



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

ADÖLESAN GEBELERDE DOĞUM KORKUSU VE SOSYAL DESTEK
DÜZEYİNİN POSTPARTUM DEPRESYONA ETKİSİ

ŞAHİDE AKBULUT

DANIŞMAN

PROF.DR. ERGÜL ASLAN

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

Bu çalışma 24.07.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Ergül ASLAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Hülya BİLGİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Dr. Öğr. Üyesi Dilek COŞKUNER POTUR
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

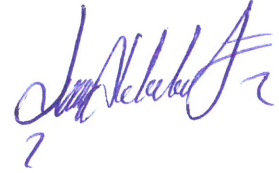


Dr. Öğr. Üyesi Melike DIŞSİZ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Şahide AKBULUT



İTHAF

Tezimi; 16 yaşında anne olan, 11 gebelik 9 doğum ve 7 yaşayanı olan, varlık sebebim anneme...

Dünyanın her bir köşesinde çocukluğunu yaşayamadan anne olan her bir adölesana...

İstismara ve ihmale uğramış adölesan anne ve çocuklarına ithaf ediyorum...



TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve doktora eğitimim süresince vermiş olduğu destek ve yardımlarıyla beni cesaretlendiren, yönlendiren, değerli bilgi ve tecrübesinden faydalandığım saygıdeğer danışman hocam Sayın Prof. Dr. Ergül ASLAN'a,

Tez izleme komitesi üyesi ve doktora eğitimimde Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği'nde çağdaş bilim anlayışı ile model olan saygıdeğer hocamız Sayın Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN'e,

İlgi ve önerilerini esirgemeyen Tez izleme komitesi üyesi saygıdeğer hocamız Sayın Doç.Dr. Hülya BİLGİN'e,

Doktora eğitimimde bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği'nde örnek aldığım saygıdeğer hocalarımız Sayın Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ, Prof. Dr. Ümran OSKAY ve Doç.Dr. İlkey GÜNGÖR SATILMIŞ'a,

Tez çalışmamı yürütmemde bana destek veren Batman İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Aile Sağlık Merkezlerinde çalışan ebe, hemşire ve doktorlara, çalışmama katılmayı kabul edip, kıymetli vakitlerini ayıran ve evlerini açıp sabır gösteren kıymetli tüm adölesan, genç gebe ve annelere,

Hayatıma dokunan ve motivasyonumun düştüğü zamanlarda benden desteğini esirgemeyen dost ve arkadaşlarıma...

Bana inanan, cesaretlendiren, umudu ve inancımı diri tutmamı sağlayan, emeğini ve enerjisini sadece adil, vicdanlı, merhametli iyi birer evlat yetiştirmeye adanmış öncelikle kıymetli annem, babam ve onların nezdinde kardeşlerime, yeğenlerime ve ailemde yer alan herkese,

Ayrıca her zaman "Kazanacaksın" diyerek bana olan inancını her seferinde gösteren bu hayattaki kıymetlim, canım ablam Sabiha'ya

Tüm kalbimle sevgi, saygı ve şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Adölesan Dönem ve Özellikleri.....	4
2.2. Adölesan Dönem ve Gebelikler.....	4
2.3. Adölesan Gebelerde Doğum Korkusu.....	7
2.4. Adölesan Gebelerde Doğum Sonrası Depresyon.....	11
2.5. Adölesan Gebe ve Annelerde Sosyal Destek.....	15
2.6. Adölesan Gebelerin Bakımında Hemşirenin Rollerini.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Amacı.....	19
3.1. Araştırma Soruları.....	19
3.2. Araştırmanın Türü.....	19
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	19
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	19
3.6. Veri Toplama Araçları.....	21
3.7. Verilerin Toplanması.....	24
3.7.1. Çalışmanın Sınırlılıkları.....	25
3.7.2. Çalışmada Yaşanan Güçlükler.....	25
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	25
4. BULGULAR.....	26

4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	27
4.2. Gebelerin Antenatal Dönemde Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	31
4.3. Annelerin Postpartum Erken ve Geç Dönemde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası, Eş Desteği Değerlendirme Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Düzeylerine ve Ölçek Korelasyonlarına İlişkin Bulgular.....	34
4.4. Gruplara Göre Sosyo-Demografik Özellikler İle Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	44
5. TARTIŞMA.....	51
5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	52
5.2. Gebelerin Antenatal Dönemde Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	54
5.3. Annelerin Postpartum Erken ve Geç Dönemde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası, Eş Desteği Değerlendirme Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Düzeylerine ve Ölçek Korelasyonlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	56
5.4. Gruplara Göre Sosyo-Demografik Özellikler İle Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
6.1. Sonuç.....	65
6.2. Öneriler.....	74
KAYNAKLAR.....	75
FORMLAR.....	90

EK-1: 17-24 Yaş Arası Gebeler İçin Gönüllü Olur Formu.....	91
EK-2: 16 Yaş Adölesan Gebenin Aile Üyesinden Alınan Onam Formu.....	92
EK-3: Kişisel Bilgi Formu.....	99
EK-4: Wijma Doğum Beklentisi Ölçeği -A.....	94
EK-5: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	96
EK-6: Eş Desteği Değerlendirme Formu.....	97
EK-7: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası	98
EK-8: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Kullanım İzni.....	99
EK-9: Wijma Doğum Beklentisi Ölçeği -A Kullanım İzni.....	100
EK-10: Batman İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni.....	101
ETİK KURUL KARARI	102
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	103
ÖZGEÇMİŞ	104

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4- 1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	27
Tablo 4- 2: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular	28
Tablo 4- 3: Gebelerin Antenatal Dönemde Wijma-A Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçek Puanlarının Dağılımı.....	31
Tablo 4- 4: Gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı	32
Tablo 4- 5: Eş Desteği Değerlendirme Formu Puanlarının Dağılımı	34
Tablo 4- 6: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Toplam Puanlarının Dağılımı	35
Tablo 4- 7: Adölesan Gebelerde Ölçek Puanlarının Korelasyonu***	36
Tablo 4- 8: Genç Erişkin Gebelerde Ölçek Puanlarının Korelasyonu***	40
Tablo 4-9: Gruplarda Aile Gelir Durumunun Ölçek Puanları İle Karşılaştırılması	44
Tablo 4- 10: Gruplarda Planlı Gebelik Durumunun Ölçek Puanları İle Karşılaştırılması	46
Tablo 4- 11: Gruplarda Doğum Öncesi Bakım Eğitimi Alma Durumunun Ölçek Puanları İle Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4- 12: Gruplarda Planlanan Doğum Şekli ile Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	50

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Araştırmanın Akış Şeması.....	20
--	----



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ÇBASDÖ: “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”

DSM: “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”

EAMDS: “Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası”

TÜİK: “Türkiye İstatistik Kurumu”

TNSA: “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları”

VAS: “Vizuel Analog Skala” “Görsel Kıyaslama Ölçeği”

WİJMA-A: “Wijma Doğum Beklentisi Anketi-A (WDEQ-A)”

WHO/DSÖ: “World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü”



ÖZET

Ş.Akbulut (2019), Adölesan Gebelerde Doğum Korkusu ve Sosyal Destek Düzeyinin Postpartum Depresyona Etkisi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.

Araştırma, adölesan gebelerde doğum korkusu ve sosyal destek düzeyinin postpartum depresyona etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı, prospektif ve karşılaştırmalı grup çalışması olarak gerçekleştirilen araştırma, Batman İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 22 Aile Sağlık Merkezi'nde yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Wijma Doğum Beklentisi Anketi-A (W-DEQ-A), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Eş Desteği Değerlendirme Formu, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) kullanılmıştır. Araştırma, 16-19 yaş arası adölesan (n=119) ile 20-24 yaş arası genç erişkin (n=121) gebeler ile üç farklı zaman diliminde gerçekleştirilmiştir. İlk görüşme gebeliğin 28-38. haftasında, postpartum erken dönemde (7-10 gün), postpartum geç dönemde (30-40 günde) gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan her iki grupta, gebelik döneminde yaşanan doğum korkusu ile postpartum erken dönemde depresyon belirtilerinin görülmesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları ile postpartum erken dönemde sağlanan Eş Desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları ile postpartum erken dönemde görülen depresyon (EAMDS) belirtileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,001$) ilişki bulunmuştur. Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları ile gebelik döneminde ÇBASDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Sonuç olarak adölesan gebelerin sosyal destek düzeyleri azaldıkça doğum korkusu düzeyinin arttığı görülmüştür. Adölesanlarda doğum korkusu düzeyi arttıkça postpartum depresif belirtilerin görülme sıklığının arttığı, postpartum sosyal destek düzeyi arttıkça postpartum depresif belirtilerin azaldığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Adölesan gebe, doğum korkusu, sosyal destek, eş desteği, depresyon.

ABSTRACT

Ş.Akbulut (2019), Adolescent Pregnant Women in Antenatal Period at Fear of Birth and Social Support Levels of Postpartum Depression in Early Period, Istanbul University-Cerrahpasa Graduate Institute of Education, Department of Women Health and Diseases Nursing. PhD Thesis. Istanbul.

The aim of this study was to determine the effect of fear of birth and social support on postpartum depression in adolescent pregnant women. This descriptive, prospective and comparative group study was conducted in 22 Family Health Centers affiliated to Batman Provincial Health Directorate. Data were collected by using Personal Information Form, Wijma Birth Expectation Questionnaire-A (W-DEQ-A), Multidimensional Perceived Social Support Scale, Spousal Support Assessment Form, and Epidemiological Research Center Depression Scale (EAMDS). The study was conducted with adolescents (n = 119) aged 16-19 years and young adults (n = 121) aged 20-24 years in three different time periods. The first interview was carried out 28-38 weeks of pregnancy, The second interview was conducted in the early postpartum period (7-10 days) and the third interview in the late postpartum period (30-40 days). In both groups, there was a significant relationship between the fear of birth experienced during pregnancy and the presence of symptoms of depression in the early postpartum period ($p < 0.001$). There was a statistically significant inverse relationship between Wijma-A total scores and Spouse Support provided in the early postpartum period ($p < 0.001$). There was a statistically significant correlation ($p < 0.001$) between Wijma-A total scores and early postpartum depression (EAMDS) symptoms in adolescents. There was a statistically significant relationship between Wijma-A total scores and Multidimensional Perceived Social Support Scale scores during pregnancy ($p < 0.001$) in adolescents. As a result, it was seen that the level of fear of birth increased as social support levels of adolescent pregnant women decreased. The higher the fear of birth among adolescents has increased the incidence of postpartum depressive symptoms, social support has been shown to decrease the level increases postpartum depressive symptoms.

Key Words: Adolescent pregnant, fear of birth, social support, spouse support, depression.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Adölesan dönem, fiziksel, ruhsal ve sosyal değişikliklerle çocukluktan yetişkinliğe geçilen bir dönem olmasının yanında sağlık ve sosyal nedenlerden dolayı önemlidir. Gelişmiş ya da gelişmekte olan tüm dünya ülkelerinde adölesan dönemde yaşanan gebelikler için ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaşlar aralığını adölesan dönem olarak tanımlanmış olup, 10-14 yaş aralığı erken adölesan, 15-19 yaş aralığı geç adölesan dönemi ve 10-24 yaş aralığı genç insan olarak kabul edilmektedir (Child and Adolescent Health Unit 2017).

DSÖ yayınladığı adölesan sağlığı rehberinde 18 yaşından önce evliliğin, 20 yaşından önce gebeliğin azaltılmasını ayrıca istenmeyen gebelik riski taşıyan ergenlerde kontrasepsiyonu sağlamak, cinsel ilişkiye zorlanma ve güvenli olmayan küretajın azaltılmasını önermektedir. Ayrıca gebe olan adölesanların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bebek bakım becerilerinin geliştirilmesi için gerekli çalışmaların yürütülmesini önermektedir (Child and Adolescent Health Unit 2017).

Adölesan gebelikler, maternal mortalite ve morbidite yönünden önemli bir halk sağlığı sorunudur. Küresel düzeyde olan bu sorun DSÖ verilerine göre 20 yaşın üstündeki gebelere kıyasla 15–19 yaş arasındaki gebelerin, doğum sırasında mortalite olasılığının iki kat; 15 yaşın altındaki adölesanların ise beş kat daha fazla mortalite riski ile karşı karşıya oldukları belirtilmiştir. Her yıl dünya genelinde 15-19 yaş arasındaki 3.9 milyon, gelişmekte olan ülkelerde ise tahminen 2.0–4.4 milyon adölesan güvenli olmayan düşüklere maruz kalmaktadır. Ayrıca adölesan annelerde yetersiz beslenme ve abortus, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, fetal ve neonatal mortalite oranlarının diğer gebelere oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Child and Adolescent Health Unit 2017).

Dünyada tüm gebeliklerde adölesan gebelik oranı %5,4 tüm doğumlarda adölesan doğum %11'dir (Chandra-Mouli ve ark. 2013). DSÖ 2013 verilerine göre dünyada her yıl 70.000'e yakın adölesan gebe, gebelik ve doğuma bağlı ortaya çıkan sağlık sorunlarından dolayı ölmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde adölesan gebelikler önemli sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Adölesan gebelikler, anne ve bebekte bireysel ve toplumsal kısa ve uzun süreli yansımaları görülen çeşitli tıbbi, sosyal

ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Chandra-Mouli ve ark. 2013).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçlarına göre erken dönemde gebe kalan adölesanların oranı %6 iken TNSA 2013 verilerine göre bu oran %5'e düşmüştür (TNSA 2013).

Gebelik ve doğum yaşamının normal akışına uygun fizyolojik bir değişim olsa bile kadınlar için en büyük stres nedenidir. Dünyanın birçok yerinde gebelik döneminde ve doğum sonrası annede ortaya çıkan psikopatolojinin bebek ve anne üzerinde negatif etkilere sebep olduğu bilinmektedir. Annelerin çoğu gebelik ve doğumla ortaya çıkan fizyolojik, sosyal ve psikolojik değişimlere uyum sağlarken bir kısmı da kronik düzeyde hastaneye yatırılmayı gerektirecek kadar ciddi psikiyatrik tablolar ile karşı karşıya gelmektedir. Doğum sonrası süreçte karşılaşılan negatif etkiler aynı zamanda başta anne ve baba olmak üzere ailenin diğer bireylerini de olumsuz etkilemektedir (Chris ve Fletcher 2013; Verbeek ve ark. 2015; Anding ve ark. 2016).

Postpartum dönemde depresyon ve anksiyete gibi duygu durum bozuklukları ve gebelik sırasında en sık görülen ruhsal sorunlardır. Depresyon, anne ve bebek için ciddi sonuçlara yol açabilen bir hastalıktır. Doğum sonrası depresyon her sekiz kişiden birinde görülmektedir. Araştırmalara göre Amerikan kadınlarında doğum sonrası depresyon orta düzeydeyken, Avrupa ve Avustralya kadınları için daha düşük seviyelerdedir. Doğum yapan kadınlarda, biyokimyasal ve endokrin değişiklikler olmasına karşın psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir kısmında ortaya çıkması, etiolojide kişiler arası ilişkiler, sosyal stres etmenleri, sosyal destek sistemleri gibi faktörlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Fathi-Ashtiani ve ark. 2015; Sherin ve ark. 2015).

Doğum sonrası depresyon annede anksiyete ve davranış bozukluğu belirtilerinin yanında anne-çocuk bağlanması, çocuğun bilişsel ve duygusal gelişimi, emzirme öz yetersizliği ve doğum korkusu, annenin kendisine zarar vermesi ve intihar gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir (Hofberg ve Ward 2003; Godderis ve ark. 2009).

Postpartum depresyonu olan adölesan anneler kaygı, kronik depresif duygu durum ve olumsuz annelik davranışları göstermeleri açısından risk taşımaktadır. Bu nedenle mümkün olduğu en kısa sürede depresif semptomları olan adölesan annelerin tedavi edilmesi gerekmektedir (Tonelli 2005).

Araştırmalara göre adölesan annenin özellikle postpartum dönemde eşinden sosyal destek alması, depresyon oranlarının önemli ölçüde düşürmektedir. Eş ile çatışma durumu ise depresif belirtilerde artış ile ilişkili bulunmuştur. Adölesan gebe ve postpartum adölesanlarda depresif belirtilerde daha da sık olduğu bu yüzden sosyal desteğin önemli olduğu ifade edilmektedir. Destek sistemleri yetersiz olan adölesan gebeler, yüksek stres ve çatışmaya maruz kaldıklarında depresif semptomlar için risk grubudur (Barnet ve ark. 1996).

Depresif belirtileri olan anneler gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde ve çocukları yaşam boyu devam eden glk ve zorluklar ile karşı karşıya gelme riski taşımaktadır. Sağlık harcamalarında maliyet artışlarına da sebep olacağı için hemşirelerin bu belirtileri erken dönemde fark edip takip etmesi, tedavi ve bakım planları oluşturulması büyük önem taşımaktadır. Bu araştırma, adölesan gebelerin antenatal dönemde yaşadığı doğum korkusu ve sahip olduğu sosyal destek düzeyinin postpartum dönemde depresif belirtilere etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönem ve Özellikleri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10-19 yaşlar arası adölesan dönem olarak tanımlanmıştır (WHO 2017). Adölesan dönem erişkinlik ile çocukluk arasındaki fiziksel, sosyal, cinsel ve psikososyal açıdan bir geçiş dönemidir. Bu geçiş döneminde ortaya çıkan fiziksel ve cinsel değişim “ergenlik” olarak da adlandırılır. Adölesan bireylerin psikososyal gelişiminin tanımlanması ve bilinmesi adölesan bireyin karşılaşacağı risklerin ve sorunlarının tanımlanması ve çözümü açısından önemlidir. Ortaya çıkan değişimler ile birlikte adölesan dönemde beden imajı, benlik saygısı, aile, arkadaş grubu ve toplumsal onay gibi kavramlar ön plana çıkmaktadır (Koç, 2004). Bu dönemde nöroendokrin sistem, beyin ve hormon dengesinde değişim ile birlikte fiziksel büyüme, üreme sisteminde farklılaşma gibi değişikliklerin ortaya çıktığı bir dönemdir (Akçan Parlaz ve ark. 2012).

Adölesan dönem; fiziksel değişikliklerin ortaya çıktığı, ruhsal olgunlaşma ve sosyal değerlerin edinildiği bir yaşam dönemidir. Adölesanlar eğitim gereksinimi, sosyal davranış, cinsel gelişim, ailesel çatışmalar, ekonomik sorunlar ve madde bağımlılığı ile ilgili stresli durumlar gibi risklerle karşı karşıya gelmektedir. Bu riskler kişiliği ve bireysel davranışı değişikliğe uğratabilen durumlardır. Son çalışmalarda adölesanların geçmişe oranla daha erken yaşta cinsel deneyim yaşamakta olduğu, çoğu zaman kontraseptif önlemler alınmadıkları tespit edilmiştir. Eğitimde sürekliliğin sağlanamaması, gebelik komplikasyonları riskinin daha fazla olması, yetersiz sağlık koşulları, yoksulluk oranlarının yüksekliği olması, doğan bebeklerin bakıma ilişkin sorunları artmaktadır (Salazar-Pousada ve ark. 2011).

Gelişimsel olarak adölesan dönem; temel ihtiyaçlar, bireysellik ve sosyalliğin gelişimi, aileden bağımsız olma, cinsel dürtülerin düzenlenmesi, cinsel yönelimlerin belirlenmesi ve karakter oluşumu yoluyla cinsel kimliğin geliştirildiği bir dönem olarak tanımlanmaktadır (Kara ve ark. 2017).

2.2. Adölesan Dönem ve Gebelikler

Yetişkinlere göre kıyaslandığında adölesan gebelerin daha düşük sosyal desteğe sahip oldukları, beslenme yetersizliği, yüksek oranda sigara kullanımı, alkol ve eğlence

amaçlı madde kullanımı, daha yüksek stres, eş şiddeti, terk edilme korkusu, kararsızlık veya güvensiz ev ortamlarına maruz kaldığı belirtilmiştir (Leftwich ve Alves, 2017).

Adölesan gebelikte hastalık, komplikasyon ve ölüm riski daha fazladır. Literatürde 20-29 yaş arası gebeler ile 15-19 yaş arası adölesan gebeler karşılaştırıldığında, 18 yaş altındaki kadınlarda risk daha yüksek olmakla birlikte 15 yaş altı gebelerde bu oran %60'a kadar çıkmaktadır (Bulut ve ark. 2008).

Adölesan gebeliklerde anksiyete, erken doğum, uterusun anatomik gelişimini tamamlamaması, erken membran rüptürü, fetal ölüm, fetal distres ve başarısız doğum induksiyonu gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Ayrıca depresyon, anksiyete ve intihar düşüncesi gibi faktörleri adölesan gebeliklerde önemli sağlık sorunları olarak meydana gelmektedir (Kara ve ark. 2017).

Adölesan gebeliklerde beslenme yetersizliği, düşük sosyo-ekonomik düzey, düşük doğum ağırlıklı bebek ve düşüklere neden olur. Düşük doğum ağırlığına sahip bebeklerde perinatal ve postneonatal ölüm gibi kötü obstetrik sonuçların ortaya çıkması önemli bir sorundur. Aynı zamanda beslenme yetersizliği olan adölesan annelerin bebeklerinde nörolojik bozuklukların görülme riski daha yüksektir. Bu durum, bebeğin ilerleyen yaşamında mental retardasyon, serebral palsy, epilepsi ve diğer nörolojik bozuklukların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bütün bu sorunlar anne yaşı 15'in altında ise daha da ciddi olabilir (Aydın 2013; Torvie ve ark.2015). Anne 18 yaşın altındaysa, bebeğin yaşamın ilk yılında mortalite riski, 19 yaşından büyük bir annenin doğan bebeğinden %60 daha fazladır (UNICEF 2009).

Büyük çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde yaşayan dünya nüfusunun %20'sini oluşturan adölesanlar ülkemizde toplumun önemli bir kısmını oluşturmaktadır (Melekoğlu ve ark.). Ayrıca adölesanlar, çoğu zaman ihmale uğrayan gruplardan biri olup fiziksel, ruhsal ve sosyal durumlarının yanında farklı sorunlarla karşı karşıya gelmekte ve bu sorunları çözmekte çoğu zaman da yetersiz kalmaktadırlar (Lu ve ark. 2011). Dünya nüfusuna göre 0-19 yaş arası 1.2 milyar kişi bulunmakta ve bunların %16'sını adölesanlar oluşturmaktadır. Adölesanların %86'sı gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde 19 yaşındaki adölesan kızların yaklaşık %40'ı cinsel olarak aktif ve evli, %20'ye yakını ise çocuk sahibi olmaktadır (WHO 2018).

Literatür sonuçlarına bakıldığında doğu kültürlerinde ve gelişmekte olan toplumlarda erken yaşta evliliklerin yapılmasının daha yaygın olduğu bilinmektedir. Birleşmiş Milletler Mali, Hindistan, Etiyopya, Bangladeş'te yaşayan kız çocuklarının %40'ının 15 yaşından önce evlendiğini belirtmektedir. Bu ülkelerde de erkeklerin de erken yaşta evlendikleri ancak kızlara göre oransal olarak daha az yaygındır (Demirgöz 2008; İçağasıoğlu 2009).

Adölesan gebelikler, çeşitli biyolojik, sosyal ve kişisel faktörlerle ilgili olarak dünya genelinde artmaktadır (Salazar-Pousada ve ark. 2010). Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu 2014 yılı dünya nüfusunun durumu raporunda göre Türkiye'deki her yıl gerçekleşen üç evlilikten birinin 18 yaş altında gerçekleştiği ayrıca her yıl 18 yaş altı olan 91.000 kadının çocuk sahibi olduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada her 1000 kadın başına 28 doğumun düştüğünü rapor edilmiştir (UNPA 2013).

Hastalık Kontrol Merkezi, Önleme (Center for Disease Control, Prevention) tarafından 2015 yılı içinde ABD'de yaşayan 15-19 yaş grubundaki gençlerde doğum oranının 2014 yılına göre nispeten %8 düşüş gösterdiğini ancak bu gençlerin %22.3'nün 2015 yılı içinde doğum yaptığı belirtilmiştir (Martin ve ark. 2017).

Türkiye'de Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre, nüfusun %17,2'sini adölesan yaş grubu oluşturmaktadır. Yurdumuzda 15-19 yaş arasındaki adölesanların %9.6'sı evlidir. Doğum yapan adölesan annelerin ise ortalama %90'ı evlidir. Adölesan çağda yaş arttıkça anne olma yüzdesi ve birden çok sayıda çocuk sahibi olma yüzdesi artmaktadır. Doğurganlık yüzdesi 15 yaşlarında yüzde 0,4 iken, 19 yaşlarında yüzde 12,9'a yükselmektedir. Ülkemizde özellikle sosyokültürel düzeyi düşük olan bölgelerde adölesan dönem evlilikleri sık olduğundan adölesan gebelikler bu bölgelerde daha fazla görülmektedir (TNSA 2013).

Türkiye'de "15-19 yaş grubunda bin kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısı olarak tanımlanan adölesan doğurganlık hızı, 2010 yılında binde 34 iken, 2015 yılında binde 25'e düşmüştür. Diğer bir ifadeyle 2015 yılında 15-19 yaş grubundaki her bin kadın başına 25 doğum düşmekte iken, 2016 yılında 15-19 yaş grubundaki her bin kadın başına 24 doğum düşmüştür. Doğum istatistikleri 2015 sonuçlarına göre adölesan doğumlardaki babaların %44'ünün 25-29, %39,8'inin 20-24, %9,5'inin 30-34 yaş grubunda ve %5,3'ünün ise 20 ve daha düşük yaşta" olduğu görülmüştür (TÜİK 2018).

Adölesanlarda eğitim ile gebelik ve doğurganlık arasında güçlü bir ilişki vardır. TNSA 2013 verilerin göre eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmeyen kadınların %17'si adölesan yaşta çocuk doğururken, bu oran en az ilkokulu tamamlaya kadınlar arasında %8 seviyesindedir. Eğitimsiz adölesanlarda gebelikler riski atarken, gebelik adölesan annelerin eğitimlerine hayatına devam etmelerine ve çalışma yaşamına katılmalarına engel olmakta ayrıca ekonomik yönden bağımlı halde olmasına neden olmaktadır (Yazıcı ve Şolt, 2015).

Adölesan gebelikler, çeşitli biyolojik, sosyal ve kişisel faktörlerle ilgili olarak dünya genelinde artmaktadır (Salazar-Pousada ve ark. 2011). Adölesan gebelik anne ve çocuk için sağlık açısından riski faktörüdür ayrıca yaşam beklentilerini olumsuz yönde etkileyen bir faktör olarak görülmektedir okuldan ayrılma ve kayıt dışı işlerde çalışma olasılığını artırmaktadır (Lara ve ark. 2012).

Adölesan gebelikte mortalite ve morbidite oranı önemli bir sorundur. Maternal mortalite ve morbidite riski 20-29 yaş arası gebeler ile 15-19 yaş arası adölesan gebeler karşılaştırıldığında, 18 yaş altındaki kadınlarda daha yüksektir. Bu oran 15 yaş altı gebelerde %60'tır (Semiz ve ark. 2008).

Adölesan gebeliklerde erken doğum, erken membran rüptürü, fetal distres, başarısız doğum indüksiyonu ve fetal ölüm gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Ayrıca depresyon, anksiyete ve intihar düşüncesi gibi faktörlerin adölesan gebeliklerde önemli sağlık sorunları anlamına gelmektedir (Kara ve ark.2017).

Anne 18 yaşın altındaysa, bebeğin yaşamının ilk yılında ölme riski, 19 yaşından büyük bir anneden doğan bir bebekten %60 daha fazladır (UNICEF 2009).

2.3. Adölesan Gebelerde Doğum Korkusu

Gebelik, döneminde doğumla ilgili beklentiler ve endişeler oluşur. Bunlar gebenin kişisel deneyimlerinden, kültürüne ve dış toplumdan etkilenerek şekillenir (Geissbuehler ve Eberhard 2002).

Gebelik ebeveynlik rolüne atılan ilk adım ve kadının yaşamında bir dönüm noktasıdır. Toplum kadınların annelik rolünü bir yetişkin olarak yerine getirilmesi gereken bir görev olarak kabul etmektedir ve kadınlar sosyal destek (eş, akran grubu ve aile desteği) alarak bu göreve hazırlanmaktadır. Bu yeni ve değişik rolle uyum söz konusu olduğu için süreci bir kriz dönemi olarak görmekte mümkündür. Kadınlar gebeliği

boyunca doğumunun nasıl olacağı yeni yaşam biçimi ve yeni sorumluluklarla ilgili karmaşık duygular hissetmektedir. Bu karmaşık duygulardan birisi de korkudur. Kadınlar doğum şeklinin nasıl olacağı, bebek sağlığı, ağrı, epizyotomi gibi tıbbi müdahaleler, doğum sırasında ölüm, personele karşı güvensizlik, etraftan duyduğu olumsuz doğum deneyimlerinden etkilenerek doğum korkusunu daha yoğun yaşamaktadır. Özellikle vajinal doğum sırasında artan kortizonunun ağrının şiddetinin artması ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Primiparların multiparlara göre doğum sırasında kortizon seviyelerinin daha yüksek olduğu bu yüzden daha çok ağrı hissettikleri saptanmıştır. Yaşanan korkuya bağlı olarak annenin laktasyon sürecinin etkileneceği ve bunun da bebeğin ilk emzirme zamanı ve emme gücünü etkileyebileceği düşünülmektedir (Buran 2015; Aluş Tokat ve Tatarlar 2016).

Gebelik süresince ve doğum sırasında yaşanan sıkıntılar, olası depresif belirtilerin ortaya çıkmasında tetikleyici bir unsurdur. Kritik yaşam olayları, çocukluk çağı şiddet hikâyeleri, gebelikte yaşanan fizyolojik şikâyetler ve eş uyumu ile ilişkili problemler anneye ait depresif belirtilerin ortaya çıkma nedeni olarak bulunmuştur. Postpartum depresyonun değerlendirmesinde; sosyo-demografik özellikler, psikometrik tedavi veya psikiyatrik öykü, doğum ve gebelik deneyimleri, puerpereal komplikasyonlar, çocukluk dönemi şiddet öyküsü, gebelik öncesi var olan depresif belirtiler, olumsuz aile ilişkileri, ebeveynlerde stres, sosyal destek yetersizliği, ilişki memnuniyeti ve rol kısıtlamalarına yönelik problemlerin ele alınması gerekir (Anding ve ark. 2016).

Korku, potansiyel tehlikeye karşı savunmaya yardımcı olan uyarlanabilir bir duygu olmakla nesneye ya da duruma karşı fiili ya da harekete geçirilmiş yanıt anlamına gelir. İnsanın endişe duyduğu şeylere karşı bir korkuya kapılabilmesi genellikle normal kabul edilmektedir. Hem korku hem de kaygı fizyolojik, bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenleri içerebilir, ancak bunların nasıl ifade edildiği kişiden kişiye değişebilir (Körükçü 2009; Dunsmoor ve Paz 2015). Korku yaklaşan tehlike nedeniyle ortaya çıkan ve kaçma isteğinin eşlik ettiği temel bir duygudur. Korkunun temel insani deneyimlerden, kaçmanın ise temel biyolojik yanıtlardan birisidir. Anksiyete, korkuyu, korku da bir üst aşama olarak panik duygusunu getiren bir zincir oluşturmaktadır. Korku anında tüylerin diken diken olması, ürperme, soğuk soğuk terleme, taşikardi, gözlerin açılması, ağız kuruluğu, kasların aşırı derecede gerilmesi, bulantı, beyin zonklaması, yutkunma güçlüğü gibi tepkiler gösterilmektedir (Körükçü 2009).

Doğum öncesi korku hisseden acı çeken 100 İskandinav kadını üzerinde yapılan bir araştırmada, kadınların %65'ten fazlası doğum sırasında kendilerine ve bedenine duydukları güvenden endişe ettiklerini belirtmiştir. Doğum öncesi varolan korku, doğum sırasındaki ağrı, sıkıntı ve postnatal dönemde duygusal sorunlar yaşama riskini artırabilmektedir. Serçekus ve Okumuş'un yaptığı çalışmada doğum öncesinde kadınların doğum korkusu beş ana kategoriye ayrılmıştır. Bunlar; doğum ağrısı, doğum sırasında gelişebilecek sorunlar, doğum sırasında yapılan işlemler, sağlık personeli tutumları ve cinselliktir (Serçekuş ve Okumuş 2009; Körükcü ve ark. 2012).

Yapılan çalışmalara göre kadınlarda farklı şekillerde doğum korkusu görülmektedir. En yaygın nedeni doğum korkusu doğumda anında yaşanacak ağrıdır. Kadınlar kendisinin ve bebeğin doğum sırasında zarar görme veya ölme korkusu, doğum sırasında kendi kontrolünü kaybetme ve normal doğum eyleminin gerçekleşmemesi gibi korkuları yaşamaktadır. Ayrıca vajinal muayene, perineal kesi ve yırtık oluşma korkusu vakum veya forseps uygulamalarına maruz kalma ve cinsel hayatın olumsuz etkileneceği korkusu bildirilmektedir. Doğum sırasında sağlık personelinden yeterli destek görememe ve azarlanma korkusu yaşayan kadınlar söz konusu bu korkuları nedeni ile evde doğumu tercih edebilmektedir. Evde gerçekleşen doğumlara bağlı maternal-neonatal mortalite ve morbidite riski artırmaktadır (Serçekuş ve Okumuş 2009).

Avustralya ve İsveç'te yapılan çalışmalardan elde edilen verilere göre kadınların çoğunun gebelik döneminde doğum korkusu yaşadıkları ve prevalansının tüm gebelerde %20 civarında olduğu belirtilmiştir (Fenwick ve ark. 2015).

Postpartum depresyon prevalansının incelendiği bir çalışmada Japonya ve Amerika'da oranların %4.0-63.9 arasında değiştiğini göstermiştir. Güneydoğu Asya'da bulunan etnik gruplardan oluşan ülkelere bakıldığında bu oran Malezya %53.3, Çin %26 ve Hint %7.7 olarak belirtilmiştir. Batılı ülkelere farklı olarak prevalans aralığının bu kadar değişken olmasının sebebi çok çeşitli kültürel ve etnik kökene sahip insanların kültürlere özgü doğum sonrası uygulamalarının farklılığından kaynaklandığı belirtilmiştir (Mohd Arifin ve ark. 2018).

Gebelerin yaklaşık %80'i gebeliğe veya doğuma ilişkin endişe ve korkuları ifade etmektedir. Korku ve kaygı yaşandığında hiperventilasyon, baş dönmesi gibi fizyolojik belirtileri gösterir bilişsel ve davranışsal sorunlara yol açan bileşenlerle etkileşim kuran bir kaygı yanıtı ortaya çıkar. Korku belirli bir nesne ya da durum (örneğin hastaneye ya

da doğum düşüncesine), itici deneyimler (örneğin rahatsızlıklar, ağrı) ile daha öncesinde yaşamadığı bir olaya maruz kalma (örneğin başka birinin doğum yapmasını izleme) ve dolaylı iletimle öğrenilen bir etkileşimin geliştirildiği koşullandırma yoluyla ya da bilgi yoluyla (doğumla ilgili öfkeli-mutsuz öyküler) nedeniyle oluşabilir (Rondung ve Sundin 2016; Thomas ve ark. 2016).

ABD’de doğumlarının yaklaşık %4-7’si adölesan gebeliklerden oluşmaktadır. Adölesan gebelerin doğum eylemine ilişkin algı ve deneyimleri yetişkinlere göre farklılık göstermektedir. Doğum eylemine ilişkin bu farklılıklar erken ve geç adölesanlar arasında bile görülmektedir. Bu nedenle doğum ya da adölesanlar arasında doğum korkusu ve ruhsal doğum travması riski yetişkinlere oranla çok daha yüksektir. Adölesan gebenin destek sistemlerinin yetersizliği, kişisel ve bebekle ilgili olumsuz olaylar ve acı çekme ile doğum eylemi sırasında yaşanan korkunun ilişkili olduğu belirtilmiştir (Anderson ve ark. 2014). Adölesan gebelerde yaşanan doğum korkusunun ise %75’ten daha fazla olduğu belirtilmiştir (Anderson ve ark. 2014; Kizilirmak ve Başer 2016).

Doğum öncesi doğum korkusu olan kadınlara verilen eğitimlerin gebelik ve doğum konusundaki algı ve deneyimlerine olumlu katkı sağladığı ve doğum sonu dönemin daha sağlıklı yaşandığı belirtilmiştir. Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu; depresyon, doğum travması, uyumsuz çift ilişkisi, bebekle olumlu etkileşim kuramama ve bebeğin gelişimsel ihtiyaçlarının karşılanmasında yetersizlik riski ile ilişkili bulunmuştur. Bu gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile ilişkili olarak sezaryen tercih etme oranı artmaktadır (Räisänen ve ark. 2014; Fenwick ve ark. 2015).

İsveç’te ebelik girişimlerinin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada doğum korkusu yaşayan kadınlar multidisipliner bir ekip içinde tedavi edilmiş, çoğunlukla süreç ebeler tarafından yönetilmiştir. Gebelerde doğum korkusunu azaltmak için girişimler geliştirilmesi amacı ile yapılan iki randomize kontrollü çalışma sonuçlarına göre gebenin kadın doğum uzmanı ile iki görüşme ve 6 seanslık bilişsel ve davranışsal yaklaşımları içeren görüşme, kadınlarda vajinal doğum oranlarını artırmıştır (Fenwick ve ark. 2015).

Söderquist ve Wijma 508 gebede yapmış olduğu çalışmada doğumdan sonraki 1. ayda depresyon prevalansı %5.6 olarak bulunmuştur. Doğum sonrası depresyon oranlarının çalışıldığı bir diğer çalışmalarda Righetti-Veltama ve ark. doğumdan sonraki 3.ayda depresyon oranının %10,2 bulunmuştur. White ve ark. doğumdan sonraki 1-4 aylık dönemde %5.8, doğumdan sonraki 6. haftada %10.2 prevalansı bildirmiştir. Leeds ve

Hargreaves ise postpartum 6-12. ay arasında %21.5 oranında depresyon görülmüştür (Söderquist ve ark. 2009).

Parite korku içeriğini etkiler, bu yüzden nullipar kadınlar bilinmeyen, ağrı ve kontrol kaybından korkarken multipar kadınlar ise daha öncesinde yaşamış olduğu olumsuz doğum deneyimlerinden etkilenecek doğum korkusu yaşamaktadır. Acil sezaryen, vakum ekstraksiyonu ve doğum sırasında şiddetli ağrıların post-travmatik stres bozukluğuna ve sonraki gebeliklerde doğumdan korkmaya neden olmaktadır (Rouhe ve ark. 2009).

2.4. Adölesan Gebelerde Doğum Sonrası Depresyon

Mental Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM)'e göre en az iki hafta boyunca sıralanan kriterlerden 5 veya daha fazlasını taşımak postpartum depresyon olarak tanımlanmaktadır. Bunlar insomnia-hipersomnia, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, yorgunluk, mutsuzluk veya suçluluk hissi, konsantrasyon azalması, iştah değişiklikleri ve intihar düşüncesidir. Bu epizodlar postpartum dört hafta içinde başlar ve 1 yıl içinde sonlanır. DSM'ye göre postpartum depresyon non-psikotik majör depresyon olarak tarif edilmiştir (DSM-V 2013; Segre ve Davis 2013; Guille ve ark. 2013).

Postpartum depresyon; çoğunlukla depresif ruh hali, kaygı, suçluluk duygusu, ilgi alanlarının azalması, annelik rolünün ve öz değerlendirmenin negatif olması, çocuğunun yaralanma korkusu, yorgunluk, konsantrasyon ve uyku sorunları ve yeme bozuklukları ile ortaya çıkar (Koss ve ark. 2016).

Gebelik, kadın yaşamında fiziksel, ruhsal ve sosyal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Doğum öncesi ve sonrasında meydana gelen değişiklikler, bebeğin bakımı, emzirme problemleri, yeni oluşan çevre ve sosyal statüdeki değişiklikler gebenin sağlığının bozulmasına neden olabilir. Postpartum dönemde ortaya çıkan depresyon hafif ya da orta şiddet seyirli ise kişi destek arayışına girmediği için süreç sinsi bir şekilde ilerleyip gözden kaçabilmektedir. Postpartum depresyon belirtileri üzüntü, yorgunluk, uyku ve yeme alışkanlıklarındaki değişiklikler, azalmış libido, ağlama nöbetleri, anksiyete, sinirlilik, yalnızlık duyguları, duygusal kararsızlık, dikkat dağınıklığı, karar verme güçlüğü, değersizlik hissi, bir birey ve anne olarak kendini yetersiz hissetme, hatta kendine veya çocuğa zarar verme düşüncelerini içermektedir. Postpartum dört ve sekiz haftalık dönemde depresyon hızında artış olmaktadır. Adölesanlarda ise sadece gebeliğin

varlığı bile bu olumsuz sonuçların ortaya çıkmasında önemli risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (Hay ve ark. 2008; Karaçam ve Öner 2008; Marakoğlu ve ark. 2009; Kim ve ark. 2014).

Doğum sonrası annede görülen depresyon çocukta da bebeklik, çocukluk dönemi ve yaşamın daha sonraki dönemlerinde bilişsel ve duygusal gelişimi üzerinde olumsuz etkilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Doğum sonrası depresyonun etiolojisinde düşük sosyal, gebelikte stresli yaşam olayları, komplike gebelik ya da doğum süreci, aile veya eş ile güçlükler yaşanması, aile veya arkadaş desteğinden yoksun olunması, psikopatolojinin varlığı (depresyon, anksiyete), yoğun stres altında gerçekleşen doğum sırasında duygu durum bozukluğunun oluşması ve sonraki süreçte bebek bakımında yaşanan zorluklar, işsizlik, plansız gebelik, gebeliğin devamlılığında kararsızlık, gebenin ailesiyle negatif ilişkileri olması, cinsel istismar öyküsü, güven eksikliği, biberonla besleme ve gebelik sırasında depresyon postpartum depresyonun en güçlü belirleyicisi olarak kabul edilmektedir (Werner ve ark. 2015; Dinwiddie ve ark. 2018).

Yapılan çalışmalarda adölesan annelerde görülen postpartum depresyonun erişkin annelere kıyasla iki kat daha yaygın olduğu belirtilmektedir. Yetişkin annelerde postpartum depresyon prevalansı %6.9-16.7 aralığındayken, adölesan annelerde bu oran %14-53 aralığında değişmektedir. Bu geniş aralık, kullanılan tanım, tarama metodolojisi veya sosyokültürel örneklerdeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır (Dinwiddie ve ark. 2018).

Doğum sonrası kadınlar da tüm psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığının %6-12.5 arasında olduğu bildirilmiştir (Gülner ve ark. 2010). Araştırmalar adölesanlarda gebelik sırasında ruhsal sorunlar yaşayan kadınlarda mortalite, morbidite, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz sonuçlar daha fazla görülmektedir. Gebelikte majör depresif tanı yaygınlık oranı %12.7 iken, kadınların %37'sinin gebelikte depresif belirtiler yaşadıkları rapor edilmiştir (Staneva ve ark. 2015).

Adölesan dönemi bilişsel ve davranışsal zorlukların yaşandığı geçiş dönemi olduğundan adölesan gebelerde postpartum depresyonun sürekliliği tam bilinmemektedir, çünkü ergenlik döneminde duygu durum değişikliği söz konusudur. (Siegel ve Brandon 2014; (Hipwell ve ark. 2016). Ayrıca çalışmalarda depresif bozukluk oranlarının kadınlarda yaşla birlikte arttığı belirtilmektedir. Bu nedenle, doğurganlığın postpartum dönemde, adölesanların depresyon riskini artırıp artırmadığını belirlemek

için, doğum öncesi depresif belirtilerin varlığını ve semptomlarını ergenlik normatif değişikliklerine göre ne ölçüde değiştiğini bilinmelidir (Hipwell ve ark. 2016).

Adölesan gebelerde psikolojik dayanıklılık ve depresif belirtilerin incelendiği vaka kontrol çalışmasında 151 adölesan gebe, vaka 151 genç yaş gebe kontrol grubu olmak üzere 302 gebe dâhil edilmiştir. Karşılaştırmalarda düşük gelir, kırsal alanda yaşam, doğum öncesi bakım alma durumları arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirtilmiştir. Ancak eğitim düzeyinin artması ile adölesan gebelik oranlarının azaldığı tespit edilmiştir (Salazar-Pousada ve ark. 2011).

Gebelik döneminde depresyon ve anksiyetenin araştırıldığı çalışmalar sınırlı olmasına rağmen doğum sonrası dönemde anksiyete ve depresyonun ortaya çıkmasına neden olan faktörler daha çok araştırılmıştır. Antenatal dönemde anksiyete ve depresyonun tahmin edildiğinden daha yaygın olduğu ve postpartum dönemde bebek için ciddi olumsuz sonuçların ortaya çıkışına sebep olmaktadır. Gebelik sırasında anksiyete ve depresyon belirtileri postpartum dönemde depresyon için en önemli risk faktörü olmuştur (Verbeek ve ark. 2015). Genç yetişkin gebeler (20-24 yaş arası) ile 16-19 yaş arası adölesan gebelerin gebelik sonuçlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada adölesan annelerin daha çok olumsuz gebelik sonuçları yaşadıkları ve bunun kendi yaş örüntüleri ile ilişkisi olduğu vurgulanmıştır (Johnson ve Moore 2015).

Depresif belirtileri olan adölesan gebe ve annelerde baş etme yetisi ve tedaviye uyumları iyileşmeyi kolaylaştırmaktadır. Postpartum depresif semptomları adölesan anneler, kronik depresif duygu durum ve kötü annelik davranışları göstermeleri açısından risk taşımaktadırlar. Bu nedenle mümkün olduğu en kısa sürede depresif semptomları olan adölesan annelerin tedavi edilmesi gerekmektedir (Tonelli 2005).

Nulliplarlarda doğum sonrası depresyonun belirleyici faktörü olarak doğum korkusu ve kaygısının incelendiği bir çalışmada doğum öncesi durumsal ve sürekli kaygının, doğum sonrası depresyonun önemli bir belirleyicisi olduğunu bu nedenle, rutin olarak koruyucu müdahaleler geliştirilmesi gerektiği ifade edilmiştir (Alipour ve ark. 2012).

Postpartum depresyon bir duygudurum bozukluğu olup, doğumdan sonraki ilk yıl boyunca herhangi bir zamana başlayabilir. Çalışmalar gebelik dönemindeki sosyal desteğin kadınlarda depresyon riskini azaltacağını ve gebelik sonuçlarına olumlu

yansıyacağını göstermiştir (Kim ve ark. 2014). Gebelik döneminde verilen sosyal desteğin hem kadın hem de fetus üzerinde depresyon etkisini azalttığı ve doğum sonrası depresyonun bu şekilde önlenebileceğini bildirilmektedir (Moshki ve Cheravi 2015). Doğum sonrası depresif belirtileri olan annelerin çocukları yaşam boyu devam eden sıkıntı ve zorluklar ile karşı karşıya gelme riski taşımaktadır. Bu durum ileride önemli sağlık sorunları ve maliyete sebep olacağı için sağlık profesyonellerinin depresif semptomları iyileştirilmesi için erken dönemde belirtileri fark etmeleri ve tedavi planını oluşturmaları çok önemlidir (Staneva ve ark. 2015).

Doğumdan sonraki bir yıl postpartum depresyon için yüksek risk dönemi olarak kabul edilmektedir ve bu risk doğumdan sonraki iki yıl boyunca devam etmektedir. Postpartum depresyon geçiren bir kadının, gelecek beş yıl içerisinde yeni bir depresyon atağı geçirme riski postpartum depresyon geçirmeyenlere göre 2 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir. Postpartum depresyon, klinik, etiyolojik ve tedavi seçenekleri yönünden majör depresyonla benzer olsa da postpartum depresyon vakalarının yarısına tanı konulmamakta ve tedavisiz kalmaktadır (Gülнар ve ark. 2010; Durukan ve ark. 2011; Üstgörül ve Yanıkerem 2017).

Dünyada, gebelikte görülen depresyon prevalansı %7-26 olarak bildirilirken postpartum dönemde depresyon sıklığı, araştırmalarda kullanılan tanı yöntemine göre farklılık gösterdiğinden %3,5-40 arasında değişiklik göstermektedir (Durukan ve ark. 2011).

Annelerin yaklaşık %20'si doğumdan sonraki ilk 3 ay içinde depresif bir atak geçirmekte ve %7,1'i majör depresif belirtiler göstermektedir (Suh ve ark. 2016). Gebelikte görülen depresyon prevalansı %10-15 olarak bildirilirken postpartum dönemde depresyon sıklığı, araştırmalarda kullanılan tanı yöntemine göre farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalara göre doğum sonrası ilk üç ayda minör postpartum depresyon %19,2 ve majör postpartum depresyon %7,1 olduğu belirtilmektedir (Yim ve ark. 2015). Dinwiddie ve ark.nın yaptığı çalışmada adölesanlarda postpartum depresyon prevalansının %14-53 arasında değişmektedir (Dinwiddie ve ark. 2018).

Türkiye'de postpartum depresyon görülme sıklığı %6,3-50,7 olup doğum sonrası en sık görülen komplikasyonlarından biri olarak değerlendirilir (Durukan ve ark. 2011). Türkiye'de, postpartum depresyon görülme oranı %14-40,4 arasında olduğu rapor edilmiştir (Turkcapar ve ark. 2015). Adölesanlarda doğum sonrası depresif belirtilerde

önemli derecede artış olup, prevalans tahminleri %26-50 arasında değişmektedir (Nunes ve Phipps 2013). Dinwiddie ve ark.nın yaptığı çalışmada adölesanlarda postpartum depresyon prevalansının %14-53 arasında değiştiğini belirtmektedir (Dinwiddie ve ark. 2018).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada adölesan gebelerin postpartum depresyon riski %22.6 olarak tespit edilmiş, yaş, eğitim durumu, eşi ile ve aile içinde huzursuzluk yaşama durumu, doğum sonrası cinsel ilişkide sorun yaşama, ailede çocukla ilgili kararlarda etkin olma durumu ile postpartum depresyon riski arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (Topatan ve ark. 2016).

Çalışmalar gebelikte antidepresan ilaç kullanımının, fetüs gelişimi için olumsuz sonuçlara yol açmanın yanında düşük doğum ağırlığı riskinin artmasına, düşük bir olasılık ta olsa doğuştan kardiyak anomali ve preterm doğum riskinin artmasına ayrıca yetersiz motor gelişimi ile birlikte yenidoğanın persistan pulmoner hipertansiyon riskinin artmasına yol açtığını belirtmektedir (Pearlstein 2015).

Postpartum depresyon kadının doğum sonrası sürecin keyifli geçmesi gerektiğine inanmasından kaynaklanmaktadır. Bu yüzden toplum tarafından damgalanmaktan korkması nedeniyle ifade edilememektedir. Ayrıca tedavi sırasında kullanılan psikotrop ilaçların emzirme ile bebeğe geçeceğine ilişkin kaygılar nedeniyle tedaviyi reddetmektedir (Werner ve ark. 2015).

2.5. Adölesan Gebe ve Annelerde Sosyal Destek

Sosyal destek kişinin çevre olarak tanımlanan sosyal ağındaki kişilerin sağladığı kaynaklardır (Gottlieb ve Bergen 2009). Sosyal destek aile üyesi, eş, arkadaş tarafından verilebilir. Gebelikte adölesan (15–19 yaş) ile yetişkinlere (20 yaş ve üzeri) sağlanan sosyal destek seviyelerini karşılaştıran bir çalışmada, algılanan sosyal destek düzeylerinin farklı olduğu belirtilmiştir. Adölesan annelerin daha az sosyal destek aldıklarını ve bunun nedenini başkalarıyla ilişki kurma ve sürdürmede daha yetersiz bir beceriye sahip olmalarından kaynaklandığını belirtmişlerdir (Kim ve ark. 2014).

Sosyal destek sisteminde yer alan aile, eş, arkadaş, çocuk, sevgi gösterme, yardım etme ve sorumluluklarını paylaşmada katkıda bulunur. Sosyal destek teorisine göre depresyonun zihinsel ve fiziksel sağlık üzerindeki olumsuz etkilerine karşı sosyal desteğin koruyucu bir engel oluşturduğu ifade edilmektedir. Bu nedenle, uygun sosyal

desteğin olmaması bireylerde depresif belirtilerin artmasında bir risk faktörüdür. Sosyal destek, stresli yaşam olaylarını azaltan ve duygusal gerginliğin üstesinden gelmede yardımcı olur (Moshki ve Cheravi 2015).

Adölesanların gebelik ve doğum sonu aldıkları sosyal destek duygusal, bilgi ve maddi destek kişilerarası ilişkilerinde farklılık görülmektedir. Farklı şekillerde sağlanan destek adölesan sağlığı ve memnuniyet derecesi üzerinde olumlu bir etki bırakmaktadır. Duygusal destek; aşk, sevgi, empati, saygı ile ilişkilendirilirken, bilgi desteği; öneri, bilgi, tavsiye ve görüşlerle, maddi destek, mali destek, zamana bağlı ve kaynakların, malların ve hizmetlerin kullanılabilirliği ile ilişkilidir (Pedro ve ark. 2008).

Doğum sonrası adölesanlarda sosyal desteğin ruh sağlığına yararlı etkiye sahip olduğu görülmektedir. Diğer taraftan çalışmalar sosyal desteğin stresin sağlık üzerindeki olumsuz etkisini azalttığını belirtmektedir. Postpartum dönemde adölesan annelerin sosyal destek düzeyinin yüksek olması çok önemlidir. Annelerin algıladığı sosyal destek kişisel yeterlilik, baş etme, istikrar, kendini değerli görme, gelişmiş anne-bebek etkileşimi, evlilik doyumu, ruhsal yönden iyi olma duygularını içerir. Yeterli sosyal desteğe sahip olunması hem anne hem de bebek açısından olumlu sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Yetersiz sosyal destek ise sıklıkla doğum sonrası depresyon gibi olumsuz sonuçların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Logsdon ve Usui 2006). Olumlu ve destekleyici aile ilişkileri ve yüksek benlik saygısı adölesan gebelerde perinatal depresyonun olumsuz sonuçlarından koruyabilmektedir (Lieberman ve ark. 2014).

Adölesan anneler üzerinde sosyal destek ve depresif belirtiler arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada; annelerin sosyal çevresindeki bireylerden aldığı duygusal, maddi ve bilgi desteği değerlendirilmiştir. Adölesan annelerin sosyal desteğinin bazı alt boyutları ile depresif belirtiler arasında anlamlı bir ilişkili bulmuştur. Sosyal destek ve depresif belirtiler arasındaki ilişkinin incelendiği 125 adölesan anne gebeliğin üçüncü trimester, doğum sonrası 2. haftada, doğumdan sonraki 2. ve 4. ayında adölesan annelerin doğum öncesi dönemde sosyal destek kaynağı olarak ilk sırada eş desteğini belirtirken 4. aylarında ise bu desteğinin azaldığını belirtmektedir. Annelerinden duygusal veya maddi destek alan adölesan annelerin doğum sonrası dönemde depresif belirtilerinin azaldığı belirtilmiştir. Ayrıca adölesan annelerde görülen depresif belirtiler ile bebeklerini kabul etmede güçlük yaşamaları arasında güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Barnet 1996).

Adölesan annelerde doğum sonrası ilk 3 ay içindeki sosyal destek düzeyi, benlik saygısı, yalnızlık ve depresif belirtiler arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada depresyon düzeyi ile sosyal destek düzeyleri arasında negatif bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Yalnızlık ve depresyon arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Reid ve Meadows-Oliver 2007).

2.6. Adölesan Gebelerin Bakımında Hemşirenin Rollerini

Hemşireler çok yönlü yaklaşımla, toplumun her kesiminden bireyleri, aileleri ve gençleri adölesan yaşta yapılan evlilikler ve olumsuz sonuçları, riskleri hakkında bilgilendirmelidir. Ayrıca adölesanlara yönelik cinsel ve üreme sağlığı, güvenli cinsellik, aile planlaması konularında danışmanlık eğitimleri vererek ortaya çıkabilecek adölesan gebeliklerin artmasını önlemelidir (Anık ve Ege 2019).

Adölesan gebelerin fiziksel bakımları yetişkin kadınlarınkine benzer olsa da, adölesanlarda farklı şekillerde fiziksel bakım gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Adölesanların çoğu gebelik ve doğum sonrası dönemde daha fazla sosyal desteğe ve kapsamlı eğitime ihtiyaç duyar. Adölesanlar genellikle yetişkin kadınlardan daha az yaşam deneyimlerine sahip oldukları için gebelik ve doğum ile ilgili yaşadıkları güçlüklerde daha az başa çıkma davranışları gösterir. Hemşireler bu yüzden adölesan gebelerin gelişimsel süreçlerine uygun bakım vermelidir (Montgomery 2003). Ayrıca adölesan gebelerin ihtiyaçlarına göre doğum öncesi bakımın önemi ve gerekliliği hakkında bilgilendirme yapmalıdır. Gebeliğin devamlılığında, sonlandırılması durumunda adölesanı duygusal ve sosyal bakımdan desteklemelidir (Montgomery 2003).

Doğum öncesi bakım verirken adölesanın gelişimsel seviyesi, bireysel, ırksal ve kültürel değerlerini gözönünde bulundurmalıdır. Adölesan gebenin yaşadığı güçlükler ile başa çıkması için güvenli iletişimin olduğu bir bakım ortamını geliştirmesi gerekir. Hemşire adölesan gebenin beslenme, fetal büyüme ve gelişme, gebelikte ortaya çıkan vücut değişiklikleri, sık görülen rahatsızlıklar ve bu rahatsızlıkların gebelik sırasında güvenli bir şekilde nasıl tedavi edilebilecekleri hakkında bilgi verir (Montgomery 2003).

Hemşireler adölesan gebelerin öz bakım becerilerini geliştirme, bakımında aktif bir rol alma ve öz güvenin sağlanması konularında adölesanları destekler. Hemşireler adölesan gebenin anne, baba ve diğer aile üyeleri ile olan ilişkilerini geliştirmesinde, annelik rolüne uyum sağlamasında, bebek bakımında önemli rol oynar (Klima 2003; Montgomery 2003; Hufft ve Peternelj-Taylor 2008).

Hemşireler evli adölesanlarda gebeliğin erken dönemde ortaya çıkmasını önlemek için aile planlaması konusunda bilgi verir. Ayrıca ailenin sosyal ve ekonomik yapısının yetersiz olduğu durumlarda gerekli desteğin sağlanması için gerekli girişimlerde bulunur. Prenatal dönem, doğum ve doğum sonrası dönemi kapsayacak şekilde adölesan gebelere ev ziyaretleri yapılarak gebelik ve yenidoğan konusunda planlı eğitimler verir (Yılmaz ve Savaşer 2017).

Hemşireler baba adaylarına da eğitim planlanmalı ve gebelik kontrollerinde adölesana eşlik etmesini desteklemelidir. Hemşireler, adölesanların aile kurma, gebelik ve doğum sonrası egzersizler ve ihtiyaç duyduğu diğer konularda adölesan gebeleri destekler. Adölesanlarda alkol, sigara, hap ve uyuşturucu gibi zararlı alışkanlıkların bebeğe vereceği zararlar konusunda bilgilendirilmesi ve alışkanlıkların bırakılması konusunda destekler (Şen ve Kavlak 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, adölesan gebelerin antenatal dönemde yaşadığı doğum korkusu ve sahip olduğu sosyal destek düzeyinin postpartum dönemde depresif belirtilere etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırma Soruları

Soru 1. Sosyal destek düzeyinin postpartum depresyona etkisi var mıdır?

Soru 2. Doğum korkusunun artması postpartum depresyonu etkiler mi?

Soru 3. Sosyodemografik özelliklerin doğum korkusu ve postpartum depresyona etkisi var mıdır?

3.3. Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı, prospektif ve karşılaştırmalı grup çalışması olarak gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Batman iline bağlı merkezde yer alan toplam 27 Aile Sağlığı Merkezi'nden (ASM) adölesan gebelerin yoğun yaşadığı bölgelerde yer alan 22 ASM'de yürütülmüştür.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Ocak 2016-Temmuz 2018 tarihleri arasında Batman iline bağlı 22 Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran gebeler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünü saptamada evreni belli olmayan örneklem seçimi formülü kullanılmıştır (Erdoğan ve ark. 2014).

$$n = \frac{t^2 pq}{d^2}$$

n : Örneklem alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülme sıklığı (0.2)

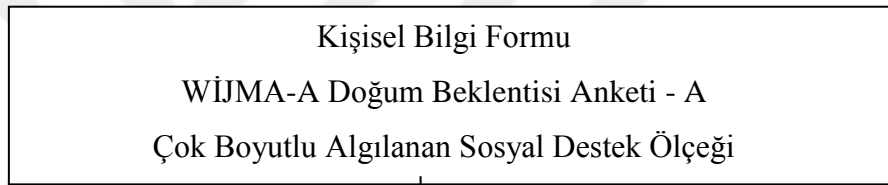
q : İncelenen olayın görülmemesi sıklığı (1-p) (0.8)

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1.96).

d : Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0.03) (Erdoğan ve ark. 2014).

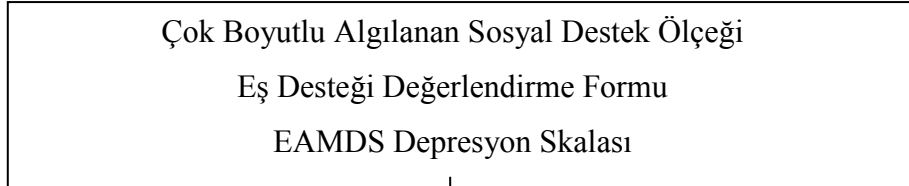
Araştırmanın örnekleminin toplam en az 174 kişiden oluşması gerektiği belirlenmiştir. Ancak araştırmada çeşitli sebeplerle veri kaybının olabileceği ve araştırmanın güvenilirliğini artırmak için örneklem büyüklüğü artırılarak çalışmaya toplam 267 gebe alınmıştır. 15-19 yaşlar arası ve 119 adölesan, 20-24 yaş arası 121 genç erişkin gebe olmak üzere toplam 240 kadın ile çalışma tamamlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gebelerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Onamları alınan tüm gebelerden kendilerine ulaşabilecek ev adresi ve telefon iletişim bilgileri alınmıştır (Ek 1-2). Çalışmada katılan 8 gebe ile ilk görüşme gönüllü yapılmasına rağmen iletişim bilgilerini eksik ya da yanlış olması nedeniyle kendilerine ulaşılamadığından postpartum erken ve geç dönem izlemleri yapılamamıştır. Postpartum geç dönemde de 19 anne çeşitli sosyal nedenlerle araştırmadan ayrılmıştır.

Antenatal Dönemde Görüşme (Gebelik 28-38.Hafta) (n=267)



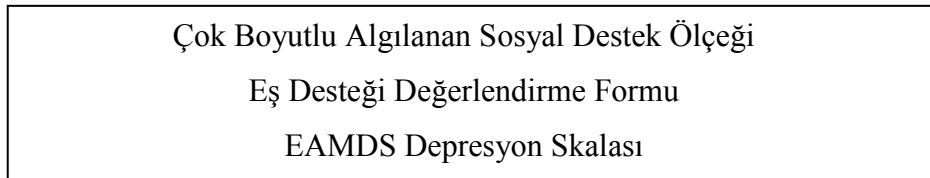
Postpartum Erken Dönemde Görüşme (Postpartum 7-10.gün) (n=259)

(n=8 gebe iletişim bilgileri eksik veya yanlış verildiği için ulaşılamadı)



Postpartum Geç Dönemde Görüşme (Postpartum 30-40.gün) (n=240)

(n=19 anne kendi isteğiyle çalışmadan çekildi)



Şekil 1: Araştırmanın Akış Şeması

Örnekleme dahil edilme kriterleri:

- Adölesan gebelerde 16 yaşından küçük 19 yaşından büyük olan gebeler
- Genç erişkin gebeler için 20 - 24 yaş aralığında olan gebeler,

- Bebeğin babası ile yaşıyor olma,
- Çalışmaya katılmayı engelleyecek iletişim ve sağlık sorununun olmaması

Örnekleme dışı bırakılma kriterleri:

- 28. haftadan küçük ve 38. haftadan büyük gebelik haftasında olan gebeler
- Riskli gebelikler (preeklampsi, erken doğum riski, plasenta previa, çoğul gebelik vb.)
- Postpartum dönemde anne veya bebekle ilgili riskli bir durumun olması (36. Haftadan önce doğum yapanlar, bebeğin yenidoğan yoğun bakımında olması veya annede postpartum komplikasyon gelişmesi)

3.6. Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu

Gebeleri tanımak amaçlı araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form demografik özellikler (yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, aile tipi, bebeğin cinsiyeti gebelik sayısı, aylık gelir durumu, eşinin yaşı, eğitim ve çalışma durumu, evlilik süresi), obstetrik özellikler (ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliği planlı olup olmadığı, daha önceki gebeliklerinde herhangi bir sorun yaşayıp yaşamadığı, gebelik haftası, gebeliğinde doğum öncesi bakım alma durumu, aldıysa bakımı kimden aldığı, gebelikte uyku düzeni, sigara içme durumu) içeren 22 sorudan oluşmaktadır (Ek.3).

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire-A (W-DEQ-A) (WIJMA-A)

Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği (W-DEQ), doğum öncesi kadının duygu ve korkularını ölçmek için geliştirilmiş olup, doğum süreci ile ilgili kadının bilişsel değerlendirmesi sağlanmıştır. Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği öz değerlendirme skalası olduğundan hem bilimsel hem de klinik çalışmalarda kullanılmaktadır (Rouhe ve ark. 2009). W-DEQ-A 1993 yılında İsveç'te Klaas ve Barbro Wijma tarafından geliştirilmiş olup kadınların doğumdan önceki doğum korkusu beklentilerinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. 2009 yılında Hikmet Öznur Körükçü tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Körükçü 2009).

W-DEQ-A, 33 maddelik bir ankettir. Cevaplar 0'dan 5'e, 6 maddeli Likert tipi bir ölçektir. Sıfır "tamamen" ve 5 "hiç değil" anlamına gelir. Ölçekte en düşük genel puanı 0 ve en yüksek puanı 165'tir. Toplam puanın yüksek olması korku düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Kesme seviyesi 85'tir, seksenbeş ve üzeri puanlar klinik düzeye doğum

korukuyu göstermektedir. W-DEQ skoru ≤ 37 hafif derecede korku, 38-65 orta düzeyde korku, 66-84 şiddetli korku seviyesi, klinik düzeyde korkuyu gösterir. Ölçekteki olumsuz sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ölçümde bir adaptasyon sağlamak için tersine çevrilerek hesaplanır. Ölçeğin Cronbach's α değeri Korükçü'nün çalışmasında, primigravida kadınlar için Cronbach Alfa katsayısı değeri 0.88 ve multipar gebe kadınlarda Cronbach Alfa katsayısı değeri 0.90 olduğu tespit edilmiştir (Körükçü 2009). Bu çalışmada ölçek iç tutarlılık değerleri incelendiğinde Cronbach Alfa katsayısı değeri 0.85 bulunmuştur (Ek 4).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Multidimensional Perceived Social Support Scale)

Ölçek 1988 yılında Zimmet tarafından geliştirilmiştir. Eker ve Arkar (1995) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçek, alt boyutları açısından üç farklı kaynaktan (aile, arkadaş ve özel bir insandan) alınan sosyal desteğin yeterliliğini değerlendirmede kullanılır (Eker ve Arkar 1995). Ölçek kolay ve kısa olmasının yanında, on iki ifade içermekte olup ile aileden alınan sosyal destek ifadeleri (3, 4, 8, 11. maddeler), arkadaşlar alınan sosyal destek ifadeleri (6, 7, 9, 12. maddeler) ve özel insan alınan sosyal destek ifadeleri (1, 2, 5 ve 10. maddeler). olmak üzere 3 farklı destek kaynağı değerlendirmeyi sağlar. Ölçeğin alt boyut puanları toplanarak ölçeğin toplam puanı da belirlenir. Her ifade likert tipi puanlama ile değerlendirilip 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilir. Ölçekteki alt boyutların puanı 4 ile 28 arasında, ölçeğin toplam puanı ise 12 ile 84 arasında değişir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade eder. Eker ve Arkar (1995) geçerlik ve güvenilirliği çalıştıkları ölçeğin, alt toplam puanların Cronbach's Alfa katsayılarının 0.77 ile 0.92 arasında değiştiği belirlenmiştir (Eker ve ark. 2001). Bu çalışmada ölçek iç tutarlılık değerleri incelendiğinde Cronbach Alfa katsayısı değeri 0.92 bulunmuştur (Ek 5).

Eş Desteği Değerlendirme Formu

Postpartum eken ve geç dönemde "Eş Desteğini" değerlendirmek amaçlı gözden geçirilen literatür doğrultusunda beş açık uçlu soru formu olmuştur (Yıldırım 2004; Şahin ve ark. 2014; Kabasakal ve Soylu 2016).

Soruların cevplandırılmasında Görsel Kıyaslama Ölçeği (VAS/Vizuel Analog Skala) kullanıldı. Anneler doğrusal düzlem üzerinde kendi skorlarını işaretleyip belirlediler. Her bir sorudan 0-10 puan alabilmekte olup toplam puan 0-50 arasında değişmektedir. Puan ortalaması artması, kadınların eş desteğinin yüksek olduğunu ifade

eder. Bu çalışmada kadınlar ile yapılan postpartum erken dönemde uygulanan formun Cronbach Alfa değeri 0,93 olarak bulunmuştur (Ek 6).

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası kısa ele alınacak popülasyonun tamamına ya da belirlenen bazı özel sınıflara uygulanmaktadır. Ölçek depresif belirtileri değerlendirmek amacıyla tasarlanmış kısa bir öz bildirim ölçeğidir. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Radloff tarafından 1977 yılında geliştirilmiştir. Ölçek sıklıkla genel depresyon tarama aracı olarak kullanılıp ölçek maddeleri depresyonla ilgili belirtilerden oluşmaktadır. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın kişide varolan depresif belirtileri depresif duygudurum düzeyini ile ilişkilendirilerek gerekli ölçümleri yapmak için, tasarlanmıştır. Ölçeğin hedefi; depresyon seviyesini etkileyen bileşenler ve deprese olan kişinin ruhsal durumunu bir arada değerlendirerek ölçümün yapılmasıdır. Ölçek ayrıca depresyon ve diğer değişkenler arasındaki ilişkiden dolayı alt gruplarda değerlendirme yapma özelliğine sahiptir (Radloff 1977).

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası 20 maddeden oluşmakta olup yüksek riskli grupları tanımlamak ve depresif belirtiler ile diğer birçok değişken arasındaki ilişkileri incelemek için önemli bir araçtır. Ölçekteki her bir madde 0-3 puan alabilmekte 4, 8, 12 ve 16. maddeler ters puanlanmaktadır. Toplam puan 0-60 arasında değişebilmekte 16 ve üzeri puan depresyon olasılığını düşündürmektedir. Ölçek geçen bir haftayı sorgulamakta ve 0= Nadiren ya da hiç (haftada 1 gün ya da daha az), 1= Ara-sıra (haftada 1-2 gün), 2= Sıklıkla (haftada 3-4 gün), 3= Çoğu zaman ya da her zaman (haftada 5-7 gün). şeklinde puanlanmaktadır. Yüksek puan ortalaması sahip olan grup yada kişiler, "risk altında" olarak yorumlanıp, depresyon tedavisine ihtiyacın bir göstergesi olarak değerlendirilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2010 yılında Yılmaz ve Beji tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı değeri 0,85 olarak bulunmuştur (Radloff 1977; Yılmaz 2010). Bu çalışmada Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası iç tutarlılık değerleri incelendiğinde, Cronbach Alfa katsayısı değeri 0,91'dir (Ek 7).

3.7. Verilerin Toplanması

ASM’de çalışan Hekim-Ebe-Hemşireler tarafından 28-38. gebelik haftasında olan (16-19 yaş arası) adölesan gebe ile (20-24 yaş arası) genç erişkin gebelerin tespiti yapıldı. İlk görüşmelerinin yapılması için ASM’de çalışan ebe ya da hemşire tarafından gebeler telefon ile aranılarak uygun saat ve tarihte ASM’ye daveti sağlandı. Çalışmada gebelerden yazılı onam alınmasında yaş aralığı literatür araştırması doğrultusunda belirlendi. Genç erişkin gebelerden (20-24 yaş arası) ve (16-19 yaş arası) adölesan gebelerden aktif (yazılı) onam alındı (Sarı ve ark. 2013; Küreci ve Büken 2014; Gemici ve ark. 2014).

Katılımcılarla toplam üç görüşme yapıldı. Görüşmeler antenatal dönemde ASM’de yüz yüze, postpartum dönemde annenin evinde yüzyüze ya da telefon ile gerçekleştirildi. Antenatal dönemdeki görüşme, gebeliğinin 28-38 haftasında olan 16-19 yaş arası ile 20-24 yaş arası gebeler dahil edildi. Antenatal dönemde gerçekleştirilen görüşmede Kişisel Bilgi Formu, Wijma Doğum Beklentisi Anketi-A (W-DEQ-A) ve ÇBASDÖ kullanıldı. Çalışmanın gerçekleştirildiği antenatal dönem ortalama 45-60 dk sürdü. Postpartum erken dönem görüşmeleri doğum sonu 7-10. günde, postpartum geç dönem görüşmeleri doğum sonu 30-40. günlerde gerçekleştirildi. Çalışmaya katılan bütün katılımcılar doğum sonrası üç ile beşinci günde telefon ile aranılarak postpartum erken dönem görüşmesi yapılması için postpartum 7-10. günlerde belirlenen gün ve saatte buldukları ASM’lere gelmeleri hatırlatıldı. ASM’ye gelemeyen gebeler ile postpartum erken dönem görüşmesi evlerinde ya da uygun olmayanlar ile telefonda gerçekleştirildi. Postpartum erken dönemde Eş Desteği Değerlendirme Formu, ÇBASDÖ ve EAMDS kullanıldı. Postpartum geç dönem görüşmesi de evlerinde ya da uygun olmayanlar ile telefonda gerçekleştirildi. Telefon görüşmeleri ortalama 30 dakika sürdü. Postpartum geç dönemde de Eş Desteği Değerlendirme Formu, ÇBASDÖ ve EAMDS kullanıldı,

Çalışma kapsamına alınan kadınların Wijma-A doğum korkusu ölçeğinin çalışılmasında ölçek sorularının anlaşılması ve uygulanması için 20 gebe ile ön çalışma yapıldı. Yapılan ön çalışmada soruların anlaşılmasında gebelerin güçlük yaşadıkları tespit edildi. Bu yüzden anneler ile ölçek soruları bire bir açıklanarak doldurtuldu. Gebeler sakın sessiz bir ortamda araştırmacı tarafından sorular okunarak formlar dolduruldu.

3.7.1. Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma Batman ili İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 22 Aile Sağlığı Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler bölgesel ve kültür farklılığından kaynaklı tüm popülasyona genellenemez.

3.7.2. Çalışmada Yaşanan Güçlükler

Çalışma ilk görüşme sonrası iki izlem gerektirdiği için doğum sonrası lohusalara ulaşmak ve iletişime geçmekte ciddi güçlükler yaşanmıştır. Bazı kadınlardan hem sözel hem de yazılı onam alınmasına rağmen izlem için kendilerinden talep edilen iletişim bilgilerini yanlış ya da eksik verdikleri için ulaşılamamıştır. İlk görüşmeleri gerçekleştirilen gebeler maddi imkansızlık, ev işlerinin yoğunluğu, var olan diğer çocukların ihtiyaçlarını giderme, ASM'ye olan mesafelerinin uzaklığı ve soğuk hava koşullarını gerekçe göstererek ASM'ye gelememişlerdir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler bir istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's'den yararlanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H Testlerinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis-H Testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlenmiştir. İki bağımlı değişken arasındaki farklılık incelenirken Wilcoxon Testi kullanılmıştır. İki'den çok bağımlı değişkenlerin analizlerinde Friedman's Two-Way ANOVA kullanılmış; anlamlı farklılıkların çıkması durumunda Çoklu Karşılaştırma Testlerinden yararlanılarak birbiriyle farklılık gösteren değişkenler tespit edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiler incelenirken Spearman's Korelasyon Katsayısından yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir ilişkinin olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada kullanılan ölçekler için Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini çalışan araştırmacılardan gerekli izinler alınmıştır (Ek 8) ve (Ek 9). Çalışmanın gerçekleştirilmesi için Batman İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Bölge Devlet Hastanesinde Bilimsel ve Tıbbi Etik Kurul'dan onay alınmıştır. Alınan Etik kurul kararı ile Batman İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Halk Sağlığı Daire Başkanlığından gerekli izinler alınmıştır (Ek 10).

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmanın sonuçları tablolar şeklinde istatistiksel analizleriyle 3 bölümde sunulmuştur;

4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Gebelerin Antenatal Dönemde Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Düzeylerine İlişkin Bulgular

4.3. Annelerin Postpartum Erken ve Geç Dönemde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası, Eş Desteği Değerlendirme Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Düzeylerine ve Ölçek Korelasyonlarına İlişkin Bulgular

4.4. Gruplara Göre Sosyo-Demografik Özellikleri İle Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.1. GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4- 1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Özellikler	Adölesan (n=119)		Genç Erişkin (n=121)	
	n	%	n	%
Aile tipi				
Çekirdek aile	45	37,82	70	57,85
Geniş aile	74	62,18	51	42,15
Yaşanılan yer				
Şehir	86	72,27	100	82,64
İlçe	16	13,45	13	10,74
Köy	17	14,29	8	6,61
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	3	2,52	8	6,61
İlkokul	42	35,29	36	9,75
Ortaokul	60	50,42	50	1,32
Lise	11	9,24	17	4,05
Üniversite ve üzeri	3	2,52	8	6,61
Meslek				
Ev hanımı	119	100	114	94,21
İşçi	0	0	4	3,31
Serbest meslek	0	0	3	2,48
Eşin eğitim durumu				
Okuryazar değil	5	4,2	4	3,31
İlkokul	28	23,53	35	28,93
Ortaokul	41	34,45	43	35,54
Lise	35	29,41	17	14,05
Üniversite ve üzeri	10	8,4	22	18,18
Aile gelir durumu				
Gelir giderden az	69	57,98	69	57,02
Gelir gidere eşit	45	37,82	45	37,19
Gelir giderden fazl	5	4,2	7	5,79
Yaş	<i>Ortalama±SS</i>	18,50±0,70		22,73±1,37
	<i>Min-Max (Medyan)</i>	(16-19)18		(20-24) 23
Evlilik Süresi	<i>Ortalama±SS</i>	1,83±1,03		3,60±2,23
	<i>Min-Max (Medyan)</i>	(1-6) 2		(1-9) 3
Eşinin Yaşı	<i>Ortalama±SS</i>	24,98±2,60		28,32±3,56
	<i>Min-Max (Medyan)</i>	(20-32) 25		(22-40) 2

Tablo 4-1.'de Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Çalışmaya katılan adölesanların %62,18'inde ve genç erişkinlerde %57,85'inin çekirdek aileye mensup olduğu, adölesan %72,27'sinin ve genç erişkin %82,64'ünün şehir merkezinde yaşadığı belirlendi. Eğitim durumları incelendiğinde adölesanların %50,42'sinin ve genç erişkinlerin %41,32'sinin ortaokul mezunu olduğu, eşlerinin eğitim durumlarına bakıldığında adölesan eşlerin %34,45 ve genç erişkin eşlerin %35,54'ünün ortaokul mezunu olduğu görüldü. Adölesan gebelerin tamamının ve genç erişkinlerin %94,21'inin ev hanımı olduğu, gelir durumunun adölesanların %57,98'inde ve genç erişkinlerin %57,02'sinde aile gelirinin giderinden daha az olduğu belirlendi.

Gebelerin yaş, evlilik süresi, eşinin yaşına ilişkin özellikleri gruplara göre dağılımları verilmiştir. Adölesan grubundaki gebelerin yaş ortalamaları $18,50 \pm 0,70$, genç erişkin grubundaki gebelerin yaş ortalamaları ise $22,73 \pm 1,37$ 'dir. Adölesan grubundaki gebelerin ortalama evlilik süreleri $1,83 \pm 1,03$, genç erişkin grubundaki gebelerin ortalama evlilik süresinden $3,60 \pm 2,23$ kısadır. Adölesan grubundaki gebelerin eşlerinin yaş ortalaması $24,98 \pm 2,60$, genç erişkin grubundaki gebelerin eşlerinin yaş ortalaması $28,32 \pm 3,56$ 'dan daha düşük bulunmuştur.

Tablo 4- 2: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Özellikler	Adölesan (n=119)		Genç Erişkin (n=121)	
	n	%	n	%
Çocuğun Cinsiyeti				
Kız	44	36,97	63	52,07
Erkek	75	63,03	58	47,93
Daha önce gebelik sorunu				
Yok	89	74,79	79	65,29
Düşük/düşük tehdidi	22	18,49	30	24,79
Erken doğum/ erken doğum tehdidi	5	4,2	7	5,79
Preeklampsi/eklampsi	0	0	1	0,83
Diyabet	3	2,52	0	0
Diğer	0	0	4	3,31
Yaşayan çocuk sayısı				
1	19	15,97	44	36,36
2	3	2,52	14	11,57
3 ve üstü	1	0,84	7	5,79
Planlı gebelik durumu				
Evet	83	69,75	92	76,03
Hayır	36	30,25	29	23,97

Gebelik doğum öncesi bakım				
Evet	55	46,22	53	43,8
Hayır	64	53,78	68	56,2
Gebelikte doğum öncesi bakım kimden alındı?				
Sağlık personelinde	27	49,09	29	54,72
Gebe eğitim kitaplarından	0	0	6	11,32
Gebe eğitim kurslarından	6	10,91	2	3,77
İnternette	13	23,64	7	13,21
Diğer	9	16,36	9	16,98
Planlanan doğum şekli				
Vajinal doğum	103	86,55	107	88,43
Sezaryen doğum	16	13,45	14	11,57
Doğum eylemi sizin için üstesinden gelmesi zor bir durum mudur?				
Evet	8	68,91	88	72,73
Hayır	37	31,09	33	27,27
Gebelik süresince uyku kalitenizde bir değişiklik oldu mu?				
Evet	101	84,87	104	85,95
Hayır	18	15,13	17	14,05
Uyku kalitesinde bir değişiklik varsa geceleri ortalama kaç saat uyuyorsunuz?				
8-10 Saat	28	27,72	39	37,5
7-5 Saat	43	42,57	30	28,85
5 Saat ve Altı	30	29,7	35	33,65
Gebelikte sigara kullanma durumu				
Evet	22	18,49	13	10,74
Hayır	97	81,51	108	89,26
İlk Gebelik Yaşı	Ortalama±SS	17,81±1,08		20,26±2,31
	Min-Mak (Medyan)	15-19 (17)		14-24 (20)
Gebelik Sayısı	Ortalama±SS	1,5±0,66		2,11±1,07
	Min-Mak (Medyan)	1-4 (1)		1-5 (2)
Gebelik Haftası	Ortalama±SS	34,5±53,41		33,96±3,69
	Min-Mak (Medyan)	28-38 (35)		28-38 (34)

Tablo 4-2.'de Gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Gebelerin bebeklerinin cinsiyeti adolesan gebelerde %63,03 erkek, genç erişkin gebelerde %52,07 kız olduğu bildirildi. Adolesan gebelerin %18,49'u, genç erişkin gebelerin %24,79'unun daha önceki gebeliklerinde düşük/düşük tehdidi ile karşılaştığı, adolesan gebelerin %15,97'sinin yaşayan bir çocuğu olduğu, genç erişkin gebelerin %11,57'sinin yaşayan iki çocuğunun olduğu tespit edildi.

Adölesan gebelerin %69,75'i, genç erişkin gebelerin %76,03'nün gebeliğinin planlı olduğu, adölesanların %53,78'inin, genç erişkinlerin %56,2'sinin doğum öncesi bakım almadığı görüldü. Doğum öncesi bakım alan adölesan gebelerin %23,64, genç erişkin gebelerin %16,98'inin (Anne, kaynana, görümce, yenge vb.) diğer kaynaklardan bilgi aldığı belirlendi.

Adölesanların %86,55'inin, genç erişkinlerin %88,43'ünün mevcut gebeliğinde vajinal doğumu tercih ettikleri bildirildi. Adölesanların %68,91'i, genç erişkinlerin %72,73'ü doğum eyleminin üstesinden gelinmesinin zor bir durum olduğunu ve adölesanların %84,87'sinin, genç erişkinlerin %85,95'inin gebelik süresince uyku kalitesinin bozulduğunu ifade etti. Gebelikte sigara kullanımı düzeylerine ilişkin olarak adölesanların %18,49 ve genç erişkinlerin %10,74 mevcut gebeliğinde sigara kullanmaya devam ettiğinin belirtmiştir.

Adölesan gebelerin ilk gebelik yaşı $17,81 \pm 1,08$, genç erişkin gebelerin $20,26 \pm 2,31$ olarak tespit edildi. Adölesanların gebelik sayısı $1,5 \pm 0,66$, genç erişkinlerin gebelik sayısı $2,11 \pm 1,07$, Adölesan gebelerin ortalama gebelik haftası $34,5 \pm 53,41$, genç erişkin gebelerin ortalama gebelik haftası $33,96 \pm 3,69$ olarak belirlendi.

4.2. GEBELERİN ANTENATAL DÖNEMDE WİJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ A VERSİYONU VE ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4- 3: Gebelerin Antenatal Dönemde Wijma-A Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçek Puanlarının Dağılımı

		Adölesan (n=119)	Genç Erişkin (n=121)	Z	P
WİJMA-A	Ortalama±SS	71,21± 23,36	67,36±23,46	-1.408	*,159
Toplam Puan	Min-Mak (Medyan)	9-125(73)	11-125 (67)		
		Adölesan n	Genç Erişkin n	%	%
Düşük derecede doğum korkusu yaşayanlar (puan ≤ 37)		(13)	(13)	10,7	10,7
Orta derecede doğum korkusu yaşayanlar (puan 38-65)		(26)	(36)	21,8	29,8
Ağır derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar (puan 66-84)		(39)	(44)	32,8	36,4
Klinik derecede doğum korkusu (puan ≥ 85)		(41)	(28)	34,5	23,1
Toplam		(119)	(121)	100	100

Z= Mann Whitney U Test *p<0.01

Tablo 4-3'te gebelere uygulanan Wijma-A ölçek puanlarının gruplar arası karşılaştırılması verilmiştir. Wijma-A toplam puan ortalaması adölesan gebelerde 71,21±23,36 ve genç erişkinlerde 67,36±23,46 olup, gebelerin ağır düzeyde doğum korkusu yaşadıkları ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görüldü.

Adölesan ve genç erişkin gebelerin %10,7'nin düşük derecede doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Adölesan gebelerin %21,8'nin, genç erişkin gebelerin %29,8'nin orta derecede doğum korkusu yaşadığı, adölesan gebelerin %32,8'nin, genç erişkin gebelerin %36,4'nün ağır derecede doğum korkusu yaşadıkları tespit edilmiştir. Adölesan gebelerin %34,5'nin, genç erişkin gebelerin %23,1'nin klinik derecede doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir. Adölesan gebelerin, genç erişkin gebeler ile benzer düzeyde düşük, orta ve ağır derecede doğum korkusu yaşamalarına rağmen klinik düzeyde yaşanan doğum korkusu açısından daha yüksek oranda korku yaşadıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4- 4: Gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Dağılımı

ÇBASDÖ Ortalama±SS		63,26±15,65	65,65±14,57	-1.329	*,184				
Toplam Puanı Min-Mak (Medyan)		14-84 (63)	19-84 (65)						
Antenatal Dönem									
ÇBASDÖ Ortalama±SS		57,5±18,74	60,82±16,06	-0.849	*,396				
Toplam Puanı Min-Mak (Medyan)		17-84 (57)	17-84 (60)						
Postpartum Erken Dönem									
ÇBASDÖ Ortalama±SS		56,69±18,78	59,34±15,11	-0.57	*,569				
Toplam Puanı Min-Mak (Medyan)		17- 84 (56)	17-84 (59)						
Postpartum Geç Dönem									
				Friedman's Two Way ANOVA Testi	Çoklu Karşılaştırma				
		Median	Min	Max	ss	Mean Rank	Ki Kare	p	
Adölesan (n=119)	ÇBASDÖ antenatal dönem Toplam Puan	67 ^a	14	84	15,66	2,21	10,767	0,005*	3-1**
	ÇBASDÖ postpartum erken dönem	61 ^b	17	84	18,75	1,97			
	ÇBASDÖ postpartum geç dönem	61 ^b	17	84	18,79	1,81			
Genç Erişkin Kadın (n=121)	ÇBASDÖ antenatal dönem	69 ^a	19	84	14,57	2,2	8,572	0,014*	3-1**
	ÇBASDÖ postpartum erken dönem	60 ^b	17	84	16,06	1,95			
	ÇBASDÖ postpartum geç dönem	61 ^b	17	84	15,11	1,85			

*Friedman's Two Way ANOVA Testi,

** a>b, a,b: Aynı sütunda farklı harfleri içeren grup ortalamaları arası farklar önemlidir (p<0,05)*

Z= Mann Whitney U Test *p<0.01

Tablo 4-4'te Gruplarda doğum öncesi ÇBASDÖ düzeyleri ve zamanlar arasındaki farklılığa ilişkin bulgular verilmiştir. Adölesan gebelerin antenatal dönemde aldıkları ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 63,26±15,66, genç erişkin gebelerin antenatal dönemde aldıkları ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 65,65±14,57 olup gruplar arasında ölçek puan ortalamaları arasında fark olmadığı ve kadınların gebelik döneminde aldıkları sosyal desteğin genel olarak iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Adölesan ve genç erişkinler ile postpartum erken dönem ile postpartum geç dönemde aldıkları ÇBASDÖ toplam puan ortalaması genel olarak iyi olmasına rağmen gebelik döneminde yapılan ilk görüşmeye göre düştüğü tespit edilmiştir.

Adölesanlarda ÇBASDÖ ölçeği toplam puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Adölesanlarda postpartum geç dönem toplam puanı, antenatal dönemde alınan ÇBASDÖ toplam puanına göre anlamlı derecede düşüktür.

Genç erişkin kadınlarda ÇBASDÖ Ölçeği toplam puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Genç erişkin kadınlarda ÇBASDÖ postpartum geç dönem toplam puanı, ÇBASDÖ Ölçeği antenatal görüşme toplam puanına göre anlamlı derecede düşüktür.

4.3 ANNELERİN POSTPARTUM ERKEN VE GEÇ DÖNEMDE EŞ DESTEĞİ DEĞERLENDİRME FORMU, EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR MERKEZİ DEPRESYON SKALASI, ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ DÜZEYLERİNE VE ÖLÇEK KORELASYONLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4- 5: Eş Desteği Değerlendirme Formu Puanlarının Dağılımı

		Adölesan (n=119)	Genç Erişkin (n=121)	Z	P
Eş Desteği	<i>Ortalama±SS</i>	33,35±14,57	36,4±10,96	-0.988	*,323
Postpartum Erken dönem	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-50 (33)	3-50 (36)		
Eş Desteği	<i>Ortalama±SS</i>	32,82±14,9	35,34±11,51	-0.776	*,438
Postpartum Geç Dönem	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	0-50 (32)	2-50 (35)		

							Wilcoxon Testi				
		Mean	Median	Min	Max	ss	Mean Rank	N	z	p	
Adölesan (n=119)	<i>Eş Desteği postpartum erken dönem</i>	33,35	39	0	50	14,57	53,41	43 ^a	-1,671	0,095	
	<i>Eş Desteği ipostpartum geç dönem</i>	32,82	35	0	50	14,9	53,63				
	<i>Azalan</i>										63 ^b
	<i>Artan</i>										13 ^c
	<i>Eşitlik</i>										
Genç Erişkin Kadın (n=121)	<i>Eş Desteği postpartum erken dönem</i>	36,4	40	3	50	10,96	58,77	51 ^a	-1,205	0,228	
	<i>Eş Desteği postpartum geç dönem</i>	35,34	36	2	50	11,51	55,93				
	<i>Azalan</i>										63 ^b
	<i>Artan</i>										7 ^c
	<i>Eşitlik</i>										

*Wilcoxon Signed Ranks Test ($p < 0,05$) Z= Mann Whitney U Test * $p < 0,01$

a Postpartum Erken Dönem Eş Desteği Toplam Puan > Postpartum Geç Dönem Eş Desteği Toplam Puanı

b Postpartum Erken Dönem Eş Desteği Toplam Puan < Postpartum Geç Dönem Eş Desteği Toplam Puanı

c Postpartum Erken Dönem Eş Desteği Toplam Puan = Postpartum Geç Dönem Eş Desteği Toplam Puanı

Tablo 4-5'te Eş Desteği Değerlendirme Formu toplam puan düzeylerine ilişkin bulgular verilmiştir. Adölesan ve genç erişkinler ile postpartum erken dönem ve postpartum geç dönemde aldıkları Eş Desteği toplam puanlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Postpartum erken dönemde kadınlar ile yapılan görüşmede adölesan annelerin Eş Destek toplam puan ortalaması 33,35±14,57, genç erişkin annelerin Eş Destek toplam puan ortalaması 36,4±10,96 olup doğum sonrası eşlerden alınan destek düzeyinin iyi

olduğu tespit edilmiştir. Postpartum erken dönemde kadınlar ile yapılan postpartum geç dönemde adölesan anneler ile genç erişkin annelerin Eş Destek toplam puan ortalamaları iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4- 6: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Toplam Puanlarının Dağılımı

		Adölesan (n=119)	Genç Erişkin (n=121)	Z	P
EAMDS	<i>Ortalama±SS</i>	27,35±13,9	24,03±11,94	-1.856	*,063
	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	3-59 (27)	3-50 (23)		
Erken Dönem					
EAMDS	<i>Ortalama±SS</i>	22,39±14,29	17,78±11,02	-2.502	*,012
	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	2-57 (18)	2-48 (15)		
Geç Dönem					

							Wilcoxon Testi			
		Mea n	Median	Min	Max	ss	Mea n Rank	N	z	p
Adölesan (n=119)	<i>EAMDS postpartum erken dönem</i>	27,35	27	3	64	14,4	57,23	-5,274	0,001*	
	<i>EAMDS geç dönem</i>	22,39	18	2	57	14,29	53,96			
	<i>Azalan</i>									^a 85
	<i>Artan</i>									^b 26
	<i>Eşitlik</i>									^c 8
Genç Erişkin Kadın (n=121)	<i>EAMDS postpartum erken dönem</i>	24,03	23	3	50	11,94	60,99	-7,728	0,001*	
	<i>EAMDS geç dönem</i>	17,78	15	2	48	11,02	32,81			
	<i>Azalan</i>									^a 97
	<i>Artan</i>									^b 16
	<i>Eşitlik</i>									^c 8

*Wilcoxon Signed Ranks Test ($p < 0,05$) Z= Mann Whitney U Test * $p < 0,01$

^a EAMDS postpartum geç dönem Toplam Puanı < EAMDS postpartum erken dönem Toplam Puanı

^b EAMDS postpartum geç dönem Toplam Puanı > EAMDS postpartum erken dönem Toplam Puanı

^c EAMDS postpartum geç dönem Toplam Puanı = EAMDS postpartum erken dönem Toplam Puanı

Tablo 4-6'da Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) toplam puan ve Postpartum Dönemdeki Görüşmelere ilişkin veriler yer almıştır. Anneler ile postpartum erken dönemde gerçekleştirilen görüşmede EAMDS aldıkları toplam puan ortalaması incelendiğinde, adölesan annelerin 27,35±14,4, genç erişkin annelerin 24,03±11,94 puan aldıkları tespit edilmiştir. Postpartum erken dönem ile postpartum geç dönemde EAMDS'dan adölesan annelerin 22,39±14,29, genç erişkin annelerin 17,78±11,02 puan aldıkları belirlenmiştir.

Adölesan ve genç erişkin annelerin postpartum erken dönemde EAMDS aldıkları toplam puan ortalamalarına göre postpartum erken dönem depresyon riskinin yüksek olduğunu göstermektedir. Anneler ile postpartum erken dönem ile postpartum geç dönemde yapılan görüşmelerde EAMDS toplam puanları postpartum erken döneme göre düşüş göstermiştir. Ancak adölesan annelerin postpartum erken ve geç dönemde depresyon yaşama olasılığının devam ettiği tespit edilmiştir.

Adölesanlarda Postpartum Dönemdeki Görüşmelerde EAMDS puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Adölesanlarda EAMDS postpartum erken dönem geç dönem toplam puanı, EAMDS postpartum erken dönem toplam puanına göre anlamlı derecede düşüktür.

Genç erişkin kadınlarda EAMDS puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Genç erişkin kadınlarda EAMDS postpartum geç dönem toplam puanı, EAMDS postpartum erken dönem toplam puanına göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4- 7: Adölesan Gebelerde Ölçek Puanlarının Korelasyonu***

Adölesan		Wijma-A Toplam Puan	Postpartum erken dönem Eş Desteği Toplam Puan	Postpartum erken dönem EAMDS Toplam Puan	Postpartum erken dönem ÇBASDÖ “Aile” Toplam Puan	Postpartum erken dönem ÇBASDÖ “Arkadaş” Toplam Puan	Postpartum erken dönem ÇBASDÖ “Eş” Toplam Puan
Postpartum erken dönem Eş Desteği Toplam Puan	r	-,378**					
	p	0,001					
	n	119					
Postpartum erken dönem EAMDS Toplam Puan	r	,411**	-,655**				
	p	0,001	0,001				
	n	119	119				
	p	0,627	0,001	0,001			
	n	119	119	119			
Antenatal Dönem ÇBASDÖ “Aile” Toplam Puan	r	-,319**	,571**	-,468**			
	p	0,001	0,001	0,001			
	n	119	119	119			
Antenatal Dönem ÇBASDÖ “Arkadaş” Toplam Puan	r	-,346**	,510**	-,460**	,446**		
	p	0,001	0,001	0,001	0,001		
	n	119	119	119	119		
Antenatal Dönem ÇBASDÖ “Eş” Toplam Puan	r	-,507**	,567**	-,499**	,543**	,435**	
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	
	n	119	119	119	119	119	
Antenatal Dönem ÇBASDÖ Toplam Puan	r	-,458**	,642**	-,546**	,680**	,918**	,671**
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
	n	119	119	119	119	119	119

*** $p<0.01$ * $p<0.05$ r= Spearman korelasyon analizi *** p anlamlı çıkan veriler tabloda gösterilmiştir

Tablo 4-7’de Adölesan gebelerde ölçek puanlarının korelasyonuna ilişkin veriler verilmiştir. Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları ile postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,378$). Adölesanlarda Wijma toplam puanları arttıkça postpartum erken dönemde Eş Desteği toplam puanları azalmaktadır.

Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları ile postpartum erken dönemde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,411$). Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları arttıkça postpartum erken dönemde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları da artmaktadır.

Adölesanlarda postpartum erken dönemde Eş Desteği toplam puanları ile postpartum erken dönemde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve ters yönlüdür ($r=-0,655$). Adölesanlarda postpartum erken dönemde Eş Desteği toplam puanları arttıkça postpartum erken dönemde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları azalmaktadır.

Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,319$). Adölesanlarda Wijma toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları azalmaktadır.

Adölesanlarda postpartum erken dönemde Eş Desteği toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve aynı yönlüdür ($r=0,571$). Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arttıkça postpartum erken dönemde Eş Desteği toplam puanları artmaktadır.

Adölesanlarda postpartum erken dönemde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,468$). Adölesanlarda postpartum erken dönemde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları azalmaktadır.

Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf

ve ters yönlüdür ($r=-0,346$). Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları azalmaktadır.

Adölesanlarda postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve aynı yönlüdür ($r=0,510$). Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları arttıkça da postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları artmaktadır.

Adölesanlarda postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,460$). Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları azaldıkça postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları artmaktadır.

Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları ile ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,446$). Adölesanlarda antenatal dönem de ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arttıkça ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları da artmaktadır.

Adölesan gebelerde Wijma-A toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve ters yönlüdür ($r=-0,507$). Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları azalmaktadır.

Adölesanlarda postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve aynı yönlüdür ($r=0,567$). Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” arttıkça postpartum erken dönemde Eş Desteği toplam puanları da artmaktadır.

Adölesanlarda postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,499$). Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları azaldıkça postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları artmaktadır.

Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve aynı yönlüdür ($r=0,543$). Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları da artmaktadır.

Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,435$). Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları arttıkça antenatal dönem alt grubu “Eş” puanları da artmaktadır.

Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve ters yönlüdür ($r=-0,458$). Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları arttıkça antenatal dönem toplam puanları azalmaktadır.

Adölesanlarda postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve aynı yönlüdür ($r=0,642$). Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arttıkça postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları da artmaktadır.

Adölesanlarda postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,546$). Adölesanlarda postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları arttıkça antenatal dönem toplam puanları azalmaktadır.

Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve aynı yönlüdür ($r=0,680$). Adölesanlarda antenatal dönemde ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları da artmaktadır.

Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki güçlü ve aynı yönlüdür ($r=0,918$). Adölesanlarda antenatal

dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları da artmaktadır.

Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve aynı yönlüdür ($r=0,671$). Adölesanlarda antenatal dönem de ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları da artmaktadır.

Tablo 4- 8: Genç Erişkin Gebelerde Ölçek Puanlarının Korelasyonu***

Genç Erişkin Kadınlar	Wijma-A Toplam Puan	Postpartum Erken Dönem Eş Desteği	Postpartum Erken EAMDS	Antenatal dönem ÇBASDÖ “Aile” Toplam Puan	Antenatal dönem ÇBASDÖ “Arkadaş” Toplam Puan	Antenatal dönem ÇBASDÖ “Eş” Toplam Puan	
Postpartum Erken Dönem Eş Desteği	r	-,186*					
	p	0,041					
	n	121					
Postpartum Erken EAMDS	r	0,03	-0,077				
	p	0,743	0,402				
	n	121	121				
	p	0,018	0,33	0,001			
	n	121	121	121			
Antenatal dönem ÇBASDÖ “Aile” Toplam Puan	r	-,258**	,385**	-,255**			
	p	0,004	0,001	0,005			
	n	121	121	121			
Antenatal dönem ÇBASDÖ “Arkadaş” Toplam Puan	r	-,366**	,344**	-0,11	,396**		
	p	0,001	0,001	0,23	0,001		
	n	121	121	121	121		
Antenatal dönem ÇBASDÖ “Eş” Toplam Puan	r	-,285**	,485**	-,179*	,542**	,549**	
	p	0,002	0,001	0,05	0,001	0,001	
	n	121	121	121	121	121	
Antenatal dönem ÇBASDÖ Toplam Puan	r	-,423**	,467**	-,195*	,685**	,911**	,743**
	p	0,001	0,001	0,032	0,001	0,001	0,001
	n	121	121	121	121	121	121

*** $p<0.01$ * $p<0.05$ $r=$ Spearman korelasyon analizi *** p anlamlı çıkan veriler tabloda gösterilmiştir

Tablo 4-8’de Genç erişkin gebelerde ölçek puanlarının korelasyonuna ilişkin veriler yer almaktadır. Çalışmaya katılan genç erişkin kadınların Wijma-A toplam puanları ile Postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,186$). Genç

erişkin kadınların Wijma toplam puanları arttıkça Postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları azalmaktadır.

Genç erişkin kadınların Wijma-A toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,258$). Genç erişkin kadınların Wijma toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları azalmaktadır.

Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,385$). Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları arttıkça Postpartum erken dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları da artmaktadır.

Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,255$). Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” görüşme puanları azalmaktadır.

Genç erişkin kadınların Wijma-A toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,366$). Genç erişkin kadınların Wijma-A toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları azalmaktadır.

Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,344$). Genç erişkin kadınların postpartum erken antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları arttıkça Eş Desteği toplam puanları da artmaktadır.

Genç erişkin kadınların antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları ile ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,396$). Genç erişkin grubunda antenatal dönem de ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arttıkça ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları da artmaktadır.

Genç erişkin kadınların antenatal dönem Wijma-A toplam puanları ile ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu

ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,285$). Genç erişkin kadınların Wijma-A toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları azalmaktadır.

Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve aynı yönlüdür ($r=0,485$). Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları da artmaktadır.

Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,179$). Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları arttıkça ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları azalmaktadır.

Genç erişkin kadınların antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları ile ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve aynı yönlüdür ($r=0,542$). Genç erişkin kadınların antenatal dönemde ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arttıkça ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları da artmaktadır.

Genç erişkin kadınların postpartum erken dönemde ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları ile ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,549$). Genç erişkin kadınların antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları da artmaktadır.

Genç erişkin kadınların antenatal dönem Wijma-A toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,423$). Genç erişkin kadınların Wijma-A toplam puanları arttıkça ÇBASDÖ Ölçeği toplam puanları azalmaktadır.

Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,467$). Genç erişkin kadınların antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arttıkça postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları da artmaktadır.

Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,195$). Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları azalmaktadır.

Genç erişkin kadınların antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve aynı yönlüdür ($r=0,685$). Genç erişkin kadınların antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arttıkça ÇBASDÖ toplam puanları da artmaktadır.

Genç erişkin kadınların antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki güçlü ve aynı yönlüdür ($r=0,911$). Genç erişkin kadınların antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları da artmaktadır.

Genç erişkin kadınların antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları ile ÇBASDÖ postpartum erken dönem toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve aynı yönlüdür ($r=0,743$). Genç erişkin kadınların antenatal dönemde ÇBASDÖ toplam puanları da arttıkça ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları artmaktadır.

4.4. GRUPLARA GÖRE SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4-9: Gruplarda Aile Gelir Durumunun Ölçek Puanları İle Karşılaştırılması

		Adölesan				Genç Erişkin			
		n	Mean	Median	SS	n	Mean	Median	SS
Wijma-A Toplam Puan Antenatal Dönem	Gelir Giderden Az	69	71,74	75	21,52	69	64,96	69	23,67
	Gelir Gidere Eşit	45	69,47	68	26,69	45	68,64	68	23,55
	Gelir Giderden Fazla	5	79,6	73	16,49	7	82,86	91	15,35
İstatistik	χ^2	0,825				3,948			
	p	0,662				0,139			
Eş Desteği Toplam Puan Postpartum Erken Dönem	Gelir Giderden Az	69	31,03	35	15,7	69	35,9	37	10,4
	Gelir Gidere Eşit	45	36,22	40	12,5	45	37,27	40	11,83
	Gelir Giderden Fazla	5	39,6	47	11,13	7	35,86	42	11,99
İstatistik	χ^2	2,396				1,366			
	p	0,302				0,505			
EAMDS Toplam Puan Postpartum Erken Dönem	Gelir Giderden Az	69	28,19	28	14,45	69	24,62	24	13,53
	Gelir Gidere Eşit	45	25,98	26	15,09	45	23,24	20	9,69
	Gelir Giderden Fazla	5	28,2	32	5,76	7	23,29	24	8,83
İstatistik	χ^2	0,468				0,231			
	p	0,791				0,891			
ÇBASDÖ Aile Toplam Puan Antenatal Dönem	Gelir Giderden Az	69	23,35	25	5,93	69	23,72	25	4,37
	Gelir Gidere Eşit	45	23,07	24	5	45	23,87	25	4,74
	Gelir Giderden Fazla	5	26	27	2,24	7	22,57	23	3,64
İstatistik	χ^2	1,830				1,486			
	p	0,400				0,476			
Sosyal Destek Arkadaş Toplam Puan Antenatal Dönem	Gelir Giderden Az	69	16,77	19	7,39	69	17,51	19	7,73
	Gelir Gidere Eşit	45	13,33	12	7,16	45	16,89	19	7,87
	Gelir Giderden Fazla	5	21	25	5,66	7	22	26	7,09
İstatistik	χ^2	8,402				3,327			
	p	0,015*				0,189			
ÇBASDÖ Eş Toplam Puan Antenatal Dönem	Gelir Giderden Az	69	23,35	25	5,93	69	24,09	27	5,88
	Gelir Gidere Eşit	45	23,07	24	5	45	24,58	27	4,32
	Gelir Giderden Fazla	5	26	27	2,24	7	26,43	28	2,07
İstatistik	χ^2	2,575				1,039			
	p	0,276				0,595			
ÇBASDÖ Toplam Puan Antenatal Dönem	Gelir Giderden Az	69	64	68	17	69	65,32	67	15,14
	Gelir Gidere Eşit	45	61	63	13,6	45	65,33	70	14,5
	Gelir Giderden Fazla	5	73,4	80	9,58	7	71	73	7,12
İstatistik	χ^2	6,176				0,52			
	p	0,046*				0,771			

χ^2 = Kruskal Wallis H Testi $p < 0,05$ *

a,b,c: Aynı sütunda farklı harfleri içeren grup ortalamaları arası farklar önemlidir ($p < 0,05$)*

Tablo 4-9’da Gruplarda ölçek puanları ile aile gelir durumunun karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Adölesan ve genç erişkin gebelerin Wijma-A toplam puanları, EAMDS toplam puanları, Eş Desteği toplam puanları ile aile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Genç erişkin gebelerde ÇBASDÖ toplam puanları ile aile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Adölesanlarda ÇBASDÖ antenatal dönem toplam puanları bakımından aile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Adölesanlarda geliri giderine eşit olanların ÇBASDÖ antenatal dönem toplam puanları, geliri giderinden fazla olanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

Adölesanlarda ÇBASDÖ antenatal dönem toplam puanları bakımından aile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır. Adölesanlarda geliri giderine eşit olanların ÇBASDÖ antenatal dönem toplam puanları geliri giderinden az ve fazla olanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4- 10: Gruplarda Planlı Gebelik Durumunun Ölçek Puanları İle Karşılaştırılması

		Adölesan				Genç Erişkin			
		n	Mean	Median	SS	n	Mean	Median	SS
Wijma-A Toplam Puan Antenatal Dönem	<i>Evet</i>	83	66,83	70	24	92	67,36	68,5	24,5
	<i>Hayır</i>	36	81,31	87	18,48	29	67,38	74	20,21
İstatistik	<i>z</i>	-3,708				-0,237			
	<i>p</i>	0,001*				0,813			
Eş Desteği Toplam Puan Postpartum Erken Dönem	<i>Evet</i>	83	34,88	41	15,01	92	37,03	40	10,79
	<i>Hayır</i>	36	29,83	27,5	13,03	29	34,41	39	11,48
İstatistik	<i>z</i>	-2,155				-1,372			
	<i>p</i>	0,031*				0,17			
EAMDS Toplam Puan Postpartum Erken Dönem	<i>Evet</i>	83	26,06	26	14,21	92	23,16	20	11,47
	<i>Hayır</i>	36	30,33	31,5	14,61	29	26,79	24	13,14
İstatistik	<i>z</i>	-1,645				-1,164			
	<i>p</i>	0,1				0,244			
ÇBASDÖ Aile Toplam Puan Antenatal Dönem	<i>Evet</i>	83	23,54	26	5,84	92	24,2	25	4,06
	<i>Hayır</i>	36	22,92	25	4,6	29	22,17	22	5,31
İstatistik	<i>z</i>	-1,686				-1,978			
	<i>p</i>	0,092				0,048*			
ÇBASDÖ Arkadaş Toplam Puan Antenatal Dönem	<i>Evet</i>	83	16,52	18	7,57	92	18,66	20	7,52
	<i>Hayır</i>	36	13,64	14	6,9	29	13,97	15	7,6
İstatistik	<i>z</i>	-2,025				-2,877			
	<i>p</i>	0,043*				0,004*			
ÇBASDÖ Eş Toplam Puan Antenatal Dönem	<i>Evet</i>	83	24,25	26	5,81	92	25,14	27	4,23
	<i>Hayır</i>	36	24,28	27	5,06	29	22,07	24	7,07
İstatistik	<i>z</i>	-0,663				-2,472			
	<i>p</i>	0,507				0,013*			
ÇBASDÖ Toplam Puan Antenatal Dönem	<i>Evet</i>	83	64,31	68	16,5	92	68	73	12,93
	<i>Hayır</i>	36	60,83	64	13,41	29	58,21	57	17,05
İstatistik	<i>z</i>	-1,848				-2,78			
	<i>p</i>	0,065				0,005*			

Z= Mann Whitney U Test *p<0.05

Tablo 4-10'da Gruplarda planlı gebelik durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir. Adölesanlarda Wijma-A Toplam puanları bakımından Planlı Gebelik Durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Planlı gebeliği olanların Wijma-A toplam puanı, planlı gebeliği olmayanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

Adölesanlarda Eş Desteği antenatal dönem toplam puanları bakımından Planlı Gebelik Durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Planlı gebeliği olmayanların Eş Desteği antenatal dönem toplam puanı, planlı gebeliği olanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

Adölesanlarda ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” antenatal dönem puanları bakımından Planlı Gebelik Durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Adölesanlarda Planlı gebeliği olmayanların ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” antenatal dönem puanı, planlı gebeliği olanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

Genç erişkin kadınların ÇBASDÖ alt grubu “Aile” antenatal dönem puanları bakımından Planlı Gebelik Durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Planlı gebeliği olmayanların ÇBASDÖ alt grubu “Aile” antenatal dönem puanı, planlı gebeliği olanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

Genç erişkin kadınların ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” antenatal dönem puanları bakımından planlı gebelik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Genç erişkin kadınların planlı gebeliği olmayanların ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” antenatal dönem puanı, planlı gebeliği olanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

Genç erişkin kadınların ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” antenatal dönem puanları bakımından Planlı Gebelik Durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Planlı gebeliği olmayanların ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” antenatal dönem puanı, planlı gebeliği olanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

Genç erişkin kadınların ÇBASDÖ antenatal dönem toplam puanı bakımından Planlı Gebelik Durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Planlı gebeliği olmayanların ÇBASDÖ antenatal dönem toplam puanı, planlı gebeliği olanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

Tablo 4- 11: Gruplarda Doğum Öncesi Bakım Eğitimi Alma Durumunun Ölçek Puanları İle Karşılaştırılması

		Adölesan				Genç Erişkin			
		n	Mean	Median	SS	n	Mean	Median	SS
Wijma-A Toplam Puan Antenatal Dönem	<i>Evet</i>	55	65,29	70	24,86	53	65,58	67	23,39
	<i>Hayır</i>	64	76,3	79	20,88	68	68,75	73	23,59
İstatistik	<i>z</i>	-2,595				-0,831			
	<i>p</i>	0,009				0,406			
Eş Desteği Toplam Puan Postpartum Erken Dönem	<i>Evet</i>	55	35,78	40	13,89	53	38,58	42	11,12
	<i>Hayır</i>	64	31,27	35,5	14,93	68	34,71	37	10,61
İstatistik	<i>z</i>	-1,66				-2,418			
	<i>p</i>	0,097				0,016*			
EAMDS Toplam Puan Postpartum Erken Dönem	<i>Evet</i>	55	27,31	26	14,01	53	24,58	24	12,26
	<i>Hayır</i>	64	27,39	28	14,85	68	23,6	20	11,76
İstatistik	<i>z</i>	-0,003				-0,769			
	<i>p</i>	0,998				0,442			
ÇBASDÖ Aile Toplam Puan Antenatal Dönem	<i>Evet</i>	55	23,8	26	5,45	53	24,51	26	4,49
	<i>Hayır</i>	64	22,97	25	5,53	68	23,09	25	4,36
İstatistik	<i>z</i>	-0,806				-2,41			
	<i>p</i>	0,42				0,016*			
ÇBASDÖ Arkadaş Toplam Puan Antenatal Dönem	<i>Evet</i>	55	17,07	19	6,52	53	19,79	23	7,19
	<i>Hayır</i>	64	14,42	14	8,04	68	15,78	17	7,81
İstatistik	<i>z</i>	-1,893				-2,936			
	<i>p</i>	0,058*				0,003*			
ÇBASDÖ Eş Toplam Puan Antenatal Dönem	<i>Evet</i>	55	23,82	26	6,19	53	25,19	28	5,33
	<i>Hayır</i>	64	24,64	27	5,01	68	23,79	25	5,04
İstatistik	<i>z</i>	-0,919				-2,377			
	<i>p</i>	0,358				0,017*			
ÇBASDÖ Toplam Puan Antenatal Dönem	<i>Evet</i>	55	64,69	71	15,98	53	69,49	75	14,48
	<i>Hayır</i>	64	62,03	63	15,4	68	62,66	64	14,02
İstatistik	<i>z</i>	-1,513,				-3,173			
	<i>p</i>	0,13				0,002*			

Z= Mann Whitney U Test *p<0.05

Tablo 4-11’de Gruplarda doğum öncesi bakım eğitimi alma durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları bakımından gebelikte doğum öncesi bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Gebelikte doğum öncesi bakım alan adölesanların doğum korkusu düzeyi gebelikte doğum öncesi bakım almayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Genç erişkin kadınların Eş Desteği postpartum erken dönem toplam puanları bakımından gebelikte doğum öncesi bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Gebelikte doğum öncesi bakım almayanların postpartum erken dönemde Eş Destek düzeyi bakım alanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

Genç erişkin kadınların ÇBASDÖ “Aile” antenatal dönem puanları bakımından gebelik doğum öncesi bakım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Gebelikte “Aile” destek düzeyi düşük olan gebelerin, doğum öncesi bakım alma düzeylerinin de düşük olduğu tespit edilmiştir.

Genç erişkin kadınların ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” antenatal dönem puanları bakımından gebelik doğum öncesi bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Gebelikte “Arkadaş” desteği alan kadınların, doğum öncesi bakım alma düzeylerinin almayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.

Genç erişkin kadınların ÇBASDÖ alt grubu “Eş” antenatal dönem puanları bakımından gebelik doğum öncesi bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Gebelik doğum öncesi bakım alan kadınların postpartum dönemde aldıkları ÇBASDÖ alt grubu “Eş” destek düzeyi bakım almayanlara göre anlamlı derecede düşüktür bulunmuştur.

Genç erişkin kadınların ÇBASDÖ antenatal dönem toplam puanları bakımından gebelik doğum öncesi bakım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Gebelikte doğum öncesi bakım alan kadınların ÇBASDÖ antenatal dönem toplam puanı bakım almayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo 4- 12: Gruplarda Planlanan Doğum Şekli ile Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		Adölesan				Genç Erişkin			
		n	Mean	Median	SS	n	Mean	Median	SS
Wijma-A Toplam Puan Antenatal Dönem	<i>Normal Doğum</i>	103	70,38	74	23,36	107	66,99	69	23,34
	<i>Sezeryan Doğum</i>	16	76,56	73	23,45	14	70,21	77	25,08
İstatistik	<i>z</i>	-0,799				-0,6			
	<i>p</i>	0,424				0,549			
Eş Desteği Değerlendirme Formu Toplam Puan Postpartum Erken Dönem	<i>Normal Doğum</i>	103	33,75	39	13,97	107	36,5	40	11,14
	<i>Sezeryan Doğum</i>	16	30,81	44	18,32	14	35,64	37	9,88
İstatistik	<i>z</i>	-0,269				-0,528			
	<i>p</i>	0,788				0,598			
EAMDS Toplam Puan Postpartum Erken Dönem	<i>Normal Doğum</i>	103	26,86	26	14,84	107	23,51	20	11,75
	<i>Sezeryan Doğum</i>	16	30,5	32	11,09	14	28	28	13,09
İstatistik	<i>z</i>	-0,99				-1,432			
	<i>p</i>	0,322				0,152			
ÇBASDÖ Aile Toplam Puan Antenatal Dönem	<i>Normal Doğum</i>	103	23,42	25	5,51	107	23,56	25	4,56
	<i>Sezeryan Doğum</i>	16	22,94	26	5,46	14	24,86	26	3,48
İstatistik	<i>z</i>	-0,027				-1,086			
	<i>p</i>	0,978				0,277			
ÇBASDÖ Arkadaş Toplam Puan Antenatal Dönem	<i>Normal Doğum</i>	103	16,19	17	7,18	107	17,61	19	7,66
	<i>Sezeryan Doğum</i>	16	12,13	11,5	8,53	14	17	18,5	8,92
İstatistik	<i>z</i>	-2,017				-0,187			
	<i>p</i>	0,044*				0,852			
ÇBASDÖ Eş Toplam Puan Antenatal Dönem	<i>Normal Doğum</i>	103	24,29	26	5,66	107	24,43	27	5,32
	<i>Sezeryan Doğum</i>	16	24,06	28	5,14	14	24,21	26,5	4,21
İstatistik	<i>z</i>	-0,535				-0,867			
	<i>p</i>	0,593				0,386			
ÇBASDÖ Toplam Puan Antenatal Dönem	<i>Normal Doğum</i>	103	63,9	67	15,34	107	65,6	69	14,61
	<i>Sezeryan Doğum</i>	16	59,13	65	17,53	14	66,07	71	14,79
İstatistik	<i>z</i>	-0,889				-0,081			
	<i>p</i>	0,374				0,935			

Z= Mann Whitney U Test * $p < 0.05$

Tablo 4-12'de Gruplarda planlanan doğum şeklinin ölçek puanları ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir.

Adölesan ve genç erişkin kadınların istedikleri doğum şekli ile Wijma-A, Eş Desteği, EAMDS toplam puan ile ÇBASDÖ antenatal dönem toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanılmamıştır.

Adölesanlarda ÇBASDÖ alt grubu "Arkadaş" antenatal dönem puanı bakımından doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Adölesanlarda Sezeryan doğum yapanların ÇBASDÖ alt grubu "Arkadaş" antenatal dönem puanı normal doğum yapanlara göre anlamlı derecede düşüktür.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, adölesan ve genç gebelerin, gebelikte yaşadıkları doğum korkusu ve sosyal destek düzeylerinin doğum sonrası görülen postpartum depresyona etkisi ve doğum sonrası hem adölesan hem de genç erişkin annelerin sosyal destek düzeyleri, eş desteği ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmadan elde edilen bulguların tartışılmasına gruplar halinde yer verilmiştir.

5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması,

5.2. Gebelerin Antenatal Dönemde Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması,

5.3. Annelerin Postpartum Erken ve Geç Dönemde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası, Eş Desteği Değerlendirme Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Düzeylerine ve Ölçek Korelasyonlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. Gruplara Göre Sosyo-Demografik Özellikler İle Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışma; Dünya Sağlık Örgütü'nün her yıl yayınlamış olduğu 2016 yılı temaları kapsamında gerçekleştirilerek güncel bir konuyu ele almıştır. Türkiye'nin Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan Batman ilinde, geniş örneklem sayısı ile ve hassas gruplardan olan adölesan gebelerde yürütülmüştür. Metodolojik olarak birinci basamakta ve ev ziyareti temelli bu çalışma Türkiye genelinde ve Batman ilinde ilk defa gerçekleştirilmiştir. Çalışma verilerinin bölgenin coğrafi, sosyal, demografik yapısı ve güvenlik koşullarından kaynaklı güçlüklerin üstesinden gelinerek toplanması araştırmanın ayrıca öne çıkan tarafıdır.

Postpartum depresyon ile ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada puan ortalamaları açısından kadınların aylık gelir düzeyi, aile türü, doğum şekli, eğitim gören ve eşle birlikte yaşayanlar açısından da anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Gebelikte sigara içme öyküsü ile postpartum depresyon belirtilerinin görülme riskinin artması ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu belirtilmiştir (OR = 2.5,% 95 CI = 1.32–4.85) (Quelopana ve ark. 2011). Altı Avrupa ülkesinde yürütülen bir kohort çalışmasında toplam primiparların % 11,3'ü ve multipar kadınların %10,9'u şiddetli doğum korkusu (W-DEQ \geq 85).yaşadığı belirtilmiştir. Genç ve daha az eğitilmiş olan kadınlarda doğum korkusu düzeyinin daha yüksek, sigara içme düzeylerinin daha fazla ayrıca orta düzeyde depresif belirtiler gösterdikleri belirtilmiştir (Ryding ve ark. 2015).

Katarlı ve Arap kadınlar arasında yapılan bir çalışmada; eğitim düzeyi arttıkça (OR: 1.62; CI: 1.09–2.41) katarlı kadınlarda postpartum depresyon riski daha düşük bulunmuştur. Arap ev hanımı olan kadınlarda postpartum depresyon görülme riski çalışan kadınlara oranla iki kat daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (OR: 1.13; CI: 0.69–1.86) (Burgut ve ark. 2013). Gebelerin sosyodemografik özellikleri ile depresyon ortalamaları ile gebelerin eğitim durumu, istihdam durumu ve eş eğitim düzeyi değişkenleri arasında anlamlı fark olduğu belirtilmiştir (P <0.05) Ortalama depresyon puanları ile yaş değişkenleri, eşin çalışma durumu, gelir durumu, evlilik süresi, aile tipi ile gruplar arasında bir fark bulunamamıştır (P> 0.05) (Aktaş ve Calik 2015).

Gebelerde algılanan sosyal destek ile doğum deneyimi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada kadınların ev hanımı, orta gelirli ve düşük eğitim seviyesine sahip olma durumları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek alt grubu “Arkadaş” puan

ortalamasının daha düşük olduğu belirtilmiştir. Bu durum sosyal ilişkilerin düşük olması ile ilişkilendirilmiştir (Zamani ve ark. 2019).

Bu çalışmada da aylık gelir düzeyi, aile türü, planlanan doğum şekli gruplar arasında bir fark bulunamamış olup literatür ile benzer sonuçlar göstermektedir. Gruplar arasında gebelikte sigara içme durumu ile depresyon belirtilerinin görülme riski ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Adölesanda EAMDS postpartum erken dönem toplam puanı bakımından eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Adölesanda ilkököl ve altı mezunu olanların Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası antenatal dönem toplam puanı lise ve üzeri mezunu olanlara göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$). Adölesanlarda eşli lise mezunu olanların Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası antenatal dönem toplam puanı eşli üniversite ve üzeri mezunu olanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bu çalışmada da yaş değişkenleri, eşin çalışma durumu, gelir durumu, evlilik süresi, aile tipi ile gruplar arasında bir fark bulunamamıştır (Tablo 4-1).

Bu çalışmada elde edilen veriler literatür ile desteklenmektedir. Adölesan ve genç erişkin kadınlarda gebelik döneminde Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek alt grubu “Arkadaş” ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek toplam puanları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Gebelerde eğitim düzeyi arttıkça Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek alt grubu “Arkadaş” ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek toplam puanları artmaktadır ($p<0,05$). Ayrıca Adölesanlarda geliri giderine eşit olanların gebelik döneminde algıladıkları Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek alt grubu “Arkadaş” puanı geliri giderinden fazla olanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4-1).

Düşük sosyal desteğe sahip olan gebelerde işsizlik, düşük gelir, eğitim eksikliği, sınırlı sağlık hizmetlerine ulaşmalarına sebep olmaktadır (Graham ve ark. 2016). Düşük gelirli adölesan gebelerde yapılan bir çalışmada aile ve kardeşlerden yetersiz sosyal destek almalarının psikolojik iyi oluşları üzerine olumsuz etkileri olduğu tespit edilmiştir. Düşük gelirli Afrikalı adölesanlarda farklı zamanlarda görüşülerek yapılan başka bir çalışmada sosyal desteğin zaman içinde değişmediğini göstermiştir (Gee ve ark. 2003; Brown ve ark. 2018).

Brezilyalı adölesanlarda gebelik ve postpartum dönemde sosyal destek, anne depresyonunun pozitif anne davranışları ile arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada;

pozitif anne davranışlarının depresyon ve sosyal destek düzeyleri ile ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca düşük gelir düzeyine sahip aileleri ile yaşayan adölesanların bebek bakımı ve duygusal yönden desteklendikleri tespit edilmiştir (Diniz ve ark. 2015)

Bu çalışmada; gelir düzeyi yüksek olan Adölesanlarda sağlanan sosyal desteğin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4-1).

5.2. GEBELERİN ANTENATAL DÖNEM WİJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ A VERSİYONU VE ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Gebelik, doğum olayı için yoğun bir hazırlık zamanıdır. Bu süreçte, doğumla ilgili beklentiler ve endişeler gelişir ve bunlar, annenin kişisel deneyimlerinden, kültürüne ve dış toplumdaki etkilenerek şekillenir (Geissbuehler ve Eberhard, 2002).

Doğum korkusunun artması, olumsuz duygusal durum ve depresyon riski ile ilişkilidir (Toohill ve ark. 2014; Räisänen ve ark. 2013). Depresyon öyküsü olmayan kadınlarda doğum sonrası depresyonun ortaya çıkmasındaki en güçlü risk faktörünün doğum korkusu olduğu belirtilmiştir bu da 2.7 kat artmış oranlarla ilişkili bulunmuştur (OR 2.71,% 95 CI 1.98 ila 3.71) (Räisänen ve ark. 2013).

Doğum korkusu, doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası travma stres bozukluğuna ilişkin değişkenlerin incelendiği bir çalışmada; doğum korkusu olan gebelerde doğum sonrası depresyon ($p < 0.001$).ve post travmatik stres bozukluğuna ($p < 0.01$).ilişkin belirtiler arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Çapık ve Durmaz 2018). Doğum sonrası depresyon annede; anksiyete ve davranış bozukluğu belirtilerinin yanında anne-çocuk bağlanmasını ve çocukların bilişsel ve duygusal gelişimi, emzirme öz yetersizliği ve doğum korkusu gibi olumsuz sonuçlar doğurur (Edhborg ve ark. 2015). Doğum korkusu, anksiyete ve depresyonun parametrelerinin arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada doğum korkusuyla hem anksiyete hem de depresyon arasında pozitif bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (Elisabet ve ark. 2016).

Doğum korkusunun nedenleri ve sonuçlarının sistematik olarak gözden geçirildiği 21 çalışmada; gebelik sırasında yaşanan korku ile depresyon ve sosyal destek eksikliğinin birbiriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Dencker ve ark. 2019).

Gebelerin doğum öncesi ve doğum sonrası doğum korkusu seviyeleri ile doğum sonuçları arasındaki ilişkinin araştırıldığı farklı bir çalışmada gebelerin % 26'sı yüksek düzeyde korku (W-DEQ skor > 71).belirtmiştir (Fenwick, Gamble, Nathan, Bayes, & Hauck, 2009).Gebelerin üçüncü trimesterin de doğum korkusu, uykusuzluk, kaygı ve yorgunluk düzeylerinin incelendiği bir çalışmada gebelerin % 20,6'sı yüksek düzeyde korkusu yaşadıkları (W-DEQ skor > 66).belirtmiştir (Hall ve ark. 2009).

Belçika, İzlanda, Danimarka, Estonya, Norveç ve İsveç'te doğum öncesi bakım hizmeti verilen 6870 kadın ile yürütülen kesitsel bir çalışmada W-DEQ skoru 85 olarak belirtmiştir. Bu durum kadınların ağır doğum korkusu yaşamakta olduklarını tanımlamaktadır (Lukasse ve ark. 2015).

Çapık ve Durmaz'ın 301 gebe kadın ile yapmış oldukları çalışmada; W-DEQ-A skoru 61.09 ± 16.25 olarak belirtilmiş olup kadınların % 57,8'nin orta derecede doğum korkusu yaşadıkları, % 13,1'inin doğum sonrası depresyon riski için sınırda oldukları belirtilmiştir (Çapık ve Durmaz 2018).

Hall ve ark. Doğum korkusu yüksek olan kadınların daha fazla günlük strese, yorgunluğa ve daha az sosyal desteğe sahip olabileceklerini belirtmiştir (Hall ve ark. 2009). Kadınların gebelik döneminde orta ve yüksek düzeyde korku yaşamasına ilişkin faktörler arasında okuma yazma bilmeme, düşük eğitim düzeyi, gelir durumunun düşük olması ya da işsizlik ve yetersiz sosyal destek alma durumları belirtilmektedir. Düşük düzeyde sosyal destek almanın kadınlarda yüksek düzeyde görülen doğum korkusu ile anlamlı derecede ilişkili olduğu belirtilmiştir (Khwepeya ve ark.2018). Bir başka çalışmada kadınların doğum korkusu düzeyini yüksek olmasının sebepleri arasında düşük eğitim durumu, işsizlik, düşük düzeyde sosyal destek verilmesini belirtmiştir (Laursen ve ark. 2008). Doğum korkusu olan gebelere yaklaşım ve müdahalelerin sistematik incelendiği bir çalışmada; kadınların yaşadıkları doğum korkusunu eğitimsizlik, çalışmama ve yetersiz düzeyde sosyal destek alma durumları ile ilişkilendirilmiştir (Striebich ve ark. 2018). Azimi ve ark. yaptıkları çalışmada gebelerde algılanan sosyal destek puanı ile doğum korkusu arasında negatif bir ilişki belirtilmiştir (Azimi ve ark. 2019). Adölesan gebelerde Wijma toplam puanları ile Sosyal Destek Aile puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,319$). Adölesan gebelerde Wijma toplam puanları arttıkça Sosyal Destek Aile puanları azalmaktadır.

Bu çalışmada; Adölesan gebeler ile genç gebeler arasında postpartum erken dönemde depresyon belirtilerinin görülmesi arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Ancak postpartum erken dönemde adölesan gebelerde doğum korkusu ile eş desteği arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4-3) (Tablo 4-4).

Bu çalışmada: Adölesan gebelerde postpartum erken dönemde depresyon belirtileri ile Wijma-A toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,411$).

5.3. ANNELERİN POSTPARTUM ERKEN VE GEÇ DÖNEMDE EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR MERKEZİ DEPRESYON SKALASI, EŞ DESTEĞİ DEĞERLENDİRME FORMU, ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ DÜZEYLERİNE VE ÖLÇEK KORELASYONLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu çalışmada; Adölesan gebelerde algılanan sosyal destek düzeyi alt grubu olan arkadaş tarafında sağlanan sosyal destek puanının genç gebelere göre daha düşük ($p<0,05$), doğum sonrası aileden algılanan sosyal destek toplam puanının genç annelere göre daha düşük olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4-7).

Doğum sonrası 2.haftada 168 adölesan anne ile yapılan bir çalışmada; ebeveynlik özellikleri, sosyal destek ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmiş çalışmada düşük sosyal desteğin depresif belirtilerin ortaya çıkmasına zemin hazırladığı belirtilmiştir ($p<0,001$) (Cox ve ark. 2008). Adölesan gebelerin, gebelik dönemi ve doğum sonrası 3.ay, 6.ay ve 12.ay aylarında izleminin yapıldığı bir çalışmada annelerin gebelik dönemi ile postpartum dönemde yaşadıkları depresyon ile sosyal destek düzeyleri incelenmiş. Postpartum 3.ayda sosyal destek ve maddi imkânlarının yetersizliğinin depresyon düzeyinin artması arasında bir ilişkinin ($p<0,05$) olduğu belirtilmiştir (Diniz ve ark. 2015).

Adölesan ve genç annelerde gebelik ve postpartum dönemde sosyal destek ve annelik deneyimlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada; sosyal desteğe sahip kadınların doğum sonrası depresyon oranlarının düşük olduğu ve adölesan ile genç anneler arasında bu bakımdan oransal bir farkın olmadığı belirtilmiştir (Kim ve ark. 2014).

Adölesan annelerde depresif belirtileri etkileyen faktörler ile sosyal destek algısı ve benlik saygısının karşılaştırmalı incelendiği bir çalışmada aile ve arkadaşlarından daha

az sosyal destek algılayan adölesan annelerde depresif belirtilerin görüldüğü ve özgüvenlerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Wahn 2013).

Adölesan annenin özellikle postpartum dönemde, bebeğin babasından sosyal destek alması, depresyon oranlarının önemli ölçüde düşük olmasına, bebeğin babası ile çatışma durumunun ise depresif belirtilerde artış olması ile ilişkili bulunmuştur (Söderquist ve ark. 2009). Yapılan çalışmalar adölesan gebelerde sosyal destek yetersizliği ve düşük sosyoekonomik düzeyin doğum sonrası depresyonun ortaya çıkmasında en önemli risk faktörleri olarak belirtilmiş (Fagan ve ark. 2010). Adölesan annelerde sosyal destek ile depresyon arasında ters bir ilişki olduğunu ayrıca yetersiz arkadaş desteğinin, yetersiz aile desteğinin, doğum sonrası adölesan depresyonunun ortaya çıkmasında etkili olduğunu ifade etmektedir ($p < 0.05$) (Smith ve ark. 2008).

Portekizde adölesan ve genç annelerde yapılan bir çalışmada adölesan gebelerin bağlanma tarzları ile depresyon arasındaki ilişkiye bakılmış. Çalışmada; adölesan gebelerin sosyal sınıf ve evli olma durumları açısından dezavantajlı bir grup oldukları, evli olmayıp kendi ailesi ile yaşayan adölesan annelerin bebeklerinin babaları ile temas halinde oldukları belirtilmiştir. Eş ya da partner desteği düşük olan adölesan annelerde depresyon belirtilerinin görülme oranının birbiri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir ($p < 0,01$) (Figueiredo ve ark. 2006).

Brezilyalı 49 adölesan gebede gebelik ve postpartum dönemdeki sosyal desteğin maternal depresyon ile olumlu anne davranışları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada sosyal destek ile anne depresyonu arasında yakın bir ilişki olduğunu doğum sonrası üçüncü aya kadar depresyon açısından gözlenmesi ve desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir (Diniz ve ark. 2015).

Adölesan annelerin% 89'u, yetişkin annelerin% 98'inin doğum sonrası eşlerinden destek beklemekte olduğu (OR 0.2, CI 0.04-1.02).adölesan annelerin% 82'si yetişkin annelerinin% 69'u doğum sonrası annelerden destek beklediği ayrıca adölesan annelerin depresyon ortalama puanları yetişkin annelerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir ($p=0.021$) (Wahn ve Nissen, 2008).

Kadınların sosyal destek düzeyi arttıkça daha düşük düzeyde doğum korkusu yaşadıkları ($p < 0.001$), kadınların doğum korkusu arttıkça (orta düzeyde doğum korkusu; OR 2.08– CI 3.92, Yüksek doğum korkusu; OR 3.44– CI 6.92).negatif doğum

deneyimleri oranında artışın olduğu belirtilmiştir (Elvander ve ark. 2013). Okul hayatının terki, sosyal destek eksikliği, sosyal izolasyon, eş ve aile üyeleriyle ilişki sorunlar gebelik ve doğum sonrası dönemde sağlık profesyonelleri tarafından dikkatli bir izleme ihtiyaç duyulduğundan, adölesanların algıladığı sosyal destek arttıkça hem gebelik hem de doğum sonrası süreçte anne ve çocuk sağlığını olumlu yönde geliştirir (Prates ve ark. 2017).

Literatür çalışmaları postpartum depresyonun ortaya çıkmasında; annenin çoğu zaman düşük özgüveni, sınırlı sosyal desteğe, evlilik ilişkileri ve yaşam sürecinde strese maruz kalmasını hazırlayıcı faktörler olarak belirtmektedir. Kanadalı adölesan ve yetişkin annelerde sosyal desteğin postpartum depresyona etkisinin incelendiği çalışmada adölesan annelerin gebelik sırasında ve doğumdan sonra yetişkin annelere oranla daha fazla sosyal destek aldığı ($p < 0.01$), sosyal destek ve postpartum depresyon arasındaki ilişkiye göre adölesan annelere ile genç anneler arasında anlamlı farklılığın olmadığı bildirmiştir. Hem genç hem de yetişkin annelerin, bebeğin doğumundan sonra herhangi bir destek almadıklarında postpartum depresyon yaşama olasılıkları yaklaşık beş kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Kim ve ark. 2014)

Doğum sonrası depresyonun görülmesine ilişkin risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada; doğum sonrası birinci aydan sonraki üçüncü, dördüncü, altıncı ve on ikinci aya doğru gidildikçe depresyonun görülme sıklığı gittikçe arttığı görülmüştür ($p < 0,05$) (Wijma, Thorbert ve Wijma, 2009).

Adölesan annelerde depresif belirtiler ile sosyal destek arasındaki ilişkinin incelendiği longitudinal bir çalışmada depresif belirtilerin çok yaygın olduğu belirtilmiştir. Doğum sonrası bir yıl boyunca tüm zamanlarda adölesan annelere sağlanan sosyal destek ile depresif belirtilerde iyileşme sağlandığı, sağlanan sosyal destek ile depresif belirtiler arasında ters bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir ($P < 0.01$). Ayrıca bebeğin babası veya partnerinden aldığı destek ile depresif belirtiler arasında negatif korelasyon olduğu belirtilmiştir (J. D. Brown, Harris, Woods, Buman, & Cox, 2012).

Diğer bir çalışmada çok ırklı bir popülasyonda doğum sonrası depresif belirtilerin görülme sıklığı ve etnik köken ve entegrasyonun rolü arasındaki ilişki incelenmiş. Sosyal desteği yetersiz olan annelerde postpartum depresyonun görülme riskinin arttığı güçlü bir şekilde ifade edilmektedir ($p < 0.001$) (Shakeel ve ark. 2018).

On iki literatür çalışmanın incelendiği bir çalışmada adölesan annelerde doğum sonrası birinci yılda; daha fazla aile çatışmasına, daha az sosyal desteğe ve düşük özgüvene sahip olan adölesan annelerin doğum sonrası depresif belirtilerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Reid ve Meadows-Oliver 2007).

Adölesan annelerde ebeveyn olma duyguları ile yaşadıkları güçlük ve depresif belirtilerle başa etmelerinde sağlanan sosyal desteğin doğum sonrası dönemde kendini daha güçlü hissetmesini ve depresif belirtilerin azalmasını sağladığı belirtilmektedir (Lara ve ark. 2012).

Adölesan annelerde postpartum depresyonu % 47'ye kadar yükselen oranlar bildiren çalışmalar mevcuttur. Adölesanlarda sosyal destek ile postpartum depresyonun incelendiği bir çalışmada gebelik döneminde alınan sosyal desteğin gebelik sonrasına göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir ($p < 0,01$). Ayrıca gebelik ve doğum sonrası dönemde yeterince sosyal destek alınmamasının postpartum depresyonun ortaya çıkması ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Logsdon ve ark. 2005).

İranlı gebelerde gebelik döneminde depresyon, sosyal destek ve sağlık kontrol odağı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada gebelerde depresyon görülme oranı %37 olduğu ve gebelik döneminde en fazla aile tarafından destek sağlandığı belirtilmiştir (Moshki ve Cheravi, 2016).

Adölesan çiftlerde duygusal bağlanma ile depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada; çiftler arasında kaçınan ya da endişeli bağlanma varsa depresif belirtilerin görülme oranının arttığı belirtilmektedir ($p < 0,01$) (Desrosiers ve ark. 2014).

Bu çalışmada: Adölesan gebelerde postpartum erken dönemde sağlanan Eş desteğinin azalmasıyla depresyon görülme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişkiye orta düzeyli olup ters yönlüdür ($r = -0,655$). Adölesan gebelerde postpartum erken dönemde Eş Desteği arttıkça doğum sonrası depresyon görülme oranı azalmaktadır. Ayrıca yeterince eş desteği alamayan adölesan gebelerde doğum korkusu toplam puanı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4-7).

Adölesan annelerde depresif belirtiler ile algılanan sosyal destek (aile / arkadaş /partner yada eş desteği).ortalama puanlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada depresif belirtileri olan adölesan annelerin olmayanlara göre sosyal destek puan ortalamaları anlamlı derecede düşük olduğu belirtilmiştir ($p = 0,008$). Depresif belirtileri olan ve

olmayan adölesan anneler arasında algılanan partner/eş desteği arasında anlamlı bir farkın olmadığı ayrıca adölesan annelerin en çok anne (%81) sonrasında eşlerinden (%37) destek bekledikleri belirtilmiştir (Diniz ve ark. 2015). İranlı 208 gebe kadında depresyon, sosyal destek ve sağlık kontrol odağı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada gebe kadınların sosyal destek puan ortalamalarının düşük olması ile depresif ruh haline sahip olmaları arasında ($p < .05$) anlamlı bir ilişkinin bulunduğu belirtilmiştir (Moshki ve Cheravi, 2015).

Özellikle postpartum dönemde adölesanlar, bebeğin babasından veya annelerinden yeterli düzeyde sosyal destek almaları depresyon ile karkılaşıma riskini düşürdüğü belirtilmiştir. Bebeğin babası ile olumsuz ve negatif bir ilişkisi olduğunu belirten adölesanlarda, depresif belirtilerin görülme riskinin yüksek olduğu ifade edilmiştir. Adölesanlarda gebelik ve doğum sonrası dönemde depresif belirtilerin yaygın olduğu göstermektedir (Barnet 1996).

Annelerin doğum öncesive sonrası algıladıkları eş destek düzeyleri arasında anlamlı farklılık belirtilmiştir. Annelerin gebelikte algıladıkları eş destek düzeyi, doğum sonrası algıladıkları eş destek düzeyinden daha yüksek olduğu belirtilmiştir ($p < .0001$ 'de) (Fagan ve Lee 2010). Literatür çalışmalarına göre, babanın doğum sonrası destek düzeyinin düşmesi ile postpartum depresyonun ortaya çıkma riskinin arttığı belirtilmiştir ($p < 0.05$) (Smith ve Howard 2008). Adölesan annelede doğum sonrası depresif belirtileri ile eş / bebeğin babasının desteği arasındaki memnuniyet düzeyinin incelendiği bir çalışmada annelerin eş desteğinden algıladığı memnuniyet düzeyi ile doğum sonrası depresif belirtiler arasında, negatif yönde güçlü bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir ($p = 0.049$) (Fagan ve Lee 2010).

Genç anneler (< 21 yaş) ile yürütülen bir çalışmada bebeğin babasıyla ile genç annenin destekleyici ebeveyn rolü, düşük depresif belirtilerle ilişkili bulunmuştur. Bebeğin babasından daha fazla destek almak ve aynı evde yaşamak, aile desteği almak ya da aile ile birlikte yaşamak, anneler için daha az depresif belirtilerle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Edwards ve ark. 2012).

Bu çalışmada; postpartum erken dönemde yapılan görüşmede Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) puan ortalaması ile postpartum geç dönememde alınan toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Hem adölesan hem de genç gebelerde doğum sonrası

depresyon riskinin yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak postpartum erken dönemde adölesan annelerde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Toplam puanı genç annelere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 4-6).

Adölesanlar ve genç erişkin kadınlarda antenatal dönem ile postpartum erken ve geç dönemde sağlanan sosyal destek toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4-4).

Coşkuner Potur ve ark. 310 gebe kadın ile yapmış oldukları çalışmada kadınların Wijma Toplam puan ortalaması 65.16 ± 22.63 olup ağır derecede doğum korkusu yaşadıkları belirtilmiştir (Coşkuner Potur, Mamuk, Şahin, Demirci, & Hamlaci, 2017).

Adölesan gebelerde doğum korkusu toplam puanı artıkça postpartum depresyon belirtilerinin görülme riski artmaktadır. Postpartum erken dönemde Adölesan gebelerde depresif belirtilerin görülmesi ile Eş Desteği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve ters yönlü ($r=-0,655$) olup adölesan gebelerin postpartum erken dönemde Eş Desteğinin artması depresyon belirtilerinin görülmesi riskini azalttığını ifade etmektedir (Tablo 4-7).

Bu çalışmada: bütün gebelerde görülen Wijma Toplam puan ortalaması $69,27\pm 23,44$ olup gebelerin ağır derecede doğum korkusu (W-DEQ skor 66-84) yaşamaktadır.

Doğum korkusu ile ilgili yapılan sistematik bir çalışmada düşük düzeyde sosyal desteğin ve planlı olmayan gebeliğin yüksek düzeyde doğum korkusu yaşanmasına sebep olacağını belirtilmiştir (Denckera ve ark. 2019).

Bu çalışmada; Adölesan gebelerde planlı gebeliği olanların Wijma-A toplam puanı, planlı gebeliği olmayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca planlı gebeliği olmayan adölesanların "Eş Desteği" antenatal dönem toplam puanı planlı gebeliği olanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo4-5).

Gebelik ve doğum sonrası adölesanlarda depresyon ile ilişkili psikososyal risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada, postpartum dönemde bebeğin babasından sağlanan sosyal desteğin yenidoğan bakım görevleri (beslenme, banyo yapma, tutma), duygusal destek sağlama (cesaretlendirme veya konuşacak birileri).ve maddi destek (maddi destek).düşük depresif belirtilerle anlamlı şekilde ilişkili olduğunu belirtmiştir (Recto ve ark. 2017). Bir başka çalışmada gebelik döneminde sağlanan eş destek düzeyi

(43.92 \pm 8.5- skor aralığı 12-60) arttıkça daha iyi doğum deneyimi yaşandığı bununda doğum ve doğum sonrası annenin ruhsal durumuna olumlu yansıdığını belirtmektedir (Zamani ve ark. 2019).

Bu çalışmada: Adölesan gebelerde postpartum erken dönemde sağlanan eş desteğinin azalmasıyla depresyon görülme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişkiye orta düzeyli olup ters yönlüdür (Tablo 4-5).

Tüm gebelerde Wijma toplam puanları ile postpartum erken dönemde Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Toplam (EAMDS) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Gebelerde doğum korkusu arttıkça doğum sonrası erken dönemde depresif belirtilerin görülme riski de artmaktadır (Tablo 4-6).

Ayrıca bu çalışmada; Adölesan gebeler ile genç gebeler arasında doğum sonrası birinci haftada depresyon belirtilerinin görülmesi arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Ancak doğum sonrası birinci haftada adölesan gebelerde doğum korkusu ile eş desteği arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,378$) bu da doğum korkusu yüksek olan adölesan gebelerin doğum sonrası birinci haftada eş desteğinin düşük olduğunu göstermektedir (Tablo 4-7) (Tablo 4-8).

Adölesan gebelerde postpartum erken dönemde depresyon belirtileri ile doğum korkusu düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Adölesan gebelerde doğum korkusu toplam puanı arttıkça postpartum depresyon belirtilerinin görülme riski artmaktadır (Tablo 4-7).

Adölesanlarda Wijma-A Toplam puanları ve Eş Desteği antenatal dönem toplam puanları bakımından Planlı Gebelik Durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4-7).

Bu çalışmada; Adölesan annelerde postpartum erken dönemde Eş Desteği toplam puanları ile EAMDS toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve ters yönlüdür ($r=-0,655$). Adölesan annelerde postpartum erken dönemde Eş Desteği toplam puanları arttıkça EAMDS toplam puanları azalmaktadır. Adölesan gebelerde Wijma toplam puanları ile Sosyal Destek Aile puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,319$). Adölesan gebelerde Wijma toplam puanları arttıkça Sosyal Destek Aile puanları azalmaktadır (Tablo 4-7).

5.4. GRUPLARA GÖRE SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER İLE ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Adölesan gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek ebevenlik rol değişimi açısından oldukça gereklidir. Yapılan bir çalışmada adölesan gebelerin ebeveynleri tarafından gebelikleri ve doğumları ret edildikleri için sosyal destek sistemlerinde değişikliklerin ortaya çıkabildiğini ve ihtiyaç duydukları sosyal desteği arkadaş grubundan sağladıkları belirtilmiştir. Adölesan gebe ve annelerin her iki süreçte sürekli olarak sosyal desteğe ihtiyaç duydukları belirtilmiştir. Adölesanların anne ve bebeklerinin babasından yeterli destek alamadıklarında olumsuz gebelik ve doğum sonuçlarının ortaya çıkma riskinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Brown ve ark. 2018).

Gelir durumu ile sosyal desteği düzeyi yüksek olan kadınlarda depresif belirtilerin görülme riski daha düşük olduğu belirtilmiştir ($p < .001$). Bir başka çalışmada çalışıyor durumunda (OR: 1.78; CI: 1.19–2.67) lan kadınlarda postpartum depresyon riski daha düşük bulunmuştur (Burgut ve ark. 2013). Bu çalışmada; Adölesanlarda geliri giderine eşit olanların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek antenatal dönem toplam puanları, geliri giderinden fazla olanlara göre anlamlı derecede düşüktür ($P < 0.05$). Planlı olmayan gebelikler hem Katarlı (OR: 1.85; CI: 1.19-2.86) hem de Arap kadınlarda (OR: 1.72; CI: 1.06-2.82) postpartum depresyon riskini anlamlı olarak arttırdığı belirtilmiştir (Burgut ve ark. 2013).

Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları ile ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Adölesan gebelerde Wijma-A toplam puanları arttıkça ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları azalmaktadır (Tablo 4-10).

Gebelerin doğum öncesi bakım durumu ile Wijma-A toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$). Doğum öncesi bakım alan gebelerin Wijma Toplam puanı doğum öncesi bakım almayan gebelere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Tablo 4-11).

Postpartum erken dönemde adölesan gebelerde depresif belirtilerin görülmesi ile eş desteği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Ayrıca Adölesan da EAMDS antenatal dönem toplam puanı bakımından eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4-12).

Bu çalışmada; gruplar arasında gebeliğin planlı olma durumu ile postpartum depresyon belirtilerinin görülmesi riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4-10).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Çalışmaya gebelik sürecinde riskli durumu olmayan 119'u adölesan, 121'i genç erişkin olan 241 gebe katılmıştır. Adölesanların yaş ortalaması $18,50 \pm 0,70$, genç erişkin kadınların yaş ortalaması $22,73 \pm 1,37$ yıldır (Tablo 4-1).

Çalışmaya katılan adölesanların %62,18'inde ve genç erişkinlerde %57,85'inin çekirdek aileye mensup olduğu, adölesan %72,27'sinin ve genç erişkin %82,64'ünün şehir merkezinde yaşadığı belirlendi. Eğitim durumları incelendiğinde adölesanların %50,42'sinin ve genç erişkinlerin %41,32'sinin ortaokul mezunu olduğu, eşlerinin eğitim durumlarına bakıldığında adölesan eşlerin %34,45 ve genç erişkin eşlerin %35,54'ünün ortaokul mezunu olduğu görüldü. Adölesan gebelerin tamamının ve genç erişkinlerin %94,21'inin ev hanımı olduğu, gelir durumunun adölesanların %57,98'inde ve genç erişkinlerin %57,02'sinde aile gelirinin giderinden daha az olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-1).

Adölesan grubundaki gebelerin ortalama evlilik süreleri $1,83 \pm 1,03$, genç erişkin grubundaki gebelerin ortalama evlilik süresinden $3,60 \pm 2,23$ kısadır. Adölesan grubundaki gebelerin eşlerinin yaş ortalaması $24,98 \pm 2,60$, genç erişkin grubundaki gebelerin eşlerinin yaş ortalaması $28,32 \pm 3,56$ 'dan daha düşük bulunmuştur (Tablo 4-1).

Adölesan gebelerin ilk gebelik yaşı $17,81 \pm 1,08$, genç erişkin gebelerin $20,26 \pm 2,31$ olarak tespit edildi. Adölesanların gebelik sayısı $1,5 \pm 0,66$, genç erişkinlerin gebelik sayısı $2,11 \pm 1,07$, Adölesan gebelerin ortalama gebelik haftası $34,5 \pm 53,41$, genç erişkin gebelerin ortalama gebelik haftası $33,96 \pm 3,69$ olarak belirlenmiştir (Tablo 4-2).

Gebelerin bebeklerinin cinsiyeti adölesan gebelerde %63,03 erkek, genç erişkin gebelerde %52,07 kız olduğu bildirildi. Adölesan gebelerin %18,49'u, genç erişkin gebelerin %24,79'unun daha önceki gebeliklerinde düşük/düşük tehdidi ile karşılaştığı, adölesan gebelerin %15,97'sinin yaşayan bir çocuğu olduğu, genç erişkin gebelerin %11,57'sinin yaşayan iki çocuğunun olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4-2).

Adölesan gebelerin %69,75'i, genç erişkin gebelerin %76,03'nün gebeliğinin planlı olduğu, adölesanların %53,78'inin, genç erişkinlerin %56,2'sinin doğum öncesi bakım almadığı görüldü. Doğum öncesi bakım alan adölesan gebelerin %23,64, genç

erişkin gebelerin %16,98'inin (Anne, kaynana, görümce, yenge vb.) diğer kaynaklardan bilgi aldığı belirlenmiştir (Tablo 4-2).

Adölesanların %86,55'inin, genç erişkinlerin %88,43'ünün mevcut gebeliğinde vajinal doğumu tercih ettikleri bildirildi. Adölesanların %68,91'i, genç erişkinlerin %72,73'ü doğum eyleminin üstesinden gelinmesinin zor bir durum olduğunu ve adölesanların %84,87'sinin, genç erişkinlerin %85,95'inin gebelik süresince uyku kalitesinin bozulduğunu ifade etti. Gebelikte sigara kullanımı düzeylerine ilişkin olarak adölesanların %18,49 ve genç erişkinlerin %10,74 mevcut gebeliğinde sigara kullanmaya devam ettiğinin belirtmiştir (Tablo 4-2).

Wijma-A toplam puan ortalaması adölesan gebelerde $71,21 \pm 23,37$ ve genç erişkinlerde $67,36 \pm 23,46$ olup, gebelerin ağır düzeyde doğum korkusu yaşadıkları ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görüldü (Tablo 4-3).

Adölesan gebelerin antenatal dönem de ÇBASDÖ toplam puan ortalaması $63,26 \pm 15,66$, genç erişkin gebelerin antenatal dönem de ÇBASDÖ toplam puan ortalaması $65,65 \pm 14,57$ olup gruplar arasında ölçek puan ortalamaları arasında fark olmadığı ve kadınların gebelik döneminde aldıkları sosyal desteğin genel olarak iyi düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4-3).

Adölesan ve genç erişkinler ile postpartum erken ve geç dönemde yapılan görüşmelerde aldıkları ÇBASDÖ toplam puan ortalaması genel olarak iyi olmasına rağmen antenatal dönemde yapılan görüşmeye göre düştüğü tespit edilmiştir (Tablo 4-3).

Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A (WİJMA-A) versiyonu puan dağılımı verilmiştir. Adölesan ve genç erişkin gebelerin %10,7'nin düşük derecede doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Adölesan gebelerin %21,8'nin, genç erişkin gebelerin %29,8'nin orta derecede doğum korkusu yaşadığı, adölesan gebelerin %32,8'nin, genç erişkin gebelerin %36,4'nün ağır derecede doğum korkusu yaşadıkları tespit edilmiştir. Adölesan gebelerin %34,5'nin, genç erişkin gebelerin %23,1'nin klinik derecede doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4-4).

Adölesanlarda ÇBASDÖ alt grubu "Arkadaş" antenatal dönem puanı bakımından doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 4-4).

Adölesanlarda ÇBASDÖ ölçeği toplam puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Genç erişkin kadınlarda ÇBASDÖ Ölçeği toplam puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4-4).

Adölesan ve genç erişkinler ile doğum sonrası postpartum erken ve geç dönemde yapılan görüşmelerde aldıkları Eş Desteği toplam puanlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Postpartum erken dönemde kadınlar ile yapılan görüşmede adölesan annelerin Eş Destek toplam puan ortalaması $33,35\pm14,57$, genç erişkin annelerin Eş Destek toplam puan ortalaması $36,4\pm10,96$ olup doğum sonrası eşlerden alınan destek düzeyinin iyi olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4-5).

Adölesan annelerin $27,35\pm14,4$, genç erişkin annelerin $24,03\pm11,94$ puan aldıkları tespit edilmiştir. Postpartum erken dönem ve geç dönemde EAMDS dan adölesan annelerin $22,39\pm14,29$, genç erişkin annelerin $17,78\pm11,02$ puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4-6).

Adölesanlarda Postpartum Dönemdeki Görüşmelerde EAMDS puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Genç erişkin kadınlarda EAMDS puanları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4-6).

Adölesan gebelerde ölçek puanlarının korelasyonuna ilişkin veriler verilmiştir. Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları ile postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,378$). Adölesanlarda Wijma toplam puanları arttıkça postpartum erken dönemde Eş Desteği toplam puanları azalmaktadır (Tablo 4-7).

Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları ile postpartum erken dönemde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,411$). Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları arttıkça postpartum erken dönemde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları da artmaktadır (Tablo 4-7).

Adölesanlarda postpartum erken dönemde Eş Desteği toplam puanları ile postpartum erken dönemde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta

düzeyle ve ters yönlüdür ($r=-0,655$). Adölesanlarda postpartum erken dönemde Eş Desteği toplam puanları arttıkça postpartum erken dönemde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları azalmaktadır (Tablo 4-7).

Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,319$). Adölesanlarda Wijma toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları azalmaktadır (Tablo 4-7).

Adölesanlarda postpartum erken dönemde Eş Desteği toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyle ve aynı yönlüdür ($r=0,571$). Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arttıkça postpartum erken dönemde Eş Desteği toplam puanları artmaktadır. (Tablo 4-7).

Adölesanlarda postpartum erken dönemde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,468$). Adölesanlarda postpartum erken dönemde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları azalmaktadır (Tablo 4-7).

Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,346$). Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları azalmaktadır (Tablo 4-7).

Adölesanlarda postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyle ve aynı yönlüdür ($r=0,510$). Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları arttıkça da postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları artmaktadır (Tablo 4-7).

Adölesanlarda postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,460$). Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları azaldıkça postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları artmaktadır (Tablo 4-7).

Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları ile ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,446$). Adölesanlarda antenatal dönemde ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arttıkça ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları da artmaktadır (Tablo 4-7).

Adölesan gebelerde Wijma-A toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve ters yönlüdür ($r=-0,507$). Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları azalmaktadır (Tablo 4-7).

Adölesanlarda postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve aynı yönlüdür ($r=0,567$). Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” arttıkça postpartum erken dönemde Eş Desteği toplam puanları da artmaktadır (Tablo 4-7).

Adölesanlarda postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,499$). Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları azaldıkça postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları artmaktadır (Tablo 4-7).

Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve ters yönlüdür ($r=-0,458$). Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları arttıkça antenatal dönem toplam puanları azalmaktadır (Tablo 4-7).

Adölesanlarda postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve aynı yönlüdür ($r=0,642$). Adölesanlarda antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arttıkça postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları da artmaktadır (Tablo 4-7).

Adölesanlarda postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür

($r=-0,546$). Adölesanlarda postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları arttıkça antenatal dönem toplam puanları azalmaktadır (Tablo 4-7).

Genç erişkin kadınlarda ölçek puanlarının korelasyonuna ilişkin veriler. Çalışmaya katılan genç erişkin kadınların Wijma-A toplam puanları ile Postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,186$). Genç erişkin kadınların Wijma toplam puanları arttıkça Postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları azalmaktadır (Tablo 4-8).

Genç erişkin kadınların Wijma-A toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,258$). Genç erişkin kadınların Wijma toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları azalmaktadır (Tablo 4-8).

Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,385$). Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları arttıkça postpartum erken dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları da artmaktadır (Tablo 4-8).

Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,255$). Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” görüşme puanları azalmaktadır (Tablo 4-8).

Genç erişkin kadınların Wijma-A toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,366$). Genç erişkin kadınların Wijma-A toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları azalmaktadır (Tablo 4-8).

Genç erişkin kadınların antenatal dönem Wijma-A toplam puanları ile ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu

ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,285$). Genç erişkin kadınların Wijma-A toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları azalmaktadır (Tablo 4-8).

Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve aynı yönlüdür ($r=0,485$). Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları da artmaktadır (Tablo 4-8).

Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem EAMDS toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,179$). Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem EAMDS toplam puanları arttıkça ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları azalmaktadır (Tablo 4-8).

Genç erişkin kadınların antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları ile ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve aynı yönlüdür ($r=0,542$). Genç erişkin kadınların antenatal dönemde ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arttıkça ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları da artmaktadır (Tablo 4-8).

Genç erişkin kadınların antenatal dönem Wijma-A toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,423$). Genç erişkin kadınların Wijma-A toplam puanları arttıkça ÇBASDÖ Ölçeği toplam puanları azalmaktadır (Tablo 4-8).

Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve aynı yönlüdür ($r=0,467$). Genç erişkin kadınların antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arttıkça postpartum erken dönem Eş Desteği toplam puanları da artmaktadır (Tablo 4-8).

Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem EAMDS toplam puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki zayıf ve ters yönlüdür ($r=-0,195$). Genç erişkin kadınların postpartum erken dönem EAMDS toplam puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları azalmaktadır (Tablo 4-8).

Genç erişkin kadınların antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları ile antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve aynı yönlüdür ($r=0,685$). Genç erişkin kadınların antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Aile” puanları arttıkça ÇBASDÖ toplam puanları da artmaktadır (Tablo 4-8).

Genç erişkin kadınların antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları ile ÇBASDÖ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki güçlü ve aynı yönlüdür ($r=0,911$). Genç erişkin kadınların antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” puanları arttıkça antenatal dönem ÇBASDÖ toplam puanları da artmaktadır (Tablo 4-8).

Genç erişkin kadınların antenatal dönem ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları ile ÇBASDÖ postpartum erken dönem toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki orta düzeyli ve aynı yönlüdür ($r=0,743$). Genç erişkin kadınların antenatal dönemde ÇBASDÖ toplam puanları da arttıkça ÇBASDÖ alt grubu “Eş” puanları artmaktadır (Tablo 4-8).

Adölesanlarda ÇBASDÖ antenatal dönem toplam puanları bakımından aile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Adölesanlarda ÇBASDÖ antenatal dönem toplam puanları bakımından aile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4-9).

Adölesanlarda Wijma-A Toplam puanları bakımından Planlı Gebelik Durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Adölesanlarda Eş Desteği antenatal dönem toplam puanları bakımından Planlı Gebelik Durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Adölesanlarda ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” antenatal dönem puanları bakımından planlı gebelik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Genç erişkin kadınların ÇBASDÖ alt grubu “Aile” antenatal dönem puanları bakımından planlı gebelik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Genç erişkin kadınların ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” antenatal dönem puanları bakımından planlı gebelik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Genç erişkin kadınların ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” antenatal dönem puanları bakımından planlı gebelik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Genç erişkin kadınların ÇBASDÖ antenatal dönem toplam

puanı bakımından planlı gebelik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4-10).

Adölesanlarda Wijma-A toplam puanları bakımından gebelikte doğum öncesi bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Genç erişkin kadınların Eş Desteği antenatal dönem toplam puanları bakımından gebelikte doğum öncesi bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Genç erişkin kadınların ÇBASDÖ “Aile” antenatal dönem puanları bakımından gebelik doğum öncesi bakım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Genç erişkin kadınların ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” antenatal dönem puanları bakımından gebelik doğum öncesi bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Genç erişkin kadınların ÇBASDÖ alt grubu “Eş” antenatal dönem puanları bakımından gebelik doğum öncesi bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Genç erişkin kadınların ÇBASDÖ antenatal dönem toplam puanları bakımından gebelik doğum öncesi bakım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$) (Tablo 4-11).

Adölesanlarda ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” antenatal dönem puanı bakımından doğum şekli arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Adölesanlarda Sezeryan doğum yapanların ÇBASDÖ alt grubu “Arkadaş” antenatal dönem puanı normal doğum yapanlara göre anlamlı derecede düşüktür (Tablo 4-12).

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

- Adölesanlarda sosyal desteğin psikososyal işlevsellik ve depresyon üzerindeki olumlu etkisini artırmak için aile, eş ve akran ilişkilerinin geliştirilmesine katkıda bulunacak adölesan dönemi tanımak, tanımlamak, riskli davranışlarının belirlenmesi ve koruyucu önlemlerin alınmasına yönelik sağlık politikalarında yeni stratejilerin geliştirilmesi,
- Gebelik döneminde yaşanan doğum korkusu düzeyinin düşürülmesi için gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlere ilişkin bilgi sahibi olmaları, doğumu desteklemek, vajinal doğum ve ağrı yönetimi hakkında gebelerin bilgilendirilmesi,
- Hemşirelerin, adölesanları olası gebeliklere karşı komplikasyonlardan korumak için cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerinin adölesanlar arasında yaygınlaştırılması,
- Halk sağlığı sorunlarından biri olan adölesan gebelikleri önleyebilmek adına adölesanların eğitim hayatlarına devam edebilmeleri sağlamak ve gebelikleri önlemek için toplumsal, kurumsal ve sivil toplum kuruluşları ile iş birliği yapılması,
- Postpartum dönemde yetersiz eş desteği kadınların depresyon riskini arttırdığından, eşlerin postpartum dönemde kadına destek olması, lohusalık dönemi ve depresyon riskinin erken dönem belirtilerini tanımlayabilmesi için prenatal ve postnatal eğitimler verilmesi,
- Adölesan gebelerde kalitatif görüşmeleri içeren araştırmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akçan, P. E., Tekgül, N., Karademirci E., Öngel. K (2012). ‘Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme, Psikolojik ve Sosyal Gelişim Süreci’. Turkish Family Physician. turkishfamilyphysician.com/sayilar/cilt-3-sayi-4/

Aktas, S., Calik, K.Y (2015). Factors Affecting Depression During Pregnancy and the Correlation Between Social Support and Pregnancy Depression Iran Red Crescent Med J., 17(9): e16640., DOI: 10.5812/ircmj.16640

Alipour, Z., Minoor, L., Ebrahim, H (2012). ‘Anxiety and Fear of Childbirth as Predictors of Postnatal Depression in Nulliparous Women’. Women and Birth; 25(3):e37-43, doi: 10.1016/j.wombi.2011.09.002.

Aleksandra, S., Bogossian, F., Pritchard, M., Wittkowski, A., 2015. ‘The Effects of Maternal Depression, Anxiety, and Perceived Stress during Pregnancy on Preterm Birth: A Systematic Review’. Women and Birth.

Aluş Tokat., M., Asuman, T (2015).Vajinal Doğum Sürecinde Yaşanan Korku Laktasyonu/Emzirmeyi Etkilermi?, Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Özel, Cilt/Vol.:1,Sayı/No:1

American Psychological Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-V-tr. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013

Anderson, C. A., Gill, M (2014). ‘Childbirth Related Fears And Psychological Birth Trauma In Younger And Older Age Adolescents’, Applied Nursing Research; 27 242–248., DOI: 10.1016/j.apnr.2014.02.008

Andinga, J. E., Röhrle, B., Grieshopc, M., Schückingd, B., Christiansen H (2016). ‘Couple Comorbidity and Correlates of Postnatal Depressive Symptoms in Mothers and Fathers in the First Two Weeks Following Delivery’. Journal of Affective Disorders; 190; 300–309, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.033>

Anık, Y., Ege, E. (2019). Erken Evlilikler ve Adölesan Gebeliklerde Hemşirelik Yaklaşımı, Adölesan Sağlığı ve Hemsirelik Yaklaşımları, 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.46-55.

Arjadi, T., R., Vendrik, J.J., Burger, H., Berger, M.Y (2015). Anxiety and depression during pregnancy in Central America: a cross-sectional study among pregnant women in the developing country Nicaragua, *BMC Psychiatry*. 15: 292. doi: 10.1186/s12888-015-0671-y

Aydin, D (2013). ‘Adölesan Gebelik ve Adölesan Annelik’, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, Derleme*; 16:4, dergipark.gov.tr/download/article-file/29644

Azimi, M., Fahami F., Mohamadirizi, S (2018). The Relationship between Perceived Social Support in the First Pregnancy and Fear of Childbirth, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(3), DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_170_16

Barnet, B., Joffe, A., Duggan, A.K (1996). ‘Depressive Symptoms, Stress, and Social Support in Pregnant and Postpartum Adolescents’. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*; 150(1):64-69, doi:10.1001/archpedi.1996.02170260068011

Benjamin, G.H., Bergen, A. E (2010). ‘Social Support Concepts and Measures’. *Journal of Psychosomatic Research*; 69; 511–520, doi:10.1016/j.jpsychores.2009.10.001

Bodhare, T.N., Sethi, P., Bele, S.D., Gayatri, D., Vivekanand, A (2015). Postnatal Quality of Life, Depressive Symptoms, and Social Support Among Women in Southern India, *Women & Health*, 55:353–365, DOI: 10.1080/03630242.2014.996722

Brown, J. D., Harris, S. K., Woods, E. R., Buman, M. P., & Cox, J. E (2012). Longitudinal study of depressive symptoms and social support in adolescent mothers. *Maternal and Child Health Journal*; 16:894–901, <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0814-9>

Brown, S. G., Hudson, D. B., Campbell-grossman, C., Kupzyk, K. A., Yates, B. C., Hanna, K. M (2018). Social Support , Parenting Competence , and Parenting Satisfaction Among Adolescent , African American , Mothers, *Western Journal of Nursing Research*; 40(4).502–519, <https://doi.org/10.1177/0193945916682724>

Bullock K. Family Social Support. In: Bomar PJ, ed. *Promoting Health in Families. Applying Family Research and Theory to Nursing Practice*. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2004. p. 143-61

Bulut, S., Gürkan, A., Sevil, Ü (2008).Adölesan Gebelikler, Aile ve Toplum Yıl: 10 Cilt: 4. dergipark.gov.tr/download/article-file/198161

Buran, G (2015). Doğum Öncesi Hazırlık Kursu Örneği: Deneyimler ve Sonuçlar: 2013-2015, Türkiye Klinikleri Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği,Özel,Cilt/Vol.:1,Sayı/No:1

Burgut, F.T., Bener, A., Ghuloum S., Sheikh, J (2013). A study of postpartum depression and maternal risk factors in Qatar, *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 34(2): 90–97, DOI: 10.3109/0167482X.2013.786036

Chandra-Mouli, V., Camacho, A.V., Michaud, P.A (2013).WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries, *Journal of Adolescent Health*. 52(5): 517-522. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.03.002>

Child and Adolescent Health Unit (2017). ‘World Health Organization, Adolescent Health and Development’. Adolescent health and development. Erişim Tarihi (25.07.2018).<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Constance, G., Newma, R., Fryml, L.D., Lifton, C.K., Neill, C (2013). ‘Management of Postpartum Depression’. *Journal of Midwifery and Women’s Health*; 58(6), doi:10.1111/jmwh.12104

Cox, J. E., Buman, M., Valenzuela, J., Joseph, P., Mitchell, A., & Woods, E. R (2008). Depression, Parenting Attributes , and Social Support among Adolescent Mothers Attending a Teen Tot Program. *J Pediatr Adolesc Gynecol*; 21:275-281, <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2008.02.002>

Chris, M., Fletcher, R (2013).‘Preparing Fathers for the Transition to Parenthood: Recommendations for the Content of Antenatal Education’. *Midwifery*. 29(5): 474-478, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.03.005>

Çapık, A., Durmaz, H (2018). Fear of Childbirth, Postpartum Depression, and Birth-Related Variables as Predictors of Posttraumatic Stress Disorder After Childbirth. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*; 15:6, 455–463.<https://doi.org/10.1111/wvn.12326>

Demirgöz, M., Canbulat, N. (2008). ‘Adölesan Gebelik’, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*; 28 (6): 947-52, <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-adölesan-gebelik-52686.html>

Demir, H.K., Örnek, B.N (2014). ‘Çocuklar ve Ergenler Aydınlatılmış Onam Sürecinin Neresinde’ *Sted* 5(23): 190–96. <http://dergipark.gov.tr/download/issue-full-file/29075>.

Denckera, A., Nilssona, C., Begleya, C., Jangstena, E., Mollberga, M., Patela, H., Wigerta, H., Hessmand, E., Sjöblomd, H (2019). Carina Sparud-Lundina Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic Review, *Women and Birth*, 32 (2019).99–111, <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004>

Desrosiers, A., Sipsma, H., Callands, T., Hansen, N., Divney, A., Magriples, U., & Kershaw, T (2014). “Love Hurts”: Romantic Attachment and Depressive Symptoms In Pregnant Adolescent And Young Adult Couples. *Journal of Clinical Psychology*; 70(1), 95–106, <https://doi.org/10.1002/jclp.21979>

Dinwiddie K. J., Schillerstrom T. L., and Schillerstrom J. E (2018). ‘Postpartum Depression in Adolescent Mothers’. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*; 39(3), <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1334051>

Diniz, E., Koller, S. H., Volling, B. L (2015). Social support and maternal depression from pregnancy to postpartum: the association with positive maternal behaviours among Brazilian adolescent mothers; 185 (7).1053–1066, <https://doi.org/10.1080/03004430.2014.978309>

Doğum İstatistikleri 2017. (2018). ‘TÜİK’. https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/.../istatistik/dogum_istatistikleri_2017.pdf

Dunsmoor, J.E., Rony P (2015). ‘Fear Generalization and Anxiety: Behavioral and Neural Mechanisms’. *Biological Psychiatry*; 1;78(5):336-43. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.04.010.

Durukan, E., Ilhan, M.N., Bumin, M.A., Aycan, S (2011). ‘2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Medical Journal, Balkan Med J*; 28: 385-393 DOI: 10.5174/tutfd.2010.04117.3

Edhborg, M., Lecturer, S., Nasreen, H.E., Kabir, Z.N (2015). "I can't stop worrying about everything" experiences of rural Bangladeshi women during the first postpartum months. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*; 10: 26226, <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.26226>

Edwards, R. C., Thullen, M. J., Isarowong, N., Shiu, C.-S., Henson, L., & Hans, S. L (2012). Supportive relationships and the trajectory of depressive symptoms among young, African American mothers. *Journal of Family Psychology*, 26(4), 585-594., <http://dx.doi.org/10.1037/a0029053>

Eker, D., Arkar, H (1995). 'Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği'. *Türk Psikoloji Dergisi*; www.turkpsikiyatri.com/c12s1/cokboyutlualgilanan.pdf

Eker, D., Arkar, H., Yıldız, H (2001). 'Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği'. 12(1): 17-25.

Elvander, C., Cnattingius, S., Kjerulff, K. H (2013). Birth Experience in Women with Low , Intermediate or High Levels of Fear : Findings from the First Baby Study, 40(4), [doi:10.1111/birt.12065](https://doi.org/10.1111/birt.12065).

Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, M.N (2014). *Hemşirelikte Araştırma*, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul; sf:188-189

Fathi-Ashtiani A., Ahmadi A., Ghobari-Bonab B., Azizi M. P., Saheb-Alzamani S. M (2015). 'Randomized Trial of Psychological Interventions to Preventing Postpartum Depression among Iranian First-Time Mothers.' In *International Journal of Preventive Medicine*. Int J Prev Med., 6: 109, DOI: 10.4103/2008-7802.169078

Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D.K., Smith, J., Gamble, J (2015). 'Sources, Responses and Moderators of Childbirth Fear in Australian Women: A Qualitative Investigation'. *Midwifery*. 31;239-246, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.003>

Fenwick, J., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D.K., Buist, A., Turkstra, E., Sneddon, A., Scuffham P.A., Ryding, E.L (2015). 'Effects of a Midwife Psycho-Education Intervention to Reduce Childbirth Fear on Women's Birth Outcomes and Postpartum Psychological Wellbeing'. In *BMC Pregnancy and Childbirth*, 30;15:284, [doi: 10.1186/s12884-015-0721-y](https://doi.org/10.1186/s12884-015-0721-y).

Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S., Hauck, Y (2009). Pre-and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*. 18(5); 667–677, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02568.x>

Fagan J., Lee, Y. (2010). Perceptions And Satisfactions With Father Involvement And Adolescent Mothers' Postpartum Depressive Symptoms. *J Youth Adolesc*;39: 1109–21, DOI 10.1007/s10964-009-9444-6

Figueiredo, B., Bifulco, A., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R (2006). Teenage pregnancy, attachment style, and depression: A comparison of teenage and adult pregnant women in a Portuguese series. *Attachment and Human Development*. 8(2); 123-138, <https://doi.org/10.1080/14616730600785686>

Geissbuehler, V., & Eberhard, J (2002). Fear of childbirth during pregnancy: A study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*; 23(4); 229-235, <https://doi.org/10.3109/01674820209074677>

Gemici, H.B., Göksoy, Ö.E., Doğan, A., Doğan, M., Arıca, V (2015). ‘Çocuklarda Aydınlatılmış Onamda Güncel Yaklaşımlar’. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*; 5(3): 496–503, doi: 10.5799/ahinjs.01.2014.03.0447

Godderis, R., Adair, C.E., Brager, N (2009). ‘Applying New Techniques to an Old Ally: A Qualitative Validation Study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale’. *Women and Birth.*, 22(1):17-23, doi: 10.1016/j.wombi.2008.10.002.

Gee, C.B., Nicholson, M. J., Osborne, L.N., J. E. (2003). Rhodes, Support and Strain in Pregnant and Parenting Adolescents' Sibling Relationships, *Journal of Adolescent Research*, Vol. 18 No. 1, January 25-35, DOI: 10.1177/0743558402238275

Geissbuehler, V., Eberhard, J (2002). Fear of Childbirth during Pregnancy: A Study of More than 8000 Pregnant Women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 23, 229-235., <http://dx.doi.org/10.3109/01674820209074677>

Graham, M., Uesugi, K., Olson, C.(2016). Barriers to weight-related health behaviours: a qualitative comparison of the socioecological conditions between pregnant and post-partum low-income women, *Matern Child Nutr.*, 12(2): 349–361. doi:10.1111/mcn.12135.

Glnar, D., Sunay, D., aylana, A (2010). ‘Postpartum Depresyon Ile İlişkili Risk Faktörleri’. *Turkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik*. 20(3):141-8, www.jcog.com.tr/.../en-risk-factors-related-with-postpartum-depression-58220.html

Hall, W.A., Hauck, Y.L., Carty, E.M., Hutton, E.K., Fenwick, J., Stoll, K (2009). Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01054.x>

Hacettepe Üniversitesi Nfus Ettleri Enstitüsü (2014). Hacettepe Üniversitesi Nfus Ettleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TBİTAK, Ankara, Türkiye Türkiye Nfus ve Sağlık Araştırması 2013.

Hay, D.F., Pawlby, S., Waters, C.S., Sharp, D (2008). ‘Antepartum and Postpartum Exposure to Maternal Depression : Different Effects on Different Adolescent Outcomes’. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49(10):1079-88, DOI: 10.1111/j.1469-7610.2008.01959.x

Hipwell A.E., Murray J., Xiong S., Stepp S.D., Keenan K.E (2016). ‘Effects of Adolescent Childbearing on Maternal Depression and Problem Behaviors: A Prospective, Population-Based Study Using Risk-Set Propensity Scores’. *PLoS ONE*. 11(5): e0155641., <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155641>

Hofberg, K., Ward, M (2003). ‘Fear of Pregnancy and Childbirth’. *Postgraduate Medical Journal*. 79(935): 505–510. doi: 10.1136/pmj.79.935.505

Hufft, A.G., Peternelj-Taylor, C. (2008). Ethical care of pregnant adolescents in correctional settings, *Journal of Forensic Nursing* 4 94–96. doi: 10.1111/j.1939-3938.2008.00015.x

İağasıoğlu, .A (2009). ‘Adölesan Evlilikleri’. *Aile ve Toplum Eğitim kltr ve Araştırma Dergisi* 4(16): 37–50. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/197949>.

Joanna, K., Bidzan, M., Smutek, J., Bidzan, L (2016). ‘Influence of Perinatal Depression on Labor- Associated Fear and Emotional Attachment to the Child in High-Risk Pregnancies and the First Days After Delivery’. 22: 1028–1037. doi: 10.12659/MSM.895410

Johnson, W., Moore, S.E (2015). ‘Adolescent Pregnancy , Nutrition , and Health Outcomes in Low- and Middle-Income Countries : What We Know and What We Don ’ t Know’. 123:1589–1592. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13782>

Kabasakal Z. Yağmur S. (2016). ‘Evli Bireylerin Evlilik Doyumunun Cinsiyet ve Eş Desteğine Göre İncelenmesi’. *Journal of Research in Education and Teaching* (2146–9199): 208–14.

Kamile, M., Özdemir, S., Çivi, S (2009). ‘Postpartum Depresyon’. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 29(1):206-14

Kara, T., Doğan, K., Alyanak, B., Akaltun, İ (2017). ‘An Evaluation of Sociodemographic Characteristics and Pregnancy-Related Psychological Problems in Pregnant Adolescents’. *Ankara Medical Journal* (3):151- 9. DOI:10.17098/amj.340100

Karaçam, Z., Öner, H (2008). ‘Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeğinin Türkçe’de Kesme Noktalarının Hesaplanması’. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 19(2):187-196. dergipark.gov.tr/download/article-file/29410

Khwepeya, M., Lee, G.T., Chen, S-R., Kuo. S-Y (2018). Childbirth fear and related factors among pregnant and postpartum women in Malawi, Khwepeya et al. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18:39, <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2023-7>

Kim, Theresa H.M., Jennifer A. Connolly, and Hala Tamim (2014). ‘The Effect of Social Support around Pregnancy on Postpartum Depression among Canadian Teen Mothers and Adult Mothers in the Maternity Experiences Survey’. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:162, <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-162>

Kızilirmak, A., Başer, M (2016). ‘The Effect of Education given to Primigravida Women on Fear of Childbirth’. *Applied Nursing Research*. 29:19-24. DOI: 10.1016/j.apnr.2015.04.002

Koç, M. (2004). ‘Gelişim Psikolojisi Açısından Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri’. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 17(2): (231-256).dergipark.gov.tr/download/article-file/219297

Körükçü, Ö. (2009). ‘Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması’. *Yüksek Lisans Tezi, Antalya*.

Körükçü Ö., Kukulcu K. Firat M (2012). ‘The Reliability and Validity of the Turkish Version of the Wijma Delivery Expectancy / Experience Questionnaire (W-DEQ) with Pregnant Women’, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* :193–202., doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01694.x

Küreci, H.D., Büken, N. Ö (2014). Çocuklar ve Ergenler Aydınlatılmış Onam Sürecinin Neresinde? *Sted*, cilt 23, sayı 5, 190.

Khwepeya, M., Lee, G.T., Chen, S-R., Kuo. S-Y (2018). Childbirth fear and related factors among pregnant and postpartum women in Malawi, Khwepeya et al. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18:39, <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2023-7>

Klima, C.S. (2003). Centering Pregnancy: A Model for Pregnant Adolescents, *Journal of Midwifery & Women’s Health*, Volume 48, No. 3. doi:10.1016/S1526-9523(03)00062-X

Lara, M. A., Berenzon, S., García, F. J., Medina-Mora, M. E., Rey, G. N., Ameth, J., Del Lourdes Gutiérrez López, M (2012). Population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting Mexican adolescents. *Revista Panamericana Salud Pública*. 31(2):102-8. DOI: 10.1590/S1020-49892012000200002

Laursen, M., Hedegaard, M., Johansen, C (2008). Danish National Birth Cohort, Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*, 115; 354–360., <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01583.x>.

Leftwich H.K., Ortega Alves, M.V (2017). ‘Adolescent Pregnancy’. *Pediatric Clinics of North America*. 64 (2):381-388. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.11.007>

Logsdon, M. C., Birkimer, J. C., Simpson, T., & Looney, S (2005). Postpartum depression and social support in adolescents. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 34(1): 46-54. <https://doi.org/10.1177/0884217504272802>

Logsdon, M. Cynthia, and Wayne M. Usui (2006). ‘The Postpartum Support Questionnaire: Psychometric Properties in Adolescents’. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 19(3): 145–156. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2006.00062.x>

Lukasse, M., Schroll, A. M., Karro, H., Schei, B., Steingrimsdottir, T., Van Parys, A. S., Tabor, A. (2015). Prevalence of experienced abuse in healthcare and

associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 94: 508–517. <https://doi.org/10.1111/aogs.12593>

Lieberman, Kate, Huynh-nhu Le, and Deborah F Perry (2014). ‘A Systematic Review of Perinatal Depression Interventions for Adolescent Mothers’. *Journal of Adolescence* 37(8): 1227–35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.08.004>.

Martin, J.A., Hamilton, B.E., Osterman, M.J.K., Driscoll, A.K., Mathews, T.J (2017). ‘National Vital Statistics Reports Births: Final Data for 2015’. 66(1). https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr66/nvsr66_01.pdf

Melekoğlu, R., Evrûke, C., Kafadar, T., Misirlioğlu, S., Özgüven, F.T (2013). ‘Adölesan Gebeliklerin Perinatal Sonuçları’. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, (J Turk Soc Obstet Gynecol), Cilt: 10, Sayı: 4, Sayfa: 213- 9

Mohamad Yusuff, A.S., Tang, L., Binns, C.W (2015). ‘Breastfeeding and Postnatal Depression: A Prospective Cohort Study in Sabah, Malaysia’, *Journal of Human Lactation*, 32(2).277–281, <https://doi.org/10.1177/0890334415620788>

Montgomery, K.S. (2003). *Nursing Care for Pregnant Adolescents*, *JOGNN*, 32, 249–257. DOI: 10.1177/0884217503252191

Moshki, M., Cheravi, K (2015). Relationships among depression during pregnancy, social support and health locus of control among Iranian pregnant women. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(2):148-55., <https://doi.org/10.1177/0020764015612119>

Moses-Kolko, Eydie L, and Erika Kraus Roth (2004). Antepartum and Postpartum Depression: Healthy Mom, Healthy Baby. *Journal of the American Medical Women’s Association* (1972)., 59(3):181-191,

Mohd Arifin, S.R., Cheyne, H., Maxwel, M (2018). Review of the prevalence of postnatal depression across cultures, *AIMS Public Health*, 5(3): 260–295., DOI:10.3934/publichealth.2018.3.260

Mouli, V.C., Camacho, A.V., Michaud., P.A (2013).. ‘WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries’. *Journal of Adolescent Health*., 52(5):517-522, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.03.002>

Nunes, A.P., Phipps, M.G. (2013). Postpartum Depression in Adolescent and Adult Mothers: Comparing Prenatal Risk Factors and Predictive Models. *Matern Child Health J.* 17:1071–1079. DOI 10.1007/s10995-012-1089-5

Pearlstein, T. (2015). ‘Depression during Pregnancy’. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology.*, ;29(5):754-64. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2015.04.004.

Pedro, Iara Cristina da Silva, Semiramis Melani Melo Rocha, and Lucila Castanheira Nascimento. 2008. ‘Social Support and Social Network in Family Nursing: Reviewing Concepts’. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 16(2): 324–27., <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000200024>

Prates, L. A., Paula, C. C. de, Ressel, L. B., Cremonese, L., Wilhelm, L. A., & Sehnem, G. D (2017). Social support from the perspective of postpartum adolescents. *Escola Anna Nery.* <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0088>

Potur, D.C., Mamuk, R., Şahin, N.H., Demirci, N., Hamlaci, Y (2017). Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. *International Nursing Review.* Volume 64, Issue 4, Pages 576-583, <https://doi.org/10.1111/inr.12378>

Quelopana, A.M., Champion, J.D., Reyes-Rubilar, T (2011). Factors Associated With Postpartum Depression in Chilean Women, *Health Care for Women International*, 32:939–949, DOI: 10.1080/07399332.2011.603866

Radloff, Lenore Sawyer. 1977. ‘The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population’. *Applied Psychological Measurement.* <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

Räisänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., & Heinonen, S. (2013). Fear of childbirth predicts postpartum depression: A population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open.* <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004047>

Räisänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., & Heinonen, S. (2014). ‘Risk Factors for and Perinatal Outcomes of Major Depression during Pregnancy : A Population-Based Analysis during 2002 – 2010 in Finland’. *BMJ* ;4:e004883. doi:10.1136/bmjopen-2014-004883

Reid, V., Meadows-Oliver, M (2007). Postpartum Depression in Adolescent Mothers: An Integrative Review of the Literature. *Journal of Pediatric Health Care*. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2006.05.010>

Recto, P., Champion, J.D (2017). Psychosocial Risk Factors for Perinatal Depression among Female Adolescents: A Systematic Review, *Issues In Mental Health Nursing*, 38 (8); 633-642., doi: 10.1080/01612840.2017.1330908.

Rouhe, H., K. Salmela-Aro, E. Halmesmäki, and T. Saisto. 2009. 'Fear of Childbirth According to Parity, Gestational Age, and Obstetric History'. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*.

Rondung, E., Thomtén, J., Sundin, Ö (2016). Psychological perspectives on fear of childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*, 44:80-91, <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.007>

Ryding, E. L., Lukasse, M., Parys, A. S. Van, Wangen, A. M., Karro, H., Kristjansdottir, H., Laanpere, M (2015). Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: A cohort study in six European countries. *Birth*. <https://doi.org/10.1111/birt.12147>

Salazar-Pousada, D., Arroyo, D., Hidalgo, L., P'erez-L'opez, F.R., Chedraui, P (2010). Depressive Symptoms and Resilience among Pregnant Adolescents: A Case-Control Study, Hindawi Publishing Corporation. *Obstetrics and Gynecology International* ID 952493, 7, <http://dx.doi.org/10.1155/2010/952493>

Sarı, İ., Aşırözlerin M (2014). Tıbbi Uygulamalar ve Bilimsel Çalışmalarda "Çocuklarda Onam" Kavramı, *Adli Tıp Dergisi*;28(1):60-72, doi10.5505/adlitip.2014.59454

Segre, L, and Wendy Davis (2013). 'Postpartum Depression and Perinatal Mood Disorders in the DSM'. *Postpartum Support International*., <https://www.postpartum.net/wp.../DSM-5-Summary-PSI.pdf>

Serçekuş, P., Okumuş, H (2009). 'Fears Associated with Childbirth among Nulliparous Women in Turkey'. *Midwifery*. 25, 155-162, doi:10.1016/j.midw.2007.02.005

Shakeel, N., Sletner, L., Falk, R. S., Slinning, K., Martinsen, E. W., Jenum, A. K., & Eberhard-Gran, M (2018). Prevalence of postpartum depressive symptoms in a

multiethnic population and the role of ethnicity and integration. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.056>

Siegel, Rebecca S., and Anna R. Brandon (2014). Adolescents, Pregnancy, and Mental Health. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*., 27; 138-150, <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2013.09.008>

Smith, L. E., Howard, K. S (2008). Continuity of paternal social support and depressive symptoms among new mothers. *Journal of Family Psychology*, 22, 763–773, doi:10.1037/a0013581.

So, J., Wijma, B., Thorbert, G., & Wijma, K (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth, 16–22. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x>

Söderquist, J., Wijma, B., Thorbert, G., Wijma, K (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth, *BJOG*, 116(5):672-80. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x

Topatan S., Demirci N., (2016). Türkiye'deki Adölesan Annelerde Doğum Sonrası İlk Bir Yılda Depresyon Sıklığı ve Risk Faktörleri I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, 7-8 Ekim 2016-İzmir.

Suh, E.Y., Ma, P., Dunaway, L.F., Theall, K.P (2016). Pregnancy Intention and Post-partum Depressive Affect in Louisiana Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *Matern Child Health J*. 20:1001–1013. DOI 10.1007/s10995-015-1885-9

Striebich, S., fellow, R., Ayerle, G. M (2018). Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/ tokophobia – A systematic review of approaches and interventions, *Midwifery*, 61 97–115, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.013>

Storksens, H.T., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S., Eskild, A (2011). Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91:237–242, DOI: 10.1111/j.1600-0412.2011.01323.x

Şahin H.N., Dişsiz M., Dinç H., Soypak, F. (2014). 'Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladıkları Eş Desteği : Ölçek Geliştirme Çalışması'. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014;17:2, dergipark.gov.tr/download/article-file/29645

Şen, S., Kavlak, O. (2011). Çocuk Gelinler: Erken Yaş Evlilikleri ve Adölesan Gebeliklere Yaklaşım, Aile ve Toplum Yıl: 12 Cilt: 7 Sayı: 25

Thomas, J. S., Yu E.A., Tirmizi, N., Owais, A., Das, S. K., Rahman, S., Faruque, A.S.G., Schwartz, B., Stein, A.D (2015). 'Maternal Knowledge, Attitudes and Self-Efficacy in Relation to Intention to Exclusively Breastfeed Among Pregnant Women in Rural Bangladesh', *Matern Child Health J.*, 19:49–57, DOI 10.1007/s10995-014-1494-z

Tonelli M., (2005). 'Depression and Adolescent Pregnancy'. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 18(2): 137–38. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2005.01.012>

Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D.K (2014). Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:275, <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-275>

Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra, E., (2014). A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth.*;41(4):384–94.

Toohill, J., Creedy, D. K., Gamble, J., Fenwick, J., Ryding, E. L., & Buist, A (2014). Psycho-Social Predictors of Childbirth Fear in Pregnant Women: An Australian Study. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.4236/ojog.2014.49075>

Torvie, Ana J., Lisa S. Callegari, Melissa A. Schiff, and Katherine E. Debiec. 2015. 'Labor and Delivery Outcomes among Young Adolescents'. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.

Turkcapar, A. F., Kadioğlu, N., Aslan, E., Tunc, S., Zayıfoğlu, M., Mollamahmutoğlu, L (2015). 'Sociodemographic and Clinical Features of Postpartum Depression among Turkish Women: A Prospective Study'. *BMC Pregnancy and Childbirth.*, doi: 10.1186/s12884-015-0532-1

UNICEF (2009). United Nations Children's Fund The State of World's Children, https://www.unicef.org/publications/index_47127.html

United Nations Population Fund (2013). State of the World Population 2013 UNFPA, Motherhood in Childhood: Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy. <https://www.unfpa.org/.../state-world-population-2013>

Üstgörül, S., Yanikkerem, E (2017). Postpartum Dönemde Kadınların Psikososyal Durumları ve Etkileyen Risk Faktörleri, G.O.P. Taksim E.A.H., JAREN;3(Ek sayı):61-68, doi: 10.5222/jaren.2017.1012

Werner, E., Miller M., Osborne, L.M., Kuzava, S., Monk, C (2015). 'Preventing Postpartum Depression: Review and Recommendations'. Arch Womens Ment Health'. 18(1):41-60. doi: 10.1007/s00737-014-0475-y.

Wahn, E.H., Nissen, E.V.A (2008). Sociodemographic background , lifestyle and psychosocial conditions of Swedish teenage mothers and their perception of health and social support during pregnancy and childbirth, (June 2007), 415–423. <https://doi.org/10.1177/1403494807085315>

Wahn, E. H (2013). Teenage Childbearing in Sweden - Depressive Symptoms among Teenage Mothers, Influencing Factors, Perception of Support and Self-Esteem - A Comparative Cross-Sectional Study. Journal of Nursing & Care. <https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000123>

Yazıcı S., Şolt. A (2015). 'Adölesan Gebelikler'. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi., HSP; 2(2):241-248, doi: 10.17681/hsp.36633

Yıldırım, I. (2004). 'Eş Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi'. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 3;22: 19–26.

Yılmaz, E.A., Savaşer, S. (2017). Adölesan Gebelere Verilen Planlı Eğitimin Annenin Benlik Saygısı ve Bebeği Algılama Üzerine Etkisi, Adli Tıp Bülteni,; 22(1): 27-33, doi: 10.17986/blm.2017127138

Yılmaz, S (2010). Perinatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebelik Üzerine Etkileri (Doktora Tezi) İstanbul-2010.

Yim, I.S., Stapleton, L.R.T., Guardino,C.M., Hahn-Holbrook,J., Schetter,C.D (2015)..Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration. Annu Rev Clin Psychol. 11: 99–137. doi:10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426.

Zamani, P., Ziaie T., Lakeh, N.M., Leili, E.K (2019). The correlation between perceived social support and childbirth experience in pregnant women, Midwifery, 75; 146–15, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.002>

FORMLAR

EK-1: 17-24 Yaş Arası Gebeler İçin Gönüllü Olur Formu

EK-2: 16 Yaş Adölesan Gebe Aile Üyesinden Alınan Onam Formu

EK-3: Kişisel Bilgi Formu

EK-4: Wijma Doğum Beklentisi Ölçeği -A (W-DEQ-A).

EK-5: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

EK-6: Eş Desteği Değerlendirme Formu

EK-7: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS)

EK-8: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Kullanım İzni

EK-9: Wijma Doğum Beklentisi Ölçeği -A Kullanım İzni

EK-10: Batman İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni

EK-1: 17-24 YAŞ ARASI GEBELER İÇİN GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 1 (17-24 yaş arası gebeler için)

1. Bölüm

Değerli Katılımcı, **ADÖLESAN GEBELERDE DOĞUM KORKUSU VE SOSYAL DESTEK DÜZEYİNİN POSTPARTUM DEPRESYONA ETKİSİ** isimli çalışmamıza davet edilmiş bulunmaktasınız.

Bu çalışmada amacımız; Adölesan gebelerde antenatal dönemde doğum korkusu ve anksiyete düzeylerini tanımlamak ve postpartum erken dönemde depresif belirtilerin ortaya çıkması ve emzirme durumlarına etkisini belirlemektir

Düşünceleriniz bize bu konuya ışık tutma ve çözüm yolları üretmede yardımcı olacaktır. Bu ankette sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Vereceğiniz tüm bilgiler gizli kalacak, sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecek, ihtimamla korunacak ve bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Anketi doldurup doldurmamak tamamen sizin inisiyatifinizdedir. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Hatta kendinize ait bilgilerin kullanılması iznini istediğiniz anda geri çekebilirsiniz. Her durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu değildir.

Çalışmamıza katılacaklar için; hiçbir şekilde bir risk bulunmamaktadır. Herhangi bir ilaç uygulaması veya tetkik yaptırılması da söz konusu değildir. Bilimsel bir yayına dönüşecek olan bu çalışmamıza katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu çalışmada size sorulacak soruların doğru cevapları yoktur bu yüzden size en uygun olan seçeneği işaretlemeniz ve her soruya eksiksiz yanıt vermeniz yeterlidir. Sormak istediğiniz bir şey olursa hiç çekinmeden sorabilirsiniz. İstedığınız zaman çalışmadan ayrılabileceğinizi, bunun sizin tıbbi bakımınızı hiçbir şekilde etkilemeyeceğini de belirtmek isteriz.

2.Bölüm

Bu bilgi aktarımından sonra araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Bu araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Çalışmaya katılıp katılmama ve herhangi bir anda çalışmadan çıkma, hatta katıldıktan sonra bilgilerimin kullanılması iznini istediğim zaman geri çekebilme hakkına sahip olduğumu biliyorum. Bu yüzden herhangi bir ceza veya hak kaybı ile de karşılaşmayacağım bana iletildi. Ankette kimlik bilgilerimin yer almayacağı ve bilgilerin tamamen gizli kalacağı, bilimsel amaç dışında kullanılmayacağı ve ihtimamla korunacağı bana ayrıntılı şekilde anlatıldı. Eğer bu araştırmaya katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve çalışmayı yürütenler ile olan ilişkimize herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi rızamla, hiç kimsenin etkisi altında kalmadan sadece kendi görüşüme uygun kutucukları işaretleyeceğim.

Bu çalışmada bana yöneltilen soruların doğru cevaplarımın olmadığı, bana en uygun olan seçeneği işaretlemem ve her soruya eksiksiz yanıt vermemin yeterli olduğu belirtildi. İstedğim zaman çalışmadan ayrılabileceğimi, bunun benim tıbbi bakımımı hiçbir şekilde etkilemeyeceğini de biliyorum. Konu ve anketle ilgili sorum olursa araştırmacılara soracağım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Kendi başıma adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Araştırmacı: Şahide AKBULUT

Email: sahakbulut@hotmail.com

Tel: 0538 749 58

Adı,soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

EK-2: 16 YAŞ ADÖLESAN GEBE AİLE ÜYESİNDEN ALINAN ONAM FORMU**2. Bölüm****Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 2 (16 yaş adölesan gebeler için Aile Üyesinden alınan onam)**

Değerli Katılımcı, **ADÖLESAN GEBELERDE DOĞUM KORKUSU VE SOSYAL DESTEK DÜZEYİNİN POSTPARTUM DEPRESYONA ETKİSİ** isimli çalışmamıza davet edilmiş bulunmaktasınız.

Bu çalışmada amacımız; Adölesan gebelerde antenatal dönemde doğum korkusu ve anksiyete düzeylerini tanımlamak ve postpartum erken dönemde depresif belirtilerin ortaya çıkması ve emzirme durumlarına etkisini belirlemektir.

Düşünceleriniz bize bu konuya ışık tutma ve çözüm yolları üretmede yardımcı olacaktır. Bu ankette sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Vereceğiniz tüm bilgiler gizli kalacak, sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecek, ihtimamla korunacak ve bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Anketi doldurup doldurmamak tamamen sizin inisiyatifinizdedir. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Hatta kendinize ait bilgilerin kullanılması iznini istediğiniz anda geri çekebilirsiniz. Her durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu değildir.

Çalışmamıza katılacaklar için; hiçbir şekilde bir risk bulunmamaktadır. Herhangi bir ilaç uygulaması veya tetkik yaptırılması da söz konusu değildir. Bilimsel bir yayına dönüşecek olan bu çalışmamıza katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu çalışmada size sorulacak soruların doğru cevapları yoktur bu yüzden size en uygun olan seçeneği işaretlemeniz ve her soruya eksiksiz yanıt vermeniz yeterlidir. Sormak istediğiniz bir şey olursa hiç çekimden sorabilirsiniz. İsteddiğiniz zaman çalışmadan ayrılabileceğinizi, bunun sizin tıbbi bakımınızı hiçbir şekilde etkilemeyeceğini de belirtmek isteriz.

2.Bölüm

Bu bilgi aktarımdan sonra araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Bu araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Çalışmaya katılıp katılmama ve herhangi bir anda çalışmadan çıkma, hatta katıldıktan sonra bilgilerimin kullanılması iznini istediğim zaman geri çekebilme hakkına sahip olduğumu biliyorum. Bu yüzden herhangi bir ceza veya hak kaybı ile karşılaşmayacağım bana iletildi. Ankette kimlik bilgilerimin yer almayacağı ve bilgilerin tamamen gizli kalacağı, bilimsel amaç dışında kullanılmayacağı ve ihtimamla korunacağı bana ayrıntılı şekilde anlatıldı. Eğer bu araştırmaya katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımımı ve çalışmayı yürütenler ile olan ilişkimize herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi rızamla, hiç kimsenin etkisi altında kalmadan sadece kendi görüşüme uygun kutucukları işaretleyeceğim.

Bu çalışmada bana yöneltilen soruların doğru cevaplarının olmadığı, bana en uygun olan seçeneği işaretlemem ve her soruya eksiksiz yanıt vermemin yeterli olduğu belirtildi. İstedğim zaman çalışmadan ayrılabileceğimi, bunun benim tıbbi bakımımı hiçbir şekilde etkilemeyeceğini de biliyorum. Konu ve anketle ilgili sorum olursa araştırmacılara soracağım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Kendi başıma adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Araştırmacı: Şahide AKBULUT
Email: sahakbulut@hotmail.com
Tel: 0538 749 58

Aile Üyesinin Adı,soyadı:

Yakınlık derecesi:

Adres:

Tel:

İmza

EK-4: WİJMA DOĞUM BEKLENTİSİ ÖLÇEĞİ -A (W-DEQ-A)

WİJMA DOĞUM BEKLENTİSİ/DENEYİMİ ÖLÇEĞİ (W-DEQ).A VERSİYONU

Bu anket formu, kadının doğum sancuları ve doğumu sırasında yasayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır. Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancularınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini hayal ettiğiniz duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz. Lütfen soruları yanıtlarken hayal ettiğiniz doğum sancularını ve doğumu düşününüz, ümit ettiğiniz şekli değil.

I Doğum sancuları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

1. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Son derece mükemmel _____ Hiç mükemmel değil

2. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Son derece korkunç _____ Hiç korkunç değil

II Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

3. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Son derece yalnız _____ Hiç yalnız değil

4. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Son derece güçlü _____ Hiç güçlü değil

5. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Son derece kendinden emin _____ Hiç kendinden emin değil

6. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Son derece korkmuş _____ Hiç korkmamış

7. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Son derece yüzüstü bırakılmış _____ Hiç yüzüstü bırakılmamış

8. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Son derece güçsüz _____ Hiç güçsüz değil

II Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

9. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Son derece güvende _____ Hiç güvende değil

10. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Son derece bağımsız _____ Bağımlı

11. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Son derece umutsuz _____ Hiç umutsuz değil

12. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Son derece gergin _____ Gerginlik yok

13. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Son derece memnun _____ Hiç memnun değil

14. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Son derece hoşnut _____ Hiç hoşnut değil

15. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Son derece terk edilmiş _____ Hiç terk edilmemiş

16. 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____
Tamamen kendine hakim _____ Hiç kendine hakim değil

17.0	1	2	3	4	5
Son derece rahat					Hiç rahat değil
18.0	1	2	3	4	5
Son derece mutlu					Hiç mutlu değil
III Doğum sancuları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?					
19.0	1	2	3	4	5
Aşırı panik					Hiç panik değil
20.0	1	2	3	4	5
Aşırı ümitsizlik					Ümitsizlik yok
21.0	1	2	3	4	5
Aşırı çocuğa kavuşma isteği					Hiç çocuğa kavuşma isteği yok
22.0	1	2	3	4	5
Aşırı öz güvenli					Öz güveni yok
23.0	1	2	3	4	5
Son derece kendine güvenli					Kendine güvensiz
24.0	1	2	3	4	5
Aşırı ağrılı					Hiç ağrı yok
IV Doğum sancularınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?					
25.0	1	2	3	4	5
Son derece kötü davranacağım					Kötü şekilde davranmayacağım
26.0	1	2	3	4	5
Bedenimin bütün kontrolü sağlamlasına izin vereceğim					Bedenimin bütün kontrolü sağlamlasına izin vermeyeceğim
27.0	1	2	3	4	5
Kontrolümü tamamen kaybedeceğim					Kontrolümü kaybetmeyeceğim
V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?					
28.0	1	2	3	4	5
Son derece keyif verici					Hiç keyif verici değil
29.0	1	2	3	4	5
Son derece doğal					Hiç doğal değil
30.0	1	2	3	4	5
Tamamen olması gerektiği gibi					Hiç olması gerektiği gibi değil
31.0	1	2	3	4	5
Son derece tehlikeli					Hiç tehlikeli değil
VI Son bir ay içinde doğum sancuları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?					
32.doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?					
0	1	2	3	4	5
Hiç					Çok sık
33.doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?					
0	1	2	3	4	5
Hiç					Çok sık

EK-5: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet.
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet.
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim).bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet.
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden).alırım.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet.
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet.
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet.
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet.
8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle).
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet.
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet.
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet.
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim).bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet.
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet.

EK-6: EŞ DESTEĞİ DEĞERLENDİRME FORMU

Bu form doğum sonrası dönemde eşinizin siz verdiği desteği incelemektedir. Çizelgede en sol tarafta “Hiç..” ile başlayan kısım “0” puan ve en sağ tarafta “Tamamen...” vb olumlu ifadeler “10” puan ile derecelendirilmektedir. 0-10 arasında çizelgede size en uygun puan aralığını düşünerek işaret koyunuz.

1. Eşiniz Her İhtiyacınızda Size Destek Olma Durumunu Belirtiniz.

Hiç destek olmadı

Tamamen yanımda/destek oldu

2. Eşinizle Gebeliğinizde ve Doğum Sonrasında Sorunlarınızı Konuşma Durumunuzu Belirtiniz?

Hiçbir sorunumuzu konuşamadık

Sorunlarımızı tamamen konuştuk

3. Eşimle Gebeliğime ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Tüm Kararları Alma Durumunuzu Belirtiniz?

Hiçbir kararı birlikte almadık

Tüm kararlarımızı birlikte aldık

4. Eşiniz Gebeliğinizde ve Doğum Sonu Dönemde Evle İlgili Sorumluluklarda Size Yardımcı Olma Durumunu Belirtiniz?

Hiç yardımcı olmadı

Sürekli yardımcı oldu

5. Eşiniz Gebeliğinizde ve Doğum Sonu Dönemde Size Her Zamankine Göre Anlayış Durumunu Belirtiniz?

Hiç anlayışlı olmadı

Her zamankinden daha anlayışlı oldu

EK-7: EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR MERKEZİ DEPRESYON SKALASI (EAMDS)

EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR MERKEZİ DEPRESYON SKALASI

Aşağıda hissettiğiniz veya davranışlarınızla ilgili bir durumlar listesi vardır. geçen hafta süresince belirtilen durumu ne sıklıkta hissettiğinizi lütfen söyleyiniz.

SON BİR HAFTA SÜRESİNCE:	Nadiren Ya Da Hiç (Haftada 1 Gün Ya Da Daha Az).	Ara-Sıra (Haftada 1-2 Gün).	Sıklıkla (Haftada 3-4 Gün).	Çoğu Zaman Ya Da Her Zaman (Haftada 5-7 Gün).
1.Normalde Bana Sıkıntı Vermeyecek Olaylar, Beni Rahatsız Etti.				
2.Yemek Yemek İstemedim, İştahım Kötüydü.				
3.Ailemin Desteğine Rağmen, Hüzünlü Olmaktan Kurtulamadığımı Hissettim.				
4.Diğer İnsanlar Kadar İyi Olduğumu Hissettim.				
5.Yaptığım İşe Zihnimi Toparlama Sorun Yaşadım.				
6.Kendimi İçe Kapanık (Depresif) Hissettim.				
7.Yaptığım Her İş İçin Çaba Sarf Etmem Gerekli olduğunu Hissettim.				
8.Gelecek Hakkında Umut Doluydum.				
9.Yaşamımda Başarısız Olduğumu Hissettim.				
10.Kendimi Korkulu, Ürkek Hissettim.				
11.Uykum Huzursuzdu.				
12.Mutluydum.				
13.Her Zamankinden Daha Az Konuştum.				
14.Kendimi Yalnız Hissettim.				
15.İnsanlar Bana Dostça Gelmedi.				
16.Yaşamdan Zevk Aldım.				
17.Ağlama Nöbetlerim Oldu.				
18.Kendimi Üzgün Hissettim.				
19.İnsanların Benden Hoşlanmadığını Hissetti				
20. Yaptığım Herhangi Bir Şeye Devam Edemedim.				

EK-8: EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR MERKEZİ DEPRESYON SKALASI KULLANIM İZİNİ



Şahide akbulut <shahakbulut@gmail.com>
Alıcı: syilmaz33



Subject: EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMA MERKEZİ DEPRESYON SKALASI (EAMDS)

Sayın Sema Hocam,

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi doktora öğrencisiyim. Tez çalışmamda Adolesan ve Genç annelerde çalışacağım geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) izniniz olursa kullanmak istiyorum. İyi çalışmalar diler, şimdiden teşekkür etmek isterim. Saygılarımla.

Msc Şahide AKBULUT.

Batman Üniversitesi S.H.M.Y.O.Merkez Kampüs Ek Bina
2. Kat 222 Numaralı Oda
Batman Türkiye



syilmaz33@gmail.com
Alıcı: ben



Sevgili Şahide,

Çalışmada Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Skalasını (EAMDS) kullanmandan memnuniyet duyar, başarılar dilerim. Selamlar...

iPhone'umdan gönderildi

EK-9: WİJMA DOĞUM BEKLENTİSİ ÖLÇEĞİ -A KULLANIM İZİNİ

Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği A Versiyonu kullanım izni



şahide akbulut
3.06.2016 Cum 12:48
oznurkorukcu@akdeniz.edu.tr



Öznur KÖRÜKÇÜ Hocam Merhaba,

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne bağlı Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisiyim doktora tez çalışmamın bir parçası olarak prenatal dönemde gebelerde doğum korkusu düzeylerini belirlemek için **Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği A Versiyonu** kullanmam gerekecek bu hususta geçerlilik ve güvenilirliğini çalıştığımız ölçeği kullanmam da gerekli izinin tarafınızca verilmesi hususunda bilgilerimi arz ederim. Kolay gelsin iyi çalışmalar diliyorum....

Şahide AKBULUT

Tel: 0538 749 00 58

RE: Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği Kullanım İzni



şahide akbulut
3.06.2016 Cum 16:38
Oznur Korukcu



Merha hocam tekrar,
Çok Teşekkür ederim öncelikle desteğiniz ve nazik karşılığınız için sağ olun iyi çalışmalar diliyorum kolay gelsin.

> From: oznurkorukcu@akdeniz.edu.tr
> To: sahakbulut@hotmail.com
> Subject: Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği Kullanım İzni
> Date: Fri, 3 Jun 2016 10:10:24 +0000
>
> Merhaba,
> Çalışmanızda kullanmanız için, Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği A (gebelikte doğuma ilişkin beklentiler için) ve B (doğum sonu dönemde deneyimler için) versiyonunu, geçerlik-güvenirlik makaleleri ile birlikte ekte gönderiyorum. A versiyonu 33 maddeli, B versiyonu ise faktör analizi sonucu bir maddeyi çıkarttığımız için 32 maddeli. Ölçek puanının yüksek olması doğum korkusunun da yüksek olduğunu gösteriyor. Ölçek konusunda sormak istediğiniz bir şey olursa çekinmeden benimle bağlantıya geçebilirsiniz. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.
>
> Yrd.Doç.Dr. Öznur KÖRÜKÇÜ

EK-10: BATMAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİNİ

T.C.
BATMAN VALİLİĞİ
HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 21323317/806.01.03
Konu : Tez İçin İzin Talebi

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi doktora öğrencisi Şahide AKBULUT müdürlüğümüze bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde "**Adölesan Gebelerde Doğum Korkusu ve Sosyal Destek Düzeyinin Postpartum Depresyona Etkisi**" konularında tez talep etmekte olup, talebi ile ilgili dilekçesi ekte sunulmuştur.

Konuyla ilgili gerekli onayın verilmesi hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Selahattin KAÇAN
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

OLUR

.../.../2016

Dr. İzzet GÖK
Halk Sağlığı Müdürü V.

EKLER:

Araştırma İzin Talebi Dilekçesi ve Ekleri (33 Sayfa)

Kültür Mahallesi Üniversite Caddesi/ BATMAN
Batman Halk Sağlığı Müdürlüğü

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8a350888-73c5-4635-9d10-6d8c456c0abf kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ETİK KURUL KARARI

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI BATMAN BÖLGE DEVLET HASTANESİ ETİK KURULU ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI (Ethics Committee Approval Form)

Sayı:

Tarih:28/04/16

Konu: Klinik araştırma

Sayın Öğr.Gör.ŞAHİDE AKBULUT'un "Adölesan Gebelerde Doğum Korkusu ve Sosyal Destek Düzeyinin Postpartum Depresyona Etkisi (The Effects of Fear of Birth and Social Support Level on Postpartum Depression in Pregnant Adolescents)" başlıklı çalışma ile kurumunuza yaptığı başvuru değerlendirilmiş ve anılan klinik araştırmanın yürütülmesi için ön izin verilmesine karar verilmiştir. Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makale örneği ile birlikte başvurup talep edilmesi halinde, kurumumuzca kesin onay belgesi verilecektir. Bilgilerinizi rica ederim.

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU					
	PROTOKOL ADI	Adölesan Gebelerde Doğum Korkusu ve Sosyal Destek Düzeyinin Postpartum Depresyona Etkisi (The Effects of Fear of Birth and Social Support Level on Postpartum Depression in Pregnant Adolescents)				
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVAN/ADI	Öğr.Gör.ŞAHİDE AKBULUT				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	BATMAN İLİ HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜNE BAĞLI AİLE SAĞLIK MERKEZLERİ				
	DESTEKLEYİCİ FİRMA	-				
	FAZİ	-				
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	BELGE ADI	TARİH/DEĞİŞİKLİK NO/SU	DİLİ			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		T			
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ		T			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		T			
	OLGU RAPOR FORMU					
	DÜNYA TIP BİRLİĞİ/HELSİNKİ BİLDİRGESİ		T			
	CALIŞMANIN HENÜZ BAŞLAMAMIŞ OLDUĞUNU GÖSTEREN BELGE		T			
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ YAYINLAR		T-İ			
ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU					
	KARAR NO:72	TARİH:28/04/16				
KARAR BİLGİLERİ	Sayın Öğr.Gör.ŞAHİDE AKBULUT'un "Adölesan Gebelerde Doğum Korkusu ve Sosyal Destek Düzeyinin Postpartum Depresyona Etkisi (The Effects of Fear of Birth and Social Support Level on Postpartum Depression in Pregnant Adolescents)" başlıklı çalışma ile kurumunuza yaptığı başvuru değerlendirilmiş ve anılan klinik araştırmanın yürütülmesi için ön izin verilmesine karar verilmiştir. Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makale örneği ile birlikte başvurup talep edilmesi halinde, kurumumuzca kesin onay belgesi verilecektir.					
ETİK KURUL ÜYELERİ VE ONAYLARI						
ÜNVAN/AD/NOVA/BAK ÜYELİĞİ	EQMANLIK DALI	KURUMU	CİNSİYETİ	İLİŞKİ	KATILIM	İMZA
Uz.Dr.Neslihan İncili Artut-Üye- Başkan	Nükleer Tıp	Batman Bölge Devlet Hastanesi	E K+	E H*	E** H	<i>[Signature]</i>
Uz.Dr.Abdussamet Gölsüm-Üye	Kardiyoloji	Batman Bölge Devlet Hastanesi	E+ K	E H*	E** H	<i>[Signature]</i>
Uz.Dr.Kamuran Tekin-Üye	Kardiyoloji	Batman Bölge Devlet Hastanesi	E+ K	E H*	E** H	<i>[Signature]</i>
Uz.Dr.Ali Piriñçi-Üye	Mikrobiyoloji	Batman Bölge Devlet Hastanesi	E+ K	E H*	E** H	<i>[Signature]</i>
Uz.Dr.Barış Türker-Üye	Genel Cerrahi	Batman Bölge Devlet Hastanesi	E+ K	E H*	E** H	<i>[Signature]</i>

Batman Bölge Devlet Hastanesi Etik Kurulu

* Araştırma ile ilgili (E:evet H:hayır)
**Toplantıda bulunmadı(E:evet H:hayır)
T:Türkçe
İ:İngilizce

BATMAN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİK - BATMAN BÖLGE
DEVLET HASTANESİ
29/04/2016 10:16 7514452 / 441 09 / 2074



0962097402

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ADÖLESAN GEBELERDE DOĞUM KORKUSU VE SOSYAL DESTEK DÜZEYİNİN POSTPARTUM DEPRESYONA ETKİSİ
(1)

ORJİNALLİK RAPORU

% 13 BENZERLİK ENDEKSİ	% 9 İNTERNET KAYNAKLARI	% 5 YAYINLAR	% 10 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
----------------------------------	--------------------------------------	------------------------	---------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 1
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
3	acikerisim.selcuk.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
4	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	% 1
5	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% 1
6	wcssr.org İnternet Kaynağı	<% 1
7	Submitted to Baskent University Öğrenci Ödevi	<% 1
8	halksagligiokulu.org	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Şahide	Soyadı	AKBULUT
Doğ.Yeri	Diyarbakır	Doğ.Tar.	02.03.1982
Uyruğu	Türkiye Cumhuriyeti	TC Kim No	254.....6
Email	sahakbulut@gmail.com	Tel	04882133532

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/ Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı	2019
Yük.Lis.	Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı	2009
Lisans	Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü	2004
Lise	Diyarbakır Birlik Lisesi	2000

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Ameliyathane Hemşiresi	Diyarbakır Özel Veni Vidi Hastanesi	2005-2006
2.	Ameliyathane Hemşiresi	Dicle Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Ameliyathane Birimi	2006-2010
3.	Öğretim Görevlisi	Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2010-2010
4.	Araştırma Görevlisi	Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünde	2010-2012
5.	Araştırma Görevlisi	Kilis 7 Aralık Üniversitesi Araştırma Görevlisi	2012-2013
6.	Öğretim Görevlisi	Batman Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu	2013-devam

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜD S Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Zayıf	63,75	YÖKDİL 66,25

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	71,50		
(Diğer). Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	İyi
Exel	Orta
SPSS	Orta

Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

Şahide Akbulut, Nezihe Kızılkaya Beji, Adölesan Dönemi ve Cinsellik, Social Mentality And Researcher Thinkers Journal, Vol 4 / Issue 14 / pp:1178-1185, ISSN: 2630-631X

Ulusal Kitap Bölüm Yazarlığı

Şahide Akbulut, Şizofreni, Aile ve Bakım, Güncel Hemşirelik Çalışmaları I, Akademisyen Kitabevi, 114; 2019

Uluslararası ve Ulusal Bilimsel Toplantılarda sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler

- II. Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Dicle Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İletişim Becerileri ve Tükenmişlik Düzeyleri 2008 (Sözel Bildiri)
- III. Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Şizofren Hasta Yakınlarında Aile Yüğü 2009 (Poster Bildiri)
- Uzun Ö, Sevinç S, Akbulut Ş, Özkaptan H, Ulaş M.D, Çekiç N. Kilis Devlet Hastanesi Hemşirelerinde İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyi İlişkisi, 14. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı 120, Bodrum, 2013(Poster Bildiri)
- Hotun Sahın Nevin, Timur Tashan Sermin, Erci Behice, Duman Mesude,Kazan Gülnaz, **Akbulut Sahide**, A Study On The Correlation Between Smoking Mothers And Newborn Birth Weight And Breast-Feeding: A Study In Eastern Turkey, First Global Conference On Contraception, Reproductive And Sexual Health 2013(Poster Bildiri). (Katılımcı)

- **Akbulut Ş.**, Bakır N., Esencan T.Y., Dinçer Y., Adölesan Dönemi Cinsellik 1.Uluslararası & 5.Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi Eskişehir, 24-26 Nisan 2014, (Poster Bildiri).
- Esencan T.Y., Dinçer Y., Bakır N., **Akbulut Ş.**, 1.Uluslararası & 5.Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, Doğum Takibinde Elektronik Fetal Monitorizasyon Kullanımı, 24-26 Nisan 2014, (Poster Bildiri).
- Mamuk R., **Akbulut Ş.**, The 13th Congress Of The European Society Of Contraception And Reproductive Health, Delivery Of Sexual And Reproductive Health Care, Investigation Of The Effects Of Mode Of Delivery N Maternal Antenatal Anxiety, 2014 (Poster Bildiri)
- Dinçer Y.,Bakır N., Esencan T.Y., **Akbulut Ş.**, , Gebelikte Görülen Kansellere Psikolojik Yaklaşım, 1. Ege Ebelik Ve Doğum Kongresi 21-22 Mart 2014, (Poster Bildiri)
- Bakır N., **Akbulut Ş.**, Dinçer Y., Esencan T.Y., Hemşirelik ve Mobbing, 7. TSK Ulusal Hemşirelik Kongresi, 13-15 Mayıs 2014
- 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi, E. Yıldız, **Ş. Akbulut**, S. Çeçen Üniversite Öğrencilerinin Benlik Saygısı ve İletişim Becerileri Arasındaki İlişki, 10-12 Eylül 2015(Poster Bildiri)
- Akbulut Ş, Yanık D. “Hemşirelik Öğrencilerinin Kültürlerarası Duyarlılık Düzeyi ve Hastane Uygulamalarında Yabancı Uyrak Hastalar İle Yaşadıkları Güçlükler”1. Uluslararası 4.Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi, 21-24 Ekim 2017/ Şanlıurfa, Türkiye.
- Gebelikte (Obstetrik).Resüsitasyon, Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Resüsitasyon Sempozyumu, 16 Aralık 2017/Batman, Türkiye (Konuşmacı)
- Kamu Kurumunda Çalışanların Sigara Bağımlılık Düzeyleri, 1. Güneydoğu Anadolu Bölgesi Sigara ve Madde Bağımlılığı Çalıştayı, Batman Üniversitesi, Şubat 2018, (Konuşmacı)
- Derya Yanık - **Şahide Akbulut** - İlknur Yeşilçınar, Göç Eden Üniversite Öğrencilerinin Şiddete Yönelik Görüş ve Düşüncelerinin İncelenmesi, II. Uluslararası Kadın Çalışmaları Kongresi, DESEM, İzmir, 4-5 Ekim 2018 (Sözel Bildiri)

- İlknur Yeşilçınar, Derya Yanık, **Şahide Akbulut**, Göç Eden Üniversite Öğrencilerinin Kültürel Etkileşimlerinin ve Cinsiyet Rollerinin Meleis'in Geçiş Teorisine Göre İncelenmesi, II. Uluslararası Kadın Çalışmaları Kongresi, DESEM, İzmir, 4-5 Ekim 2018 (Sözel Bildiri)
- **Şahide Akbulut**, Ergül Aslan, Postpartum Erken Dönemde Annenin Doğum Süreci Deneyimlerinin Anne-Bebek Bağlanmasına Etkisi, 1.Uluslararası,3.Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi (Sözel Bildiri).İzmir, 18-21 Ekim 2018
- İlknur Yeşilçınar, Derya Yanık, **Şahide Akbulut**, Sigara İçen Üniversite Öğrencilerinin Nikotin Bağımlılık Düzeylerinin Belirlenmesi, 1. uluslararası 2. ulusal sağlık bakım hizmetleri kongresi, Ankara, 02-03 Mayıs 2019 (Sözel Bildiri)
- **Şahide Akbulut**, Derya Yanık, Hemşirelerin Kültürel Duyarlılıkları ve Yabancı Uyruklu Hastalarının Bakımında Yaşadıkları Güçlükler, 1. uluslararası 2. ulusal sağlık bakım hizmetleri kongresi, Ankara, 02-03 Mayıs 2019 (Poster Bildiri)
- **Şahide Akbulut**, Derya Yanık, Üniversite Öğrencilerinin Sosyodemografik Özellikleri ve Cinsel Sağlık İle Üreme Sağlığına Yönelik Bilgi Düzeyleri, 1. uluslararası 2. ulusal sağlık bakım hizmetleri kongresi, Ankara, 02-03 Mayıs 2019 (Poster Bildiri)

Özel İlgil Alanları (Hobileri): Reformer Plates yapmak, yürüyüş yapmak, kitap okumak müzik dinlemek, toprakla uğraşmak.