibinin önemini topluma, ailelere ve özellikle de gençlere anlatmak için en etkin yol hangisidir?"*sorusunun yanıtlarıTablo 23'de verilmiştir.Bu soruya yanıt olarak "Yazılı ve görsel medya araçları kullanılarak bilgilendirilmeli" görüşü eğitimle doğru orantılı olarak artmaktadır. Aynı soruda yaş gruplarına göre bakıldığında arada anlamlı bir ilişki olmadığı ancak yaş gruplarından bağımsız olarak çoğunluğun medyayı tercih ettiği görülmektedir. Gelir seviyesine göre bakıldığında ise gelir yükseldikçe medyayı kullanma isteğinin anlamlı olarak arttığı görülmektedir.

Tablo 23. Deneklerin adölesan gebeliklerin yakın takibini topluma, ailelere, özellikle de gençlere anlatmak için en etkin yol hakkında görüşleri.

		Yanıt Şıkları							P**
		(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	Fikrim Yok	Diğer	
		% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Eğitim	İlkokul	33,7 (34)	2,0 (2)	5,9 (6)	2,0 (2)	38,6 (39)	17,8 (18)	0,0 (0)	0,000
	Lise	54,1 (112)	1,4 (3)	2,9 (6)	0,5 (1)	27,5 (57)	13,5 (28)	0,0 (0)	
	Ü+Y.O*	56,5 (380)	2,8 (19)	1,8 (12)	0,9 (6)	31,3 (210)	6,0 (40)	0,7 (5)	
Yaş Grupları	19-28	56,5 (114)	4,7 (12)	2,7 (7)	1,2 (3)	27,1 (69)	6,3(16)	1,6 (4)	0,077
	29-38	50,9 (113)	1,8 (4)	1,8 (4)	0,5 (1)	36,9 (82)	7,7 (17)	0,5 (1)	
	39-48	54,2 (90)	2,4 (4)	2,4 (4)	1,8 (3)	32,5 (54)	6,6 (11)	0,0 (0)	
	49-58	52,3 (81)	1,3 (2)	2,6 (4)	0,6 (1)	32,9 (51)	10,3 (16)	0,0 (0)	
	59 & Üstü	53,8 (98)	1,1 (2)	2,7 (5)	0,5 (1)	27,5 (50)	14,3 (26)	0,0 (0)	
Gelir(₺)	<2000	47,2 (124)	2,7 (7)	4,9 (13)	1,5 (4)	28,9 (76)	14,8 (39)	0,0 (0)	0,000
	2000-5999	57,8 (293)	2,2 (11)	1,8 (9)	1,0 (5)	29,6 (150)	7,1(36)	0,6 (3)	
	>6000	51,9 (109)	2,9 (6)	1,0 (2)	0,0 (0)	38,1 (80)	5,2 (11)	1,0 (2)	
Cins	Kadın	56,4 (296)	2,7 (14)	2,3 (12)	0,8 (4)	30,9 (162)	6,7 (35)	0,4 (2)	0,214
	Erkek	50,5 (230)	2,2 (10)	2,6 (12)	1,1 (5)	31,6 (144)	11,2 (51)	0,7 (3)	

* Ü+YO, Üniversite+Yüksekokul
** Ki-Kare Testi; Cins, Cinsiyet;
(a) Yazılı ve görsel medya araçları kullanılarak bilgilendirilmeli.
(b) Özellikle gençlerin çoğunlukta olduğu Cafe ve Sinema gibi yerlerde broşürler dağıtarak bilgilendirilmeli.
(c) Konunun toplum içerisinde sık konuşulması gençleri olumsuz anlamda etkiler, daha da özendirir ve o nedenle fazla konuşulmamalı.
(d) Bu konular uluorta konuşulmaz. Gelenek ve törelerimize aykırıdır.
(e) Okullarda ve özellikle ortaöğretimde bu konu yaygın olarak işlenmeli.

Adölesan gebelikler konusunda toplumun bakış açısını belirleyen etmenleri değerlendirmek üzere yapılan regresyon analizlerinde adölesan gebeliklere onay verme konusunu etkileyen faktörler cinsiyet ve hane geliri olarak ortaya çıkmaktadır (Tablo 24).

Tablo24. Regresyon analizi sonuçları

Faktörler	B (SH)	Exp (B)	CI (%95)	P
Yaş	0,037 (0,033)	1,038	0,973-1,107	0,260
Cinsiyet	-0,837 (0,314)	0,433	0,234-0,801	**0,008**
Medeni Hal	6,368 (6658,504)	582,634	0,000	0,999
Hane Geliri	0,562 (0,260)	1,754	1,054-2,919	**0,031**
Eğitim Durumu	0,037 (0,244)	1,038	0,644-1,674	0,878
Evlilik Süresi	-0,026 (0,031)	0,974	0,918-1,035	0,397
Evlilik Sayısı	-1,460 (0,759)	0,232	0,052-1,028	0,054
Çocuk Sayısı	0,085 (0,176)	1,089	0,771-1,537	0,629
Ailede Son 10 yılda Adölesan Gebelik olma durumu	0,375 (0,370)	1,455	0,705-3,004	0,311

SH, Standart Hata; CI, Güven Aralığı; Exp (B), Beta katsayısının üstü özelliği

5. TARTIŞMA

Adölesan gebelikler dünyada ergen gelişimi ve gebelik komplikasyonları açısından genel bir sorundur ve gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülmektedir (2,3,5). Adölesan gebeliklerin görülme nedenleri ergenin bulunduğu toplumun yapısı ve geleneklerine, sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik düzeyine göre değişmektedir. Sosyo-ekonomik düzeyi gelişmiş toplumlarda bireysel ve dışa dönük bir yaşam tarzı olan ergenin daha çok erken cinsel deneyim ve kontrasepsiyon konusunda yetersiz bilgi düzeyi nedeniyle görülen adölesan gebelikler, gelişmekte olan ülkelerde toplumun yapısı ve gelenekleri ile ilişkili olarak sıklıkla erken yaştaki evlilikler (çocuk gelinler) şeklinde görülmektedir. Ülkemizde daha çok kırsal bölgelerde görülen çocuk gelin sorunu, tarıma dayalı işgücü ve geleneksel yapıya sıkı sıkıya bağlı ataerkil geniş aile tipinin getirdiği toplumsal bir yaradır. Aynı sorun kırsal kesimden kente göç eden, şehirlerin gecekondu semtlerinde daha çok rastlanılan ve bu geleneksel yapıdan kurtulamayan geçiş ailelerinde de sıklıkla görülmektedir. Özellikle bazı bölgelerde daha sık olmak üzere berdel, başlık parası gibi uygulamalar adölesan evliliklerin yaygın nedenlerindendir.

TCK'nin 230. maddesinin 5 ve 6. fıkralarında belirtilen aralarında resmi nikah olmadan dini nikah yaptıranlar ve bu nikahı kıyan kişi hakkında iki aydan altı aya kadar hapis cezası verilmesi ve ancak resmi nikah kıyılırsa bu cezanın kaldırılması şeklindeki hükmü 2015 yılı Haziran ayında Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir(142). Bu iptalin sonucunda resmi nikah olmaksızın dini nikaha izin verilmektedir. Bu yasanın iptali adölesan evliliklerdeki en büyük caydırıcı yasalardan birininiptali anlamına gelmektedir. Daha bu yasa iptal edilmeden derlenen 2014 yılı TÜİK verilerine göre, Türkiye'de ilk evlenme yaşına göre 115.660 kadın 16-19 yaşlar arasında evlenmiştir. Bu konu bölgelere göre incelendiğinde ise daha çok kırsal yaşamın görüldüğü Güney Doğu Anadolu Bölgesi 20.225 kişi ile en yüksek orandadır.Bu yasanın iptali ile birlikte Türkiye’de adölesanların üzerindeki resmi nikahın koruyuculuğunun kalkacağı ve adölesan evlilikler ile gebeliklerin artacağı kolayca görülmektedir.

Adölesan çağdaki evlenmiş ergenler özellikle de kızlar yaşıtlarının geçirdiği sağlıklı psikolojik gelişim basamaklarını geçirememekte,bu dönemi tam olarak yaşayamadan toplum ve yasa önünde ergin statüsüne geçmektedirler. Ayrıca eğitimlerine devam edememekte, bunun sonucu olarak sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik açıdan yaşıtlarına göre geri kalmaktadırlar. Bunun dışında evlilikle birlikte bu adölesanlarda aile

içi şiddet oranları artmakta ve gerek fiziksel gerek psikolojik şiddete maruz kalmaktadırlar. Tüm bu nedenlerin yanında bu dönemdeki gebelikler adölesanın gerek fiziksel gerekse psikolojik gelişimini tamamlamamış olmasından dolayı peri ve postnatal mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkilemektedir.

2014 TÜİK verilerine göre Türkiye'de tüm doğumların %6,33'ü adölesan gebeliklerden oluşmuştur. Demografik fırsat penceresi sürecinde olan ülkemizin iyi eğitim almış, sağlıklı ve üretken genç nesillere ihtiyacı olduğu bu yıllarda adölesan gebelikleri azaltmak ve var olan gebeliklerin takibini uygun şekilde yapmak ülke geleceği için büyük önem taşımaktadır.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye'de Aile Yapısı Araştırması(TAYA) çalışmasında kadın için ideal evlenme yaşı sorulduğunda deneklerin %64,0'ü 18-24 yaş aralığını en uygun yaş aralığı olarak belirtmişlerdir. Erkek için en uygun evlenme yaşı ise %49,9 ile 25-29 yaş aralığı olarak belirtilmiştir. Araştırmada eğitim ve sosyo ekonomik seviye arttıkça kadın ve erkekte en uygun evlenme yaşı olarak 25-29 yaş aralığını tercih etme oranı artmıştır (143). Bu çalışmada ise ideal evlenme yaşı kadın ve erkek için eğitim seviyesi arttıkça değişmekte ve üniversite ve yüksek okul mezunlarında en fazla tercih edilen yanıt olan25-29 yaş aralığına ulaşmaktadır. Yine bu çalışmada bakanlığın çalışma sonuçlarına benzer şekilde eğitim ve sosyo-ekonomik düzey ile ideal evlenme yaşı düşüncesi arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmuştur.

Ülkeler çocuk ve adölesanların belirli bir olgunluğa ulaşarak evlenmesi için genellikle bir evlenme yaşı alt sınırı belirlemişlerdir. Ülkemizde 17 yaşını doldurmuş olmak evlilik için gerekli yaş sınırıdır. Bu sınır İsviçre'de her iki cinsiyet için 18, Avusturya'da erkek için 21, kadın için 16'dır (137). Bu çalışmadagelir düzeyi ve eğitim düzeyi yüksek olan denekler ülkemiz ve diğer pek çok ülkede konulan sınırdan daha yüksek bir yaş aralığı belirtmişlerdir. Bu da eğitim düzeyi ve gelir seviyesi yüksek olan insanların evlilik konusunda çok da aceleci davranmadıklarını, gencin eğitimini tamamlamak ve ekonomik özgürlüğünü kazanması için zaman tanıdıklarını göstermektedir.Ayrıca evliliklerde kadın ve erkek arasında olması gereken en az yaş farkı sorulduğunda eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yüksek olan deneklerin daha az yaş farkı belirttikleri görülmüştür. Bu veri tarafımızdan eğitim ve gelir düzeyi daha yüksek olan deneklerin evliliği daha çok yaşamı paylaşmak statüsünde değerlendirdiklerinden yaş farkını en azda tutmak çabası biçiminde yorumlanmıştır.

2011 TAYA çalışmasına göre ülke genelinde ve illere göre kişilerin evliliğe karar verme şekli sorgulanmış ve Ankara il genelinde kişinin kendi rızası olsun ya da olmasın deneklerin %57,5'inin görücü usulü ile %39,8'inin ailesinin onayı olsun ya da olmasın kendi kararları evlendikleri saptanmıştır. Ülke genelinde %54,7 oranında kişilerin evliliğe kendilerinin karar verdiği, %40,8'inin görücü usulüyle evlendikleri ancak görücü usulüyle evlenenlerin büyük kısmının kendi rızalarının da alındığı belirtilmiştir.

Evlilik kararını verme konusunda bazı ülkeler vatandaşlarının özgür iradelerine saygı göstermekte ve bunu kullanmaları için yasalar yapmaktadırlar. İngiltere'de adölesan gebelikleri önlemek ve kişilerin evliliklerine kendilerinin karar verebilmesini sağlamak amacıyla 2007 yılında "Zorla evlilik yasası" çıkarılmıştır. Yine İngiltere'de zorla evlilikleri önlemek için 2005 yılında hükümete bağlı çalışan Forced Marriage Unit-FMU (Zorla Evlilik Birimi) kurulmuştur (144).Bu çalışmada deneklerin sosyo-ekonomik seviyesi ve eğitim durumu yükseldikçe evlilik kararını kendilerinin alma oranı da artmaktadır (%76,7). Buna göre eğitim seviyesinin birçok konuda olduğu gibi, evlenmek konusunda irade oluşturmak anlamında önemli olduğu ortaya çıkmaktadır.

Yine TAYA çalışmasında evli çiftlere nikah türleri sorulduğunda hem resmi hem dini nikah yapanların yaş küçüldükçe arttığı belirtilmiştir. Bu çalışmada ise deneklere nikah konusundaki düşünceleri sorulduğunda yaş küçüldükçe medeni nikah yanında dini nikahın da olması gerekli diyenlerin sayısının arttığı gözlenmektedir (19-28 yaş %64,7, 29-38 yaş %69,8). Bu durum bize toplumun değerleri ve inanışlarının ahlaki açıdan olmasa da dinsel açıdan değişim gösterdiğini düşündürmektedir. Çalışmayı gerçekleştirdiğimiz örneklem Ankara ilinin sosyo-ekonomik seviyesi yüksek olan bir bölgesinden seçilmiş ve bu kısıtlılık bize toplumun tüm katmanlarını görmek konusunda bir sınırlama getirmiştir. Buna karşın seçtiğimiz örneklemden elde edilen veriler ileri yaş grubuna oranla genç yaş grubunda belirgin olarak dini nikah konusunda bir eğilim olduğunu işaret etmektedir. Ancak toplum yine de yalnızca dini nikahın yeterli olduğunu savunmamakta, resmi nikahı mutlaka önermektedir (%58,8). Bununla beraber nikah tercihi gelir düzeyi, eğitim seviyesi gibi değişkenlerden etkilenmekte ve bunların seviyesi arttıkça yalnızca dini nikah ve düşüncesinden uzaklaşılmaktadır.

2008 yılında yayınlanan ve Türk Nüfus Bilim Derneği ile UNFPA'nın 2007'de ortaklaşa yaptığı "Türkiye'de gençlerde cinsel sağlık ve üreme sağlığı" adlı çalışmada, gençlerin ideal olarak gördükleri ilk anne olma yaşı ortalama 24,2, ilk baba olma yaşı ise

ortalama 26,2'dir (145). Çalışmanın verileri incelendiğinde bu yaş grubundaki deneklerin deen erken çocuk sahibi olunabilinecek yaşlar konusunda UNFPA çalışmasına benzer şekilde kadın için 25,07 ve erkek için 27,11 yaşlarını önerdikleri görülmüştür. Ancak çalışmamızda, evlilik yaşında olduğu gibi, eğitim seviyesi azaldıkça ve gelir düzeyi düştükçe en erken çocuk sahibi olma yaşı konusundaki önerilen yaş aralığı da düşmektedir.

Çalışmada 19 yaş öncesi çocuk sahibi olma hakkındaki görüşlerde benzer sonuçlara ulaşılmış, gelir ve eğitim seviyesinin bu konuya bakış açısında etkili olduğu görülmüştür. Gelir ve eğitim düzeyi azaldıkça adölesan gebeliklere onay verme oranı da artmaktadır. Çalışmada deneklerin 19 yaş öncesi gebeliklere bakış açıları sorulduğunda %8,8'i bu durumu onaylarken kendi ailelerinde adölesan gebe görüldüğünde bu durumu onaylama oranları %5,6'ya düşmektedir. Bu oran,adölesan gebelik olayı kendi aileleri içerisinde olduğunda kişilerin toleransının daha düşük olduğunu düşündürmektedir.

2009 yılında Pınar ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada gençlerin %41,9'unun evlilik öncesi cinselliği normal karşıladığı bulunmuştur (146). Çalışmamızda da, oranı yüksek olmamakla beraber,eğitim seviyesi arttıkçaevlilik öncesi cinselliği normal bulanların oranı da artmaktadır.Bununla birlikte beklediğimizin aksine evlilik öncesi cinsel ilişkiyi ahlaken yanlış bulma oranı yaşa göre çok fazla değişiklik göstermezken, dinen yanlış bulma oranı yaş küçüldükçe belirgin olarak artmaktadır. Ayrıca evlilik öncesi cinsel ilişkiyi normal bulanların oranı da yaştaki artışla beraber beklenenin aksine azalmaktadır. Ancakcinselliği dini kıstaslar çerçevesinde değerlendiren toplumumuzda evlilik öncesi cinselliğigenç yaştaki deneklerin dinen yanlış bulma oranı yüksek bulunmuştur.Yine hane gelirindeki artış, eğitim düzeyindeki artış ve erkek olmak evlilik öncesi cinsel ilişkiyi normal karşılama oranını arttırdığı görülmektedir.

Yine Pınar ve arkadaşlarının çalışmasında gençlere cinsel eğitim alıp almadıkları sorusuna %59'u aldıkları yönünde görüş bildirmiştir. Yine tüm çalışma grubunun %81,9'u cinsel sağlıkla ilgili olarak üniversite eğitimi sırasında bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmada ise deneklerin %31,2'sinin üniversite öncesinde üreme sağlığı konusunda eğitim aldığı görülmüştür. Eğitim almamış deneklerin ise üreme sağlığı konusunda eğer mümkün olsaydı üniversite eğitimi öncesinde eğitim almış olmayı istediklerini(%76,9-85,6)ve aynı şekilde çocuklarının da eğitim almasını istediklerini (%85,8-91,2) belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmaya katılan deneklerde hane geliri arttıkça

üreme sağlığı konusunda eğitim almak isteyenlerin sayısının arttığı gözlenmiş olup, gelir azaldıkça bu konuyu hala tabu olarak görme eğiliminin arttığı izlenimi oluşmuştur.

Çalışmanın verilerinden yola çıkarak deneklerde adölesan gebelik sorununun yasalar ve yasaklamalar ile çözülemeyeceği, tersine bu konunun eğitimle çözülmesi gerektiği düşüncesinin hakim olduğu kanaati oluşmuştur. Bu eğitimin ise verilme zamanı denekler tarafından ortaöğretim olarak belirlenmiştir.

Türk Nüfus Bilim Derneği ve UNFPA'nın 2007'de yaptığı çalışma sonuçlarına göre basın gençler arasında %34'lük oran ile en önemli bilgi kaynağı olarak işaret edilmektedir. Bu çalışmada da adölesan gebeliklerin yakın takibinin öneminin gençlere nasıl anlatılması gerektiği ile ilgili konuda benzer şekilde yazılı ve görsel basının bu konuda etkili olacağı bulunmuştur (%53,7).

Sayhan ve arkadaşlarının 2014 yılında Edirne'de yaptıkları bir çalışmada, adölesan gebeliklerin birinci basamaktaki durumunuSağlık Bakanlığı'nın izlem protokollerine göre değerlendirmişlerdir. Buna göre gebelik tespitinde ve gebelik boyunca gebenin izlem sayısında bir sorun olmamakla birlikte, lohusa izlem sayılarını düşük bulmuşlardır (117). Bu çalışmada denekler adölesan gebelerin sağlık hizmetlerine ulaşmakta güçlük çektikleri görüşünü belirtmişlerdir. Bu sorunun yapılandırılmasında bir kısıtlılık olduğu değerlendirme aşamasında fark edilmiştir. Cevaplayanlar soruda birinci basamak sağlık hizmetleri ve hastane hizmetleri arasında ayrım yapamadığından çoğunlukla KHD uzmanını düşünerek yanıtlamışlardır. Ancak yine de bu durum halkın ASM'lerin işleyişi hakkında bilgi eksikliği bulunduğunu ve sonucunda adölesan gebelerin sağlık hizmetlerine ulaşamayacaklarını düşündüğünü işaret etmektedir.Zira, ASM'lerde hem kişinin kendi başvurusu ile hem de Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanının saha tespitleri ile gebelik tespiti ve takibi yapılmaktave 2012 yılı verilerine göre gebe başına ortalama izlem sayısı 4,1olarak ortaya çıkmaktadır (147).

2012 yılında Melekoğlu'nun yaptığı çalışmada adölesan gebeliklerin anemi, preeklampsi gibi pre ve postnatal riskleri olduğu gösterilmiş, gebeliğe ilişkin deneyimsizlikleri ve psikolojik gelişim yetersizliği nedeniyle daha sıkı antenatal bakım önerilmiştir (5).Bu çalışmada ise denekler tarafından adölesan gebeliklerin özel bir izlem gerektirdiği ve bunun nedeni olarak da bu gebeliklerin sağlık yönünden riskler taşıdığı görüşü bildirilmiştir.Bu gerekçenin yanında adölesanların beden ve psikolojik gelişimlerinin yetersizliği nedeniyle de izlemin sık yapılması gerektiği belirtilmiştir.

Çalışmada adölesan çağdaki evliliklerde danışmanlık hizmeti verilmesi gerektiği ve bu danışmanlığın tercihen bu konuda eğitim almış aile danışmanları tarafından yapılması gerektiği bulunmuştur. Genel olarak eğitim seviyesi ve gelir düzeyi arttıkça danışman olarak aile danışmanı tercihi artarken eğitim ve gelir düzeyi azaldıkça Aile Hekimlerinin danışmanlık vermesi gerektiği tercihi öne çıkmaktadır.Bununla birlikte denekler adölesan gebelerin eğitimini ayrı bir konu olarak değerlendirmiş ve bu eğitimi Aile Hekimlerinin vermesi gerektiği görüşü hakim düşünce olarak ortaya çıkmıştır. Bu durum kişilerin tıbbi sorunlarda Aile Hekimlerini kendilerine daha yakın buldukları ve güvendiklerini göstermekle birlikte, toplumun maddi olanakları ve eğitim seviyeleri arttıkça daha üst seviyede özelleşmiş danışmanlar konusunda bir ayrışa girdiklerini de göstermektedir.

Çalışmada eğitim, yaş ve gelirle doğru orantılı bir şekilde adölesan gebelikler sakıncalı bulunmuş, bu sakıncanın en önemli gerekçesinin ise sağlık ile ilgili konular olduğu belirtilmiştir. Gebeliğin güçlükleri ile birebir karşılaşan kadınlar, adölesan gebelikleri erkeklere oranla daha fazla sakıncalı bulmuşlardır. Adölesan gebelikler konusunda kanunları yetersiz bulan kadınlar, adölesan gebeliklerin önlenmesinde etkili olacak yol hakkındaki soruda kendilerini yine kanunlarla korumaya almaya çalışmışlardır.

6. SONUÇ

Bu çalışma, ülkemizde genç nüfusun önemli bir sorunu olan adölesan gebeliklerin toplum tarafından nasıl algılandığının gösterilmesi ve adölesan gebelikleri önleme ve var olan gebelikler hakkında yapılabilecekleri halkın gözüyle de araştırabilmek amacıyla yapılmıştır.

Çalışma sonucunda toplumun cinsiyet, hane geliri, eğitim düzeyi ile adölesan gebelikleri sakıncalı bulma oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ve bu gebeliklerin toplumda daha çok sağlık açısından sakıncalı görüldüğü tespit edilmiştir. Çalışmada adölesan gebelikleri azaltmak gerektiği ve bunun için eğitimin daha etkili bir rol oynayacağı ortaya çıkmıştır. Ayrıca adölesan gebeliklerin özel ve daha sık bir izlem gerektirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Adölesan gebeliklerin sağlık açısından sakıncalarının ve öneminin topluma en yakın konumda olan Aile Hekimleri tarafından anlatılmasının gerekliliği ve bu konuda genel olarak bilinçlendirmenin ise daha çok basın yoluyla ve orta öğretimde eğitimle olması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmada toplumun cinsel konulardaki görüş ve davranışları da araştırılmış, üniversite mezunlarının ve gelir seviyesi yüksek olanların evlilik öncesi cinselliği daha yüksek oranda normal buldukları görülmüştür. Yine bu çalışmada evlilik öncesi cinselliğe bakışın gençlerde dini ve ahlaki açıdan yanlış bulma oranlarındaki yükseklik bize ya toplumun genç kesiminin daha muhafazakâr bir anlayışa sahip olduğu ya da cinsellik ve hayat konusundaki tecrübe arttıkça bu konudaki fikirlerin de değiştiğini düşündürmektedir. Cinsellik konusunda daha önce cinsel eğitim almamış büyük bir kesimin yapılandırılmış cinsel eğitim almak istediği ve bu eğitimin gençlere ortaöğretim ya da lisede verilmesini istedikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Ülkemizde önemli bir sorun olan çocuk gelinler, aile içi şiddet gibi konuların gençlere verilecek olan eğitimle azaltılacağına olan inancımızı destekler nitelikte sonuçlara ulaştığımız bu çalışmanın ülke çapında yapılacak daha geniş kapsamlı çalışmalarla faydalı olacağına inanıyoruz.

7. KAYNAKLAR

1. Kütük S. Adölesan gebelik riskleri ve sorunları. Türk Aile Hek. Derg 16(Suppl):31-34,2012.

2. McIntyre P. Pregnant adolescents delivering on globalpromises of hope. Geneva, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 4-7, 2006.(http://apps.who.int/iris/handle/10665/43368)Erişim tarihi:12.06.2015.

3. Mason E. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries 2011.(http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf?ua=1)Erşim tarihi: 07.06.2015.

4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014) "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması".Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

5. Melekoğlu R. Adölesan gebelikler: maternal ve fetal sonuçlar. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalı Uzmanlık Tezi 2012.

6. World Health Organisation.Publication World Health Statistics. Demographic and socioeconomic statistics. sf:165-176.WHO 2014(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1)
Erişim tarihi:05.03.2015.

7. McIlhaney J. American Academy of Pediatrics report on adolescent pregnancy: Harmful by Omission October. Ethics Jurnal of the American Medical Assosiation7(10), 2005.

8. 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 207-12, 2000.

9. Kara Uzun A, Şimşek Orhon F. Adölesan gebeliklerin anne ve bebek sağlığına olan etkileri. Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi mecmuası66(1):19-24,2013.

10. Tucker CM, Wilson EK, Samandari G. Infant feeding experiences among teen mothers in North Carolina: Findings from a mixed-methods study. IntBreastfeed J 28(6):14,2011.

11. Gölbaşı Z. Adölesan üreme sağlığı ve etkileyen faktörler. Atatürk Ünv Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 8(1):100-108,2005.

12. Sokulmez P, Ozenoglu A. Effects of general health and nutrıtıonal status of pregnant adolescents on newborn health. J Turk Soc Obstet Gynecol 11:1-9,2014. DOI ID:10.5505/tjod.2014.98598.

13. Gökçe B, Ozşahin A, Zencir M. Determinants of adolescent pregnancy in an urban area in Turkey: a population-based case control study. J Biosoc Sci39:301-11,2007.

14. Doybak Tarım A, Tarım Ö. Ergenlik. Current diagnosis and Treatment Serisi Pediatri Tanı ve Tedavi (çev ed. Sarıalioğlu F., Varan A., Yazıcı N., Temel Köksoy Ö.)20. baskı. Ankara,Güneş Tıp Kitabevi. 4,104-144,2013.

15. Departments of child and adolescent heath and devalopment. Contraception Issues adolescents health and development Who discussion papers on adolescents. Department of child and adolescent health and development World Health Organization, Geneva. s:1-7. 2004 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591447_eng.pdf)Erişim tarihi: 17.06.2015.

16. Yoost JL, Hertweck SP, Barnet SN. The Effect of an Educational Approach to Pregnancy Prevention Among High-Risk Early and Late Adolescents.Journal of adolescent health 55(2): 222-227,2014.DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.01.017.

17. Hatipoğlu N. Pubertal dönem ve sorunları. Turk Aile HekDerg16(Suppl):S1-S13,2012.

18. Ercan O. Adölesanın fiziksel gelişimi. İstanbul Ünv. Cerrahpaşa tıp fakültesi sürekli tıp eğitimi etkinlikleri Adölesan sağlığı II Sempozyum dizisi no:63:13-18,2008.(http://www.ctf.istanbul.edu.tr/stek/pdfs/63/6301.pdf)Erişim tarihi:07.06.2015.

19. Turan Özdemir S. Tıp eğitimi ve yetişkin öğrenmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 29(2):25-28,2003.

20. Arnett JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. American psychologist 55:469-480,2000.

21. Doğan A, Cebioğlu S. Beliren yetişkinlik:Ergenlikten yetişkinliğe uzanan bir dönem. Türk psikoloji yazıları 14(28):11-21,2011.

22. Atak H, Çok F. İnsan yaşamında yeni bir dönem: Beliren yetişkinlik. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi17(1): 39-50,2010.

23. Çetin C. Anadolu'da bereket kültü ve Anadolu Türk köylüsü seyirlik oyunlarına yansıması. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi 46(1):189-210,2006.

24. Çetin C. Türk düğün gelenekleri ve kutsal evlilik ritüeli. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi 48(2):111-126,2008.

25. Özdemir MÇ. Toplumsal değişme karşısında aile ve okul. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi Bahar 5(2):185-198,2007.

26. Sağlam M. Boşanma sürecinde olan ailelerdeki çocukların aile algılarının ve sorunlarının resimler aracılığı ile incelenmesi. Ankara Üniversitesi fen bilimleri enstitüsü, ev ekonomisi (çocuk gelişimi ve eğitimi) Anabilim dalı yüksek lisans tezi. Ankara 2011.

27. Ertuğrul G. Anadolu'da Türk kadının statüsü. Atatürk Dergisi 1(2): 94-122,1988.

28. Celkan HY. T.C.Başbakanlık aile araştırma kurumu. Türk ailesinin yeni dönemlerde ele alınışı. Sosyo-kültürel değişme sürecinde Türk ailesi. Proje yürütücüsü: Yıldız HK. Ankara.1992.

29. Karakayalı E, Gençalp NS. Sosyoekonomik düzeyi düşük bölgede yaşayan adölesan evli kadının üreme sağlığı sorunları. Hemşirelikte eğitim ve araştırma dergisi 6(1):34-40,2009.

30. Kale T. 7-20 yaş arası bireylerin; fiziksel, bilişsel, ahlaki ve kişilik gelişimleri.(http://mail.baskent.edu.tr/~20393092/kisisel_site/odev/hedef_kitle.pdf) Erişim tarihi:20.04.2015.

31. Bozbeyoğlu AÇ. "Doğurganlık kontrolünde rasyonelliğin sınırları: Türkiye kürtaj ve gebeliği önleyici yöntem kullanımı" Fe Dergi no 3. 1:24-37,2011.

32. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk veErgen Sağlığı Daire Başkanlığı. Bebek ölümlerini izleme programı. 2013. http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/daire-faaliyetleri/bebek-ve-cocuk-olumleri-onlenmesi/749-bebek-%C3%B6l%C3%BCmlerini-izleme-programa%C4%B1.html.Erişim tarihi:25/04/2015.

33. Kut A, Salgur F. Sağlık alanında sosyoekonomik düzey belirleme: Tıbbi araştırmalarda doğru uyguluyor muyuz? Türk Aile hek. derg.19(1):4-13,2015.

34. Demir N. Adölesan gebelikler ve doğum. Pediatrik ve adölesan jinekoloji Ed. Berrin Acar İstanbul Medikal yayıncılık bilimsel eserler dizisi.İstanbul Tıp Kitapevi. 1. baskı 319-334,2010.

35. Ercan O. Adölesanın Psikososyal Gelişimi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi 43: 17-21, 2005.

36. Pekcan AG, Aslan P. Anne çocuk beslenmesi. T.C. Anadolu Üniversitesi yayın no:2336 Açıköğretim Fakültesi yayını no: 133.ISBN 978-975-06-1010-31. baskı Eskişehir.2011.

37. Güvenç B. Geleneklerden kalıntılar: Başlık, berdel, kız kaçırma, kuma ve amca kızı evliliği. Kadın araştırmaları dergisi1:43-48,1993.

38. Ojwang SB, Maggwa AB. Adolescent sexuality in Kenya. East Afr Med J.68:74-80,1991.

39. The population referance bureau.The world's youth 2013 data sheet.http://www.prb.org/pdf13/youth-data-sheet-2013.pdf . Erişim tarihi:05.06.2015

40. Uzun Kara A, Şimşek Orhon F. Adölesan gebeliklerin anne ve bebek sağlığına etkileri. Ankara Ünv. tıp fakültesi mecmuası(66);1:19-24,2013. DOI: 10.1501/Tıpfak_000000836

41. Uncu Y. Aile ve sağlık. Aile hekimliği. Ed. Nazan Bilgel. Medikal tıp kitabevi. Bursa sf:7-15.2006.

42. Macit M. Türkiye'de Toplumsal Değişim ve Aile "Tahta Çanaklar" Öyküsü Üzerinden Bir Değerlendirme. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 18 (1): 13-24,2014.

43. Öztürk E. Türkiye'de aile, şiddet ve kadın sığınma evleri. 21. yüzyılda eğitim ve toplum 3(7):39-55,2014.

44. Dıykanbayeva MAÜ. Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi [TAED] 49, Erzurum, 131-144,2013.

45. TBMM Komisyon raporu.Erken yaşta evlilikler hakkında inceleme yapılmasına dair rapor 2009-2010.(Erişim:https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/pdf)Erişim tarihi:07/06/2015.

46. 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu. Madde:124.Tarih: 08.12.2001 http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4721.html. Erişim tarihi:02/05/2015.

47. Kaya V, Yalçınkaya Ö. Nüfus ekonomik büyüme kaynağı olabilir mi? En az üç çocuk politikasına tarihsel bir bakış. Atatürk Üniversitesi iktisadi ve idaribilimler dergisi 28(1):165-198,2014.

48. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus, yıllık nüfus artış hızı ve yıl ortası nüfus takvimi,1927-2000. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1047. Erişim:24/04/2015.

49. Mumcu O, Çağlar E. Türkiye'nin nüfusu zenginlik kaynağı olabilir mi? Ekonomi Politikaları Araştırma Enstitüsü. Politika notları 1-20,2006. www.tepav.org.tr.http://www.tepav.org.tr/tur/admin/dosyabul/upload/PNE200602.pdf Erişim tarihi:07.06.2015 PN-E 2006-02.

50. Sezen L. "Türkiye'de Evlenme Biçimleri", Atatürk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Dergisi, Erzurum 27:186-190,2005.

51. Kılıç S, Altuncu A. Karakoçan'da Evlilik Adetleri, Turkish Studies - International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Ankara-Turkey9(5):233-250, 2014.

52. Kalyoncu C. Akraba evlilikleri ve doğuştan kusurlar. Trakya Tıp Fak. Dergisi 2(2):152-165,1980.

53. Güvenç B. Geleneklereden kalıntılar: Başlık, berdel, kız kaçırma ve amcakızı evliliği. Kadın araştırmaları dergisi 1:43-48, 1993.

54. Eyce B. Tarihten günümüze Türk aile yapısı. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler MYO Dergisi223-243, 2000.

55. Nar MŞ.Tıbbi antropoloji: Akraba evliliklerinin patolojik etkileri. Ankara Üniversitesi dil tarih coğrafya fakültesi dergisi 52(1): 223-241, 2012.

56. Ergin M. Dede Korkut Kitabı. 2003 sf:38http://www.slideshare.net/asparmonad/dede-korkut-kitab-muharremergin.Erişim tarihi:07.05.2015.

57. Yıldız C. Türkiye'de töre baskısına bağlı intiharlar ve töre cinayetleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 9(1),16: 209-231,2008.

58. Özcan U, Dalyan MG. XIX. yüzyıl Osmanlı Devletinde Nasturi, Ermeni, Yezidi ve Çerkez topluluklarında başlık parası uygulamaları. Millî Folklor. 25(98):147-164, 2013.

59. İzmir G, Fazlıoğlu A. Çocuk cinsiyeti nedeniyle kadın üzerinde oluşturulan psikolojik şiddet, başlık parası ve geleneksel evlilikler hakkında komisyon raporuKadın erkek fırsat eşitliği komisyonu yayınları no:5:33-35. TBMM Basımevi, Ankara,2011(https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/komisyon_rapor.pdf).Erişim tarihi: 07.05.2015.

60. Türkiye İstatistik Kurumu.Aile yapısı araştırması veri tabanı 2006. Aile yapısı araştırması, evlilik, yaş grubu, başlık parası. (http://tuikapp.tuik.gov.tr/aileyapidagitimapp/aileyapi.zul) Erişim tarihi:27.03.2015

61. Arıkan G. Kırsal kesimde kadın olmak. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi 5(2):1-16, 1988.

62. Wolf R, DaichmanL, Benett G. Abuse of the elderly. In World Report on Violence and Health. Editörler: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R.WHO-Geneva:125-127, 2002.

63. Güleç H, Topaloğlu M, Ünsal D, Altıntaş M. Bir kısırdöngü olarak şiddet. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry4(1):112-137,2012. doi:10.5455/cap.20120408.

64. Tel H. Gizli sağlık sorunu: ev içi şiddet ve hemşirelik yaklaşımları. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 6 (2):1-9,2002.

65. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 47: 140-151,2004.

66. Jansen H, Yüksel İ, Çağatay P. Kadına yönelik şiddetin yaygınlığı. Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel MüdürlüğüAnkara.45-65, 2009.

67. Atman ÜC. Kadına yönelik şiddet, cinsel taciz/ırza geçme.Sted 12(9):333-335,2003.

68. Özkara E, Kavaklı U, Can İÖ, Tepe İ, Özbek VÖ. Çocuklara yönelik cinsel istismarın yasal boyutunun Türkiye ve diğer ülkeler ile karşılaştırılması. Adli Tıp Dergisi 25(1):11-23,2010.

69. Türkiye İstatistik Kurumu. Toplumsal yapı ve cinsiyet istatistikleri. Kadına yönelik aile içi şiddet istatistikleri 2008. http://tuikapp.tuik.gov.tr/kadinasiddetdagitim/kadin.zul. Erişim tarihi: 27.04.2015

70. UNICEF, Çocuklar için birleşin. Kadınlara karşı hertürlü ayrımcılığın önlenmesi uluslararası sözleşmesi. http://www.unicef.org/turkey/cedaw/_gi18.html. İnternet erişim tarihi:15.04.2015.

71. Hacı Ömer Sabancı Vakfı, Uçan süpürge kadın iletişim ve araştırma derneği projesi. 08.07.2013-07.07.2014. http://www.sabancivakfi.org/sayfa/cocuk-gelinler-3-2. Erişim tarihi:12.06.2015

72. Baba beni okula gönder projesi, Milliyet Gazetesi ve Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği. Proje başlangıç tarihi: 2005. http://www.bababeniokulagonder.org/Erişim tarihi:12.06.2015

73. Kardelenler projesi. Türkcell ve Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği. Proje başlangıç tarihi:2000.http://www.turkcell.com.tr/tr/hakkimizda/sosyal-sorumluluk/egitim/kardelenler. Erişim tarihi:15.04.2015.

74. Türkiye İstatistik Kurumu. Dünya Nüfus Günü, 2013. TÜİK Haber Bülteni. Sayı: 13663. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13663 erişim: 27 October 2014.

75. Türkiye İstatistik Kurumu. Doğum istatistikleri,annenin yaş grubu, 2013.http://tuikapp.tuik.gov.tr/demografiapp/dogum.zul. Erişim tarihi:07.01.2015.

76. Kut A, Salgur F, Cayci O, Cerci C.T. Adölesan gebelikler. Smyrna Tıp dergisi. Basım halinde.

77. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008.Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile PlanlamasıGenel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

78. Salgür F, Geçkil AÜ, Anıl C. Üreme endokrinolojisi ve infertilite. Goldman's Cecil Medicine 24. baskı Ankara Çev. Ed. Ünal S. Güneş Tıp Kitabevi. Ankara 2015.

79. Levi R.Normal ve anormal uterin kanama. Te Linde's Operative Gynecology.Çev. Ed. Tavmergen E. 9. basım Güven Kitabevi.İzmir2005:435.

80. Özdemir O, Güzel Özdemir P, Kadak MT, Nasıroğlu S. Kişilik gelişimi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry4(4):566-589,2012.doi:10.5455/cap.20120433.

81. Derman O. Ergenlerde psikososyal gelişim. İ.Ü.Cerrhapaşa Tıp Fak. Sürekli tıp eğitimietkinlikleri. Adölesan sağlığı IISempozyum dizisi Mart 63:19-21,2008.

82. Eryılmaz A. Yaşam boyu gelişim yaklaşımı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 3(1):49-66,2011.

83. Gürses İ, Kılavuz MA. Ericson'un psikososyal gelişim dönemleri teorisi açısından kuşaklar arası din eğitimi ve iletişimin önemi. T.C. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi dergisi 20(2):153-166,2011.

84. Özcebe H, van Dam A. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Gençlere yönelik Üreme sağlığı hizmetleri katılımcı kitapçığıModül hazırlama ekibi s:14-16. Ankara, 2009. ISBN:975-590-136-1

85. Kara Uzun A, Şimşek Orhon F. Adölesan gebeliklerin anne ve bebek sağlığına olan etkileri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 66(1):19-23,2013.

86. Bozkurt N, Himmetoğlu Ö. Preterm eyleme güncel yaklaşım. T Klin Jinekol Obs14:175-181,2004.

87. İnalöz EY.Adölesan gebeliklerin perinatal sonuçları. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi kadın hastalıkları ve doğum A.D. Uzmanlık tezi 2014.

88. Toksöz P, Ceylan A, Abacı Bozyel Ö. Pregnancy, health and birth related problems of pregnant adolescents. Int arch med res1(1):8-20,2011.

89. Şener T. Preterm doğum. Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler Çev. Ed. Tanır M, Şener T. Nobel&Güneş Tıp Kitabevi. İstanbul. 2009. ISBN: 978-0443069307

90. Gökçe Ö. Adölesan gebelikler, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi9(4),2000.(http://www.ttb.org.tr/STED/sted0400/index.html) Erişim tarihi:15.06.2015.

91. 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 207-12,2000.

92. Özgünen FT. Abortus; düşükler: Sınıflandırma, genel bilgiler ve klinik tablo. Türkiye Klinikleri J Surc Med Sci3(5):1-6,2007.

93. Meydanlı MM, Çalışkan E, Ecemiş T, Arlıer S, Dölen İ, Haberal A. Adölesanlarda gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst 10:98-103,2000.

94. McIntyre P. Health Problems Associated With Adolescent Pregnancy. Pregnant Adolescents Delivering on Global Promises of Hope. Geneva, WHO Library Cataloguing-in- Publication Data,10-15,2006. ISBN:92-4-159378-4. http://whqlibdoc.who.int./publications/2006/9241593784_eng.pdf. Erişim tarihi:15.06.2015.

95. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Gebelerde Demir Destek Programı Rehberi-2007.http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-46686/h/gebelerde-demir-destek-yeni-rehber.doc. Erişim tarihi:12.06.2015

96. Goonewardene M, Shehata M, Hamad A. Anaemia in Pregnancy. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology26:3-24,2012.

97. Moran VH. A systematic review of dietary assessments of pregnant adolescents in industrialised countries. Br J Nutr97:411-25,2007.

98. Bulut S, Gürkan A, Sevil Ü. Adölesan gebelikler. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi4(13):37-44,2008.

99. Pathak P, Singh P, Kapil U, Raghuvanshi RS. Prevalence of iron, vitamin A, and iodine deficiencies amongst adolescent pregnant mothers. Indian J Pediatr70:299-301,2003.

100. Yıldız Y, Yapar Eyi EG. Gebelikte annenin anemisi. The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology 9 (35):1456- 1459, 2012.

101. Erdoğan MA, Aydoğan MS, Özgül Ü, Konur H, Demiröz D,Gedik E, Togal T. Sezeryan sonrası eklampsiyle ilişkili ani görme kaybı: Olgu sunumu. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi11:40-2,2013. DOI: 10.4274/Tybdd.09797.

102. Durgun Ozan Y, Ertuğrul M, Okumuş H. Preeklampsi, tanılama değerlendirme ve hemşirelik yönetimi. Cumhuriyet hemşirelik dergisi2:59-65,2012.

103. Sağol S, Özkınay E. Preeklampsi etyopataogenezinde lipid peroksidasyonu. T Klin Jinekol Obst 10:7-15,2000.

104. Eure CR, Linsay MK, Graves WL. Risk edverse pregnancy outcomes in young adolecent parturients in an inner-city hospital. Am J Obsted Gynecol186:918-20,2002.

105. Gillstrap LC, Ramin Ramin SM.Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia.American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Practice Bulletin no. 33:99-159,2002.

106. Akaman CA. Gebelikte hipertansif bozukluklar. Williams Obstetrics, 21. baskı,Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. Çev ed. Akaman CA.Bölüm:24: 567-618, 2005.

107. Report of the National High Blood Preesure Education Program Working Group on High blood pressure in pregnancy. Am J Obstet Gynecol183:1-22,2000.

108. Şensöz Ş. Sezaryen ve normal doğum yapan kadınlarda görülen ruhsal durum değişiklikleri ve bunların karşılaştırılması.Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği. Yüksek lisans tezi.Afyonkarahisar. 2011.

109. Cengiz Akman A. Distosi.Bölüm 18: 425-426 William's Doğum Bilgisi 21. Baskı Cilt:1 çev. ed.Cengiz Akman A. Nobel Tıp Kitabevi İstanbul. 2005.

110. T.C. Sağlık Bakanlığı. T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi s:44.2010. http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap27.pdf erişim:12.06.2015

111. Binici K. Ultrasonografik Pelvimetrinin Baş-Pelvis Uygunsuzluğu Öngörüsünde Kullanımı Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul 2005.

112. Tanır MH, Turp AB. Erken membran Ruptürü. Bölüm:27:713-732. Obstetri normal ve sorunlu gebelikler Çev. ed. tanır M, Şener T. Nobel&Güneş Kitabevi. İstanbul 2009.

113. Arayıcı S, Kadıoğlu Şimşek G, Say B, Uraş N, Dilmen U. Koryoamniyonitin Perinatal ve Neonatal Sonuçlar Üzerine Etkisi. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 12(2):89-93, 2015.

114. Demir G, Şahin TK. Selçuk Üniversitesi öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Düzce üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü dergisi4(3):19-24,2014.

115. Sak ME, Özkul Ö, Evsen MS, Sak S, Evliyaoğlu O. Gebelik anemisinin perinatal sonuçlara etkisi. Dicle Tıp dergisi36(1):39-42,2009.

116. Özcebe H, Küçük Biçer B.Önemli bir kız çocuk ve kadın sorunu: Çocuk evlilikler. Türk Ped Arfl 48: 86-93,2013. DOI: 10.4274/tpa.

117. Sayhan S.E, Özden D,Çalışkan T,Şahin B. 2013 yılı Edirne merkez ilçelerinde doğum yapan adölesan gebelerin değerlendirilmesi. Kadın sağlığı/Üreme sağlığı sunum.17. Ulusal halk sağlığı kongresi 20-24 Ekim 2014, Edirne.

118. T.C. Sağlık bakanlığı.Maternal ve neonatal tetanoz eliminasyon program saha rehberi Türkiye, sf:6-9, 2006. (http://www.shsm.gov.tr/public/documents/legislation/bhkp/asi/neotetanoz/MaternalveNeonetalTetanozEliminasyonSahaRehberi.pdf). Erişim tarihi:06.05.2015

119. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Genişletilmiş bağışıklama programı genelgesi. 25.02.2008.(http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3929/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi.html)Erişim tarihi:12.06.2015

120. Sağlık Bakanlığı, Türkiye HalkSağlığı Kurumu.Aile hekimliği. Gebe izlemleri (http://ailehekimligi.gov.tr/ana-cocuk-sal/gebelik/297-gebe-zlemleri).htmlErişim tarihi:07.07.2015.

121. Tıraş B. Gestasyonel yaşın değerlendirilmesi. Yüksek riskli gebeliklerde tanı ve tedavi protokolleri. 3. baskı.Çev.Ed. Güner H. Atlas kitapçılık/ Ankara Bölüm 2:58-64, 1998. ISBN:975-7175-06-4.

122. Karaca Ç, Karaca N, Usta T, Demir K, Kaymakoğlu S, Beşışık F, Sıdal B, Ökten A. Gebe populasyonunda Hepatit B,C,D virüs infeksiyonu sıklığı ve Hepatit C virusunun perinatal yolla geçiş oranı. Akademik gastroenteroloji dergisi2(3):122-124,2003.

123. Madendağ Y, Çöl Madendağ İ, Çelen Ş, Ünlü S,Danışman N. Hastanemize başvuran tüm obstetrik ve jinekolojik hastalarda Hepatit B, Hepatit C ve HIV seroprevalansı. Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst.17:442-446,2007.

124. 25611,Türk Ceza Kanunu, Madde 103, tertip:5,12.10.2014. http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=1.5.5237&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=5237. Erişim tarihi: 15.06.2015.

125. 25611,Türk Ceza Kanunu, Madde 104, tertip:5, 12.10.2014. http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=1.5.5237&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=5237. Erişim tarihi: 15.06.2015.

126. Güven M A, Yılmaz B. Gebelik öncesi ve doğum öncesi bakım: Devamlılığın bir parçası. Obstetri normal ve sorunlu gebelikler Çev. ed. tanır M, Şener T. Nobel&Güneş Kitabevi.İstanbul.Bölüm:5:111-137,2009.

127. Önderoğlu LS, Boynukalın K. Gebelik yaşı belirlenmesi, büyüme ve fetal malformasyonların tanısında ultrasonografi. Obstetri normal ve sorunlu gebelikler. 5. basım çev. ed. Tanır M, Şener T. Nobel&Güneş tıp kitabevi İstanbul.Bölüm:9: 220.2009.

128. T.C Sağlık Bakanlığı Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Gebelik öncesi,gebelikte yapılan testler. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi. (http://www.ztb.gov.tr/saglik-rehberi/gebelik-oncesi/64) Erişim tarihi:25/04/2015.

129. Turan H. Aile planlaması Novak Jinekoloji 13. baskı.çev ed. Erk A. Nobel Kitabevi.İstanbul. 231-293,2004.

130. Sak ME,Evsen MS, SakS. Kontrasepsiyon Yöntemlerinin Etkinliği ve Kadınların Eğitim Düzeyi: Güneydoğu Anadolu'da Bir İlçe Örneği. Dicle Tıp Dergisi 35(4):265-270,2008.

131. Elçioğlu ÖŞ, Ünlüoğlu İ, Özalp S. Aile planlaması danışmanlık hizmetleri ve kalite. Sağlık ve Toplum 10: 3-7,2000.

132. Toker SO. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin aile planlaması hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Aile ve Toplum derg. 2: 101-110,2005.

133. Çaltık YılmazA, Başkan S.İlköğretim ve Lise Öğrencilerinin AIDS'e İlişkin Bilgilerinin Değerlendirilmesi.Güncel Pediatri 12: 9-15,2014.

134. Şimşek E. Sağlık Bakanlığı'nın adolesan sağlığına yaklaşımı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Adolesan Sağlığı II Sempozyum dizisi 63:23-27,2008.

135. Başer M. Adölesan cinselliği ve gebelik. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 4(1):50-54,2000.

136. Dede M,Yenen MC, Göktolga Ü, Mesten Z, Ergün A, Pabucçu R. Kombine oral kontraseptiflerle postkoital kontrasepsiyon. Gülhane Tıp Dergisi 46(1):15-19,2004.

137. Ökan MS. Erken yaşta evliliklerin önlenmesi konusunda yargının üstlenebileceği rol. Journal of Yaşar University 2177-2189,2013.

138. 25611,Türk Ceza Kanunu, Madde 278, tertip:5, 12.10.2014,değişiklik 02.07.2012. http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.Aspx?MevzuatKod=1.5.5237&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=5237. Erişim tarihi: 15.06.2015.

139. Özcan M. Çocuk yaşta hamilelik vakalarını ilgili hekimlere bilgilendirme sorumlulukları. http://www.muzafferozcan.av.tr/2012/03/14/cocuk-yasta-hamilelik-vakalarini-ilgili-hekimlerin-bildirme-sorumluluklari. Erişim:05.05.2015.

140. Korkmaz A, Aydın Ş, Duyan Çamurdan A, Okumuş N, Onat FN, Özbaş S, Polat E, Şenel S, Tezel B, Tezer H, Köse MR. Türkiye'de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 56: 105-121;2013.

141. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. Üreme sağlığı modülleri. Güvenli annelik. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 722. sf:30-49.Editörler:Akalın D, Göktaş E, Horzum E, Karaodul G, Çobanoğlu N. İlkay ofset matbaacılık, Ankara,2008.ISBN: 978-975-590-238-8.

142. 2014/36, T.C Anayasa Mahkemesi TCK'nın 230. maddesinin iptaline ilişkin karar. 2015/51 karar sayısı.Resmi gazete tarih:10.06.2015.(http://www.kararlaryeni.anayasa.gov.tr/Karar/Content/c03385ce-d1d6-49fd-8393-1382ebd7445f?excludeGerekce=False&wordsOnly=False) Erişim tarihi:12.06.2015

143. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı - Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü,Ankara. Türkiye'de Aile Yapısı Araştırması TAYA sf:24-100, 2011.

144. Aydemir E. Evlilik mi? Evcilik mi?Erken ve zorla evlilikler: Çocuk gelinler. Uluslararası stratejik araştırmalar kurumu sosyal araştırmalar merkezi Rapor no:11-08, 2011. https://books.google.com.tr. Erişim 05.06.2015.

145. Yıldırımkaya G. Türkiye'de karşılanmamış cinsel sağlık bilgisi ihtiyacının adölesan sağlığına yansıması ve UNFPA. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi sürekli tıp eğitimi etkinlikleri Adölesan sağlığı II Sempozyum dizisi63:47-50,2008.

146. Pınar G, Doğan N, Ökdem Ş, Algıer L, Öksüz E. Özel bir üniversitede okuyan öğrencilerin cinsel sağlıkla ilgili bilgi tutum ve davranışları. Tıp araştırmaları dergisi 7 (2) :105 -113,2009.

147. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık istatistikleri yıllığı sf:58,2012.(http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/saglik_istatistikleri_2012.pdf).Erişim tarihi:07.06.2015.

8. EKLER

ADÖLESAN GEBELİKLERE TOPLUM NASIL BAKIYOR VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDAN NELER BEKLİYOR?

Anketimize vereceğiniz yanıtlarla 19 yaş altı gebelikler hakkında toplumun bakış açısını görmek amaçlanmaktadır. Elde edilecek sonuçlara göre verilmekte olan sağlık hizmetlerine yön verilecektir. Bu nedenle soruların hepsine içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Yanıtlayamadığınız sorulara ***"fikrim yok"*** seçeneğini işaretleyiniz. Anket formuna isminizi yazmanız gerekmemektedir. Bu anketten elde edilecek bilgiler bilimsel amaçlar için kullanılacaktır.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

1- Yaşadığınız Yer:

İl:

İlçe:

Semt:

Belde:

Köy:

2- Kaç yaşındasınız? ..... Cinsiyet .....

3- Eğitim durumunuz:

☐ Okur-yazar değil ☐ Okur-yazar ☐ İlköğretim

☐ Lise ☐ Üniversite/yüksekokul ☐ Üniversite Lisansüstü

4- İş durumunuz:

☐ İşsiz ☐ Özel sektör

☐ Çiftçi ☐ Kamu Çalısanı

☐ Vasıfsız (inşaat, tarım, mevsimlik , geçici isçi..) ☐ Emekli

☐ Vasıflı isçi (usta, kalfa…) ☐ Ögrenci

☐ Esnaf - Tüccar ☐ Diger……..

5- Gelir durumunuz (Ailenizin ortalama aylık geliri, evinize bir ayda giren para miktarı):

☐<2000 TL ☐ 2000-5999 TL ☐6000 ve üzeri

6- Medeni durumunuz hangisine uygundur?

☐Bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış

☐ Eşi vefat etmiş ☐ Evli ama ayrı yaşıyor ☐ Evli değil ama birlikte yaşıyor

Bekarsanız 13. soruya geçiniz. Diğer medeni haller için 7-12. soruları yanıtlayınız.

7- Halen sürdürmekte olduğunuz evlilik kaçıncı evliliğiniz? (belirtiniz) .....

8- Boşandıysanız, daha önce kaç evlilik yaptınız ve ne kadar sürdü?

.....

.....

9- Boşanmışsanız kaç yaşında boşandınız? .....

10- Halen yürüttüğünüz evlilikte kaç yıllık evlisiniz? .....

11- Evliliğinize kim karar verdi?

☐ Tanışarak karar verdim ☐ Görücü usulü ☐ Kaçarak evlendim

☐ Ailemin kararı ile ☐ Töre Kararı ☐ Beşik kertmesi

12- Eşiniz ile evlilik öncesi tanışma süreniz ne kadardı? .....

13- Kadın-erkek birlikteliklerinde nikah konusundaki düşünceleriniz hangisine uyar?

☐ Medeni nikah yeterli

☐ Dini nikah yeterli

☐ Medeni nikah şart, ancak dini nikah da olmalı

☐ Herhangi bir nikah olmadan da birlikte yaşanabilir

☐ Fikrim yok

14- Sizce evliliklerde kadın erkek arasında en az olması gereken yaş farkı kaçtır? …….....

15- Sizce evliliklerde kadın erkek arasında en fazla kaç yaş olmalı? .....……

16- Size göre aşağıdaki şıklardan hangisi o cinsiyet için en uygun olan evlenme yaşını göstermektedir?

KADIN İÇİN	**ERKEK İÇİN**
☐ 15-19 ☐ 20-24 ☐ 25-29 ☐ 30-34 ☐ 35 ve üstü	☐ 15-19 ☐ 20-24 ☐ 25-29 ☐ 30-34 ☐ 35 ve üstü

17- Sizce, cinsiyet fark etmeksizin 19 yaş öncesi yapılan evliliklerde özel danışmanlık ve eğitim gerekli midir?

☐ Evet ☐ Hayır

18- 17. soruya verdiğiniz cevap ***"evet"*** ise bu işlemi kimler yapmalıdır?

☐ Bu konuda eğitim almış sertifikalı aile danışmanları

☐ Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları

☐ Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Hekimler

☐ Evdeki büyükler

☐ Fikrim yok

☐ Diğer .....

19- Kaç çocuğunuz var? (belirtiniz) .....

20- İlk çocuğunuz dünyaya geldiğinde siz ve eşiniz kaç yaşındaydı?

KADIN İÇİN	**ERKEK İÇİN**
☐ 15-19 ☐ 20-24 ☐25-29☐30-34☐35 ve üstü ☐ Çocuğum yok	☐ 15-19 ☐ 20-24 ☐25-29☐30-34☐35 ve üstü ☐ Çocuğum yok

21- Erkek iseniz eşiniz, Kadın iseniz kendiniz kaç kez gebe kaldınız ve bu hangi yıldaydı? (düşük ya da kürtaj dahil)

	Sayısı	**Tarihleri** *(Yıl olarak; Örneğin: 1986)*
Doğum ile sonuçlanan gebelik		
Düşük ile sonuçlanan gebelik		
Küretaj ile sonuçlanan gebelik		

22- Sizce en erken kaç yaşında çocuk sahibi olunmalı?

	Sayı olarak belirtiniz ve/veya görüşünüzü yazınız.
Erkek İçin en erken yaş	
Kadın için en erken yaş	

23- Evlilik öncesi cinsellik konusunda ne düşünüyorsunuz?

☐ Normal bir durum olarak karşılıyorum

☐ Dini açıdan yanlış buluyorum

☐ Ahlaki açıdan yanlış buluyorum

☐ Fikrim yok

24- Aşağıdaki cümleyi kendinize en uygun düşen bir şık ile tamamlayınız.

Sizce 19 yaşından önce çocuk sahibi olmak ……. .

☐ Sakıncalı değildir.

☐ Sağlık açısından sakıncalıdır.

☐ Kanuni açıdan sakıncalıdır.

☐ Ahlaki açıdan sakıncalıdır.

☐ Töreye uygun değildir.

☐ Fikrim yok.

☐ Diğer .....

25- 19 yaştan önce gebe kalan kadınlarla ilgili olarak aşağıdaki cümlelerden hangisi sizce en uygun önermedir?

☐ Genç kızlık döneminde ay halinin başlamasıyla birlikte hamile kalınmasında sakınca yoktur.

☐ Kadınlar hazır hissettiklerinde hangi yaşta olursa olsun hamile kalabilirler.

☐ Gebelik ancak organizmanın tıbbi olarak tam olgun hale gelmesiyle ve psikolojik olarak kadının hazır olmasıyla sağlıklı ve doğal olabilir.

☐ Kadınların olabilen en erken zamanda gebe kalmaları dinen caizdir.

☐ Fikrim yok

26- 19 yaş öncesi gebelikler konusunda aşağıdaki önermelerden hangisi sizin düşüncenizi yansıtmaktadır?

☐ Azaltmak gerekir, bunun için topluma eğitim vermek gerekir.

☐ Azaltmak gerekir, yasal düzenlemelerle engel olmak lazım.

☐ Azaltmaya gerek yok, kişi hangi yaşta gebe kalmak istiyorsa kalır.

☐ Fikrim yok

☐ Diğer .....

27- Erken evlilik ve gebelikler konusunda, üniversite öncesi dönemde yaşa göre yapılandırılmış cinsel eğitim verilmesi konusunda aşağıdaki şıklardan hangisi sizin düşüncenizi yansıtmaktadır?

☐Evet verilmesi gerekir, en uygun zaman ilköğretim dönemidir.

☐Evet verilmesi gerekir, en uygun zaman Ortaöğretim dönemidir.

☐Evet verilmesi gerekir, en uygun zaman Lise ve dengi okullar dönemidir.

☐Hayır verilmesi gerekli değildir, çünkü üniversite öncesi dönemde bu farkındalık oluşamaz.

☐Hayır verilmesi gerekli değildir, çünkü toplusal ve geleneksel yapı (töre, adet v.s) eğitimi hiçe sayar. Verilen eğitim boşa gider.

☐Hayır verilmesi gerekli değildir, bu konuların uluorta konuşulması ayıp sayılır.

☐ Fikrim yok.

28- Üniversite öncesi öğrenimde üreme sağlığı konusunda eğitim aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

29- Cevabınız hayır ise almak ister miydiniz?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim yok ☐ Diğer .....

30- Çocuğunuzun bu konuda eğitim almasını ister misiniz?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Fikrim yok ☐ Diğer .....

31- Ergen yaştaki gebelikler günümüz yasal düzenlemelerine göre uygun görülmemektedir. Ancak toplumda yine de sık görülmektedir. 19 yaş öncesi gebelik ve evlilikleri önlemek için konulan bu kanunlar sizce yeterli midir?

☐Evet☐ Hayır (Nedenini belirtiniz)

.....
.....

32- Sizce 19 yaş öncesi gebe kalan kadınlar sağlık hizmetlerine erişmede güçlük çekiyor mu?

☐Evet☐ Hayır (Nedenini belirtiniz)

.....

.....

33- Sizce 19 yaş altındaki gebelikleri azaltmak anne ve bebek ölümlerini azaltır mı?

☐Evet☐ Hayır ☐ Fikrim yok

34- Ailenizde ve yakın akrabalarınızda son on yıl içinde 19 yaşın altında evlilik yapan ve/veya gebe kalan var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

35- 34. soruya cevabınız *"Evet"* ise bu durumla karşılaştığınızda nasıl tepki verdiniz?

☐ Onaylamadığımı bildirdim.

☐ Onaylamadığımı bildirdim. Evliliğin ve/veya gebeliğin sonlandırılmasını istedim.

☐ Başa gelince kabul etmek zorunda kaldım.

☐ Zaten onayladığım bir durum olduğundan kabullenmekte zorlanmadım.

☐ Fikir belirtmek istemiyorum.

36- Erken yaştaki gebelikler sizce <u>özel bir sağlık izlemi</u> gerektirir mi?

☐Evet☐ Hayır ☐ Fikrim yok

37- 36. soruya verdiğiniz yanıtın gerekçesi hakkında size en uygun gelen şıkkı işaretleyiniz.

☐ Erken yaştaki gebelikler düşük doğum ağırlığı, erken doğum, gebelik zehirlenmesi ve lohusalık sorunları yönünden yüksek risk taşırlar. Bu yüzden takipleri daha dikkatli yapılmalıdır.

☐ Erken yaştaki gebelerin çoğu reşit olmadığından, beden ve psikolojik gelişimleri daha yetersiz olacağından takipleri daha sık yapılmalıdır.

☐ Erken yaştaki gebeliklerde anne ölüm riski daha yüksek olduğundan gebeler daha yakından izlenmelidir.

☐ Erken yaştaki gebelerin diğer gebelerden çok belirgin farkları bulunmamaktadır. Bu nedenle ayrıca bir uygulama gerekmez.

☐ Fikrim yok

38- Sizce erken yaştaki gebelikler için tıbbi anlamda nerede ve kimler eğitim vermeli:

☐ Aile sağlığı merkezlerinde aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları

☐ Hastanelerdeki doktor ve sağlık personeli

☐ Belediyeler ve sivil toplum örgütleri

☐ Sadece bu tür hizmet veren bağımsız danışma merkezleri

☐ Eğitime gerek yok, bu hizmet verilmemeli

☐ Fikrim yok

☐ Diğer (belirtiniz)……..

39- Sizce erken yaştaki gebeliklerin yakın takibinin önemini topluma, ailelere, özellikle de gençlere anlatmak için en etkili yol hangisidir?

☐ Yazılı ve görsel medya araçları ile (Kamu spotu, televizyon ropörtajları, bilgilendirici radyo programları, vb.)

☐ Özellikle gençlerin çoğunlukta olduğu cafe, sinema gibi yerlerde broşür dağıtılarak

☐ Bu konunun toplum içinde sık konuşulması gençleri olumsuz anlamda etkiler, daha da özendirici olabilir, o nedenle fazla dillendirilmemeli.

☐ Bu konular uluorta konuşulmaz, gelenek ve törelerimize aykırıdır.

☐ Okullarda ve özellikle orta öğretimde konu yaygın olarak işlenmeli

☐ Fikrim yok

☐ Diğer
(belirtiniz)……..