

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ADÖLESAN ANNELERİN BEBEK BAKIMI
HAKKINDAKİ ÖZGÜVENLERİ İLE ANNELİK
MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Serap HIRA

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nursan ÇINAR

MAYIS-2019

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ




ADÖLESAN ANNELERİN BEBEK BAKIMI
HAKKINDAKİ ÖZGÜVENLERİ İLE ANNELİK
MEMNUNİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Serap HIRA

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

“Bu tez 12.06/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oy birliği / Oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Jüri Başkanı Doç. Dr. Dilek AYGIN	Başarılı	
Danışman Prof. Dr. Nursan GINAR	Başarılı	
Doç. Dr. Sevil ŞAHİN	Başarılı	

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışması ile elde edilemeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı, ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

.../.../2019

Serap HIRA

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans eğitimim süresince fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve bu araştırmanın planlanmasından yazım aşamasına kadar fikir ve görüşleriyle beni destekleyen ve her zaman varlığını yanımda hissettiğim değerli danışmanım Prof. Dr. Nursan ÇINAR' a değerli hocam Prof. Dr. Sevin ALTINKAYNAK' a, desteğini ve yardımlarını esirgemeyen Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dilek MENEKŞE' ye, uzman görüşü listesinde yer alan hocalarıma, bu süreçte yaşamımın her anında maddi ve manevi varlığını hissettiğim sevgili eőim Yüksel HIRA 'ya ve bu günüme kadar her zaman yanımda olan sevgisini ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli aileme teőekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR VE SİMGELER	iv
TABLolar	v
ÖZET.....	vii
SUMMARY	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. DÖLESAN DÖNEM	3
2.1.1. Adölesan Dönem ve Fizyolojik Değişimler.....	3
2.1.1.1. Erken Adölesan Dönem	4
2.1.1.2. Orta Adölesan Dönem.....	4
2.1.1.3. .Geç Adölesan Dönem.....	5
2.2. Adölesanlarda Cinsellik ve Kontrasepsiyon	6
2.3. Adölesan Evlilik ve Adölesan Gebelik	10
2.3.1. Adölesan Gebeliklerin Maternal Sonuçları.....	12
2.3.2. Adölesan Gebeliklerin Fetal Ve Neonatal Sonuçları.....	15
2.4. ANNELİK ROLÜ	17
2.4.1. ADÖLESAN ANNELİK	18
2.5. ANNE BEBEK İLİŞKİSİNDE ÖZ-GÜVEN	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	21
3.2. ARAŞTIRMANIN İZİNİ.....	21
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	21
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	21
3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ.....	22
3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	22
3.6.1. Soru Formu	22
3.6.2. Anne Olma Ölçeği (BaM-13)	22

3.6.3. Pharis Özgüven Ölçeği	24
3.7. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	24
3.8. VERİLERİN TOPLANMASI.....	25
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	25
3.10. VERİLERİN ANALİZİ	25
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	41
KAYNAKLAR	51
EKLER.....	58



KISALTMALAR VE SİMGELER

WHO	:Dünya Sağlık Örgütü World Health Organization
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
TNSA	:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü



TABLULAR

Tablo 1. İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması 1. Düzey'e göre yaşa özel doğurganlık hızı, 2011 (31/08/2012 tarihi itibarıyla).....	11
Tablo 2. Dünya üzerinde bölgelere göre ve Türkiye 15-19 yaş doğurganlık hızı 2007-2016	12
Tablo 3. Ailenin Tanıtıcı Özellikleri (n=90)	27
Tablo 4. Doğum ve Bebeğin Bakımı İle İlgili Özellikler (n=90).....	28
Tablo 5. Ölçeklere Dair Tanımlayıcı İstatistikler.....	29
Tablo 6. Eğitim Durumuna Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi	29
Tablo 7. Sosyal Güvence Durumuna Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi	30
Tablo 8. Gelir Durumuna Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi	31
Tablo 9. Aile Tipine Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi.....	32
Tablo 10. Doğum Şekline Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi.....	32
Tablo 11. Bebeğin Cinsiyetine Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi	33
Tablo 12. Doğum İlgili Sorun Yaşama Durumuna Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi	34
Tablo 13. Doğum Sonu Bebeğe Problem Yaşama Durumuna Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi	35
Tablo 14. Bebek Yaşına Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi	36

Tablo 15. Daha Önce Bebek Bakma Durumuna Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi.....	37
Tablo 16. Bebek Bakımı ile İlgili Destek Alma Durumuna Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın	37
Tablo 17. Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	38
Tablo 18. Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	39
Tablo 19. Pharis Özgüven Ölçeği, ile Anne Olma Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	40
Tablo 20. Anne Olma Ölçeği Gruplarına Göre Pharis Özgüven Ölçeği Puanı Bakımından Farklılığın	40

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Dünya sağlık örgütü 10- 19 yaşları arasındaki yetişkinliğe geçiş dönemini adölesan dönem olarak tanımlamaktadır. Bu yaşlar arasında meydana gelen gebeliklere adölesan gebelik denir. Adölesan gebelikler beraberinde çeşitli sorunlar ve zorluklar getirmektedir. Bu çalışma adölesan annelerin bebek bakımı hakkındaki özgüvenleri ile annelik memnuniyeti arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile gerçekleştirildi.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı ve analitik olarak planlanan araştırma Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 90 adölesan annenin katılımı ile gerçekleştirildi. Veri toplama aracı olarak soru formu, Anne Olma Ölçeği (BAM-13) ve Pharis Özgüven Ölçeği kullanıldı. Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak IBM SPSS Statistics 23 programı aracılığıyla değerlendirildi.

BULGULAR: Araştırmaya katılan adölesan annelerin %88,9'unun 18-19 yaş, %11,1'inin 16-17 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Adölesan annelerin %81,1'i İlköğretim mezunu, %94,4 'ü ev hanımı olduğu ve %64,4'ünün geniş ailede yaşadığı saptanmıştır. Pharis Özgüven ölçeği ile anne olma ölçeği, çocuk deneyimi alt boyutu ve duygusal yakınlık alt boyutu arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla $r=-0,293$, $p=0,005$; $r=-0,274$, $p=0,009$; $r=-0,298$, $p=0,004$) Anne Olma Ölçeği puanı 9 altında olanların(annelik memnuniyeti yüksek olanlar) 9 ve üzerinde (annelik memnuniyeti düşük olanlar) olanlara göre Pharis Özgüven Ölçeği puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t=3.369$, $p=0.001$).

SONUÇ: Adölesan annelerin bebek bakımındaki özgüvenleri ile anne olma memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Adölesan annelerin bebek bakımındaki özgüvenleri arttıkça annelik memnuniyetleri de artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Adölesan Annelik, Bebek bakımında özgüven, Annelik memnuniyeti

SUMMARY

Investigation Of The Relationship Between Adolescent Mothers 'Freedom On Baby Care And Mother's Satisfaction And Factors Affecting

INTRODUCTION AND PURPOSE: The World Health Organization defines the transition period between the ages of 10 and 19 as an adolescent period. Pregnancies occurring between these ages are defined as adolescent pregnancy. Adolescent pregnancies bring various problems and difficulties. The aim of this study was to determine the relationship between adolescent mothers self confidence about baby care and maternal satisfaction.

MATERIALS AND METHODS: The descriptive and analytically planned research was performed with the participation of 90 adolescent mothers at Sakarya Women's and Children's Hospital and Sakarya University Education and Research Hospital. As a data collection tool, Questionnaire, Mother Being Scale (BAM-13) and Pharis Self Confidence Scale were used. The data obtained from the study were transferred to computer environment and evaluated by IBM SPSS Statistics 23 program.

FINDINGS: It was observed that 88,9% of the adolescent mothers who participated in the study were 18-19 years of age and 11,1% of them were in the 16-17 age group. It was found that 81,1% of adolescent mothers were primary school graduates, 94,4% of adolescent mothers were housewives and 64,4% of adolescent mothers lived in large families. A statistically significant low negative correlation was found between the Pharis Self-Confidence scale and the maternal scale, child experience sub-dimension and emotional proximity subdimension (Respectively $r=-0,293, p=0,005$; $r=-0,274, p=0,009$; $r= -0,298, p=0,004$). It has been detected that the Pharis Self Confidence Scale average of score is statistically much more on the women who has Being Mother Scale score less then 9(maternity satisfaction high ones) when compared with the women who has Being Mother Scale score is 9 and more(maternity satisfaction low ones).

CONCLUSION: A positive relationship was found between the self confidence of the adolescent mothers and their satisfaction with their mothers. The self confidence of adolescent mothers in baby care increases maternal satisfaction also increases.

Keywords: Adolescent, Adolescent Motherhood, Self confidence in baby care, Maternity satisfaction.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ülkemizde “ergen” olarak kullanılan sözcük batı dillerinde “adolescent” Latince de büyüme, olgulaşmak anlamına gelen “adolescere” teriminden oluşmuştur. Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemini kapsayan bu dönem hormonların etkisiyle bireyin fizyolojik, psikososyal biyolojik yönden farklılaşmalarla geçirdiği bir süreçtir. Dünya Sağlık Örgütü bu geçiş dönemini 10- 19 yaşları arasında tanımlamaktadır (Kütük 2012, <http://turkishfamilyphysician.com> Erişim Tarihi: 30/01/2019).

Adölesanların dünya üzerindeki nüfus oranları %30 olmakla birlikte %95'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Afrika'da %50, Latin Amerika'da %18, Çin'de %2, Japonya'da %30,1 adölesan doğurganlık oranı karşımıza çıkmaktadır. Gelişmiş olan ülkelerde de adölesan doğurganlık yüksek seyretmektedir. İngiltere'de bu oran %26, Amerika'da da 1990'lı yıllardan sonra azalma görülse de %63'tür (Özsoy 2014, Şolt ve Yazıcı 2015, WHO 2016, TÜİK 2011).

Dünya Sağlık Örgütü 2007-2016 yıllar arasında yaptığı çalışmalarda ülkemizde 15-19 yaşlar arasındaki adölesanların 1000'inden 26,9'unun doğum yaptığını belirtmiştir (WHO 2018).

DSÖ yapmış olduğu çalışmalarda dünya nüfusunda her yıl 12,8 milyon doğumun 15-19 yaşları arasındaki kızlar tarafından gerçekleştirildiğini yine her yıl 15-19 yaşlar arasındaki adölesanların 1000'inden 44'ünün doğum gerçekleştirdiğini bildirmiştir (WHO 2018).

TNSA 2008 verilerine göre toplumumuzun %18,5'ini adölesanlar meydana getirmektedir. Ülkemizde adölesanların %9,6'sı evli olup %6'sı anne olmaktadır (TNSA 2008, Melekoğlu 2012). TNSA 2003 15-19 yaş arası kadınların %8'i doğum yapmakta bu oran 2008 %6, 2013 de %5'e düşmektedir (TNSA 2013).

TUİK 2017 doğum istatistikleri raporunda 15-19 yaş grubundaki bin kadın başına düşen canlı doğum sayısı 2012 yılında 31, 2017 yılında 21 iken 2018 yılında 19'a gerilemiş olduğunu açıklamıştır (Tük Doğum İstatistikleri 2017, Tük Doğum İstatistikleri 2018).

Ülkemizde adölesan doğurganlığı bölgesel farklılıklar göstermektedir. Batıda %3 iken bu oran güney, orta ve doğu bölgelerinde %6 'ya yükselmektedir. Eğitim seviyesi de adölesan doğumları üzerinde etkilidir. TNSA 2013 verilerinde hiç eğitim almamış veya ilkokulu terk etmiş kadınların %17 'si adölesan dönemde çocuk sahibi olmaya başlarken; bu oran en az ilkokulu bitirmiş kadınlarda %8 olarak karşımıza çıkmaktadır (TNSA 2013). Gelir düzeyi ve adölesan doğurganlığı arasında da bir bağlantı bulunmaktadır. Orta, düşük ekonomiye sahip olan ailede yaşayan adölesanların %6-8'ni, yüksek ekonomiye sahip olan ailede yaşayan adölesanların ise %3'ünden daha az çocuk sahibi olmaya başladığı görülmüştür (Serhatoğlu ve Kaya 2018).

Adölesan gebelikler ve adölesan gebelikler sonucunda oluşan adölesan annelik beraberinde getirdiği sorunlarla birlikte günümüzde halen önemini yitirmemiştir. Adölesan anneler aile kurma ve ebeveynlik ile ilgili sorumlulukları yerine getirmede ve sorunlarla başa çıkma konusunda yeterli olamayabilirler. Çoğu zaman maddi zorluklarla mücadele etmek durumunda olan adölesan anne bebek bakımı konusunda ve birçok konuda ailenin desteğine ihtiyaç duymaktadır. Bu çalışmanın amacı adölesan gebeliklerin etkilerinin yanı sıra adölesan annelinin bebek bakımı hakkındaki kendilerine duydukları özgüvenlerinin ve annelik memnuniyeti ile ilgili düşüncelerinin ve aralarındaki ilişkinin incelenmesini kapsamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ADÖLESAN DÖNEM

İnsan gelişim süreçleri arasında toplumsal etkilerin birey için önem taşıdığı bu dönemde beyin, nöroendokrin sistem ve hormon seviyelerinde değişim, fiziksel büyüme ile üreme organlarındaki farklılaşmalarla birçok değişiklik meydana gelir (Kalpalp 2006).

Adölesan dönemde biyolojik gelişim iskelet kas sisteminde hızlı büyüme cinsel gelişim ile birlikte devam ederken, psikolojik ve sosyal açıdan da bilişsel gelişim ve kimlik gelişimi belirlenerek genç yetişkinlik rolüne hazırlıklar başlar (Çuhadaroğlu 2006). Adölesan dönemden yetişkinliğe geçiş döneminde gençler, kendilerini ve hayatı tanımak için sağlıklı veya sağlıksız çeşitli arayışlara girmektedir. Bu dönemde karşılaşılan problemler ileriki yaşamda oluşabilecek pek çok sağlık sorunlarının sebebi olabilmektedir (Şirin 2016).

2.1.1. Adölesan Dönem ve Fizyolojik Değişimler

Adölesan dönem hipotalamus, hipofiz ve gonatlarda doğum öncesinde başlayıp çocukluk süresince devam eden, cinsel gelişimin tamamlanmasıyla ve bireyin bağımsızlığını kimliğini üretkenliğini kazanmasıyla oluşan süreçtir. Bu süreç hormonların etkisiyle ortaya çıkar. Temel hormon gonadotrop (GnRH) salgılatıcı hormondur. Bu hormon hipofizi uyararak (LH) Luteinizing Hormon ve (FSH) Follicule Stimulating Hormone' un salgılanmasını sağlar. İlerleyen süreçte LH ve FSH yüksek düzeyde salgılanarak erkeklerde testislerdeki leyding hücrelerinde testesteron hormonunu oluştururken kızlarda folikül içinde gronüloza hücrelerinden salgılanan estradiol hormonu oluşturur ve sekonder cins karakterleri belirlemeye başlar (Neyzi ve Ertuğrul 2002, Santrock John 2017, <http://turkishfamilyphysician.com> Erişim Tarihi: 30/01/2019). Testesteron hormonu erkeklerde cinsel organları geliştirir boyun uzamasını ve sesin gelişmesini sağlar. Östrojen hormonu kızlarda göğüslerin, rahmin ve iskelet yapısının gelişmesini sağlar. Bir çalışmaya göre adölesan dönemde erkeklerde testesteron hormonu 18 kat artarken kızlarda 2 kat arttığı görülür, estradiol hormonu ise kızlarda 8 kat artarken erkeklerde 2 kat arttığı görülmüştür. Bu durumda

her iki hormon hem kızlarda hem erkeklerde bulunmaktadır. Ancak testesteron hormonu erkeklerin estradiol hormonu kızların gelişiminde etkilidir (Santrock John 2017).

Adölesanlarda yaş sınırı farklı literatür ve kaynaklara göre değişebilmektedir. Adölesan dönemi kızlarda yaklaşık 11 yaşında erkeklerde yaklaşık 13 yaşında başlar ve üç dönemde incelenebilir.

2.1.1.1. Erken Adölesan Dönem

Erken adölesan dönem 11-14 yaşları arasını kapsar. Overler tarafından üretilen östrojen hormonu kızlarda meme tomurcuklanmasına sebep olur. Ardından vajinal mukozanın kalınlığı artar ve rengi koyulaşır. Pubik ve aksiler kıllanma başlar. Pubertenin ilk belirtisi olan meme gelişiminin tamamlanmasına yakın menarş dönemi başlar. Kızlarda pubik kıllanma labianın orta kısmında oluşur, ince ve yumuşak yapıdadır. Erkeklerde testisler gelişir, pubik ve aksiler kıllanma başlar. Erkeklerde pubik kıllanma penis tabanı çevresinde olur. Androjenin etkisiyle yağ folikülleri büyür ve sekresyonlar artar. Bu sebeple sivilceler oluşmaya başlar (Neyzi ve Ertuğrul 2002, Ercan 2005).

Erken adölesan dönemde büyüme hızlanmaya başlar. Biyolojik değişikliklerin oluşturduğu etkilere karşı kişinin uyum sağlama çabası dönemin öne çıkan özelliğidir. Bu dönemde ergenler arkadaş edinirken daha çok kendi cinslerini tercih ederler. Arkadaş çevresi ergenlerin ilgi alanlarında ve giyim tarzlarında etkilidir. Cinsel gelişim ve büyüme kızlarda erkeklere göre daha erken gerçekleşir (<http://turkishfamilyphysician.com> Erişim Tarihi: 30/01/2019).

2.1.1.2. Orta Adölesan Dönem

Bu dönem 15-18 yaşları arasını kapsar. Ağırılık, büyüme ve sekonder seks karakterleri bu dönemde artış gösterir. Her iki cinstede yağ artışı görülür fakat yağ artışı kızlarda erkeklerden daha fazladır. Kaslanmada bu durum tam tersidir. Kaslanma erkeklerde kızlardan 4 kat daha fazla gelişir. Orta adölesan dönemde iskelet değişime uğrar bu değişim uçtan merkeze doğrudur. Önce eller ve ayaklar daha sonra kollar ve bacaklar büyür. Büyük el ve ayaklar adölesana farklı gözükmeye başlar. Adölesan bu duruma uyum sağlama sürecinde sakarlıklar gösterebilir. Bacakların büyümesinden ardından

göğüs ve kalça büyür. Yetişkin vücut hatlarının oluşmasında seks hormonlarının etkisi göze çarpar. Erkeklerde androjen etkisiyle omuzlar gelişir. Kızlarda östrojenin etkisiyle kalça genişler. Bu dönemde kızlarda memeler ve areola daha da büyür. Pubik kıllarda renk artışı, kalınlaşma ve kıvrılma görülür. Pubik kıllar monsu örtmeye başlar. Erkeklerde testis ve penis büyür. Skratumda renk koyulaşması görülür. Erkeklerde ses kalınlaşmaya başlar (Neyzi ve Ertuğrul 2002, Santrock John 2017).

Bu değişimlere ayak uydurmaya çalışan adölesan kendini tanımaya ve tanımlamaya başlar, kendine sosyal roller edinir özerk bir birey olmaya çalışır. Bu durum ergenlerin ebeveynleri ile çatışmaya sürekliler (Derman 2008).

Kızlarda menarş 11-16 yaşlar arasını kapsar. Menarş yaşı genetik beslenme sosyoekonomik düzey, psikolojik hal ve çevresel koşullara göre değişiklik göstermektedir. Menarş gerçekleşikten sonra ikincil seks karakterleri gelişmeye devam eder menarş dönemi 10 yaşından önce görülürse erken 16 yaşından sonra görülürse geç olarak kabul edilir. Menarşın ilk yıllarında düzensiz gerçekleşmesi normaldir. Menstrasyon dönem öncesinde kızlarda bazı değişiklikler olur kramp, karında gaz birikmesi, göğüslerde hassasiyet şişkinlik, ağrı, duygusal dalgalanmalar, huzursuz olma görülen değişikliklerdendir. Aksiler tüylenme fasiyal tüylenmeden daha önce gerçekleşir. Fasiyal tüylenme üst dudak kenarlarından başlar ortaya doğru yayılır (Neyzi ve Ertuğrul 2002, Ercan 2008).

2.1.1.3. .Geç Adölesan Dönem

18 yaş sonrası başlayıp yetişkinlik dönemine geçmekle son bulur. Tüm adölesan dönemlerinde kızlarda boy uzaması yaklaşık 23-28 cm, erkeklerde yaklaşık 26-28 cm arasında, yaklaşık 7-30 kilogram kilo artışı görülmektedir. Bu dönemde pubik kıllanma ters üçgen şekilde yayılır. Erkeklerde ise göbeğe doğru yayılım olur. Penis ve testis yetişkin boyuttadır. Penis üreme seviyesine gelmiştir. Fasiyel tüyler çeneye yayılır. Göğüste tüyler görülmektedir. Kızlardaki meme gelişimi tamamlanmıştır. Uterus ve serviks normal boyutlara ulaşmıştır (Neyzi ve Ertuğrul 2002, <http://turkishfamilyphysician.com> Erişim Tarihi: 30/01/2019).

Adölesan birey yetişkinliğe geçerken kimlik duygusunu tam anlamıyla kazanmıştır. Etrafındakiler ile sağlıklı bir şekilde yakınlık kurabilir. Kendine uygun ev, iş ve eş seçimi yapabilir. Toplumsal rollerini kabullenerek uyum sağlar ve sorumluluklarını yerine getirmektedir (Derman 2008).

2.2. Adölesanlarda Cinsellik ve Kontrasepsiyon

DSÖ'ne göre cinsellik kavramını "Fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin bileşiminden oluştuğunu" ifade etmiştir. Yalnızca cinsel organları değil, tüm beden ve aklı içine alan ömür boyu devam eden cinsellik insanların değerleri, inanışları, duyguları, kişilikleri, davranışları, görünüşleri içine alan ve yaşadıkları topluma göre şekillenen bir kavramdır (WHO 2010).

Adölesan dönemde ve yetişkinliğe ilk adım atılırken bireyler cinselliği merak etmeye ve keşfetmeye başlarlar, cinsel kimlik oluştururlar ve bununla bütünleşirler. Adölesan bireyler yeni beden algısıyla birlikte cinsel davranışlarda da değişikliğe uğramaktadır. Hormonların etkisiyle cinsel duygular ortaya çıkmaktadır. Bu yoğun duygularla karşılaşan adölesan uyum sağlamaya çalışır. Adölesan dönemde birey cinsel haz sağlamak için mastürbasyon yapabilir. Bu sebeple kendini suçlu hissettiğinden ailesinden utanabilir. Çevresindeki arkadaşlarından yanlış cinsel bilgiler edinebilir (Şatıroğlu 2008).

Cinsellik, ergenlik dönemi için doğal bir durum iken bu durum bazen endişe verici olabilmektedir. Medyanın yanlış cinsel içerikli mesajlar vermesi, cinsellikle ilgili eğitimlerin az olması arkadaş grupları ve akran baskısı ergenler için karmaşa oluşturmaktadır. Bu karmaşık duygular içinde sıkışan adölesan sağlıklı düşünmeden ve önlem almadan cinsel ilişkiye girmektedir. Bu dönemde ergenler kendilerini yetişkin gibi görmeye çalışırlar. Yetişkinlerin yaptıklarını yapmaya çalışırlar. Bunların içinde sigara içmek, cinsel ilişkide bulunmak gibi durumlar yer alabilmektedir. Colins ve arkadaşlarının 12-17 yaş arası 1762 ergen üzerinde yaptığı çalışmada cinsel içerikli TV programları izleyen ergenlerin, bu programları izlemeyenlere göre daha fazla

cinsel ilişkide buldukları görülmüştür (Santrock John 2017, www.cetad.org.tr Erişim Tarihi: 28/01/2019).

Evlenmeden önce uzun bir süre cinsel olarak aktif olabilecek bir dönem yaşayan adölesan kendini ve cinsel partnerini risk altına almadan baskı ve beklentilerle baş ederek bu duyguların üstesinden gelmesi gerekmektedir. Türkiye’de yapılan araştırmalarda cinsellikle ilgili yetersiz bilgilenen gençlerin, konu ile ilgili eğitim almakta istekli oldukları ancak bilgi edinirken kullanılan kaynakların aile, arkadaş ve medyadan oluştuğu görülmektedir. Bilgi almak için kullanılan bir diğer mecrada internettir. Yapılan araştırmalarda internetteki sitelerde bilgilerin genelde doğru olduğu fakat bu bilgilerin niteliksiz olduğu görülmüştür. İnternette açık şekilde cinsellik ortaya koyan siteleri izleyen ergenlerin, izlemeyen ergenlere göre cinsel yönden izin verici ve daha fazla cinsel partnere sahip oldukları görülmektedir (Santrock John 2017, www.cetad.org.tr Erişim Tarihi: 28/01/2019).

Ülkemizde ahlaki ve kültürel yapı sebebiyle cinsellik aileler tarafından yasak ayıp olarak gösterilmektedir. Bilgisiz şekilde cinsel ilişkide bulunan ergen cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler, üreme sağlığı sorunları gibi birçok sorunla karşılaşabilmektedir. Bu tip sorunlar toplumsal sorunlara da sebep olmaktadır. Erken cinsel birlikteliklerde, uyuşturucu kullanımının, alkol kullanımının, kötü anne baba ilişkisinin etkili olduğu görülmektedir. Cinsel ilişkiye başlama yaşı ülkeden ülkeye, cinsiyete, sosyoekonomik etkilere göre değişmektedir. Bir çalışmada 17 yaşına kadar olan kızların cinsel birliktelik oranı ABD’de %47, Mali’de %72, Tanzanya’da %45 olarak; 17 yaşına kadar olan erkeklerin cinsel birliktelik oranı Jamaika’da %76, ABD’de 64, Brezilya’da %63 olarak bulunmuştur (Şatıroğlu 2008, Santrock John 2017).

Adölesanlar cinsel hayatları ile ilgili bilgi vermekten rahatsızlık duyduklarından dolayı bu dönemdeki cinsel davranışları değerlendirmek zor olabilmektedir. Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada erkeklerin 4 de 3’ünün, kızların ise 4 de 1’inin aktif cinsel hayatı olduğu saptanmıştır. Öyle ki bu oranlar çerçevesinde erkeklerin ilişki yaşı 19,9 iken kızlarda bu yaş 17,2 olarak belirtilmiştir. Üniversite

öğrencileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise öğrencilerin %39,5'inin cinsel ilişkide bulunduğunu bu sayının erkek öğrencilerde kızlara kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Gölbaşı 2005). Sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik öğrencilerinin kız çocuk evliliklerine yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada öğrencilerin kız çocuk evliliklerine yönelik tutum ölçeğinden aldıkları puanların orta seviyede olup genel olarak kız çocuk evliliklerine bakış açılarının negatif yönde olduğu belirtilmiştir (Aygin, Yaman, Açıl , Yılmaz ve Sert 2017).

Ergen olarak tabir ettiğimiz kişiler birçok sorunla karşı karşıya kalma riski içindedir. Biyolojik, fizyolojik, psikolojik özellikleri sebebiyle cinsel istismar, taciz ve tecavüze maruz kalabilecek kişilerin başında gelmektedir. Bunun en önemli sebeplerinden olan aileden ayrı olmak, sosyokültürel problemler, ekonomik problemler ve yine alkol kullanan ve diğer problemleri bünyesinde barındıran aile tipleridir. Ergenlerin gelişim safhasında savunmasız olması ve karar mekanizmasının sağlıklı olmamasından dolayı yabancı birileri, aile içinden biri ya da sevgilileri tarafından cinsel anlamda suiistimaller taciz ve tecavüzler yaşanabilmektedir (Şatıroğlu 2008, Uzun Kara ve Orhon Şimşek 2013).

Adölesan gebeliklerin oluşmasında önde gelen risk faktörlerine baktığımızda ergenlerin sosyal hayat ve eğitim hayatındaki başarısızlıklarının yanında alkol alımı, madde bağımlılığı, cinsellik ve cinsel ilişki ile ilgili bilgi eksikliği, korunma yöntem ve metotlarının bilinmiyor olması duygusal, fiziksel ve cinsel istismara maruz kalınmış olunması gibi durumlar öne çıkmaktadır. Adölesan gebeliklerin oluşumunda etkili olan faktörlerden biri olan gebelikten korunma konusu ile ilgili olarak ABD'deki Guttmacher Enstitüsü'nün 2010 yılında yapmış olduğu bir araştırmada korunma yöntem ve metotlarının uygulamayan gençlerin ilk yıl içinde %90 oranında gebe kaldığı gerçeğini açıklamıştır. Türkiye'de ise evli 15-19 yaş arası adölesan kontraseptif yöntem kullanım oranı %62,3, gebelikte korunmada modern yöntem kullanım oranı %38,4, geleneksel korunma yöntemi kullanım oranı ise %50'dir. İstenmeyen gebelik ve düşüklerin oran olarak yarı yarıya indirgeyebilmek için yapılması gerekenlerin başında gençlerin korunma konusunda bilgilendirilmesi ve korunma yöntemlerinin erişilebilir olması gelmektedir (Uzun Kara ve Orhon Şimşek 2013).

Adölesanların plansız bir şekilde cinsel birliktelik yaşamaları, gebelik önleyici yöntemlere ulaşılabilirliğin yeterli olmaması, tıbbi işlemlerden korkma, ulaşım ve hizmet alımında maddi yeterlilik olmaması, eş veya aileden utanma, korkma ya da onların çocuk sahibi olmak üzerinde ısrarcı olmaları gebelik önleyici yöntem kullanımına mani olmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda adölesanlar ilk gebeliklerinin ardından bir yıl içerisinde %42'sinin ikinci bir istenmeyen gebelikle karşı karşıya kaldığı ve bu gebeliklerin %73 'ünün doğumla sonuçlandığı belirtilmiştir (Şolt ve Yazıcı 2015).

Adölesan döneminde genital gelişim sürecinin devam ediyor olmasından dolayı koruyucu bariyerlerin yetersiz olması bu yaş grubunun CYBE (Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon) ve korunma gibi konularda yeteri kadar bilgi sahibi olmamaları nedeni ile cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından diğer bireylere nazaran daha fazla risk altındadırlar. Bu konu ile ilgili olarak TGCSÜSA (Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Araştırması) ülkemizde 2007 yılında 1629 kişide yaptığı araştırmada 15-19 yaş aralığındaki kızların %22,7'si CYBE'yi hiç duymadığını bu konu hakkında bilgi sahibi olanların ise sadece %38,9'unun korunmak için kondom kullanılması gerektiğini ifade ettiği bildirilmiştir (Özcebe, Ünalın, Türkyılmaz ve Çoşkun 2007).

Gençlerin adölesan dönemdeki riskli cinsel davranışları hem kendi sağlıkları açısından hem de cinsel partnerlerinin sağlıkları açısından sonraki dönemler için problem teşkil etmektedir. DSÖ'nün bu alanda yapmış olduğu çalışmalarda bu gerçeği ortaya koymaktadır. Nitekim 2013 yılı sonuçlarına göre HIV (Human Immunodeficiency Virus) bulaşan kişi sayısının 78 milyon olduğunu, HIV ile yaşayan kişi sayısının ise 35 milyon olduğunu ortaya koymuştur. Bu bilgiler ışığında HIV virüsü nedeni ile hayatını kaybedenlerin sayısı ise 2013 itibari ile 35 milyon olduğu vurgulanmıştır (WHO 2016).

2.3. Adölesan Evlilik ve Adölesan Gebelik

DSÖ adölesan gebelik tanımını yaparken 10-19 yaş arasındaki resmi-gayri resmi ilişkiler neticesinde ortaya çıkan gebelik halini ifade etmektedir (WHO 2001). Adölesan dönem olarak ifade edilen 10-19 yaşlar arasında gerçekleşen gebelikler halen tüm dünyada ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak varlığını sürdürmekte bu sorun farklı zamanlarda farklı coğrafya ve ülkelerde kendini göstermektedir. Bu durum bireylerin sosyal, ekonomik, anne ve bebek sağlığı açısından birçok riski bünyesinde barındırmaktadır. Adölesan gebelikler genç kızları; eğitim, ekonomi ve sosyo-kültürel faaliyetlerden mahrum bırakmakla beraber adölesan üzerindeki psikolojik etkileri de göz ardı edilmemelidir (Uzun Kara ve Orhon Şimşek 2013, Ayyıldız, Topan, Öztürk ve Kulakçı 2015).

Gelişmiş ülkelerdeki adölesan dönem özellikleri olarak göze çarpan evlilik öncesi yaşam, cinsel ilişkiler sonucu meydana gelen istenmeyen gebelikler ve bilinçli düşük yapma durumları, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde genelde kültürel yapı ve gelenekler, erken yaş evlilikleri ve erken gebelikleri sonucu ortaya çıkmaktadır. Bunun yanında gelişmekte ve az gelişmiş ülke modellerinde ailelerin çocuklarını bir an önce evlendirmek onların mürüvvetini görme arzusu, özellikle kız çocuklarının maddi külfet olarak görülmesi ve yine az gelişmiş ülkelere has özelliklerden olan ve çeyiz parası gibi maddi beklentiler erken yaş evliliklerin sebepleri arasında gösterilebilir (Uzun Kara ve Orhon Şimşek 2013, Ayyıldız ve ark. 2015, Uyanık ve Doğan 1998).

Türk Medeni Kanunu (TMK) normal evlilik yaşınının 18 olduğunu açıkça belirtmiştir. Yani yasa 17 yaşını dolduran her birey evlenebilmek için doğal şartları tamamlamış kabul edilmektedir. Ancak hakim olağan üstü hal ve durumlarda aile rızası alındı ise 16 yaşını dolduran kız ve erkek bireylerin evlenmelerinde herhangi bir sakınca görmez. Bu kapsamda TMK'nın belirlediği kurallar ve yaş dışında yapılan evlilikler erken yaş evliliği olarak nitelendirilmektedir (TMK 4721).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasınının 2013 yılındaki verilerine göre ülkemiz nüfusunun %26'sını adölesan yaş grubunun temsil ettiğini, 15-19 yaş aralığındaki adölesanların %16'sının evli ve anne olma oranınının hızla arttığı sonucunu ortaya

koymuştur. Az gelişmiş ülkeler ve gelişmekte olan ülkelerde 15-19 yaş aralığındaki adölesanların kendilerinden yaşça büyük erkeklerle evlilik veya cinsel ilişkiye zorlandığını bunların %30'u 18 yaşından, %14'ü ise 15 yaşından önce evlendiğini bildirmektedir (TNSA 2013,WHO 2012, Şolt ve Yazıcı 2015). Melekoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan kadınların %52,5'nin resmi nikahının olmadığını belirtmişlerdir (Melekoğlu ve ark. 2013).

Adölesan hakkında yapılan araştırmalar adölesan gebeliklerin oluşmasında etkili olan unsurların ilk menarş yaşı, ırk, etnik durum, cinsel ilişki sıklığı, evlilik durumu, aile yapısı, sosyoekonomik düzey ve sosyal destek kaynakları olduğunu ortaya koymuştur (Ayyıldız ve ark. 2015).

Bireylerin sosyal hayatı ve buna bağlı olarak kişisel hayatları aldıkları eğitimin süresi ve kalitesiyle doğru orantılıdır. Birey eğitiminin çok önemsenmediği bölgelerde özellikle kız çocuklarının eğitim hayatının yok denecek kadar az olması onları farklı yerlere yönlendirmektedir. Bu durumun oluşmasında gerek aileler gerekse de buldukları yerin örf, adet, gelenek ve görenekleri etkili olmaktadır. Bu bağlamda genç yaşta evlenmeler, eğitim bağlamında olgunluğa erişmemiş bünyeler 15-19 yaş aralığı olarak tabir ettiğimiz adölesan doğurganlık sınıfı içine girmektedir. TNSA'nın 2013 yılı verilerinde okul eğitimi almamış kadınların %17'si adölesan dönemde çocuk sahibi olurken en az ilkokul eğitimi almış kadınların adölesan dönemde çocuk sahibi olma oranı ise %8'lere kadar düşmektedir. Genç yaştaki gebelikler kişiyi sosyal hayattan alıkoyarken aynı zamanda da ekonomik anlamda özgürlüğünü kısıtlayıp bağımlı hale getirmektedir (Şolt ve Yazıcı 2015, TNSA 2013).

TUİK 2011 yaşa özel doğurganlık hızı aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 1. İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması 1. Düzey'e göre yaşa özel doğurganlık hızı, 2011 (31/08/2012 tarihi itibarıyla)

Yaşa Özel Doğurganlık Hızı (Bin kadın başına düşen doğum sayısı)							
	Annenin Yaş Grubu						
İBBS (1. Düzey)	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49

TR Türkiye	31	108	123	89	41	10	2
TR1 İstanbul	20	88	105	79	37	8	1
TR2 Batı Marmara	26	87	103	66	25	4	0
TR3 Ege	26	93	106	71	28	5	0
TR4 Doğu Marmara	20	89	114	78	32	6	1
TR5 Batı Anadolu	27	97	109	79	35	7	1
TR6 Akdeniz	34	117	128	91	42	10	1
TR7 Orta Anadolu	40	118	123	81	35	8	1
TR8 Batı Karadeniz	27	99	113	72	28	5	0
TR9 Doğu Karadeniz	19	83	118	84	37	8	1
TRA Kuzeydoğu Anadolu	52	146	159	121	64	19	5
TRB Ortadoğu Anadolu	42	139	154	122	69	25	8
TRC Güneydoğu Anadolu	45	160	187	154	94	35	10

DSÖ'nün 2018 yılındaki dünya sağlık istatistikleri Sağlığının İzlenmesi, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri açıklamasındaki 15-19 yaş doğurganlık hızları aşağıdaki tablodaki gibidir.

Tablo 2. Dünya üzerinde bölgelere göre ve Türkiye 15-19 yaş doğurganlık hızı 2007-2016

Afrika	% 99,1
Amerika	% 48,6
Güneydoğu Asya	%33,0
Avrupa	%16,6
Doğu Akdeniz	%44,5
Batı Pasifik	%14,2
Türkiye	%26,9

2.3.1. Adölesan Gebeliklerin Maternal Sonuçları

Araştırmalar adölesan dönemde doğum yapan annelerin doğumdan önceki süreçte bakımlarının yeterli olmaması, ağırlık değişiklikleri, toksemi, anemi, gebelik

hipertansiyonu, preeklampsi, abortus, kişilik değişiklikleri gibi durumlar annede obstetrik komplikasyonlara neden olmaktadır. Adölesan gebeliklerde gelişim tamamlanması açısından anne ve fetüs arasında besin yarışı yaşanmakta olup bu tür gebeliklerin olumsuz yan etkilerinin oluşmasına neden olduğu düşünülmektedir (Uzun Kara ve Orhon Şimşek 2013). Sosyal açıdan bakıldığı zaman adölesanın kendine güveninin azalması, kendine özgü kimlik oluşumunu güçleştirmesi, eğitimin aksamaması, sosyal faaliyetlerden uzaklaşma, boşanma, ayrılmalar, yoksulluk, stres ve depresyon adölesan gebelerde daha sık karşımıza çıkmaktadır (WHO 2006).

Literatürde anne ve bebek ölümlerinin en yüksek olduğu dört tip gebelik tanımlanmaktadır. Bunlar 18 yaş ve altı gebelikler, 35 yaş ve üstü gebelikler, dört ve dörtten fazla doğum yapmak ve bir önceki gebelikle arasında iki yıldan az sürenin olmasıdır. Yüksek riskli gebelik kabul edilen adölesan gebeliklerde oluşan maternal ölüm oranı ülkemizde 100.000 canlı doğumda 20-24 yaş arasındaki annelerin ölüm oranı %15,7 iken 15-19 yaş arasında bu oran %18.7 ye yükselmektedir (Kütük 2012). Düşük gelirli ve gelişmekte olan ülkelerde 15-19 yaş grubu gebeliklerde meydana gelen anne ve bebek ölümleri 20-29 yaş grubundaki kadınlara göre %50 daha fazladır (WHO 2014).

Dünya genelinde her yıl 2,5 milyon adölesanın güvenli olmayan yollardan düşük yaptığı ve bu durum yetişkin kadınlara oranla kişinin komplikasyonlardan daha fazla etkilendiğini ortaya koymaktadır. DSÖ' nün bu konu üzerinde yaptığı çalışmada 2006 ve 2008 verileri yasal olmayan 19 milyon düşüğün 2,2 milyon ile 4 milyonluk kısmını adölesan gebelerin oluşturduğunu ve 3 milyon adölesanın güvenli olmayan kürtaj yaptırdığını açıklamıştır (Melekoğlu 2012, Melekoğlu ve ark. 2013,WHO 2014, Meydanlı ve ark. 2000, Serhatoğlu ve Kaya 2018).

Anemi genel olarak kadınlarda en sık rastlanan sorunlar arasında olmakla birlikte adölesanların yaklaşık yarısı anemiktir. Adölesan dönemdeki gebelikte vücut hem kendi gelişimi için demire ihtiyaç artmakta hem de gebelik boyunca bebeğin gelişimi için demire ihtiyaç olmaktadır ve vücuttaki demir depoları hızla tüketilmektedir. Keskinöglü ve arkadaşlarının 945 adölesan gebeler üzerinde yaptığı çalışmada anemi

oranı yetişkin gebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Şolt ve Yazıcı 2015, Keskinoglu, Bilgiç ve Pıçakçı 2007). Dolaylı olarak anne ölümüne yol açan önemli etkenler arasında şiddetli anemi yer almaktadır. Demir ve folik asitten eksik beslenme aynı zamanda malarya ve bağırsak parazitlerine neden olarak anemi şiddetini arttırabilmektedir (Şolt ve Yazıcı 2015, Melekoğlu 2012). Yine yapılan çalışmalarda adölesan gebeliklerdeki anemi oranının %76' la kadar çıktığı belirmektedir (WHO 1999, Chahande, Jadho, Wadhva and Udhade 2007).

Yetersiz doğum öncesi bakım, gebelik boyunca yetersiz beslenme ve kilo alımının az olması, adölesanlarda madde bağımlılığı ve sigara kullanımının fazla olması, anemi, gebeliğe bağlı gelişen hipertansiyon gibi faktörler adölesan gebeliklerinde daha sık görülürken bu gibi sebepler erken doğumu hazırlayıcısı olabilmektedir (Şolt ve Yazıcı 2015, Banerjee ve et al. 2009). Kırbaş ve arkadaşlarının 3502 gebeyi araştırmalarına dahil ederek yaptıkları çalışmada adölesanlarda gebelik komplikasyonları ortaya çıkma oranı 2 kat daha fazla görülmüş ve preterm doğum görülme sıklığı da en çok karşılaşılan sorunlar arasında olduğunu bildirmişlerdir (Kırbaş, Gülerman ve Yüksel 2011). Kurt ve ark. Hatay doğum evinde yaptıkları çalışmada erken doğum insidansının adölesan grupta daha fazla olduğu görüldüğü bildirilmiştir (Ayyıldız ve ark. 2015).

Adölesan gebeliklerde görülen önemli sağlık sorunlarına yol açan gebeliğin tetiklediği hipertansiyondur. Geç fark edilen ve tedavisi zamanında yapılamayan adölesan gebeliklerde preeklampsi, annelerde ölüm oranını %15 arttırabilmektedir. Hafif ve orta şiddetli preeklampside prenatal mortalite %1' den %8'e çıkabilmekte şiddetlide ise %15' lere kadar çıkmaktadır. Son zamanlarda yapılan bir çalışmada adölesan dönemde çocuk sahibi olmanın kırsal kesimlerde daha fazla olduğu sigara kullanıldığı ve madde bağımlısı olduğu ve eklampsi gibi sorunlarla daha sık karşılaşıldığı bildirilmiştir (Güzel, Tokmak ve Üstün 2016). Tayland'da yaklaşık 11.000 adölesan gebelerin araştırmaya dahil edilmesi ile yapılan çalışmada erişkinlerle adölesan gebeler arasında preeklampsi ve erken doğum riski aynı oranda olduğu ve erken doğum ile IUGR (İntrauterin Gelişme Geriliği) riskinin adölesan gebelerde arttığı özellikle 11-15 yaş arası adölesanlarda daha belirgin olduğu belirlenmiş (Thaithae ve Thato 2011).

Adölesan gebelerde amnion kesesi erişkin gebelere göre normal doğum süresi gelmeden önce açılmakta ve %95 erken doğum riskinin oluşmasına sebep olabilmektedir (Melekoğlu 2012).

Adölesanlarda pelvis gelişimi tam olmadığından zor doğum eylemi, baş pelvis uyumsuzluğu görülebilmektedir. Zor doğum sonuçlarına bağlı olarak fistül, idrar ve gaita inkontinansları oluşabilmektedir (Şolt ve Yazıcı 2015, Benay 2018). Ülkemizde adölesan gebeler ile yapılan çalışmalarda hemoraji, idrar yolu enfeksiyonu, ishal, böbrek iltihabı, anemi, preeklamsi, hipertansiyon, bulantı kusma, ishal gibi sorunlar gözlemlenmiştir (Aydın 2013).

2.3.2. Adölesan Gebeliklerin Fetal Ve Neonatal Sonuçları

Yapılan çalışmalarda 10-15 yaş arası doğum yapan adölesan annelerin bebek ölüm riski %55, 16-17 yaş %19 ve 18-19 yaş arası adölesan annelerde ise %6'dır (Aydın 2013). Doğum öncesi verilen bakımın adölesanlar başta olmak üzere tüm anne ve bebeklerde oluşabilecek komplikasyonları azaltmakta olumlu etkiye sahiptir (Kütük 2012).

Adölesan gebeliklerin risklerinden olan preterm doğumların sonucunda prematüre bebeğin doğması sık karşılaşılan bir sorundur. Preterm bebekler birçok problemle karşı karşıya gelmektedir. Organların ve sistemlerin gelişmemiş olması bebekte sağlık problemlerinin oluşmasına sebebiyet vererek respiratuvar distres sendromu, emme ve yutmada zorluk, apne, beyin içi kanama, beslenme intoleransının olması ve buna benzer sorunlardan dolayı uzun sürebilecek destek tedavi ve bakıma ihtiyaç duyulmaktadır (Melekoğlu 2012). Yine adölesan gebeliklerde preterm doğum sonucu ya da yetersiz antenatal bakım, sigara ve madde bağımlılığı gibi sebeplerden düşük doğum ağırlıklı bebeklere sık rastlanmaktadır. 16.857 gebeyi içeren bir çalışmada düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip adölesanların oranı 1,7 kat artmış olduğu rapor edilmiştir. Meydanlı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada adölesan gebeliklerde erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olma oranı erişkin gebelere oranla daha fazla olduğu belirtilmiştir (Meydanlı ve ark. 2000, Güzel, Tokmak ve Üstün 2016). Keskinöglü ve arkadaşlarının 945 adölesan gebeyle yaptıkları çalışmada adölesan

yaşlarda gebeliği olan kadınların %28'inde bazı obstetrik ve neonatal komplikasyonların gerçekleştiğini, %18,2'sinin erken doğumla sonuçlandığı, %12,1'inin düşük doğum ağırlığı olan bebek sahibi olduğunu ve %27,5'inin doğumunun sezaryen ile sonuçlandığını bildirmişlerdir (Keskinoglu ve ark. 2007). Kovavisarach ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada apgar puanı yedinin altında olan ve yoğun bakım ünitesinde bakım alan yenidoğanın adölesan gebelikler sonucunda doğan bebekle yetişkin gebelere oranla daha fazla olduğu bulunmuştur (Kovavisarach, Chairaj ve Tosang 2010).

Adölesan gebeliklerde anne sağlığı tehlikeye girdiği gibi doğacak çocuk içinde birçok sorun yaşanmaktadır. Konjanital malformasyonlar, konjenital defektler, motor ve mental gelişme geriliği, körlük ve sağırılık, epilepsi, serebral palsi, retardasyon, mekonyum aspirasyonu, intrauterin gelişme geriliği, umbilikal kordon trans pozisyonu, doğumsal travma, fetal stres, oligohidramnios oluşma riskleri artarken zihinsel ve fiziksel engelli olmaya aday durumda olabilmektedir (Aydın 2013, Keskinoglu ve ark. 2007, Bulut, Gürkan ve Sevil 2008, Çınar ve Menekşe 2017). Yine merkezi sinir sistemi anomalilerinden olan anensefali, spina bifida, hidrosefali, mikrosefali, kas-iskelet sistemi anomalilerinden yarık dudak/damak, polidaktili ve sindaktili oluşma riski erişkin gebeliklere göre adölesan gebeliklerde arttığı bildirilmektedir (Melekoğlu 2012). Yapılan çalışmalar, adölesan annelerden doğan çocukların birçoğunun 12 aya kadar normal gelişim göstermesine karşın, üç yaşından sonra gecikme olduğunu ortaya çıkarmıştır. Adölesan annelerin % 50' si doğumdan sonra üç hafta içinde depresif semptomlar yaşayabilmekte bu oran yetişkin annelerden daha yüksek olmakla birlikte anne bebek etkileşimi, annenin algısı ve çocuğun hareketine karşı verdiği tepkisi üzerine olumsuz sonuçlara sahiptir. Adölesan annenin depresif semptomlar olması çocukları üzerinde bazı davranış bozuklukları geliştirebilir ve çocuk istismarı riski bu grupta artış göstermektedir (Goossens, Kadji and Delvenne 2015).

Adölesan annelerin çocukları ile erişkin annelerin çocukları karşılaştırıldığında; adölesan anne çocuklarının öğrenme kapasitelerinin ve okul başarısının daha düşük olduğu, okul terk etme ve sınıf tekrarın daha fazla yaşandığı, davranış problemlerinin

olduğu, anksiyete bozukluğu, majör depresyon, intihar girişimi, suç işleme potansiyeli, madde kullanımı, asosyallik, öfke kontrolü olmaması, zayıf bilişsel, akademik ve davranışsal beceriye sahip olmak gibi sorunlarla karşılaşılmaktadır. Yirmi yaş altı anne ile 30 yaş üstü anne çocuklarına oranla kötü sonuçlar 1,5-8,9 kat daha fazla olduğu görölmüştür (şolt ve Yazıcı 2015, Uzun Kara ve Orhon şimşek 2013, Aydın 2013, Bulut, Gürkan ve Sevil 2008, Goossens et al. 2015).

2.4. ANNELİK ROLÜ

Kadının hayatı boyunca gelişimsel olaylardan olan annelik kazanılabilecek en önemli roller arasındadır. İlk annelik doğumdan sonraki dönemde ilk karşılaşma anında annenin bebeğe karşı göstermiş olduğu davranışları olarak tabir edilmektedir (Çalışır, Kurnaz, Karaçam ve Akgül 2009). Doğum sonum dönemdeki tensel temas anne bebek ilişkisinin sağlıklı başlaması ve sürdürölmesi açısından önemlidir. Anne bebek arasındaki bağı gebelikle başlamakta zamanla artış göstermektedir (Taylor, Atkins, Kumar, Adams and Glover 2005). Doğum sonu dönemdeki anne ve bebeğin yakın teması ne kadar erken olursa annelik rolüne uyum da hızlanmaktadır (Çalışır, Karacam, Kurnaz ve Akgül 2009). Annelik birçok kavramdan etkilenmekle birlikte tek başına kazanılmış, deneyimlenmiş, kutsallaştırılmış bir süreç olarak görölmektedir. Annelik sosyal, kültürel, siyasi, ahlak gibi birçok faktörden etkilenir (Miller 2010). Birçok toplumda olduğu gibi bizim toplumumuzda da anne olma yapılması gereken bir ödev gözüyle bakılmaktadır. Bu görevi yerine getirmek için anneler sosyal olarak hazırlanmaktadır (Beydağ 2007). Farklı heyecanlar yaşamaya neden olan annelik beraberinde sorumluluklar getirmektedir. Kadın, annelik rolünü üstlenirken farklı yaşamsal olaylardan faydalanır ve zamanla yeni düşünceler ve beceriler edinerek deneyim oluşturur (Erbay, Topal, Tiryaki ve Çınar 2018). Annelik rolü ile kadının yeni görevlerini yerine getirebilmesi, yaşamındaki değişime ayak uydurması için diğer aile bireylerinin desteğine, işbirliğine ihtiyaç duyulmaktadır. Annelik rolüne uyum sağlamada bireyin yaşı, eğitimi, sosyal statüsü, sosyoekonomik durumu, çalışıp çalışmaması, kişilik yapısı, gebelikte yaşana sıkıntılardan etkilenmektedir (Çalışır 2003).

Anneliğe uyum sağlarken kendisinin ve bebeğin ihtiyaç ve bakımını karşılama aşamasında yeterli bilgi ve beceriye sahip olmak gerekmektedir. Sağlık personellerinin doğum öncesi dönemden başlayıp verdikleri danışmanlıklar, annenin yeterlilik ve özgüven duygusunun kazanımında, korku ve kaygıların giderilmesinde destek sağlamaktadır (Beydağ 2007, Özkan 2010).

Annenin kendine olan güveni doğum sonundaki dönemde ilk günden itibaren bebek bakımını aktif bir şekilde katılımında ve devamlılığını sağlamada fiziksel ve ruhsal sağlığın sürdürülmesi açısından olumlu etkiye sahiptir (Beydağ 2007, Mercer 2004). Annelik rol beceri sürecini bireysel farklılıklar olmakla birlikte 3-10 ay içinde gerçekleştiğini belirtir.

Araştırmalar, kadının; annelikle ilgili olumlu düşüncelerinin olması, anne olmakla ilgili düşüncelerini gebelik boyunca ifade etmesine izin verilmişse, annelik rolüne dair beklentiler sahiciyse, kadın bebek bakımına aktif bir şekilde olabildiğince erken dahil edilmiş ise, doğum sonrası ilk 6 ayda yeterli sosyal desteklere sahipse annelik rolüne geçişte zorlanmadan ve hazıroluşluğun kolay olacağını belirtmiştir (Evcili ve ark. 2018).

2.4.1. ADÖLESAN ANNELİK

Adölesan dönemde anne olan kadınlar cinsel ilişki, konraseptif yöntemler, düşük, gebelik, bebek bakımı ve ihtiyaçlarının karşılanması gibi konularda erişkin yaştaki annelere göre daha az bilgi ve beceriye sahiptirler. Bu nedenlerden dolayı sadece adölesanın kendi hayatına değil, ailesine ve doğacak bebeğe de ciddi yükler getirmektedir (Demiröz ve ark 2008).

Literatüre göre adölesan anneler ileri yaştaki annelere göre doğumdan sonraki ilk ilk sekiz haftalık sürede bebeklerinin sorumluluklarını daha geç aldıklarını göstermektedir. Adölesan annelikte ruhsal ve bedensel gelişiminin yanında eğitim, sosyal statü gibi gelişimlerini tamamlayamaması ve çoğunun ailevi ve ekonomik sıkıntılar içerisinde olması bunlar gibi sorunların üstüne birde anne olma sorumluluğu yüklenmektedir. Anneliğe henüz hazır olamayan adölesan kendi ve bebek bakımı ile

ilgili yeterli bilgiye sahip değilken evlat sahibi olma duygusu ve çocuk büyütmenin getireceği sorumluluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durumda adölesan anne hem kendini hem bebeğini ihmal edebilmektedir. Çobanın 2009 yılında yaptığı çalışmada adölesan yaşlarda gerçekleşen evliliklerde birey evliliğin tam anlamıyla ne olduğunu yeteri kadar bilmemekle beraber evliliğin ciddiyetinden ziyade oyun olarak gördükleri, beklenen sorumlulukları yerine getirmedikleri, evlilikteki rollerini yerine getirmede zorlandıklarını belirtmişlerdir (Çınar ve Hıra 2017, Çoban İçağasıoğlu 2009).

Anneliğe hazıroluşlukta hem fiziksel hem de duygusal açıdan olgunluk gereklidir. Annelik için olgunluğa ulaşmış olan anne; çocuğuna sevgi gösterir, merhametli olur, duygusal yaklaşır, fedakarlık gösterir. Adölesan annenin baş etmesi gereken zorluklar nedeniyle ve yeterli olgunluğa ulaşmaması sebebi ile bu gibi duygusal faaliyetleri gösteremez. Eğitimini tamamlayamama, yoksulluk, sağlık hizmetlerinden yeteri kadar faydalanmama gibi zorluklar doğru yaklaşımı göstermesine engel olabilir. Adölesan annelik istenmeyen gebelik sonucu meydana gelmiş ise tek sorumluluktan kaçan karşı taraflar karşılaşıp tek ebeveynlik yaşanabilir. Bazen de adölesan baba ise çoğu zaman korku ve yetersizlik duygusuna kapılıp ebeveynlik rolünü bırakmakta bu durumda anne, sosyal destek yetersizliği ve maddi açıdan zorluk yaşamaktadır. İyi bir annelik için bazı şartların yerinde olması gerekir. Kaliteli bir eğitim, iyi bir işte çalışma, duygusal ve zihinsel istikrar, güvenli ve huzurlu bir ev gibi. Caputo ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada evli olmayan adölesanlar ve adölesan gebelerin sağlık durumları araştırıldığında adölesan gebelerde %24,2 anksiyete ve depresyon yan etkilerinin görüldüğünü belirtmişlerdir. Holup ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ebeveyn olma stresi çok yaşayan annelerin annelik sürecine uyumlarının daha az olduğu, doğum sonrası stresini erken ve geç anneliklerde daha çok yaşadığı görülmüştür. Özsoy çalışmasında adölesan ve primipar annelerde emzirme ile ilgili tutum, davranış ve düşüncelerin emzirmeye karşı istek ve bakış açılarının yetişkin annelere göre olumsuz yönde olduğu bulunmuştur. Adölesan annelerin ebeveyn durumları incelendiği çalışmada kendi ve yanidoğan bakımında rehber ihtiyacı duyduklarını, adölesan annelerin kendilerini iki dünya arasında yalnız ve çaresiz hissettiklerini belirtmişlerdir (Çınar ve Hıra 2017, Devito J 2010)

2.5. ANNE BEBEK İLİŞKİSİNDE ÖZ-GÜVEN

İnsanın mutlu başarılı yaşaması, üzerine düşen sorumlulukları ve rolleri sağlıklı olarak yerine getirmesi için gereken en önemli özelliklerden biri özgüvendir. Hayatta karşılaşılan zorluklarla ve sorumluluklarla özgüven sayesinde daha kolay başa çıkıla bilinmektedir. Annelik bireye yeni sorumluluklar getiren bir dönemdir. Annenin yeni sorumluluklarını yerine getirmek için özel beceri ve enerjiye ihtiyacı vardır. Bu da kuvvetli bir annelik özgüveni gerektirir (Öztürk ve Erci 2016).

Yapılan çalışmalarda adölesan annelerin daha kendi gelişimleri tamamlanmamışken bebeklerine karşı sorumlu ve hassas davranışlarda bulunmakta ve sözlü iletişim kurmada yetişkin annelere oranla daha yetersiz kaldıkları belirtilmektedir (Kalpalp 2006).

Öztürk ve Erci 2016 yılında yaptıkları çalışmada anne yaşı ile özgüven düzeyi arasında anne yaşı ne kadar artarsa kişinin kendine duyduğu özgüveninde arttığını, ileriki yaşlardaki annelerin daha olumlu annelik davranışları sergilediklerini ifade etmişlerdir (Öztürk ve Erci 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu çalışmanın amacı adölesan annelerin bebek bakımı hakkındaki özgüvenleri ile annelik memnuniyeti arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

3.2. ARAŞTIRMANIN İZİNİ

Araştırmanın etik onayı Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alındı (Ek 1). Sakarya İli Sağlık Müdürlüğü'nden Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde araştırma yapılabilmesi için gerekli izinler alındı (Ek 2). Çalışmada kullanılabilmesi için Matthey tarafından (2011) geliştirilen Güler ve Çınar tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan (2016) "Anne Olma Ölçeği"(BaM-13), Walker (1986) tarafından geliştirilen Çalışır (2003) 'de Türk toplumuna uyarlanan "Pharis Özgüven Ölçeği" izinleri alındı (Ek 3 Ek 4).

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Kampüsü ve Kadın Doğum ve Çocuk Klinik-Polikliniklerinde çalışmanın yapıldığı 02/10/2017-15/03/2019 tarihler arasında yapılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kampüsü ve Kadın Doğum ve Çocuk Klinik-Polikliniklerinde çalışmanın yapıldığı tarihler arasında gelen adölesan annelerin tamamı oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise aynı kurumlarda ve tarihlerde vaka seçim kriterlerine uyan 1 ay- 1 yaş arası çocuğa sahip araştırmaya katılmayı kabul eden 90 anne oluşturmuştur.

3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL OLMA KRİTERLERİ

- Annenin 12-19 yaş arası olması
- Annenin 1 ay- 1 yaş arası çocuğa sahip olması
- Annenin herhangi bir engeli ve iletişim sorunu olmaması
- Annenin çalışmaya katılmaya gönüllü olması

3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür incelenerek hazırlanan Soru Formu, Anne Olma Ölçeği (BAM-13) ve Pharis Özgüven Ölçeği kullanılmıştır.

3.6.1. Soru Formu

Soru formu 23 sorudan oluşmuştur. Soru formu sosyo-demografik özellikler (annenin yaşı, eğitim durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, mesleği, eşinin mesleği, sosyal güvenceye sahip olma durumu, ekonomik durum algısı, eşinin yaşı, eşinin eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, aile tipi) doğum öncesi ve doğum sonrası özellikler (toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, doğum ve bebekle ilgili sıkıntı yaşayıp yaşamama durumu) bebeğin yaşı, bebeğin beslenme durumu, ilk emzirme zamanı, daha önce bebek bakma durumu, bebek bakımı konusunda destek alma durumu, kimler tarafından destek alındığı ve hangi konularda destek alındığını belirlemeye yönelik soruları içermiştir. (Ek 6).

3.6.2. Anne Olma Ölçeği (BaM-13)

Anne Olma Ölçeği (BaM 13) , Matthey tarafından (2011) 1 ay-3 yaş aralığında çocuğu olan annelerin annelik deneyimlerini ve memnuniyetini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Ek 3). Ölçek 13 soru maddesinden oluşmaktadır. Matthey 'in çalışmasında Cronbach Alpha değeri 0.798 bulunmuştur.

Puanlama

Ölçek, sıfır ile üç arasında puanlanan ve yüksek puanların ‘annelik’ deneyiminden memnuniyetin daha az olduğunu gösterdiği 13 maddeden oluşmaktadır. Puanlamayı kolaylaştırmak için, her madde aynı yönde puanlanmıştır: sıfır, bir, iki, üç. Toplam puan 0 ile 39 arasında değişmektedir. 9 veya üzerindeki puanları gösteren veriler önemli düzeyde annelikle ilgili memnuniyetsizlik seviyesinin göstergesidir.

Her madde dört yanıt seçeneklerinden biriyle tasdik edilmektedir: ‘Evet, çoğu zaman’; ‘Evet, bazen’, ‘Hayır, çok sık değil’; ‘Hayır, nadiren ya da hiç’.

Anne olma ölçeğinin kapsadığı alanlar ise; sosyal izolasyon, pişmanlık, güven duygusu, çocuğu ile ilişkisi, desteği ile memnuniyeti, başa çıkma ve suçluluktur.

Mathey’e göre (2011) Faktör analizi üç faktör bildirmektedir; çocuk deneyimini (Child experience); yetişkin deneyimi (Adult's experience); duygusal yakınlığı (Emotional closeness). Faktör bir, annenin bebeği/yürümeye yeni başlayan çocuğu ile olan deneyimine odaklanan maddelerden (‘bebeğimin/yürümeye yeni başlayan çocuğumun yanında gerginim’; ‘iyi bir anne olmadığımı dair endişeliyim’; ‘bebeğim/yürümeye yeni başlayan çocuğum ağladığında başa çıkmakta zorluk çekiyorum’; ‘suçlu hissediyorum’; ‘bebeğim/yürümeye yeni başlayan çocuğumdan rahatsız oluyorum’) oluşması nedeniyle ‘Çocuk Deneyimi’ olarak adlandırılmaktadır. Faktör iki kadının bir yetişkin olarak kendisiyle olan deneyimlerine odaklanan maddeler (‘yalnız ya da soyutlanmış’; ‘sıkılmış’; ‘desteksiz kalmış’; ‘önceki yaşantısını özleyen’; ‘yardım talebine açık’) içermekte ve ‘Yetişkinin Deneyimi’ olarak adlandırılmaktadır. Faktör üç kadının bebeği/yürümeye yeni başlayan çocuğu ile olan duygusal bağına odaklanan iki madde (‘kendine güvenen’; ‘bebeğine/yürümeye yeni başlayan çocuğuna yakın hissedem’) içermesi nedeniyle ‘Duygusal Yakınlık’ olarak adlandırılmaktadır.

Ölçekte 13., 9., 12., 3., 10. maddeler çocuk deneyimi alt boyutunu, 5., 6., 7., 2., 8. maddeler yetişkin deneyimi, 1., 4., ve 11. maddeler duygusal yakınlığı ölçmektedir (Mathey 2010, Güler Sevimli 2016).

Anne olma ölçeği Cronbach's alfa değeri hesaplanmış olup değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,70'ten (Nunnally,1978:245-6) yüksektir.

3.6.3. Pharis Özgüven Ölçeği

Adölesan annelere uygulanan Pharis öz güven ölçeği Walker (1986) tarafından hazırlanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliği 71._91 arasında bulunmuştur. Çalışır'ın 2003'de Türk toplumuna uyarladığı ölçeekte Cronbach alfa güvenilirlik kat sayısı 85 bulunmuş ve yeterli düzeyde güvenilir olduğu belirlenmiştir. 13 maddeli ve be puanlı bir ölçüm aracı olan bu ölçek ebeveynin günlük bebek bakımı hakkındaki kendi güven duygularını ölçmektedir. Adölesan annelere uygulanacak olan Pharis öz güven ölçeğinde Hiç(bir puan) ,çok az(iki puan) ,orta(üç puan) , çok(dört puan) ,tamamen de(beş puan) olarak puanlandırılmıştır.

Yüksek toplam puan sonuçları (65) bebek bakımı konusunda yüksek öz güveni gösterirken düşük toplam puan sonuçları da (13) bebek bakımı konusundaki düşük öz-güveni göstermektedir.

Pharis özgüven ölçeği için Cronbach's alfa değeri hesaplanmış olup değerler genelde kabul edilebilir değer olan 0,70'ten (Nunnally,1978:245-6) yüksektir.

3.7. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı değişkenler: Adölesan annelerin öz-güven gücü düzeyleri Pharis Özgüven Ölçeği ve Anne Olma Ölçeği (BAM-13) puan ortalaması

Bağımsız değişkenler: Sosyo-demografik özellikler (annenin yaşı, eğitim durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, mesleği, eşinin mesleği, sosyal güvenceye sahip olma durumu, ekonomik durum algısı, eşinin yaşı, eşinin eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, aile tipi) doğum öncesi ve doğum sonrası özellikler (toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, doğum ve bebekle ilgili sıkıntı yaşayıp yaşamama durumu) bebeğin yaşı, bebeğin beslenme durumu, ilk emzirme zamanı, daha önce

bebek bakma durumu, bebek bakımı konusunda destek alma durumu, kimler tarafından destek alındığı ve hangi konularda destek alındığı.

3.8. VERİLERİN TOPLANMASI

Veri toplama formları; Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk servisi, kadın doğum servisi, süt çocuğu servisi, yeni doğan yoğun bakım servisi, çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniklerinden 90 gönüllü adölesan anneye doldurtuldu. Örneklem kapsamına alınan adölesan annelere araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmaya katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı ve istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri konusunda bilgi verilip onamları alındı. Veri toplama formunun doldurulması yaklaşık 10 dakika sürdü.

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu çalışma adölesan anneler ile yürütülmüştür. Çalışmaya katılan gönüllü 1 ay ve 12 ay arası bebeğe sahip adölesan anneye ulaşmakta zorluk yaşanmış ve uzun zaman almıştır. Çalışmanın başında ölçek soru sayısının 10 katı olan 130 anneye ulaşmak istenmiş fakat çalışmaya katılmak istemeyen anneler olmuştur. Bu nedenle çalışma 90 anne ile tamamlanmıştır.

3.10. VERİLERİN ANALİZİ

Çalışma 90 deneğe ait veriler üzerinden gerçekleştirilmiştir. Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılarak tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken sayısal değişkenler, “Büyük Sayılar Yasası’na göre $n \rightarrow \infty$ için, örneklem ortalamasının dağılımı normal dağılıma yaklaşır (İnal ve Günay, 2002: 264)” nedeniyle parametrik testlerden yararlanılmıştır. Sayısal değişkenler için merkezi eğilim ölçülerinden ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Kategorik değişkenler için frekans dağılımları (sayı, yüzde) verilmiştir. İki grup arasında fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi ile bakılmıştır. İki grup arasında fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile bakılmıştır. “Tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da

gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakılmıştır. Kategorik değişkenler arasında ilişkinin incelenmesinde ki kare testinden, sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır ve sonuçlar tablolar halinde verilmiştir. Ayrıca ölçek güvenilirliği için ise Cronbach’s Alfa değerlerinden faydalanmıştır.



4. BULGULAR

Tablo 3. Ailenin Tanıtıcı Özellikleri (n=90)

		N	%
Yaş	16-17	10	11,1
	18-19	80	88,9
Eğitim durumu	İlköğretim	73	81,1
	Lise	17	18,9
Çalışma durumu	Çalışan	5	5,6
	Ev Hanımı	85	94,4
Sosyal güvence durumu	Var	47	52,2
	Yok	43	47,8
Ekonomik durumu	Gelir giderden fazla(iyi)	17	18,9
	Gelir giderden az(kötü)	12	13,3
	Gelir gidere eşit(orta)	61	67,8
Aile tipi	Çekirdek aile	32	35,6
	Geniş aile	58	64,4
Bebeğin cinsiyeti	Kız	34	37,8
	Erkek	56	62,2
Bebeğin yaşı(ay)	1-3 ay	42	46,7
	4-6 ay	21	23,3
	7-9 ay	9	10,0
	10-12 ay	18	20,0

Çalışmaya katılan adölesan annelerin tanıtıcı özellikleri Tablo 3'te verilmiştir. Annelerin %88,9'unun (n=80) 18-19 yaş, %11,1'inin (n=10) 16-17 yaş grubunda olduğu, %81,1'inin (n=73) İlköğretim, %18,9'unun (n=17) lise mezunu olduğu görülmüştür. Adolesan annelerin %94,4'ünün (n=85) ev hanımı olduğu, %52,2'sinin (n=47) sosyal güvencesinin bulunduğu, %67,8'sinin (n=61) gelirin giderine eşit olduğu, %64,4'ünün (n=58) geniş aile yapısında, %62,2'sinin (n=56) erkek bebeğe, %37,8'inin (n=34) kız bebeğe sahip olduğu, %46,7'sinin (n=42) 1-3 ay bebeğe sahip olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4. Doğum ve Bebeğin Bakımı İle İlgili Özellikler (n=90)

		N	%
Doğum şekli	NSD	52	57,8
	C/S	38	42,2
Doğumla ilgili annede sorun yaşama durumu	Sorun yaşayan*	12	13,3
	Sorun yaşamayan	78	86,7
Doğum sonu bebekle problem yaşama durumu	Sorun yaşayan**	18	20,0
	Sorun yaşamayan	72	80,0
Bebegin beslenme şekli	Anne sütü	37	41,1
	Mama	9	10,0
	Mama+Ek gıda	6	6,7
	Anne sütü+Mama	21	23,3
	Anne sütü+Mama +Ek besin+Diğer	17	18,9
Annenin daha önce bebek bakma deneyimi	Deneyimi olan	48	53,3
	Deneyimi olmayan	42	46,7
Bebek bakımı ile ilgili destek alma durumu	Destek alan	58	64,4
	Destek almayan	32	35,6
Destek alınan kişi	Kayınvalide,anne	46	79,3
	Eş	4	6,9
	Diğer aile bireyleri***	8	13,6
Destek alınan konular	Genel bebek bakım konusunda	42	71,4
	Banyo, göbek bakımı, tırnak kesimi, bez değiştirme	11	18,9
	Banyo, gaz çıkartma, uyutma, bebeği tutma, besleme	5	8,5

*Doğum sonrası anne ile ilgili problem yaşama durumu (enfeksiyon, uzamış doğum eylemi, zor doğum, erken membran rüptürü)

**Doğum Sonrası bebekte problem yaşama durumu (fetal distres, sarılık, prematüre doğum, mekonyum aspirasyonu, amnion sıvısı aspirasyonu, baş parmak anomolisi, enfeksiyon, solunum sıkıntısı)

***Bebek bakımı ile ilgili destek alınan diğer aile bireyleri (teyze, elti, görünce, abla, kardeş, yenge)

Çalışmaya katılan adölesan annelerin doğum ve bebeğin bakımı ile ilgili özellikleri tablo 4'te verilmiştir. Annelerin %57,8'inin (n=52) normal doğum yaptığı,

%86,7'sinin (n=78) doğum ile ilgili sorun yaşamadığı,%80'inin (n=72) doğum sonu bebeği ile ilgili sorun yaşamadığı,—%41,1 (n=37) sadece anne sütü ile beslediği görülmüştür. Bebek bakımı ile ilgili destek alanların %64,4 (n=58) olduğu, destek alınan kişilerin %79,3 kayınvalide ve anne, %6,9 eş, %13,6 diğer aile bireyleri, bebek bakımı ile ilgili destek alınan konular ise %71,4 (n=42) genel bebek bakım konusunda olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5. Ölçeklere Dair Tanımlayıcı İstatistikler

	Ortalama	Std. Sapma	Minimum	Maksimum
Pharis Özgüven ölçeği	50,99	7,643	34,0	65,0
Anne olma ölçeği	8,26	5,425	1,0	31,0
Çocuk deneyimi	4,56	3,039	0,0	16,0
Yetişkin deneyimi	3,57	3,047	0,0	15,0
Duygusal yakınlık	0,30	0,678	0,0	3,0

Tablo 6. Eğitim Durumuna Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi

		N	Ort.	Std. Sapma	F	p
Pharis Özgüven ölçeği	İlköğretim ve altı	73	51,04	7,644	0,134	0,894
	Lise	17	50,76	7,870		
Anne olma ölçeği	İlköğretim ve altı	73	8,43	5,475	0,611	0,543
	Lise	17	7,53	5,305		
Çocuk deneyimi	İlköğretim ve altı	73	4,41	2,833	0,155	0,877
	Lise	17	4,29	2,592		
Yetişkin deneyimi	İlköğretim ve altı	73	3,51	2,814	0,733	0,466
	Lise	17	2,94	3,092		
Duygusal yakınlık	İlköğretim ve altı	73	0,51	1,029	0,810	0,420
	Lise	17	0,29	0,686		

*:p<0,05 ** :p<0,01 ***:p<0,001

Tablo 6' da çalışmaya katılan annelerin eğitim durumuna göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve alt boyut puanları bakımından farklılığın incelenmiştir. Uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda, eğitim durumlarına göre Pharis Özgüven ölçeği, anne olma ölçeği, yetişkin durumu alt boyutu, çocuk deneyimi alt

boyutu ve duygusal yakınlık alt boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 7. Sosyal Güvence Durumuna Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi

		N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Pharis Özgüven ölçeği	Var	47	51,23	7,702	0,317	0,752
	Yok	43	50,72	7,660		
Anne olma ölçeği	Var	47	8,19	4,844	-0,116	0,908
	Yok	43	8,33	6,054		
Çocuk deneyimi	Var	47	4,26	2,354	-0,475	0,636
	Yok	43	4,53	3,195		
Yetişkin deneyimi	Var	47	3,55	2,910	0,529	0,598
	Yok	43	3,23	2,827		
Duygusal yakınlık	Var	47	0,38	0,739	-0,851	0,397
	Yok	43	0,56	1,181		

*: $p<0,05$ **: $p<0,01$ ***: $p<0,001$

Tablo 7’de çalışmaya katılan annelerin sosyal güvence durumuna göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve alt boyut puanları bakımından farklılığın incelenmiştir. Uygulanan bağımsız örneklem t testine göre, sosyal güvence durumuna göre Pharis Özgüven ölçeği, anne olma ölçeği, yetişkin durumu alt boyutu, çocuk deneyimi alt boyutu ve duygusal yakınlık alt boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 8. Gelir Durumuna Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi

			N	Ort.	Std. Sapma	F	p
Pharis Özgüven ölçeği	Gelir fazla(iyi)	Giderden	17	50,82	5,306	0,139	0,870
		Giderden	12	52,08	7,821		
		Gelir gidere eşit(orta)	61	50,82	8,225		
Anne olma ölçeği	Gelir fazla(iyi)	Giderden	17	7,88	7,648	0,050	0,951
		Giderden	12	8,42	5,946		
		Gelir gidere eşit(orta)	61	8,33	4,639		
Çocuk deneyimi	Gelir fazla(iyi)	Giderden	17	4,06	3,400	0,161	0,851
		Giderden	12	4,33	2,570		
		Gelir gidere eşit(orta)	61	4,49	2,662		
Yetişkin deneyimi	Gelir fazla(iyi)	Giderden	17	3,12	3,480	0,135	0,874
		Giderden	12	3,67	3,200		
		Gelir gidere eşit(orta)	61	3,43	2,642		
Duygusal yakınlık	Gelir fazla(iyi)	Giderden	17	0,71	1,532	0,627	0,536
		Giderden	12	0,42	0,996		
		Gelir gidere eşit(orta)	61	0,41	0,761		

*:p<0,05 ** :p<0,01 ***:p<0,001

Tablo 8’ de çalışmaya katılan annelerin gelir durumuna göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve alt boyut puanları bakımından farklılığın incelenmiştir. Uygulanan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) sonucunda, gelir durumuna göre Pharis Özgüven ölçeği, anne olma ölçeği, yetişkin durumu alt boyutu, çocuk deneyimi alt boyutu ve duygusal yakınlık alt boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 9. Aile Tipine Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi

		N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Pharis Özgüven ölçeği	Çekirdek aile	32	51,00	7,153	0,010	0,992
	Geniş aile	58	50,98	7,962		
Anne olma ölçeği	Çekirdek aile	32	9,09	5,584	1,090	0,279
	Geniş aile	58	7,79	5,327		
Çocuk deneyimi	Çekirdek aile	32	5,00	2,759	1,564	0,121
	Geniş aile	58	4,05	2,749		
Yetişkin deneyimi	Çekirdek aile	32	3,53	3,005	0,322	0,748
	Geniş aile	58	3,33	2,800		
Duygusal yakınlık	Çekirdek aile	32	0,56	0,948	0,691	0,491
	Geniş aile	58	0,41	0,992		

*:p<0,05 **p<0,01 ***:p<0,001

Tablo 9’da çalışmaya katılan annelerin aile tipine göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve alt boyut puanları bakımından farklılığın incelenmiştir. Uygulanan bağımsız örneklem t testine göre, aile tipine göre Pharis Özgüven ölçeği, anne olma ölçeği, yetişkin durumu alt boyutu, çocuk deneyimi alt boyutu ve duygusal yakınlık alt boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 10. Doğum Şekline Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi

		N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Pharis Özgüven ölçeği	NSD	52	50,48	6,986	-0,736	0,464
	C/S	38	51,68	8,508		
Anne olma ölçeği	NSD	52	8,58	5,550	0,655	0,514
	C/S	38	7,82	5,291		
Çocuk deneyimi	NSD	52	4,56	2,886	0,673	0,503
	C/S	38	4,16	2,636		
Yetişkin deneyimi	NSD	52	3,54	2,914	0,535	0,594
	C/S	38	3,21	2,811		
Duygusal yakınlık	NSD	52	0,48	1,038	0,160	0,873
	C/S	38	0,45	0,891		

*:p<0,05 **p<0,01 ***:p<0,001

Tablo 10’da çalışmaya katılan annelerin doğum şekline göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve alt boyut puanları bakımından farklılığın incelenmiştir. Uygulanan bağımsız örneklem t testine göre, gebelik durumuna göre Pharis Özgüven ölçeği, anne olma ölçeği, yetişkin durumu alt boyutu, çocuk deneyimi alt boyutu ve duygusal yakınlık alt boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 11. Bebeğin Cinsiyetine Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi

		N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Pharis Özgüven ölçeği	Kız	34	51,26	7,485	0,265	0,791
	Erkek	56	50,82	7,800		
Anne olma ölçeği	Kız	34	8,74	4,788	0,652	0,516
	Erkek	56	7,96	5,800		
Çocuk deneyimi	Kız	34	4,88	2,384	1,320	0,190
	Erkek	56	4,09	2,968		
Yetişkin deneyimi	Kız	34	3,41	2,955	0,030	0,976
	Erkek	56	3,39	2,826		
Duygusal yakınlık	Kız	34	0,44	0,824	-0,192	0,848
	Erkek	56	0,48	1,062		

*: $p<0,05$ **: $p<0,01$ ***: $p<0,001$

Tablo 11’de çalışmaya katılan annelerin bebeklerinin cinsiyetine göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve alt boyut puanları bakımından farklılığın incelenmiştir. Uygulanan bağımsız örneklem t testine göre, bebeğin cinsiyetine göre Pharis Özgüven ölçeği, anne olma ölçeği, yetişkin durumu alt boyutu, çocuk deneyimi alt boyutu ve duygusal yakınlık alt boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 12. Doğum İlgili Sorun Yaşama Durumuna Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi

		N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Pharis Özgüven ölçeği	Evet	12	49,25	6,225	-0,845	0,400
	Hayır	78	51,26	7,838		
Anne olma ölçeği	Evet	12	8,17	4,086	-0,061	0,952
	Hayır	78	8,27	5,624		
Çocuk deneyimi	Evet	12	4,17	2,657	-0,296	0,768
	Hayır	78	4,42	2,808		
Yetişkin deneyimi	Evet	12	3,92	2,843	0,670	0,504
	Hayır	78	3,32	2,872		
Duygusal yakınlık	Evet	12	0,08	0,289	-3,089	0,003**
	Hayır	78	0,53	1,028		

*:p<0,05 ** :p<0,01 ***:p<0,001

Tablo 12’de çalışmaya katılan annelerin doğum ile ilgili sorun yaşama durumuna göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve alt boyut puanları bakımından farklılığın incelenmiştir. Uygulanan bağımsız örneklem t testine göre, doğumla ilgili sorun yaşama durumuna göre Pharis Özgüven ölçeği, anne olma ölçeği, yetişkin durumu alt boyutu ve çocuk deneyimi alt boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken duygusal yakınlık alt boyutu puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre doğumla ilgili sorun yaşamayanların duygusal yakınlık alt boyutu puan ortalaması sorun yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 13. Doğum Sonu Bebekle Problem Yaşama Durumuna Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi

		N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Pharis Özgüven ölçeği	Evet	18	51,39	7,114	0,247	0,806
	Hayır	72	50,89	7,814		
Anne olma ölçeği	Evet	18	9,89	4,788	1,437	0,154
	Hayır	72	7,85	5,528		
Çocuk deneyimi	Evet	18	5,00	2,497	1,045	0,299
	Hayır	72	4,24	2,836		
Yetişkin deneyimi	Evet	18	4,17	3,111	1,276	0,205
	Hayır	72	3,21	2,783		
Duygusal yakınlık	Evet	18	0,72	1,018	1,249	0,215
	Hayır	72	0,40	0,959		

*:p<0,05 **p<0,01 ***:p<0,001

Tablo 13’de çalışmaya katılan annelerin doğum sonu bebekleri ile problem yaşama durumuna göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve alt boyut puanları bakımından farklılığın incelenmiştir. Uygulanan bağımsız örneklem t testine göre, doğum sonu bebekle problem yaşama durumuna göre Pharis Özgüven ölçeği, anne olma ölçeği, yetişkin durumu alt boyutu, çocuk deneyimi alt boyutu ve duygusal yakınlık alt boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 14. Bebek Yaşına Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi

		N	Ort.	Std. Sapma	F	p
Pharis Özgüven ölçeği	1-3 ay	42	49,43	6,604	2,042	0,114
	4-6 ay	21	51,62	8,919		
	7-9 ay	9	49,78	10,353		
	10-12 ay	18	54,50	6,022		
Anne olma ölçeği	1-3 ay	42	7,90	4,466	0,278	0,841
	4-6 ay	21	8,95	7,678		
	7-9 ay	9	9,11	4,859		
	10-12 ay	18	7,83	4,902		
Çocuk deneyimi	1-3 ay	42	4,50	2,597	0,343	0,794
	4-6 ay	21	4,62	3,584		
	7-9 ay	9	3,56	2,404		
	10-12 ay	18	4,28	2,396		
Yetişkin deneyimi	1-3 ay	42	2,93	2,352	1,581	0,200
	4-6 ay	21	3,71	3,594		
	7-9 ay	9	5,11	3,060		
	10-12 ay	18	3,28	2,761		
Duygusal yakınlık	1-3 ay	42	0,48	0,804	0,392	0,759
	4-6 ay	21	0,62	1,431		
	7-9 ay	9	0,44	0,882		
	10-12 ay	18	0,28	0,752		

*:p<0,05 ** :p<0,01 ***:p<0,001

Tablo 14’de çalışmaya katılan annelerin bebeklerinin yaşlarına(ay) göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve alt boyut puanları bakımından farklılığın incelenmiştir. Uygulanan tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) sonucunda, bebek yaşına göre Pharis Özgüven ölçeği, anne olma ölçeği, yetişkin durumu alt boyutu, çocuk deneyimi alt boyutu ve duygusal yakınlık alt boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 15. Daha Önce Bebek Bakma Durumuna Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi

		N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Pharis Özgüven ölçeği	Evet	48	52,08	7,646	1,462	0,147
	Hayır	42	49,74	7,535		
Anne olma ölçeği	Evet	48	8,19	5,278	-0,127	0,900
	Hayır	42	8,33	5,651		
Çocuk deneyimi	Evet	48	4,17	2,831	-0,811	0,420
	Hayır	42	4,64	2,721		
Yetişkin deneyimi	Evet	48	3,63	2,878	0,796	0,428
	Hayır	42	3,14	2,851		
Duygusal yakınlık	Evet	48	0,40	0,818	-0,736	0,464
	Hayır	42	0,55	1,131		

*:p<0,05 **p<0,01 ***:p<0,001

Tablo 15’de çalışmaya katılan annelerin daha önce bebek bakma durumuna göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve alt boyut puanları bakımından farklılığın incelenmiştir. Uygulanan bağımsız örneklem t testine göre, daha önce bebek bakma durumuna göre Pharis Özgüven ölçeği, anne olma ölçeği, yetişkin durumu alt boyutu, çocuk deneyimi alt boyutu ve duygusal yakınlık alt boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 16. Bebek Bakımı ile İlgili Destek Alma Durumuna Göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın İncelenmesi

		N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Pharis Özgüven ölçeği	Evet	58	49,83	7,832	-1,972	0,052
	Hayır	32	53,09	6,916		
Anne olma ölçeği	Evet	58	8,29	5,429	0,088	0,930
	Hayır	32	8,19	5,503		
Çocuk deneyimi	Evet	58	4,64	2,725	1,148	0,254
	Hayır	32	3,94	2,850		

Yetişkin deneyimi	Evet	58	3,19	2,831	-0,939	0,350
	Hayır	32	3,78	2,915		
Duygusal yakınlık	Evet	58	0,47	1,012	-0,015	0,988
	Hayır	32	0,47	0,915		

*:p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tablo 16’da çalışmaya katılan annelerin bebek bakımı ile ilgili destek alma durumuna göre Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve alt boyut puanları bakımından farklılığın incelenmiştir. Uygulanan bağımsız örneklem t testine göre, bebek bakımı ile ilgili destek alma durumuna göre Pharis Özgüven ölçeği, anne olma ölçeği, yetişkin durumu alt boyutu, çocuk deneyimi alt boyutu ve duygusal yakınlık alt boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 17. Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Yaş	Eşin yaşı	Evlenme yaşı	Toplam gebelik sayısı	Yaşayan çocuk sayısı
Pharis Özgüven ölçeği	r	0,131	-0,005	0,021	0,012
	p	0,219	0,965	0,844	0,912
Anne olma ölçeği	r	-0,021	-0,083	-0,080	0,016
	p	0,843	0,436	0,454	0,881
Çocuk deneyimi	r	-0,032	-0,030	-0,057	-0,015
	p	0,764	0,781	0,595	0,890
Yetişkin deneyimi	r	0,042	-0,101	-0,069	0,021
	p	0,692	0,344	0,518	0,846
Duygusal yakınlık	r	-0,151	-0,081	-0,081	0,071
	p	0,156	0,446	0,446	0,506

*:p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tablo 17’de çalışmaya katılan annelerde Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve alt boyut puanları ile değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmiştir. Yaşayan çocuk

sayısı ile duygusal yakınlık alt boyutu arasında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 18. Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve Alt Boyut Puanları ile Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Anne olma ölçeği				Ki kare	p
		<9		9 ve üzeri			
		N	%	N	%		
Eğitim durumu	İlköğretim	36	70,6	27	69,2	0,219	0,896
	Lise	10	19,6	7	17,9		
	Diğer	5	9,8	5	12,8		
Sosyal güvence durumu	Var	26	51,0	21	53,8	0,073	0,787
	Yok	25	49,0	18	46,2		
Ekonomik durum	Gelir giderden fazla (iyi)	13	25,5	4	10,3	3,578	0,167
	Gelir giderden az (kötü)	7	13,7	5	12,8		
	Gelir gidere eşit (orta)	31	60,8	30	76,9		
Aile tipi	Çekirdek aile	16	31,4	16	41,0	0,899	0,343
	Geniş aile	35	68,6	23	59,0		
Doğum şekli	NSD	28	54,9	24	61,5	0,399	0,528
	C/S	23	45,1	15	38,5		
Bebeğin cinsiyeti	Kız	20	39,2	14	35,9	0,104	0,748
	Erkek	31	60,8	25	64,1		
Doğumla ilgili sorun durumu	Evet	4	7,8	8	20,5	3,070	0,080
	Hayır	47	92,2	31	79,5		
Doğum sonu bebekle problem yaşama durumu	Evet	9	17,6	9	23,1	0,407	0,523
	Hayır	42	82,4	30	76,9		
Bebeğin yaşı	1-3 ay	26	51,0	16	41,0	2,476	0,480
	4-6 ay	12	23,5	9	23,1		
	7-9 ay	3	5,9	6	15,4		
	10-12 ay	10	19,6	8	20,5		
Daha önce bebek bakma durumu	Evet	27	52,9	21	53,8	0,007	0,932
	Hayır	24	47,1	18	46,2		
Bebek bakımı ile ilgili destek alma durumu	Evet	33	64,7	25	64,1	0,004	0,953
	Hayır	18	35,3	14	35,9		

*:p<0,05 **p<0,01 ***:p<0,001

Tablo 18’de Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği ve alt boyut puanları ile değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmiştir. Uygulanan ki kare testine göre, eğitim durumu, sosyal güvence durumu, ekonomik durum, aile tipi, doğum şekli, bebeğin cinsiyeti, doğumla ilgili sorun durumu, doğum sonu bebekle problem yaşama durumu, bebeğin yaşı, daha önce bebek bakma durumu ve bebe bakımı ile ilgili destek alma durumu ile anne olma ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 19. Pharis Özgüven Ölçeği, ile Anne Olma Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Anne olma Ölçeği	Çocuk deneyimi	Yetişkin deneyimi	Duygusal yakınlık
Pharis Özgüven ölçeği	r	-0,293	-0,274	-0,189	-0,298
	p	0,005	0,009	0,074	0,004

*:p<0,05 **:p<0,01 ***:p<0,001

Pharis Özgüven ölçeği ile anne olma ölçeği, çocuk deneyimi alt boyutu ve duygusal yakınlık alt boyutu arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05).

Tablo 20. Anne Olma Ölçeği Gruplarına Göre Pharis Özgüven Ölçeği Puanı Bakımından Farklılığın İncelenmesi

	BAM	N	Ort.	Std. Sapma	t	p
Pharis Özgüven ölçeği	9 altı	51	52,24	7,005	3,369	0,001***
	9 ve üzeri	39	48,05	7,525		

*:p<0,05 **:p<0,01 ***:p<0,001

Uygulanan bağımsız örneklem t testine göre, anne olma ölçeği gruplarına göre Pharis Özgüven ölçeği puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre anne olma ölçeği puanı 9 altında Pharis Özgüven ölçeği puan ortalaması 9 ve üzerinde olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada, adölesan annelerin bebek bakımı hakkındaki özgüvenleri ile annelik memnuniyeti arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler incelenmiştir. Bu bölümde araştırmada elde edilen başlıca bulgular mevcut literatüre göre tartışılmıştır.

Adölesan Ailenin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan adölesan annelerin yaş grupları değerlendirildiğinde 18-19 yaş grubunda %88,9, 16-17 yaş grubunda %11,1 olup ortalama yaş 18,43'tür. TNSA 2013 verilerine göre ülkemizde nüfusun %26'sını adölesan yaş grubu temsil etmekte 15-19 yaş aralığında adölesanların %16'sının evli ve anne olma adayı olduğu bildirilmiştir (TNSA 2013).

TNSA 2013 raporuna göre eğitim düzeyi ile erken yaşta çocuk sahibi olma arasında ters yönde bir ilişki bulunmaktadır. Okula gitmeyen veya ilkokulu tamamlamamış kadınların %17'si adölesan dönemde çocuk sahibi olmaya başlarken; bu oran en az ilkokulu tamamlamış kadınlarda % 8'dir. Adölesan gebelik annelerin öğrenimine devam etmelerine, çalışma hayatına katılmasına engel teşkil etmekte olup gençi bağımlı hale getirebilmektedir (TNSA 2013).

Araştırmamızdaki adölesan annelerin % 81,1'i İlköğretim, %94,4' ü ev hanımı, % 52,2'sinin sosyal güvenceye sahip, % 67,8'inin orta düzeyde geliri olduğu, % 64,4 geniş ailede yaşadığı saptanmıştır. Uslu Gör (2018)'de yapmış olduğu çalışmada 207 adölesan annenin %98,1'inin ev hanımı, %63,8'inin geniş ailede yaşadığı belirlemiştir (Uslu Gör 2018). Kalpalp (2006)'da yaptığı çalışmada 30 adölesan annenin %86,7'sinin ev hanımı olduğunu ve %73,7'sinin geniş ailede yaşadığını saptamıştır (Kalpalp 2006). Özsoy (2014)'da yaptığı çalışmada adölesan annelerin %96,12'inin çalışmadığını belirtmiştir (Özsoy 2014). Güler Sevimli (2016)'da erişkin annelerle yaptığı çalışmada %79,6'sının çekirdek aile yapısında olduğu belirlenmiştir (Güler Sevimli 2016). Çalışmamızla karşılaştırıldığında yetişkin annelerin adölesan annelere göre aile yapısı daha fazla oranda çekirdek aile yapısında olduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda adölesan yaşlarda yapılan evliliklerde yüksek oranda geniş aile

tipinde yaşama şekli olup, bu durum evlenen çiftlerin henüz ekonomik olarak anne ve babadan bağımsız yaşayamaması ile açıklanabilir.

Doğum ve Bebeğin Bakımı ile ilgili Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan adölesan annelerin doğum şekli incelendiğinde %57,8'inin normal doğum yaptığı görülmüştür. Uslu Gör (2018)'de yaptığı çalışmada 18 yaş ve altı adölesan annelerin %64,2'si normal doğum, 19 yaşındaki annelerin ise %53,6'sının sezaryenle doğum yaptığı belirtilmiştir (Uslu Gör 2018). Şirin (2016)'in yaptığı çalışmada ise 150 adölesan anneden %44'ünün normal doğum yaptığı %56 sezaryen ile doğum yaptığı görülmüştür (Şirin 2016). Kırbaş (2011)'da yaptığı çalışmada yetişkin annelerin sezaryen oranı %84,7 iken adölesan annelerin oranı %15,3 olduğu belirtilmiştir (Kırbaş 2011). Abalı, Saruhan ve Çerişli (2017)'de adölesan anneler üzerinde yaptıkları çalışmada sezaryen doğum yapma oranı %39,4 olarak bulunmuştur (Abalı, Saruhan ve Çerişli 2017).

TNSA 2013 verilerinde, adölesanlarda 20 yaş ve altı sezaryen oranının %29,2 olduğu görülmektedir (TNSA 2013). Literatürde adölesan kadınların daha çok normal doğum gerçekleştirdiği sezaryenin ise yetişkin kadınlar arasında daha fazla olduğu bildirilmiştir (Şirin 2016, Melekoğlu 2013). Yapılan bazı çalışmalarda ise adölesan annelerde sezaryen oranının normal doğuma oranla daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır. Gortzak- uzan ve ark. (2001)'de yaptıkları çalışmada adölesan kadınlardaki sezaryen oranının erişkin kadınların sezaryen oranına göre daha yüksek olduğunu bildirilmiştir (Gortzak-Uzan, Hallak, Press, Katz, and ShohamVardi 2001). Araştırmamızdaki adölesan annelerin doğumla ilgili problem yaşama durumu 12 annede görülmüştür. Enfeksiyon, uzamış doğum eylemi, zor doğum ve erken membran rüptürü bu sorunlardandır. Uslu Gör (2018)'de yaptığı çalışmada da 207 adölesan annenin 13'ünde doğumla ilgili komplikasyon görülmüştür (Uslu Gör 2018). Uzun (2010)'un yaptığı çalışmada 100 adölesan annenin birinde ciddi komplikasyonlardan olan atoni görülmüştür (Uzun 2010). Abalı ve ark. (2017)'de yaptıkları çalışmada annelerin %18,8'inde obstetrik komplikasyonlar belirlenirken, en çok görülen komplikasyonlar bizim çalışmamızda da sorunlar arasında bulunan preterm eylem ve erken membran rüptürü olmuştur (Abalı ve ark. 2017).

Doğum sonu bebekle ilgili sorun yaşama durumunda çalışmamızda 18 bebekle ilgili sorun yaşanmış olup fetal distres, sarılık, prematüre bebek, mekonyum aspirasyonu, amniyon sıvısı aspirasyonu, baş parmak anomalisi, enfeksiyon, solunum sıkıntısı bu sorunlardandır.

Çalışmaya katılan adolesan annelerin %83,3'ü bebeğini anne sütü ile beslemektedir. Bunların %41,1'i sadece anne sütü ile %23,3 anne sütü ve mama, %18,9 anne sütü, mama, ek besin ile beslemektedir. Yapılan bazı çalışmalarda adolesan annelerin %81-84 arasında gebelikleri boyunca bebeklerini emzirmek istedikleri belirtilmiş ancak %39 ile %69 arasında değişen oranla emzirme devam ettikleri görülmüştür (Uslu Gör 2018). Özsoy'un (2014)'da yaptığı çalışmada da adolesan annelerin emzirme tutumları düşük bulunmuştur (Özsoy 2014).

Çalışmamızda adolesan annelerin yüksek oranda anne sütü ile bebeklerini beslemelerinin hastanenin bebek dostu hastane olması ve doğum öncesi, sonrası emzirmeye yönelik danışmanlıktan kaynaklanmış olabilir. Ancak tek başına anne sütü ile bebeklerini besleme oranları %41,1'dir. Emzirmeye niyetli olan annelerin bebeğini emzirmesinin annelik duygusunu geliştirici ve anne bebek arasındaki bağı arttırarak annelik memnuniyete de olumlu etki sağladığı çalışmalarda vurgulanmaktadır (Çınar ve Köse 2015, Güler Sevimli 2016). Hall-Smith ve ark. (2012) tarafından yapılan çalışmada ise, adolesan annelerin emzirmeye ilişkin olumsuz düşüncelerinin, olumlu düşüncelere göre daha ağır bastığı ve bu olumsuz düşünce ve davranışların oluşmasına emzirmeye ilişkin bilgi eksikliğinin neden olduğunu bildirilmiştir. Leclair ve ark. (2015) tarafından Ontario'da yapılan çalışmada (n=22.023) adolesanların emzirmeye başlama oranları ve emzirme niyetlerini etkileyen faktörler incelenmiştir. Annelerin, %48,8'inin taburcu olurken bebeklerini sadece anne sütü ile besledikleri, ileri yaştaki adolesanların emzirme oranlarının daha yüksek olduğu, doğum öncesi hazırlık sınıfına katılma, yüksek gelir düzeyi, normal doğum yapma, sigara kullanmama, gebeliğinde madde kullanmama, gebeliğe bağlı komplikasyon yaşamamanın emzirme niyetini olumlu etkilediği bildirilmiştir (Işık ve Cetişli Egeoğlu 2017). Çınar ve arkadaşlarının Sakarya İli'nde eğitim araştırma hastanesinde 2014-2015 tarihleri arasında adolesan annelerle yaptıkları çalışmada annelik duygusunda belirsizlik ve karmaşa yaşandığı,

anne sütünün yararları ve emzirme ile ilgili sosyal ve profesyonel desteğe ihtiyaç duydukları sonucuna ulaşmıştır (Çınar, Alvur, Köse, Güler 2015). Küçükaslan (2019)'ın bebeği yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin katıldığı çalışmasında bebeğini emziren annelerin annelik memnuniyeti emzirmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Küçükaslan 2019).

Araştırmamızda adölesan annelerin %53,3'ü daha önce bebek baktıklarını belirlenmiştir. Kalpalp (2006)'ın yaptığı çalışmada da adölesan annelerin %73,3 'ünün daha önce bebek bakmadığı saptanmıştır (Kalpalp 2006). Çalışmamızda adölesan annelerin %64,4'ü bebek bakımı konusunda destek aldığını belirtirken %35,6'sı destek almadığını belirtmiştir. Destek alınan kişiler arasında kayınvalide ve anne oranı %79,3, eş desteği oranının %6,9 olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda eş desteği oranı oldukça düşük görülmektedir. Bu durumda eşlerin sorumluklarını daha çok anne ve ailelerin üstlendiğini belirtebiliriz. Güler Sevimli (2016)'nin yetişkin anneler üzerinde yaptığı çalışmasında 588 annenin sadece %36,4'ünün bebek bakımı ile ilgili destek aldığını ayrıca sosyal destek azaldıkça annelik memnuniyetinin de azaldığı saptanmıştır (Güler Sevimli 2016). Bu sonuç ile çalışmamız karşılaştırıldığında adölesan annelerin bebek bakımı konusunda daha fazla oranda destek aldığını görebilmekteyiz. Anne için çevreden ve özellikle aileden alınan destek onun bebeği ile bağ kurmasında pozitif bir etkiye sahiptir. Warren (2005)'in ilk kez anne olanlarda yaptığı çalışmada sosyal desteğe sahip annelerin bebek bakımında kendilerini güvende hissettikleri saptanmıştır (Warren 2005).

Literatürde güçlü sosyal desteğe sahip olma anne-bebek ilişkisini güçlendiren, yabancılaşma duygusunu azaltan, kadınların annelik rolüne uyumunu kolaylaştıran ve anne olma sürecini sıkıntısız minimum zorluklarla geçirmeye katkıda bulunan faktörlerdendir (Evcili ve ark. 2018).

Ölçekler ve Alt Boyutlarının Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda adölesan annelerin tanıtıcı özelliklerinden eğitim durumu, sosyal güvence, gelir durumu, aile tipi, bebek yaşı (ay), bebeğin cinsiyeti ile pharis özgüven ölçeği, anne olma ölçeği, yetişkin durumu alt boyutu, çocuk deneyimi alt boyutu ve

duygusal yakınlık alt boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Özkan ve Polat (2010)'ın yaptıkları çalışmada da annelerin eğitim seviyesi, ekonomik durumu, aile tipi, evlilik süresi, bebeğin cinsiyeti ve gebeliğin planlı olup olmadığı annenin özgüvenini etkilemediği saptanmıştır (Özkan ve Polat 2010). Evcili ve ark. (2014)'ün primipar anneler üzerinde yapmış oldukları çalışmada da doğum şekli, gebeliğin planlı olma durumu, eş ilişkisi, sosyal desteklerini yeterli bulma ile pharis özgüven ölçeği puan ortalamaları arasında ilişki bulunmamıştır (Evcili ve ark. 2014). Erci ve Öztürk (2011)'ün yaptığı çalışmada annelerin yaşı, eğitim seviyesi, aile tipi, destek alınacak kişinin varlığı, gebeliği isteme durumu ve doğum şeklinin annelerin özgüven düzeylerini etkilemediği bulunmuş olup bu sonuçlarının çalışmamızla benzer olduğu görülmektedir (Erci ve Öztürk 2011). Küçükaslan (2019)'da bebeği yoğun bakım ünitesinde yatan annelerin katıldığı çalışmada annelerin çalışma durumunun, eğitim durumunun, aile tipinin, gebelik sayısının, gebelikte ciddi sağlık sorunu yaşamasının, doğum şeklinin annelik memnuniyetini etkilemediği bulunmuş olup geliri giderinden az olan annelerin annelik memnuniyeti daha düşük bulunmuştur (Küçükaslan 2019). Güler Sevimli (2016) ise; ekonomik durumunu kötü olarak değerlendiren annelerin ve parçalanmış aileye sahip annelerin annelik memnuniyetinin daha düşük olduğunu bulmuştur (Güler Sevimli 2016). Bizim çalışmamıza katılan adölesan annelerde parçalanmış aile tipine sahip anne bulunmamaktadır.

Araştırmamızda adölesan annelerin doğum ve bebek bakımı tanıtıcı özelliklerinden doğum şekli, doğum sonu bebekte problem yaşama durumu, daha önce bebek bakma, bebek bakımı ile ilgili destek alma durumu ile pharis özgüven ölçeği, anne olma ölçeği, yetişkin durumu alt boyutu, çocuk deneyimi alt boyutu ve duygusal yakınlık alt boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Balcı ve Savaşer'in (1998) çalışmada annelerin daha önce bebek bakma durumlarının ve bu konuda eğitim almalarının bebeğini algılamasını etkilemediği saptanmıştır (Balcı ve Savaşer 1998).

Araştırmamızda doğum ile ilgili sorun yaşama durumuna göre adölesan annelerde Pharis Özgüven Ölçeği, Anne Olma Ölçeği, yetişkin durumu alt boyutu ve çocuk

deneyimi alt boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak bir farklılık bulunmazken doğum sonu sorun yaşamayanlarda duygusal yakınlık alt boyut puanları daha yüksek çıkmıştır ($p < 0,05$). Güler Sevimli (2016) yaptığı çalışmada anne olma ölçeği puan ortalamasının doğumdan sonra sorun yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç saptanmamıştır (Güler Sevimli 2016). Yine benzer nitelikte Küçükaslan (2019)'ın çalışmasında doğumda sorun yaşama durumuna göre anne olma ölçeği ve alt boyutları puanları bakımından farklılıkların incelenmesinde, anne olma ölçeği, yetişkin durumu alt boyutu ve çocuk deneyimi alt boyutu puan ortalamaları bakımından anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p > 0,05$) duygusal yakınlık alt boyutu bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$) (Küçükaslan 2019). Doğumda sorun yaşayanların sağlık sorunu yaşamayanlara göre duygusal yakınlık alt boyutu memnuniyeti daha yüksektir. Matthey (2011), anne olmayı üç boyutu ile ele almakta; 'çocuğun etrafında bir anne olarak kendini deneyimlemek', 'çocukla duygusal yakınlık kurmak' ve 'kendini erişkin olarak görmek'. Matthey'in çalışmasında annelerin en az zorlandıkları boyut çocukla duygusal yakınlık kurma boyutu olmuştur (Matthey 2011). Öztürk (2010)'ün çalışmasında doğumda sorun yaşamayan annelerin maternal bağlanmasının doğumda sorun yaşayan annelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Öztürk 2010, Küçükaslan 2019, Güler 2016).

Çalışmamızın en önemli sonuçlarından biri Pharis Özgüven Ölçeği ile Anne Olma Ölçeği arasındaki ilişkidir. Adölesan anneler üzerinde uygulamış olduğumuz çalışmamızda pharis özgüven ölçeğinin puan ortalamasının yükselmesiyle anne olma ölçeğinin puan ortalamasının dokuzun altında çıkması özgüven artışı ile annedeki memnuniyetin arttığını göstermektedir. Bebek bakımındaki özgüven ile anne olma memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu sonucu annenin bebek bakımındaki özgüveni arttıkça anne olma memnuniyeti de artar şeklinde yorumlayabiliriz.

Annenin çocuk bakımı ve yetiştirilmesiyle ilgili bir takım sorumluluklar ile sahip olduğu kendi kapasitesine ait yargılar ve inançları anne öz yeterliliği olarak tanımlanmaktadır. Temel öz yeterlilik teorisine göre annede öz yeterlilik inancı hem çocuk yetiştirme konusundaki düzeyi hem de bildiği davranışları uygulama yeteneğine

sahip bireyin kendine güven derecesini göstermektedir. Teti ve Gelfand (1991) ile Well – Parker, Miller ve Topping (1990)'da yaptıkları çalışmalarda annelerin annelik becerilerine ait yüksek öz yeterlilik algısının sorunların üstesinden gelme konusunda başarının artması, depresyon azalması ile olumlu yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Yıldız 2015). Lee (2015)'nin ilk kez anne olan annelerle yaptığı çalışmada ebeveynlik öz yeterlilik algısı ile bebek bakımına dair inançlar arasında olumlu bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ebeveyn öz yeterlilik ile annelik rolleri algısı arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu ve anne olmaktan mutluluk duyan annelerin, kendilerini daha çok yeterli hissettiklerini, uygun ebeveyn becerileri ve davranışlarının öz yeterlilik ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Yıldız 2015). Bir diğer çalışmada ise yenidoğan bakımı ile ilgili annenin kaygısının azalmasında özgüven ve yeteneğinin artmasının etkili olduğu görülmüştür (Evcili ve ark. 2018).

Anneliğe geçiş ile ilgili literatürde yer alan bazı çalışmalarda, annenin yaşının annelik rolü kazanımında etkili olduğu ve erken yaşta anne olanların annelik rolüne adaptasyonunun daha uzun sürede kazanıldığı ve bebek bakımı konusunda yeterli olmadıkları görülmektedir (Beydağ 2007). Erbay ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada 18-23 yaş grubundaki annelerin 24-29 yaş grubundakilere göre annelik memnuniyeti daha düşük olduğu bildirilmiştir (Erbay ve ark. 2018).

Annelik rolünün kazanılması; bir bebeğe sahip olma hayali ile başlayarak hamilelik boyunca bir canlıya hayat verme duygusu ile pekiştirilen öğrenme ve deneyimleme sürecidir. Doğumdan sonra anne sorumluluklarla baş etmek, yeni rollerini öğrenmek, bebeğin bakımını gerçekleştirmek, güvenli bir çevre oluşturmak durumunda kalmaktadır. Birçok kadın çoğu zaman öğrenilmiş bir takım davranışları göstererek yeni durumla baş edebilirken birçoğu ise yeni rollerine hazır olma ve bebeğin bakım gereksinimlerini karşılamada özgüven problemi yaşayabilmekte ve yeterliliklerini sorgulayabilmektedir. Bu dönemde bebek bakımı konusunda özgüvenlerinin arttırılmasında ve kaygı ve korkularının giderilmesinde bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sunulması son derece önemlidir. Yapılan araştırmalarda anne rolünü oluşturmada ve anne kimliğinin kazanılmasında sosyal destek ve sosyal stres gibi

çevresel faktörlerin önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmaktadır (Evcili ve ark. 2018).

Adölesan annelerin bebek bakımı hakkındaki özgüvenleri ile annelik memnuniyeti arasındaki ilişki ve etkileyen faktörleri incelenmek amacıyla yaptığımız çalışmamızda elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

- Çalışmaya katılan adölesan annelerin 18-19 yaş grubunda %88,9, 16-17 yaş grubunda %11,1 oranında idi. %81,1 ilköğretim mezunu iken %18,9 'u lise mezunu olduğu, % 94,4'ünün çalışmadığı, %67,2'sinin ekonomik durumunun orta olduğu, %64,4'ünün geniş aile yapısına sahip olduğu görülmüştür.
- Katılımcıların %57,8'inin normal doğum yaptığı, %64,4'ünün bebek bakımı konusunda destek aldığı tespit edilmiştir.
- Eğitim durumlarına, sosyal güvence durumuna, aile tipine, doğum şekline, bebeğin cinsiyetine, doğum sonu bebekle problem yaşama durumuna, daha önce bebek bakma durumuna, bebek bakımı ile ilgili destek alma durumuna göre pharis özgüven ölçeği, anne olma ölçeği, yetişkin durumu alt boyutu, çocuk deneyimi alt boyutu ve duygusal yakınlık alt boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.
- Gelir durumuna, bebek yaşına göre Pharis Özgüven ölçeği, anne olma ölçeği, yetişkin durumu alt boyutu, çocuk deneyimi alt boyutu ve duygusal yakınlık alt boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Doğumla ilgili sorun yaşama durumuna göre Pharis Özgüven ölçeği, anne olma ölçeği, yetişkin durumu alt boyutu ve çocuk deneyimi alt boyutu puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken duygusal yakınlık alt boyutu puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre doğumla ilgili sorun yaşamayanların duygusal yakınlık alt boyutu puan ortalaması sorun yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.
- Yaşayan çocuk sayısı ile duygusal yakınlık alt boyutu arasında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

- Pharis Özgüven ölçeği ile anne olma ölçeği, çocuk deneyimi alt boyutu ve duygusal yakınlık alt boyutu arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur
- Anne olma ölçeği gruplarına göre Pharis Özgüven ölçeği puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre anne olma ölçeği puanı 9 altında (memnun) olanların Pharis Özgüven ölçeği puan ortalaması 9 ve üzerinde (memnuniyetsiz) olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

Adölesanlar gebelikler, gebelik sonucunda oluşan sorunlar, adölesan gebeliğin anneye ve bebeğe olan etkileri, adölesan annelik ve sorunları günümüzde de önemini korumaktadır. Adölesan doğum sayıları Sakarya İlimizde de oldukça yüksek bir orana sahiptir. Güney ve ark. 2011 yılında yaptıkları çalışmada ilimizde Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde yapılan adölesan doğumların sayısı 388 olup ülkemizde yedinci sırada yer almıştır. (Güney, Eras, Ayar, Sarıdaş ve Dilmen 2011). İlimizde adölesan anneliğin yüksek olması bu konuda daha fazla çalışılmasını zorunlu kılmaktadır. Adölesan annelerin ve anne adaylarının, ihtiyaçlarına karşı daha duyarlı olmak gerekmektedir. Adölesanlarda erken prenatal bakımın önemi hem fiziksel, hem de psikolojik yönden tam gelişmemiş olması ve değişken duygusal durumları nedeniyle bir kat daha artmaktadır. Dezavantajlı bir grup olan adölesan annelerin sağlık profesyonelleri tarafından bebek bakımı konusunda özgüvenlerinin geliştirilmesi ve dolayısıyla annelik memnuniyetini artırıcı desteklenmesi gerekmektedir. Nitelikli antenatal, doğum ve postpartum bakım kullanımının artırılması konusunda adölesanları bilgilendirmek ve erken prenatal takip uygulamak gebeliğin olumsuz sonuçlarının önlenmesinde yararlı ve etkili olabilmektedir. Özellikle adölesan annelerin, doğum öncesi dönemde başvurabilecekleri doğuma hazırlık sınıflarının olması annelik ve bebek bakımı konusunda özgüveni arttırmaya katkı sağlayabilir. Adölesan annelerin bebek bakımı ile ilgili özgüven ve annelik memnuniyeti konusunda yapılan

alışmalar ise sınırlıdır. Bu konuda nitel ve nicel tipte daha fazla çalışma yapılmalıdır.



KAYNAKLAR

- Abalı BF, Saruhan A, Çerişli NE. (2017). Adölesan Doğumların Sonuçlarının Retrospektif İncelenmesi. Pamukkale Tıp Dergisi 10(2), 166-170
- Aydın D. (2013). Adölesan Gebelik VE Adölesan Annelik. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;16:4
- Aygin D, Yaman Ö, Açıl H, Yılmaz A, Sert H (2017). Hemşirelik öğrencilerinin kız çocuk evliliklerine yönelik tutumları- Uluslar arası Hakemli Akademi Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi-Vel.25-pp.19-31- ISSN:-DOI.
- Ayyıldız T., Topan A., Öztürk Ö., Kulakçı H. (2015). Adölesan Gebeliklerin Anne ve Bebeğe Yönelik Obstetrik Sonuçlar Açısından Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 8(2). 61-66
- Banerjee B., Pandey G., Dutt D., Sengupta B., Mondal M., Deb S. (2009). Teenage pregnancy: a socially inflicted health hazard. Indian J Community Med. 2009 ;34:227-31.
- Benay O. (2018). Adölesan ve Yetişkin Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterliliklerinin Belirlenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Manisa, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Selma Şen).
- Beydağ KD. (2007) Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekim Bul. 6(6): 479-4
- Beydağ KD.(2007).Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6): 479-484.
- Bulut S., Gürkan A., Sevil Ü. (2008). Adölesan Gebelikler. Aile ve Toplum, 10 (4): (13) Ocak-Şubat-Mart.
- Chahande MS., Jadho AR., Wadhva SK., Udhade S. (2007). Study of some epidemiological factors in teenage pregnancy hospital based case comparison study. Indian J Community Med 2002;27:106-9.
- Cinsel Eğitim ve Tedavi Araştırma Derneği Web site http://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/10/2692011154421Arastirma_sonuclari_Dosyasi_1.pdf (Erişim Tarihi: 28/01/2018)
- Çalışır H. (2003) İlk kez anne olan kadınların annelik rolü başarımlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Zümrüt Başbakkal)

- Çalışır H., Karaçam Z., Kurnaz D.A, Akgül F.A.(2009) . Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerliği Ve Güvenirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi , 12-1
- Çınar N, Köse D. (2015).Anne-Bebek Bağlanma Süreci. Aile temelli sağlık yaklaşımı ed. Sema Kuğuloğlu Birsen Canan Demirbağ Akademisyen Tıp Kitap Evi s.173-182.
- Çınar N, Menekşe D. (2017). Affects of Adolescent Pregnancy on Health of Baby. SRL Pediatr Neonatal Care. 2017;3(1): 012-016.
- Çınar N., Alvur T.M., Köse D., Güler D. (2015) Adölesan Annelerin İlk Emzirme Deneyimleri; Nitel Bir Çalışma, 5. Ulusal 2. Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresi, 15-18 Kasım
- Çınar N., Hıra S. (2017). Adölesan Annelik J hum rhythm 2017;3(1):15-19
- Çoban İçağasıoğlu A. (2009). Adölesan Evlilikleri Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi. 11 Cilt: 4 Sayı: 16 Ocak-Şubat-Mart
- Çuhadaroğlu F. (2006). Ergenlikte Psikososyal Gelişim Özellikleri. Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Science 7:6-8
- Demirgöz M., Canbulat N. (2008). Adölesan gebelik. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 2008;28(6):947-52
- Derman O. (2008). Ergenlerde Psikososyal Gelişim İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı 2 Sempozyum Dizisi No:63 syf: 19-21
- DeVito J. (5-2010). How adolescent mothers feel about becoming a parent. The Journal of Perinatal Education 2010;19(2):25-34
- Erbay E, Topal S., Tiryaki Ö., Çınar N. (2018). Annelik Deneyimi ile Çocuk Sevme Düzeyi arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 34 (3): 34-44
- Ercan G. (2005). Puberte Fizyolojisi İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi No:43 syf: 9-16
- Ercan O. (2008). Adölesanın Fiziksel Gelişimi İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı 2 Sempozyum Dizisi No:63 syf: 13-18
- Evcili F., Bekar M., Yurtsal B., Abak G., Tali B., Temel S. (2018). Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Annelik Rolüne Hazıroluşluk Durumlarının Ve Özgüvenlerinin Değerlendirilmesi sted 2018, cilt 27, sayı 1,syf 56-61

- Goossens G., Kadji C., Delvenne V. (2015). Teenage Pregnancy: A Psychopathological Risk for Mothers and Babies. *Psychiatria Danubina*. 2015; 27(1): 499-503.
- Gortzak-Uzan, L., Hallak M., Press, F., Katz, M., & ShohamVardi, I. (2001). Teenage pregnancy: risk factors for adverse perinatal outcome. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 10, 393-397.
- Gölbaşı Z. (2005). Adölesan Dönem Üreme Sağlığı Sorunları ve Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 8, Sayı: 1.
- Güler S. D. (2016) Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Annelik Deneyimleri Arasındaki İlişki, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. (Danışman: Prof. Dr. Nursan Çınar)
- Güney R., Eras Z., Ayar B., Sarıdaş B., Dilmen U.(2013) Türkiye’de Adölesan Doğumlar. *Sakarya Tıp Dergisi* Sakarya Üniversitesi 2.Uluslararası Katılımlı Kadın&Sağlık Kongresi 13-16 Mayıs Cilt:3 Sayı:1 Sözel Bildiriler Syf:91-92
- Güzel Aİ., Tokmak A., Üstün YE. (2016). Adölesan Gebelikler. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2016; Volum:13, Sayı:1, Sayfa: 28 – 31
- <http://turkishfamilyphysician.com/makaleler/olgu-sunumu/ergenlik-donemi-fiziksel-buyume-psikolojik-ve-sosyal-gelisim-sureci/> (Erişim Tarihi: 30/01/2019)
- https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/.../istatistik/dogum_istatistikleri_2017.pdf
Türk Doğum İstatistikleri 2017 (Erişim Tarihi: 25/01/2019)
- Işık G., Cetişli Egelioğlu N. (2017). The Breastfeeding in Adolescent Mothers, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11 (1)
- İnal H. C., ve Günay S. (2002). Olasılık ve Matematiksel İstatistik. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara
- Kalpalp B. (2006). Danışman BOLIŞIK B. Adölesan Annelere Verilen Eğitimin Öz Güven ve Öz Bakım Güçlerine Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Bahre Bolışık).
- Keskinoğlu P., Bilgiç N., Pıçakçı EM. (2007). Perinatal outcomes and risk faktorsof turkish adolescent mothhers. *J pediater adolesc gynecol* 2007 Feb;20(1):19-24
- Keskinoğlu P., Bilgiç N., Picakciefe M., Giray H., Karakuş N., Günay T. (2007). Perinatal Outcomes and Risk Factors of Turkish Adolescent Mothers. *Journal Pediatric Adolescent Gynecology*, (20); 19-24

- Kırbaş A. (2011). Adölesan Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Hacer Cavidan Gülerman).
- Kırbaş A., Gülerman HC., Yüksel N. (2011). Evaluation of Adolescent Pregnancy Outcomes. Turkish Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology 2011;8:1271-3.
- Kovavisarach E., Chairaj S., Tosang K. (2010). Asavapiriyanont S. Chotigeat U. Outcome Of Teenage Pregnancy in Rajavithi Hospital. J Med Assoc Thai. 2010; 93(1): 1-8
- Kurt R. K., Karateke A., Aras Z., Gül A., Özkaya D., ve Dede M. (2014). Hatay ilinde Adölesan Gebeliklerin Maternal ve Fetal Sonuçları ODTÜ Tıp Dergisi, 2,68-71
- Küçükaslan S. (2019). Yenidoğan Yoğun Bakımda Bebeği Yatan Annelerin Annelik Memnuniyeti ve İlişki Faktörler. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Nursan Çınar).
- Kütük S. (2012). Adölesan Gebelik Riskleri ve Sorunları Türk Hekim Dergisi 2012; S31-S34
- Matthey S.(2011). Assessing the experience of motherhood: The Being a Mother Scale (BaM-13). Journal of Affective Disorders. September 128 (2011) 142–152.
- Melekoğlu R. (2012). Adölesan Gebelikler: Maternal ve Fetal Sonuçlar. Çukurova üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana, (Danışman: Prof. Dr. İsmail Cüneyt Evrücke).
- Melekoğlu R., Evrücke C., Kafadar T., Mısırlıoğlu S., Büyükkurt S., Özgünen FT. (2013). Perinatal Outcomes of Adolescent Pregnancy. Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology 2013;10: 213-9
- Mercer RT. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. Journal of Nursing Scholarship.36;3 p 226-232
- Meydanlı MM., Çalışkan E., Ecemiş T., Kaya S., Dölen İ., Haberal A. (2000). Adölesanlarda Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics 2000; 10:98-103.
- Miller T. (2010). Annelik Duygusu (Mitler ve deneyimler), Çev. Gül Tunçer, İletişim Yay., İstanbul
- Neyzi O., Ertuğrul T. (2002). Pediatri, Cilt:2, 1424-1427
- Nunnally, J. C. (1978). Psychometric Theory (2nd Ed.) New York: McGrawHill.

- Özcebe H., Ünalın T., Türkyılmaz AS., Coşkun Y. (2007). Türkiyede Gençlerde Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Araştırması, Nüfusbilim Derneği ve UNFPA. Ankara: Damla Yayınevi
- Özdemirci Ş., Kasapoğlu T., Cirik DA., Yerebasmaz N., Kayıkçıoğlu F., Salgur F. (2016). Is late adolescence a real risk factor for an adverse outcome of pregnancy? J Matern Fetal Neonetal Med, Early Online 1-4
- Özkan H, Polat S. (2011) Maternal İdentıty development aducation on maternity role attainment and my baby perception of primiparas. Asian Nursing Research 5(2):108-117
- Özkan H. (2010). Annelik kimlik gelişimi eğitiminin primiparların annelik rolü kazanımına ve bebeğin algısına etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi Erzurum,(Danışmanı Yrd. Doç. Dr. Sevinç POLAT)
- Özsoy S. (2014). Adölesan Annelerin Emzirmeye Yönelik Düşünce ve Uygulamaları. F.N. Hemşirelik Dergisi. 2014; Cilt 22-Sayı 2: 84-93
- Santrock John W. Çeviri Editörü Siyez M. D. (2017). Ergenlik Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti. Ankara syf 52-53
- Serhatoğlu Göncü S., Kaya N. (2018). Ebelik Hizmetlerinde Adölesan Gebeliklere Etik Yaklaşım HSP 2018;5(3): 503-508
- Şatıroğlu H. (2008). Ergenlikte Cinsellik İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı 2 Sempozyum Dizisi, Mart, No:63 syf: 41-46
- Şirin F. (2016). Adölesan Yaşta Doğum Yapan Kadınların Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Özellikleri. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. (Danışman Yrd. Doç. Dr. Filiz Okumuş)
- Şolt A., Yazıcı S. (2015). Adölesan Gebelikler doi. 10.17681/hsp.36633 HSP 2015;2(2):241-248
- T.C Türkiye İstatistik Kurum Başkanlığı 'Türkiye Doğum İstatistikleri (2011), (10923) www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=10923 (Erişim Tarihi: 27/01/2019)
- Taşkın L. (1997). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 5.Baskı. Ankara. Sistem Ofset Matbaacılık, p:365-366.
- Taylor A., Atkins R., Kumar R., Adams D., Glover V. (2005). A new Mother-to-Infant Bonding Scale: link swith early maternal mood. Archives of Women's Mental Health; 8(1): 45-51. <http://link.springer.com/article/10.1007/s00737-005-0074z#page-2> (Erişim Tarihi: 05/04/2019).
- Thaithae S., Thato R. (2011). Obstetric and perinatal outcomes of teenage pregnancies in thailand.j pediatr adolesc gynecol 2011;24:342-6

- Türkiye İstatistik Kurumu (2017). Doğum İstatistikleri <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27588> (Erişim Tarihi: 20/01/2019)
- Türkiye İstatistik Kurumu (2018). Doğum İstatistikleri <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30696> (Erişim Tarihi: 01/06/2019)
- Türk Medeni Kanunu, Kanun no:4721 <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf> (Erişim Tarihi: 28/01/2019)
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, 2008. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf> (Erişim Tarihi: 29/01/2019)
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye 2013; syf: 72 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27588> (Erişim Tarihi: 29/01/2018)
- Uyanık D, Doğan S. (1998). Kız Çocukları Açısından Erken Yaş Evliliği. Araştırma Sempozyumu, 23-25 Kasım Ankara
- Uzun Kara A., Orhon Şimşek F. (2013). Adölesan Gebeliklerin Anne ve Bebek Sağlığına Olan Etkileri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2013, 66(1)
- Walker LO., Crain H., Thompson E. (1996). Mothering behavior and maternal role attainment during the postpartum period. Nursing Research. 1996,35(6):352-355.
- WHO (1999). Programming for Adolescent Health and Development. WHO Technical Report Series 886. 1999:1-217.
- World Health Organization. (2006). What are the most effective strategies for reducing the rate teenage pregnancies? Geneva.
- World Health Organization (2010). Developing sexual health programmes. A framework for action.
- World Health Organization (2016). Global Health Observatory (GHO) data. HIV/AIDS. Geneva. <http://www.who.int/gho/hiv/en/> (Erişim Tarihi: 25/01/2018)
- World Health Organization (WHO). (2016). Adolescents: health risks and solutions, May <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/> (Erişim tarihi: 30/01/2018)

World Health Organization (2001) The second decade: improving adolescent health and development. Child and Adolescent Health and Development. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/frh_adh_98_18/en/ (Erişim tarihi: 04.12.2018)

World Health Organization. (1998). The second decade: improving adolescent health and development. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, Programme Brochure. Geneva

World Health Organization. (2012). Early marriages, adolescent and young pregnancies. Report by the Secretariat. A65/13. Geneva, Switzerland.


World Health Organization. Adolescent pregnancy. Accessed 1 November 2014. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/> (Erişim Tarihi: 30/12/2018)

World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals

EKLER

Ek 1: Etik Kurul Raporu

2/10/2017-E.14750

 T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 71522473/050.01.04/170
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul
Başvuru Dosyası Hk.

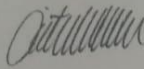
Sayın Prof. Dr. Nursan ÇINAR
Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İlgi : 18.07.2017 tarihli 155 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Adölesan Annelerin Bebek Bakımı Hakkındaki Özgüvenleri İle Annelik Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

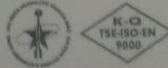


Prof.Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER
Etik Kurulu Başkanı

Yücel DEMİR
Etik Kurulu Sekr.


Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır
02...1.10.12017


Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BEK44D18A>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Korucuk Kampüsü, Korucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 2: İl Sağlık Müdürlüğü Onay Yazısı


T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAKARYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAKARYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SAKARYA İHİM
KALİTE VE ARGE BİRİMİ
01/09/2018 11:03 - 24404279 - 702.99 - E 194
00076070972

Sayı : 24404279/702.99
Konu : Adölesan Annelerin Bebek Bakımı
Hakkındaki Özgüvenleri ile
Annelik Memnuniyeti Arasındaki
İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin
İncelenmesi

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı öğrencilerinden Serap HIRA'nın başvurusu üzerine "Adölesan annelerin bebek bakımı hakkındaki özgüvenleri ile annelik memnuniyeti arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi" konulu çalışmasının Müdürlüğümüze bağlı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi tüm kampüslerinde, hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği konularına dikkat edilerek gerekli çalışmaların yürütülmesi hususunu;
Olurlarınıza arz ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Özcan ÖKTEM
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

OLUR
.../.../2018
e-imzalıdır.
Doç. Dr. Aziz ÖĞÜTLÜ
İl Sağlık Müdürü

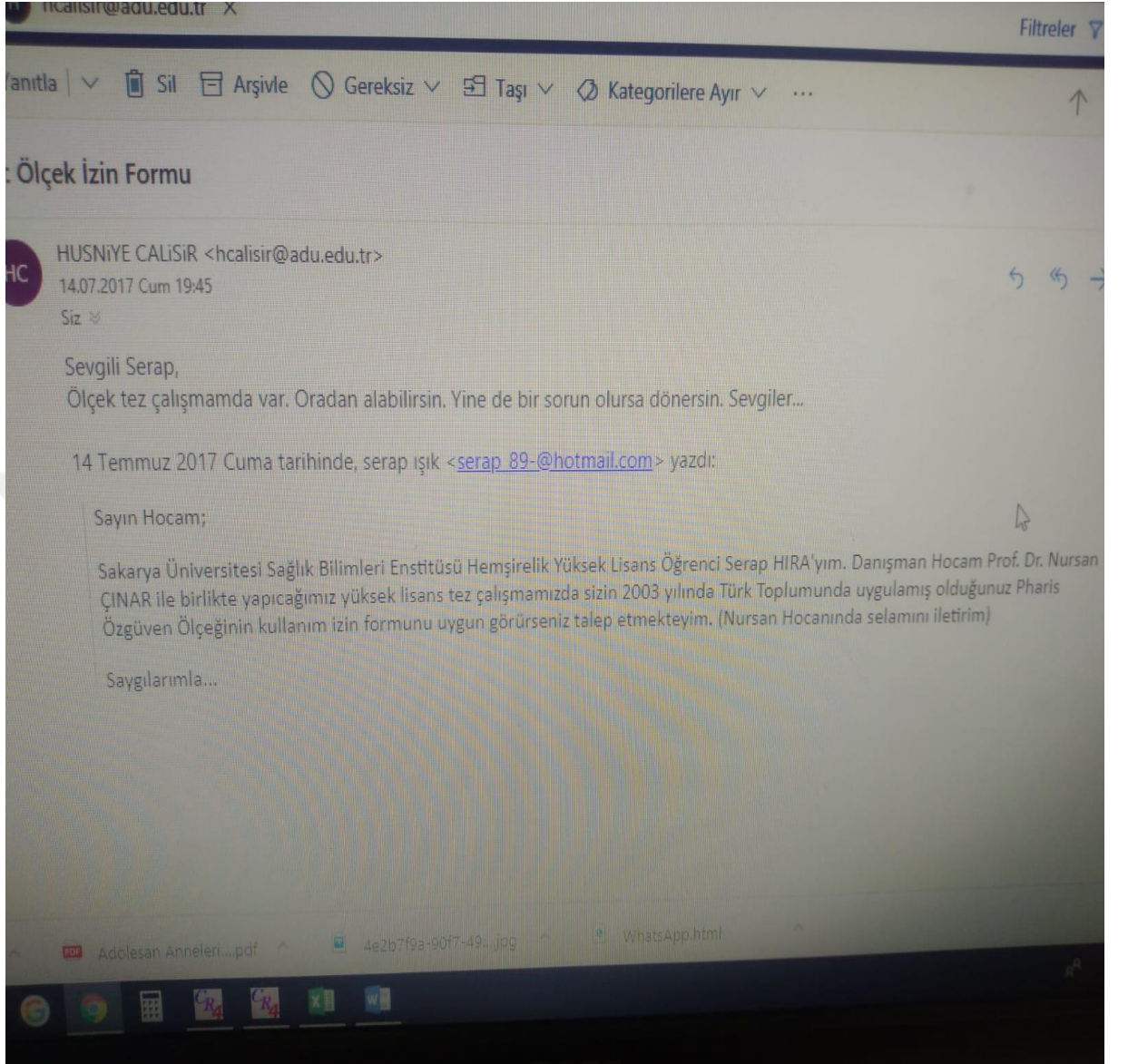
Ek:1 Adet Protokol Formu

15 Temmuz Camili Mh. Resmî Daireler Yerleşkesi C Blok Adapazarı/SAKARYA
Faks No: 0(264)2513567
e-Posta: sema.gurler@saglik.gov.tr İnt. Adresi: sakarya@saglik.gov.tr

Bilgi için: Sema GÜRLER
Unvan: Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.
Telefon No: 0(264)2513550-1509

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden cfabbed7-a9bc-426d-829a-a8951c9e90e7 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 3: Pharis Özgüven Ölçeği



Ek 4: Anne Olma Ölçeği

TARİH: 10.07.2017

Sayın Serap Hıra,

Kurumunuzdan onay alınması halinde *Serap Hıra* tarafından gerçekleştirilecek olan "*Adölesan Annelerin Bebek Bakımı Hakkındaki Özgüvenleri İle Annelik Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*" başlıklı tez çalışmanızda, tarafımızdan Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan *Anne Olma Ölçeği* (BaM-13)'nin kullanılmasına izin veriyorum.

ÖLÇEK SAHİBİNİN;

UNVANI: Prof. Dr.

ADI SOYADI: Nursan Çınar

VARSA KURUM MÜHRÜ / İSİM KAŞESİ

İMZA



İŞ ADRESİ: Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Esentepe Kampüsü, 54187 Serdivan/Sakarya, Türkiye

TELEFON: 02642956621

E-POSTA: ndede@sakarya.edu.tr

Ek 5: Katılımcı Formu

Sayın Katılımcı,

“Adölesan Annelerde Annelik Memnuniyeti ve Özgüven” isimli çalışma adölesan annelikte anne olmaktan memnun olup olmadıkları ve özgüvenleri ile ilgili uygulamalarınızı belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz size bir anket formu doldurtulacaktır. Formu doldurmanız sizin en fazla 10 dakikanızı alacaktır.

Çalışma hakkında ek bilgiler almak için araştırmacıya 05547759738 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Tamamen akademik amaçlı olan bu araştırma için herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve katılımcıya da bir ücret ödenmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır. Çalışmaya katılmak istemezseniz ya da çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma talebinde bulunursanız araştırmacıyı haberdar ederek çalışmadan çekilebilirsiniz.

Bu çalışmaya katılımda kayıtlar yasalara uygun olarak araştırmacı tarafından toplanacak ve güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırma sonuçları kongrelerde sunulabilir veya bilimsel dergilerde yayınlanabilir. Çalışma sonrasında kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Bilgilendirmeyi yapacak araştırmacının:

Adı Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bu koşullar altında yukarıda söz konusu olan araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Kişinin Adı Soyadı:

İmza:

EK 6

SORU FORMU

1.Yaş: 2.Eşinizin Yaşı: 3.Evlenme Yaşınız:

4.Eğitim Durumu:

İlköğretim: Lise: Lisans: Diğer:

6. Mesleğiniz:

7.Eşinizin Mesleği:

8. Çalışıyor musunuz?

Evet:

Hayır:

9. Sosyal Güvence Durumu:

Var:

Yok:

10. Ekonomik durumunuzu size göre nasıl tanımlarsınız?

Gelir giderden fazla (İyi)

Gelir giderden az(Kötü)

Gelir gidere eşit (Orta)

11. Aile tipiniz (kiminle yaşıyorsunuz)

Çekirdek Aile

Geniş Aile

Parçalanmış

Aile

12. Toplam gebelik sayınız:

13. Yaşayan çocuk sayınız:

14.Doğum Şekli:

NSD

C/S

15.Bebğinizin Cinsiyeti:

Kız

Erkek

16. Doğum ile ilgili bir sorun yaşadınız mı?

Evet

Hayır

Evet:.....

17.Doğum sonu bebekle ilgili sorun yaşadınız mı?

Evet

Hayır

Evet:.....

18.Bebğinizin Ay/Yaşı:

1 ay-3 ay

4 ay- 6 ay

7 ay- 9 ay

10 ay- 12 ay

19. Bebeğinizi ne ile besliyorsunuz/beslediniz?

Anne sütü

Mama

Diğer

20. Bebeğinizi ilk ne zaman emzirdiniz?

21.Daha önce bebek baktınız mı?

Evet

Hayır

22. Bebek bakımı ile ilgili destek alıyor musunuz? Evetse kim destek veriyor?

Evet

Hayır

Evet:.....

23. Hangi konularda destek alıyorsunuz?



Ek 7: Anne Olma Ölçeği

ANNE OLMA (BaM-13) ÖLÇEĞİ

Aşağıda tanımladığımız öğeler sizin annelik deneyiminizi anlamamıza yardımcı olacaktır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Verdiğiniz cevap kendinizi nasıl hissettiğinizi anlamamıza olanak sağlar.

Her soru için son 2-3 haftalık zaman diliminde neler hissettiğinizi düşünün.

Lütfen sizi en iyi ifade eden her cevap için bir öğenin altını çizin. Geçtiğimiz 2-3 haftalık zaman diliminde;

1. Bebeğim olduğunda bakabileceğimden emindim.
Evet, çoğu zaman
Evet, bazen
Hayır, çok sık değil
Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman
2. Bebeğim olduğunda hamile kalmadan önceki hayatımı kaçırmış olduğumu düşünüyorum.
Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman
Hayır, çok sık değil
Evet, bazen
Evet, çoğu zaman
3. Bebeğim ağladığında bu durumla baş etmekte zorlandım.
Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman
Hayır, çok sık değil
Evet, bazen
Evet, çoğu zaman
4. Kendimi bebeğime yakın hissettim.
Evet, çoğu zaman
Evet, bazen
Hayır, çok sık değil
Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman
5. Kendimi yalnız ve yalıtılmış hissettim.
Hayır, nadiren ya da hiç bir zaman
Hayır, çok sık değil
Evet, bazen
Evet, çoğu zaman
6. Bu süreçten sıkıldım.
Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman
Hayır, çok sık değil
Evet, bazen
Evet, çoğu zaman
7. Desteklenmediğimi hissettim.

Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman
Hayır, çok sık değil
Evet, bazen
Evet, çoğu zaman

8. Yardıma ihtiyacım olduğunda çevremdekilerden yardım isteyebildim.
Evet, çoğu zaman
Evet, bazen
Hayır, çok sık değil
Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman
9. Bebeğim etrafımda olduğunda kendimi gergin ve huzursuz hissettim.
Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman
Hayır, çok sık değil
Evet, bazen
Evet, çoğu zaman
10. Bebeğimin başına kötü şeyler gelebileceği konusunda endişelendim.
Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman
Hayır, çok sık değil
Evet, bazen
Evet, çoğu zaman
11. Bebeğin varlığı beni rahatsız ediyordu.
Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman
Hayır, çok sık değil
Evet, bazen
Evet çoğu zaman
12. Diğer anneler kadar iyi olmadığımı düşünüyorum bu yüzden endişeleniyorum.
Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman
Hayır, çok sık değil
Evet, bazen
Evet çoğu zaman
13. Kendimi suçlu hissetmişim.
Hayır, nadiren ya da hiçbir zaman
Hayır, çok sık değil
Evet, bazen
Evet çoğu zaman

Ek 8: Pharis Özgüven Ölçeği

EK 3: PHARİS ÖZGÜVEN ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ölçek bir yaşın altındaki çocukların bakımını gerçekleştirmede sizin kendinize olan güven duygunuzun ne kadar olduğunu göstermektedir. Aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra lütfen kendinize en uygun bulduğunuz ve yapabileceğinizi düşündüğünüz seçeneğin yanına (x) işareti koyunuz.

Aşağıdaki ifadeleri gerçekleştirme de kendinize ne kadar güveniyorsunuz?

	Hiç	Az	Orta	Çok	Tamamen
1. Sebepsiz yere ağlayan bir bebeği yatıştırma					
2. Bir yaşından küçük bir çocuğa banyo yaptırma					
3. Bir yaşından küçük bir çocuğu besleme					
4. Bebek altını ıslattığında ustalıkla bezini değiştirebilme					
5. Bebek kakasını yaptıığında ustalıkla bezini değiştirebilme					
6. Yenidoğan bir bebeğin göbeğinin bakımı yapma					
7. (erkek) Bebek sünnet olmuşsa sünnet yerinin bakımını yapma					
8. Bir ayın altındaki bir bebeği kollarınız da doğru bir şekilde tutabilme					
9. Bir yaşın altındaki çocuğun hastalandığını fark etme					
10. Bir yaşın altındaki çocuğun ateşini ölçebilme					
11. Bir yaşın altındaki çocuğun tırnaklarını kesme					
12. Bir yaşın altındaki çocuğun kulaklarını temizleme					
13. Bir yaşın altındaki çocuğa iyi bir anne/baba olma					

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Serap HIRA

Doğum yeri ve tarihi: Sakarya-03.01.1989

Uyruğu: T.C

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: serap_89-@hotmail.com

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

2007-2009 Trakya Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü (Lisans)

2009-2012 Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü (Trakya Üniversitesinden yatay geçiş) (Lisans)

2003-2007 Arifiye 75. Yıl Cumhuriyet Sağlık Meslek Lisesi

III- Ünvanları

Ebe

IV- Mesleki Deneyimi

2011-2012 Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi Yoğun Bakım Servisi

2012-2014 Serdivan Toplum Sağlığı Merkezi

2014-2016 İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Kayıt Merkezi

2016- Devam ediyor Serdivan İlçe Sağlık Müdürlüğü Kanser Kayıt Merkezi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanları

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Çınar N., Hıra S. (2017). Adölesan Annelik J hum rhythm 2017:3(1):15-19

VIII- Diğer Bilgiler