

## DERLEME

# ADÖLESAN GEBELİK VE ADÖLESAN ANNELİK

Diler AYDIN\*

Alınış Tarihi: 15.10.2012

Kabul Tarihi: 16.04.2013

### ÖZET

*Adölesan dönemi bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle çocukluktan erişkinliğe geçişi olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde nüfusun büyük bir kısmı adölesan gebeler tarafından dünyaya getirilmektedir. Adölesan gebelikler, yüksek riskli gebelikler arasında yer almakta, anne ve bebek açısından önemli sosyal ve sağlık problemlerine neden olabilmektedir.*

*Adölesan döneminde gerçekleşen doğumlar sağlıklı nesillerin oluşmasında ve ülkelerin gelişmesinde önemli bir sorun oluşturduğundan günümüzde dikkatle ele alınması gereken toplumsal sorunlardan birini oluşturmaktadır. Bu makale ile adölesan gebeliklerin anne ve çocukları üzerindeki sonuçlarına dikkat çekilmek istenmiştir.*

**Anahtar Kelime:** Adölesan; gebelik; adölesan anne.

### ABSTRACT

#### **Adolescence Pregnancy and Adolescence Motherhood**

*Adolescence period is accepted to be a transition period for the individual from childhood to adulthood with biological, psychological and social changes. According to the data of the World Health Organization, a great majority of the population is brought into the world by adolescent pregnant women in the developed and developing countries. Being one of the high-risk pregnancies, adolescence pregnancies might cause important social and health problems in terms of mother and baby.*

*Since the births that occur during the adolescence period disable the formation of healthy generations and development of countries, they form one of the most important social problems that shall be approached carefully today. This paper aims to attract attention to the results of adolescence pregnancies on mother and children.*

**Keywords:** Adolescent; pregnancy; adolescent mothers.

### GİRİŞ

Adölesan dönemi bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle çocukluktan erişkinliğe geçişi olup; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaşlar arasını adölesan dönem olarak kabul etmektedir (Bulut, Gürkan, Sevil 2008; Demirgöz ve Canbulat 2008; Mason 2011; Şen ve Kavlak 2011; Öner ve Yapıcı 2010). Adölesanlar dünya nüfusunun %30'nu oluşturmakta ve %95'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Hem gelişmiş hem gelişmekte olan tüm dünya ülkelerinde adölesan gebelikler çok önemli bir sağlık sorunu yaratmaktadır (Mason 2011; WHO 2012).

DSÖ (2012) verilerine göre gelişmekte olan ülkelerde genç adölesan kızların %30'u 18 yaş altında; %14'ü ise 15 yaş altında evlenmektedir (Mason 2011). Dünya çapında 15-19 yaş arası on altı milyon kız çocuğu ve 15 yaşın altında iki milyon kız çocuğu her yıl doğum yapmaktadır. Günümüzde her beş kız çocuğundan biri, gelişmemiş bölgelerde ise her

üç kız çocuğundan biri 18 yaşın altında doğum yapmaktadır (Mason 2011; WHO 2012). Dünya'da adölesan doğum oranlarına baktığımızda Çin'de %2, Latin Amerika'da ve Karayip'lerde %18 ve Güney Afrika'da %50'lere ulaşmaktadır (Dixon-Mueller 2011). Ancak adölesan doğurganlığı gelişmekte olan ülkelerle sınırlı değildir. İngiltere'de %26, İrlanda'da %17 ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ise bu oran %63'tür. 1990'lı yıllardan itibaren düşme eğilimi göstermesine rağmen ABD gelişmiş ülkeler arasında adölesan gebelik ve doğum oranı halen en yüksek ülke olmaya devam etmektedir (Şen ve Kavlak 2011; Çolak 2012).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 yılı verilerine göre; toplumumuzun %18.5'ini adölesan yaş grubu oluşturmakta olup, 15-19 yaş arası adölesanların %9.6'sı evli olup, anne olma yüzdesi adölesan dönemde yaşla birlikte hızla artmaktadır, 15 yaşında %0.4 iken,

\*Balıkesir Üniversitesi Bandırma Sağlık Yüksekokulu (Yard. Doç. Dr.), e-mail: dileraydin@gmail.com

16 yaşında bu oran %2.2'ye, 17 yaşında %4.4'e, 18 yaşında %9.7'ye, 19 yaşında %12.9'a yükselmektedir. Adölesan doğurganlık seviyesi ile yerleşim yeri arasında belirgin bir ilişki bildirilmemektedir. Ülkemizde adölesan gebelik oranı %35'tir ve toplam nüfusun büyük bir kısmı adölesan gebeler tarafından dünyaya getirilmektedir. Bu durum dünya ülkeleri gibi ülkemiz içinde çok önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Türkiye'de evlilik, çocuk doğurmak için toplumsal olarak kabul gören dönemin başlangıcıdır. İlk evlilik yaşının doğumlar üzerinde önemli bir etkisi vardır; daha erken yaşlarda evlenen kadınlar ortalama olarak daha uzun süre gebelik riski altına girmekte, bu da genellikle yaşam boyunca daha fazla sayıda doğuma yol açabilmektedir (TNSA 2008; Öner ve Yapıcı 2010).

Günümüzde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde toplumsal sağlık sorunlarından biri olan adölesan gebelikler hem anne hem de bebek sağlığını olumsuz şekilde etkilemektedir. Adölesan gebelikler, yüksek riskli gebelikler arasında yer almakta, anne ve bebek açısından önemli sosyal ve sağlık problemlerine neden olabilmektedir.

#### **Adölesan Anneliğin ve Gebeliğin Adölesanın Sağlığına Etkileri**

Düşük gelirli ve gelişmekte olan ülkelerde adölesanların %30'u 18 yaş altında, %14'ü 15 yaş altında evlenmekte ve 15-19 yaş arasındaki adölesanlar kendilerinden yaşça büyük partnerler ile evliliğe ya da cinsel ilişkiye zorlanmaktadır (Mason 2011; WHO 2012). Dünyada 15 yaş altı adölesanların %10'u cinsel ilişkiye zorlanmakta ve bunun sonucunda istenmeyen adölesan gebelikler gerçekleşmektedir (Mangiaterra, Pendse, McClure, Rosen 2008). Latin Amerika gibi yüksek gelirli ülkelerde adölesanların evlilik dışı gebeliği yüksek oranda gözlenmektedir (WHO 2012). Adölesan doğurganlık, sağlık ve sosyal sonuçları dikkate alındığında önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Adölesan anneliğin, demografik ve sosyal açıdan birçok olumsuz etkisi söz konusudur (Şen ve Kavlak 2011).

İstenmeyen gebelikler düşük ve orta gelirli ülkelerde 15-19 yaşlar arasındaki adölesanların %14'ünde güvenli olmayan düşükler ile sonuçlanmaktadır. Dünyada her yıl 2,5 milyon ergen güvenli olmayan düşüklerle maruz kalmakta ve yetişkin kadınlara göre komplikasyonlardan yüksek oranda etkilenmektedir (Mangiaterra, Pendse, McClure, Rosen 2008; Dixon-Mueller 2011). Dünya Sağlık

Örgütü dünyada 2008 yılında 15-19 yaş arası 3 milyon adölesan güvenli olmayan kürtaj yaptırmaktadır (Mason 2011).

Adölesan gebelikler genel olarak riskli gebelikler olarak kabul edilmekte olup, tıbbi ve sosyal sorunlara yol açabilmektedir. Yapılan çalışmalarda doğurganlık yaşı küçüldükçe annelerde komplikasyon görülme oranının yükseldiği bildirilmiştir (Keskinoglu, Bilgiç, Picakci, Giray, Karakuş, Günay 2007; Babadağlı, 2008; Yıldızhan, Kolusarı, Edirne, Adalı, Erol, Kurdoğlu ve ark. 2009; Edirne, Can, Kolusarı, Yıldızhan, Adalı, Akdağ 2010). Adölesan gebelerde sigara kullanımı, bağımlılık yapıcı madde kullanımı, Human Immunodeficiency Virus (HIV) ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Başer 2000; Demirgöz ve Canbulat 2008; Mason 2011). Ayrıca, beslenme yetersizliği, gebelik başlangıç boy ve kilosunun düşüklüğü, gebelikte beklenenden daha az kilo alımı, gebelikler arasındaki sürenin kısalığı, gebelik sayısının fazla oluşu, evlilik dışı gebelik, prenatal izlem yetersizliği, doğum öncesi ve sonrası kanama, zor doğum ve fistül oluşumu görülen diğer komplikasyonlardır (Madazlı 2008; Öner ve Yapıcı 2010; Şen ve Kavlak 2011). Adölesanlarda daha az olmakla birlikte saptanan diğer önemli sorunlar ise gebelik hipertansiyonu, preeklampsi, anemi gibi komplikasyonlar görülmektedir. Ayrıca adölesan gebeliklerde perinatal mortalite ve morbiditenin de arttığı bildirilmiştir (Şen ve Kavlak 2011). Türkiye'de adölesan gebeler ile yapılan çalışmalarda hemoraji, preeklampsi, idrar yapma sorunu, bulantı kusma, ishal, idrar yolu enfeksiyonu, hipertansiyon, pyelonefrit, anemi ve kanama gibi sorunlar gözlenmiştir (Babadağlı 2008; Bulut, Gürkan, Sevil 2008; Taner, Kırmızı, İriş, Başoğlu 2012). Yirmi yaşından önce anne olan kadınların oranı, adölesan doğurganlığın boyutunu gösteren bir ölçüdür. Çocuk sahibi olmaya başlanılan yaşın hem demografik, hem de anne ve çocuk sağlığı açısından önemli sonuçları vardır.

Erken yaşta evlenen adölesanlarda anne ölümleri yüksek oranda görülmektedir. Latin Amerika'da 16 yaşından küçük ergenlerde anne ölümleri 20 yaşındakilere oranla dört kat fazladır (Mangiaterra, Pendse, McClure, Rosen 2008).

Erken yaşta evlenen kadınlar, özellikle de gebeliği önleyici yöntem kullanımının çok az olduğu veya hiç olmadığı durumlarda daha uzun süre gebelik riski altında bulunmaktadır. Bunun

bir sonucu da erken yaşlarda başlayan doğurganlık, ileriki yaşlarda başlayan doğurganlığa göre daha büyük ailelerin oluşmasına neden olmaktadır (Demiröz ve Canbulat 2008; TNSA 2008).

Son yıllarda adölesanların daha önceki yıllara göre erken yaşlarda cinsel ilişkiye girdiği ve kontraseptif yöntem kullanımının düşük olduğu belirlenmiştir (WHO 2012). Dünya Sağlık Örgütü'nün çalışmasına göre Latin Amerika, Avrupa ve Asya ülkelerinde evli ve evli olmayan adölesanların kontraseptif kullanım oranları %42-68 arasında; Afrika ülkelerinde ise %3-49 arasında bulunmuştur (WHO 2012).

Dünyada gençlerin genellikle kendi ve karşı cinsiyet özellikleri, vücut işlevleri ve üreme özellikleri konularında yeterli bilgileri olmadığı bilinmektedir (Mangiaterra, Pendse, McClure, Rosen 2008; Mason 2011). Bilgi yetersizlikleri ile başlayan cinsel yaşam sonucu dünyada adölesanlarda cinsel yolla bulaşan enfeksiyon görülme sıklığı, istenmeyen gebelikler, yasal olmayan abortuslar ve bunlara bağlı gelişen komplikasyonlar giderek artmaktadır (Başer 2000; Öner ve Yapıcı 2010). Düşük ve orta gelirli ülkelerde HIV önlemek için 15-24 yaş arası genç erkeklerin sadece %36'sı ve genç kadınların %24'üne eğitim verilebilmiştir (WHO 2012).

Erken yaşta çocuk doğurmak, kadınların ekonomik faaliyetlerden faydalanmasını kısıtlamakta, uzun vadede anneye, aileye, bebeğe ve ülke ekonomisine önemli oranda yükler getirmektedir (Demiröz ve Canbulat 2008).

Literatürde adölesan yaşta doğum yapan annelerin doğum öncesi bakımlarının yeterli düzeyde olmadığı ve bunun obstetrik komplikasyonlarla karşılaşma riskini arttırdığı belirtilmektedir. Edirne, Can, Kulusari, Yıldızhan, Adali ve Akdağ'ın (2010) çalışmalarında adölesan gebelerin doğum öncesi bakım alma durumları %28.4; Yıldırım, İnal ve Tinar'ın (2005) çalışmalarında ise %77 olarak bulunmuştur.

Adölesan dönemde gebelik fiziksel komplikasyonlarının yanında eğitimsizlik, çalışmama gibi birçok sosyal problemlere de neden olmaktadır. Biyo-psikososyal gelişimini tamamlamamış olan adölesanın eğitim görmesini ve meslek sahibi olmasını engellemekte (Letourneau, Stewart, Barnfather 2004), yaşının üzerinde sorumluluklar yüklemekte ve resmi nikâh yapılmasını engellemektedir (Öner ve Yapıcı 2010). Eğitim süresinin artışıyla adölesan doğurganlık arasında güçlü bir ilişki vardır

(WHO 2012). TNSA (2008) verilerine göre eğitimsiz kadınların %5'si adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlarken; bu oran lise mezunu kadınlarda %4 düzeyindedir. Eğitimsizlerde adölesan gebelikler daha fazla görülürken, adölesan gebelik annelerin eğitimlerine devam etmelerine engel olmaktadır. Adölesan gebelikler eğitimi engellediği gibi, annenin çalışma yaşamına katılmasına da engel olup, genci ekonomik açıdan bağımlı hale getirmektedir (Öner ve Yapıcı 2010). Edirne, Can, Kulusari, Yıldızhan, Adali ve Akdağ (2010) ile Keskinoglu, Bilgiç, Picakciefe, Giray, Karakuş, Günay'ın (2007) çalışmalarında adölesanların eğitim düzeyleri daha düşük olduğu, herhangi bir işte çalışmadıkları ve okul terk oranları daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Sosyal güvencesi olmayanların, resmi nikahsız evli olanların oranı daha yüksek bulunmuştur.

Adölesan dönemde yapılan evliliklerde, adölesanın kendine güveninin azalmasına ve kendine özgü bir kimlik oluşturmasını güçleştirmektedir. Yine adölesan annelerde doğum sonrası yaşadığı güçlüklerle baş etmede zorluklar ve düşük benlik saygısı gözlenmektedir (Letourneau, Stewart, Barnfather 2004). Adölesan gebeliklerin sonuçlarından biri de DSÖ'ne göre tam veri verilemese de adölesanların intihar etme oranlarında artış olduğu bildirilmiştir (WHO 2012).

#### **Adölesan Anneliğın ve Gebeliğın Çocuk Sağlığına Etkileri**

Adölesan dönemdeki kadınların cinsel ilişki, gebelikten korunma yolları, gebelik, düşük, anne olma, bebek beslenmesi ve bakımı gibi konularda bilgileri daha ileri yaştaki kadınlara göre yetersizdir. Bu nedenle meydana gelen gebelik sadece adölesanların kendi yaşamlarına değil, aile ve doğacak olan bebeğe de ciddi yükler getirmektedir (Demiröz ve Canbulat 2008).

Prematürelık, düşük doğum ağırlığı ve asfiksi gibi yenidoğanın ölüm riskini arttıran ve ileriki yaşamında sağlık problemi yaşamasına neden olan sorunlar adölesan annelerin çocuklarında fazla görülmektedir. Yine yapılan çalışmalarda adölesan gebelerin erişkin gebelere oranla sigara ve alkol tüketim oranlarının fazla olması nedeni ile yenidoğarlarda düşük doğum ağırlığı ve sağlık problemleri yüksek oranda gözlenmektedir (WHO 2012). Yenidoğarlarda düşük doğum ağırlığı (DDA), ortalama doğum ağırlığı ve doğum boyunun düşük olması çok görülen komplikasyonlardır (Bulut, Gürkan, Sevil 2008; Şen ve Kavlak 2011). Ayrıca,

adölesan anne bebeklerinde prematüritenin daha fazla olduğu bildirilmektedir. Türkiye'de Edirne, Can, Kulusari, Yıldızhan, Adalı ve Akdağ'ın (2010) adölesan gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada prematüre doğum oranı %28.4 ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğan oranı %17.5, Yıldızhan, Kulusari, Edirne, Adalı, Erol, Kurdoğlu ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarında ise %52.9 olarak yüksek bulunmuştur. Martins, dos Santos, Sousa, da Costa, Simões (2011) çalışmalarında adölesan gebelikleri, düşük doğum ağırlığı, prematürite, baş pelvis uygunsuzluğu ve yetersiz prenatal bakım alma ile ilişkili bulmuşlardır.

DSÖ (2012) verilerine göre 20 yaş altındaki annelerin bebekleri 20-29 yaş arasındaki adölesan annelerin bebeklerine oranla ilk bir hafta ölüm oranı %50 daha fazla; ilk bir ayda %50-100 oranla daha fazla görülmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada 10-15 yaş arasındaki adölesan annelerin bebeklerinde yenidoğan döneminde ölüm %55, 16-17 yaşındakilerin bebeklerin de %19 ve 18-19 yaş arasındaki annelerin bebeklerinde %6 oran ile ölüm riski bulunmuştur (Mangiattera, Pendse, McClure, Rosen 2008).

Literatür araştırıldığında, yenidoğanlarda ayrıca erken membran rüptürü, mekonyum aspirasyonu, umbilikal kordon transpozisyonu, doğum travması, repiratuvar stres, konjenital anomali, enfeksiyon ve oligohidroamnios gibi sorunların gözlemlendiği belirtilmektedir (Keskinoğlu, Bilgiç, Picakciefe, Giray, Karakuş, Günay 2007).

Adölesan anneler çocuğun sağlığı ve gelişimi konusunda da riskli davranmakta, gebelikte sigara içimi, bebeğini emzirmeme ve çocuğunu okul öncesi eğitime göndermeme davranışlarını daha fazla göstermektedirler (Keskinoğlu, Bilgiç, Picakciefe, Giray, Karakuş, Günay 2007). DeVito (2010) ergen annelerin ebeveyn durumlarını incelediği çalışmasında ergen annelerin kendilerini iki dünya arasında yalnız ve çaresiz hissettikleri, kendileri ve yenidoğan bakımında rehberliğe ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir.

Literatürde adölesan annelerin erişkin annelere oranla ilk 2 ayda bebeklerinin sorumluluğunu daha geç alabildikleri ve sağlık hizmetlerine ulaşmada daha fazla sorun yaşadıklarını bildirilmiştir (Letourneau, Stewart, Barnfather 2004). Yapılan çalışmalarda adölesan annelerin doğum sonrası dönemde kendi ve bebeklerinin bakımına yönelik bilgilendirme durumlarının yeterli olmadığı bulunmuştur

(Letourneau, Stewart, Barnfather 2004; DeVito 2010). Adölesan anne bebekleri erişkin anne bebeklerine oranla beslenme sorunu yaşama, fiziksel gelişmede geri kalma riski daha fazla, kognitif fonksiyonları daha geridir (Bulut, Gürkan, Sevil 2008; Şen ve Kavlak 2011).

Adölesan annelerin çocuklarının erişkin annelerin çocuklarına oranla daha fazla bilişsel, sosyal-duygusal gelişim güçlükleri yaşadığı belirtilmektedir. Bu çocuklar davranışsal ve ruhsal sağlık sorunlarına neden olan tek ebeveynli ve yoksul ortamlarda yaşamaktadırlar. Yine ileriki dönemlerde öğrenme zorlukları, düşük okul performansı, davranış problemleri, suç işleme potansiyelleri ve sorunlu akran ilişkileri ergen ebeveynlerin çocukları arasında daha yaygındır (Letourneau, Stewart, Barnfather 2004; Breheny ve Stephens 2010).

Adölesan annelerin çocukları, erişkin annelerin çocuklarıyla karşılaştırıldığında daha zayıf bilişsel, akademik ve davranışsal becerilere sahiptir. Yirmi yaş altı anne çocukları otuz yaş üzeri annelerin çocuklarıyla karşılaştırıldığında, kötü sonuçlarının 1,5-8,9 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Bu çocuklarda anksiyete bozukluğu, majör depresyon ve intihar girişimi gibi mental sağlık sorunlarının daha fazla görüldüğü, madde kullanımı, suç işleme oranlarının daha yüksek olduğu, eğitim başarılarının düşük, okulu terk etme oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Adölesan annenin yaşadığı evin fiziksel durumu, eğitim uyarılarının düşüklüğü ve zayıf kalitede aile çocuk ilişkisi nedeniyle çocuk olumsuz etkilenmektedir. Aynı zamanda istismar ve ihmal de önemli risklerdir. Çocuk istismarı ve annenin ilk doğumunu yaptığı yaş arasında korelasyon olduğu bildirilmiştir (Çolak 2012).

#### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Adölesan gebeliklerin yaygın olmasının başlıca nedenleri arasında, kültürel nedenler ile meydana gelen erken evlilikler, kontrasepsiyon yöntemleri hakkında bilgi yetersizliği, okul ve aile tarafından yeterli bilgilendirilme yapılamaması, düşük ekonomik durum, şehirleşme etkileri, etnik durum, eğitim durumunun düşük olması yer almaktadır.

Sağlıklı nesillerin oluşmasında ve ülkelerin gelişmesinde engel teşkil eden sorunlarından biri olan adölesan gebelikler günümüzde toplumsal sorunlardan birini oluşturmaktadır. Ülkelerin ekonomik durumlarının iyileşmesi, kişi başına düşen gelir düzeyinde artış sağlanması, yeterli danışmanlık hizmetlerinin verilmesi adölesan gebelikleri

önlemede önemlidir. Bunun yanında toplumsal sağlık sorunlarından biri olan adölesan gebelikleri önleyebilmek adına ergen kızların eğitim hayatlarına devam edebilmeleri sağlamak adölesan gebelikleri önlemede toplumsal sorumluluklardan biridir. Bunun için kadınların çalışma hayatında daha fazla yer alması sağlanarak hem kadının statüsünü arttırılmalı hem de gençleri erken evlilikten ve buna bağlı erken gebelikler ve komplikasyonlarından korumaya yardımcı olunmalıdır.

Cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerinin adölesanlar arasında yaygınlaştırılmasını

sağlamak adına ülkelere özgü modellerin belirlenip ülkelerin özellik ve kültürlerine uygun sorunların doğru saptanıp çeşitli çözümler üretilmesi ile sağlanabilir. Gençlerin güvenli cinsel yaşam konusunda bilgilerini arttırabilmek için ise, eğitim müfredatı cinsel sağlık bilgileri yönünden zenginleştirilmeli, okul dışında kalan adölesanlara ise ayrıca eğitim kampanyaları ve kitle iletişim araçları ile eğitimler yapılarak ulaşılmalıdır. Ayrıca eğitim almak isteyen gençler danışmanlık hizmeti almak için sağlık birimlerine kolayca ulaşabilmeli, yargılama olmadan bu hizmeti alabilmesi sağlanmalıdır.

#### KAYNAKLAR

**Babadağlı B.** Gebelik yaşının gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11(3): 96-105.

**Başer M.** Adölesan Cinselliği ve Gebelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 4 (1): 50-4.

**Breheeny M, Stephens C.** Youth or disadvantage? The construction of teenage mothers in medical journals. Culture, Health & Sexuality 2010; 12(3): 307-22.

**Bulut S, Gürkan A, Sevil Ü.** Adölesan Gebelikler. Aile ve Toplum Dergisi 2008; 4(13): 37- 44.

**Çolak Ü.** Türkiye'deki adölesan gebelikler. Eğitim Dergisi 2012; 33(1):1-6.

**Demirgöz M, Canbulat N.** Adölesan Gebelik. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28(6): 947-52.

**DeVito J.** How Adolescent Mothers Feel About Becoming a Parent. J Perinat Educ. 2010; 19(2): 25-34.

**Dixon-Mueller R.** Research issues in developing countries The sexual and reproductive health of younger adolescents WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. 2011. p:26-9.

**WHO.** Early marriages, adolescent and young pregnancies. Report by the Secretariat. A 65/13. Geneva, Switzerland: WHO; 2012.

**Edirne T, Can M, Kulusari A, Yildizhan R, Adali E, Akdag B.** Trends, characteristics, and outcomes of adolescent pregnancy in eastern Turkey. International Journal of Gynecology and Obstetric 2010; 110(2):105-8

**Keskinoglu P, Bilgic N, Picakciefte M, Giray H, Karakus N, Gunay T.** Perinatal Outcomes and Risk Factors of Turkish Adolescent Mothers, J Pediatr Adolesc Gynecol 2007; 20(1): 19-24.

**Letourneau NL, Stewart M, Barnfather AK.** Adolescent Mothers: Support Needs, Resources, and

Support-Education Interventions. Journal Of Adolescent Health 2004; 35(6): 509-25.

**Madazlı R.** Adölesan Gebelikleri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II 2008; 63: 51-2.

**Mangiaterra V, Pendse R, McClure K, Rosen J.** Adolescent Pregnancy. MPS Notes World Health Organization 2008; 1(1):1-4.

**Martins Mda G, dos Santos GH, Sousa Mda S, da Costa JE, Simões VM.** Association of pregnancy in adolescence and prematurity. Rev Bras Ginecol Obstet 2011; 33(11): 354-60.

**Mason E.** Guidelines for preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva, World Health Organization, 2011. p:1-8.

**Öner S, Yapıcı G.** Adölesan gebeliklere bakış. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2010; 8(1): 30-9.

**Şen S, Kavlak O.** Çocuk gelinler: Erken yaş evlilikleri ve adölesan gebeliklere yaklaşım. Aile ve Toplum Dergisi 2011; 7(25): 35-44.

**Taner CE, Kırmızı DA, İriş A, Başoğul Ö.** Adölesan gebeliklerin sonuçları. Göztepe Tıp Dergisi 2012; 27(1): 6-10.

**Koç İ, Çağatay P, Adalı T.** Doğurganlık, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2008, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 2009. p.59-62.

**Yıldırım Y, İnal MM, Tinar S.** Reproductive and Obstetric Characteristics of Adolescent Pregnancies in Turkish Women, J Pediatr Adolesc Gynecol 2005; 18(4): 249-53.

**Yıldızhan R, Kulusarı A, Edirne T, Adalı E, Erol Ş, Kurdoğlu M, Kurdoğlu Z.** Van Yöresinde Adölesan Gebeliklerin Analizi. Van Tıp Dergisi 2009; 16 (4): 124-7.