

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ FARABI
HASTANESİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ALTI GEBELİK OLGULARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Elif Karabayır

TRABZON - 2023

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ FARABI
HASTANESİNE BAŞVURAN 18 YAŞ ALTI GEBELİK OLGULARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Elif Karabayır

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Güven Seçkin KIRCI

TRABZON - 2023

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince tüm cömertlikleriyle paylaştıkları mesleki bilgi ve tecrübeleri, iyi niyetleri, sabırları ve her daim uzattıkları yardım eli için minnettar kalacağım çok değerli hocalarım Prof. Dr. Erdal ÖZER'e ve Dr. Öğr. Üyesi Güven Seçkin KIRCI'ya, tez çalışmama yaptığı bilimsel katkı, önerileri ve manevi desteği, her daim olumlu yaklaşımı ve nezaketi için kendisini tanımaktan onur duyduğum adli tıp camiasının çok kıymetli akademisyeni Dr. Öğr. Üyesi Halil İlhan AYDOĞDU'ya

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm mesai arkadaşlarıma ve bugünlere gelebilmemin tek mimarı, yaşama sebebim Hesnacığıma

Teşekkür Ederim.

Dr. Elif KARABAYIR

ÖZET

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesine Başvuran 18 Yaş Altı Gebelik Olgularının Değerlendirilmesi

Giriş ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 10-19 yaş aralığı olarak belirlenen adölesan dönemde görülen gebelikler; ülkemizde ve dünyada önemli bir sağlık sorunu yaratmaktadır. Adölesan gebeler; evrensel sözleşmelerle 18 yaş altı tüm bireylerin çocuk kabul edildiği bir dünyada gebe kalan ve doğum yapan bir çocuk nüfusu temsil etmektedir. Adölesan gebelikler; artmış obstetrik komplikasyonlar nedeniyle yüksek riskli gebeliklerdir ve kız çocuklarında önde gelen mortalite ve morbidite sebebidir. Adölesan gebeliklerin toplumlarda yaygın bir uygulama olan çocuk evliliklerin doğal bir sonucu olması ise, bir insan hakları ihlali olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır. Tüm dünyayı ilgilendiren ciddi bir halk sağlığı ve insan hakları sorunu olan çocukluk çağı gebelikleri ve evlilikleriyle küresel mücadele edebilmek için öncelikle gerekli olan toplumsal farkındalığın oluşturulması ve tıbbi, sosyal ve yasal tüm yönleriyle tartışılması gerekmektedir.

Çalışmamızda hastanemize başvuran 18 yaş altı gebeliklerin karakteristiklerini; yaş, gebelik özellikleri (gravida, parite, düşük, küretaj, yaşayan çocuk), gebelik yaşı, hastaneye başvuru şekli gibi sosyodemografik ve tıbbi özellikleri üzerinden değerlendirerek adölesan gebelikler açısından bölgemiz profiline ulaşmak, bölgemiz özelliklerini literatür ile karşılaştırarak mevcut olabilecek farklılıkları ortaya koyabilmek, reşit olmayan bu annelerin durumunu çocuk hakları çerçevesinde tanımlayabilmek ve ortaya konulacak çıktılar ile konunun değişik açılardan tartışılabilmesi, toplumsal farkındalık, duyarlılık artışı ve literatüre katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

Materyal ve Method: Çalışmamız Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi'nde yürütülmüş olup, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı ve Acil Tıp Ana Bilim Dalı polikliniklerine 01.01.2015-31.12.2021 tarihleri arasındaki 7 yıllık süreçte başvuran/getirilen 18 yaş altı tüm gebeler dahil edilmiştir. Araştırmamız kesitsel tanımlayıcı nitelikte olup; çalışma kapsamına alınan 18 yaş altı 162 gebe olguya ait tıbbi kayıtların, hastane bilgi sistemi üzerinden

retrospektif olarak incelenmesi ile yapılmıştır. İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı. Gruplarda oranlar Ki Kare testi ile karşılaştırıldı. Alfa anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza dahil olan adölesan gebeler; maternal yaş, medeni durum, hastaneye kabul şekli (adli / tıbbi olgu), gebelik haftası, gravida, parite, annenin tıbbi geçmişi, önceki doğurganlık öyküsü, obstetrik komplikasyonlar ve gebeliğin sonuçlanma şekli (normal vajinal yolla doğum, sezaryen, komplet abortus, küretaj) yönünden değerlendirildi. Adölesan gebelerin ilk hastane başvurusunda en küçük gebe yaşının 14 olduğu tespit edilmiş olup, örneklemin yaş ortalaması $16,9 \pm 0,9$ olarak hesaplanmıştır. 82 (%50,6) olgunun medeni durumu ile ilgili herhangi bir bilginin kayıt edilmediği görülmüştür. Medeni durum bilgisine ulaşılan 80 olgudan 52'sinin (%32,5) resmi nikahlı olduğu, 28'inin (%17,3) bekar olduğu görülmüştür. İmam nikahlı olduğu şeklinde bilgi düşülen olgular da bekar olarak çalışmaya dahil edildi. Olguları yasada belirtildiği şekliyle ele aldığımızda; 17 yaş altı ($n=46$) 12 gebenin (%42,7) evli olarak kayıt edildiği görüldü.

Yapılan incelemede; adli olgu bildirimini yapılan adölesan gebe sayısının 45 (%27,8) olduğu, 116 (%71,6) olgunun tıbbi başvuru olarak kayıtlara geçtiği tespit edildi. 17 yaş altı 13 gebenin (%28,3) ise adli olgu olduğuna dair herhangi bir bilgi girişi olmadığını gördük. Adölesan gebelerin en sık (%37,5), gebeliğin ikinci trimesterinde başvurduğu görüldü. Maternal ve fetal komplikasyonlar açısından değerlendirdiğimizde; gebenin yaşı arttıkça maternal komplikasyon oranında gözlenen artış, istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,023$). Gebeliklerin sonuçlanma şekillerine bakıldığında; 17 yaş altı gebeliklerin %50 oranla en sık küretaj ile sonlandırıldığı, küretaj uygulamasındaki en sık sebebin ise, gebeliğin yasal olarak sonlandırılması yönündeki mahkeme kararları olduğu görüldü.

Sonuç: Adölesan gebelikler; yol açtığı obstetrik komplikasyon ve ölümcül sonuçları ile yüksek riskli gebelik olarak kabul edilmektedir. Adölesan çağda gebelik; kız çocuğu üzerinde oluşturabileceği bedensel, zihinsel ve ruhsal travma nedeniyle ciddi bir halk sağlığı sorunu olmasının yanı sıra, çocuğun eğitim ve sosyal hayata erişiminde potansiyel bir engel olduğu için bir çocuk hakları ihlali konusudur.

Çalışmamızda resmi nikahı olduğuna dair herhangi bir bilgi girilmeyen adölesan gebeler için adli olgu bildirimini yapılmasında eksiklikler olduğu tespit edildi. Adölesan

gebelikler, kişi ve toplum üzerinde yol açtığı olumsuz etkilerin suç teşkil etmesi yönüyle de adli açıdan değerdendirilmesi gereken bir konudur. Adölesan dönemde gebelik saptanması durumunda adli makamlara bildirim yapılması sağlık personelinin adli görevi niteliğindedir. Adli olgunun bildirimi sorumluluğunu yerine getirmemesi durumunda cezai müeyyide uygulanacağı konusunda sağlık çalışanı bilgilendirilmeli ve farkındalığı sağlanmalıdır.

Adölesan gebeliğe zemin hazırlayan ve kolaylaştıran her türlü faktörün engellenmesi için; uygulanabilir ve etkili sosyal, hukuki ve ekonomik politikalar geliştirilmelidir. Ayrıca kararlı denetim mekanizmaları ve cezai yaptırımlarla da bu politikaların desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan Gebelik, Çocuk Yaşta Evlilik, Medeni Kanun, Adli Tıp.

SUMMARY

Evaluation of Pregnancy Cases Under the Age Of 18 Who Have Consultated To Obstetrics and Gynecology Department Outpatient Clinics of Karadeniz Teknik Üniversitesi Faculty of Medicine

Introduction and Objective: According to the World Health Organization, adolescent pregnancies, which are defined as the age range of 10-19 years, create an important health problem in our country and in the world. Adolescent pregnancies represent a population of children who become pregnant and give birth in a world where all individuals under the age of 18 are considered children by universal conventions. Adolescent pregnancies are high-risk pregnancies due to increased obstetric complications and are the leading cause of mortality and morbidity in girls. The fact that adolescent pregnancies are a natural consequence of child marriage, which is a common practice in societies, reveals the fact that it is a violation of human rights. In order to combat childhood pregnancies and marriages globally, which is a serious public health and human rights problem that concerns the whole world, it is necessary to create the necessary social awareness and discuss all medical, social and legal aspects.

In our study, we evaluated the characteristics of pregnancies under 18 years of age admitted to our hospital; To reach the profile of our region in terms of adolescent pregnancies by evaluating the characteristics of pregnancies under the age of 18 admitted to our hospital through sociodemographic and medical characteristics such as age, pregnancy characteristics (gravida, parity, miscarriage, curettage, living child), gestational age, mode of presentation to the hospital, to reveal the differences that may exist by comparing the characteristics of our region with the literature, to define the situation of these underage mothers within the framework of children's rights, to discuss the issue from different angles with the outputs to be revealed, to increase social awareness and sensitivity and to contribute to the literature.

Material and Method: Our study was conducted at Karadeniz Technical University Faculty of Medicine Farabi Hospital and included all pregnant women

under the age of 18 years who were admitted to the outpatient clinics of the Department of Obstetrics and Gynecology and the Department of Emergency Medicine in the 7-year period between 01.01.2015-31.12.2021. Our cross-sectional descriptive study was conducted by retrospectively analyzing the medical records of 162 pregnant women under the age of 18 years through the hospital information system. SPSS 15.0 for Windows program was used for statistical analysis. The proportions in the groups were compared with the chi-square test. Alpha significance level was accepted as $p<0.05$

Results: Adolescent pregnant women included in our study were evaluated in terms of maternal age, marital status, type of hospital admission (forensic/medical case), gestational week, gravida, parity, maternal medical history, previous fertility history, obstetric complications and mode of pregnancy outcome (NVYD, C/S, complete abortion, curettage). The youngest age of the adolescent pregnant women at the first hospital admission was 14 years and the mean age of the sample was calculated as 16.9 ± 0.9 years. In 82 (50.6%) cases, no information about marital status was recorded. Of the 80 cases for whom marital status information was obtained, 52 (34.5%) were legally married and 28 (17.5%) were single. When we considered the cases as stated in the law, it was observed that 12 pregnant women (42.7%) under the age of 17 ($n=46$) were registered as married.

In the examination, it was determined that the number of adolescent pregnant women who were reported as forensic cases was 45 (28.0%) and 116 (72.0%) cases were recorded as medical admissions. 13 pregnant women under 17 years of age (28.3%) were not recorded as forensic cases. Adolescent pregnant women were most frequently (37.5%) admitted in the second trimester of pregnancy. In terms of maternal and fetal complications, the increase in the rate of maternal complications as age increased, was statistically significant ($p=0.023$). When we analyzed the termination methods of pregnancies, it was seen that pregnancies under 17 years of age were most frequently terminated by curettage with a rate of 50%, and the most common reason for curettage was court decisions for legal termination of pregnancy.

Conclusion: Adolescent pregnancies are considered high-risk pregnancies due to their obstetric complications and fatal outcomes. Adolescent pregnancy is not only a serious public health problem due to the physical, mental and psychological trauma

it may cause to the girl child, but also a violation of children's rights as it is a potential barrier to the child's access to education and social life.

In our study, we found that there were deficiencies in the reporting of forensic cases for adolescent pregnancies in which no information on civil marriage was entered. Adolescent pregnancies are an issue that should be evaluated forensically in terms of criminalization of the negative effects they cause on the individual and society. Notification to the judicial authorities in case of pregnancy in adolescence is a judicial duty of health personnel. Healthcare workers should be informed and made aware of the fact that criminal sanctions will be imposed if they fail to fulfill their responsibility to report the forensic case.

Applicable and effective social, legal and economic policies should be developed to prevent all kinds of factors that predispose and facilitate adolescent pregnancy. In addition, these policies should be supported by decisive control mechanisms and penal sanctions.

Key Words: Adolescent Pregnancy, Child Marriage, Civil Code, Forensic Medicine

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖNSÖZ	I
ÖZET.....	II
SUMMARY	III
İÇİNDEKİLER	IV
KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
TABLOLAR DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	23
2.1.Adölesan Dönem	23
2.1.1.Tanımı ve sınıflandırması.....	23
2.1.2.Genel Özellikleri.....	23
2.1.3.Adölesan Demografisi.....	27
2.2.Adölesan Gebelik.....	30
2.2.1.Tanımı	30
2.2.2.Genel Özellikleri ve Demografisi.....	8
2.2.3.Yasal Boyutu.....	8
2.3.Çocuk Yaşta Evlilik	
2.3.1.Tanımı	
2.3.2.Genel Özellikleri ve Demografisi	
2.3.3.Yasalar Çerçevesinde Değerlendirilmesi	
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Araştırma Grubu.....	23
3.3. Çalışmanın Yapısı	23
3.4. Örneklem	23
3.5. Veri Toplama Araçları.....	24

3.6. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	24
3.7. İstatistiksel Analiz, Değerlendirme Yöntem ve Biçimleri	24
3.8. Çalışmanın Kısıtlılıkları	24
3.9. Etik Konular	25
4.BULGULAR	26
5.TARTIŞMA	47
6.SONUÇ.....	61
7.KAYNAKLAR	64
8.EKLER.....	76
Ek 1: Etik Kurul Onay Belgesi.....	76
Ek 2: Akademik Çalışma Onayı	79

KISALTMALAR DİZİNİ

TDK	: Türk Dil Kurumu
BM	: Birleşmiş Milletler
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
UNFPA	: Sağlık Araştırması Nüfus Fonu
UNIGME	: Birleşmiş Milletler Kuruluşlar Arası Çocuk Ölümleri Tahmin Grubu
ADNKS	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TMK	: Türk Medeni Kanunu
ÇYEZE	: Çocuk Yaşta Erken ve Zorla Evlilik
ÇKK	: Çocuk Koruma Kanunu
DDA	:Düşük Doğum Ağırlığı

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Yaş'a Göre Medeni Durum.....	59
Tablo 2. Adli Olgı Bildirim Yapılan Olgular	60
Tablo 3. Medeni Duruma Göre Adli Provizyon.....	60
Tablo 4. Mevcut Gebeliğ'in Özellikleri.....	61
Tablo 5. Obstetrik Öykü ve Önceki Gebelikler.....	62
Tablo 6. Tıbbi Öykü.....	62
Tablo 7. Mevcut Gebeliğ'e Bağlı Maternal Komplikasyonlar.....	63
Tablo 8. Mevcut Gebeliğ'e Bağlı Fetal Komplikasyonlar.....	63
Tablo 9. Yaş'a Göre Maternal ve Fetal Komplikasyonlar.....	64
Tablo 10. Doğum Şekli.....	64
Tablo 11. Yaş'a Göre Medeni Durum, Adli Bildirim, Maternal-Fetal Komplikasyonlar.....	
Tablo 12. Başvuru Sırasındaki Yaş, Gebelik Haftası ve Önceki Gebelik Öyküsü Açısından Değerlendirme.....	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Çocuk nüfus oranının AB üye ülkeleri ile karşılaştırması, 2022.....	21
Şekil 2. Genç nüfus oranının AB üye ülkeleri ile karşılaştırması, 2022.....	22
Şekil 3. 2000-2021 yılları arasında 15-19 yaş arası kız çocukları için küresel ergen doğum oranı tahminleri.....	27
Şekil 4. 2000-2021 yılları arasında 10-14 yaş arası kız çocukları için küresel ergen doğum oranı tahminleri.....	27
Şekil 5. Cinsiyete göre çocuk evlenmelerinin toplam evlenmeler içindeki oranı, 2002-2022.....	32
Şekil 6. Cinsiyete göre ortalama ilk evlenme yaşı, 2001-2022.....	32
Şekil 7. 18 Yaşından Önce Evlenmiş 20-24 yaş arası Kadınların Oranı.....	34

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Adölesan (ergen) terimi, çocukluk ile erişkinlik arasındaki geçiş dönemini yaşayan bireyi ifade eder ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bu dönem, 10 ila 19 yaşları arasındaki yaşam evresine karşılık gelir(1)

Dünya genç nüfus oranının en yüksek rakamlarına ulaştığı günümüzde dünya nüfusunun altıda birini, sayıları 1,2 milyarı bulan 10-19 yaş arası adölesan toplum oluşturmaktadır. Bu sayının, ergen nüfusun yüzde doksanının yaşadığı düşük ve orta gelirli ülkelerde önümüzdeki 30 yıl boyunca daha da artması beklenmektedir. Adölesan dönemdeki birey; yaşadığı hızlı fiziksel, bilişsel ve psikososyal büyümenin yanı sıra, çevresindeki dünyayla etkileşime girmekte ve dolayısıyla bir dizi sağlık riskiyle karşı karşıya kalmaktadır(1).

Çoğu önlenebilir veya tedavi edilebilir nedenlere bağlı olarak sadece bir yılda tahminen 1 milyon civarı ergenin öldüğünü bildiren UN-IGME'nin (Birleşmiş Milletler Kuruluşlar Arası Çocuk Ölümleri Tahmini Grubu) 2022 tarihli raporuna göre; 2021 yılında 5-24 yaş arası 2,1 milyon çocuk ve gencin hayatını kaybettiği, bu ölümlerin yüzde 43'ünün 10-19 yaşları arasındaki ergenlik döneminde meydana geldiği, bu yaş grubunda erkek ergenlerde en sık görülen ölüm nedenlerinin, kasıtlı veya kazara meydana gelen yaralanmalar olduğu belirtilmektedir(2). Adölesanlarda mortalite ve morbidite nedenleri; cinsiyete, yaşa ve coğrafi bölgeye göre farklılık gösterir. Ergen kız çocukları için tüm dünyada ölümün en sık nedenleri olarak hamilelikle alakalı komplikasyonlar ve sağlıksız koşullarda yapılan kürtajlar karşımıza çıkmaktadır. Gebelik ve sağlıksız kürtaja bağlı komplikasyonlar, 15-19 yaş grubu genç kızlarda hem ölümlerin hem de morbidite ve hayat boyu taşıyacağı sağlık sorunlarının en sık sebebidir(1)

10-19 yaşları arasındaki kız çocuklarında görülen gebelikler, DSÖ tarafından “Adolesan Gebelik” olarak tanımlanır(3). 10-19 yaş aralığındaki ergen annelerde; 20-24 yaş arası kadınlara göre eklampsi, lohusalık endometriti ve sistemik enfeksiyon riski, bebeklerinde ise düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve ciddi neonatal dönem problemleri daha yüksek oranda görüldüğü için bu dönem gebelikleri, “riskli gebelik” olarak tanımlanmaktadır(4).

Adölesan gebeliklerin neredeyse tamamı düşük ve orta gelirli ülkelerde görüldüğü, dünya çapındaki tüm doğumların yalnızca %11'ini oluşturmalarına rağmen, gebelik ve doğumdan kaynaklanan hastalık yükünün %23'ünü oluşturduğu bildirilmektedir(5), (6)

Adölesan gebelikler özellikle sosyoekonomik açıdan dezavantajlı, eğitim ve iş fırsatlarının yokluğuyla karakterize toplumlarda karşılaşılan bir uygulama olmakla beraber, ciddi sağlık ekonomik ve sosyal sonuçlarıyla her gelişmişlik ve gelir düzeyindeki ülkede görülebilen küresel bir problemdir. Son yirmi yıl içinde küresel olarak azalan adölesan doğum oranları 2023'te 15-19 yaş için 41,3 doğuma düşmüştür. Tüm dünyada kaydedilen bu gelişmeye rağmen, Sahra Altı Afrika ve Latin Amerika hala en yüksek adölesan gebelik oranlarını korumaktadır. Avrupa ve Kuzey Amerika ise dünya üzerindeki en düşük ergen doğum oranlarına sahip bölgelerdir(7).

2015-2021 yılları arasındaki dünya üzerindeki tüm ergen kızların ve genç kadınların 18 yaşından önce doğum yapma oranlarının yüzde 14 seviyelerinde olduğu tahmin edilmektedir. Yaşadıkları bölge, ülke ya da yerleşim alanlarına gelir ve eğitim düzeyleri gibi birçok değişkene bağlı olarak adölesan doğum hızları değişmekle birlikte en yoğun oranda görüldüğü Sahra Altı coğrafyasındaki tüm kadınlar için bu oranın %25 olduğu belirtilmektedir. Bu oran; bölgedeki her dört kadından birinin 18 yaşından önce doğum yaptığı anlamına gelmektedir(8)

Uluslararası birçok kuruluşla ergen kızlardaki ilk doğumların azaltılmasına yönelik küresel çapta verilen mücadeleye rağmen istenilen hızda bir geri dönüşün alınamadığı ve oranlardaki azalmanın çok yavaş ilerlediği, bu durumun ise tüm dünya genelinde çocuk evlilikleri ve çocuk cinsel istismarı yoluyla kız çocuklarında istenmeyen hamilelik riskinin devam etmesine yol açtığı belirtilmektedir. Kız çocuklarının doğum kontrol yöntemi bilgisi edinme ve kullanıma erişiminin dünya genelinde birçok yerde engelleniyor olması bu çocukların bu gebeliklerden korunmasını olanaksız hale getirmektedir(4).

Her yıl tahminen 15-19 yaş arası 21 milyon kız çocuğu hamile kalmaktadır. Dünya üzerinde adölesan gebeliğin en yüksek oranlarda görüldüğü düşük ve orta gelirli ülkelerde, bu gebelikler sonucunda 12 milyon doğumun gerçekleştiği belirtilmektedir. Hamileliklerin %50'sinin istenmeyen gebelik olarak kayda geçtiği, istenmeyen gebeliklerin ise %55'inin sağlıksız koşullardaki kürtaj işlemleriyle

sonlandırıldığı belirtilmektedir. Bu bölgelerde her yıl tahminen 27 bin ergen kadının, sağlıksız kürtaj ve gebelik komplikasyonları nedeniyle hayatını kaybettiği bildirilmiştir(9)

Adölesan gebelikler; artmış obstetrik komplikasyon riskleri nedeniyle ciddi bir halk sağlığı problemi olmasının yanında, sosyal, ekonomik, eğitim ve yasal boyutlarıyla da mücadele edilmesi gereken önemli bir sorundur(10).

Adölesan gebeliklerin dünya üzerinde bölgesel olarak yaygınlığı değiştiği gibi, meydana gelmesinde etkili faktörler de değişmektedir. Gelişmiş ülkelerde temel sebep; evlilik dışı yaşanan cinsel deneyim ve bunun sonucunda meydana gelen istem dışı gebelikler iken, gelişmekte olan ülkelere ise kültürel yapı, gelenekler ve inanç türleriyle ilişkili olarak erken yaşta/çocuk yaşta evliliklerin sonucunda görülen erken gebeliklerdir (11).

Türkiye’de adölesan gebelik nedenleri de yine sıklıkla, gelişmekte olan ülkelerdeki faktörlere benzer nedenlerle gerçekleşen çocuk yaşta evliliklerin sonucu olarak meydana gelmesidir (12)

Çocuk evliliği / çocuk yaşta evlilik; taraflardan en az birinin 18 yaşın altında olduğu evlilik veya birliktelik olarak tanımlanmaktadır(13).

Dünya geneline bakıldığında çocuk evliliklerinin de etkeni olduğu adölesan gebelikleri gibi en yüksek oranda, gelişmekte olan ülkelere olduğu görülmektedir (14).

Bugün dünya çapında yaklaşık 650 milyon kadını etkilediği ve her yıl yaklaşık 12 milyon kız çocuğunun 18 yaşını doldurmadan evlendirildiği bildirilmektedir. Kız çocuklarının yaşamını, refahını ve geleceğini tehdit eden temel bir insan hakları ihlali olan çocuk evlilikleri çoğu ülkede, ulusal ve uluslararası tüzük ve sözleşmeler uyarınca yasaklanmıştır (15). Bu sözleşmeler gereğince genç kızların çocuk yaşta evlendirilmekten ve doğum yapmaktan korunması dünya genelinde de güvence altına alınmıştır. Bununla birlikte, kızların reşit olmadan evlenmelerine izin veren yasal boşluklar da (ebeveyn izni, dini/geleneksel hukuk, hamilelik veya mahkeme onayı gibi) mevcuttur (15).

Ülkemizde ise, evlilik için alt sınırı 16 yaşa kadar indirgeyerek uygulamada çocuk yaşta evliliğin önünü açan yasal düzenlemeler mevcuttur (16)

Çocuk yaşıta evliliklerin yaygınlığının hızla azalması ve son on yılda büyük ilerleme kaydedilmesine rağmen; sosyokültürel normlar, geleneksel veya dini yasalar, ülkelerin ekonomik yapıları ve yasal boşluklar gibi birçok faktörün de etkileşimi nedeniyle çocuk evliliği ve adölesan gebeliklerinin hala dünyada yaygın bir uygulama olduğu görülmektedir. Çocuk evliliklerinin sona erdirilmesi için küresel çaptaki mücadelede önemli bir hızlanma olmazsa, 2030 yılına kadar 100 milyondan fazla kız çocuğunun daha 18 yaşını görmeden evleneceği öngörülmektedir (17)

Çalışmamızda; resmi ya da gayri resmi birliktelikler sonucu gebe kalan kız çocuklarının durumunu, “çocuğun üstün yararı gözetilerek” tıbbi, sosyal, ekonomik ve yasal hakları çerçevesinde bölgemiz nezdinde tanımlayabilmek, ortaya konulacak çıktılar ile konunun değişik açılardan tartışılabilmesi, toplumsal farkındalık ve duyarlılık artışı ile literatüre katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönem

2.1.1. Tanımı ve Sınıflandırılması

Adölesan (Ergen) kelimesi; "erişkinliğe doğru büyümek, gelişmek" anlamına gelen Latince adolescere fiilinden köken alır(18). TDK (Türk Dil Kurumu) sözlüğünde ergen kelimesine karşılık olarak; döl verebilecek duruma gelmiş, akil baliğ ifadesi kullanılırken, diğer bir tanımlamada ise henüz evlenmemiş, bekâr ifadesine yer verilmiştir. Ergenlik ise; cinsel organlarda gelişmeyle başlayan bluğa erme ile yetişkinlik arasındaki dönem olarak tanımlanmaktadır(19).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ergenliği, 10 ila 19 yaşları arası çocukluk ve yetişkinlik arasındaki bir yaşam fazı olarak tanımlamaktadır. İnsan hayatının bu benzersiz aşamasında fiziksel, bilişsel, psikososyal büyüme ve gelişim yaşanırken, bir yandan da gelecekteki sağlıklı bir yaşam için temeller atılmaktadır (1)

DSÖ 15-24 yaş arası dönemi “Gençlik”, 10-24 yaş arasını ise “Genç İnsanlar” kavramlarıyla nitelendirmektedir. 10-24 yaş aralığındaki genç insanları, 10-14 yaş aralığı için erken ergenlik, 15-19 yaş aralığı için geç ergenlik ve 20-24 yaş aralığı için genç yetişkinlik şeklinde kategorilere ayırması, DSÖ’nün yaşa göre ayrıştırılmış sağlık verilerini bildirirken yaygın bir uygulaması olarak karşımıza çıkmaktadır(20).

2.1.2. Genel Özellikleri

Ergenlik evresinde birey; biyopsikososyal gelişim sürecine eşlik eden nöroendokrin uyarı ve hormon konsantrasyonlarındaki değişimler sayesinde üreme yeteneği de kazanacaktır(21). Süreç, ergenin tüm bu değişimler sonucunda yetişkin kimliği ve tutumu kazanması ile tamamlanır.

Ergenlik sürecinde; puberteye özgü olaylar zinciri belli bir sıraya göre ilerler, ancak başlama zamanı ve sonlanması bireyler arasında oldukça değişkenlik gösterir. Olaylar kronolojik ilerler ve bireyin bağımsızlığını, kimliğini ve sosyal üretkenliğini kazanması ile çok da belirgin olmayan bir zamanda sona erer. Bu açılarından ergenlik,

insan gelişim dönemleri içinde toplumsal etkilerin bireyi, en derinden etkilediği dönemdir (22), (23) (24).

Pubertenin başlangıcı cinsiyet hormonlarının her iki cinsiyette de salgılanması ve buna bağlı olarak cinsel gelişme bulgularının belirmesi ile olmaktadır. Ergenlik döneminde bireyde meydana gelen en önemli biyolojik değişiklikler; iskelet gelişimi ve boy uzamasında sıçrama ile sürecin sonunda nihai boya ulaşma, vücut yağ dağılımının değişimi ve erkeklerde sperm yapımının, kızlarda ise yumurtlamanın başlamasıdır. Bu dönemin en tipik özelliği sekonder cinsiyet karakterlerindeki belirginleşmedir. Nöroendokrin uyarıyla östrojen ve androjen salgılanması sonucu, hem kız hem de oğlan çocuklarının üreme potansiyeli kazandıkları dönemdir. İkincil cinsiyet özelliklerinin ortaya çıktığı, cinsel üreme ve olgunlaşmanın elde edildiği pubertenin; kızlarda 8-13 yaş, erkeklerde 9-14 yaşları arasında başladığı ve ortalama 4,5 yılda tamamlandığı, yine kız çocuklarında adölesan dönem başlangıcı ve sonlanmasının erkeklerden ortalama olarak iki yıl önce gerçekleştiği kabul edilmektedir (25) (26).

Hormonal değişiklikler ile kız çocuklarında iç ve dış cinsel organlarda değişimler ve meme gelişimi ortaya çıkar. Bu dönemde vajen pH'nın bazik olması nedeni ile iç genital organlarda enfeksiyonlara duyarlılık fazladır. Kız çocuklarında yumurtlamanın başlaması ve ilk adetlerini (menarş) görmeleri ile doğurganlık dönemi başlar(27) Kız çocuklarında menarş yaşının; ırksal, genetik, beslenme, fiziksel aktivite ve çocukluk dönemindeki kilo alımı gibi pek çok faktörden etkilendiği, dünya genelinde menarş görülme yaşının 10-16 yaşları arasına denk geldiği, ortalamasının ise 13 yaş civarı olduğu belirtilmektedir (28)

Ülkemizde yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada ise; kızlarda ortalama menarş yaşı ortalaması 12,3 olarak bulunmuştur (30). Kız çocuklarının ilk adetlerini görmeleri ile doğurganlığın başlamış olması; gebeliğin, doğumun ve postpartum dönemin sağlıklı ve güvenli bir şekilde ilerleyeceği anlamına gelmemektedir (27).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun (UNFPA) hazırlanmış olduğu Çocuk Yaşta, Erken ve Zorla Evliliklerin (ÇYEZE) Önlenmesi Rehberine göre adölesan dönem, biyopsikososyal değişimler açısından üç evrede incelenebilir:

Erken Ergenlik (10-14 Yaş): Erken evre; boy, vücut ağırlık artışı, organlarda gelişme ile bedensel gelişimin yaşandığı, yetişkin cinsiyet özelliklerinin kazanıldığı,

bilişsel gelişmenin olduğu fazdır. En belirgin özelliği; puberteyle birlikte ortaya çıkan biyolojik değişikliklerle uyum ve baş etme çabalarıdır. Ergen; vücut görüntüsünde ve cinsel karakterindeki gelişim ve değişimi endişe duyulabilir. Beden imgesi değişikçe kendisini, bir kız ya da erkek cinsel kimliği ile algılamaya başlar. Yaşıtlarından kolayca etkilenilir, risk algısı düşük olan ergenin kolaylıkla tehlikeli davranışlarda bulunabileceği belirtilmektedir.

Orta Ergenlik (15-18 yaş): Bedensel gelişim büyük ölçüde tamamlanmıştır, pubertal gelişim yavaşlar ve ruhsal gelişim daha yoğundur. Soyut düşünme hakimdir. Karşı cinsle ilişkiler artar, cinsel kimlik gelişimi ilerler. Bu evrede ruhsal gelişimsel sorunların çözülmesine odaklanır. Sosyalleşmek ve idealleri önemli hale gelir. Aileden ayrılma ile özerklik süreci bu dönemdedir. Bağımsızlaşma isteği öne çıkar.

Geç Ergenlik (19-20'li yaşlar): Bu evrede, kimlik gelişiminin tamamlanmıştır. Meslek seçmek, yaşam biçimini belirlemek, karşı cinsle sevgiye dayalı ilişkiler kurmak, siyasi, felsefi, dini görüşler geliştirebilmek, bir gruba ait olabilmek, kendine ait bir değer sistemi edinmek kimliğin kazanılmasında gerekli unsurlardır. Bu dönemin sorunlarından biri kimlik kargaşasıdır ve sıklıkla çeşitli psikiyatrik belirtilerin oluşmasına yol açar (31,20).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Ergen/Genç İzlemleri Protokolleri de ergenlik dönemi yaş aralıklarını, erken ergenlik (10-14 yaş), orta ergenlik (15-18 yaş) ve geç ergenlik (19-21yaş) olarak sınıflandırmaktadır (32).

Ergenliğin biyolojik değişiklikleri evrenseldir ancak; tarihsel akış içinde, ait oldukları toplumlar ve kültürleri arasında ve ergenlerin kendi arasında farklılıklar görülmektedir. Bununla birlikte ergenliğin, biyopsikososyal gelişim ve üreme işlevinin aktifleşmesi sonucunda, yetişkin kimliği ve cinsel olgunlaşmayla tamamlanan bir dönem olarak insan hayatında çok temel bir aşama olduğu konusunda toplumlar arasında ortak bir fikir birliği vardır. Ergenliğin her evresi, çevreyle etkileşim halinde biçimlenmektedir (33).

Ergenlik süreci için pek çok değişik sınıflama yapılsa da ergene yönelik algının ve ergen sağlığı adına her türlü çalışmanın, esas olarak yaşamın ikinci on yılına odaklandığı görülmektedir. Ergenlik kavramındaki bu karışıklığın nedeni, bireyin hala çocuk kabul edildiği ve bağımlılığı çağrıştırdığı, diğer taraftan ise dönemine uygun şekilde bağımsızlık sinyalleri vermesidir. Ergen büyümeye devam ederken giderek

artan derecelerde sorumluluk alıyor olsa da hala bir yetişkinden daha fazla korunmaya ihtiyaı olan bir organizmadır (34,20).

Davranışları düzenleyen beynin n bölümünün gelişimi 20’li yaşların başlarına kadar devam ettiği ve nörobilişsel olgunlaşmanın 20 yaşından sonra da devam ettiği düşünülerek, ergenliğin tamamlanmasının 24 yaşına kadar sürdüğünü savunan araştırmalar da vardır. Her ne kadar günümüzde ergenlere yönelik küresel sağlık politikalarının 10-19 yaş aralığına odaklandığı kabul edilse de nörolojik gelişimin devam ediyor olması nedeniyle, 10-24 yaş aralığının ergenlerin gelişimi ile daha uyumlu olduğu, bu genişletilmiş ve daha kapsayıcı ergenlik tanımı ile, yasaların, sosyal politikaların ve hizmet yatırımlarının daha iyi kullanılabileceği görüşü de yaygındır (34,20). Birey, ileriki yaşamında sağlığı ve esenliği için temel oluşturacak fiziksel, bilişsel, duygusal, sosyal ve ekonomik kaynakları ergenlik döneminde edinir. Bu kaynaklar geleceğin sağlıklı toplumlarına giden yolar için de araç vazifesi görür. Ergen hem fiziksel gelişimini, hem de cinsel ve toplumsal kimliğini kazanmaya çalışırken, bir duraksama ya da problem nedeniyle gelişimindeki bu evreyi sağlıklı bir şekilde tamamlayamaz ise ileride hem kendi hem de çevresi için birçok sorun ortaya çıkacaktır (35).

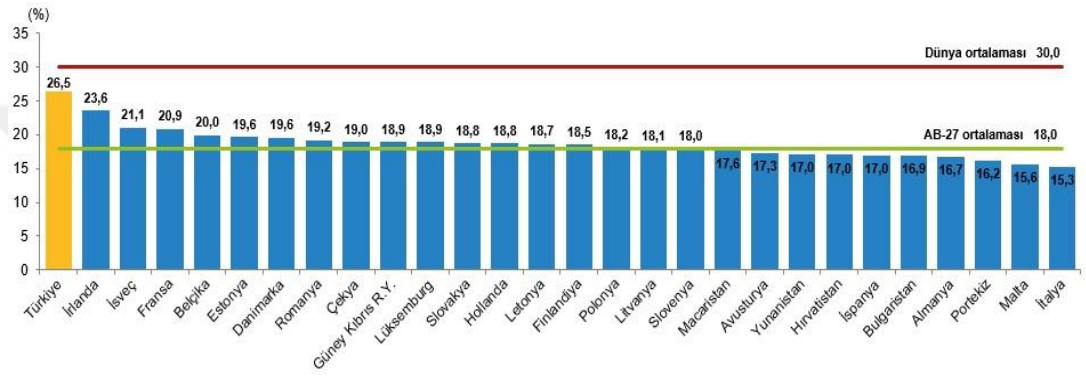
2.1.3. Adölesan Demografisi

DSÖ dünyanın, tarihindeki en büyük ge nüfus rakamına ulaştığını, 7,2 milyarlık dünya nüfusunun %42’sini (3 milyardan fazla) 25 yaş altı gelerin oluşturduğunu bildirmektedir. Bu gelerin yaklaşık 1,2 milyarlık kısmını (%16) 10-19 yaş arası ergenler oluşurmaktadır. Önümüzdeki 30 yıl daha ergen nüfusunun artmaya devam edeceği beklenmektedir. Yüksek doğurganlık oranlarının gözlendiği düşük ve orta gelirli ülkelerde ergenler nüfus yüksek gelirli ülkelerdeki ergen nüfus payına göre nüfusun çok daha büyük bir bölümünü oluştururlar (36,37).

TÜİK (Türkiye İstatistikleri Kurumu) Veri Portalı’ndan edinilen bilgiye göre; BM Dünya Nüfus Tahminleri ve TÜİK verileri 0-17 yaş ocuk nüfus oranları açısından birlikte değerlendirildiğinde; 2022 yılı itibari ile dünya 0-17 yaş ocuk nüfus oranı ortalaması %30,0, en yüksek ocuk nüfus oranına sahip lke Orta Afrika Cumhuriyeti (%55,8), en düşük ocuk nüfus oranına sahip ülke ise Kore Cumhuriyetidir (%14,2).

Türkiye 0-17 yaş nüfus oranının %26,5 ile dünya ortalamasının altında yer aldığı, çocuk nüfusun %51,3'ünü erkek ve %48,7'sini kız çocukların oluşturduğu bildirilmiştir. Avrupa Birliği üye ülkelerinin çocuk nüfus oranları ortalamasının 2022 yılı itibari ile %18,1 olduğu, üye ülkeler içerisinde %23,6 ile İrlanda'nın en yüksek çocuk nüfus oranına sahip olduğu, Türkiye'nin çocuk nüfus oranının %26,5 ile AB üye ülkelerinden daha yüksek olduğu bildirildi (38).

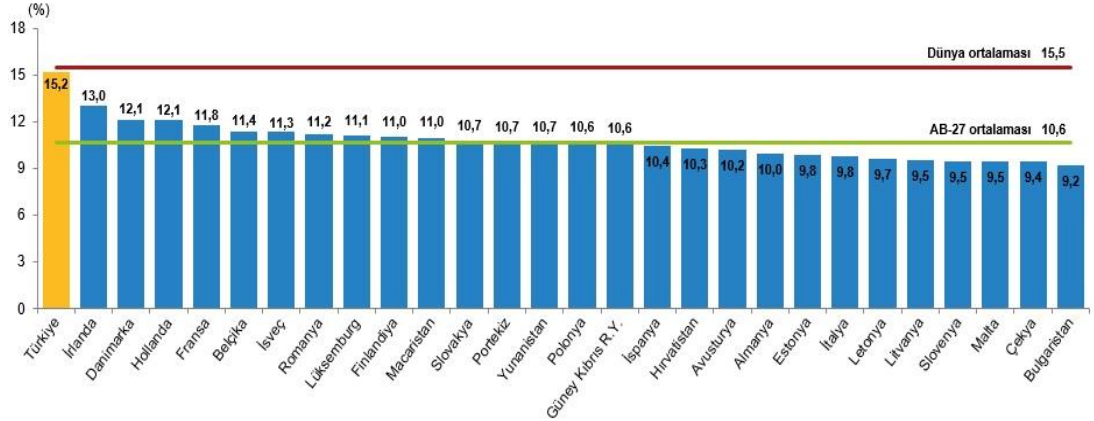
Şekil 1. Çocuk Nüfus Oranının AB Üye Ülkeleri İle Karşılaştırması, 2022



Kaynak: Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Beklentileri, 2022, TÜİK ADNKS (Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi)

TÜİK verilerine göre; Dünya 15-24 yaş genç nüfus oranı ortalamasının %15,5 olduğu, Türkiye genç nüfus oranının %15 ile dünya genç nüfus oranı ile çok benzer olduğu belirtilmektedir. En yüksek genç nüfus oranlarına sahip ülkelerin Suriye (%23,6) ve onu izleyen Orta Afrika Cumhuriyeti olduğu, Monako'nun ise %8,4 ile en düşük genç nüfus oranına sahip olduğu bildirilmiştir. AB üye ülkelerinin genç nüfus oranları incelendiğinde, 2022 yılında en yüksek genç nüfus oranına sahip olan ülkenin %13,0 ile İrlanda olduğu, Türkiye genç nüfus oranının %15,2 ile AB genç nüfus oranından daha yüksek olduğu bildirilmiştir (38).

Şekil 2. Genç Nüfus Oranının AB Üye Ülkeleri İle Karşılaştırması, 2022



Kaynak: Birleşmiş Milletler Dünya Nüfus Beklentileri, 2022, TÜİK ADNKS

TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) 2022 sonuçlarına göre; 15-24 yaş grubundaki genç nüfus oranının en yüksek olduğu ilin, Hakkari (%22,0), 0-17 yaş çocuk nüfus oranının en yüksek olduğu ilin ise Şanlıurfa (%44,9) olduğu bildirilmiştir (39).

10-24 yaş arası genç nüfusun tarihin en yüksek rakamlarına ulaşması ile ergen sağlığı dünya genelinde daha da önemli hale gelmiş, ülkelerin sağlık politikalarındaki ilgiyi de bu yöne doğru çekilmiştir (34).

Küresel sağlık hedeflerine ulaşabilmenin; ancak ergen sağlığı ve refahı alanlarında yapılacak çalışmalar ve yatırımlar yoluyla elde edilebileceğinin anlaşılmasıyla, son 25 yılda ergen sağlığının geliştirilmesine yönelik önemli adımlar atılmış ve birçok ülkede hastalık yükünde azalma gözlenmiştir. Diğer taraftan, adolesan sağlık profilleri açısından en kötü ülkelerdeki ergen nüfus artışının negatif yöndeki etkisi ile adolesan sağlığında istenilen ilerleme kaydedilememiştir (40).

Ergen; biyolojik, bilişsel ve sosyal olarak hızla büyürken, çevresindeki dünya ile de etkileşime girmekte ve dolayısıyla bir dizi sağlık riskiyle karşı karşıya kalmaktadır. DSÖ verilerine göre; 2021 yılında, çoğu önlenabilir veya tedavi edilebilir nedenlerle 10-24 yaş arası 1,5 milyondan fazla ergen ve genç yetişkin hayatını kaybetmiş, milyonlarca ergen de yaralanmış ya da hastalık yaşamıştır. Her gün hayatını kaybeden ergen sayısının ise yaklaşık 4500 olduğu belirtilmektedir (1).

Birleşmiş Milletler Kuruluşlar Arası Çocuk Ölümleri Tahmin Grubu'nun (UN-IGME) 2022 raporunda; tahmini 2,1 milyon 5-24 yaş arası çocuk ve gencin yalnızca 2021 yılında öldüğü, bu ölümlerin yüzde 43'ünün, 10-19 yaşları arasındaki ergenlik döneminde meydana geldiği bildirilmiştir (41).

Adolesanlarda mortalite ve morbidite nedenleri; cinsiyete, yaşa, ülkeye ve coğrafi bölgeye göre önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Dünya üzerinde genç nüfus ölümlerinin en fazla yaşandığı bölgenin Sahra Altı Afrika olduğu ve ölümlerin en çok 20-24 yaş arası erkek cinsiyetinde görüldüğü bildirilmektedir. Ergenler ve genç yetişkinler arasında önde gelen ölüm nedenleri; kazalara bağlı yaralanmalar (trafik kazaları ve boğulmalar dahil), şiddet, kendine zarar verme ve annelik koşulları olarak sınıflandırılmaktadır. Annelik koşulları olarak bilinen gebelik, doğumdan kaynaklanan komplikasyonlar ve güvenli olmayan kürtajların; genellikle az gelişmiş ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada, 15-19 yaşındaki kız çocukları arasında önde gelen ölüm nedeni olduğu, ergen anne morbiditesinde ve kalıcı sağlık sorunlarında önemli payı olduğu belirtilmektedir (42).

2.2. Adölesan Gebelik

2.2.1. Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü ergenliği 10 ila 19 yaşları arası dönem olarak tanımladığı için, 10-19 yaşları arasındaki kız çocuklarında görülen gebelikler de “adölesan gebelik” olarak tanımlanmaktadır. Ülkeler arası verileri karşılaştırırken bir standart sağlanabilmesi açısından genel olarak adölesan gebeliği, “doğum sırasında 15-19 yaş arasında olan kişinin” gebeliği olarak ele alınmaktadır. Adölesan annenin yaşı ise, bebeğin doğduğu andaki yaşı olarak tanımlanmaktadır. Doğum oranları ve gebelik oranları, belirli bir popülasyon için bin kadın üzerinden hesaplanır. Ülkeler arasındaki doğum ve gebelik oranlarını karşılaştıran istatistiklerde; “adölesan doğurganlık hızı” kavramı ile, 15-19 yaş grubundaki her bin kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısı ifade edilmektedir (43).

Adölesan anne tanımında evrensel bir görüş birliğine varılmamakla birlikte, 18 yaş ve altı gebelikler, adölesan gebelik olarak kabul edilmektedir. Yüzyılın başlarında; beklenen yaşam süresinin kısalığı, kadınlarda fertilité süresinin kısa olması ve stabil bir popölasyon yaratılabilmesi için adölesan gebelikler toplumlar tarafından doğru bulunup onaylanan bir durumken, yüzyılın sonlarına doğru toplum sağılığını tehdit eden bir kavram olarak görölmeye başlanmıştır (44).

Ergenlik çağında gebe kalma ve çocuk sahibi olma; yeterli fiziksel, bilişsel ve hormonal olgunluğa erişmemiş genç anne ve doğacak yavrusunun sağılığını tehdit eden komplikasyonlar nedeniyle, tüm dünyada önemli bir toplum sağılığı sorunu olarak kabul edilmektedir (45).

2.2.2. Genel Özellikleri ve Demografisi

Adölesan gebeliklerin yüzde doksan beşinin düşük ve orta gelirli ölkelerde göröldüğü, dünya çapındaki tüm doğumların yalnızca %11'ini oluşturmalarına rağmen, gebelik ve doğumdan kaynaklanan hastalık yükünün %23'ünü oluşturduğu bildirilmektedir (5, 6).

UNICEF verilerine göre; 2015-2021 yılları arasında küresel çapta, ergen kızların ve genç kadınların yaklaşık yüzde 14'ünün 18 yaşından önce doğum yaptığı bildirilmektedir. Ancak bu oran, genç kızın yaşadığı bölge, ölké, ölké içindeki konum (kırsal-kentsel) ve ergenlik çağındaki kız veya genç kadının gelir ve eğitim düzeyleri gibi bir dizi faktöre göre değişiklik göstermektedir (8).

2023'te küresel ergen doğurganlık oranı, 15-19 yaş yaştaki 1000 kadın başına 41,3 doğum olarak hesaplanmıştır (46). 2018 TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağılık Araştırması) raporuna göre, Türkiye'de tüm doğumların %3,5'ini, 15-19 yaş arası adölesan gebeler oluşturmaktadır (47). TÜİK tarafından Türkiye için hesaplanan adölesan doğurganlık hızı 2022 yılı için, binde 12 olarak bildirilmiştir (48).

10-19 yaş aralığındaki ergen annelerde; 20-24 yaş arası kadınlara göre eklampsi, lohusalık endometriti ve sistemik enfeksiyon riski, sefalopelvik uyumsuzluk gibi maternal komplikasyonlar, bebeklerinde ise perinatal ölüm, düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve ciddi neonatal dönem problemleri daha yüksek oranda göröldüğü için bu dönem gebelikleri, "riskli gebelik" olarak tanımlanmaktadır (4,49).

Sağlık Bakanlığı'nın Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine göre; gebenin tıbbi ve obstetrik öyküsündeki tıbbi faktörlerle birlikte, 18 yaş altı veya 35 yaş üstü olması, iki yıldan sık gebelik, Rh/rh uygunsuzluğu, çoğul gebelik, sigara alkol ve madde kullanımı, gestasyonel diyabet, vajinal kanama, şiddetli enfeksiyon gibi birçok durumun yalnızca birinin olması dahi gebeliği “riskli gebelik” sınıfına sokmaktadır (50).

Yüksek riskli gebelikler genellikle, anne yaşı ve doğumlar arasında geçen süre göz önüne alınarak tanımlanmaktadır. Bu parametrelere göre; doğumda anne yaşının 18'den küçük olduğu adölesan gebelikler, annenin yaşının 34'ten büyük olduğu ileri yaşlardaki gebelikler, doğum aralığının 24 aydan kısa olduğu gebelikler ve 5 ve üzeri (ya da ≥ 3) doğumun olduğu grandmultiparite durumlarında yüksek riskli gebeliklerden bahsedilmektedir. Doğumda annenin yaşı, kısa doğum aralıkları ve sık doğumlar özellikle perinatal morbidite ve mortalite üzerinde etkili riskli gebelik davranışlarıdır (47).

18 yaş altı gebelikleri; riskli sınıfa sokan faktörler, çocukluktan yetişkinliğe geçişte yaşanan çok hızlı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlerle savunmasız kalan organizmaya gebelik yükünün de eklenmesiyle metabolik rezervlerinin yetersiz kalması ayrıca, kız çocuğunun obstetrik anatomisinin fetüs büyümesine ve doğuma elverişli olmaması olarak gösterilebilir (47). Obstetrik pelvik anatomisinin gelişiminde en küçük yaşın, ortalama 16 yaş olduğu kabul edilmektedir (51).

2019 itibariyle düşük ve orta gelirli ülkelerde her yıl, 15-19 yaş arası, tahminen 21 milyon kız çocuğunun hamile kaldığı, bu gebeliklerin yaklaşık 12 milyonunun doğum ile sonuçlandığı bildirilmektedir. 15 yaşın altında ise en az 777 bin kız çocuğunun doğum yaptığı tahmin edilmektedir. Bu gebeliklerin %50'sinin istenmeyen gebelik olarak kayda geçtiği ve istenmeyen gebeliklerin ise %55 oranında güvensiz koşullarda yapılan kürtajla sonuçlandığı bildirilmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde yılda tahmini 27 bin ergen kadının, güvenli olmayan kürtaj ve doğum komplikasyonları nedeniyle hayatını kaybettiği düşünülmektedir (9).

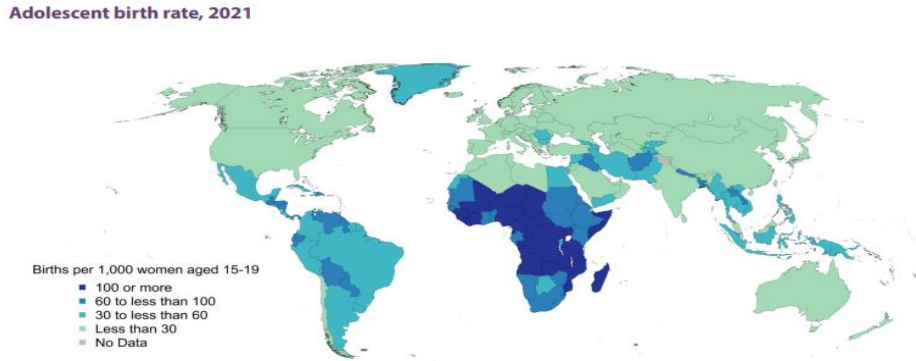
19 yaşın altında anne olan kadınların, düşük veya ölü doğum yapmaları ve gebeliğin anne ve bebek ölümüyle sonuçlanma riski 20-30 yaş arasında doğum yapan kadınlara göre çok daha fazla olduğu belirtilmektedir. 15 yaş altındaki kız çocuklarının ölüm riski 20 yaşın üzerindekiyle oranla beş kat artarken, yeni doğan ölümlerinin de

çok genç yaştaki annelerin bebeklerinde iki kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (52).

Adölesan genç kızlar, özellikle de erken adölesan dönemdekiler, fiziksel olarak yeterince hazır olmadıkları hamilelik ve doğumun olumsuz sonuçlarına karşı özellikle savunmasızdırlar. Olumsuz annelik koşulları, 15-19 yaş arası kız çocukları arasında en sık ölüm nedeni olmasının yanı sıra, engelliliğe ayarlı yaşam yıllarının da en önemli nedenleri arasındadır (8).

2021 yılından itibaren küresel ergen doğum oranı, 10-14 yaş arası için 2 doğum ve 15-19 yaş için 43 doğum olarak hesaplanmaktadır. Sahra Altı Afrika bölgeleri, 15-19 yaş için 101 doğumla tüm dünyada en yüksek ergen doğum oranlarının görüldüğü yerlerdir. Batı ve Orta Afrika, 10 ve 107 doğum ile en yüksek bölgesel ergen doğum oranlarına sahiptir. Küresel olarak neredeyse her altı genç kadından biri 18 yaşından önce doğum yapmaktadır. Sahra Altı Afrika'da ise bu oran, dört kadından biridir (8).

Şekil 3. Dünya Adölesan Doğum Haritası 2021



Kaynak: BM SKH göstergeleri veritabanı, Ekim 2022, MICS, DHS ve diğer ulusal temsili hane halkı anket verileri

Dünya adölesan doğurganlık haritasına baktığımızda; 2021 itibariyle küresel doğum sayısının yüzde 10'una karşılık gelen 13 milyon bebeğin 20 yaşın altındaki genç annelerden doğduğu düşünülmektedir. Bu doğumların yarısı Sahra Altı Afrika'da gerçekleşmiştir. Sahra Altı Afrika, Okyanusya, Kuzey Afrika ve Batı Asya'da küresel pozitif nüfus artışını sürdürecektir kadar yüksek doğurganlık seviyeleri izlenmektedir.

Batı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkeleri en düşük adölesan doğurganlık hızına sahip gözükmele birlikte, Birleşik Krallık ve Amerika kıtası genelinde bu oranın yüksek seyrettiği bilinmektedir (8).

Ülkeler arasında adölesan gebelik oranlarının yanı sıra, nedenleri açısından da büyük farklılıklar bulunmaktadır.

Ergen gebeliğinin farklı coğrafyalarda farklı mekanizmalarla ortaya çıkışında; ülkelerin sosyokültürel yapısı, ekonomik durumu ve gelişmişlik düzeyi yanı sıra, toplumsal, ailesel ve bireysel birçok faktör rol oynamaktadır. Gelişmiş ülkelerde istenmeyen gebelikler şeklinde evlilik öncesi yaşanan cinsel deneyim sonucu meydana gelirken, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelere ise genellikle planlı gebelikler şeklinde ve dini inanışlar, gelenekler ve düşük eğitim seviyelerinin etkili olduğu çocuk evliliklerinin bir sonucu olarak meydana geldiği görülmektedir (11,44,53).

Adölesan gebeliklerin sıklığı; ülkelerin sosyokültürel durumu ve gelişmişlik düzeyi yanı sıra, ailesel ve bireysel birçok faktörden etkilenir. Gelişmiş ülkelere evlilik öncesi yaşanan cinsel deneyim, bunun sonucu meydana gelen istenmeyen gebelikler ve isteyerek yapılan düşüklere adölesan dönem gebeliğinin oluşumunda başrol oynarken, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelere, dini inanışlar, gelenekler ve düşük eğitim seviyelerinin etkili olduğu çocuk evliliklerinin bir sonucu olarak meydana geldiği görülmektedir (11,12).

Ergenin etnik kökeninin de ergen hamileliği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bazı etnik kökenlerin hamilelik için bir risk faktörü olduğu bulunmuştur. Çalışmalar ergen hamileliği ile, hükümet programlarının, yasalar ve politikaların, nüfus ve ülkenin ekonomik durumu dahil olmak üzere makro düzeydeki faktörler arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (54).

Düşük ve orta gelirli ülkelere adölesan gebeliklerle ilgili riskler ve koruyucu faktörlere ilişkin yapılan çalışmalarda; yoksulluk, kırsal bölgede ikamet ve bazı dini inançlar, çocuk evlilikleriyle pozitif yönde ilişkilirken, yüksek eğitim düzeyi olumsuz yönde ilişkili bulunmuştur (55).

Daha az eğitilmiş veya düşük ekonomik statüye sahip genç kızlarda adölesan gebelik düzeylerinin daha yüksek olma eğiliminde olduğu gösterilmiştir. Eğitim düzeyi, birçok çalışmada adölesan gebeliği ile en sık ilişkilendirilen faktördür. Örgün eğitimi olmayan veya okula devam etmeyen ergenlerin hamile kalma olasılığının daha

yüksek olduğu ve öğrenci olmanın hamileliğe karşı koruyucu bir faktör olduğu düşünülmektedir. Aynı şekilde ebeveynlerin eğitim düzeyi de genç hamilelikle ilişkilidir. Özellikle anneler eğitilmiş olduğunda ergenlerde gebelik oranları daha düşük bulunmaktadır (54). Diğer çok etkili bir başka faktör de, ergenin sosyoekonomik düzeyidir. Gelir eşitsizliğinin yüksek olduğu toplumlarda, ekonomik statüsü düşük olan ergenlerin hamile kalma olasılığının yaşlılarına göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Medeni durum da ergenlik dönemindeki hamilelikle önemli ölçüde ilişkilidir. Ergenlik döneminde evlenen genç kızların, bekar olanlara göre hamile kalma olasılığının daha yüksek olduğu görülmüştür. Dinsel inançların ergen gebeliği ile ilişkisinin karmaşık olduğu belirtilmektedir. Herhangi bir dine mensup olmayan ergenlerde gebelik oranlarını yüksek bulan çalışmalar olduğu gibi dini inançlara sahip gençlerin hamile kalma olasılığının daha düşük bulunduğu çalışmalar da mevcuttur (54). Sahra Altı Afrika ülkelerinde yapılan araştırmalar, Müslüman olmanın çocuk evlilikleriyle güçlü bir şekilde ilişkili olduğu ancak ergen doğum oranlarını azalttığını gösterirken (55), Uganda'da yapılan çalışmalarda ise, Müslüman ergenlerde Protestan olanlara göre ergen gebeliklere daha sık rastlandığı gösterilmiştir (56).

Ergenin arkadaş çevresinin de ergenin tutum ve davranışları üzerinde güçlü bir etkisi vardır. Ergenleri cinsel olarak aktif hale getirmeye veya riskli cinsel aktivitede bulunmaya yönelten akran baskısının da yine, ergen hamileliğinin nedenlerinden biri olduğu düşünülmektedir (54).

Uluslararası birçok kuruluşun ve devletin hukuki ve sosyal politikalarıyla mücadele ettiği adölesan gebelikler, gelişmiş ülkeler için de hala ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Birleşik Krallık gibi gelişmiş ülkelerde adölesan gebelik oranları, beklenenin aksine yüksek bulunmaktadır (57).

Yapılan bazı çalışmalarda Amerika Birleşik Devletleri'nde hala yüksek oranlarda seyreden adölesan gebeliklerde etkili faktörler arasında en çok; çocuklara sunulan iyi beslenme ve gelişmiş sağlık hizmetlerine bağlı olarak, kız çocuklarında menarş yaşının düşmesi gösterilmektedir. Diğer faktörler; ilk cinsel aktivitenin çok genç yaşlarda başlaması ve kontrasepsiyon kullanım oranının düşük olmasıdır. Doğum kontrolü bilgisi ve kullanımının küresel olarak artmasına rağmen, Amerika'da gençler arasında doğum kontrol yöntemi kullanımının hala çok düşük seviyelerde olduğu

belirlenmektedir (58,59). Diğer batılı ülkelere kıyasla daha yüksek oranların bulunmasına sebep olarak, bu devletlerin gençlerini, sosyal ve seksüel gelişim süreçlerine hazırlama sorumluluğunda yetersiz olduklarını savunan araştırmalar da mevcuttur (44).

Ergenlik yaygın bir görüş olan “küçük yetişkinlik” olarak algılanmakta ve tarihsel olarak ergenliğin bitimi büyük ölçüde sosyal rol geçişleri ile özellikle de evlenme ya da çocuk doğurma ile tanımlanmaktadır. Bu nedenle, ergenlikte meydana gelen fiziksel ve endokrinolojik değişimler ile çocuğun evliliğe hazır olduğuna inanılmaktadır. Kız çocuklarında adet döngüsünün başlaması ile birlikte doğurganlık dönemi başlar, ancak doğurganlığın başlamış olması; gebeliğin, doğumun ve doğum sonrası dönemin gebe kalan çocuk ve yenidoğan açısından sağlıklı ve güvenli bir şekilde ilerleyeceği anlamına gelmez. Nitekim ergen gebelikleri; daha yüksek oranda görülen anne ölümleri, bebek ölümleri, düşük doğum ağırlığı ve doğum sonrası depresyon ve daha birçok komplikasyon açısından riskli gebelikler olarak karşımıza çıkmaktadır (34,60). Adölesan gebeliklerde normal gebe popülasyonuna göre özellikle preterm doğum, IUGR ve düşük doğum ağırlıklı bebek başta olmak üzere gebeliğe bağlı hipertansiyon, gestasyonel diyabet, anemi, prematür membran rüptürü gibi olumsuz sonuçlar gelişme riskinde artış saptanmıştır. Maternal ve fetal açıdan önemli sosyal, sağlık ve eğitim ile ilgili problemlere neden olabilmektedir (61,62,63).

Her çocuğun, ergenlik dönemi ile yaşayacağı değişimler ve kazanacağı cinsel kimlik hakkında bilgilendirilmeye, okullarda verilecek kapsamlı bir cinsellik eğitimine ihtiyacı, dahası buna hakkı vardır.

DSÖ’nün, ergen gebeliğinin ve kötü üreme sonuçlarının azaltılması için, 18 yaştan önce gerçekleşen evliliklerin azaltılması, istenmeyen gebelik riski taşıyan ergenler için kontrasepsiyon kullanımının artırılması, ergenler arasında cinsel ilişki ve güvensiz koşullarda yapılan kürtajın azaltılması ve hamile kalan ergenler için de doğumla ilgili bakımlardan etkili şekilde faydalanabilmesi önerilerinde bulunmaktadır (31).

Adölesan gebeliklerin anne bebek sağlığı üzerine olan olumsuz etkileri kadar; yasal, sosyal, eğitim ve ekonomik boyutları da çok tartışılmaktadır. Bu gebelikler; ulusal ve uluslararası politikaları yönlendirecek düzeyde, toplumun her katmanını etkileyen derin bir problem olarak görülmektedir. Adölesan gebelikler ve sıklıkla

birlikte olduğu erken evlilikler; yol açacağı sağlık sorunlarının yanı sıra, genç kızları eğitim gibi temel bir haktan, dolayısıyla kendine ve ülke ekonomisine katkıda bulunabileceği bir meslek sahibi olabilmesinden ve birçok sosyal haktan ve fırsattan mahrum bırakmaktadır ayrıca ölümüne yol açacak kadar bir şiddete maruz kalması da riskler arasında sayılabilir (64, 65).

2.2.3.Yasal Boyutu

Ergen hamileliğinin; hükümet programları, yasalar ve politikalar, nüfus ve ülkenin ekonomik durumu dahil olmak üzere makro faktörler ile arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Asgari evlilik yaşı kanunları önemli olmasına rağmen, eğer kanun katı değilse veya istisnaları varsa, bu tür ülkelerde yasaların ergen doğurganlığı üzerindeki etkisinin, asgari evlilik yaşı için yasal bir düzenlemesi bulunmayan olmayan ülkelere farklı olmadığı bildirilmiştir (54).

Ulusal hukuk sistemimizde çocuklara yönelik her türlü cinsel davranış; TCK (Türk Ceza Kanunu) Madde 103 ve Madde 104 gereğince “çocuğun bedenine yönelik cinsellik içeren fiziksel temaslar suçu” olarak tanımlanmakta ve cezai müeyyidesi olan suçlar kapsamında değerlendirilerek yasal bildirimi zorunlu kılınmaktadır (66).

Çocuğun ihmal ve istismarının önlenmesi ile ilgili diğer bir yasal düzenleme olan 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu da; korunmaya ihtiyacı olan çocuğun adli makamlara bildirilmesi görevinin devlet kurumlarıyla birlikte toplumdaki her bireyin sorumluluğunda olduğunu belirtmektedir (67).

Bu yasal düzenlemeler mevcudiyetinde; hastaneye başvuran 18 yaşını tamamlamamış her genç kızın gebeliğinin anlaşılması halinde TCK kapsamında gebeliğinin bildirim zorunluluğu doğmakta ve yasal sürecin başlatılması gerekmektedir.

Adölesan gebeliği bildirimini zorunlu kılan diğer bir yasal hükümde de, Türk Ceza Kanunu Md. 280 uyarınca belirlenmiştir. Gebe kadının sağlık kuruluşuna başvurusunda reşit olmadığının tespiti halinde, en kısa sürede adli makamlara ulaşarak bildiriminin yapılması, sağlık personelinin adli görevi niteliğindedir. Görevini yerine getirmemesi durumunda cezai yaptırım uygulanacağı, bu yasa gereğince “çalışanının yasal yükümlülüğü” olarak tanımlanmıştır. Türk Ceza Kanunu

Md. 280’de, “görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” denilmektedir (66). Olguyu tetkik eden hekimi de dahil olmak üzere, o esnada sağlık kurumunda görevli tüm personelin olayı ihbar zorunluluğu doğar. Bu yasal ve idari bir gereklilik olmakla birlikte, her çalışanın sosyal sorumluluk bilinciyle hareket etmesi gereken bir durumdur.

2.3.Çocuk Yaşta Evlilik

2.3.1. Tanımı

Çocuk yaşta evlilik; “fiziksel, fizyolojik ve psikolojik açılarından evlilik ve çocuk doğurma sorumluluğu taşımaya hazır olmadan ve genellikle 18 yaşından önce gerçekleşen evlilikler” olarak tanımlanmaktadır (68). Bu evlilik ya da birliktelik tanımında “tarafardan en az birinin 18 yaşın altında olduğu” kastedilmektedir (69).

Çocuk yaşta evlilik; çocuk haklarının ihlâli ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin bir türü olmasının yanı sıra, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması, tüm kadınlar ve kız çocuklarının güçlendirilmesi ve anne çocuk ölümlerini önleme dahil küresel kalkınma hedeflerine ulaşmanın önünde bir engel olarak değerlendirilmektedir. Çocuk yaşta evliliğin en önemli risklerinden biri; evliliğin kişiyi reşit kılması sebebiyle çocuğun sözleşme ve yasaların özel koruyucu düzenlemelerinin kapsamı dışında kalması ve yaptığı tüm işlemlerden hukuken sorumlu hale gelmesidir. Birleşmiş Milletlerin Çocuk Yaşta Erken ve Zorla Evliliklerin Önlenmesine Yönelik Raporda “erken evlilik” evliliğin getireceği sorumlulukları üstlenmek için henüz yeteri kadar hazır olmayan kişilerin evliliği şeklinde tanımlanmaktadır (70).

“Zorla evlilik”, eşlerden en az birinin evlilik için tam ve özgür rızası olmadan gerçekleşen herhangi bir yaştaki evlilik türüdür. Zorla evlilik farklı şekillerde olabilir. İnsan ticareti, görücü usulü ile yapılan geleneksel evlilikler, kız kaçırma, vatandaşlık elde etmek amacıyla yapılan evlilikler ve mağdurun tam ve bilgilendirilmiş olarak rıza

gösterme kapasitesinden yoksun olduğu evlilik biçimlerinin hepsi zorla evlilik örneği teşkil eder(70)

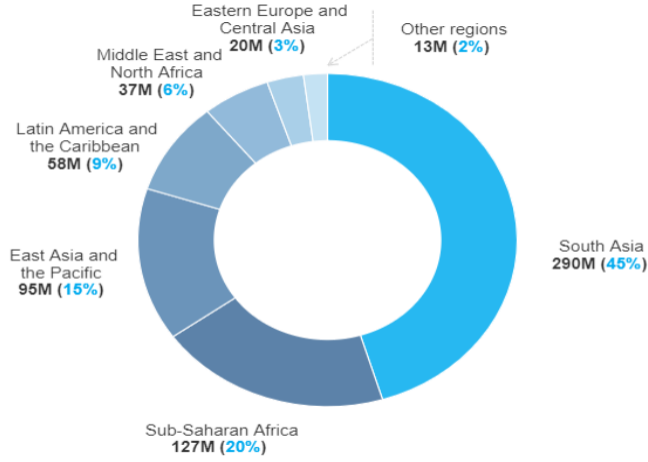
“Çocuk yaşta evlilik”, “erken evlilik” ve “zorla evlilik” tanımları zaman zaman birbirinin yerine kullanılmasına rağmen, çocuk yaşta / erken / zorla evlilik kavramlarının birbirinden farklı evliliklere işaret ettiği, bununla birlikte de aslında hepsinin ‘zorla evlilik’ bağlamında ele alınması gerektiği de kabul gören bir görüştür. Bu görüşe göre; çocuk evliliklerinin çocuk adına ailesinin karar vermesi şeklinde, ailenin baskısı ve etkisi ile gerçekleştiği ve çocuk evliliklerinin ailenin baskısı ve etkisi ile gerçekleşmesinden ötürü ‘zorla evlilik’ anlamına geldiği ileri sürülmektedir(71).

Çocuk yaşta, erken veya zorla evlilik kavramlarının her biri temelde; çocuk yaşta tam ve serbest bir iradenin geçerli olamayacağı anlamını da içerdiği için, bu tür evliliklerin önlenmesi için mücadele veren Birleşmiş Milletler Ortak Programı tarafından, “ÇYEZE” şeklinde üçünü de kapsayan ortak bir kullanım geliştirilmiştir(72).

2.3.2. Genel Özellikleri ve Demografisi

Dünya genelinde çocuk yaşta evlilik oranının en sıklıkla Güney Asya ve Sahra Altı Afrika coğrafyasında gözlendiği belirtilmektedir. Güney Asya’nın, çocuk gelinlerin neredeyse yarısının (yüzde 45) yaşadığı yer olduğu, Sahra Altı Afrika’nın (yüzde 20) ikinci sıklıkta yaşadığı yer olduğu bildirilmektedir(73). Günümüzde tahminen her 5 genç kadından birinin 18 yaşından önce evlendirilmiş olduğu tahmin edilmektedir(73).

Şekil 4. 18 Yaşından Önce Evlenen Kadınların Küresel Dağılımı



Kaynak: UNICEF, Son trendler ve gelecek beklentileri, 2023.

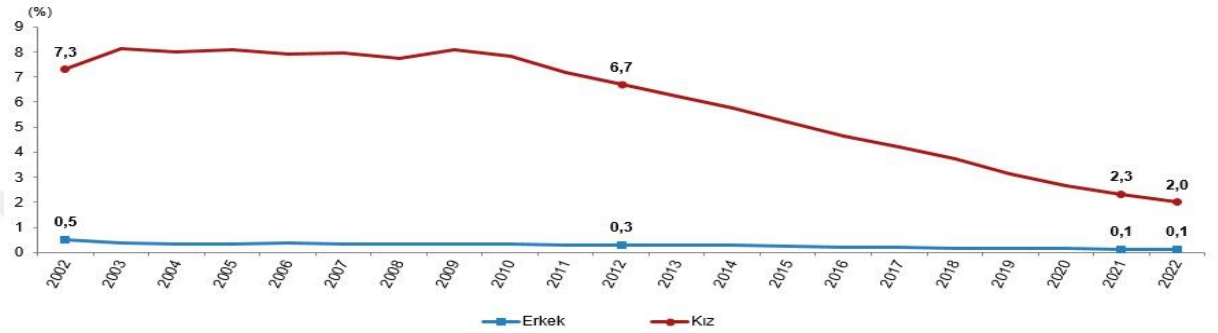
Çocuk yaşta evlilik uygulamasının tüm dünyada azalmaya devam ettiği ve son on yılda tahminen 25 milyon çocuk evliliğinin önlenbildiği belirtilmektedir. Bu yöndeki tüm olumlu gelişmelere ve ilerlemeye rağmen günümüzde, 18 yaşından önce evlenmiş 20-24 yaşındaki kadınlar da dahil olmak üzere, çocuk yaşta evlenmiş kadın sayısının tüm dünya genelinde 640 milyon olduğu tahmin edilmektedir(73)

Çocuk gelinler kadar yaygın olmasa da erkek çocukların da bu uygulamaya maruz kaldığı ve dünya çapında tahminen 115 milyon erkeğin çocuk yaşta evlendirilmiş olduğu bildirilmiştir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinden biri olan 2030 yılına kadar çocuk yaşta evliliğin yaygınlığının dünya çapında bitirilmesi yönündeki çalışmalarda istenilen ölçüde ilerleme sağlanamadığı için, 2030 yılına kadar 100 milyondan fazla kız çocuğunun 18. yaş gününden önce evleneceği öngörülmektedir(74)

Türkiye’de resmi çocuk yaşta evlilik oranlarının ise dünya genelinde kaydedilene göre çok düşük seviyelerde olduğu izlenmektedir. TÜİK verileri, çocuk yaşta evlendirilen kız ve erkek çocuk oranlarında son 20 yılda önemli bir düşüş göstermektedir. 2022 yılı göstergeleri; 16-17 yaş grubu kız çocuklarındaki resmi evliliklerinin toplam resmi evlilikler içindeki oranının %2,0, aynı yaş grubunda olan erkek çocuklardaki resmi evlilik oranının %0,1 olduğunu bildirmektedir(75).

Diğer yandan çocuk yaşta evliliklerin çoğunun kayıt dışı olduğu ve dini nikah şeklinde resmi olmayan yollarla gerçekleştiğini belirten küresel çapta GNB (GirlsNotBride) projesine göre; mevcut verilerin sorunun boyutunu temsil etmeyebileceği, Türkiye’de kız çocuklarının yüzde 15’inin 18 yaşından önce, yüzde 2’sinin ise 15 yaşından önce evlendiği bildirilmektedir(76).

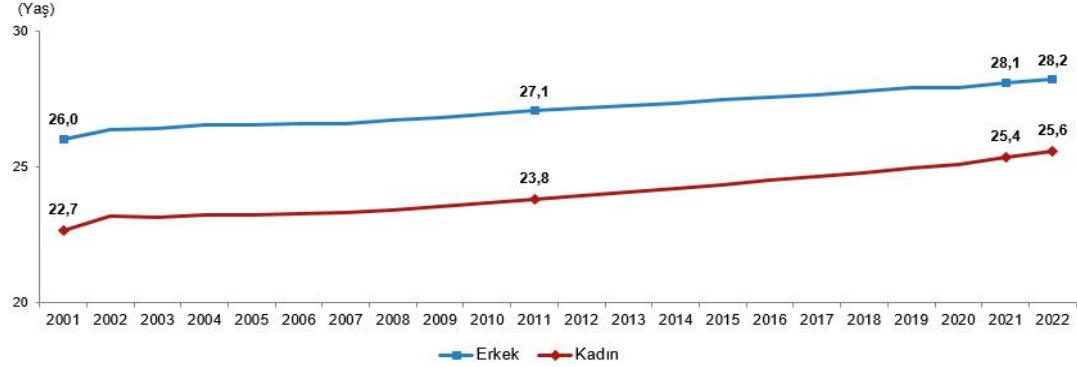
Şekil 5. Cinsiyete Göre Çocuk Evlenmelerinin Toplam Evlenmeler İçindeki Oranı, 2002-2022



Kaynak: TÜİK, Evlenme İstatistikleri, 2002-2022

Yıllara göre ortalama ilk evlenme yaşı incelendiğinde, her iki cinsiyette de ilk evlenme yaşının arttığı görülmektedir. Ortalama ilk evlenme yaşı 2022 yılında erkeklerde 28,2 iken kadınlarda 25,6 olduğu belirtilmektedir. Erkek ile kadın arasındaki ilk evlenme yaş farkının ise 2,6 yaş olarak gerçekleştiği bildirilmiştir(75).

Şekil 6. Cinsiyete Göre Ortalama İlk Evlenme Yaşı, 2001-2022



Kaynak: TÜİK, Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2022

Genç kadınlarda ilk evlilik yaşında gecikme görülmesinin sebepleri arasında; eğitim hayatının uzaması, kentleşme, önceliklerinde ve evliliğe dair fikirlerindeki değişim, çalışma hayatına başlayan kadın sayısındaki artış gibi başlıklar sayılabilir.

Genç kızlarda; resmi evlenme oranlarındaki düşme ile çocuk evlilik oranlarında azalma ve ilk evlenme yaşındaki büyüme gibi sayısal verilerin resmi rakamlara yansımaları olumlu gelişmeler olarak kabul edilebilir. Bununla birlikte İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Çocuk Hakları Sözleşmesi, Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi ve daha birçok uluslararası sözleşmede(77) bir çocuğu ve dolayısıyla uluslararası düzeyde çocuk evliliğini tanımlamada, 18 yaş eşiği esas alınır. Birçok evrensel karar ve yasanın varlığına ve bu kararlar ve evrensel hukuk kanunların altına imza atılarak taahhütçü olunmasına rağmen Türkiye’de çocuk yaşta evlilikler hala çok yaygın gerçekleşmekte ve yasalarla da devam etmesinin önü açılmaktadır(78).

Çocuk Yaşta Zorla ve Ergen Evlilik (ÇYEZE) nedenlerini ana hatları ile; ekonomik kısıtlılıklar, eğitim fırsatlarına ilişkin engeller, yerleşim yeri, şiddet, çatışmalar ve sosyal normlar, zararlı uygulamalar ve toplumsal baskı olarak sıralayabiliriz(72).

Çocuk yaşta evlilik sorununu değerlendirmek için TBMM tarafından 2010 tarihinde hazırlanan raporda; çocuk yaşta evliliğin en önemli sebebinin yoksulluk olduğu, ayrıca gelenek, görenek, ataerkil aile yapısının ve bu yapı tarafından dinin yanlış yorumlanması sıkça karşılaşılan diğer sebepler olduğu belirtilmiştir. Ayrıca namus kavramının kadın cinsiyetini ile bağdaştırılması sebebiyle kız çocuklarının erken yaşlarda evlendirilerek namusunu kaybetmesi riskinin ortadan kalkacağı düşünülmektedir. Eğitim seviyesinin düşüklüğü ise kız çocuklarının evlendirilmesinde çok önemli bir diğer faktördür. Kız çocuklar erken yaşlarda okul hayatına son verip evlendirilmeye yönlendirilmektedir. Aile içi şiddet de ev ortamından kurtulmak için çocuğu erken yaşta evlenmeye iten bir sebeptir. Yine erken evlilik yönündeki toplum baskısının en belirgin olduğu gündelik yaşamda kullanılan söylemlerden “Evde kalmak” kavramının çoğunlukla kız çocukları üzerinden kullanılması da evlilik tercihinin erken yaşlara çekilmesinde etkindir(79).

Çocuk Yaşta Zorla ve Ergen Evlilik (ÇYEZE); insan hakları ihlalinin bir türüdür ve özellikle kız çocuklarında görülen cinsel istismarın en sık görülen biçimidir. Cinsel istismarın bir sonucu olarak yaşayacağı en ciddi sağlık problemi de erken, riskli ve/veya istenmeyen “gebelik” tir. İnsan, çocuk ve kadın hakları ihlali olarak ele alınması gereken ÇYEZE’ nin sonuçlarını; eğitim yoksunluğu ve okuldan ayrılma,

gebelik ve doğumla ilgili sorunlar, işsizlik, birisine bağımlı olma, yoksullaşma, aile içi ve dışı şiddete maruz kalma, ayrılma, boşanma sıklığının artması, fiziksel, cinsel, ruhsal, sosyal ve ekonomik şiddete maruz kalma, sosyal ve duygusal destekten yoksunluk, yalnız ebeveynler ve çocukların artması, eğitim hakkını ve olanağını kullanamayan anneler ve çocukların fazlalaşması, cinsiyet eşitsizliği ve olarak sıralayabiliriz(72).

2.3.3. Yasalar Çerçevesinde Değerlendirilmesi

Çoğu ülkede, çocuk evlilikleri ulusal yasalarca yasaklanmıştır. Yasal asgari evlenme yaşını, ebeveyn izniyle yasal asgari evlilik yaşını ve yasal asgari cinsel rıza yaşını 18 veya daha yukarısı olarak keskin bir şekilde belirleyerek kız çocuklarını erken yaşta evlendirilmekten koruyan ülkelerde, bu yasaların birbiriyle çeliştiği ülkelerle kıyaslandığında çocuk yaşta evlilik oranlarının yüzde 40 daha düşük bulunduğu belirtilmektedir (55).

Ülkemiz yasalarında çocuk kavramı ve erginlik açısından bir tanım yapılacak olursa Türk Medeni Kanunu Madde 11’de geçen “Erginlik 18 yaşın doldurulmasıyla başlar.” ifadesi uyarınca 18 yaş altı bireylerin çocuk kategorisinde sayıldığı görülecektir. Çocuk Koruma Kanunu (2005) da benzer şekilde çocuğu, “Daha erken yaşta ergin olsa bile, on sekiz yaşını doldurmamış kişi” şeklinde tanımlamaktadır. Dolayısıyla, çocuk tanımlarının birleştiği ortak noktanın 18 yaş sınırı olduğu ve 18 yaş altı bireylerin çocuk sayıldığı görülmektedir. Çocukların yetişkinlerden farklı bir muameleye tabi tutulması gereği de gerek ulusal gerekse uluslararası sözleşme ve kanunlarda açıkça belirtilmiştir(78).

Diğer taraftan Türk Medeni Kanunu’nun (TMK) 124. Maddesinde,” evlilik yaşı alt sınırı 17 yaş olarak belirlenmiştir. Mevcut yasaya göre, erkek veya kadın on yedi yaşını doldurmadıkça evlenemez. Ancak hâkim olağanüstü durumlarda ve pek önemli bir sebeple on altı yaşını doldurmuş olan erkek veya kadının evlenmesine izin verebilir. Olanak bulundukça karardan önce ana ve baba veya vasi dinlenir.” denmektedir(16). Kanuna göre; “olağanüstü durumlar” ve “pek önemli bir sebep” şartlarının sağlanması durumunda, hakim kararıyla 16 yaşını dolduran çocuğun evlenmesinin önündeki engelin kaldırıldığı ve evlenmenin gerçekleştirilebileceği

anlaşılmaktadır. Türk Ceza Kanunu'na göre “on beş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş çocuğa karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel eylem, “cinsel istismar suçu” olarak tanımlanmış olup, istismar eden kişinin hapis cezası ile cezalandırılacağı belirtilmiştir (66).

Türk hukuk sisteminde çocuk yaşı evlilik tarihinin, yasalardaki farklı tanımlamalara göre değiştiği anlaşılmaktadır. Türk Medeni kanununda 17 yaşını doldurmuş kızların, Çocuk Koruma Kanununa göre 18 yaşını doldurmuş kızların ve Türk Ceza Kanunu'na göre 15 yaşını doldurmuş kızların yasal olarak evlenebilmesi mümkündür. Yaşa ilişkin kriterlerin farklılığı nedeniyle “çocuk” tanımının yasalar arasında sağlam bir yere oturtulamaması, evlilik yaşı alt sınırında da doğal olarak bir çelişki yaratmaktadır(80). Yasalar, düzenlemeler ve uygulamalar arasındaki uyumsuzlukların yarattığı bu göreceli durum, çocuğun cinsel istismardan ve erken yaşta evlendirilmekten korunmasını zora sokmakta ayrıca, çocuk yaşı evliliklerin önlenmesi için cezai yaptırımlarla güçlendirilmiş etkili ve sürdürülebilir politikalar üretilmesine de engel olmaktadır. Bu karışıklıkların giderilmesi ve uygulamada farklı yorumlara sebebiyet verilmesini engelleyecek tek bir “çocuk” tanımının yapılması gerekmektedir(72).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma geriye dönük kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Grubu

Çalışma geriye dönük kesitsel tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır. KTÜ Farabi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı ile Acil Tıp Ana Bilim Dalı polikliniklerine Ocak 2015-Aralık 2021 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve altı 539 adölesan gebenin elektronik ortamdaki hasta dosyası incelendi.

Başvuru esnasında gebelik ön tanısıyla kayıt oluşturulan 18 yaş ve altı 539 kadın hasta, çalışma evreni olarak kabul edildi.

Hasta dosyaları incelenerek, gebelik tanısı doğrulanmış ve tıbbi kayıtları düzgün tutulmuş 162 adölesan olgu ile örneklem oluşturuldu. 377 kadın hasta yanlış tanı girişi ve tıbbi kayıtlarındaki eksiklikler nedeniyle çalışma dışında bırakıldı.

Çalışma kapsamına alınan 162 olgunun tıbbi kayıtlarından; yaş, medeni durum, evli ise resmi nikâhlı olup olmadığı, adli bildirim yapılıp/yapılmadığı, gebelik haftası, önceki gebelik öyküsü (düşük, kürtaj, ölü ve canlı doğum sayısı), mevcut gebeliğin fetal ve maternal komplikasyonları ile gebeliğin sonucuna ait (canlı ve sağlıklı doğum / ölü doğum / abortus) bilgiler incelenerek, çalışma için oluşturulan veri toplama formuna kayıt edildi.

3.3. Çalışmanın Yapısı

Araştırmanın yapısı kesitsel tanımlayıcı nitelikte olup çalışmamız; KTÜ Farabi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı ile Acil Tıp Ana Bilim Dalı polikliniklerine, Ocak 2015-Aralık 2021 tarihleri arasında başvuran 18 yaş ve altı gebe olguların elektronik ortamdaki hasta dosyalarının geriye dönük incelenmesi ile yapılmıştır.

3.4. Örneklem

Çalışmamızın örneklemini; Ocak 2015-Aralık 2021 yılları arasında KTÜ Farabi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı ile Acil Tıp Ana Bilim Dalına yaptığı başvurusunda gebelik ön tanısıyla kaydı yapılan 18 yaş ve altı kadın hastalar içinden, yapılan muayene ve tetkikler sonucu gebelik tanısı doğrulanmış olan adölesan olgular oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Ocak 2015-Aralık 2021 yılları arasında KTÜ Farabi Hastanesine başvuran 18 yaş ve altı gebe olguların elektronik ortamdaki hasta dosyalarının incelenmesi ile veriler elde edilmiştir.

3.6. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

KTÜ Farabi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı ile Acil Tıp Ana Bilim Dalı polikliniklerine 2015-2021 yılları arasında başvuran 18 yaş ve altı gebe olgular.

3.7. Çalışma İçin Dışlanma Kriterleri

KTÜ Farabi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı ile Acil Tıp Ana Bilim Dalı polikliniklerine Ocak 2015- Aralık 2021 yılları arasında başvuruda bulunan ve gebelik tanısı ile değerlendirilen 18 yaş ve altı olgulardan, yapılan tetkikler sonucu gebeliğin tespit edilmediği ve mevcut gebeliğe dair tıbbi kayıtlarda yetersizlik bulunan olgular çalışma dışında bırakıldı.

3.8. İstatistiksel Analiz, Değerlendirme Yöntem ve Biçimleri

İstatistiksel analiz için SPSS 23.0 Windows programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Gruplarda oranlar Ki Kare Testi ile karşılaştırılmıştır. Alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Verilerin hasta dosyalarının geriye dönük olarak taranması sonucu elde edilmesi nedeniyle, çalışmanın veri sınırını elektronik ortamda girilen verilerin ayrıntısı oluşturmuştur. Değerlendirmeye aldığımız parametreler açısından; gebelik tanısı dışında dosyasında herhangi bir bilgi mevcut olmayan adolesan gebeler çalışma dışı bırakıldı.

Gebelerin medeni durumu ve adli olgu bildirim kayıtları ile ilgili verilerin eksik olması, gebelerin takip amaçlı ve/veya doğum için sonrasında hastanemize başvurmaması dolayısıyla fetal ve maternal komplikasyonlar ve gebeliklerin sonuçları (canlı ve sağlıklı doğum / ölü doğum / abortus) açısından anne-bebek sağlığı hakkında yeterli bilgiye ulaşamaması çalışmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3.10. Etik Konular

Araştırmanın yapılması için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03/02/2022 tarih ve 24237859-75 sayılı etik kurul onayı alınmıştır (Ek-1). Fiziki ve elektronik arşiv taraması için KTÜ Farabi Hastanesi Başhekimliği'nden izin alınmıştır (Ek-2).

4.BULGULAR

Çalışma kapsamında gebelik tanısı veya takibi için başvuran 18 yaş ve altı 162 gebe incelendi. Medeni durum bilgisine ulaşılan 80 olgudan 52'sinin (%32,5) resmi nikahlı olduğu, 28'inin (%17,3) bekar olduğu tespit edildi. İmam nikahlı olduğu belirtilen olguları da bekar olarak sınıflandırdık. 82 (%50,6) olgunun medeni durumu ile ilgili herhangi bir bilginin kayıt edilmediği görüldü.

Olguların başvuru sırasındaki medeni durumu tablo 1'de gösterildi.

17 yaşından küçük olgu sayısının 46 (%28,3), 116 (%71,7) olgunun ise 17 yaş ve üstü olduğu görüldü. Olgulardan 2'sinin 14 yaşında olduğu 1'inin (%50) bekar olarak kaydının yapıldığı, diğerine ise medeni durum bilgisi girişi yapılmadığı, 15 yaşındaki 12 olgudan 1'inin (%8,3) evli, 6'sının (%50) bekar olarak, 16 yaşında 11(%34,4) olgunun evli, 10'unun (%31,3) bekar olarak kaydedildiği, toplamda 17 yaş altı 17 (%41,7) olgunun herhangi bir medeni durum bilgisi olmadan sisteme kayıt edildiği görüldü.

17 yaşında 76 gebeden 27'sinin (%35,5) evli, 8'inin (%10,5) bekar olarak, 41 olgunun (%53,9) ise medeni durum bilgisi olmadan sisteme girişlerinin yapıldığı, 18 yaşındaki 40 olgudan 13'ünün (%32,5) evli, 3 (%7,5) olgunun bekar olduğu bilgisine ulaşıldı. 24 (%60,0) olgunun ise medeni durumu ile ilgili bir bilgi girişi yapılmadığı görüldü. 16 yaşını tamamlamamış olduğu halde kayıtlara evli olarak geçen 15 yaşındaki bir olgunun demografik bilgileri tetkik edildiğinde, Suriye uyruklu olduğu görüldü.

Başvuruda gebelerin yaşı yükseldikçe, evli olma oranındaki artış da istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,004$).

Tablo 1. Yaşa Göre Medeni Durum

	Medeni Durum					
	Evli		Bekar		Bilgi yok	
	n	%	n	%	n	%
14 yaş	0	0,0	1	50,0	1	50,0
15 yaş	1	8,3	6	50,0	5	41,7
16 yaş	11	34,4	10	31,3	11	34,4
17 yaş	27	35,5	8	10,5	41	53,9
18 yaş	13	32,5	3	7,5	24	60,0
Toplam	52	32,5	28	17,3	82	50,6
p*	0,004					

*Ki Kare Testi

Adölesan gebelerin hastaneye başvurusu sırasında “adli olgu” olarak bildirim yapılanların sayısının 45 (%27,8) olduğu, 116 (%71,6) olgunun ise tıbbi başvuru olarak kayıtlara geçtiği tespit edildi. Hasta kayıt sistemine adli olgu olarak bilgi girilmesi gereken 17 yaş altı 46 olgudan 13 gebenin tıbbi başvuru olarak kayıt edildiği, dosyalarında adli olgu olduğuna dair herhangi bir bilgi girişi olmadığı görüldü. 17 yaş altı gebe olguların başvurusunda adli kayıt açılma oranı, 17 yaş ve üstü olgularda ise tıbbi kayıt olarak giriş yapılma oranı yüksekti.

17 yaş ve üstü olgularla karşılaştırdığımızda 17 yaş altı olguların adli bildirim oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,006).

Tablo 2. Adli Olgu Bildirimi Yapılan Olgular

	Hastaneye Başvuru					
	Adli		Tıbbi		Bilgi yok	
	n	%	n	%	n	%
14 yaş	2	100	0	0,0	0	0,0%
15 yaş	10	83,3	2	16,7	0	0,0%
16 yaş	21	65,6	11	34,4	0	0,0%
17 yaş	10	13,2	65	85,5	1	1,3%
18 yaş	2	5,0	38	95,0	0	0,0%
Toplam	45	27,8	116	71,6	1	0,6%
p*	0,006					

*Ki Kare Testi

Medeni duruma göre adli olgu olup/olmadığı göz önüne alınarak yapılan değerlendirmede; bekar adölesan gebelerde (n= 28) adli başvuru olarak sisteme kayıt edilme oranı belirgin yüksekti. Sadece 3 (%10,7) olgu tıbbi başvuru olarak sisteme kayıt edilirken, adli olgu bildirim yapılan bekar adölesan gebe sayısının 25 (%89,3) olduğu görüldü.

Bekar adölesan gebelere adli kayıt açılma oranı, evlilere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p<0,001).

Tablo 3. Medeni Duruma Göre Adli Provizyon

		Hastaneye Başvuru					
		Adli		Tıbbi		Bilgi yok	
		n	%	n	%	n	%
Medeni Durum	Evli	11	21,2	41	78,8	0	0,0
	Bekar	25	89,3	3	10,7	0	0,0
	Bilgi yok	9	11,0	72	87,8	1	1,2

<0,001

*Ki Kare Testi

Olguların başvuru sırasındaki yaşı arttıkça; evli olma ve tıbbi başvuru olarak sisteme kaydedilme oranları artış gösteriyordu. Bu artış istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,006, p<0,001).

Olguları başvurudaki yaşlarına ve gebelik haftalarına göre değerlendirdiğimizde; hastaneye ilk başvuruda tespit edilen en küçük gebe yaşının 14 olduğu görüldü. Örneklemenin yaş ortalaması 16,9±0,9 olarak hesaplandı. Adölesan gebelerin kayıt altına alındığı ilk hastane başvurularında tespit edilen gebelik haftalarının, 4→38 hafta arasında değişmekte olduğu ve en sık (%37,5) olarak gebeliğin ikinci trimesterinde, 20,1±10,3 haftada başvuru olduğu görüldü.

Tablo 4. Mevcut Gebeliğin Özellikleri

Yaş Ort.±SD (Min-Maks)	16,9±0,9 (14-18)
Gebelik Haftası Ort.±SD (Min-Maks)	20,1±10,3 (4-40)
Trimester n (%)	
1. trimester	52 (%32,5)
2. trimester	60 (%37,5)
3. trimester	48 (%30,0)
Bilgi yok	2 (1,2)

Başvuran olguları önceki gebelik öykülerine göre değerlendirdiğimizde; daha önce 1-4 arasında değişen sayıda gebe kaldıkları, ortalama olarak 1-2'sinin doğumla sonuçlandığı görüldü.

Önceki abortus öyküsü açısından bakıldığında, 19 olgunun (%11,7) en az bir kez abortusla sonuçlanan gebelik yaşadığı görüldü.

Adölesan gebeleri; daha önce küretajla sonuçlanan gebelik öyküleri olup olmadığı açısından değerlendirdiğimizde, 7 olgunun (%4,3) en az bir kez küretajla sonuçlanan gebelik yaşadığı görüldü.

Başvuran olguların 6'sının (%3,7) en az bir yaşayan bebeği olduğu görüldü.

Tablo 5. Obstetrik Öykü-Önceki Gebelikler n (%)

Önceki Doğurganlık Öyküsü	Nullipar	143 (93,5)
	Multipar	10 (6,5)
	Bilgi Yok	9 (5,6)
Gravida Ort.±SD (Min-Maks)		1,23±0,52 (1-4)
Parite Ort.±SD (Min-Maks)		1,10±0,32 (1-2)
Abortus n (%)	Yok	143 (88,3)
	Var	19 (11,7)
Küretaj n (%)	Yok	155 (95,7)
	Var	7 (4,3)
Yaşayan Bebek n (%)	Yok	156 (96,3)
	Var	6 (3,7)

Adölesan gebeleri tıbbi öyküleri açısından değerlendirdiğimizde; 130 (%80,2) olgunun öncesinde herhangi bir sağlık problemi olmadığı görüldü. Bilinen bir hastalığı olan 32 olguda ise en sık patolojinin, 6 (%3,7) gebede bildirilen Hipotiroidi olduğu görüldü.

Tablo 6. Tıbbi Öykü

	n	%
Tıbbi Özellik yok	130	80,2
Özgeçmiş Diyabetes Mellitus	2	1,2
Hipotiroidi	6	3,7
Konjenital Kalp Hastalığı	1	0,6
Kalp Kapak Hastalığı	3	1,9
Anksiyete Bozukluğu	2	1,2
Pelviyektazi	3	1,9
Astım	2	1,2
Böbrek yetmezliği ile ilişkili patolojiler	2	1,2
Psikotik Bozukluk	2	1,2
Hepatitler (viral/otoimmün)	2	1,2
Pıhtılaşma Bozuklukları	1	0,6
Epilepsi	1	0,6
Anemi	1	0,6
SLE (Sistemik Lupus Eritematozus)	1	0,6
Çölyak	1	0,6
Psöriazis	1	0,6
Uterusla ilgili patolojiler	1	0,6

Maternal komplikasyonlar açısından değerlendirdiğimizde; 116 gebede (%71,6) herhangi bir maternal komplikasyon görülmediği, komplikasyon gelişen 46 olguda ise %13,6 ile en sık Rh uyuşmazlığı tespit edilmiştir.

Tablo 7. Mevcut Gebeliğe Bağlı Maternal Komplikasyonlar

		n	%
Maternal	Yok	116	71,6
Komplikasyon	Rh Uyuşmazlığı	22	13,6
	Preeklampsi/Eklampsi	3	1,9
	Aritmi	1	0,6
	Anemi	2	1,2
	Gestasyonel DM	2	1,2
	TFT Bozukluğu	2	1,2
	Molar Gebelik	2	1,2
	DVT	2	1,2
	Nöbet/Konvülsiyon	1	0,6
	Böbrek Yetmezliği	2	1,2
	Ektopik Gebelik	1	0,6
	Hiperemesis Gravidarum	2	1,2
	Servikal Yetmezlik	3	1,9
	DIK (Dssesine İntravasküler Koagülasyon)	1	0,6

Fetal komplikasyonlar açısından değerlendirdiğimizde; 96 gebede (%59,3) herhangi bir fetal komplikasyon gelişmediği, komplikasyon gelişen 66 olguda ise %8 ile en sık abortus meydana geldiği tespit edilmiştir.

Tablo 8. Mevcut Gebeliğe Bağlı Fetal Komplikasyonlar

		n	%
Fetal	Yok	96	59,3
Komplikasyon	Abortus İmminens (düşük tehditi) ya da A. İncipiens (kaçınılmaz düşük)	13	8,0
	Preterm Eylem	10	6,2
	Intra Uterin Gelişme Geriliği	5	3,1
	Oligo/Anhidramnios	5	3,1
	CPD (Sefalopelvik Distozi)	2	1,2
	EMR (Erken Membran Ruptürü)	1	0,6
	İn Utero Fetal Ölüm	3	1,9
	Fetal Distress	5	3,1
	Fetal Makrozomi	3	1,9
	Kardiyak Anomali	6	3,7
	Fetal Anomali	8	4,9
	Hidrops Fetalis	3	1,9
	Amniyotik Bant Sendromu	1	0,6
	Polihidramniyos	1	0,6

Olguları yaşlarına göre maternal ve fetal komplikasyon gelişme sıklığı açısından değerlendirdiğimizde; gebe yaşı arttıkça maternal komplikasyon oranında gözlenen artış, istatistiksel olarak anlamlı bulundu. (p=0,023)

Tablo 9. Yaşa Göre Maternal ve Fetal Komplikasyonlar

N=162	Maternal Komplikasyon		Fetal Komplikasyon	
	n	%	n	%
14 yaş	0	0,0	1	50,0
15 yaş	1	8,3	4	33,3
16 yaş	6	18,8	8	25,0
17 yaş	25	32,9	34	44,7
18 yaş	14	35,0	19	47,5
p*	0,023		0,139	

*Ki Kare Testi

Adölesan gebeleri doğum şekillerine göre 17 yaş altı ve 17 yaş ve üstü olarak değerlendirdiğimizde; 17 yaş altında gebeliklerin en sık %28,3 oran ile 13 olguda görülen Teröpatik Küretaj ile sonlandığı, doğumu gerçekleştirenlerde ise sezaryenle doğum oranının (%8,7) düşük olduğu, 17 yaş ve üstünde ise doğumların en sık %25,9 ile Sezaryen Doğum şeklinde gerçekleştiği tespit edilmiştir. Abortus (düşük) ile gebelik sonlanması, her iki yaş grubu için de sık görülen bir durum değildi.

Yaş grupları arasında, doğum şekillerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,004)

Tablo 10. Yaşa Göre Doğum Şekli

		<17 yaş		17 yaş ve üstü		
Doğum Şekli	Normal Vajinal Yolla Doğum	7	15,2	17	14,7	0,004
	C/S (Sezaryen Doğum)	4	8,7	30	25,9	
	Teröpatik Küretaj	13	28,3	10	8,6	
	Komplet Abortus	2	4,3	2	1,7	
	Bilgi yok	20	43,5	57	49,1	

*Ki Kare Testi

Olguları demografik ve obstetrik parametreleri açısından ele alıp her iki yaş grubunu birbiriyle karşılaştırdığımızda; 17 yaş altında bekar olma ve adli başvuru olarak hastaneye kabul edilme oranı, 17 yaş ve üstüne göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek, maternal komplikasyon gelişme oranları ise düşüktü (p<0,001 p<0,001 p=0,019). Doğum şekilleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,004).

Tablo 11. Yaşa Göre; Medeni Durum, Adli Başvuru, Maternal Fetal Komplikasyonlar, Doğum Şekli

		<17 yaş		17 yaş ve üstü		p
		n	%	n	%	
Medeni Durum	Evli	12	26,1%	40	34,5%	<0,001
	Bekar	17	37,0%	11	9,5%	
	Bilgi yok	17	37,0%	65	56,0%	
Adli/Tıbbi Başvuru	Adli	33	71,7%	12	10,3%	<0,001
	Tıbbi	13	28,3%	103	88,8%	
	Bilgi yok	0	0,0%	1	0,9%	
Maternal Komplikasyon	Yok	39	84,8	77	66,4	0,019
	Var	7	15,2	39	33,6	
	Rh Uyuşmazlığı	2	4,3	20	17,2	
	Preeklampsi/Eklampsi	0	0,0	3	2,6	
	Aritmi	1	2,2	0	0,0	
	Anemi	0	0,0	2	1,7	
	Gestasyonel DM	0	0,0	2	1,7	
	Tiroid Fonksiyon Bozukluğu (hipotiridi)	1	2,2	1	0,9	
	Molar Gebelik	1	2,2	1	0,9	
	DVT	0	0,0	2	1,7	
	Nöbet/Konvülsiyon	0	0,0	1	0,9	
	Böbrek Yetmezliği	0	0,0	2	1,7	
	Ektopik Gebelik	0	0,0	1	0,9	
	Hiperemesis Gravidarum	2	4,3	0	0,0	
	Servikal Yetmezlik	0	0,0	3	2,6	
	DIC	0	0,0	1	0,9	
Fetal Komplikasyon	Yok	33	71,7	63	54,3	0,042
	Var	7	15,2	39	33,6	
	Abortus İmmineans (düşük tehditi) ya da A. İncipiens (kaçınılmaz düşük)	5	10,9	8	6,9	
	Preterm Eylem	3	6,5	7	6,0	
	Intra Uterin Gelişme Geriliği	0	0,0	5	4,3	
	Oligo/Anhidramnios	0	0,0	5	4,3	
	CPD (Sefalopelvik Distozi)	0	0,0	2	1,7	
	EMR (Erken Membran Ruptürü)	0	0,0	1	0,9	
	İn Utero Fetal Ölüm	1	2,2	2	1,7	
	Fetal Distress	1	2,2	4	3,4	
	Fetal Makrozomi	0	0,0	3	2,6	
	Kardiyak Anomali	0	0,0	6	5,2	
	Fetal Anomali	1	2,2	7	6,0	
	Hidrops Fetalis	1	2,2	2	1,7	
	Amniyotik Bant Sendromu	1	2,2	0	0,0	
	Polihidramnios	0	0,0	1	0,9	
	Normal Vajinal Yolla Doğum	7	15,2	17	14,7	
	C/S (Sezaryen Doğum)	4	8,7	30	25,9	0,004
Doğum Şekli	Teröpatik Küretaj	13	28,3	10	8,6	
	Komplet Abortus	2	4,3	2	1,7	
	Bilgi yok	20	43,5	57	49,1	

Tablo 12. Başvuru Sırasındaki Yaş, Gebelik Haftası ve Önceki Gebelik Öyküsü

Yaş Ort.±SD (Min-Maks)		16,9±0,9 (14-18)
Gebelik Haftası Ort.±SD (Min-Maks)		20,1±10,3 (4-40)
Trimester n (%)	1. trimester	52 (32,1)
	2. trimester	60 (37,0)
	3. trimester	48 (29,6)
	Bilgi yok	2 (1,2)
Gravida Ort.±SD (Min-Maks)		1,23±0,52 (1-4)
Parite Ort.±SD (Min-Maks)		1,10±0,32 (1-2)
Abortus n (%)	Yok	143 (88,3)
	Var	19 (11,7)
Küretaj n (%)	Yok	155 (95,7)
	Var	7 (4,3)
Yaşayan Bebek n (%)	Yok	156 (96,3)
	Var	6 (3,7)
Hastaneye Başvuru n (%)	Adli	45 (27,8)
	Tıbbi	116 (71,6)
	Bilgi yok	1 (0,6)
Medeni Durum n (%)	Evli	52 (32,5)
	Bekar	28 (17,3)
	Bilgi yok	82 (50,6)

5. TARTIŞMA

Adölesan dönem gebelikleri; neden olduğu obstetrik komplikasyonlar ile fetomaternal morbidite ve mortalite riski yüksek küresel bir halk sağlığı problemidir (6). Evlilik dışı istenmeyen, plansız bir gebelik olması ya da gelişmekte olan ülkelerde sıkça karşılaşılan türde, bir çocuk evliliği/birlikteliğinin sonucu olarak planlı, istemli bir gebelik olarak karşımıza çıkması, anne ve bebeğin sağlığını, gelecekteki refahlarını da olumsuz yönde etkilemeyeceği anlamına gelmez. Bu riskli gebeliklerle gelişmeden önlenmesi ile mücadele, geliştikten sonra ise süreçlerin doğru yönetilmesi genç kadınlar, çocukları ve sonuçta tüm toplumları kapsayan fayda sağlayabilir(9,81). Bu amaçla tüm dünyada mücadele edilen bu halk sağlığı probleminin nedenleri ve sonuçları iyice tartışılarak net sonuçlar ortaya konmalıdır.

Bu nedenle çalışmamızda hastanemize başvuran olguları; yaş, resmi nikah ve adli bildirim varlığı, obstetrik öyküleri ve gebeliklerin sonuçlanma şekli gibi sosyodemografik ve tıbbi parametreleri üzerinden değerlendirerek bölgemiz adölesan gebelik profilini çıkarmak, elde ettiğimiz adölesan gebelik, çocuk evliliği ve adli olgu verileri ile literatüre katkı sağlarken ile idari ve yasal yaptırımlar yönünden yeniden değerlendirilmesi konusunda önerilerde bulunmaktır.

Adölesan gebelikleri hukuki boyutuyla değerlendirdiğimiz çalışmamızda; ülkemiz yasalarıyla belirlenmiş olan normal evlilik yaşı alt sınırı olan 17 yaş bitimini referans alarak, 18 yaş altı gebe olguları, 17 yaş ve üzeri / 17 yaş altı şeklinde sınıflandırdık.

Adölesan gebelerin yaşlarına göre medeni durumlarını incelediğimizde; medeni durum bilgisine ulaşılan 80 olgudan 52'sinin (%32,5) resmi nikahlı olduğu, 28'inin (%17,3) bekar olduğu tespit edildi. İmam nikahlı olduğu belirtilen olguları da bekar olarak sınıflandırdık. 82 (%50,6) olgunun medeni durumu ile ilgili herhangi bir bilginin kayıt edilmediği görüldü. 17 yaş altı toplam 46 (%28,3) olgunun 12'sinin sisteme evli olarak kayıt edildiği, 11 gebenin (%34,4) 16 yaşında, 1 gebenin (%8,3) ise 15 yaşında olduğu görülmüştür. 17 yaş altı 17 (%41,7) olgunun herhangi bir medeni durum bilgisi olmadan sisteme kayıt edildiği görüldü.

Evli olarak kayıtlara geçen 12 gebeden ise sadece 2 olgunun anamnezinde “evlenmesine izin olduğuna dair mahkeme karar belgesi ile geldiği” ibaresi görüldü.

Adölesan gebelerin hastaneye başvurusu sırasında “adli olgu” olarak bildirim yapılanların sayısının 45 (%27,8) olduğu, 116 olgunun (%71,6) ise tıbbi başvuru olarak kayıtlara geçtiği tespit edildi. 17 yaş altı olup, resmi nikahı ya da mahkeme izni olduğuna dair bilgi olmayan adli vasıftaki olguları, başvuru sırasında Adli Olgu Bildirimi yapılmadığı için, hastane kaydının yapıldığı şekliyle “Tıbbi Başvuru” olarak çalışmaya dahil ettik. Hasta dosyasına adli olgu olarak bilgi girilmesi gereken 17 yaş altı 13 gebenin (%51,1) sadece tıbbi başvuru olarak kayıt edildiği, dosyalarında adli olgu olduğuna dair herhangi bir bilgi girişi olmadığı görüldü.

Türk Medeni Kanunu’nun (TMK) 124. Maddesinde,” evlilik yaşı alt sınırı 17 yaş olarak belirlenmiştir. Mevcut yasaya göre, erkek veya kadın on yedi yaşını doldurmadıkça evlenemez. Ancak hâkim olağanüstü durumlarda ve pek önemli bir sebeple on altı yaşını doldurmuş olan erkek veya kadının evlenmesine izin verebilir. Olanak bulundukça karardan önce ana ve baba veya vasi dinlenir.” denmektedir(16) Kanuna göre; “olağanüstü durumlar” ve “pek önemli bir sebep” şartlarının sağlanması durumunda, hakim kararıyla 16 yaşını dolduran çocuğun evlenmesinin önündeki engelin kaldırıldığı ve evlenmenin gerçekleştirilebileceği anlaşılmaktadır. Türk Ceza Kanunu’na göre “on beş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş çocuğa karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel eylem, “cinsel istismar suçu” olarak tanımlanmış olup, istismar eden kişinin hapis cezası ile cezalandırılacağı belirtilmiştir(66) Çocuk koruma kanununa göre ise daha erken yaşta ergin olsa bile, 18 yaşını doldurmamış kişi çocuk kabul edilmekte, on sekiz yaşını doldurmamış kişiler, bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimini tamamlamamış, ihmal veya istismara açık bireyler sayılmakta ve bu bireyler “korunma ihtiyacı olan çocuklar olarak tüm toplumun çocuğa yapılan istismarı ihbarla yükümlü olduğunu belirtmektedir(67). Yine TCK madde 280’de görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubunun, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı belirtilmiştir. Adölesan dönemde gebelik saptanması sonrası adli mercilere yapılan bildirimler sağlık personelinin adli görevi niteliğindedir ve sağlık personelinin adli

görevini yerine getirmemesi durumunda cezai müeyyide uygulanacağına karar verilmiştir. Adölesan gebe olgusunu bu yasal çerçeveden değerlendirdiğimizde; herhangi bir sağlık kurumuna başvurmuş adölesan gebenin, 17 yaşını tamamlamadığı durumda, gebe olan kız çocuğuna karşı işlenmiş bir cinsel istismar suçu söz konusu olmaktadır ve TCK 103, 104, Çocuk Koruma Kanunu ve TCK 280'inci maddeler gereğince ihbar edilmesi zorunludur (66,67).

Yapılan literatür incelemesinde; İstanbul'da bir doğum ve çocuk hastanesi acil servisine başvuran 13-19 yaş aralığındaki adölesan gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin incelendiği bir çalışmada, gebelerin %79,13'ünün resmi nikahlı olduğu, %20,87'sinin ise nikahsız olduğu görülmüştür(82). Meral ve arkadaşlarının İzmir ilindeki üçüncü basamak bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran adölesan gebeleri; tıbbi, sosyal ve hukuki açıdan retrospektif inceledikleri çalışmada %79,4'nün resmi nikahlı olduğu, %20,6'sının ise nikahsız olduğu görülmüştür(83). Ankara'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde doğumu gerçekleşen 14-19 yaş arası 582 adölesan gebeyle yapılan ve dini nikahlı olanların da bekar olarak kabul edildiği başka bir çalışmada, resmi nikâhlı adölesan gebe oranının %92,3 olduğu, bekar gebe oranının ise %7,7 olduğu bulunmuştur(84). İzmir'de 3. basamak bir sağlık kuruluşunda doğum yapan 14-18 yaş arası 78 adölesan gebenin dahil edildiği retrospektif bir çalışmada, resmi nikahı olan gebe oranının %38,5, %61,5 oranında adölesan gebenin ise nikahsız olduğu bulunmuştur(85). Cebeci ve arkadaşlarının; İstanbul ilinde bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne doğum yapmak için başvuran 15-19 yaşları arasındaki 641 adölesan gebenin kayıtlarını retrospektif olarak incelediği çalışmasında, adölesan gebelerin resmi nikâhlı olma oranının %93,3 olduğu, bekar gebelerin oranının ise %5,5 olduğu bulunmuştur(86). İzmir'de üçüncü basamak bir hastanede 2009- 2014 yılları arasında doğum yapan 282 adölesan gebenin dahil edildiği retrospektif bir çalışmada; resmi nikahı olan gebe oranının %90,4, nikahsız olduğu belirlenen adölesan gebe oranının ise %9,6 olduğu görülmüştür(87). Amasya ilinde bir Eğitim ve Araştırma Hastanesine 2010-2015 yılları arasında doğum için başvuran 13-19 yaş arası 272 adölesan gebenin incelendiği retrospektif bir çalışmada, ≤19 yaş grubundaki olguların %80,1'inin resmi nikahlı olduğu, %19,9'unun ise nikahsız olduğu görülmüştür(88). Kapisız ve arkadaşlarının Ankara'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde doğum yapan 18 yaş

altı 273 adölesan gebe ile yaptıkları çalışmada, gebelerin yaşı 14 ila 17 arasında değişmekteydi. Olguların %64'ünün resmi nikahlı olduğu görüldü(89). Uslu ve arkadaşlarının Aydın'da bir devlet hastanesinde doğum yapan yaşları 14 ila 19 arasında değişen 207 adölesan gebe ile yaptıkları çalışmada, olguların %74,9'unun resmi nikahlı olduğu, %25'inin nikahsız olduğu görülmüştür(90).

Çalışma verilerimizden elde ettiğimiz bulgulara göre; medeni durum bilgisine ulaşılan 80 olgudan 52'sinin (%32,5) resmi nikahlı, 28'inin (%17,3) bekar olarak gözükmetedir. Başvuruda gebelerin yaşı yükseldikçe, evli olma oranındaki artış da istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,004$).

İlimiz Trabzon; Türkiye genelinde kadınlarda tespit edilen ortalama ilk evlenme yaşı (26,9) ve 16-17 yaş grubunda evlenen kız çocukları sayısının toplam evlenmeler içindeki oranı (%0,8) açısından en iyi profili çizen illerden biridir(39,75). İncelememiz sonucu resmi nikahlı gebe sayımızda elde ettiğimiz bu düşük oranının; retrospektif olarak taradığımız hasta dosyalarındaki demografik bilgilerin eksik girilmesi nedeniyle olgularımızın yarısında medeni durum bilgisine ulaşamamızdan kaynaklı olduğunu düşünüyoruz. Hasta kayıtlarının tutulmasında tespit ettiğimiz veri girişindeki eksiklik, aynı zamanda çalışmamızın en önemli kısıtlılıklarından da birini oluşturmaktadır.

Literatürden elde ettiğimiz sonuçları değerlendirdiğimizde; adölesan gebelerdeki resmi nikah oranları ile nikahı olmayan gebe oranları arasındaki farkın belirgin olduğu çalışmalar olduğu gibi, aradaki farkın daha az bulunduğu sonuçların elde edildiği çalışmaların olduğunu da gördük. Bunun sebebi olarak; ülke içi bölgeler arası sosyokültürel farklılıkları gösterebileceğimiz gibi, özellikle büyük şehirlerimizde yapılmış çalışmalarda karşımıza çıkan farklı sonuçları ise, bu şehirlerimizin çok çeşitli uyruk, din ve kültürden insan topluluklarını barındırmasına bağlayabiliriz. Ekonomisi daha gelişmiş olan bu kentlerimiz, hem çocuk yaşta evlilik ve gebeliğin dinsel ve kültürel olarak normal karşılandığı doğu ve güneydoğu bölgelerimizden, hem de yabancı uyruklu nüfusun yerleşmek için özellikle tercih etmesi nedeniyle Ortadoğu ve Asya'nın az gelişmiş ülkelerinden gelen insan göçünü almaktadır. Bu çok sayıda ve çeşitlilikte insan yükünün, sağlık kurumlarında çocuk gelin, çocuk gebe, adölesan anne gibi kavramlarla sıkça karşılaşılabileceğimiz şekilde kentlerin demografisinde ve

hastane popülasyonunda değişiklikler yapması, parametremiz açısından farklı veri girişine bağlı olarak, farklı sonuçlara yol açtığını düşünebiliriz.

Olgularımızın hastane başvurusunda “adli olgu” olarak kayıt açılması ve adli bildiriminin yapılması yönünden değerlendirdiğimizde; “adli olgu” bildirimi yapılan tüm olguların sayısının 45 (%27,8) olduğu, 116 olgunun (%71,6) tıbbi başvuru olarak kayıtlara geçtiği tespit edildi. 17 yaş altı 46 adölesan olgudan 33’üne adli olgu bildirimi yapıldığı, hasta dosyasına adli olgu olarak bilgi girilmesi gereken 17 yaş altı 13 gebenin ise sadece tıbbi başvuru olarak kayıt edildiği, dosyalarında adli olgu olduğuna dair herhangi bir bilgi girişi olmadığı görüldü.

Literatürde adölesan olguların adli olgu olarak değerlendirilip bildiriminin yapılıp/yapılmadığı ile ilgili parametrenin çalışıldığı araştırmaları incelediğimizde; Kapısız ve arkadaşlarının çalışmasında, 18 yaş altı tüm olguların hepsi için adli savcılık ihbarlarının yazılı olarak yapıldığı(89), Meral ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yine, gelen tüm adölesan olgulara adli bildirim yapıldığı belirtilmektedir(83).

Çalışmamızda adölesan gebelerin adli bildiriminde bulunulması ve adli olgu olarak sisteme kaydının yapılmasında eksiklikler tespit ettik.

Hasta kayıtlarının tutulması sırasında medeni durum bilgisi kısmında tespit ettiğimiz eksik veri girişleri gibi, hasta dosyalarında adli olgu olarak yer alması gereken olguların kaydedilmesinde ya da adli olgu bildirimi yapılmasındaki eksiklikten kaynaklanabilecek bu durum da yine, çalışmamızın en önemli kısıtlılıklarından birini oluşturmaktadır.

Çalışmamızda olguların hastaneye ilk başvurusunda tespit edilen en küçük gebe yaşının 14 olduğu görüldü. Gebelerin yaş ortalaması $16,9 \pm 0,9$ olarak hesaplandı. Adölesan gebelerin ilk hastane başvurularını en sık gebeliğin ikinci trimesterinde yaptıkları, başvuru anındaki gebelik haftalarının ortalamasının $20,1 \pm 10,3$ olduğu görüldü.

Ülkemizde adölesan gebelerle ilgili yapılmış diğer çalışmaları, gebenin sağlık kuruluşuna başvuru anındaki yaşı ve kaçınıcı gebelik haftası içinde olduğu yönünden incelediğimizde; İzmir’de yapılan bir çalışmada olguların gebe olduklarının saptandığındaki yaşları 13-17 arasında değişmekte olup, ortalaması $16,4 \pm 0,7$ olarak hesaplanmış, gebe olduklarının belirlendiği ilk başvurularındaki gebelik haftalarının

ise, 3 ila 41 hafta arasında değişmekte olup, en sık (%54,6) olarak gebeliğin üçüncü trimesterinde başvurdukları tespit edilmiştir (83).

İzmir’de yapılan başka bir çalışmada, başvuru anındaki yaşları 12 ila 17 arasında değişen adölesan gebelerin yaş ortalamasının $16,4\pm0,9$ olduğu, en sık gebeliğin üçüncü trimesterinde hastaneye başvuru yaptıkları, başvuru anındaki gebelik haftalarının ortalamasının $37,9\pm2,4$ olduğu görüldü (87). Siirt’te üçüncü basamak bir merkezde 2017-2021 yılları arasında takip edilen 16 yaş ve altındaki, 80 erken adölesan gebenin perinatal sonuçlarının değerlendirildiği retrospektif bir çalışmada, en sık olarak gebeliğinin üçüncü trimesterinde başvurduğu tespit edilen olguların gebelik haftaları ortalamasının $38,8\pm1,5$ olduğu görülmüştür(91). Yurtçu ve arkadaşlarının Karabük’te bir eğitim araştırma hastanesinde doğumu gerçekleştiren, 15-19 yaşları arasındaki 207 adölesan gebe ile yaptıkları retrospektif bir çalışmada, gebelerin başvuru anındaki yaş ortalamasının $18,1\pm0,9$, gebelik haftası ortalamasının $38,45\pm2,33$ olduğu görülmüştür(92). Barut ve arkadaşlarının Şanlıurfa’da üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda 2017- 2018 yılları arasında doğum yapan 15-19 yaş arası 68 adölesan gebenin obstetrik ve neonatal sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmasında ise, adölesan gebelerin yaş ortalamasının $18,18\pm0,98$ olduğu, hastaneye başvuru anındaki gebelik haftası ortalamasının ise, $34,46\pm4,09$ olduğu bulunmuştur(93). Cebeci ve arkadaşlarının çalışmasına dahil ettiği adölesan gebelerin 15-19 yaşları arasında, yaş ortalamalarının $17,2\pm0,8$ olduğu, hastaneye başvuru anındaki gebelik haftalarının ortalamasının ise $37,8\pm2,3$ olduğu bulunmuştur(86).

Çalışmaları adölesan gebelerin başvuru sırasındaki gebelik haftaları açısından incelediğimizde; genellikle 37 hafta ve üzeri gebelik haftasında başvuru olduğunu görmekteyiz. Bu durumdan, adölesan gebelerin tespit edildiğinde doğum yapma zamanlarının geldiğini ve direkt doğum yapmak amacıyla başvurduklarını, ancak doğum öncesi gebelik takipleri için hastaneye gitmedikleri anlamı çıkarılabilir.

Konuyla ilgili yapılmış çalışmaların neredeyse tamamının tıp fakültesi hastanesi ya da eğitim araştırma hastanesi gibi son basamak bir sağlık kurumunda yürütülmesi ancak bu hastanelerin, adölesan gebe ve ailesinin başvuru sırasında yaşayacakları idari ve yasal sıkıntılar, cezai yaptırım gibi çekincelerle doğumun çok yaklaştığı son ana kadar ve herhangi bir riskli durum söz konusu olmadıkça adölesan

gebelerin özellikle gelmeyi tercih etmediği kurumlar olması, çalışmalardan elde edilen “ancak çok ileri gebelik haftasında” hastaneye gelme sonucunu açıklayabilir.

Nitekim Kapısız ve arkadaşlarının çalışmasından; adölesan gebeliklerde prenatal bakımın yetersiz ve erken dönemde başlatılmamasının önemli bir sorun olması nedeniyle, sorunun kapsamını irdellemek için adölesan gebeler ve aileleri ile yaptıkları görüşmelerden “hasta ve ailesinin polisten korkma, bebeğinin babasının tutuklanacağı endişesi, yalnız kalma korkusu nedenleriyle gebelik takiplerini geciktirdikleri, hastaneye gelmekten korktukları” sonucunun çıkması görüşümüzü desteklemektedir(89). Hatta buradan adölesan gebe ve ailesinin mevcut durumlarının suç teşkil ettiği noktasında farkındalıklarının çok yüksek olduğu sonucunu da çıkarabiliriz.

Adölesan gebeliklerin bir sonucu olarak görülen maternal ve perinatal komplikasyonların gelişme riski, adölesan gebeleri ve doğum süreçlerini izleyen tüm araştırmalarda tartışılmakta ve güncelliğini korumaktadır. Bu çalışmalar; kendi örneklem grupları dahilinde görülen obstetrik komplikasyon türlerini ve ne sıklıkta geliştiğini ortaya koyarken aynı zamanda, adölesan gebeliklerinin nedenleri ve sonuçlarını da tanımlamayı amaçlamaktadır.

Çalışmalarda adölesan gebelikler ile olumsuz obstetrik sonuçlar arasındaki ilişki;

- Obstetrik komplikasyonların görülme sıklığındaki artış
- Komplikasyonların gelişiminde etkili bağımsız faktörlerin varlığı üzerinden tartışılmaktadır.

Olumsuz perinatal sonuçların görüldüğü olgularda bunun; genç kızın biyolojik immatüritesinden mi, yoksa ergen gebeyi perinatal destekten yoksun bırakan olumsuz bir sosyoekonomik ortamdan mı kaynaklandığı konusunun netlik kazanmadığı görülmektedir(94),(95)

Hastanemize başvuran 14-18 yaş arası gebe adölesan olguları maternal ve fetal komplikasyonlar açısından değerlendirdiğimizde; 96 gebede (%59,3) herhangi bir fetal komplikasyon gelişmediği, komplikasyon gelişen 66 olguda ise %8 ile en sık abortus meydana geldiği tespit ettik. En sık gelişen ikinci fetal komplikasyon ise, preterm eylemdi. Maternal komplikasyonlar açısından değerlendirdiğimizde; 116 gebede (%71,6) herhangi bir maternal komplikasyon görülmediği, komplikasyon gelişen 46 olguda ise %13,6 ile en sık Rh uyuşmazlığı tespit edilmiştir. Rh uyuşmazlığı

gebelik yaşımdan bağımsız, her yaş grubunda gebe için ciddi bir obstetrik komplikasyondur. Çalışmamızda, gebe yaşı arttıkça maternal komplikasyon oranında gözlenen artış, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p= 0,023$).

Konuyla ilgili literatür incelendiğinde birçok çalışmadan elde edilen sonuçların; adölesan gebeliklerde preterm doğum, erken membran rüptürü, DDAB (Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek), İUGG (İntrauterin Gelişme Geriliği), preeklampsi, anemi, neonatal mortalite ve düşük APGAR skorları vb. komplikasyonların görülme sıklığında anlamlı bir artışı gösterdiği yönündedir (62,95–102)

Yasmin ve arkadaşlarının Hindistan'da tersiyer bir sağlık merkezinde 13-19 yaş arası 672 gebe ile yürütülen bir çalışmada, olguların %53'ünde komplikasyon geliştiği, maternal kaynaklı olarak en sık preterm eylem, gebeliğin hipertansif hastalıkları, erken membran rüptürü, abortus, anemi geliştiği, majör olumsuz fetal sonuçların ise erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve ölü doğumlar olduğu belirtilmiştir(100). Melekoğlu ve arkadaşlarının 13-18 yaş arası adölesan gebeleri perinatal sonuçlar açısından 20-43 yaş arası yetişkin grubu ile karşılaştırdıkları çalışmada, adölesan olgu grubunu yetişkin gebe grubuna oranla, preterm doğum (%37,5, 21,6), preeklampsi (%31,3, %14,7), intrauterin gelişme geriliği (%20, %9,8), fetal distress (%20, %8,8), konjenital anomali (%16,3, %5,9), anemi (%40, %12,7) görülme sıklığını anlamlı yüksek saptamışlar(99). Yurtçu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan grubunda intrauterin gelişim geriliğinin ve oligohidroamniosun daha sık olduğu, adölesan gebelerde fetal doğum ağırlığının ve birinci dakika APGAR skorlarının yetişkin gebelerin bebeklerine göre daha düşük saptandığı, bu bulgularla adölesan gebeliklerin yetişkin gebelere göre daha kötü perinatal sonuçlarla birliktelik gösterdiği bildirilmiştir(92) Ganchimeg ve ark. çalışmasında düşük doğum ağırlığı ve kötü neonatal sonuçların adölesan gebelerde daha fazla olduğu, adölesan gebelerde eklampsi ve preterm doğum için artmış risk saptanırken, sezaryen ve preeklampsi için azalmış risk tespit edildiği belirtilmiştir (5).

İleri ve ark. yaptığı çalışmada adölesan gebelerin; preterm doğum, IUGG, preeklampsi, anemi, fetal distress, düşük APGAR skoru ve düşük doğum ağırlığı açısından riskli olarak saptandığı bildirilmiştir(87)

Bazı araştırmalarda ise adölesanlarda görülen kötü obstetrik sonuçların; biyolojik yaşın küçüklüğünden çok, düşük sosyoekonomik durum ve neden olduğu

antenatal bakım yoksunluğundan ileri geldiği görüşü savunulmaktadır. Araştırma öncesi örneklem gruplarıyla ilişkili bağımsız faktörlerin düzeltilmesinden sonra gerçekleştirilen bu çalışmalarda; adölesan gebelerde perinatal risklerin gelişmesi yönünden artmış risk bulunmadığı gösterilmiştir (103–107). Dölen ve arkadaşlarının 19 yaş altı gebelerde preterm doğum, DDA bebek ve sezaryen riskini incelediği çalışmada, adölesan gebeliklerde obstetrik komplikasyonlar ve sezaryen oranları açısından bir artış görülmediğini, bunun nedeninin ise; ülkemizdeki adölesan gebeliklerin neredeyse tamamının evlilik içerisinde gerçekleşmesi ile ilişkili olarak sosyal güvencesi olan ve toplum baskısı yaşamayan gebenin antenatal takiplerinin yapılabilmesi olabileceğini belirtmiştir (44). Wong ve arkadaşlarının Kanada’da 3. basamak bir merkezde ergen gebeliğinin gelişmesinde; sosyoekonomik durum, ruh sağlığı ve madde kullanımının ilişkisini ve bu gebeliklerin olumsuz doğum sonuçları açısından yüksek risk altında olup olmadığını incelemek için tıbbi, davranışsal ve sosyoekonomik faktörler kontrol altına alındıktan sonra yapılan bir çalışmada, ergen gebeliğinin oluşumunda sosyoekonomik dezavantaj, mental sorunlar ve madde kullanımının güçlü risk faktörleri olduğu, ancak genç yaş gebeliklerinin olumsuz doğum sonuçların gelişmesiyle büyük ölçüde ilişkili olmadığı belirtilmiştir(103).

Adölesan gebeliklerde görülen olumsuz obstetrik sonuçları sosyoekonomik faktörlere bağlayan ve gebe yaşı küçüklüğünün bağımsız olarak etken faktör olmadığını savunan bu çalışmalara karşılık; ergen gebeliklerinde karşılaşılan DDA bebek ve prematürite gibi ciddi komplikasyonlarla küçük gebe yaşı ilişkisinin sadece hamile ergenin zararlı sosyodemografik ortamını mı yansıttığı, yoksa sorunun biyolojik olgunlaşmadaki eksiklikten mi kaynaklandığını ortaya koymak için Fraser ve arkadaşları tarafından A.B.D. de tersiyer bir merkezde 20 yıllık bir süreci kapsayacak şekilde yürütülen bir çalışma, çoğu araştırmacının konuyla ilgili referans gösterdiği bir kaynak olarak literatürdeki yerini almıştır. Irk, medeni durum, eğitim düzeyi ve yeterli doğum öncesi bakım şeklinde tüm sosyodemografik özellikler kontrol altına alınarak yapılan bu çalışmada; yaşlarına uygun eğitim düzeyine sahip, yeterli doğum öncesi bakım almış, beyaz, evli ve orta sınıf Amerikalı özelliklerini taşıyan 13 ila 24 yaş arası anneler içinde, 13-17 yaş arasındaki çok genç annelerin 20-24 yaşında olan annelere göre, düşük doğum ağırlıklı veya prematüre bebek doğurma riskinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu sonuç olarak, daha genç yaştan, önemli

sosyodemografik faktörlerden bağımsız olarak olumsuz gebelik sonuçları riskini artırdığı bulunmuştur (96)

Bazı araştırmacılar ise; adölesan yaş gruplarını erken, orta ve geç dönem şeklinde ayırarak yaptıkları çalışmalarda; erken-orta adölesan yaş grubunda (10-17 yaş) yetişkin gebelere kıyasla olumsuz perinatal sonuç prevalansının arttığını, ancak geç adölesan gruptaki gebelerin (≥ 17 yaş) perinatal sonuçlarının ise yetişkinler ile benzer olduğu gösterilmiştir(108),(109),(63,110)

Amini ve arkadaşlarının A.B.D.' de 12-15 yaş arası ve 16-19 yaş arası iki adölesan grubun perinatal sonuçlarını yetişkin yaş gebelerle karşılaştırdığı çalışmasında, 16-19 yaş arası grupta obstetrik komplikasyonlarda artış olmadığı hatta daha az risk olduğu, 15 yaş ve altı gebelerde ise preterm doğum, DDA bebek ve artmış sezaryen oranlarıyla obstetrik sonuçlarının 16 yaş üstü gruba ve yetişkin gebelere göre daha kötü olduğu belirtilmiştir(111).

Genç hamileliklerinde görülen olumsuz sonuç riskindeki artıştan esas olarak, biyolojik olgunlaşmamışlığın iki genel göstergesi olan genç jinekolojik yaş (menarştan sonraki iki yıl içinde gebe kalmak)(112) ve yine yaş küçüklüğünden kaynaklanan gebelikte yetersiz kilo alımına bağlanabileceği düşünülmektedir. Hamilelik sırasında büyümeye devam eden genç anneler besinler için, gelişmekte olan fetüsle rekabet etmektedir. Hamilelik döneminde yetersiz kilo alımının başta DDA bebek olmak üzere fetusun zararına bir olabilecek bir durum olduğu düşünülmektedir(113,114). Yine küçük yaşlarda rahim ağzı kan akışındaki yetersizliğin inflamasyon ile prostaglandin üretiminde artışa ve bunun sonucunda ergen gebeyi erken doğum riski için yatkın hale getirebilmektedir(112).

Adölesan gebelerde, özellikle de 16 yaş altı kız çocuklarında kemik pelvisin gelişimini tamamlamamış olmasının baş pelvis uyumsuzluğu gelişme riskini artırarak(5,115) doğum eyleminin uzamasına yol açacağı, bunun ise operatif doğum ihtiyacı ve sezaryenle doğum sıklığını artıracığı, uzun yıllar ergen gebelerde artmış sezaryen hızını açıklamak için kabul edilen bir görüş olmuştur(116). Günümüzde ise birçok çalışmada; sezaryenle doğum hızının erişkin gebelere göre anlamlı derecede düşük olduğu belirtilmektedir(117)(105,118). Adölesan gebeliklerde görülen düşük sezaryenle doğum hızı ise, genç kızın pelvis boşluğunun ve gebe uterusundaki fetüsün olması gerekenden daha küçük olması ve bu faktörlerin, adölesan kadınların vajinal

doğum yapmasını elverişli hale getirdiği şeklinde açıklanmaktadır(119,120,5). Bu görüşle uyumlu olarak, adölesan yaş grubunda sezaryenle doğum sıklığının yetişkin gebelerle karşılaştırıldığı çalışmaları incelediğimizde; adölesanlarda vajinal doğum oranının, yetişkin gebelerde ise sezaryenle doğumun yüksek olduğu görülmüştür.

Adölesan gebeliklerde en sık sezaryen endikasyonu akut fetal distres iken, yetişkin gebelerde en sık endikasyonun eskiden geçirilmiş sezaryen doğum olduğu bildirilmektedir(92,100,121)

Melekoğlu ve arkadaşları 13-18 yaş arası adölesan gebelerle 20-43 yaş arası yetişkin grubunu sezaryen ile doğum oranı açısından karşılaştırdığında, adölesan gebelerde sezaryenle doğum oranının, kontrol gebe grubundan anlamlı derecede düşük (%38,8-%56,9) olduğunu belirtmektedir(99). Barut çalışmasında; adölesan gebelerin sezaryen ile doğum oranı %51,5 iken (en sık fetal distres nedeniyle), kontrol grubunda bu oranın %63,1 bulunduğunu, kontrol grubuyla istatistiksel anlamlı fark bulunduğunu belirtmiştir(93). Yurtçu ve arkadaşlarının 15-19 yaş arası adölesan gebelerle 20-35 yaş arası yetişkin gebeler arasındaki perinatal sonuçları karşılaştırdıkları çalışmada; sezaryen ile doğum oranının erişkin gebe grubunda adölesan gebelere kıyasla belirgin yüksek (%51,76'ya karşın %35,74) bulunduğu bildirilmiştir(92).

Zhang ve arkadaşlarının çalışmasında 20-34 yaş arası kadınlarla karşılaştırıldığında, 10-19 yaş arası kadınların sezaryenle doğum riskinin %25 daha az olduğu bulunmuştur(116) Meydanlı ve arkadaşlarının çalışmasında, daha önce geçirilmiş bir veya daha fazla sezaryen operasyonunun kontrol grubundaki artmış sezaryen hızından sorumlu olabileceği, bu faktör düzeltildikten sonra oranlar tekrar değerlendirildiğinde adölesan ve kontrol grubu arasında sezaryenle doğum hızlarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir(121)

Çalışmamızda adölesan gebeleri doğumun gerçekleşme şekillerine göre değerlendirdiğimizde; 17 yaş altında gebeliklerin en sık %28,3 oran ile 13 olguda görülen Teröpatik Küretaj ile sonuçlandığı, 17 yaş ve üstünde ise en sık sezaryen (%25,9) ile doğumun gerçekleştiği tespit edilmiştir. Doğum vaktine ulaşabilen 17 yaş altı gebeliklerde doğumlardan 4'ünün sezaryen, 7'sinin vajinal yolla doğum şeklinde, 17 yaş ve üzeri olgularda 30 olgunun sezaryen, 17'sinin ise vajinal yolla doğum şeklinde sonuçlandığını gördük. 17 yaş altı gebeliklerde doğumun gerçekleşmesi halinde vajinal yolla doğumun (%15) sezaryenle (%8) doğuma göre daha sık tercih

edilen doğum yöntemi olduğu görüldü. Komplet Abortus (düşük) ile gebelik sonlanması, her iki yaş grubu için de sık görülen bir durum değildi. Yaş grupları arasında, doğum şekillerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,004$).

Literatürdeki çalışmalarla benzer şekilde olgularımızdan 17 yaş altındaki gebelerde, 17 yaş ve üzeri gebelere göre vajinal yolla doğumun daha sık gerçekleştiği, sezaryenle doğum oranlarının ise daha az sıklıkta olduğu gözükmemektedir. Ancak tüm olgularımız 18 yaş ve altı olduğu ve benzer yaşlardaki gebeleri kıyaslayarak bu bulguyu elde etmemiz nedeniyle, adölesan gebeler için sezaryenle doğum hızı bulgumuzdan yola çıkarak, tüm gebe kadın toplumu içindeki prevalansına ulaşabileceği konusunda net ve sağlıklı bir bulgu olabileceğini düşünmüyoruz.

Adölesan yaş grubunda görülen gebeliklerle ilgili literatürü incelediğimizde olguların; ergen gebeliklerinde artmış maternal ve perinatal riskler açısından ele alındığını, adölesan ve yetişkin yaş gebe olguların tıbbi komplikasyonlarının karşılaştırılması yöntemiyle adölesan gebeliklerde artmış riskleri tanımlamayı hedeflediklerini gözlemledik. İlgili literatürden farklı olarak çalışmamızı planlarken, “reşit olmayan gebe” örneğiyle karşılaşıldığında, daha öncesinde kazanılmış bir adli olgu farkındalığı ile yaklaşılmasını, adli tıbbi değerlendirme yapılması gerekliliği yönünde bakış açısı kazandırılmasını, çalışmamızda sıklıkla değindiğimiz ilgili yasal düzenlemeler hakkındaki bilinç ve bilgi düzeyinin arttırılmasını hedeflemiştik.

Ayrıca çalışmamızda; örneklemimizi oluşturan 18 yaş ve altı gebe olgularda gözlenmiş obstetrik riskler ve olumsuz üreme sonuçlarını, tıbbi kayıtları retrospektif inceleyerek edindiğimiz sınırlı veriler düzeyinde çalışıp, elde ettiğimiz bulguları tartışarak, tarafımızdan literatür verilerine katkı sağlamaya da çalıştık.

Bununla birlikte çalışmamızda; adli tıbbi vasıfta olgu kavramından hareketle, hastane başvurusunda tıbbi ve radyolojik olarak gebelik tanısı kesinleşmiş, 18 yaş ve altı adölesan gebelerden oluşacak şekilde evrenimizi planladığımız için, referans çalışmalardan farklı olarak, 19 yaş ve üstündeki gebe olguları çalışma dışında bıraktık. Adölesan gebe olguların obstetrik verileri ile erişkin yaş gebe olgulardan seçilmiş bir kontrol grubu verilerini karşılaştıran diğer çalışmaların aksine, bizim araştırmamız sadece 18 yaş ve altı gebe olguları kapsamaktaydı.

Obstetrik komplikasyonların ergenliğin hangi döneminde, hangi türde ve ne sıklıkta olduğunu gösterebilmek için 10-19 yaş arası olguları; erken, orta ve geç

adölesan şeklinde gruplara ayıran çalışmalar da vardı. Bizim çalışmamızda en küçük başvuru yaşı 14 olarak tespit edildiği için, örneklemimiz 14-18 yaş arası olgularla sınırlıydı. Gebe adölesanları adli kapsamıyla değerlendirmek amacıyla, istisnai durumlar hariç, evlilik için alt sınır olarak belirlenen 17 yaşını doldurma kriterine göre olgularımızı ≥ 17 ve < 17 olarak grupladık. Ancak komplikasyonların görülme sıklığı anlamında 17 yaş eşik bir değer olmamakla birlikte, olguları 17 yaş altı ve üstü şeklinde gruplamamız da tıbbi açıdan yapılmış bir sınıflama değildi.

Literatür incelememizde diğer çalışmalarda değişik yaş grupları ve sınıflamalar kullanılarak olgu sayısı, çeşitliliği ve çalışılan parametreler açısından veri girişinin arttığını gözlemledik. Yaş aralığı dar, tek bir olgu grubuyla ve kontrol grubu kullanmadan çalışıyor olmamız, ergen gebeliklerindeki perinatal süreci, maternal-fetal komplikasyonları ve doğum şekillerini diğer araştırmalara nazaran kapsamlı bir şekilde değerlendirme olanağımızı kısıtlamaktaydı.

Ek olarak diğer araştırmalarda çalışma grubunu; doğum yapmak için kendisi hastaneye başvuran ya da doğum eyleminin risk arz etmesi nedeniyle bir sağlık kuruluşundan sevk edilen, gebeliğinin son evrelerindeki adölesanlar oluşturmuyordu. Adölesan gebeliğin çalışmanın yapıldığı hastanede sonlanması; araştırmacının veri kaybı olmadan gebe olguya ve doğum sürecine ait tüm tıbbi kayıtlara doğrudan ulaşabilmesine böylece, perinatal süreç, gelişmiş ya da gelişebilecek obstetrik komplikasyonlar ve doğumun sonlanış şekliyle ilgili tüm parametreleri çalışabilmesine olanak tanımaktaydı. Bu yönüyle de literatürde adölesan gebelikleri inceleyen diğer araştırmalar ve bizim çalışmamız ayrılmaktadır. Retrospektif olarak taradığımız hasta dosyalarından gebeliğinin herhangi bir zamanında hastanemize gelmiş olan adölesan gebeler hakkında ancak o zaman kesitini içeren sınırlı veri elde edebildik.

Çalışmamızda adölesan gebelik olarak veri kayıt formuna işlediğimiz toplam olgu sayımız 162 idi. Ancak bu olgulardan 77'si ile ilgili izleyen süreçte tekrar herhangi bir tıbbi kayıt açılmadığını tespit ettik. Buradan yola çıkarak olguların gebelik takibi ya da doğum amacıyla hastanemize tekrar gelmediği anlaşılmaktadır. Olgularımızın en sıklıkla gebeliğin 2. trimesterinde başvurduğu, başvurudaki gebelik haftası ortalamasının 20,1 olması da yine bu tespitimizi doğrulamaktadır.

Kalan 85 olgunun gebelik süreçlerini incelediğimizde; 4'ünün komplet abortus, 23'ünün küretaj ile sonlandığını gördük. Küretajların yaş dağılımı, 17 yaş altında 13 olgu, 17 yaş ve üstünde 10 olgu şeklindeydi. 17 yaş ve altındaki olguların küretaj anamnezinde; henüz çok erken gebelik haftalarında iken düşük semptomları görülmesi ya da mahkemelerin sonlandırılması yönündeki kararları nedeniyle ilk trimesterde yapılan küretaj işlemi bilgisi vardı.

Hastanemiz doğum kliniğinde doğumları gerçekleşmek suretiyle sonuçlanan 58 adölesan gebenin doğum bilgilerini incelediğimizde; 17 yaş altı gebeliklerin en sık Teröpatik Küretaj (%28,3) ile sonuçlandığı, 17 yaş ve üstünde ise en sık sezaryen (%25,9) ile doğumun gerçekleştiği tespit edilmiştir. Doğum vaktine ulaşabilen 17 yaş altı gebeliklerde doğumlardan 4'ünün sezaryen, 7'sinin vajinal yolla doğum şeklinde, 17 yaş ve üzeri olgularda 30 olgunun sezaryen, 17'sinin ise vajinal yolla doğum şeklinde sonuçlandığını gördük. 17 yaş altı gebeliklerde doğumun gerçekleşmesi halinde vajinal yolla doğumun (%15) sezaryenle (%8) doğuma göre daha sık tercih edilen doğum yöntemi olduğu görüldü.

Elde ettiğimiz veriler doğrultusunda; sadece adli tıbbi vasıfta olgulardan oluşturduğumuz örneklemdeki olgu sayısının azlığı, yaş aralığımızın dar oluşu (14-18 yaş) ve adli olgu olarak değerlendirmedığımız için çalışma kapsamı dışında bıraktığımız erişkin yaş gebelerle oluşturulmuş bir kontrol grubumuzun bulunmadığı noktalarında, ilgili literatürdeki diğer araştırmalardan ayrılmaktayız.

Konuya adli tıbbi sürecin yönetilmesi önceliğiyle yaklaşmamız ve çalışma yöntemimizi “adli önem arz eden olgu” düzeyinde sınırlamamızın doğal bir getirisi olarak, adölesan gebeliklerin obstetrik komplikasyonları açısından net, mukayese edilebilir bulgular ortaya koyabilme noktasında çalışmamızın gücü de sınırlanmaktadır.

Adölesan gebeliklerle her zaman birlikte anılan ve hem genç kız hem de bebeği için morbidite ve mortalitesi yüksek komplikasyonlarla karakterize olumsuz perinatal süreç; biyolojik yaşın gençliğinden, antenatal takip, tedavi ve sosyal destek yoksunluğuna yol açan kötü sosyoekonomik durumdan ya da her iki faktörün birbiriyle etkileşimden kaynaklanıyor olabilir.

Sonuç olarak ergen bir kız çocuğunun hamile kalmasıyla başlayan hem kendi hem de bebeğinin hayatını tehdit eden ve bırakabileceği fiziksel, psikolojik ve bilişsel

sekelleriyle ileriki hayatlarını da etkilemeye devam edecek bir durumdan bahsedilmektedir(79)

Ergen gelişiminin 10- 24 yaş arasında devam ettiği, beynin gelişiminin ise 20'li yaşlara hatta 3. dekada kadar devam ettiği düşünüldüğünde (34) bedeni her ne kadar gelişmiş olsa da gebe kalmış çocuğa biyolojik ve bilişsel olarak ciddi bir yük binmektedir.

Bir evlilik dahilinde, istemli ve planlı olarak gerçekleşmiş gebeliklerde, ergen gebeye sağlanan sosyal destek ve ekonomik imkanlar sayesinde, ergen gebeliğin normalden fazla risk taşımadığı, evli olmanın koruyucu etkisi olduğu (44) savına karşılık; çocuk evliliklerinin; 18 yaşından önce gerçekleşen, tam ve serbest bir iradenin olmadan, fiziksel, fizyolojik ve psikolojik açıdan evlilik ve çocuk doğurma sorumluluğu taşımaya hazır olmadan gerçekleşen evlilikler (68) olarak tanımlandığı düşünüldüğünde, kız istemli olarak evlense ve gebe kalsa dahi bu durumun ergen kızın yaşı itibariyle, tam ve serbest bir iradenin yoksunluğunda gerçekleşmiş olması söz konusudur. Ortada özgür ve tam irade olmadan gerçekleşen ergen gebeliklerinin ise evlilik dışı ya da evlilik içi, herhangi bir şartta biyopsikosozal açıdan sağlıklı olduğu kabul edilemez ve bu gebeliklerin önlenmesi için mücadele edilmelidir.

Çalışmamızda adölesan gebelerle ilgili olarak, hasta dosyalarına bilgilerin dikkatli ve düzenli girilmesi noktasında ciddi eksiklikler olduğunu tespit ettik. Özellikle de bu olgu grubu için, medeni durum bilgisi veri girişlerinde, adölesan gebelerin adli bildiriminde bulunulması ve adli olgu olarak da sisteme kayıt edilmesinde eksiklikler vardı. Hastanede eksik veya hatalı kayıt tutulmasının çeşitli nedenleri olabilir. Görevli personelin tıbbi kayıtların önemi konusunda yeterli bilgi sahibi olmaması veya aşırı iş yükü nedeni ile hastanın demografik bilgilerini sorgulama konusunda yüzeysel hareket ettiği düşünülebilir. Ancak yaş küçüklüğü durumunda özellikle 17 yaş altı olgularda resmi nikah bilgisinin sorgulanarak kayıt altına alınmaması için herhangi bir iş yoğunluğu mazereti kabul edilemez. Reşit olmayan gebenin cinsel istismar suçu kapsamında değerlendirileceği ve şahit olan kamu çalışanının adli makamlara ihbarda bulunmadığı takdirde kendisinin de cezai yaptırıma tabi olduğunun bilincinde hareket etmesi gerekir. Sadece hekimin değil olaya şahit olduğu andan itibaren tüm personelin ihbar ve bildirim zorunluluğunun doğduğu, sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi başlığı altında TCK Madde

280’de “cezai yaptırımını olan suç kapsamında” olarak tanımlanmış ve cezası açıklanmıştır (66). Yasalarımızda kanunu bilmemenin mazeret sayılamayacağı konusu da, “kanunun bağlayıcılığı” başlıklı TCK 4. Maddesi ile hükme bağlanmıştır. Yasa maddesinde “ceza kanunlarını bilmemek mazeret sayılmaz” denilerek işlenen fiilin suç olduğunun bilinmemesinin cezai sorumluluğu ortadan kaldırmayacağı net bir şekilde ifade edilmektedir (66). Bu nedenle kamu çalışanından beklenen, görevini yaparken bilinçli, farkındalığı yüksek, hataya yer vermeyecek şekilde dikkatli ve ayrıntılı şekilde hasta verilerini kayıt altına alması ve ihbar gerekliliği doğduğunda adli süreci başlatmasıdır. Sağlık çalışanlarının sadece yasal zorunluk nedeniyle değil bir sosyal sorumluluk bilinciyle hareket etmesi toplumun da kendilerinden beklentisidir. Personelin adli olgu kavramı ve kapsamı ve adli olgunun bildirim süreci ve çalışanın adli yükümlülüğü konularında bilgi eksikliği olup olmadığının hastane idaresi tarafından düzenli aralıklarla sorgulanarak kontrol edilmesi gerektiğinde bu konuda eğitimler verilmesi uygun olabilir. Ayrıca elektronik ortamdaki hasta dosyalarına böyle bir veri girişi olduğunda otomatik olarak harekete geçen bir mekanizmayla ihbarın hastanedeki adli birimin bilgisi dahiline düşmesi sağlanabilir. Başka bir seçenek olarak kayıtların sık aralıklarla geriye dönük sürekli taranması ve gözden kaçmış olguların tespiti sağlanabilir.

6. SONUÇ

Çocuk yaşıta evliliklerin sona erdirilmesi yönündeki tüm evrensel taahhütlerin kabulüne rağmen, çocuk yaşıta evlilikler ve doğal sonucu olan adölesan gebelikler hala tüm dünyada temel sağlık ve gelişmişlik göstergelerini en olumsuz şekilde etkileyen yaygın uygulamalar olarak süregelmektedir.

“Çocuk” kavramı gereğince, 18 yaşın altındaki bireylerde tam rıza gösterme halinden bahsedilemeyeceği için de “çocuk yaşıta ve erken yaşıta evlilikler” zorla evlilik olarak değerlendirilmelidir.

Adölesan gebeliğe zemin hazırlayan veya direkt neden olan tüm etkenlerin, her ne kadar çocuğun ait olduğu toplumun, ailenin, sosyokültürel, dini, yasal ve ekonomik statüsünün etkisinde işlediği düşünülse de genç annenin ve bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkilediği yadsınamaz bir gerçektir.

Gelişmekte olan ülkelerde genellikle bir evlilik veya birlikteliği takiben gerçekleşen ergen gebelik ve buna bağlı obstetrik komplikasyonlar hem anne hem de yenidoğan için yaratacağı ölümcül sonuçları ile yüksek riskli gebelikler olmasının yanı sıra, kendisi daha çocukken annelik sorumluluğu altına girmesinin yol açtığı psikolojik travma nedeniyle de ciddi bir toplumsal sağlığı sorunu yaratmaktadır.

Diğer yandan evlendiği ya da gebe kaldığı için eğitime devam edemeyen kız çocuğunun; yaşıyla uyumlu bir sosyal çevreye dahil olarak büyüme ve meslek sahibi olma fırsatları sınırlanmakta, sosyal izolasyon ile yalnızlaştırılan ve daha savunmasız hale gelen çocuğun, aile içi şiddete uğrama ihtimali de artmaktadır.

Adölesan gebelikler ve sıklıkla sebebi olarak karşımıza çıkan çocuk yaşıta evlilikler; kız çocuğunun eğitim ve sosyal hayata erişiminde potansiyel bir engel olması ile çocuk bedeni, zihni ve ruhunun örselenmesine neden olabilecek bir çocuk hakları ihlali sorunudur; henüz fiziksel ruhsal ve sosyal gelişimini tamamlamadan gebe kalan bir çocuğun, ideal olan sağlıklı bir çerçevede büyüme, eğitim, özgürlük, eşitlik, her türlü ayrımcılıktan korunması hakkı, kendi geleceği ilgili karar verme, yasal ekonomik ve sosyal hakkı elinden alınmaktadır. Ayrıca gelecekte ait olduğu topluma çalışarak ve üreterek değer ve ekonomik katkı sağlayacak yetkin aktif bir birey olarak

var olmasının önünde engel olarak çocuk, kadın, insan olarak tüm haklarının ihlal edilmesi sorunudur.

Çocuk evlilikleri yaygın olarak insan haklarının ihlali ve ulusal kalkınmanın önünde bir engel olarak kabul edilmektedir. Uygulama, milyonlarca kızın sağlığı, esenliği ve hakları üzerinde kalıcı, zararlı sonuçlar doğurabilir. Çocuğun cinsel ve ruhsal istismarıyla başlayıp, gebe kalma, erken yaşta evlilik ve anne olma gibi çocuğu çeşitli şekillerde konumlandıran adölesan gebelikler ve çocuk yaşta evlilikler konusu; gerekli tedbirleri alma, güçlü sosyal politikalar geliştirme, evrensel yasa ve kabulleri içselleştiremeyen iç hukuk yasalarının mevcut haliyle dahi uygulanmasında yetersiz kalan ve/veya uygulama noktasında hatalar yaparak bu süreci yönetemeyen devletler için de sosyal ve hukuki bir sorundur.

Yoksulluk ve eğitim eksikliğinin, erken evliliklerin ve adölesan gebeliklerin hem en önemli sebeplerinden, hem de tıbbi komplikasyonlar ile birlikte en önemli sonuçlarından olması, eğitim ve ekonomik alanda yapılacak iyileştirmelerin bu sorunun çözülmesinde etkili olacağı gerçeğini gözler önüne sermektedir.

Evrensel hukuk ve birçok uluslararası sözleşme gereğince “çocuk” ve dolayısıyla “çocuk yaşta evlilik” tanımlamalarında, 18 yaş eşiği esas alınmaktadır. Bu evrensel kararların imzacısı olan ülkemizde ise çocuk yaşta evlilikler toplumda hala yaygın bir şekilde uygulanırken yasal olarak da devam etmesinin önü açılmaktadır. Yasalar ve düzenlemeler arasındaki bu uyuşmazlıklar nedeniyle çocuğun cinsel istismardan ve erken evlendirilmekten korunması için etkili ve sürdürülebilir politikalar üretilmesi de zorlaşmaktadır. Bu karışıklıkların giderilmesi ve uygulamada farklı yorumlara sebebiyet verilmemesi için net ve tek bir “çocuk” tanımının yapılarak kanunlar ve cezai yaptırımlarının tekrar düzenlenmesi gerekmektedir. Bu şekilde suç kapsamı netleşen adölesan gebeliklerin, bu suçun işlendiğine şahit olunduğu anda adli makamlara bildiriminin yapılması ve bunun sağlık personelinin adli görevi niteliğinde olduğu, bu sorumluluğunu yerine getirmemesi durumunda ceza uygulanacağı konusunda sağlık çalışanının bilgilendirilmesi ve farkındalığı sağlanmalıdır.

Sonuç olarak; çocuk yaşta evlilikler ve adölesan gebelikler, görüldüğü her bölge ve topluma özgü olarak değişen sebepleri ve sonuçları çok iyi analiz edilmiş küresel bir sorundur. Sorunun çözümü için öncelikle zemin hazırlayan ve kolaylaştıran her türlü faktörün engellenmesi, bunun için uygulanabilir ve etkili sosyal, hukuki ve

ekonomik politikalar geliştirilmesi ayrıca kararlı denetim mekanizmaları ve cezai yaptırımlarla da bu politikaların desteklenmesi gerekmektedir. En nihayetinde; toplumların çocuk ve gençlerinin sağığı için yapacağı her türlü yatırım, sağılıklı nesillerin devamı yoluyla ülkelerin aydınlık gelecek kazanımı olarak geri dönecektir.



7.KAYNAKLAR

1. World Health Organization/Health topics/Adolescent health.
2. UN IGME Child Mortality Report 2022.
3. World Health Organization (WHO). WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcome Among Adolescents in Developing Countries. Geneva: WHO; 2011.
4. World Health Organization. Fact sheet: Adolescent Pregnancy.
5. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG. 2014 Mar;121:40–8.
6. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalew AW. Adverse neonatal outcomes of adolescent pregnancy in Northwest Ethiopia. PLoS One. 2019 Jun 13;14(6):e0218259.
7. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Population Prospects 2022, Online Edition.
8. UNICEF DATA Early Childbearing and Teenage Pregnancy Rates.
9. Sully EA, Biddlecom A, Darroch JE, Riley T, Ashford LS, Lince-Deroche N, et al. Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019. New York; 2020 Jul.
10. Çakır SÇ, Çelik S, Yazıcıoğlu B, Soyer Çalışkan C. Early Neonatal Outcomes of Adolescent Pregnancies. Ankara Medical Journal. 2021;21(4):515–25.
11. Klein JD. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. Pediatrics. 2005 Jul 1;116(1):281–6.
12. Bulut A. G. S. , Gürkan Y. D. D. A. , Sevil P. D. Ü. Adölesan Gebelikler. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2008; 13(13): 37-44.
13. ECPAT Türkiye 2019. Terminology Guidelines for the Protection of Children from Sexual Exploitation and Sexual Abuse. (Çocukların Cinsel Sömürü ve Cinsel İstismardan Korunması Terimler Kavramlar Kılavuzu).
14. World Health Organization. Fact sheet: Adolescent Pregnancy <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
15. <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>.
16. Towards Ending Child Marriage: Global trends and profiles of progress, UNICEF, New York, 2021.

17. Türk Medeni Kanunu (TMK) <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721>.
18. Ercan, O. (2005). Adolesanın psikososyal gelişimi. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi, (43).
19. <https://sozluk.gov.tr/>.
20. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. The Lancet. 2016 Jun;387(10036):2423–78.
21. A. G. S. Bulut YDDAG and PDÜS "Adölesan GSPÇD vol. 13, no. 13, pp. 37 44, Jun 2008. A. G. S. Bulut , Y. D. D. A. Gürkan and P. D. Ü. Sevil , “Adölesan Gebelikler”, Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, vol. 13, no. 13, pp. 37-44, Jun. 2008.
22. Kreipe RE MER. Adölesan Dönemi. “Nelson of Pediatrics” içinde. (çev.ed.) Tuzcu M. 3.baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2001;226-262.
23. Çuhadaroğlu F. Adölesansda psikolojik gelişim özellikleri. Katkı Pediatri Dergisi 1996; 5:783-88.
24. Susman EJ, Rogol A. Puberty and Psychological Development. In: “Handbook of Adolescent Psychology”. (eds) Lerner RM, Steinberg L. 2th ed. Hoboken, New Jersey. John Wiley&Sons, Inc. 2004;15-44.
25. Bordini, B. ve Rosenfield, R. L. (2011). Normal pubertal development: Part II: Clinical aspects of puberty. Pediatrics in Review. doi:10.1542/pir.32-7-281.
26. Tekgül, B., ve P. Uslu Tek. “Ergenlik.” Ergen Sağlığı” İçinde. Pratisyen Hekimlik Derneği Yayını (2005): 23-37.
27. UNFPA Sağlık Çalışanlarına Yönelik Çocuk Yaşta, Erken ve Zorla Evliliklerin Önlenmesi Rehberi.
28. Sachan, J., & Swamy, D. (2016). Menstrual pattern and problems among rural adolescent girls of Bhilwara district, Rajasthan. IJCMS, 2(10), 476–478.
29. Lim, H. S., Kim, T. H., Lee, H. H., Park, Y. H., Lee, B. R., Park, Y. J., & Kim, Y. S. (2018). Fast food consumption alongside socioeconomic status, stress, exercise, and sleep duration are associated with menstrual irregularities in Korean adolescents: Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2009-2013.
30. Neyzi O, Alp H, Orhon A. Sexual Maturation in Turkish Girls. Annals of Human Biology.
31. WHO, Sexual and Reproductive Health and Research.
32. T.C. Sağlık Bakanlığı (2018), “Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri”, <https://hsgm.saglik>.

gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/yayinlar/Kitaplar/Bebek_Cocuk_Ergen_Izlem_Protokolleri_2018.pdf.

33. Alsaker FD. Is puberty a critical period for socialization? J Adolesc. 1995 Aug;18(4):427–44.
34. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. Lancet Child Adolesc Health. 2018 Mar;2(3):223–8.
35. World Health Organization. (2014). Health for the world’s adolescents: a second chance in the second decade: summary. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112750>. WHO, “Health for the world’s adolescents” .
36. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. The Lancet. 2012 Apr;379(9826):1630–40.
37. World Health Organization (WHO). Coming of age: adolescent health.
38. Türkiye İstatistik Kurumu Dünya Nüfus Günü, 2023.
39. TÜİK Dünya Nüfus Günü,2023.
40. Azzopardi PS, Hearps SJC, Francis KL, Kennedy EC, Mokdad AH, Kassebaum NJ, et al. Progress in adolescent health and wellbeing: tracking 12 headline indicators for 195 countries and territories, 1990–2016. The Lancet. 2019 Mar;393(10176):1101–18.
41. UNICEF-2021-Child-Mortality-Report.pdf.
42. World Health Organization (WHO). Adolescents: health risks and solutions.
43. Treffers P. Adolescent Pregnancy Issues in Adolescent Health and Development, II. Series. Geneva, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2004; 5-1.
44. Dölen İ., Gökçü M., Demirdağ T. (2003). Adölesan Gebelikler, Kadın Doğum Dergisi, 1(3): 183-185- 3.
45. Topal, İ. (1981). Ana ve çocuk sağlığı açısından adölesan gebeliği. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fa-kültesi Pediatri AD Uzmanlık Tezi, Ankara.
46. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects, Age-specific fertility rates.
47. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye, 2018. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/> TNSA2018_ana_Rapor.pdf.
48. TÜİK, Doğum İstatistikleri, 2022.

49. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG*. 2014 Mar;121:40–8.
50. Sağlık Bakanlığı (2018). Doğum Öncesi Bakım Yönetmeliği. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Ankara.
51. Goossens G, Kadji C, Delvenne V. Teenage pregnancy: a psychopathological risk for mothers and babies? *Psychiatr Danub*. 2015 Sep;27 Suppl 1:S499-503.
52. UNFPA ÇOCUK YAŞTA, ERKEN VE ZORLA EVLİLİKLERİN ÖNLENMESİ Temel Bilgiler Rehberi.
53. Taner CE, Aydoğan Kirmizi D, İris A, Basogul O. Results of adolescent pregnancy. *The Medical Journal of Goztepe Training and Research Hospital*. 2013 Mar 5;27(1):6–10.
54. Chung HW, Kim EM, Lee JE. Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: A systematic review. *J Adolesc*. 2018 Dec;69:180–8.
55. Maswikwa, Richter, Kaufman, Nandi. Minimum Marriage Age Laws and the Prevalence Of Child Marriage and Adolescent Birth: Evidence from Sub-Saharan Africa. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2015;41(2):58.
56. Neal SE, Chandra-Mouli V, Chou D. Adolescent first births in East Africa: disaggregating characteristics, trends and determinants. *Reprod Health*. 2015 Dec 19;12(1):13.
57. Kmietowicz Z. US and UK are top in teenage pregnancy rates. *BMJ*. 2002 Jun 8;324(7350):1354–1354.
58. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2007 Apr 1;36(2):368–73.
59. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalew AW. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in Africa: a systematic review and Meta-analysis. *Reprod Health*. 2018 Dec 29;15(1):195.
60. International Planned Parenthood Federation (IPPF) (2006). Ending child marriage: A guide for global policy action. Londra: IPPF. 6-16.
61. Traisisilp K, Jaiprom J, Luewan S, Tongsong T. Pregnancy outcomes among mothers aged 15 years or less. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2015 Nov 26;41(11):1726–31.
62. Malabarey OT, Balayla J, Klam SL, Shrim A, Abenhaim HA. Pregnancies in Young Adolescent Mothers: A Population-Based Study on 37 Million Births. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2012 Apr;25(2):98–102.

63. Phupong V, Suebnukarn K. Obstetric outcomes in nulliparous young adolescents. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2007 Jan;38(1):141–5.
64. Treffers PE. [Teenage pregnancy, a worldwide problem]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2003 Nov 22;147(47):2320–5.
65. Global patterns of mortality in young people. A systematic analysis of population data. *Lancet* 2009;374:881e92 .
66. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK).
67. 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu.
68. The Inter-African Committee (IAC) on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children. (1993) Newsletter, December 2003.
69. Çocukların Cinsel Sömürü ve Cinsel İstismardan Korunması İçin Terimler Kavramlar Kılavuzu . ICC (Uluslararası Çocuk Merkezi) (Ed.). Ankara: Ecpat International. .
70. UNFPA Turkey. UNFPA Çocuk Yaşta Evlilik Raporu 2020 "ÇOCUK YAŞTA, ERKEN VE ZORLA EVLİLİKLERİN SAĞLIK RİSKLERİ VE SONUÇLARINA ÇOK SEKTÖRLÜ YAKLAŞIM".
71. Çocuk Yaşta, Erken ve Zorla Evlilikler Sözlükçesi, Başlangıç Raporu, Çocuk Yaşta, Erken ve Zorla Evliliklerin Önlenmesine Yönelik Birleşmiş Milletler Ortak Programı, Ankara, 30 Nisan 2018 .
72. BM Kadın Birimi, Çocuk Yaşta, Erken ve Zorla Evliliklere İlişkin Erkek Algısı.
73. UNFPA Çocuk Yasta Evlilik Raporu ÇOCUK YAŞTA, ERKEN VE ZORLA EVLİLİKLERİN SAĞLIK RİSKLERİ VE SONUÇLARINA ÇOK SEKTÖRLÜ YAKLAŞIM.
74. UNICEF. IS AN END TO CHILD MARRIAGE WITHIN REACH? Latest trends and future prospects 2023 update.
75. UNICEF Data Child Marriage, 2023.
76. TÜİK, Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2022.
77. Girls Not Brides. Child Marriage Atlas.
78. ZEREN F, GÜRSOY E. The Factors Causing Early Marriages, Their Attitudes and Their Effects on Women's Health. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*. 2020;12(1):124–32.
79. KIRAN E (2017). TOPLUMSAL CİNSİYET ROLLERİ BAĞLAMINDA TÜRKİYE'DE ÇOCUK GELİNLER. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi(ICOME P 2017 ÖZEL SAYISI)*, 1-8.

80. Türkiye Büyük Millet Meclisi Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu Faaliyet raporu: 23. dönem 4. yasama yılı, Ekim 2009-Ekim 2010.
81. Erdoğan, D. (2014). Türkiye’de çocuk gelinler sorunu. Nesne Psikoloji Dergisi (NPD), 2(3), 27-38.
82. Jacqueline E. Darroch VWAB and LSA. Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents .
83. Kiliççeker, R. (2019). Acil servise başvuran adölesan gebelerin retrospektif incelenmesi (Master’s thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
84. MERAL O, ŞENER A, ŞEN T. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesine Başvuran Adölesan Gebelerin Tıbbi, Sosyal ve Hukuki Açıdan İncelenmesi. Medical Records. 2021 May 6;3(2):73–9.
85. Kırbaş, A. (2011). Adölesan Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.
86. MÖ, N. Ç. (2017). Adölesan Gebeliklerin Retrospektif Değerlendirilmesi. TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir İli Kamu Hastaneleri Birliği Kuzey Genel Sekreterliği Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanlık tezi.
87. Cebeci B, Kavuncuoğlu S, Erener Ercan T, Eras Z, Cetinkaya M. Neonatal Prognosis and Outcomes in Adolescent Pregnancies. Medical Bulletin of Haseki. 2021 Jan 1;59(1):37–42.
88. İLERİ A, İLERİ H, ATA C, TOSUN G, ÖZEREN M. ADÖLESAN GEBELİKLERDEKİ MATERNAL VE FETAL SONUÇLARIN KARŞILAŞTIRILMASI. Bozok Tıp Dergisi. 2020 Mar 1;
89. Balcı E, İncedal Sonkaya Z, Göçer Ş. Assessment Of Maternal And Fetal Outcomes In Adolescent And Non-Adolescent Pregnant Women. Eastern Journal Of Medicine. 2020;25(1):19–25.
90. Kapisiz SG, Dedeoğlu Z. Adolescent pregnancies and legal issues. Turk J Womens Health Neonatol 2020; 2(2): 41-46.
91. Fazilet, G. Ö. R., & ÇOBAN, A. ADÖLESAN ANNELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE DOĞUM SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(1), 30-38.
92. İmaz M, Aksin S, Balsak D, Avc F, Aboalhasan Y, Bala M, et al. Comparison of Perinatal and Neonatal Outcomes of Very Advanced Maternal Aged Pregnants and Early Adolescent Pregnant Women. International Journal of Surgery and Medicine. 2023;(0):1.

93. YURTÇU E, MUTLU S, ÇİTİL A, TOKGÖZ VY. Adolesan ve Erişkin Gebelikler Arasındaki Perinatal Sonuçların Karşılaştırılması: Retrospektif Kohort Çalışma. OSMANGAZİ JOURNAL OF MEDICINE. 2020 Jun 23;
94. Barut MU. Adölesan Gebelerin Maternal ve Fetal Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi. 2018 Sep 6;283–90.
95. Ozer E, Nacar MC, Yildirim A, Enginyurt O, Din H, Evcuman D. Underage mothers in Turkey. Med Sci Monit. 2014 Apr 9;20:582–6.
96. Keskinoglu P, Bilgic N, Picakciefe M, Giray H, Karakus N, Gunay T. Perinatal Outcomes and Risk Factors of Turkish Adolescent Mothers. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2007 Feb;20(1):19–24.
97. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. Association of Young Maternal Age with Adverse Reproductive Outcomes. New England Journal of Medicine. 1995 Apr 27;332(17):1113–8.
98. Olausson PO, Cnattingius S, Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. BJOG. 1999 Feb 19;106(2):116–21.
99. Karaçam Z, Kizilca Çakaloz D, Demir R. The impact of adolescent pregnancy on maternal and infant health in Turkey: Systematic review and meta-analysis. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2021 Apr;50(4):102093.
100. Melekoglu R, Evruke C, Kafadar T, Misirlioglu S, Buyukkurt S, Ozgunen FT. Perinatal Outcomes of Adolescent Pregnancy. Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology. 2013;10(4):213–9.
101. Yasmin, Gazala, Aruna Kumar, and Bharti Parihar. “Teenage pregnancy-its impact on maternal and fetal outcome.” International journal of scientific study 1.6 (2014): 9-13.
102. Torvie AJ, Callegari LS, Schiff MA, Debiec KE. Labor and delivery outcomes among young adolescents. Am J Obstet Gynecol. 2015 Jul;213(1):95.e1-95.e8.
103. Orvos H, Nyirati I, Hajdú J, Pál A, Nyári T, Kovács L. Is adolescent pregnancy associated with adverse perinatal outcome? J Perinat Med. 1999 Jan 1;27(3).
104. Wong SPW, Twynstra J, Gilliland JA, Cook JL, Seabrook JA. Risk Factors and Birth Outcomes Associated with Teenage Pregnancy: A Canadian Sample. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2020 Apr;33(2):153–9.
105. Ekwo EE, Moawad A. Maternal age and preterm births in a black population. Paediatr Perinat Epidemiol. 2000 Apr 25;14(2):145–51.
106. Berenson AB, Wiemann CM, McCombs SL. Adverse perinatal outcomes in young adolescents. J Reprod Med. 1997 Sep;42(9):559–64.

107. KONJE JC, PALMER A, WATSON A, HAY DM, IMRIE A, EWINGS P. Early teenage pregnancies in Hull. *BJOG*. 1992 Dec 19;99(12):969–73.
108. Mahfouz AAR, El-Said MM, Al-Erian RAG, Hamid AM. Teenage pregnancy: are teenagers a high risk group? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1995 Mar;59(1):17–20.
109. Jolly MC, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. *Obstetrics and gynecology*. 2000 Dec;96(6):962–6.
110. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2007 Apr 1;36(2):368–73.
111. Rasheed S, Abdelmonem A, Amin M. Adolescent pregnancy in Upper Egypt. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2011 Jan 4;112(1):21–4.
112. Amini SB, Catalano PM, Dierker LJ, Mann LI. Births to teenagers: trends and obstetric outcomes. *Obstetrics and gynecology*. 1996 May;87(5 Pt 1):668–74.
113. Scholl TO, Hediger ML, Salmon RW, Belsky DH, Ances IG. Association between low gynaecological age and preterm birth. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1989 Oct 28;3(4):357–66.
114. Haiek L, Lederman SA. The relationship between maternal weight for height and term birth weight in teens and adult women. *Journal of Adolescent Health Care*. 1989 Jan;10(1):16–22.
115. Hediger ML, Scholl TO, Belsky DH, Ances IG, Salmon RW. Patterns of weight gain in adolescent pregnancy: effects on birth weight and preterm delivery. *Obstetrics and gynecology*. 1989 Jul;74(1):6–12.
116. DUENHOELTER JH, JIMENEZ JM, BAUMANN G. Pregnancy Performance of Patients Under Fifteen Years of Age. *Obstetrics & Gynecology*. 1975 Jul;46(1):49–52.
117. Zhang T, Wang H, Wang X, Yang Y, Zhang Y, Tang Z, et al. The adverse maternal and perinatal outcomes of adolescent pregnancy: a cross sectional study in Hebei, China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Dec 1;20(1):339.
118. Lubarsky SL, Schiff E, Friedman SA, Mercer BM, Sibai BM. Obstetric characteristics among nulliparas under age 15. *Obstetrics and gynecology*. 1994 Sep;84(3):365–8.
119. Satin AJ, Leveno KJ, Sherman ML, Reedy NJ, Lowe TW, McIntire DD. Maternal youth and pregnancy outcomes: Middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. *Am J Obstet Gynecol*. 1994 Jul;171(1):184–7.

120. Alves JG, Siqueira LC, Melo LM, Figueiroa JN. Smaller pelvic size in pregnant adolescents contributes to lower birth weight. *Int J Adolesc Med Health*. 2013 Jun 1;25(2):139–42.
121. Weng YH, Yang CY, Chiu YW. Risk Assessment of Adverse Birth Outcomes in Relation to Maternal Age. *PLoS One*. 2014 Dec 10;9(12):e114843.
122. Meydanlı M, ÇE, ET, AS, Dİ, & HA (2000). Adölesanlarda Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *J Clin Obstet Gynecol*, 10(2), 98-103.

