

ADÖLESAN CİNSELLİĞİ ve GEBELİK

Mürüvvet BAŞER*

ÖZET

Her beş insandan biri adölesan dönemdedir ve her 100 adölesandan 85'i geliştirmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Dünya yüzeyindeki tüm doğanların onda birinden daha fazlası olan 15 milyon bebek, adölesan annelerden doğmaktadır. Bilgi eksikliği, kontrasepsiyon kullanım eksikliği ve adölesan suistimale yatkınlığı, istenmeyen gebeliklerdeki en önemli risktir. Adölesan abortuslar her yıl bir milyon ile 4.4 milyon arasında tahmin edilmektedir. Yirmi yaşından önce gebe olan adölesanlar, diğer kadınlara göre daha çok eklempsi ve zor doğum sıkıntısını yaşarlar. Adölesan annelerin bebeklerinde düşük doğum ağırlığı olasılığı, prematüre olma riski ve perinatal mortalite oranı daha fazladır.

Anahtar Sözcükler: Adölesan cinselliği, adölesan gebeliği ve doğum, üreme sağlığı

SUMMARY

Adolescent sexuality and pregnancy

One in every five people is an adolescent period and 85 in every 100 adolescents live in developing countries. World-wide, some 15 million babies -more than one-tenth of all births- are born from to adolescent mothers. For most people sexual activity starts in adolescence. Lack of knowledge, lack of use of contraception and vulnerability to abuse puts adolescents at highest risk of unwanted pregnancies. Adolescent abortions estimated between 1 and 4.4 million per year. Pregnant adolescents who are less than 20 years are more likely to suffer eclampsia and difficult labour than the others. Babies of adolescent mothers are more likely to be with low birth weight, run a higher risk of being premature and have a higher rate of perinatal mortality.

Key Words: Adolescent sexuality, adolescent pregnancy and childbirth, reproductive health

GİRİŞ

Adölesan dönemi geniş anlamıyla bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle çocukluktan yetişkinliğe geçiş periyodudur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) adölesanlığın 10-19 yaşlar arasında olduğunu bildirmektedir (Muhomadiyeve 1998, Wallage ve ark 1990). Adölesanlar birçok ülkede nüfusun % 20-25'ini oluşturmaktadır. Her beş insandan birinin adölesan olduğu, bunların % 85'inin geliştirmekte olan ülkelerde yaşadığı da bilinen bir gerçektir (Wallage ve ark 1990, WHO Regional Office for Europe 1997).

Genellikle geliştirmekte olan ülkelerdeki kadınların okur-yazar olma oranı ve eğitim düzeyi ile statüleri erkeklerden daha düşüktür daha düşüktür. Eğitim azlığı ve gelenekler yüzünden erken evlilik ve çocuk doğurma fazladır. Asya'daki çoğu ülkede erken evlilikler yaygındır. Bu ülkelerde genç çiftler erkenden ya da evliliklerinin ilk yılı içinde gebeliği tercih ederler. Bir tahmine göre 15-19 yaş grubu evli kadınların oranı Afrika'da % 40, Amerika'da % 15, Okyanusya'da % 14, Sovyet Cumhuriyetlerinde % 9, Avrupa'da % 7'dir (Wallage ve ark 1990, UNESCO 1991).

Türkiye'deki sorun genç yaş evlilikleridir.

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, 25-49 yaş arasındaki kadınların ilk evlenme yaşı ortalaması 19.5'tir. En düşük ilk evlenme yaşı Doğu Anadolu Bölgesi'nde 18.1 iken, Batı Anadolu'da bu yaş 19.9 dur. 15- 19 yaş grubu kadınların % 15.2'si evli olup eğitim düzeyi arttıkça evli olarak geçirilen süre azalmaktadır (Sağlık Bakanlığı H.Ü.N.E.E ve Macro Int. Inc. 1999). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre kadınların %96'sının 25 yaşına kadar evlenmiş oldukları bulunmuştur. Her 10 kadından en az birinin 15 yaşından önce evlenmiş olduğu iller vardır (Özcebe ve Akın 1993).

Araştırmalar, erken evlenmelerin sosyo-ekonomik açıdan düşük düzeydeki ailelerde daha çok olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalar 15-19 yaş grubunda, yoksul aileden gelen kızların diğerlerinden daha çok cinsel ilişkide buldukları ve gebelik risklerini, sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlardan daha az bildikleri, dolayısıyla da daha çok gebe kaldıkları bildirilmektedir (Bulut 1984).

Evlilik öncesi cinsel deneyim gelişmiş ve geliştirmekte olan ülkelerdeki gençler arasında önemli bir problem olarak yaygınlaşmaya başla-

* Öğr. Gör. Erciyes Üniversitesi Halil Bayraktar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Kayseri

mıştır. Kentleşme ve gelişmeye paralel olarak evlilik yaşı artmakta ve gençlerin evlilik öncesi seksüel tutum ve davranışları değişmektedir. Günümüzde seksüel aktivite, toplumun genelinde ve gençler arasında daha kabul edilebilir olmuştur. Kızlar ve erkekler seksüel olgunluğa erken yaşta ulaşmaktadırlar ve menarj erken başladığından, kızlar küçük yaşta gebe kalabilmektedirler (UNESCO 1991, The John Hopkins School of Public Health 1994)

Amerika'da yapılan bir çalışmada ilk cinsel deneyimin erkekler arasında 15, kızlar arasında 17 yaşında yaşandığı belirlenmiştir. ABD'deki tüm genç kadınların % 45'inin evlilik öncesi cinsel deneyimleri olduğu tahmin edilmekte ve bu rakam son 10 yılda % 15'lik bir artış göstermektedir (Montssoro ve ark 1996). Botswana, Ghana, Kenya, Liberia ve Togo'da yapılan 'Demografi ve Sağlık Araştırması'na göre 15-19 yaş arası evli olmayan kadınların yarısından çoğunun cinsel deneyim yaşadıkları bulunmuştur (The John Hopkins School of Public Health 1994). Bangkok'da yapılan bir çalışmada da okula giden adolesan kızların % 5.3'ünün erkek arkadaşlarıyla cinsel ilişkiye girdikleri gösterilmiştir. Erkeklerin ise daha büyük bir oranda % 42.2'sinin kız arkadaşları ya da hayat kadınları ile ilk cinsel deneyimlerini yaşadıkları saptanmıştır (Wallage ve ark 1990).

1998 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması'nda sadece kocalara ilk cinsel ilişkiye girdikleri yaş sorulmuştur. 25-29 yaşlardaki kocaların neredeyse üçte biri cinsel ilişkiye girmeye 18 yaşlarında başlamışlardır. Belirli yaşlar için ilk kez cinsel ilişkiye girme yüzdelerine bakıldığında, genç kuşaklarda belirtilen yaşa kadar cinsel ilişkiye girmiş olanların yüzdelerinin yaşlı kuşaklara göre daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Genel olarak 19.2 olan ilk cinsel ilişki yaşı erkeklerin evliliklerinden (23.6) ortalama 4 yıl önce ilişkiye girmeye başladıklarını göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, HÜNEE ve Macro Int. Inc. 1999). Diğer ülkelerle kıyaslandığında ilk cinsel deneyimin ülkemizde daha geç yaşandığı görülmektedir. Bu durumun oluşmasında ülkemizdeki toplumsal değer yargılarının etkili olduğu düşünülebilir.

Yerleşim yerine göre bakıldığında ise, kentsel yerleşim yerlerinde yaşayan kocaların kırsal yerleşimlerde yaşayanlara göre daha erken cinsel ilişkiye girmeye başladıkları görülmüştür. Bunun yanı sıra bölgesel farklılıklar da dikkat çekicidir. Ortalama ilk cinsel ilişki yaşı Doğu Anadolu'da en yüksek (% 20.7), Batı ve Güney Anadolu'da en düşüktür (18.7). Eğitim düzeyi arttıkça ortanca

ilk cinsel ilişki yaşı da azalmaktadır (Sağlık Bakanlığı, HÜNEE ve Macro Int. Inc. 1999).

Adölesanlar arasında üreme sağlığı sorunlarının daha çok olduğu gelişmekte olan ülkelerde cinsel ilişkinin artışıyla ilişkili faktörler şunlardır (Wallage ve ark 1990):

- Erken seksüel olgunluk,
- Adölesan seksüel davranışlarının kabulünde fikir birliğinin olmaması, üreme sağlığı ve cinsellikle ilgili uygun bilginin olmaması,
- Kültürel ve dini etkilerin azalması,
- Kentleşme,
- Geç evlenme

ADÖLESANLARDA DOĞURGANLIK

Çocuk sahibi olmaya başlanılan yaşın hem demografik, hem de anne ve çocuk sağlığı açısından önemli sonuçları vardır. Birçok ülkede görülen ve evlenme yaşının yükselmesini de yansıtan ilk doğumların geciktirilmesi eğilimi genel doğurganlık düzeyindeki düşüşe katkıda bulunmaktadır. Yirmi yaşından önce anne olan kadınların oranı birçok ülkede önemli bir sağlık ve toplumsal sorun olarak kabul edilen adölesan doğurganlığın boyutunu gösteren bir ölçüdür (Sağlık Bakanlığı H.Ü.N.E.E. ve Macro Int Inc. 1999).

Adölesan doğum oranı gelişmiş ülkelerde % 17'nin üzerinde, Orta Afrika'da ise % 24 civarındadır. Dünya yüzeyindeki yaklaşık tüm doğumların onda biri olan 15 milyon bebek adölesan anneden doğmaktadır (WHO Regional Office for Europe 1997). Ülkemizde 17 yaşındaki her on iki kadından biri (% 9) ya anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebe kalmıştır. Bu oran 28 yaşındaki kadınlarda hızla yükselerek altıda bire (% 16) ve 19 yaşındaki kadınlarda dörtte bire (% 23) yaklaşmaktadır. Kentsel yörelerde yaşayan adölesan kızlar arasında anne olanların oranı (% 9) kırsal yörelerde yaşayanlara göre (% 11) daha düşüktür. En yüksek doğurganlığa Doğu Anadolu'da rastlanmasına karşın, adölesan doğurganlık oranı Orta ve Güney Anadolu'da bu bölge ile aynı orandadır (Sağlık Bakanlığı, H.Ü.N.E.E. ve Macro Int. Inc. 1999).

Dünyada adölesan gebeliklerin en yaygın olduğu ülke Amerika Birleşik Devletleri'dir. ABD'de günde yaklaşık 3000 adölesanın gebe kaldığı belirtilmektedir (O'Sullivan ve ark. 1992). Adölesan gebelik oranı tüm Doğu Avrupa Ülkeleri'nde ABD'den daha düşüktür. Bulgaristan, Küba, Porto Riko, Romanya ve Macaristan'da ise durum tersine olup, oranlar ABD'den daha yüksektir. Danimarka'da ABD gibi birçok

ülkenin tersine 20 yaş altındaki kadınlar arasındaki doğum oranı yok denecek kadar azdır (Knudsen 1994, Montessoro ve ark. 1996). 20 yaş altındaki kadınların doğurduğu bebeklerin sayısı ya da adölesan doğurganlığı İngiltere’de bin canlı doğumda 32 iken, Hollanda’da binde dördtür (Chenet 1996).

İSTENMEYEN GEBELİKLER VE DÜŞÜKLER

Düşükler özellikle Afrika ve Latin Amerika olmak üzere gelişmekte olan ülkelerde artan bir sorundur. Düşüklerin gelişmekte olan ülkelerdeki 20 yaş altı evlenmemiş kadınlar arasında hızla yükseldiği, bunun sonucunda da kadınlarda infertilite, uzun süreli sakatlıklar ve hatta ölümlerin meydana geldiği belirtilmektedir (The John Hopkins School of Public Health 1997). Tayland’da ulusal çapta yapılan bir araştırmada, 3700 yasal düşüktan 636’sının (% 17.2) adölesan gebelik olduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada primer enfeksiyon, kanama ve pelvik organlara travma nedeniyle oluşan yüksek maternal mortalite ve morbiditenin, kendi kendine yapılan düşüklerle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Wallage ve ark. 1990). Kenya’da septik abortus vakalarının % 53’ü 20 yaşın altındadır. Nijerya’da yapılan iki çalışmada da adölesan dönemdeki septik abortus vakalarının oranının sırasıyla % 61 ve % 74 bulunduğu bildirilmektedir. Uganda’daki bir çalışmaya göre ise 20 yaşın altındaki kadınlar arasında tehlikeli düşüklere bağlı ölümler yaklaşık % 60 civarındadır (The John Hopkins School of Public Health). Yine Nijerya’da yapılan bir başka çalışmada da 14-25 yaş arası hiç evlenmemiş 1800 kadının cinsel ilişki deneyimi olduğu, bu kadınlardan gebe olanların yaklaşık yarısının öğrenci olduğu ve yaklaşık tamamının gebeliklerini düşükle sonlandırdıkları tespit edilmiştir. Nijerya ve Kenya’nın bazı bölgelerindeki gençlerin çoğunun modern kontraseptif yöntemlerden çok, düşük tekniklerini bildikleri, kendi kendine düşüklere sıklıkla korku, utanma ve parasızlıktan ileri geldiği, hatta bu nedenlerin adölesanın düşük komplikasyonları için tıbbi yardım almasını da geciktirdiği belirtilmekte, Nijerya’lı adölesanların düşük komplikasyonu ortaya çıktığında ebeveynlerine söylemek veya hastaneye gitmek yerine evden kaçacaklarını ifade ettikleri bildirilmektedir (The John Hopkins School of Public Health 1997). Aynı konu ile ilgili Zambiya’da yapılan bir çalışmada, düşük sonucu hastaneye yatan adölesanların % 81’i bu gebeliği eğitimlerini kesintiye uğratacağı için istemediklerini ifade etmişlerdir. Bazı ülkelerde de gebe kalan

adölesanlar okuldan uzaklaştırılmaktadırlar. Yalnızca Kenya’da gebe oldukları için her yıl yaklaşık onbin kişinin okuldan ayrılmaya zorlandığı söylenmektedir (The John Hopkins School of Public Health 1997). Bulgaristan’da başka bir çalışmada ise adölesan annelerin % 78.9’unun gebeliklerini istemedikleri; bunlardan % 9’unun ilaçla, % 27’sinin tıbbi olmayan yollarla düşük yapmaya çalıştıkları bulunmuştur (Prazhanova ve ark. 1995). Danimarka’da ise adölesan dönemdeki düşüklere daha az olduğu, 1987 yılında binde 15.7 olarak tespit edildiği bildirilmektedir (Knudsen 1994).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, 83 adölesan gebeden 70’inin evli olduğu ve bunların gebe kaldıklarına üzülmediklerini, çevreden saklamadıklarını, düşürmeyi veya kürtaj olmayı istemediklerini söyledikleri; evli olmayan 13 adölesandan dokuzunun (% 69.23) gebe olmalarına üzüldüklerini, gebeliklerini çevreden sakladıklarını, düşürmeyi veya kürtaj olmayı istediklerini söyledikleri saptanmıştır (Fadıloğlu ve Yılmaz 1992).

ADÖLESAN GEBELİKLERE BAĞLI GELİŞEN KOMPLİKASYONLAR

Mortalite oranı gençlerde oldukça düşük olmakla birlikte, gebelik ile ilgili olan mortalite ve morbidite oranı, adölesan kızlarda büyük bir sorundur (WHO 1994). 20-29 yaş arası kadınlarla karşılaştırıldığında, 18 yaş altındaki kadınlarda maternal mortalite ve morbidite riski daha yüksektir. 15 yaş altı gebelerde mortalite oranı % 60’tır (UNESCO 1991, Wallage ve ark 1990).

Adölesanlarda hem antenatal bakım eksikliği, hem doğum ve ebeveynlik için iyi hazırlık yapılmamasından dolayı, doğum ve doğum sonrası komplikasyon oranı yüksektir (Covington ve ark. 1994, Thompson 1993, UNESCO 1991, WHO Regional Office for Europa 1997).

Adölesan gebeler için iki ana risk vardır:

1. Gebelik hipertansiyonu,
2. Sefalopelvik uyuşmazlık.

Adölesan kadınlarda diğerlerine göre 1-3 kez daha fazla olarak gebelik hipertansiyonu ve anemi görülmektedir (Montessoro ve ark 1996). Nijerya’da yapılan bir çalışmada gebelik hipertansiyonu 16 yaş üstündekilerde % 7, 20-24 yaş grubunda % 3 iken 14-15 yaştakilerde % 17 olarak bulunmuştur (Wallage ve ark 1990). 15 yaş altındaki kadınlar 3.5 kez daha fazla gebelik hipertansiyonundan ölmektedir (UNESCO 1991). Tacikistan’daki bir çalışmada da, 18 yaş altı adölesanlarda toksemi insidansı % 4.5 olarak tespit edilmiştir (Muhomadieve 1998).

Adölesanlarda pelvis gelişimi devam ettiğinden, yetişkin ölçülerine tamamen ulaşmamıştır. Bu yüzden zor doğum meydana gelir. Zor doğuma bağlı olarak fistül, idrar ve gaita inkontinansı ve bunların bir sonucu olarak da sosyal izolasyon görülmektedir (Prozhanova ve ark. 1995, Simon-Stevens ve ark. 1993a, Simon-Stevens ve ark. 1993b, Taşkın 1997, WHO Regional Office for Europa 1997).

15 yaş altındaki kadınlardan doğan bebeklerdeki ölüm oranı 20 yaş altındakilere göre 2.4 kez daha fazladır (Hallerstedt ve ark 1995). Bu grupta intrauterin büyüme geriliği ve prematüre doğum 2 kat daha fazla görülür (Montessero ve ark 1996). Düşük doğum ağırlığı adölesan anne bebeklerinde perinatal ve bebek ölüm oranını artıran önemli bir sorundur. Aynı zamanda bu bebeklerde daha fazla nörolojik defekt görülebilir. Bu durum, ileriki yaşamlarında mental retardasyon, serebral palsy, epilepsi ve diğer nörolojik bozukluklara neden olabilir. Bütün bu sorunlar, anne yaşı 15'in altında ise, daha da ciddi olabilir (Chenet 1996, Prozhanova ve ark 1995, Taşkın 1997, UNESCO 1991, Wallage ve ark 1990, WHO Regional Office for Europe 1997).

Sonuç olarak adölesan gebeliklere bağlı olarak gelişen sorunlar şunlardır (Wallage ve ark. 1990):

1. Gebeliğin neden olduğu hipertansiyon,
2. Anemi ve malnutrisyon,
3. Baş-pelvis uyumsuzluğu,
4. Perinatal mortalite.

KONTRASEPSİYON

Evlilik öncesi cinsel deneyim, gelişmekte olan çoğu ülkede kabul edilmez. Kadın evli olmayıp özellikle de adölesan ise genellikle aile planlaması kliniklerine rahatlıkla başvuramaz ya da sağlık personeli önyargılı davranabilir. Bu kültürel olgu adölesanın kontraseptif kullanımına engel olabilir. Birçok ülkede yapılan çalışmalarda kadınların ilk modern kontraseptif yöntem, cinsel aktiviteye başladıktan bir yıl sonra gecikmiş olarak başladıkları bulunmuştur. Çoğu gebelik, ilk cinsel deneyimden bir yıl sonra oluşmaktadır ve çoğu da istenmeyen gebeliktir (Chenet 1996). Bangkok'ta yapılan bir çalışmada bekar erkek adölesanların % 57'sinin, bekar kız adölesanların ise % 52'sinin hiç kontraseptif kullanmadığı gösterilmiştir (Wallage ve ark 1990). ABD'de yapılan "Ulusal Aile Araştırması"nda 15-19 yaşları arasındaki adölesan kadınların % 25.3'ünün arasına oral kontraseptif kullandığı ve

bunların % 15.4'ünün halen kullanıcı olduğu saptanmıştır (Pletsch 1990).

Fadiloğlu ve Yılmaz (1992) tarafından ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, adölesan gebelerin % 60.9 oranıyla doğum kontrol yöntemi kullanmadıkları saptanmıştır. Bumin ve arkadaşlarının (1993) yaptığı bir çalışmada da gençlerin % 35'i hiç yöntem bilmezken, % 65'inin doğum kontrol yöntemlerinden sadece RİA, oral kontraseptif ve kondomun adlarını bildikleri saptanmıştır. Yapılan çalışmalara göre, kontraseptif kullanmama nedenleri şunlardır (Wallage ve ark 1990):

1. Gebe kalma endişesinin azlığı,
2. Kontraseptif bilgisinin azlığı,
3. Cinsel tatminin azalma endişesi,
4. Planlanmamış cinsel ilişki.

ADÖLESANLARDA ÜREME SAĞLIĞI SORUNLARI VE DİĞER SORUNLAR

Adölesanların karşılaşılabilecekleri en önemli üreme sağlığı sorunları cinsel yolla bulaşan hastalıklar, AIDS, istenmeyen gebelikler, yasal olmayan abortuslar ve buna bağlı olarak gelişen komplikasyonlardır (Wallage ve ark 1990).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar adölesanlar arasında son 20 yıldır belirgin ölçüde artmıştır. Kadınlar HIV dahil cinsel yolla bulaşan hastalıklara erkeklere kıyasla daha yatkındırlar. HIV enfeksiyonlarının yarısından daha fazlası 15-24 yaş grubunda görülür. Tanısı konmamış ve tedavi edilmemiş hastalıklar, pelvik inflamatuvar hastalıklar ve ektopik gebelik sıklıkla infertiliteyle sonuçlanarak adölesanın gelecek yaşantısında bir sorun olarak sürecektir (Muhomadiève 1998, Wallage ve ark 1990, WHO Regional Office for Europe 1997).

Türkiye'de 1986 yılı verilerine göre zührevi hastalıklar hastanelerine yatan 3257 hastanın % 24.8'i 15-24 yaş grubundadır. Ayrıca ergenlik çağındaki olguların hepsi gonokok enfeksiyonu olarak rapor edilmiştir. Son yıllarda Doğu Bloku ülkelerinden ülkemize akın eden turistler nedeniyle gençlerimizde cinsel yolla bulaşan hastalıkların hızlarının daha yüksek düzeylere ulaştığı tahmin edilmektedir (Bumin 1993).

Sonuç olarak, adölesan evliliklerin ve gebeliklerin önlenmesi çalışmalarının toplumun değer yargıları, eğitim ve sosyokültürel faktörlerin etkisi altında uzun zamanda sonuçlanacağı söylenebilir. Ülkemizde gençlerin erken yaşta evlenmelerinin önlenmesi, toplumda kültürel bir yapı değişikliği ile sağlanabilir. Ancak bekar adölesanların cinsellik ve gebeliklerinin bir sorun olup olmadığı konusunda veriler yok denecek kadar az

olduğundan, aydınlatıcı çalışmaların yapılması gerekmektedir. Yakın gelecekte adölesan evliliklerin önlenmesi pek olası görünmeyen ülkemizde, adölesan gebeliklerin bir süre ertelenmesi konusundaki çalışmalara ağırlık verilmelidir. Diğer taraftan topluma verilen sağlık hizmetleri çerçevesinde adölesan gebeliklerin, gebelik izlemleri, doğumları ve doğum sonrası izlemleri önem taşımaktadır. Verilen sağlık hizmetinin toplumun kültürel yapısını değiştirmesi beklenmemektedir. Ancak risk grubunda olan bu yaş grubunun sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonu dönem geçirmelerini ve sağlıklı bir bebek dünyaya getirmelerini sağlamak gerekmektedir (Bertan ve ark 1995).

KAYNAKLAR

- Akan N** (1992) Anne ve çocuk sağlığı açısından adölesan annelik. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas, Esnaf Ofset Matbaacılık, s.727-729.
- Bertan M ve ark.** (1995) Ankara'nın bir mahallesinde yaşayan kadınların ilk evlenme yaşları konusunda bir araştırma, Hacettepe Toplum Sağlığı Bülteni, 16(1-2):1-3.
- Bulut I** (1984) Adölesan Evliliklerinin ve Doğurganlıklarının Sosyoekonomik Belirleyiciler Açısından Yetişkin Evlilikleri ile Karşılaştırılması, Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
- Bumin A** (1993) Gençlik döneminin morbidite ve mortalite sorunları. III. Halk Sağlığı Günleri, Kayseri, E.Ü. Yayınları No. 46, s.1-6.
- Bumin Ç ve ark.** (1993) Kırsal bölgede 12-21 yaş grubu genç kızların cinsiyete ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi, III. Halk Sağlığı Günleri, Kayseri, E.Ü. Yayınları No. 46, s.177.
- Chenet L** (1996) Teenage fertility in the European Union, ENTRE NOUS, 32:10.
- Covington D ve ark.** (1994) Factors affecting number of prenatal care visits during second pregnancy among adolescents having rapid repeat births, Journal of Adolescent Health, 15:536-542.
- Fadiloğlu Ç, Yılmaz D** (1992) Adölesan annelerin gebeliğe uyum durumlarının incelenmesi, I. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyumu Kitabı, İstanbul, İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi, s. 71-75.
- Hallerstedt W ve ark.** (1995) Adolescent parity and infant mortality, Minnesota 1980 through 1988, American Journal of Public Health, 85(8):1139-1142.
- Knudsen L** (1994) Teenage parents in Denmark, ENTRE NOUS, 26-27:15-16.
- Montesero C ve ark.** (1996) Public policy and adolescent pregnancy: a reexamination of the issues, Nursing Outlook, 44:31-36.
- Muhomadiye S** (1998) Social factors detemining the development of reproductive behaviour in adolescent, ENTRE NOUS, 40-41:14-15.
- O'Sullivan A ve ark.** (1992) A randomized trial of a health care program for first-time adolescent mothers and their infants, Nursing Research, 41(4):210-215.
- Özcebe H, Akın A** (1993) Ülkemizde adölesan doğurganlığı bir sorun mudur? III. Halk Sağlığı Günleri, Kayseri, E.Ü. Yayınları No. 46, s.13-21.
- Pletsch P** (1990) Hispanics: at risk for adolescent pregnancy?, Public Health Nursing, 2(7):105-110.
- Prozhanova V ve ark.** (1995) Adolescent pregnancy on the increase, ENTRE NOUS, 30-31:16-17.
- Sağlık Bakanlığı, H.Ü.N.E.E., Macro International Inc.** (1999) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara, Sağlık Bakanlığı AÇS ve AP Genel Müdürlüğü.
- Simon-Stevens C ve ark.** (1993a) Skeletal maturity and growth of adolescent mother: relationship to pregnancy outcome, Journal of Adolescent Health, 13:428-432.
- Simon-Stevens C ve ark.** (1993b) Adolescent gestational weight gain and birth weight, Pediatrics, 92(6):805-809.
- Taşkın L** (1997) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği: Adölesan Gebelik, Genişletilmiş 2. baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, s.201-202.
- The John Hopkins School of Public Health** (1994) Population reports: population information program, center for communication programs, The Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore-Maryland, 22(2):5-8.
- The John Hopkins School of Public Health** (1997) Population reports: population information program, center for communication programs, The Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore-Maryland, 25(1):8.
- Thompson J** (1993) Supporting Young mothers, Nursing Times, 89(51):64-67.
- UNESCO** (1991) Adolescence Education: Sex Roles-Module Three, UNESCO Principal Regional Office for Asia and the Pacific, Bangkok.