

Adölesan Doğumların Demografik Özellikleri ve Maternal-Fetal Sonuçları: İstanbul’da Referans Bir Hastanede Gerçekleştirilen Olgu-Kontrol Çalışması

Kerem Doğa Seçkin*, Burak Yücel*, Mehmet Fatih Karşı**, Çağdaş Özdemir*, Cihan Togrul***, Engin Çelik*, Tuncay Küçüközkan**, Gökhan Yıldırım*

*Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, **Sami Ulus Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ***Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

ÖZ

Amaç: Adölesan yaşta doğum yapan hastalar ile 20 ila 35 yaşları arasında doğum yapan hastalardan seçilen kontrol grubu arasında demografik özellikler ve maternal-fetal sonuçlar açısından fark olup olmadığının araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 2014 yılı içinde İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğumu gerçekleştirmiş 300 adölesan gebe (14-19 yaş arası) ve kontrol grubu olarak yine aynı yıl arasında doğum yapmış rastgele seçilen 320 gebe kadın (20-35 yaş) dâhil edilmiştir.

Bulgular: Adölesan grubun yaş ortalaması $16,72 \pm 1,21$, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması $28,68 \pm 4,14$ idi. Eğitimsiz ve düşük eğitim düzeyi oranı adölesan grubunda daha fazla idi. Adölesan gebelik grubunda epizyotomi ile normal doğum oranı yüksek, sezaryen oranları ise düşük saptandı. Preeklampsinin adölesan gebelik grubunda daha sık görüldüğü saptandı. Fetal anomali sıklığı kontrol grubunda daha yüksek idi. Birinci dakika Apgar skorları adölesan gebelik grubunda daha düşük saptandı.

Sonuç: Adölesan gebelikler kötü maternal ve fetal sonuçlarla birtakım göstergesi nedeniyle yüksek riskli gebeliklerdir. Adölesan gebeliklerin yönetiminde bu durum dikkate alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: adölesan, gebelik, komplikasyonlar

ABSTRACT

Demographic Characteristics and Maternal-Fetal Outcomes of Adolescent Births: A Case-Control Study in a Reference Hospital in Istanbul

Objective: To investigate the differences regarding demographic characteristics and maternal-fetal results between births in adolescent ages and controls who selected among women delivered between ages of 20 and 35.

Material and Method: In year of 2014, among patients who applied to Istanbul Kanuni Sultan Suleyman Research and Training Hospital, results regarding 300 pregnant adolescents between ages of 14-19 and the 320 pregnant women between ages of 20-35 were included to study.

Results: Average age of adolescent pregnant women were found to be 16.72 ± 1.21 , whereas average age of the pregnant women at reproductive phase were determined as 28.68 ± 4.14 . Cesarean section rates were lower and vaginal delivery with episiotomy was higher in adolescent pregnancies. The incidence of preeclampsia was higher in adolescent pregnancy group. Fetal anomalies were lower in adolescent group. Apgar scores at 1 minute were lower in adolescent group.

Conclusion: Adolescent pregnancies are high-risk pregnancies because of being associated with poor maternal and fetal results. This should be taken into account in the management of adolescent pregnancies.

Keywords: adolescent, complications, pregnancy

GİRİŞ

Tüm dünyadaki doğumların %11’inin adölesan gebelikler sonucu geliştiği tahmin edilmektedir. Ayrıca bu gebeliklerin %90’ından fazlasının orta-düşük gelirli ülkelerde olduğu bilinmektedir⁽¹⁾.

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonunun 2014 yılı “Dünya Nüfusunun Durumu Raporu”na göre, Türkiye’de evliliklerin üçte birinde kadınların 18 yaş altında bulunduğu ve her yıl 18 yaş altındaki 91000 kadın anne olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada ülkemizde 15-19 yaş grubundaki her 1000 kadın başına 28 doğum düştüğü rapor edilmiştir⁽²⁾.

Alındığı Tarih: 08.06.2015

Kabul Tarihi: 11.10.2015

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Burak Yücel, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Altınşehir-Küçükçekmece-34303-İstanbul

e-posta: drburakyucel@gmail.com

Çocuk yaşta yaptırılan evlilikler, ülkemizin en önemli toplumsal sorunlarından biridir. Bireyin ruhsal ve fiziksel gelişimini tamamlamadan yaptığı evlilikler erken evlilik olarak tanımlanmaktadır. “Çocuk Hakları Sözleşmesi” gibi uluslararası belgelere göre, on sekiz yaşının altında yapılan her evliliğe “çocuk evliliği”, evlenen kız çocuklarına da “çocuk gelin” denilmektedir. Ülkemizde dayatmacı ataerkil yapı, toplumsal değerler, gelenek görenekler, eğitim yetersizliği, işsizlik ve yoksulluk gibi nedenler kız çocuklarının erken yaşta evlenmelerine neden olmaktadır⁽³⁾.

Çocuk yaşta evliliğin bir sonucu olarak ortaya çıkan adölesan gebelikler ve adölesan, düşük doğum ağırlığı, preterm eylem, perinatal ölüm, sefalopelvik uygunsuzluk ve maternal ölüm gibi maternal ve fetal kötü sonuçların daha sık gözlemlendiği farklı çalışmalarda gösterilmiştir^(4,5).

Bu çalışmamızda Türkiye'nin en kalabalık şehri İstanbul'da referans bir klinik olan hastanemizde 2014 yılı içinde gerçekleşen tüm adölesan doğumları, 20-35 yaş arası doğum yapan kadınlardan seçtiğimiz kontrol grubu ile karşılaştırarak, adölesan doğumların maternal ve fetal sonuçları üzerine geriye dönük analiz yapmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamız retrospektif olarak kurgulanmış, 2014 yılı içinde İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğumu gerçekleşmiş 300 adölesan gebe (10-19 yaş arası) ve kontrol grubu olarak yine aynı yıl arasında doğum yapmış rastgele seçilen 320 gebe kadın (20-35 yaş) dâhil edilmiştir.

Çalışmaya alınan tüm hastaların yaş, doğumda gebelik haftaları, gebelik, doğum ve düşük sayıları, eğitim durumları gibi demografik verileri, doğum şekilleri, doğum öncesi ve sonrası hemotokrit değerleri, kan transfüzyonu gereksinimlerinin olup olmadığı gibi doğum ile ilgili verileri, plasental anormali varlığı, erken membran rüptürü olup olmadığı, intrauterin gelişme geriliği varlığı veya oligohidroamnios olup olmadığı, preeklampsi veya Hellp sendromu varlığı, ölü doğum yapıp yapmadığı gibi obstetrik sonuçları ile yenidoğan bebeklerin doğum kiloları ve 1. ve 5. dk. Apgar skorları kayıt edilmiştir.

İstatistik

Verilerin analizi SPSS for Windows 16.0 paket programında yapıldı. Sürekli değişkenlerin dağılımının normale yakın olup olmadığı Shapiro Wilk testi ile araştırıldı. Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) şeklinde, nominal değişkenler ise olgu sayısı ve (%) olarak gösterildi. Gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği Student's t testi ile ortanca değerler yönünden, gruplar arasında anlamlı farkın olup olmadığı ise Mann Whitney U testi ile araştırıldı. Nominal değişkenler ki-kare testi ile değerlendirildi. P<0,05 için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Adölesan grubu 300 gebeden oluşuyordu ve yaş ortalaması 16,72±1,21 (14-19 yaş) idi, 320 gebeden oluşan kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 28,68±4,14 (20-35 yaş) olarak saptandı. Doğum sırasındaki ortalama gebelik haftaları iki grup için istatistiksel olarak benzer idi (p=0,429). Gebelik, doğum ve düşük sayıları adölesan gebelik grubunda daha düşük

Tablo 1. Demografik veriler.

	Adölesan gebelik grubu (n=300)	Kontrol grubu (n=320)	p değeri
Yaş	16,72±1,21	28,68±4,14	<0,001
Gebelik haftası	38,34±2,19	38,14±2,93	0,429
Gebelik sayısı	1,29±0,59	3,13±1,69	<0,001
Doğum sayısı	1,68±0,19	0,19±0,44	<0,001
Düşük sayısı	0,42±0,89	0,08±0,32	<0,001
Eğitimsiz	153 (%51,00)	29 (%9,06)	
İlkokul	95 (%31,67)	102 (%31,88)	
Eğitim durumu Orta	44 (%14,67)	96 (%30)	<0,001
Lise	8 (%2,67)	77 (%24,06)	
Üniversite	0	16 (%5)	

Tablo 2. Doğum ile ilgili veriler.

		Adölesan gebelik grubu (n=300)	Kontrol grubu (n=320)	p değeri
Doğum şekli	Normal doğum	33 (11%)	136 (42,5%)	<0,001
	Epizyotomili	213 (71%)	53 (16,56%)	
	Sezaryen	54 (18%)	131 (40,94%)	
Doğum öncesi hematokrit değeri (%)		36,75±4,1	37,1±4,11	0,283
Doğum sonrası hematokrit değeri (%)		31,76±4,55	32,72±4,27	0,007
Kan transfüzyonu		10 (3,33%)	10 (3,13%)	0,833

Tablo 3. Obstetrik sonuçlar.

	Adölesan gebelik grubu (n=300)	Kontrol grubu (n=320)	p değeri
Preterm Doğum	39 (%13)	44 (%13,75)	0,833
Preeklampsi	17(%5,67)	10 (%3,13)	0,033
HELLP Sendromu	1 (%0,33)	5 (%1,56)	0,118
Ölü Doğum	3 (%1)	9 (%2,81)	0,136
Erken membran rüptürü	10 (%3,33)	19 (%5,94)	0,333
IUGG	14 (%4,67)	18 (%5,63)	0,539
Oligohidroamnios	11 (%3,67)	13 (%4,06)	0,739
Plasentasyon anomalileri	2 (%0,67)	7 (%2,19)	0,114

Tablo 4. Yenidoğan sonuçları.

	Adölesan gebelik grubu (n=300)	Kontrol grubu (n=320)	p değeri
Fetal anomali	2 (%0,67)	9 (%2,81)	0,043
1. dk. APGAR skoru	4 altı	12 (%4)	0,002
	4-7	19 (%6,33)	
	8 ve büyük	269 (%89,67)	
5. dk. APGAR skoru	4 altı	8 (%3,8)	0,65
	4-7	21 (%6,6)	
	8 ve büyük	287 (%89,7)	
Doğum kilosu	1000 g altı	4 (%1,33)	0,030
	1000-2000 g	12 (%4)	
	2000-2500 g	77 (%25,67)	
	2500-4000 g	197 (%65,33)	
	4000 g üstü	10 (%3,33)	

idi. Eğitimsiz ve düşük eğitim düzeyi oranı adölesan grubunda daha fazla idi (Tablo 1).

Adölesan gebelik grubunda epizyotomi ile normal doğum oranı (%71) kontrol grubuna oranla (%16,56) belirgin yüksek, sezaryen oranları ise belirgin düşük (%18'e karşın %40,94) saptandı. Doğum öncesi hemotokrit değerleri her iki grup için benzer iken (p=0,283), doğum sonrası hemotokrit değerleri adölesan gebelik grubunda istatistiksel olarak anlamlı düşük saptandı (p=0,007) (Tablo 2).

Obstetrik sonuçlar ile ilgili veriler incelendiğinde; preterm doğum, ölü doğum, HELLP sendromu, er-

ken membran rüptürü, intrauterin gelişme geriliği (IUGG), oligohidroamnios ve plasentasyon anomalileri sıklığının her iki grupta benzer oranda olduğu saptandı. Preeklampsinin adölesan gebelik grubunda kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı olarak daha az görüldüğü saptandı (p=0,033) (Tablo 3).

Yenidoğan sonuçları açısından ise; fetal anomali sıklığı istatistiksel olarak kontrol grubunda daha yüksek idi (0,043). 1. ve 5. dk. Apgar skorları adölesan gebelik grubunda istatistiksel olarak daha yüksek idi (p=0,002 ve p=0,045) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmamızın sonuçları irdelendiğinde, adölesan gebelik grubunda eğitimsiz kadınların oranının, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında belirgin yüksek olduğu gözlemlenebilir. Düşük eğitim düzeyi, hem adölesan yaş grubunun henüz eğitim yıllarını tamamlamayıyla hem de erken yaşta evlendirilen kadınların eğitimlerine devam edememesi ile açıklanabilir. Halk sağlığı ile ilgili merkezlerde, eğitim kurumlarında veya direkt toplum tabanlı çalışmalara; adölesan gebelikleri önlemek amacıyla, halka ve öğrencilere, henüz adölesan çağa gelmeden üreme sağlığı ile ilgili temel bilgileri içeren eğitimler verilmelidir. Ayrıca gençlerin eğitim öğrenim olanaklarının artırılması, eğitim ve öğrenim gerektiren mesleklere yönelmelerinin sağlanması adölesan evlilik ve dolayısıyla adölesan gebeliklerin önlenmesine katkı sağlayabilir. İlgili yasalarla gerekli değişiklikler yapılarak evlilik yaşı, üreme sağlığını olumsuz etkilemeyecek yaşlara çıkarılmalıdır⁽³⁾.

Bazı çalışmalarda, adölesan gebelerde pelvik genişlik ve kapasite henüz erişkin şekline sahip olmadığından sefalopelvik uygunsuzluğa bağlı sezaryen oranlarının daha yüksek olduğu ileri sürülmüştür^(6,7). Çalışmamızda böyle bir artış tespit edilmemiştir. Arkan ve ark.⁽⁸⁾ yayınladıkları iki merkezli bir çalışmada, kontrol grubu olarak alınan 20-35 yaş arası gebelerde sezaryen oranlarını çalışmamız sonuçlarına benzer şekilde daha fazla saptamışlardır. Günümüzde yapılan sezaryenlerin çoğunluğunu yineleyen sezaryenler oluşturmaktadır. Kontrol grubunda daha yüksek saptanan sezaryen oranı, bu duruma bağlı olarak yüksek olabilir. Hastanemizde eski sezaryenli gebelere yaklaşım doğumun sezaryen ile gerçekleştirilmesi şeklindedir. Türkiye'de yapılmış 2 çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde sezaryen oranlarında artış tespit edilmemiştir.

Adölesan gebelerde beslenme yetersizlikleri ve demir eksikliğine bağlı anemi daha sık görülmektedir⁽⁹⁾. Çalışmamızda kontrol grubu ile karşılaştırıldıklarında, adölesan gebelerin doğum öncesi hemotokrit değerleri kontrol grubu ile benzer bulunmuştur. Lakin doğum sonrası hemotokrit değerleri adölesan gebeliklerde kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır. Punk ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, doğum öncesi ve doğum sonra-

sı kanama sıklığının adölesan gebeliklerde (%2,4 ve %0,6) kontrol grubuna göre (1.7 ve 0.2) arttığı gösterilmiştir. Doğum kanalının immatüritesi nedeniyle zor doğum gelişme riski adölesan gebeliklerinde daha fazladır. Zor doğuma bağlı olarak genital kanal yırtıkları kanama riskini artırmaktadır.

Bazı çalışmalarda adölesan gebelerde preeklampsi, erken membran rüptürü, preterm doğum ve perinatal mortalite de artış gibi kötü obstetrik sonuçlarla ilgili veriler mevcuttur⁽¹⁰⁾. Biz preterm doğum, erken membran rüptürü, HELLP sendromu, ölü doğum, IUGG oligohidroamnios ve plasantasyon anomalileri açısından adölesan grubu ile reproduktif çağıdaki kadınlardan oluşan kontrol grubu arasında anlamlı bir fark tespit etmedik. Çalışmamızda preeklampsi sıklığı adölesan gebelik grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek idi. adölesan gebeliklerdeki antenatal bakım hizmetlerine ulaşım güçlüğü sonucu ortaya çıkan gebeliğin hipertansif bozukluklarının önlenmesi ve tedavisindeki eksiklikler, yetersiz beslenme ve gebelik süresinceki enfeksiyonlar artmış preeklampsi riskini açıklamaları olabilir.

Çalışmamızda fetal anomali sıklığı kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Tanner ve ark.⁽¹¹⁾ yaptığı bir çalışmada, fetal anomaliler açısından adölesan gebelik grubu ile kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda gözlemlediğimiz kontrol grubundaki fetal anomali sıklığındaki artış artan anne yaşı ile bağlantılı olabilir.

Taner ve ark.⁽¹¹⁾ ve Kurt ve ark.⁽¹²⁾ yaptıkları çalışmalarda adölesan gebelerin yenidoğanlarında Apgar skorları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda 1. dk. Apgar skorları adölesan gebelik grubunda yüksek iken, 5. dk. apgar skorları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. 1. dk. Apgar skorlarının kontrol grubunda daha düşük olmasının nedeni 1000 g altı ve 1000 ila 2000 g arası gibi çok düşük doğum ağırlıklı yenidoğan oranının (%2,5 ve %6,88), adölesan gebelik grubundan yüksek olması (%1,33 ve %4) ile ilintili olabilir. Taner ve ark.⁽¹¹⁾ çalışmalarında düşük doğum ağırlıklı bebekleri değerlendirdiklerinde adölesan gebe grubundaki hastaların %76,5'inin, kontrol grubundaki gebelerin ise %23,5'inin 2500 g altında bebek doğurduğu saptamışlardır (p<0,001). Benzer şekilde, çalışmamızda 2500 g altındaki do-

ğum oranı adölesan gebelik grubunda (%31) kontrol grubuna oranla (%27,19) daha yüksek idi. Makrozomik fetus doğum öyküsü (>4000 doğum ağırlıklı yenidoğan) kontrol grubunda (%6,56) adölesan gebelere (%3,33) oranla daha yüksek idi. Düşük doğum ağırlıklı doğum (<2500 g) öyküsünün adölesan grupta daha sık olması, beslenme yetersizliğinin bu grupta daha sık gözlenmesi ile bağlantılı olabilir. Makrozomik fetus sıklığının kontrol grubunda daha yüksek olması, özellikle gestasyonel diyabet gibi makrozomik fetus doğumuna en sık neden olan durumun anne yaşı ile artıyor olması ile açıklanabilir.

Sonuç olarak, ülkemiz de süregelen toplumsal bir gelenek olan erken evliliklerin önlenmesi meydana gelecek adölesan gebeliklerin önlenmesinde ilk adım olacaktır. Adölesan gebelik sıklığı eğitim durumunun düşüklüğü ile birliktelik gösteriyor görünmektedir. Eğitim fırsatlarını artırmak ve sosyo-ekonomik destek programları düzenlemek bu mücadeleye katkı sağlayabilir. Kötü maternal ve fetal sonuçlarla birliktelik göstermesi nedeniyle adölesan gebeliklerin prenatal, doğum ve postpartum bakımlarında yüksek riskli gebelikler gibi değerlendirilmesi yararlı olabilir. Ülkemizin süregelen bu halk sağlığı sorunu ile ilgili daha geniş çaplı, toplum tabanlı çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization, WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcome Among Adolescents in Developing Countries, Geneva, 2011.
2. United Nations Population Fund, The State of World Population 2014. http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN-SWOP14-Report_FINAL-web.pdf
3. Şen S, Kavlak O. Çocuk Gelinler: Erken Yaş Evlilikleri ve Adölesan Gebeliklere Yaklaşım. *Aile ve Toplum* 2011;7(25):35-44.
4. Chen CW, Tsai CY, Sung FC et al. Adverse birth outcomes among pregnancies of teen mothers: age-specific analysis of national data in Taiwan. *Child Care Health Dev* 2010;36(2):232-40. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.01039.x>
5. de Vienne CM, Creveuil C, Dreyfus M. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;147(2):151-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.08.006>
6. Chandra PC, Schiavello HJ, Ravi B et al. Pregnancy outcomes in urban teenagers. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;79(2):117-22. [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(02\)00240-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(02)00240-0)
7. Khwaja SS, Al-Sibai MH, Al-Suleiman SA et al. Obstetric implications of pregnancy in adolescence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986;65(1):57-61. <http://dx.doi.org/10.3109/00016348609158231>
8. Arkan DC, Kaplanoglu M, Kran H ve ark. Adolescent pregnancies and obstetric outcomes in southeast Turkey: data from two regional centers. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2010;37(2):144-7.
9. Trivedi SS, Pasrija S. Teenage pregnancies and their obstetric outcomes. *Trop Doct* 2007;37(2):85-8. <http://dx.doi.org/10.1258/004947507780609437>
10. Amini SB, Catalano PM, Dierker LJ et al. Births to teenagers: trends and obstetric outcomes. *Obstet Gynecol* 1996;87(5):668-74. [http://dx.doi.org/10.1016/0029-7844\(96\)00007-5](http://dx.doi.org/10.1016/0029-7844(96)00007-5)
11. Taner CE, Aydoğan KD, İris A ve ark. Results of adolescent pregnancy. *The Medical Journal of Goztepe Training and Research Hospital* 2013;27(1):6-10. <http://dx.doi.org/10.5222/J.GOZTEPETRH.2012.006>
12. Kurt RK, Karateke A, Aras Z ve ark. Hatay ilinde Adölesan Gebeliklerinin Maternal ve Fetal Sonuçları. *Odu Tıp Derg* 2014(2):68-71.