

ADÖLESAN GEBELİKLER VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Bil. Uzm. Gülay YILDIRIM
I.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZET

Adölesan döneminde özellikle kızlarda ortaya çıkan çeşitli problemler ve cinsellik adölesanların yaşamında önemli yer tutan konuların başında gelmektedir. En çok yaşanan problem ise adölesan gebeliklerdir. Bu dönemde adölesanların tutum ve davranışları; toplumun kültürel yapısı, ailenin sosyoekonomik durumu ve ebeveynlerin eğitim düzeyiyle yakından ilgilidir. Tüm adölesanların özel gereksinimleri vardır. Adölesan gebelerin yaşamış oldukları bu sıkıntılı durumla başa çıkmalarında hemşirelik desteğinin önemi büyüktür. Adölesan gebeye sunulacak hemşirelik bakımı ile adölesanın sorularının cevaplanması, endişelerinin giderilmesi, gerekli konularda bilgilendirilmesi ve uygun yerlere yönlendirilmesi sağlanmış olur.

Anahtar kelimeler : Adölesan, Adölesan gebeler, Adölesan anne, Hemşirelik bakımı

SUMMARY

Adolescent Pregnancies and Nursing Approach:

Various problems which are especially, seen in girls in adolescence and sexuality are primary topics in adolescent life. The most common problem is adolescent pregnancies. In this term attitude and behaviours of adolescent are related with cultural structure of community, socioeconomic status of family and education of parents. All adolescent have different needs. Nursing support is very important in coping with this problematic condition that adolescent pregnant experience. With a nursing care that is offered to adolescent pregnant, it is provided for adolescents to answer their questions, relieve their concerns, inform in some subjects and refered them to appropriate units.

Key Words : Adolescent, Adolescent pregnancies, Adolescent mother, Nursing care

GİRİŞ

Sağlıklı bir toplumun oluşturulması sağlıklı bireylerin bulunmasıyla sağlanabilir. Özellikle çeşitli yaşam dönemlerinde tüm bireylerin sağlık bakımına daha fazla ağırlık verilmesi gerekmektedir. Adölesan dönemi bu gelişimsel dönemlerden biridir (Erdoğan 1991, Terakye 1990).

Adölesan gebelik dünya çapında önemli bir sorundur. Birçok endüstrileşmiş ve gelişmekte olan ülkede adölesanlar arasında evlenmeden cinsel ilişkide bulunmak geleneksel olarak yasaklanmıştır. Adölesan, özellikle bilgisizlik nedeniyle ilk cinsel ilişkisinde gebe kalabilmektedir. Bu da bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Gençlerin bu zorluklar ile başedebilmeleri için sağlık ve eğitim sektörlerine önemli görevler düşmektedir (Fincancıoğlu 1990, Terakye 1990).

Gebelik ve doğum aile içinde büyük düzenlemeleri ve uyumu gerektirir. Bununla beraber bazı aileler yardım almaksızın bu düzenleme ve uyumu gerçekleştiremezler. Bu ailelere örnek olarak adölesan ebeveynler verilebilir (Fincancıoğlu 1990, Gorrie et al. 1994).

Türkiye genç nüfus yapısına sahiptir. Nüfusunun %10'u 5 yaşın, %30'u 15 yaşın altındadır. Türkiye nüfusunun sadece %6'sı 65 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktadır. Ülkemizde 15-49 yaş grubu kadın nüfusu %24.7'dir. Türkiye'de doğurganlık 15-29 yaş grubunda yığılma göstermekte olup, bu grup toplam doğurganlığın ¾'ünü oluşturmaktadır. Ülkemizde evlilik son derece yaygındır. 1998 TNSA verilerine göre 15-19 yaş grubunda olan kadınların %15'i evlidir. Türkiye'de ilk evlenme yaşı ortalama 19.5'dir. İlk evlenme yaşında sürekli bir yükselme gözlenmektedir. Bununla birlikte hala ülkemizde 15-19 yaş grubundaki kadınların %2'sinin 15 yaşından önce evlendiği görülmektedir (TNSA 1998 , TTB Türkiye Sağlık İstatistikleri 2000).

ADÖLESAN GEBELİKLERLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Adölesanlarda cinsel aktivite sayısının yüksek olması ve kontraseptif kullanım oranının düşük olması, doğrudan adölesan gebelik insidansı ile ilişkilidir. ABD'da 9.sınıftan 12.sınıfa kadar tüm öğrencilerde cinsel ilişkide bulunma oranı 54,2'dir. Cinsel yünden aktif olan öğrencilerde kontraseptif kullanım oranı %77,7'dir. Yöntemlere örnek olarak doğum kontrol hapları, kondom ya da geri çekme verilebilir (Gorrie et al. 1994).

Adölesan gebeliklerin görülmesinde etkili olan faktörler;

- ✓ Kontraseptif kullanımı konusunda bilgi yetersizliği
- ✓ Kontraseptif aletlerin üretiminin sınırlandırılmış olması
- ✓ Ebeveynlerin cinsel eyleme yönelik korku ve endişeleri
- ✓ Hiçbir zarar görmeyeceği duygusuna kapılma

- ✓ Cinsel aktiviteye başlamak için yaşıtlarının baskısı
- ✓ Düşük öz güven ve cinsel aktiviteyi sınırlamada yetersizlik
- ✓ Şu anki konumundan uzaklaşma arzusu
- ✓ Uygun rol modellerin yetersiz olması
- ✓ Düşük eğitim düzeyi

Gebelik oluştuğunda adölesanın tercihleri de farklılık gösterir. Bu aşamada adölesanın tercihleri;

- ✓ Gebeliği sonlandırmak
- ✓ Gebeliği devam ettirmek ve yenidoğanı evlatlık vermek
- ✓ Gebeliği devam ettirmek ve yenidoğanı kabullenmek şeklinde olabilir. (Bobak & Jensen 1987, Gorrie et al. 1994, Taşkın 1997)

Amerika Birleşik Devletlerinde tüm adölesan gebelerin yaklaşık %40'ının (411.000) her yıl yasal yollardan gebeliği sonlandırmaktadır. Buna rağmen gebelik sonlandırma birçok aile için kabul edilebilir bir alternatif değildir. Bununla beraber birçok adölesan ikinci trimesterin sonuna kadar gebeliği kabullenmezler (Bobak & Jensen 1987, Gorrie et al. 1994, Martin & Reeder 1991)

Gebeliğin devam ettirilip yenidoğanın evlatlık olarak verilmesi adölesanlar arasında çokta yaygın bir tercih değildir. Bununla birlikte evlatlık olarak verilecek yenidoğanların sayısı da azdır. Kendi bebeklerini evlatlık veren adölesanlar karışık duygular içerisinde. Kederlenirler, ıstırap çekerler, gebelik kötü bir deneyimdir diyip evlatlık vermenin daha iyi bir tercih olduğunu düşünürler. Kendilerine yardımcı olmada isteksiz görülen ebeveynlerine karşı öfke duyarlar ve bebeklerini evlatlık vermenin tek doğru seçenек olduğunu düşünürler (Fadıllıoğlu ve Yılmaz 1988, Gorrie et al. 1994, Records 1994).

Gebeliğin henüz açıklanmamış, doğrulanmamış olması ve toplumdan gelen karışık mesajlar adölesanı, düşük ya da evlatlık verme gibi tercihlerinden vazgeçirir. Bebeğini kabul etmeye karar veren adölesanların bu yeni duruma uyum sağlama konusunda bir miktar yardıma gereksinimi olacaktır. Adölesanlar kendi yaşadıkları duygularının çevresi tarafından anlaşılması ve kabul edilmesini, sorunlarıyla başa çıkmada kendilerine yardımcı olunmasını isterler (Bobak & Jensen 1987, Gorrie et al. 1994).

ADÖLESAN GEBELER

Erken Adölesan Gebeler

12 ila 15 yaşları arasındaki döneme erken adölesan dönemi adı verilmektedir. Bu dönemdeki genç kızlarda hormonlarda ani değişiklik ve artış vardır. Fiziksel büyüme ve cinsel olgunlaşma hızlı bir gelişme süreci içine girmiştir. Bu dönemde ilgi beden imajına yönelmiştir. Genç kız daha önce hiç yaşamadığı duygular içerisindedir. Gebelik oluştuğunda adölesan, vücudunda oluşan değişiklikler konusunda endişe duyar ve hatta kalori alımını sınırlandırmaya bile kalkışabilir. Adölesanlar bilinçli ve bilinçsiz olarak gebeliği inkar edebilirler (Coşkun 1984, Fincancıoğlu 1990, Taşkın 1997, Üstkan 1990).

Adölesan daha önceden anne olmuş olsa bile, adölesanın ebeveynlik hakkındaki gereksinimleri devam eder. Adölesan ambivalans duygular yaşayabilir. Çünkü bu ailesiyle ilişkinin parçalanmaya başladığı bir dönemdir. Annesiyle çok uzun süre birlikte yaşayan adölesanlar, bağımsız olmayı isterler bir yandan da bununla ilgili endişe yaşarlar (Bragg 1997, Gorrie et al. 1994).

Eğer adölesanın annesi yenidoğanın bakımını üstüne alırsa adölesan, yenidoğanın zamanını çaldığı ve ebeveynliğin annesine ait olduğunu düşünebilir. Adölesanın annesiyle birlikte ayrı bir ortama taşınma isteği yoktur. Adölesan problem çözmeyle ilgili bazı yetenekleri olsa bile karar vermeye ya da ebeveynliğin gerektirdiği sorumlulukları üstlenmeye hazır değildir. Adölesanlar eğer bir yetişkinin yardımını almazlarsa yenidoğanın bakımını yapamaz, gereksinimlerini karşılayamazlar (Gorrie et al. 1994).

Orta Adölesan Gebeler

15-17 yaşları arasındaki adölesanlara orta adölesan adı verilir. Bu yaştaki genç kadınların, gelecekle ilgili plan kurma ve problem çözme becerileri biraz daha fazladır. Grup içindeki rol modeller, davranışları belirler. Orta adölesanlar gebeliği özerk olabilmek için bir yol olarak görebilirler ve bu yaşta da adölesanların yardıma olan gereksinimleri büyüyerek devam eder (Gorrie et al. 1994).

Orta yaş adölesanların bağımsız olma çabaları devam eder ve isyana hazır bir durumdadırlar. Ailesiyle olan anlaşmazlıklar nedeniyle antisosyal davranışlar gösterebilirler. Ailesiyle ve çevresiyle olan iletişim ağı bozulmuş olabilir. Adölesan, annelik hakkında gerçekçi olmaya yönelir. Bu yaştaki genç bayanlar için dış görünüş aşırı derecede önemlidir. Adölesan, gebelik süresince

kendi bedeninde oluşacak değişiklikler için hazırlıksız olabilir. Beden şeklinin değişmesi, ölçümlerin artması ve derideki pigmentasyon artışı adölesanın akut stres yaşamasına neden olabilir (Gorrie et al. 1994).

Geç Adölesan

Geç adölesan 17 ila 19 yaşları arasındaki döneme karşılık gelmektedir. Bu dönemdeki adölesanlar bağımsızlığını bir dereceye kadar başarabilmektedir. Problemlerini de bağımsız olarak çözebilme kabiliyetini kazanmıştır. Beden imajı stabildir ve gençte pozitif beden imajı gelişmiştir. Adölesanda, bencil kendini düşünen duygular azalmıştır. Bu yaştaki adölesanların bebeğin babasıyla olan ilişki de oldukça güçlüdür (Gorrie et al. 1994).

Adölesanlar çoğunlukla prenatal bakımla ilgili sorumlulukları üstlenir ve prenatal sınıflara katılmayı kabul eder. Geç adölesanlar diğer adölesanlara oranla gebeliği daha kolay kabullenirler. Bu dönemdeki adölesanların bebeklerine verecekleri bakım, diğer ebeveynlerin verecekleri bakımla paralellik gösterir (Gorrie et al. 1994).

ADÖLESAN GEBELİKLERİN YARATMIŞ OLDUĞU FİZYOLOJİK SORUNLAR

Gebelikte

- ✓ Anemi
- ✓ Beslenme yetersizliği
- ✓ Geç gebelik gestozları
- ✓ Plasentaya özgü komplikasyonlar (Ablatio Placenta, Placenta Previa)
- ✓ Aşırı kilo alımı
- ✓ Vaginitis ve üriner yol enfeksiyonları
- ✓ Lomber lordoz
- ✓ Artmış abortus olasılığı
- ✓ Prematüre doğum olasılığı
- ✓ Erken memran rüptürü (Bobak & Jensen 1987, Coşkun 1984, Gorrie et al. 1994, Martin & Reeder 1991)

Doğum Sırasında

- ✓ Sefalo-pelvik uyumsuzluk
- ✓ Hipertonik uterin kontraksiyonlar (Bobak & Jensen 1987, Coşkun 1984)

Loğusalık Döneminde

- ✓ Postpartum kanama olasılığı
- ✓ Postpartum enfeksiyon olasılığı
- ✓ Mortalite ve morbidite oranında artış
- ✓ Riskli yenidoğan (Bobak & Jensen 1987, Coşkun 1984, Fadilloğlu ve Yılmaz 1988, Gorrie et al. 1994)

5. ADÖLESAN BABALAR

Çocukları koruma vakfı (ABD) 1988'de adölesan annelerden doğan yenidoğanların %20'sinin babasının 20 yaşın altında %35'inin babasının ise 20-24 yaşları arasında olduğunu bildirmiştir. Yapılan araştırmalarda evlenmemiş babaların, evlenmemiş adölesan annelerden yaklaşık 3 yaş büyük olduğu ve hemen hemen tüm adölesan babaların babalık rolü için hazır olmadıkları belirlenmiştir. Babaların birçoğu depresiftir ayrıca adölesan ve babalık rolleri arasında çatışma yaşarlar. Bazıları doğum eylemi ve bebek bakımı hakkında bilgi edinmezler ve bunların partnerlerine destek olma ihtimali düşüktür. Birçoğu, yenidoğanın bakımına destek olmayı kabullenmezler ve gebe olan partneriyle aynı ortamda yaşamayı da istemezler (Bloom 1998, Bobak & Jensen 1987, Gorrie et al. 1994).

Adölesan babaların büyük bir bölümü sosyo-ekonomik düzeyi düşük, eğitimini tamamlamamış ve iş becerileri yetersiz olan kişilerdir. Yani yenidoğana destek olmak için gerekli parayı kazanabilecek yeteneğe sahip değildirler (Bloom 1998).

ADÖLESAN ANNELER

Adölesan annelerin, diğer annelere oranla bebeklerinin gereksinimlerini tanıma, onların duygularını anlama yetenekleri önemli şekilde düşüktür. Adölesanlarda, prematür doğum insidansı yüksektir, sosyoekonomik statü düşüktür ve özellikle ev içi ortamın düzenlenmesi ve rollerin belirlenmesinde

sorunlar yaşanır. Buna rağmen adölesanlar, bebeğin gereksinimlerine karşı oldukça duyarlı olmaya dikkat ederler. Bunun yanında adölesan anneler annelik hakkında da sıkça ambivalan duygular yaşarlar. Adölesanların, bebeklerine yeterli ölçüde fiziksel bakım verebilmelerine rağmen, bebekleriyle sözel etkileşimi daha azdır ve adölesanlar, diğer ebeveynlere oranla tensel uyarılmayı daha az kullanırlar (Gorrie et al. 1994).

Adölesan annelerin çoğunlukla annelik rolü ve yenidoğanın davranışlarıyla ilgili gerçekçi olmayan, örneğin "bebek büyütmenin görüldüğünden daha kolay olduğu gibi beklentileri vardır. Örneğin, adölesan anneler bebeğinin gece boyunca uyuyacağını, sürekli gülümseyeceğini ya da tuvalet alışkanlığını çok çabuk kazanacağını ümit ederler. Sonuçta genç ebeveynler bu büyüden kurtulup, gerçeklerle yüz yüze gelirler ve çoğunlukla hayal kırıklığına uğrarlar. Bu kez çocuk büyütmeyi cezalandırma olarak algılayabilirler. Anne bebek etkileşimine dayanan klinik gözlemler, adölesan annelerin uygunsuz davranışlar gösterdiğini belirtmektedir. Örneğin kendisine ve bebeğine acı çektirme diğer annelere oranla daha fazla görülmektedir (Bragg 1997, Gorrie et al. 1994, Records 1994).

Genç adölesanların gelişmemiş başa çıkma mekanizmaları vardır ve genç adölesanlar bebek sahibi oldukları zamanki yaşanan stresi diğer yaşamsal olaylarda yaşanan stresten ayıramazlar. Adölesanların yenidoğana yönelik cezalandırıcı tutumları ve o anki yaşanan stres, diğer faktörlerle ilişkili olabilir. Bu duruma örnek olarak sosyal izolasyon ya da finansal konuda yaşanan sorunlar verilebilir (Bragg 1997, Gorrie et al. 1994).

ADÖLESAN GEBELERDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Tanımlama

Adölesan gebeliklerin tanılanması, hemen hemen diğer gebeliklerde yapılan işlemlerle benzerlik gösterir. İlk ziyarette, baştan sona sağlık öyküsünün alınması ve fiziksel muayenenin yapılması esastır. Tanılama; demir eksikliği anemisinin belirlenmesi, gebeliğin neden olabileceği hipertansiyon ya da erken doğum belirtileri üzerine odaklanır. Çünkü adölesanların menstrüel periyotları düzensizdir. Son menstrüel periyot üzerine dayanan gestasyon haftasının belirlenmesi güçtür. Hemşire ve hekim intrauterin gelişme geriliğinin belirtilerini takip etmeli ve raporlandırmalıdır. İntrauterin gelişme geriliğinin insidansı adölesan gebelikler arasında oldukça yüksektir. Hemşire adölesandan

bilgi toplarken dikkat etmeli, detay bilgiler için adölesanı çok sıkıştırmamalıdır. Gereksinim duyulduğunda daha özel tanılama yapılabilir (Bobak & Jensen 1987, Fadilhoğlu ve Yılmaz 1988, Gorrie et al. 1994).

Aile fertlerinin tanınmasına, yenidoğanın babasının katılım derecesinin belirlenmesi ile başlanır. Bazıları, hamile partneriyle evlenmeyi planlayabilir. Diğerleri gebeyle olan ilişkilerini reddedebilirler, kabullenmezler. Bunların içinden bir kısmı hamile kıza evlenmeyi planlamaz ama gebeliğe ve çocuğun bakımına katılmayı planlar (Gorrie et al. 1994).

Ebeveynlerin varlığı olmaksızın adölesanın tanınması imkansızdır. Aile desteğinin boyutlarının belirlenmesi çok önemlidir. Adölesan gebe yaşamını ailesiyle mi sürdürecektir ?, adölesanın ailesi gebelik hakkında ne düşünüyor ?, aile anneyi ve yenidoğanı nasıl kabullenecek ?. Aile değerlendirilirken gebe adölesanın özellikle annesi üzerinde durulmalıdır. Büyükanne olma konusunda neler hissediyor ?. Birçok kadın utanma ve toplumsal itibarını kaybetme gibi duygular yaşar. Annelik rolünü başaramadığını düşünür ya da torununun bakımından dolayı kızgın olabilir. Kızı ile olan iletişimi açık mı ?, anne kızının yaşayacağı rol çatışmasının farkında mı ?, eğer aile adölesana ve yenidoğana bakma konusunda yetersiz ya da isteksiz olursa, diğer sosyal destek sistemleri neler olabilir ? Tüm bu özellikler değerlendirilmelidir (Bobak & Jensen 1987, Gorrie et al. 1994, Martin & Reeder 1991).

Tanı

Birçok adölesan ikinci ve üçüncü trimestere kadar prenatal bakım almayı bekletirler. Çünkü ya gebe olduğunu anlayamazlar ya da gebeliği kabul etmez devamı konusunda kararsızlık yaşarlar. Buna rağmen birçok adölesanın gebeliğin vücudunda meydana getirdiği fizyolojik değişiklikler buna bağlı artan gereksinimleri hakkında çok az bilgisi vardır. Adölesanın gebeliği sırasındaki sağlığını devam ettirecek ölçüde bilgiye sahip olamaması ve ailenin yaşayacağı stres düzeyinde artış, önemli hemşirelik tanılarından biridir (Gorrie et al. 1994).

Planlama

- ✓ Adölesan, prenatal bakım alması ve ebeveyn eğitim sınıflarına katılması konusunda teşvik edilecek.
- ✓ Adölesan , endişelerini sözel olarak ifade edecek, fetüsün ve kendisinin sağlığını gebelik süresince koruması için gerekli bilgiyi edinmek amacıyla araştırmalarda bulunacak.

- ✓ Adölesan, yenidoğanın gereksinimlerini ve üçüncü trimesterin sonunda yenidoğanın gelişimi ve büyümesi ile ilgili bilgileri sözel olarak ifade edebilecek.
- ✓ Adölesanın ailesi duygularını ve endişelerini sözel olarak ifade edebilecek anne ve bebeğe yeterli ölçüde destekte bulunabilecek ve bu desteği sürdürecektir (Bobak & Jensen 1987, Gorrie et al. 1994).

Girişimler

Sağlık bakımının verilmesini engelleyen durumların ortadan kaldırılması

Gebe adölesanın sağlık bakımını almasını engelleyen durumlara örnek olarak, programa katılım için zaman ve yerin uygun olmaması, sağlık bakım çalışanlarının olumsuz tutumları verilebilir. Adölesanların gebelik programlarına katılmaları ile ilgili engellerin çözümü için adölesana kendisine en yakın olan klinikler bildirilir. Bu kliniklere ulaşmada yardımcı olacak toplu taşıma araçları hakkında adölesan bilgilendirilir. Ayrıca, adölesanın (ya da isterse partnerinin) uygun olduğu zamanlarda bu hizmetleri sunacak programlar olmayabilir. Bazı klinikler akşamları ya da cumartesi günleri de açık olabiliyorsa da bu her zaman mümkün değildir ve bunun için alternatif planların yapılması gerekmektedir (Gorrie et al. 1994).

Birçok sağlık bakımı çalışanı, (hemşire, hekim, sosyal hizmet uzmanı, vb.) adölesan ve aileleri tarafından hor gören, saldırgan olarak tanımlanabilirler. Hemşireler, prenatal bakımı devam ettirmek isteyen adölesanların hevesini kırmamalı, cesaretlendirmek için sağlık bakım çalışanlarının olumsuz davranışlarına çözüm getirmelidirler (Bragg 1997, Fadilloğlu ve Yılmaz 1988, Gorrie et al. 1994, Üstkan 1990).

Eğitim gereksinimlerinin giderilmesi

Eğitim konusu adölesanın endişeleri üzerinde yoğunlaşırsa verilen eğitim daha etkili olur ve toplantılar, adölesanların birincil gereksinimlerini karşılayacak şekilde bir bütün olarak düşünülmelidir. Adölesanlar, kendilerine sevecen ve yumuşak yaklaşıldığı zaman kendilerine verilen bilgileri seve seve kabul ederler. Kendi yaşlıları adölesanlar için çok önemlidir ve bu yüzden benzer sorunlara sahip küçük gruplarda katılım fazladır. Adölesanların özel gereksinimleri belirlenmeli ve karşılanmalıdır. Bunlar; beslenme danışmanlığı ya da sigara ilaç ve alkol kullanımı gibi zararlı alışkanlıkların azaltılmasına

yönelik eğitim verilmesi şeklinde olabilir. Gebelik ilerledikçe gereksinimlerde değişiklik olur (Fadilloğlu ve Yılmaz 1988, Gorrie et al. 1994).

Tekrar yapma eğitimin en önemli yöntemidir ve yanlış bilgilerin aydınlatılmasını sağlar. Sadece anlatmak yeterli değil, bunun sorularla ve tartışmalarla değerlendirilmesi gerekir. Birçok adölesan yazılı materyal okumayı pek istemez ve eğitimde kullanılan görsel materyallerle daha çok ilgilenirler. Prenatal ve yenidoğan bakımıyla ilgili video programlarının izlenmesi eğitimde etkili olmaktadır. Tüm yöntemler içinde non-verbal iletişimin önemli olduğu unutulmamalıdır. Göz kontağı, sıcak ilgi güler yüz gibi örneklerle verilen eğitim, eğitmen ve adölesan arasında dostça ve samimi bir ilişkinin doğmasının sağlayacaktır (Gorrie et al. 1994).

Danışmanlık

Adölesanların özel problemleri, hemşirelerin vereceği danışmanlık hizmetinin kapsamını oluşturmaktadır. Adölesanlar genellikle beslenme, stresle başa çıkabilme ve yenidoğan bakımı gibi konularda danışmanlık almaya gereksinim duyarlar (Bobak & Jensen 1987, Gorrie et al. 1994, Martin & Reeder 1991).

Aile desteğinin güçlendirilmesi

Gebe adölesanlar, kendi kararlarını vermede ve problemlerin çözümünde ailelerinin desteğine ve cesaretlendirmesine ihtiyaç duyarlar. Adölesanın özellikle gebelikle ilgili planlarını oluştururken annesinin, ablasının ya da diğer yakın akrabalarının ilgisi çok önemlidir. Doğum sonrası gibi bazı konular adölesanın ailesi ve yenidoğanın babası ile konuşularak tartışılmalıdır. Bazı durumlarda ailenin yardımı uygun olmayabilir. Bu durumda adölesan, bir aile dostundan ya da güvendiği bir yetişkinden destek alma konusunda cesaretlendirilmelidir (Gorrie et al. 1994, Records 1994).

Adölesanın gerekli yerlere yönlendirilmesi

Adölesan gebelikler için ulusal ve toplumsal kaynaklar hakkında bilgi sahibi olan hemşireler, adölesanı daha yakın ve daha uygun bir yere yönlendirmelidir. Birçok lisede sunulan okul çağı annelik programı ve bunlara benzer kuruluşlar örnek olarak verilebilir. Enstest ya da bir tecavüz olayı istenmeyen ve kötü bir olaydır. Bu gibi durumlar yasal kuruluşlara bildirilmelidir (Gorrie et al. 1994).

Değerlendirme

Hemşirelik bakımı, klinik hizmetleri sürdürmesi ve bakım planındaki aktivitelere katılması ile daha da etkili olur. Hemşirelik bakımı ile adölesanın sorularının cevaplanması, endişelerinin giderilmesi ve gerekli konularda bilgilendirilmesi sağlanır. Özellikle annenin yenidoğanın gereksinimleri, beslenmesi, bakımı, büyüme ve gelişmesi konusunda bilgisi artmış, kendisinin ve bebeğinin bakımında aktif rol almaya başlamıştır. Aile desteği çoğunlukla sağlanır ama eğer ailenin desteği yok ise hemşire adölesanın yardım alabileceği merkez ve kuruluşlara yönlendirir. (Bobak & Jensen 1987, Gorrie et al. 1994).

KAYNAKLAR

- Bloom K C (1998). Perceived relationship with the father of the baby and maternal attachment in adolescents. *JOGNN*, 27: 420-430.
- Bobak I M, Jensen M D (1987). *Essentials of Maternity Nursing*. The C. V. Mosby Company, Toronto, 946-962.
- Bragg E J (1997). Pregnant adolescent with addictions. *JOGNN*, 26:577-584
- Coşkun A (1984). Adölesan dönemi gebelikte fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin incelenmesi ve bu gebeliklere sosyoekonomik kültürel faktörlerin etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 7-36
- Erdoğan E (1991). Adölesan kızların menarj deneyimleri ve menstrüel öyküsüne ilişkin bir çalışma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7:31-49.
- Fadilloğlu Ç, Yılmaz D (1988). Adölesan annelerin gebeliğe uyumu . *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 4:29-37.
- Fincancıoğlu N (1990). Kahire Konferansı Çerçevesinde Üreme Sağlığı. Gençlik ve Cinsel Eğitim ve Üreme Sağlığı. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Anadolu Matbaası, İstanbul, 3 -10.
- Gorrie T N, Mc Kinney E S, Murray S S (1994). *Foundation of Maternal Newborn Nursing*. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 616-620.
-Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (1998). Nüfus ve Sağlık Araştırması Türkiye , Ankara.
- Martin L L, Reeder S J (1991). *Essentials of Maternity Nursing Family Centered Care*. J. B. Lippincott Company, Pennsylvania, 584-588.
- Records K A (1994). Adolescent Mother : Caregiving , approval and family functiony. *JOGNN*, 23 : 791-797.
- Taşkın L (1997). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 199-202.
- Terakye G (1990). Gençlik ve cinsel sorunları. *Türk Hemşireler Dergisi*, 39 : 34-36.
-Türk Tabipler Birliği (TTB) (2000). Türkiye Sağlık İstatistikleri, Ankara.

Üstkan H (1990). Adölesan hastaların hastalığa, hastaneye gösterdiği tepkiler ve bu tepkileri etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 4-22.