



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ADÖLESAN VE YETİŞKİN GEBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE
ÖZ-YETERLİLİKLERİNİN BELİRLENMESİ**

BENAY OĞUZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ SELMA ŞEN

MANİSA-2018



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ADÖLESAN VE YETİŞKİN GEBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE
ÖZ-YETERLİLİKLERİNİN BELİRLENMESİ**

BENAY OĞUZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

DR. ÖĞR. ÜYESİ SELMA ŞEN

(Tez Danışmanı)

PROF. DR. ÜMRAN SEVİL

(Jüri Üyesi)

DR. ÖĞR. ÜYESİ SEVAL CAMBAZ ULAŞ

(Jüri Üyesi)

MANİSA-2018

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilemeyen 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 davranışım olmadığını beyan ederim.

Benay OĞUZ

TEŞEKKÜR

Hem lisans hem de yüksek lisans hayatımda beni yönlendiren, bu araştırmanın planlanmasından tamamlanmasına kadar bütün titizliği ile inceleyen, bilgi birikimini ve deneyimlerini hiç esirgemeyen; gösterdiği anlayış, güven, sabır ve tüm emekleri için kıymetli hocam *Dr. Öğr. Üyesi Selma ŞEN'e*,

Tez jüri üyeleri olarak görev alan ve tezim ile ilgili önerilerde bulunarak bilimsel katkı sağlayan kıymetli hocalarım *Prof. Dr. Ümran SEVİL* ve *Dr. Öğr. Üyesi Seval CAMBAZ ULAŞ'a*

Sevgi, ilgi ve özeni ile daima yanımda olan, araştırmamın istatistiksel analizi başta olmak üzere tüm süreçte desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşım *Arş. Gör. Mehmet GÜLŞEN'e*

Araştırmamı yürüttüğüm gebe polikliniğinde çalışan hoşgörülü yaklaşımları ve deneyimleriyle beni aydınlatan *Ebe Meryem AHAT* ve *Ebe Ulviye GÖKTÜRK'e*

Sevgisini, maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen *Canım Geniş Ailem'e*

Hayatımın her alanında en çaresiz anlarımda bile beni cesaretlendiren, motive eden, bu yaşa gelmemde en büyük emeği olan, çok sevdiğim annem *Bedia UÇAK'a*

Bu stresli süreçte sesini duyduğumda tüm olumsuzlukları unuttuğum, beni neşelendiren, ailemizin en küçük üyesi canımdan öte kardeşim *Ceylin Ece UÇAK'a*,
Araştırmaya gönüllü olarak katılan tüm gebelere,

Sonsuz Teşekkür Ederim...

Benay OĞUZ
Manisa, 2018

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
BEYAN.....	i
TEŞEKKÜRLER.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	vi
KISALTMALAR.....	vii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ.....	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Gebelik.....	5
2.1.1. Gebeliğe Fiziksel Uyum.....	5
2.1.2. Gebeliğe Psikososyal Uyum.....	8
2.1.3. Gebelikte Doğum Algısı	10
2.1.4. Gebeliğe Hazır Oluşluk.....	10
2.2. Adölesan Gebelik.....	11
2.2.1. Adölesan Gebelik Tanımı.....	11
2.2.2. Dünyada ve Türkiyede Adölesan Gebelik Sorunu.....	12
2.2.3. Adölesan Gebeliklerin Sonuçları.....	13
2.2.3.1. Anne Açısından Sonuçları.....	14
2.2.3.2. Bebek Açısından Sonuçları.....	17
2.3. Öz-yeterlilik.....	18
2.3.1. Öz-yeterlilik Tanımı.....	18
2.3.2. Öz-yeterliliğin Gelişmesine Etki Eden Süreçler.....	21
2.3.3. Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik.....	22
2.3.4. Öz-yeterlilik Algısının Arttırılmasında Ebenin Rolü.....	23
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
5.1. Araştırmanın Amacı.....	24
5.2. Araştırma Soruları.....	24
5.3. Araştırmanın Tipi.....	24
5.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	24
5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	24

5.6. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri.....	25
5.7. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	26
5.7.1. Gebe Tanıtım Formu.....	27
5.7.2. Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu (DÖYE-D32).....	27
5.8. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi	27
5.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	27
5.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	28
6. BULGULAR.....	29
6.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri Ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımına İlişkin Bulgular.....	29
6.2. Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular.....	34
6.3. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	35
6.4. Gebelerin Gebeliklerine Ait Bilgilerine Göre Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	40
7. TARTIŞMA.....	45
7.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri Ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	45
7.2. Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	48
7.3. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması	51
7.4. Gebelerin Gebeliklerine Ait Bilgilerine Göre Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	51
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
8.1. Sonuç.....	53
8.2. Öneriler.....	54
9. KAYNAKLAR.....	56
10. EKLER.....	68
Ek-1 Kişisel Bilgi Formu.....	68

Ek-2 Ölçek.....	69
Ek-3 Etik Kurul İzni.....	71
Ek-4 Kurum İzni.....	72
Ek-5 Ölçek İzni.....	74
Ek-6 Yönetim Kurulu Kararı.....	75
11. ÖZGEÇMİŞ.....	76



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 2. Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaş Gruplarının Dağılımı

Tablo 3. Eş Yaşına Göre Gebelerin Dağılımı

Tablo 4. Bazı Obstetrik Özelliklere Göre Yaş Gruplarının Dağılımı

Tablo 5. Gebeliğe İlişkin Bilgilere Göre Yaş Gruplarının Dağılımı

Tablo 6. Adölesan ve Yetişkin Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 7. Adölesan ve Yetişkin Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 8. Gebeliğe İlişkin Özelliklere Göre Adölesan ve Yetişkin Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

KISALTMALAR

CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık

DÖYE-D32: Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EBAS-16: Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası

FSH: Folikül Stimüle Eden Hormon

GA: Güven Aralığı

HCG: Human Koryonik Gonodotrop Hormon

HPL: Human Plasental Laktojenik

LH: Luteinize Hormon

OR: Odds Oranı

SBAS-16: Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Sonuç Beklentisi Alt Skalası

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TSH: Tiroid Stimüle Edici Hormon

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ADÖLESAN VE YETİŞKİN GEBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE ÖZ-YETERLİLİKLERİNİN BELİRLENMESİ

Benay OĞUZ

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Selma ŞEN

Ebelik Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Araştırma, adölesan ve yetişkin gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte planlanmıştır. Örneklem Manisa merkezdeki bir devlet hastanesinde gebe polikliniğine başvuran 73 adölesan gebe ve 219 yetişkin gebe toplamda 292 gebeden oluşmuştur. Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından Gebe Tanıtım Formu ve Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu (DÖYE-D32) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, frekans ve yüzde dağılımları ile Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Student t testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği (DÖYE-D32) toplam puan ortalamasının adölesan gebelerde $237,84 \pm 34,87$, yetişkin gebelerde $257,53 \pm 30,29$ olduğu saptandı. Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Sonuç Beklentisi Alt Skalası puan ortalamasının adölesan gebelerde $132,89 \pm 16,41$, yetişkin gebelerde $142,59 \pm 13,58$ olduğu saptandı. Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası puan ortalamasının adölesan gebelerde $104,95 \pm 23,44$, yetişkin gebelerde $114,94 \pm 23,70$ olduğu saptandı.

Sonuç: Adölesan ve yetişkin gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam ve alt skala puanları arasında fark olduğu, yetişkin olmanın, geniş ailede yaşamının, multiparitenin, sosyal desteğin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeyini olumlu yönde artırdığı sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Doğum eylemi, öz-yeterlilik, adölesan gebelik

THE DETERMINATION OF CHILDBIRTH OF SELF-EFFICACY IN ADOLESCENT AND ADULT PREGNANTS

Benay OGUZ

Supervisor: Assist. Prof. Selma SEN

Midwifery Department

ABSTRACT

Aim: This research was conducted to determine the self-efficacy of the births of adolescent pregnant and adult pregnant.

Material and Method: The research was conducted descriptive study. The study sample consisted of 292 pregnant women, 73 adolescent pregnant and 219 pregnant adult pregnancy who applied to a pregnancy outpatient clinic in a state hospital in Manisa city centre. The data of the study were collected by the researcher using the Pregnancy Presentation Form and the Turkish Version of Scale-Short Form of the Childbirth of Self-Efficacy Inventory. Descriptive statistics (frequency/percentage, arithmetic mean), Kruskal Wallis, Mann Whitney U, and Student t tests were used in data evaluation.

Results: The average scores of the Turkish Version of the Childbirth of Self-Efficacy Scale-Short Form calculated for adolescent pregnant as $237,84 \pm 34,87$, and $257,53 \pm 30,29$ for adult pregnant. The average scores of "Outcome Expectancies" calculated for adolescent pregnant as $132,89 \pm 16,41$, and $142,59 \pm 13,58$ for adult pregnant. The average scores of "Efficacy Expectancies" calculated for adolescent pregnant as $104,95 \pm 23,44$, and $114,94 \pm 23,70$ for adult pregnant.

Conclusion: A significant difference was found between the Childbirth of Self-Efficacy Inventory total and subscale scores of adolescents and adult pregnancies. being adult, living in large family, multiparity, and social support increased self-efficacy at birth.

Key Words: Childbirth, self-efficacy, adolescent pregnant

1. GİRİŞ

Gebelik, doğurgan çağdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olaydır (Beydağ ve Mete 2008). Bu dönem anne vücudunda meydana gelen doğal ve bütüncül bir döngü olsada, gebe kadın birtakım psikolojik ve sosyal değişimler yaşar ve bu değişimlere uyum sağlama gereksinimi duyar. Bu dönemde anatomik, fizyolojik ve psikolojik birçok değişiklik meydana gelmektedir (Yıldırım 2015). Gebelik sadece gebe kadını değil diğer aile üyelerini de etkiler. Gebe ve ailesi aileye yeni katılacak bebeğe yönelik yeni roller öğrenme sürecine girerler; bu nedenle, gebelik süreci kadın ve ailesi için bir kriz dönemi olabilmektedir (Beydağ ve Mete 2008).

Adölesan gebelik, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre 10-19 yaşlarındaki kadınlarda oluşan gebelik olarak tanımlanmaktadır. Adölesan dönemde gebelik gerçekleştiğinde annenin hem kendi bedensel gelişimi tamamlanmamış hem de doğacak çocuğa bakabilecek ve sorumluluğunu kaldırabilecek bilgi birikimi ve sorumluluk duygusu gelişmemiştir (Kırbaş 2011). Bu nedenle adölesanların gebeliğe uyumları daha zor olabilmektedir. Çünkü kadın hem adölesan dönemin hem de gebeliğin bazı gelişimsel görevlerini başarmak zorundadır (Meschke ve Bartholomae 1998). Adölesan dönemde gebelikle başa çıkmak, adölesanın bu zorlu dönemde kendi yeterliliğinden şüphe etmesine neden olabilmektedir Adölesanlarda bir bebek sahibi olma bilinci daha zor oluşacağı gibi çocuk yetiştirme konusunda gerçekçi olmayan beklentiler içine girmeye eğilim göstermektedirler (Lara ve ark. 2016). Bu nedenle adölesan anneler psikolojik olarak tehlike altındadırlar. Adölesan gebeler daha ileri yaştakilere göre daha yüksek düzeyde stres, ümitsizlik, depresyon, acizlik, kendine güvende düşüklük, kişisel başarısızlık hissi ve intihar girişimi deneyimleyebilmektedir (Meschke ve Bartholomae 1998).

DSÖ'nün 2014 yılında yayınlandığı rapora göre, 15-19 yaşlarındaki yaklaşık 16 milyon ve 15 yaşın altında ki 2 milyon adölesan gebe her yıl doğum yapmaktadır. Dünya genelinde, adölesan dönemdeki beş kızdan biri doğum yapmaktadır (WHO 2014). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 raporuna göre, Türkiye çapında doğumların yaklaşık %5'ini adölesan yaştaki gebeler gerçekleştirmektedir. Adölesan yaşta yapılan doğumların yüzdesi 18 yaşından sonra hızlı bir şekilde

artmaktadır. Çocuk doğurma davranışı 17 yaşından önce nadir olarak görülürken, 19 yaşındaki kadınların yüzde 16'sının anne olduğu veya ilk çocuğuna gebe olduğu görülmektedir (TNSA 2013). 15–19 yaşlarındaki adölesanlarda, 20 yaşın üstündeki kadınlara kıyasla gebelik veya doğum sırasında ölüm riski iki katına çıkmaktadır. 15 yaşın altındaki adölesanlarda gebelik veya doğum sırasında ölüm oranı beş kat daha fazladır. 2013 yılında Meksika’da yapılan bir çalışma da 15-19 yaşlarındaki hastaneye yatan kadınların %83,9’unun obstetrik nedenlerden dolayı tedavi gördüğü ortaya çıkmıştır (Lara ve ark. 2016).

Öz-yeterlilik, kişinin hem bir görevi başarılı bir şekilde gerçekleştirebileceği inancı, yani “yeterlilik beklentisi”, hem de görevi yerine getirirken gösterilen davranışların hangi sonuçları doğuracağı tahmini, yani “sonuç beklentisi” olarak tanımlanmıştır (Tilden ve ark. 2016). Öz- yeterlilik kavramı ilk kez 1977 yılında Albert Bandura tarafından tanımlanmıştır. Bandura öz-yeterlilik kavramını, insan davranışını nasıl geliştirdiğini ve etkilediğini gösteren bir kuram içine yerleştirmiştir (Hayden 2013). Öz-yeterlilik birbiriyle ilişkili ve birbirini etkileyen bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenlerden oluşur (Carlsson ve ark. 2014).

Doğumda öz-yeterlilik “kadının doğumla baş etme becerisine güven” olarak tanımlanmıştır. Doğumda öz-yeterlilik kavramının sonuç beklentisi ve yeterlilik beklentisi olmak üzere iki beklenti tipi vardır. Sonuç beklentisi, doğumla başa çıkmak için yapılan davranışların doğuracağı sonuçlara ilişkin inançtır. Yeterlilik beklentisi ise bir kadının doğum sırasında bireysel başa çıkma davranışlarını gerçekleştirme yeteneğini ifade eder. Sonuç beklentisi yeterlilik beklentisi ile ilgilidir. Çünkü inançlar beklentileri belirler (Ip ve ark. 2006; Carlsson et all 2014; Tanglakmankhong et all 2010).

Adölesan gebelik anne, bebek ve toplumsal açıdan bakıldığında büyük sorunlara neden olabilmektedir. Dünya genelinde adölesan gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeyini inceleyen sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ülkemizde ise adölesan gebeler üzerinde doğum eyleminde öz-yeterliliğin değerlendirildiği bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Yapılan çalışmalar gebelerin genel öz-yeterliliklerini belirlemek için kullanılan Öz Etkililik Yeterlilik Ölçeği ile yapılmış çalışmalardır. Bu araştırma da adölesan ve yetişkin gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Gebelik dönemi fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyum sağlamayı gerektiren önemli bir süreçtir. Bu değişimlerin başlıca hedefleri anneyi doğuma hazırlamak, annenin fetus için gerekli olan ihtiyaçları karşılayabilmesi için vücudundaki değişiklikleri gerçekleştirmek, fetüsü beslemek, korunmak ve barındırmaktır (Şirin 2015).

Gebelik son menstruasyonunun ilk gününden itibaren 280 gün veya 10 lunar ay veya 40 haftalık bir dönemdir. Gebelikte oluşan değişimler bu süreç içerisinde fizyolojiktir (Şirin 2015).

2.1.1. Gebeliğe Fiziksel Uyum

Gebelik döneminde tüm vücut sistemi anatomik ve fizyolojik değişiklikler gösterir. Bu değişimler, gebelikte artan metabolik gereksinimleri karşılamak, fetüsün gelişim ihtiyaçlarını temin edebilmek ve doğum anında anne ve fetüsün hayatta kalmalarını sağlamak için önemlidir (Kien Tan ve Lon Tan 2013).

Gebelik, sağlıklı kadınlar için büyük fiziksel sorunlara neden olmaz. Ancak belirli faktörler gebeliğin gereksinimlerine adapte olma yeteneğini etkileyebilir (örneğin; maternal yaş, çoklu gebelikler gibi) (Carlin ve Alfirevic 2008).

Gebeliğe genital uyum: Gebelikte en büyük değişiklik genital sistemde gerçekleşir. (Şirin 2015). Bu değişiklikler genellikle damarlanma ve hormon üretimindeki artıştan kaynaklanır (Taşkın 2012).

Salgılanan gebelik hormonlarının ve büyüyen fetüsün etkisi ile uterusda önemli değişiklikler meydana gelir. Östrojen ve progesteronun artışı, uterin kas lifleri ve endometrium tabakasında hipertrofi ve hiperplaziye neden olur. Bunun sonucunda uterusda büyüme gerçekleşir. Uterusun boyutlarındaki büyüme ve plasentanın gelişimine bağlı olarak artan kan ihtiyacını karşılamak için uterusu ait kan damarları ve lenflerde sayı ve ölçü olarak artış olur. Gebeliğin son dönemlerinde maternal kan

volümünün 1/8'i uterusu ait vasküler sistemde tutulur (Taşkın 2012). Gebelik boyunca serviks progesteronun etkisi ile servikal bezlerden salgılanan mukusla dolar. Bu durum bir tıkaç görevi görür ve uterusun içi ve dışı arasında bir bariyer oluşturarak fetüsün dış etkilerden korunmasını sağlar (Şirin 2015).

Gebelik döneminde ovulasyon geçici olarak baskılanır. Bunun nedeni, artan östrojen ve progesteronun ovulasyon için gerekli olan folikül stimüle eden hormonu (FSH) ve luteinize hormonu (LH) baskılamasıdır (Kızılkaya Beji 2015).

Korpus luteum, human koryonik gonodotrop hormonun (hCG) etkisi ile gebeliğin ilk dönemlerinde gelişmeye başlar. Plasenta gelişip yeterli hormon salgılayana kadar gebeliği sürdürmek için korpus luteumdan progesteron salınımı devam eder. Korpus luteum plasenta geliştikten sonra gerileyerek bağ dokusuna dönüşür (Kızılkaya Beji 2015).

Vajinada ise östrojen ve progesteronun etkisi ile damarlanma artar ve dolayısıyla vajinanın kanlanması artış gösterir, kas tabakası hipertrofiye uğrar, vajen mukozası kalınlaşır, bağ dokusu gevşer. Böylece vajina doğuma hazır hale gelir. Vajinal epitelde bulunan laktobasillerin glikojenden laktik asit üretmesi ile vajen pH'ı düşer. Vajende oluşan asidik ortam sonucu patojen mikroorganizmalara karşı direnç oluşur (Şirin 2015).

Gebeliğe kardiyovasküler uyum: Gebeliğin sorunsuz bir şekilde ilerlemesi için kardiyovasküler sistemde önemli değişiklikler meydana gelir. Çoğu kardiyovasküler değişim gebeliğin erken dönemlerinde ortaya çıkar. Kardiyak output, kalp atım hızı ve ekstrasellüler sıvı hacminde artış, kan basıncı ve total periferik basınçta azalma meydana gelir. Ortalama kan basıncı, gebelik sırasında kademeli olarak düşer; kan basıncındaki en büyük düşüş genellikle 16-20 hafta arasında gerçekleşir. Üçüncü trimesterde kan basıncı gebelik öncesi değerlerine yükselir (Hall et al 2011).

Kan plazma hacmi giderek artar ve bu artış %40'a ulaşır. Kırmızı kan hücreleri plazma hacmindeki artışa oranla %30 artar. Bu nedenle, kırmızı kan hücreleri gebelik boyunca azalır ve gebelik anemisi ortaya çıkar (Thornburg et al 2000).

Kardiyak outputtaki artış, uterus ve plasentaya olan kan akışını artırır ve bu durum fetusun gelişimi için önemlidir. Buna ek olarak deriye, böbreklere ve memelere kan akışı da artar. Bu nedenle, gebelikte kardiyak outputtaki artış annenin bazal oksijen tüketimindeki artışa ayak uydurması açısından önemlidir (Thornburg et al 2000).

Gebeliğe respiratuvar uyum: Artan maternal talepleri karşılamak ve fetüsün fizyolojisi için gerekli olan oksijeni sağlamak için, başlangıçta endokrin sistem değişiklikleri ile daha sonra büyümekte olan uterusun aracılığı ile solunum yolu birçok değişikliğe uğrar. Bu değişiklikler fetüs için maternal karbondioksit seviyesini yarı yarıya düşürür. Bu durum daha etkili gaz değişimine olanak sağlar (Carlin ve Alfievic 2008).

Gebelik ilerledikçe uterus yukarıya doğru genişler. Progesteronun etkisiyle gevşeyen bağ dokusundan dolayı kosta çan şeklini alarak genişler. Vital kapasitede önemli bir değişiklik gözlemlenmez (Carlin ve Alfievic 2008).

Gebeliğe gastrointestinal uyum: Gebelik ilerledikçe uterus mide ve bağırsaklara doğru genişler (Kien Tan ve Lon Tan 2013). Bunun sonucunda oluşan konstipasyon ve mide yanması gebelikte en sık görülen semptomlardır. Östrojen ve progesteron seviyelerinin artması nedeniyle gastrointestinal motilite yavaşlar. Özofageal sfinkterler gevşer ve gastrointestinal sistem boyunca geçiş süresi uzar (Talbot ve Maclennan 2016).

Gebeliğe hormonal uyum: Gebeliğin fizyolojik adaptasyonlarının birçoğu dolaşımdaki üreme hormonlarının artmasına bağlıdır. Östrojen ve progesteron gebelik döneminde önce korpus luteumdan daha sonra plasentanın gelişmesiyle birlikte plasentadan salgılanmaya başlar. Plasenta, çeşitli vücut sistemlerinde değişikliklere katkıda bulunan, relaksin, human plasental laktojenik (HPL) ve human koryonik gonadotropin (HCG) gibi hormonları da salgılar (Talbot ve Maclennan 2016). Gebelikte adrenal bezlerden salgılanan kortikosteroid hormonlarının salgılanması artar. Bunun sonucunda ortaya çıkan kortizol artışı, insülin direncinin gelişimine katkıda bulunabilir ve ayrıca cilt pigmentasyonunda değişiklikler yaratabilir (Talbot ve Maclennan 2016).

Gebelik sürecinde insülin ihtiyacı artar. Fetüs maternal glikozu sürekli olarak kullanır. İlk trimestırda bulantı nedeniyle beslenme azalır ve hipoglisemiye yatkınlık gelişir. Fetüsün glikoz talebi artar. Glikoz temini beslenme ile karşılanamadığından dolayı maternal kan glukoz seviyesi düşer. Bunun sonucunda maternal pankreastan glikoz metabolizması için daha az insülin salgılanır. İkinci trimestırda HPL, progesteron ve kortizol maternal dokularda insülin ihtiyacını azaltır. Böylece maternal kan glukoz seviyesinde yükselme gerçekleşir. Kandaki yüksek glikoz seviyesi fetüsün

enerji ihtiyacını karşılamak için daha çok glikozun kullanılmasını sağlar ve ilave insülin salgılanmasını sağlamak için pankreası uyarır. Eğer maternal pankreas artan insülin talebini karşılayamazsa gestasyonel diyabet gelişebilir (Taşkın 2012). Gebelik döneminde tiroid bezi foliküler hiperplaziye uğrar ve boyutunu artırır. Tiroid stimüle edici hormon (TSH) reseptörleri, geçici bir hipertiroidiye yol açan B-HCG, TSH ile yapısal benzerliği paylaştığı için tarafından stimüle edilebilir (Talbot ve MacLennan 2016).

2.1.2. Gebeliğe Psikososyal Uyum

Gebelik, bir kadının hayatında eşsiz ve önemli bir geçiştir. Fizyolojik, psikolojik ve kişiler arası ilişkilerde değişiklikleri içeren bir süreçtir (Sieber ve ark. 2016). Bir kadın gebelikle ilişkili fiziksel olarak değişiklikleri görürken, kişisel inançları, öncelikleri ve benlik imajı konularında kendini yeniden değerlendirmeye karşı karşıya kalır. İlişkilerin kalitesi ve sosyal desteğin bulunması, bu dönemde daha fazla önem kazanmaktadır (Lederman ve Weis 2009). Gebe kadının çocukluk anıları, annesiyle olan ilişkileri, kadınlık rolünü algılayışı, benlik kavramı, daha önce anneliğe hazırlayıcı yaşam deneyimleri, çevresindeki olumlu ve olumsuz rol modelleri, gebeliği planlama durumu, gebeliği kadınlığın bir kanıtı gibi görme kadının gebeliği kabullenmesinde önemli rol oynamaktadır (Yılmaz 2012).

Gebeliğe psikososyal uyum, bir kadının gebelik tanısından itibaren bebeğin doğumuna kadar karşılaştığı zorluklara karşı cevabı ve anneliğe geçiş sürecinin kilit bir bileşenidir (Lederman ve Weis 2009). Bu geçiş sırasında fiziksel ve duygusal değişiklikler beklenmesine rağmen, annenin psikososyal gelişim ihtiyaçları fark edilmeyebilir (Lederman ve Weis 2009).

Anneliğe geçiş sürecini tanımlamak için birçok terim kullanılmıştır. "Annelik rolü gelişimi" terimi, anneliğe geçiş sürecinin tanımlamak için kullanılır. Kadınların anneliğe geçişte yaşadığı adaptif değişiklikler hakkında bilgi geliştirmede etkili olan önemli bilim adamlarından Lederman gebeliğe psikososyal uyumun annelik rolü gelişiminde önemli bir bileşen olduğunu ve yedi boyuttan oluştuğunu ileri sürmüştür. Lederman' a göre annelik rolünü kavramsallaştırılan yedi boyut vardır. Bunlar;

- 1) Gebeliğin kabulü,

- 2) Annelik rolünün tanımlanması,
- 3) Annesi ile ilişkisi,
- 4) Eş/partnerle ilişki,
- 5) Doğuma hazırlık,
- 6) Ağrı korkusu, çaresizlik ve doğumda kontrol kaybı
- 7) Doğumda kendisinin ve bebeğinin iyilik hali için endişe.

Lederman'a göre, bu kavramlar, annelik için belirleyici özelliklerdir (Visger 2013).

Birinci trimestırda gebeliğe uyum: İlk trimestır süresince kadının odak noktası kendi bedenidir. Fiziksel ve hormon seviyelerindeki değişimler emosyonel dalgalanmalara neden olabilir (Uçar 2014). Sık olarak ambivalan duygular yaşanır. Kadın bebeğinin sağlıklı olduğunu bilmek ister. Yakın çevresindeki kişilerin gebe olduğunu bilmesini ister (Kızılkaya Beji 2015). Bu dönemde gebe kadının sosyal açıdan desteğe ihtiyacı vardır. Gebenin özellikle eşi ile olan ilişkisi gebeliğin kabulünde önemli bir rol oynar. İlk trimestırda gebeliği kabul eden ve güven içinde olan kadınlar gebeliğe karşı daha uyumlu bir süreç geçirmektedir (Uçar 2014).

İkinci trimestırda gebeliğe uyum: Birinci trimestırda görülen fiziksel sorunların ortadan kalkması ile ambivalan duygularda azalma görülür. Bu süreçte gebe kadının kendine olan güveni artmıştır. Bu dönemde fetal hareketler hissedilmeye başlar. Gebe kadın kendisi ve bebekle ilgili bilgileri öğrenmek için isteklidir. Doğmamış çocuğıyla iletişim kurmaya başlar. Bebeğıyle iletişim kuran anne, anne- bebek erken bağlanması başlatmış olur (Taşkın 2012).

Üçüncü trimestırde gebeliğe uyum: Üçüncü trimestır kadının kendini rahatsız hissettiğı, yorgunluğunun arttığı ve günlük yaşantısının zorlaştığı, fiziksel açıdan kısıtlandığı bir dönemdir. Hissedilen fiziksel rahatsızlıklar ve gebeliğin sorumlulukları psikolojik açıdan kadının doğuma hazırlanmasını sağlar (Kızılkaya Beji 2015).

2.1.3. Gebelikte Doğum Algısı

Çocuk sahibi olma kadınların hayatında en önemli olaylardan biridir. Doğum sadece anneliğe geçiş değildir. Doğum kendine özgü önemli fiziksel ve emosyonel etkilere sahiptir. Doğum algısının kadının geçmiş deneyimleriyle değerlendirilmesi, annenin ve yenidoğanın sağlığı, refahı ve anne-bebek ilişkisi açısından önemli bir yere sahiptir (Bertucci ve ark. 2012).

Doğum algısı kişiden kişiye değişkenlik gösterebilir. Bu değişkenliğin nedeni; ağrı, bebeğin doğum sırasında zarar görmesi, bebeğin kaybı, istenmeyen bir gebelik, bebeğin doğumsal bir anomaliye sahip olması, doğumda ortaya çıkabilecek yaralanmalar, doğum şekli tercihinin istek dışı değişmesi, doğum anında çaresiz kalma, doğumu gerçekleştirebilecek cesaretin olmaması, toplumun doğuma bakışı ve kültürel değerler, doğumda yaşanan stres, kontrolü kaybetme, sağlık profesyoneline güvenmeme, doğum hakkındaki bilgisizlik ve geçmiş deneyimler gibi birçok etken olabilir (Kapısız ve ark. 2017; Yalnız ve ark. 2016).

2.1.4. Gebeliğe Hazır Oluşluk

Gebelik anneliğe geçişin bir parçasıdır. Anneliğe geçiş, önemli bir yaşam olayıdır. Anne olmak, bilinen güncel bir gerçeklikten, bilinmeyen yeni bir gerçekliğe geçiş dönemidir. Bu dönemde, yeni bir benlik anlayışı edinmek için amaçların, davranışların ve sorumlulukların yeniden yapılandırılmasını gerektirir. Geçişler, kadının kişisel koşulları, kültürel inançları ve tutumları, sosyo-ekonomik statü, hazırlık ve bilgi, topluluk ve toplumsal koşullar tarafından kolaylaştırılabilir veya engellenebilir (Mercer 2014). Gebe kalmadan önceki zamanda çiftlerin kendilerine sorması gereken soru çocuk sahibi olmaya gerçekten hazır olup olmadığıdır. Eşlerden birinin hazır olmadığı durumda ortak karar alınması en doğru yöntemdir. Gebelik, bireyleri hem fiziksel hem de emosyonel açıdan etkilediği için çiftler hazır olduklarını düşünseler bile ambivalan duygular yaşayabilirler. Bu normal ve geçici bir süreçtir (Taşkın 2012). Çocuk sahibi olmaya karar veren çiftlerin ebeveynlik hakkındaki bilgi ve tutumları çok farklıdır. Ebevenliğe karşı olan tutumlar bireysel olarak gözlemlenen deneyimlerden kaynaklanmaktadır (Taşkın 2012).

2.2. Adölesan Gebelik

2.2.1. Adölesan Gebelik Tanımı

“Adölesan” terimi ergen ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. DSÖ’ye göre adölesan gebelik tanımı 10-19 yaşlarındaki kadınlarda ki gebelik anlamına gelmektedir (WHO 2004). Adölesan dönem kızlarda menstruasyonla sonuçlanan hormonal değişikliklerin yaşandığı ve doğurganlık özelliğinin kazanıldığı bir süreçtir (Kütük 2012).

Adölesanlar, fiziksel, emosyonel ve sosyal açıdan yetişkin kadınlara göre daha fazla sorunla karşılaşabilen ve hayatlarında meydana gelen değişikliklerden daha fazla etkilenebilen grup olarak tanımlanmaktadır (Şen ve Kavlak 2011). Adölesan grup genellikle diğer yaşlardaki bireylere göre daha az sağlık gereksinimi olan grup olarak düşünülmektedir. Fakat bu dönemde, toplumsal baskı, cinsel aktivite, istenmeyen gebelikler, isteyerek yapılan düşükler, cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH), cinsel şiddet, paralı seks, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, madde bağımlılığı, eğitimsizlik gibi birçok önlenbilir neden ile her yıl bir milyondan fazla adölesan yaşamını yitirmektedir (Şirin 2015).

Gebelik bir kadının hayatında fizyolojik bir süreç olsa da kadının yaşamında fiziksel ve emosyonel değişiklikler yaratmaktadır. Gebe olduktan sonra kadın, gebeliğin sorumluluklarına uyum sağlamak zorunda kalmaktadır. Adölesan gebelerin bu uyum süreci daha zor olabilmektedir. Çünkü kadın hem adölesan dönemin gelişimini hem de gebeliğin gelişimsel görevlerini yerine getirmek zorunda kalır (Çırak 2014).

Adölesan gebelik günümüzde en zorlu konulardan biridir. Adölesan gebelik oranları son yıllarda azalmasına rağmen yaklaşık 16 milyon adölesan her yıl gebe kalmaktadır (WHO 2008). Hayatlarındaki en kritik zamanda ebeveyn olan adölesanlar, tamamlanamayan eğitim, düşük gelirli işlerde çalışma ve yoksullukla yaşamak gibi konularda risk altındadır. Dolayısıyla bu durum büyük sorumluluk altına girmek zorunda kalan genç kadınlarda çok şiddetli sonuçlar doğurabilir (Montgomery 2002).

Adölesan gebelikler kısa zamanda uzun etkiler yaratan çeşitli sağlık sorunları da yaratabilir. Dünyanın pek çok ülkesinde önemli ölçüde mortalite ve morbidite nedeni

olarak kabul edilir. Adölesan kadın kendi gelişimini tamamlamadan gebe kalması durumunda hem anne hem de bebek olumsuz etkilenmektedir. Bundan dolayı adölesan gebelik ciddi bir sağlık sorunudur (Şen ve Kavlak 2011).

Adölesan gebeliğin nedenleri ülkeler arasında ve aynı ülke sınırları içerisinde bile değişiklik gösterebilmektedir (Kütük 2012). Adölesan gebeliklerin oluşmasında erken menarş, etnik ve dini etkenler, kentleşme, değişen aile yapısı, annelerin çalışması, sosyo-ekonomik durum, okul başarısı gibi nedenler gösterilebilir (Şirin 2015).

2.2.2. Dünyada ve Türkiye’de Adölesan Gebelik Sorunu

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2008 yılında yayınladığı rapora göre, her yıl 15-19 yaşlarındaki yaklaşık 16 milyon adölesan doğum yapmaktadır. Bu sayı Dünya genelindeki tüm doğumların yaklaşık %11’ini kapsamaktadır. Bu doğumların neredeyse %95’i gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir.

Tüm adölesan doğumlarının yarısı sadece yedi ülkede gerçekleşmektedir: Bangladeş, Brezilya, Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Etiyopya, Nijerya, Hindistan ve Birleşik Devletler. 2000-2005 döneminde dünya genelinde adölesanların doğurganlık hızının binde 55.3 olduğu tahmin edilmektedir. Bu da adölesanların her yıl ortalama %5.5’inin doğum yaptığını göstermektedir. Az gelişmiş ülkelerde adölesan doğum oranları, gelişmiş ülkelerdeki oranlara kıyasla iki katından fazladır. Japonya ve Kore Cumhuriyeti gibi ülkelerde yılda %1’den az, Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Liberya ve Nijer gibi ülkelerde yılda %20’den fazladır (WHO 2008).

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2006-2011 yılları arasında adölesan doğurganlığını değerlendiren ve 2014 yılında yayınladığı rapora göre, 15-19 yaşlarındaki yaklaşık 16 milyon kız ve 15 yaşın altında iki milyon kız her yıl doğum yapmaktadır. Dünya çapında, beş kızdan biri 18 yaşına kadar doğum yapmıştır. Dünyanın en yoksul bölgelerinde bu rakam üç kızdan birinin üzerine çıkmaktadır. Hemen hemen tüm adölesan doğumlar (yaklaşık %95) düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. Bu ülkeler içerisinde, adölesan doğumların, yoksul, daha az eğitilmiş ve kırsal nüfus arasında daha fazla olduğu ortaya çıkmaktadır (WHO 2014).

TNSA-2013 verilerine göre Türkiye’de ki adölesan dönemde olan kadınların hemen hemen %5’i çocuk doğurmaya başlamıştır. Bu dönemdeki kadınların %3’ünün

bir canlı doğum yapmış, %1'i ise araştırma tarihinde ilk çocuğuna gebedir (TNSA 2013). TNSA-2008'den bu yana çocuk sahibi olmaya başlayan adölesanların oranında düşüş gerçekleşmiştir. Bu oran bu dönemde %6 iken, 2013 verilerine göre %5'e gerilemiştir (TNSA 2013).

Adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlayanların yüzdesinin 18 yaşından sonra keskin bir şekilde arttığı görülmektedir. Çocuk doğurma davranışı 17 yaşından önce nadirdir, ancak 19 yaşındaki kadınların %16'sı anne olmuş veya ilk çocuğuna gebedir. Kırsal alanlardaki (%6) adölesanlarda çocuk sahibi olma kenttekilere (%4) göre daha sık görülmektedir. Adölesan dönemde çocuk sahibi olmaya başlayan kadınların yüzdesi bölgesel farklılıklar göstermektedir. Bu oran Batı'da %3 iken Güney, Orta ve Doğu bölgelerde %6 veya daha fazladır (TNSA 2013).

Eğitim düzeyi düşük olan adölesanların, daha yüksek olanlara göre çocuk sahibi olmaları beklenen bir durumdur. Hiç eğitim almamış veya ilkokulu bitirememiş kadınların %17'si adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlarken; bu oran en az ilkokulu bitirmiş kadınlar arasında yüzde 8 düzeyindedir. Refah düzeylerine göre kıyaslandığında, orta, düşük ve en düşük refah seviyesine sahip ailelerde yaşayan adölesanların %6-8'inin, en yüksek refah düzeyine sahip ailelerde yaşayan adölesanların ise %3'ünden azının çocuk sahibi olmaya karar verdiği görülmektedir (TNSA 2013).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 verilerine göre Türkiye'de adölesan doğurganlık hızı, 2011 yılında %0,32 iken 2016 yılında %0,24'e düşmüştür (TÜİK 2016). TÜİK veri tabanlarına bakıldığında, Türkiye genelinde 2014 yılında 86,280, 2015 yılında 79,955, 2016 yılında ise 75,265 adölesan doğum gerçekleşmiştir, Bölgesel olarak bakıldığında, adölesan doğum sayısı en fazla Güney Doğu Anadolu bölgesinde, en düşük Karadeniz bölgesindedir (<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=113&locale=tr> Erişim tarihi: 05.01.2018).

2.2.3. Adölesan Gebeliklerin Sonuçları

Erken yaştaki gebelikler ve doğumlar maternal ve fetal tehlike oluşturmaktadır. Çünkü adölesan grubun vücudu henüz gebelik ve doğumda yaşanan fizyolojik değişikliği ve stresi kaldırabilecek kadar olgunlaşmamıştır. Adölesanların çoğunun

aile planlaması hakkında eğitimi yoktur. Dolayısıyla bu durum bakamayacakları sayıda çocuk sahibi olmalarına neden olmaktadır. Adölesan grupta cinsel aktivitede bulunan bireylerde cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma olasılığı artmaktadır (TBMM 2009).

Gebelik, adölesan yaştaki bir birey için ciddi psikolojik etkilere sebep olabilir. Adölesan dönemdeki bir gençte anne olabilecek bedensel gelişim tamamlanmadığı gibi doğacak olan bebeğe bakabilecek ve bu yükü kaldırabilecek bilgi birikimi ve sorumluluk bilinci de gelişmemiştir. Bu nedenden dolayı adölesan annelerde emosyonel stres ve sosyal problemler, erişkin yaştaki gebelere göre daha yoğun yaşanmaktadır (TBMM 2009).

DSÖ'nün yayınladığı 2014 raporuna göre; bazı ülkelerde adölesanlar yetişkinlere göre doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası dönemde daha az bakım almaktadır. Düşük ve orta gelirli birçok ülkede gebelik ve doğumdan kaynaklanan komplikasyonlar 15-19 yaşlarındaki kız çocuklarının ölüm nedenidir. Adölesan annelerde doğan bebeklerde ölü doğumlar ve yenidoğan ölümleri, 20-29 yaşlarındaki annelere göre %50 daha yüksektir. Adölesan annelerin bebeklerinin düşük doğum kilolarına sahip olma ihtimali de yüksektir (WHO 2014).

Genç yaştaki gebeliklerin nedenleri ve sonuçları, birçok araştırma, politika ve programda tartışma konusu olmuştur. Bazı çalışmalar, genç yaşta ki gebeliklerin kadınların eğitim imkânlarını ve ekonomik fırsatlarını tehlikeye attığını ileri sürmektedir. Bazı çalışmalar ise, erken yaşta ki gebeliklerin altta yatan bir nedenden ziyade bu koşulların bir göstergesi olduğuna işaret etmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında, adölesan gebeliklerin yoksul toplumlarda ve ekonomik koşullarla ve beklentilerle bağlantılı olduğu konusunda fikir birliği olduğu görülmektedir (Sedgh ve ark. 2015).

2.2.3.1. Anne açısından sonuçları

Adölesan gebelik, duygusal, adli, mali ve sosyal sonuçlarıyla önemli bir halk sağlığı problemidir (Kaplanoğlu ve ark. 2015). Adölesan gebelik, genç kadınların sağlık, refah ve yaşam şansını etkileyen toplumsal eşitsizlik meselesidir (Hadley ve ark. 2016).

Adölesan yaştaki gebelikler riskli gebelikler olarak kabul edilmektedir (Kaplanoglu ve ark. 2015). Adölesan gebelik sonuçları şu şekilde sıralanabilir;

- **Preeklamsi:** adölesan gebeliklerde erişkin gebeliklere oranla %20 daha fazla görülmektedir (Aydın 2013). Bu riski arttıran temel nedenler adölesanların düşük sosyo-ekonomik gruptan olması, doğum öncesi bakım almaması ve yetersiz beslenmeleridir (Taşkın 2012).

- **Maternal mortalite:** gebeliğe bağlı ölümlerin %5,9'u 15-19 yaş grubundadır. 20-24 yaş grubunda gebeliğe bağlı ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 15,7 iken, 15-19 yaş grubunda bu oran 18,7'ye çıkmaktadır (Kütük 2012).

- **Anemi:** adölesanlarda büyüme hızlı olmasına rağmen beslenme ile alınan kemik mineralleri ve demir yeterli olmayabilir. Bunun sonucunda gebede anemi gelişir (Aydın 2013).

- **Spontan abortus:** gebelik yaşı küçüldüğünde spontan gelişen düşük riski artmaktadır (Aydın 2013).

- **Küretaj:** adölesan gebeliklerin istenmediği durumlarda gebeliği sonlandırmak amacıyla güvenli olmayan koşullarda yapılan düşükler artmaktadır. Uygun olmayan koşullarda yapılan düşükler; aşırı kanama, uterus perforasyonu, sekonder bağırsak yaralanmaları, sepsis, sekonder pelvik yapışıklıklara bağlı infertilite gibi sonuçlar doğurabilir (Şirin 2015).

- **Toksemi:** Gebelik döneminde yüksek tansiyon ile ortaya çıkar. Erken tanı ve tedavi olmadığında annede konvülsiyon ile maternal ve fetal ölüme kadar giden eklamsi tablosu adölesan gebelerde daha sık görülür (Şen ve Kavlak 2011).

- **Baş- pelvis uyumsuzluğu:** doğumu gerçekleştirmede önemli rol oynayan pelvis kemiği 20-22 yaşlarında gelişimini tamamladığı için adölesan grupta, baş pelvis uygunsuzluğu görülmektedir (Şen 2016).

- **Preterm eylem:** adölesan gebelerde yaş faktörüne bağlı olarak, erken doğum riski sık karşılaşılan bir problemdir (Melekoğlu 2012).

- **Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar:** adölesan grubun gebelikten ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma konusunda eğitim almamış olması sonucu bilgi yetersizliği, koruyucu yöntemlere ulaşmada yaşadıkları zorluklar nedeniyle erişkin gruba göre adölesanlarda bu hastalıklar daha sık görülmektedir (Melekoğlu 2012).

- **Genital enfeksiyonlar:** adölesanlarda uterin ve servikal kan akımı yetersiz olduğu için genital enfeksiyonlara yatkınlığı daha fazladır (Şirin 2015).

- **Erken membran rüptürü:** adölesan gebelerde amniyon kesesi terminden önce açılarak %95 oranında erken doğum eylemi veya erken doğum riski meydana gelmektedir (Melekoğlu 2012).

- **Fistül:** distosiye bağlı olarak vesikovajinal ya da rektovajinal fistül, idrar ve gaita inkontinansına bağlı sosyal izolasyon gelişebilir (Şirin 2015).

- **Postpartum komplikasyonlar:** adölesanlarda postpartum dönemde atoni, laktasyonlara bağlı kanamalar ve enfeksiyon erişkin gruba göre daha fazla görülmektedir (Aydın 2013).

- **Depresif sendrom:** postpartum dönemde erişkin gebelere oranla adölesan gebelerde %20-28 oranında daha fazla depresyon görülmektedir. Depresyon semptomları, ebeveynlik becerilerindeki güvensizliğe ve hissettikleri stresle ilişkilidir. (Goossens ve ark. 2015).

- **Sigara ve Keyif Verici Madde Kullanımı:** sigara ve kokain gibi keyif verici madde kullanımı adölesan grupta erişkin gruba göre artmıştır (Melekoğlu 2012).

- **Psikolojik sonuçlar:** gebelikte artan sorumluluk duygusu, maddi ve manevi yük, gelişmekte olan adölesana ağır gelebilmektedir. Bunun sonucunda stresli bir yaşam süren bireyde psikolojik hastalık riski artmaktadır (Coelho ve ark. 2011).

Annelik, birçok kadının hayatında en önemli olaylarından biri olarak görülür. Annelik yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Verdiği heyecan ve mutluluğun yanında getirdiği sorumluluklar nedeniyle insan hayatında bir değişim sürecidir. Her kadının annelik sürecine geçişi eşsizdir. Bazı faktörler annelik sürecine geçişi etkilemektedir. Annelik davranışını öğrenme gebeliğin belirlenmesi ile başlar ve doğum sonrası döneme kadar devam eder. Bu dönem, kadının annelik rolüne uyum gösterdiği, bebeğini sahiplendiği, kendine ve bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve yeteneklerin kazandığı dönem olarak tanımlanır. Annelik toplumsal normlardan etkilenecek oluşmuş bir kavramdır. Annenin yaşı, eğitimi, sosyal statüsü, çalışıp çalışmadığı, sosyo-ekonomik durumu, kişilik özellikleri, gebelikte yaşadığı sorunlar annelik rolüne uyumundaki etkili faktörlerdir. Annenin annelik rolüne uyum sağlaması, kendi ve bebeğinin bakımını gerçekleştirebilmesi için yeterli bilgi ve beceri birikimine sahip olması gerekmektedir. Fakat ruhsal gelişiminin yanında eğitim,

sosyal statü ve bunlara benzer gelişimlerini tamamlayamamış aile içi ve ekonomik sıkıntılarla mücadele etmek zorunda kalan adölesan gruba bütün bu sıkıntıların yanı sıra birde çocuk yaşta anne olma sorumluluğu yüklenmektedir. Genç nüfusun ülke genelindeki fazlalığı ekonomik, sosyokültürel ve çevresel faktörlerle bu sorunun önemini arttırmaktadır (Çınar ve Hıra 2017).

Adölesan annelik, olumsuz sosyal, psikolojik ve sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilir. Erişkin annelerle karşılaştırıldığında, adölesan anneler, doğum öncesi ve doğum sonrası komplikasyonlar ve preterm doğum olayların yanı sıra hızlı tekrarlayan gebeliklere daha fazla maruz kalmaktadır. Adölesan anneler ayrıca yoksulluk, sosyal hizmetlere bağımlılık, düşük eğitim düzeyi ve yetersiz ebeveynlik riski altındadırlar (Madigan ve ark. 2014).

2.2.3.2. Bebek açısından sonuçları

Adölesan gebelik düşük sosyo-ekonomik durum, yerleşim yeri, eğitim eksikliği ve temel sağlık göstergeleri ile ilişkilendirilir. Doğum öncesi bakımın adölesanlar başta olmak üzere her yaşta gebeler için maternal ve neonatal sonuçlara olumlu etkileri vardır (Kütük 2012). Çetin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonucunda Malatya'da ki adölesan annelerin %50'sinin yeterli doğum öncesi bakım almadığını ve yetersiz doğum öncesi bakımın düşük sosyoekonomik durum ve kırsal yerleşim ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Çetin ve ark. 2005). Yetersiz doğum öncesi bakım adölesan gebelerde neonatal komplikasyonlarda artışa ya da bu komplikasyonlara yol açabilecek önlenemez faktörlerin göz ardı edilmesine ve sonuç olarak komplikasyonların ağır bir tablo ile ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Doğum öncesi bakım fetal morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır. DSÖ'ye göre yirmi yaş altındaki annelerin bebeklerinde, perinatal bebek ölüm oranı, 20-29 yaş anne bebeklerine göre %50 daha fazladır (WHO 2012). Adölesan annelerin bebeklerinde düşük doğum ağırlığı, neonatal ölüm, asfiksi, hastaneye yatma, preterm doğum, mekonyum aspirasyonu, intrauterin gelişme geriliği, umbilikal kord transpozisyonu, doğumsal travma, fetal stres, doğumsal anomali riskleri artmıştır (Madigan ve ark. 2014, Aydın 2013, Trivedi ve Pasrija 2007). Adölesan gebeliklerde merkezi sinir sistemi anomalilerinden olan anensefali, spina bifida, hidrosefali, mikrosefali, kas-iskelet

sistemi anomalilerinden yarık dudak/damak, polidaktili ve sindaktili oluşma riskinin arttığı bildirilmektedir (Melekoğlu 2012).

Prematürite ve düşük doğum ağırlığı gibi doğrudan sonuçlara ek olarak, bu çocukların geleceği üzerinde başka ciddi etkiler de bulunmaktadır. Adölesan annelerin çocukları, sıklıkla tek ebeveynli yoksul çevrede yaşamaktadırlar ve bu da yüksek davranışsal ve zihinsel sorunlara neden olmaktadır (Goossens ve ark. 2015). Literatür taramasında genç annelerden doğan çocukların kötü sağlık, düşük bilişsel gelişim, daha kötü eğitim sonuçları ve kendilerinin de bir adölesan ebeveyn olma ihtimali yüksek olduğu fikir birliğine varılmıştır (Spieker ve ark. 1999). Yapılan çalışmalar, adölesan annelerden doğan çocukların birçoğunun 12 aya kadar normal gelişim göstermesine karşın, üç yaşından sonra zihinsel ve fiziksel gelişmesinde gecikme olduğunu ortaya çıkarmıştır (Goossens ve ark. 2015).

Maternal depresyon, adölesan gruptaki annelerde daha sık görülmektedir ve anne-bebek etkileşimi, annenin algısı ve çocuğun hareketine karşı verdiği tepkisi üzerine olumsuz sonuçlara sahiptir. Adölesan annenin depresif sendromda olması çocukları üzerinde bazı davranış bozuklukları geliştirebilir ve çocuk istismarı riski bu grupta artış göstermektedir (Goossens ve ark. 2015).

2.3. Öz-yeterlilik

2.3.1. Öz-yeterlilik Tanımı

1960'lı yıllarda insan davranışlarının nedenlerini araştırmak amacıyla alanında uzman terapistler tarafından psikoanaliz yöntemi kullanılmıştır. Albert Bandura 1971 yılında insan davranışının açıklanmasında psikoanaliz yönteme alternatif bir davranışçı yaklaşım geliştirmiştir. Psikoanaliz yöntemi ile Bandura'nın davranışsal yaklaşımı çok farklı olmasına rağmen bu konuda yapılan araştırmalar her ikisinin de aynı derecede etkili olduğunu göstermiştir. Her iki yaklaşım da işe yaradığından, bunları birbirine bağlayan bazı altta yatan mekanizmaların olduğu anlaşılmıştır. Böylece birleştirme mekanizması olarak Öz-Yeterlilik teorisi 1977 yılında Psikolog Albert Bandura tarafından ileri sürülmüştür (Hayden 2013).

Öz-yeterlilik, kişinin hayatını etkileyen olayları yönetmek için gerekli eylem planlarını organize etme ve yürütme kabiliyetlerine ilişkin inançlarını ifade etmektedir (Bandura 1995). Kısaca öz-yeterlilik, kişinin bir işi başarıyla gerçekleştirme kabiliyetine inanmasıdır. Öz-yeterlilik inançları, insanların nasıl düşündüklerini, kendilerini nasıl hissettiklerini, nasıl motive edip nasıl hareket edeceğini etkilemektedir (Bandura 1994). Öz-yeterliliğin sonuç ve yeterlilik olmak üzere iki beklenti tipi bulunmaktadır. Sonuç beklentisi yapılan bir davranışın belirli bir sonucu olduğunu göstermektedir. Yeterlilik beklentisi ise, davranışın sonunda başarıya ulaşılacağı inancı olarak ifade edilmektedir (Kara ve Mirici 2002) Öz-Yeterlilik, insanların genellikle başarabileceklerine inandıkları şeyleri deneyeceğini ve başarısız olacağına inandıkları şeyleri denemeyeceğini söyler. Güçlü bir öz-yeterliliğe sahip insanlar zorlu görevleri başarabileceklerine inanmaktadır. Zorlu görevleri kaçınılması gereken tehditler yerine, üzerinde hâkimiyet kurulabilecek zorluklar olarak görmektedirler (Bandura 1994).

Yeterliliği yüksek olan insanlar zorlu hedefler belirler ve onlara karşı güçlü bir bağlılık sürdürürler. Yaklaşan başarısızlık karşısında, başarılı olmak için çabalarını arttırarak devam ederler. Zor ya da tehditkâr durumlar üzerinde kontrol sahibi olduklarına güvenerek performans gösterirler. Bu tür görüşe sahip olmak stresi ve depresyon riskini azaltır (Bandura 1994).

Zorlu görevleri yerine getirme yeteneklerinden şüphe eden insanlar zorlu görevleri tehdit olarak algırlar. Onların zayıf yönlerini veya başarılı olmalarını engelleyen engelleri temel alarak onlardan kaçınırlar. Zorluklar ya da başarısızlıklar karşısında çabucak vazgeçerler. Bu durum stres ve depresyon riskini artırır (Bandura 1994).

İnsanların öz-yeterlilik ile ilgili inançlarının dört ana kaynağı bulunmaktadır. Bunlar; ustalık deneyimleri (mastery experience), başkalarının deneyimleri (vicarious experience), sözel ikna (verbal persuasion) ve fiziksel ve duygusal (somatic and emotional situation) durumudur (Bandura 1995).

Öz-yeterlilik kaynağının en etkili biçimi ustalık deneyimidir. Ustalık deneyimi, kişinin daha önce yaşadığı tecrübelerle göre hareket etmesidir. Ustalık deneyimi başarılı olabilmek için gereken eylemin yapılıp yapılamayacağına dair en güvenilir kanıtı sağlar (Bandura 1994; Hayden 2013). İşyerleri, eğitim programları, stajlar ve

linik deneyimlerin sunulmasının nedeni, insanlara ustalık kazandırmak için fırsatlar sunmaktır. İnsanlar bu yolla yeni becerilere hâkim olabilir ve öz-yeterliliklerini artırabilir. Örneğin, klinik uygulama alanlarında hemşirelik becerilerini öğrenmek için geçirilen zaman öğrenci hemşireler için fırsatlar sağlar. Stajlar sağlık eğitimi alan öğrencilere mesleki uygulama için gerekli yetkinlikleri geliştirme fırsatı verir (Hayden 2013).

Öz-yeterlilik inancının oluşturulması ve güçlendirmesinin ikinci etkili biçimi, sosyal modellerin sağladığı başkalarının deneyimleridir. Kişinin kendine benzettiği insanların sarf ettikleri çabada başarılı olduğunu görmesi öz-yeterlilik inancını artırır. Aynı şekilde, başkalarını gözlemlemek, yüksek çabaya rağmen başarısız olursa gözlemcilerin öz-yeterliliklerine ilişkin inançlarını düşürür ve motivasyon seviyelerini azaltır. Modellemenin öz-yeterlilik inançları üzerindeki etkisi, modellerle kıyas yapıldığında benzerlik düzeyinden oldukça etkilenir. Kıyaslanan benzerlik ne kadar çok olursa, modellerin başarıları ve başarısızlıkları daha inandırıcı olur. Kişiler, modelleri kendilerinden çok farklı görürlerse, öz-yeterlilik inançları, modellerin davranışlarından ve sarf ettikleri çabanın sonucunda pek fazla etkilenmez (Bandura 1995).

Öz-yeterlilik inancının üçüncü kaynağı, sözlü veya toplumsal ikna biçimidir. İnsanlar bir işe başlayacakları zaman sonucunda başarılı olacakları konusunda sözlü olarak ikna olduklarında o işi yerine getirme olasılıkları daha yüksektir (Hayden 2013). Sözlü olarak, belirli yeterliliklere sahip oldukları konusunda ikna olan insanlar, kendilerinden şüphe duymaları veya herhangi bir problemin ortaya çıktığı durumlarda daha fazla çaba harcamaya devam edeceklerdir. Toplumsal ikna ile öz-yeterliliğe ilişkin yüksek inançlar yaratmak, inançları zayıflatmaktan daha zordur. Yetenekleri olmadığı konusunda ikna olmuş kişiler, potansiyellerini geliştirecek zorlu faaliyetlerden kaçınmaya ve zorluklar karşısında çabucak vazgeçmeye meyilli olurlar (Bandura 1995).

Öz-yeterlilik inancının dördüncü kaynağı ise bireyin fiziksel ve duygusal durumudur. Öz-yeterlilik inançları bir kişinin düşünce kalıplarını, duygusal reaksiyonların ve bir işin sonucunda elde edilen başarı düzeyini etkiler. Yüksek öz-yeterlilik inancı, zorlu görevlerde güven hissi yaratırken, düşük öz-yeterlilik düzeyi durumun gerçekten olduğundan daha zor olduğu endişesine kapılıp stres ve depresyon

yaratmaktadır. Sonuç olarak yüksek öz-yeterlilik bireyin özgüven duygusunu ve cesaretini arttırmakta, düşük öz-yeterlilik ise başarısızlığın daha da artmasına neden olmakta ve bireyin özgüvenini düşürmektedir. (Bandura ve Adams 1977).

2.3.2. Özyeterliliğin Gelişmesine Etki Eden Süreçler

Öz-yeterlilik bilişsel süreç, motivasyon süreci, duygusal süreç ve seçim süreci olmak üzere dört temel süreçle insan davranışlarını düzenlemektedir. Bu süreçler insan davranışlarını düzenlemede birbiri ile uyum halinde çalışmaktadır (Bandura 1995).

Bilişsel Süreç: İnsanların çoğu davranışı, başlangıçta düşünceyle şekillenmektedir. İnsanların öz-yeterlilik inançları, davranış senaryolarını oluşturmaktadır. Üretilen senaryolar hedeflenen sonucu etkilemektedir. Öz-yeterlilik inancı yüksek olan kişiler, olumlu bir şekilde yol gösteren ve performansları için destek sağlayan başarı senaryoları üretirken, öz-yeterlilik inancı düşük olan kişiler, başarısızlık senaryolarını üretmekte ve yanlış yola giden birçok davranış üzerinde durmaktadır (Bandura 1994).

Motivasyon Süreci: Öz-yeterlilik inançları motivasyonun düzenlenmesinde anahtar rol oynamaktadır. Çoğu insan motivasyonu bilişsel olarak üretmektedir. Önceden düşünülmüş olan eylemleri uygulayarak kendilerine yön vermekte ve kendilerini motive etmektedirler. Bu durum insanlarda “yapabilirim” inancını oluşturmaktadır (Bandura 1995; Bandura 1994).

Duygusal Süreç: İnsanın bir sorun karşısında o sorunla başa çıkabileceğine olan inancı, tehdit altında veya zorlayıcı durumlarda stres ve depresyon düzeyini etkilemektedir. Stres altında algılanan öz-yeterlilik kaybının ortaya çıkmasında merkezi bir rol oynamaktadır. Zorlu durumları kontrol edebileceklerini düşünen kişiler rahatsız edici düşünce kalıpları yaratmazlar. Ancak zorlu durumlarda kontrolünü kaybedeceklerini düşünen kişilerde yüksek kaygı ortaya çıkar. Olası zorlayıcı durumların şiddetini büyütürler ve endişe duyarlar (Bandura 1995; Bandura 1994).

Seçim Süreci: Öz-yeterlilik inançları, insanların seçimlerini etkileyerek yaşamlarının gidişatını şekillendirmektedir. Çevre seçimi, kısa vadede karar verme mekanizmasını ve sosyal faaliyetleri etkilerken, uzun vadede yeterlilikleri, değerleri ve görüşleri etkilemektedir. Görünüşte önemsiz olan belirleyiciler seçici bir şekilde

birleşerek büyük ve kalıcı kişisel değişiklikler meydana getirebilmektedir (Bandura 1989).

2.3.3. Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik

Doğum, sürecin ve sonucun bilinmediği stresli bir yaşam olayı olarak adlandırılır. Kadınlarda bu stres birçok şekilde ve farklı seviyelerde ortaya çıkabilmektedir (Sinclair ve O'Boyle 1999; Salomonsson ve ark. 2013). Bireyin stresli durumları değerlendirmesinde ve bununla başa çıkabilmesinde, kendine olan güveni yani öz-yeterlilik kavramı önemlidir. Doğumda öz-yeterlilik “kadının doğumla baş etme becerisine güven” olarak tanımlanmıştır. Doğumda öz-yeterlilik kavramının sonuç beklentisi ve yeterlilik beklentisi olmak üzere iki beklenti tipi vardır. Sonuç beklentisi, doğumla başa çıkmak için yapılan davranışların doğuracağı sonuçlara ilişkin inançtır. Yeterlilik beklentisi ise bir kadının doğum sırasında bireysel başa çıkma davranışlarını gerçekleştirme yeteneğini ifade eder. Sonuç beklentisi yeterlilik beklentisi ile ilgilidir. Çünkü inançlar beklentileri belirler (Ip ve ark. 2006; Carlsson ve ark. 2014; Tanglakmankhong ve ark. 2010).

Birçok kadın doğum becerilerinden emin olmayabilir. Çünkü doğum, kontraksiyon boyunca nefes alma, başkalarından gelen talimatları dinleme ve gevşeme becerisi gibi çeşitli baş etme davranışları gerektiren zor bir deneyimdir. Bandura'nın öz-yeterlilik kuramı ile tutarlı olarak, kadınlar doğum ve doğumla ilgili kişisel deneyimler (kadının kendi doğum deneyimi, doğum eğitimcileri, diğer profesyoneller, aile üyeleri ve arkadaşlar ile kurulan iletişim) yoluyla doğumdaki öz-yeterliliklerini olumlu ya da olumsuz olarak geliştirirler. Yapılan çalışmalar, doğumda öz-yeterliliğin yüksek olmasının, doğum korkusunu, hissedilen doğum ağrısını ve doğum anında yaşanan stresi azalttığını göstermektedir (Lowe 2000; Stockman ve Altmaier 2001; Beebe ve ark. 2007). Doğum ile ilgili önceki deneyimlerin de öz-yeterliliği arttırdığını göstermektedir (Lowe 1993).

2.3.4. Öz-yeterlilik Algısının Arttırılmasında Ebenin Rolü

Kadınlara doğum öncesi dönemden itibaren bakım sunan ebeler doğumdaki öz-yeterliliği olumsuz yönde etkileyen faktörleri belirleme de birincil rol alan sağlık profesyonelleridir (Çiçek ve Okumuş 2017).

Kadınların doğumda öz-yeterliliklerini geliştirmek için ebeler;

- Gebenin kendini ifade etmesine zaman tanınmalı, gebenin geçmiş doğum deneyimlerini ve doğumla ilgili korkularını sorgulamalı, gebe ile ilgili gözlem yapmalı, sözlü ya da sözlü olmayan tepkilerini dikkate almalıdır.

- Gebe ile karşılıklı güven kurmalı, iyi bir dinleyici olmalı, gebe ile fiziksel temas kurmalı, gebenin yanından gerekmedikçe ayrılmamalıdır.

- Gebeye doğum ağrısı ve doğum sırasındaki yararlı davranışları anlatmalı, öğretmeli ve daha sonra iş birliği içinde öğretilen davranışları doğum sırasında kullanmalı ve gebeyi bu konuda desteklemelidir.

- Doğum öncesi eğitim grupları oluşturmalı, gebelerin doğum, doğru nefes ve gevşeme tekniklerine yönelik bilgi düzeyleri arttırılmalıdır.

- Sessiz, sakin, huzurlu bir ortam oluşturmalı, gebenin yakınlarından birisinin yanında olmasını sağlamalıdır.

- Gebenin kendini rahat hissetmesi için kişisel hijyenini sağlamalı, yatağın ve odanın temiz olmasına özen göstermelidir.

- Gebenin stresli durumlarda baş etme yöntemlerini belirlemeli, yararlı bulunan baş etme yöntemlerini desteklemelidir. (Lazoğlu 2014; Salomonsson 2013; Stockman ve Altmaier 2001; Taşkın 2012)

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma, adölesan ve yetişkin gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

5.2. Araştırma Soruları

Adölesan gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeyi nasıldır?

Yetişkin gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeyi nasıldır?

Adölesan ve yetişkin gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeyleri arasında fark var mıdır?

Adölesan ve yetişkin gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

5.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma, adölesan ve yetişkin gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte araştırma olarak yapılmıştır.

5.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Gebe Polikliniklerinde 01.06.2017- 30.03.2018 tarihleri arasında yürütülmüştür.

5.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Gebe Polikliniklerine 01.06.2017-30.03.2018 tarihleri arasında başvuran gebeler oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme evreni bilinmeyen örnekleme yöntemi ile %50 bilinmeyen

prevalans, %94 güven aralığında 267 gebe olarak belirlenmiştir. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde ilgili polikliniğe başvuran, katılmaya gönüllü olan 73 adölesan gebe, 219 yetişkin gebe olmak üzere toplamda 292 gebe araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:

- 27. ve üzeri gebelik haftasında olan,
- Psikolojik tedavi görmeyen,
- Okuma/yazma bilen,
- İletişim sorunu olmayan (dil sorunu, işitme, konuşma, vb.),
- Sağlıklı gebeliği olan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebeler araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmadan Dışlama Kriterleri:

- 27. gebelik haftasından küçük olan,
- Psikolojik tedavi gören,
- Okuma / yazma bilmeyen,
- İletişim sorunu olan,
- Sağlıklı gebeliği olmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan gebeler araştırma kapsamına alınmamıştır.

5.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği puanları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız değişkenler: Aile tipi, yaşanılan yer, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir algısı, sosyal güvence durumu, parite, planlı gebelik durumu, anne tarafından istenilen gebelik olma durumu, baba tarafından istenilen gebelik olma durumu, düzenli

doğum öncesi bakım alma durumu, doğum öncesi eğitim alma durumu, eş desteği, eş dışında sosyal destek alma durumu bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

5.7. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında;

➤ Gebelere sosyo-demografik ve diğer değişkenlerin özelliklerini belirleyen “Gebe Tanıtım Formu” (Ek 1).

➤ “Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği (DÖYE-D32)” (Ek 2).

5.7.1. Gebe Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen Gebe Tanıtım Formu 23 sorudan oluşmaktadır. Formda, gebe kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik özellikleri, sosyal destek durumuna yönelik sorular yer almaktadır.

5.7.2. Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Kısa Formu (DÖYE-D32)

Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği 1993 yılında Lowe tarafından geliştirilmiştir. Kadınların kendine duyduğu güven yeteneği ve baş etme yeteneğinin etkisini ölçen, 62 sorudan oluşan bir ölçektir. İp ve arkadaşları 2005 yılında Lowe tarafından geliştirilen 62 maddelik ölçeği 32 maddeye indirerek ölçeğin kısa versiyonunu geliştirmiştir. Kısa versiyonlu ölçek doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeylerini ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ersoy (2011) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek sonuç beklentisi ve yeterlilik beklentisi olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin her bir alt boyutu 16 sorudan oluşmaktadır. Doğum Eyleminde Öz-yeterlilik Ölçeği Likert tipi bir ölçektir. Ölçekte yanıtlar 1’den 10’a kadar puanlandırılmıştır. Ölçeğin sonuç beklentisi alt boyutunda; 1 "hiç yararlı değil", 10 ise "çok yararlı" şeklinde, yeterlilik beklentisi alt boyutunda ise; ilk 13 soru 1 "tamamen eminim", 10 "hiç emin değilim", 14-16 arasındaki sorular 1 "hiç emin değilim", 10 ise "tamamen eminim" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçeğin alt boyutlarından alınacak olan en düşük puan 16, en yüksek

puan 160'dır. Ölçekten alınabilecek toplam en düşük puan 32, toplam en yüksek puan 320'dir. Ölçekten alınacak yüksek puanlar gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Her bir alt boyuttan alınacak yüksek puan gebelerin doğum eylemine ilişkin yeterlilik ve sonuç beklentisinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekteki yeterlilik beklentisi alt skalasındaki 1'den 13'e kadar olan sorular, tersine çevrilerek puanlanmıştır. Ölçeğin, Sonuç Beklentisi alt boyutu için Cronbach alfa katsayısı, 0,94, Yeterlilik Beklentisi alt boyutu için 0,93 ve ölçek toplamı için 0,93 olarak bulunmuştur (Ersoy 2011). Bu araştırma için ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,81 olarak hesaplanmıştır.

5.8. Araştırmanın Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada gebe kadınlara ulaşabilmek için, araştırmacı tarafından Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Gebe Polikliniklerine gelen gebe kadınlar ile gündüz mesai saatleri içerisinde görüşülmüştür. Gebe muayenesi için ilgili hastaneye gelen, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebe araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada kullanılan Gebe Tanıtım Formu ve DÖYE-D32 ölçeği araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra gebe kadınlara yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Araştırmada, Gebe Tanıtım Formunun doldurulması ortalama 10–15 dakika, DÖYE-D32'inin doldurulması ortalama 10–15 dakika olmak üzere veriler toplam 20-30 dakika içinde toplanmıştır.

5.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 23.0 paket programı ile araştırmacı tarafından kodlanmıştır. Verilerin analizinde 292 kadının Gebe Tanıtım Formu ve DÖYE-D32 verdikleri cevaplar bilgisayara geçirilmiştir. Veriler için gebe sayısı esas alınarak her bir soru için tanımlayıcı istatistikler olan mutlak ve yüzde değerleri gösteren frekans tabloları hazırlanmıştır. Adölesan ve yetişkin gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik puanlarının normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Kolmogrow-Smirnov testi yapılmış ve normal dağılıma uygunluk

gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde frekans ve yüzde dağılımları ile Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi ve Student t test analizi yapılmıştır. Testlerin uygulanmasında önemlilik düzeyi $\alpha=0,05$ alınmıştır.

5.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için; Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek 3). Araştırmanın uygulanabilmesi Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi başhekimliğinden izin alınmıştır (Ek 4). Araştırmada kullanılan ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini yapan kişi tezinde kaynakça gösterilerek ölçeğin kullanılabilirliğini belirtmiştir (Ek 5). Ayrıca görüşme öncesi gebe kadınlara, araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman konusunda açıklamalar yapılmış ve sözlü onamları alınmıştır.

6. BULGULAR

6.1. GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 1. Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

	ADÖLESAN GEBELER (n:73)		YETİŞKİN GEBELER (n:219)	
	$\bar{X} \pm Ss$	Min/Max	$\bar{X} \pm Ss$	Min/Max
Yaş	18,23± 0,82	16/19	27,17± 4,89	20/44

Araştırmada adölesan 73 gebe, yetişkin 219 gebe toplamda 292 gebe incelendi. Gebelerin yaş dağılımı incelendiğinde, adölesan gebelerin yaş ortalamasının 18,23±0,82, yetişkin gebelerin yaş ortalamasının 27,17±4,89 olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 2. Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	ADÖLESAN GEBELER		YETİŞKİN GEBELER	
	n	%	n	%
Aile tipi				
Çekirdek aile	41	56,2	179	81,7
Geniş aile	32	43,8	40	18,3
Yaşanılan yer				
Şehir	58	79,5	193	88,1
İlçe	13	17,8	12	5,5
Köy	2	2,7	14	6,4
Eğitim durumu				
Okur-yazar değil	1	1,4	11	5,0
Okur-yazar	2	2,7	17	7,8
İlkokul	18	24,7	43	19,6
Ortaokul	43	58,9	70	32,0
Lise ve üzeri	9	12,3	78	35,6
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	72	98,6	181	82,6
Çalışıyor	1	1,4	38	17,4
Gelir algısı				
Gelir giderden az	28	38,4	109	49,8
Gelir gidere denk	43	58,9	100	45,7
Gelir giderden fazla	2	2,7	10	4,6
Sosyal güvence				
Var	58	79,5	207	94,5
Yok	15	20,5	12	5,5
TOPLAM	73	100,0	219	100,0

Tablo 2’de çalışmaya katılan sosyo-demografik özelliklerin yaş gruplarına göre dağılımı verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin aile tipi incelendiğinde, adölesan gebelerin %56,2’sinin çekirdek ailede, %43,8’inin geniş ailede yaşadığı, yetişkin gebelerin %81,7’sinin çekirdek ailede, %18,3’ünün geniş ailede yaşadığı saptandı (Tablo 2).

Adölesan gebelerin %79,5’inin şehirde, %17,8’inin ilçede, %2,7’sinin köyde yaşadığı, yetişkin gebelerin %88,1’inin şehirde, %5,5’inin ilçede, %6,4’ünün köyde yaşadığı saptandı (Tablo 2).

Adölesan gebelerin %1,4’ünün okur-yazar olmadığı, %2,7’sinin okur-yazar olduğu, %24,7’sinin ilkokul, %58,9’unun ortaokul, %12,3’ünün lise ve üzeri okul, yetişkin gebelerin %5,0’inin okur-yazar olmadığı, %7,8’inin okur-yazar olduğu,

%19,6'sının ilkokul, %32,0'sinin ortaokul, %35,6'sının lise ve üzeri okul mezunu olduğu saptandı (Tablo 2).

Gebelerin çalışma durumuna bakıldığında adölesan gebelerin %98,6'sının çalışmadığı, %1,4'ünün çalıştığı, yetişkin gebelerin %82,6'sının çalışmadığı, %17,4'ünün çalıştığı saptandı (Tablo 2).

Adölesan gebelerin %38,4'ünün ekonomik durumunu düşük, %58,9'unun orta, %2,7'sinin yüksek düzeyde algıladıkları, yetişkin gebelerin %49,8'inin ekonomik durumunu düşük, %45,7'sinin orta, %4,6'sının yüksek düzeyde algıladıkları saptandı.

Adölesan gebelerin %79,5'inin sosyal güvencesi olduğu, %20,5'inin sosyal güvencesi olmadığı, yetişkin gebelerin %94,5'inin sosyal güvencesi olduğu, %5,5'inin sosyal güvencesi olmadığı saptandı (Tablo 2).

Tablo 3. Gebelerin Eşlerinin Yaşlarına Göre Dağılımı

	ADÖLESAN GEBELER		YETİŞKİN GEBELER	
	$\bar{X} \pm Ss$	Min/Max	$\bar{X} \pm Ss$	Min/Max
Eş yaşı	24,16± 3,58	18/39	30,56±5,04	20/48

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eşlerinin yaşlarının dağılımı incelendiğinde, adölesan gebelerin eşlerinin yaş ortalamasının 24,16±3,58, yetişkin gebelerin eşlerinin yaş ortalamasının 30,56±5,04 olduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 4. Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre Dağılımı

	ADÖLESAN GEBELER		YETİŞKİN GEBELER	
	$\bar{X} \pm Ss$	Min/Max	$\bar{X} \pm Ss$	Min/Max
İlk gebelik yaşı	17,83± 1,02	15/19	23,14± 4,17	14/37
Gebelik haftası	34,09± 3,59	27/40	35,65± 3,00	27/40

Araştırma kapsamına alınan gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde, adölesan gebelerin ilk gebelik yaş ortalamasının $17,83 \pm 1,02$, yetişkin gebelerin ilk gebelik yaş ortalamasının $23,14 \pm 4,17$ olduğu saptandı (Tablo 4).

Adölesan gebelerin gebelik haftası ortalamasının $34,09 \pm 3,59$, yetişkin gebelerin gebelik haftası ortalamasının $35,65 \pm 3,00$ olduğu saptandı (Tablo 4).

Tablo 5. Gebelerin Gebeliklerine Ait Bilgilerine Göre Dağılımı

	ADÖLESAN GEBELER		YETİŞKİN GEBELER	
	n	%	n	%
Parite				
Primipar	55	75,3	96	43,8
Multipar	18	24,7	123	56,2
Planlı gebelik durumu				
Evet	62	84,9	159	72,6
Hayır	11	15,1	60	27,4
Anne tarafından istenilen gebelik olma durumu				
Evet	71	97,3	206	94,1
Hayır	2	2,7	13	5,9
Baba tarafından istenilen gebelik olma durumu				
Evet	72	98,6	209	95,4
Hayır	1	1,4	10	4,6
Düzenli doğum öncesi bakım alma durumu				
Evet	66	90,4	196	89,5
Hayır	7	9,6	23	10,5
Doğum öncesi eğitim alma durumu				
Evet	10	13,7	30	13,7
Hayır	63	86,3	189	86,3
Eş desteği alma durumu				
Evet	66	90,4	189	86,3
Hayır	7	9,6	30	13,7
Sosyal destek alma durumu				
Evet	47	64,4	129	58,9
Hayır	26	35,6	90	41,1
TOPLAM	73	100,0	219	100,0

Tablo 5'te araştırma kapsamına alınan gebelerin gebeliğe ilişkin bilgilerinin dağılımı verilmiştir. Adölesan gebelerin %75,3'ünün primipar, %24,7'sinin multipar olduğu, yetişkin gebelerin %43,8'inin primipar, %56,2'sinin multipar olduğu saptandı (Tablo 5).

Adölesan gebelerin %84,9'unun gebeliklerinin planlı, %15,1'inin plansız olduğu, yetişkin gebelerin %72,6'sının gebeliklerinin planlı, %27,4'ünün plansız olduğu saptandı (Tablo 5).

Adölesan gebelerin %97,3'nün anne tarafından istenilen, %2,7'sinin anne tarafından istenilmeyen gebelik olduğu, yetişkin gebelerin %94,1'nin anne tarafından istenilen, %5,9'unun anne tarafından istenilmeyen gebelik olduğu saptandı (Tablo 5).

Adölesan gebelerin %98,6'sının baba tarafından istenilen, %1,4'ünün baba tarafından istenilmeyen gebelik olduğu, yetişkin gebelerin %95,4'ünün baba tarafından istenilen, %4,6'sının baba tarafından istenilmeyen gebelik olduğu saptandı.

Adölesan gebelerin %90,4'ünün düzenli doğum öncesi bakım aldığı, %9,6'sının düzenli doğum öncesi bakım almadığı, yetişkin gebelerin %89,5'inin düzenli doğum öncesi bakım aldığı, %10,5'inin düzenli doğum öncesi bakım almadığı saptandı (Tablo 5).

Adölesan grubunda bulunan gebelerin %13,7'sinin doğum öncesi eğitim aldığı, %86,3'ünün doğum öncesi eğitim almadığı, yetişkin gebelerin %13,7'sinin doğum öncesi eğitim aldığı, %86,3'ünün doğum öncesi eğitim almadığı saptandı (Tablo 5).

Adölesan gebelerin %90,4'ünün eşinden sosyal destek gördüğü, %9,6'sının eşinden sosyal destek görmediği, yetişkin gebelerin %86,3'ünün eşinden sosyal destek gördüğü, %13,7'sinin eşinden sosyal destek görmediği saptandı (Tablo 5).

Adölesan gebelerin %64,4'ünün sosyal destek aldığı, %35,6'sının sosyal destek almadığı, yetişkin gebelerin %58,9'unun sosyal destek aldığı, %41,1'inin sosyal destek almadığı saptandı (Tablo 5).

6.2. GEBELERİN DOĞUM EYLEMİNDE ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ PUANLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 6. Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

	ADÖLESAN GEBELER		YETİŞKİN GEBELER		t	p
	$\bar{X} \pm Ss$	Min/Max	$\bar{X} \pm Ss$	Min/Max		
SBAS-16	132,89±16,41	88/160	-5,006	0,000	-5,006	0,000
EBAS-16	104,95±23,44	33/154	-3,124	0,002	-3,124	0,002
DÖYE-D32 Toplam	237,84±34,87	121/301	-4,625	0,000	-4,625	0,000

Tablo 6’da Adölesan gebeler ile yetişkin gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Adölesan gebelerin ölçek toplam puan ortalamasının 237,84±34,87, yetişkin gebelerin ölçek toplam puan ortalamasının 257,53±30,29 olduğu saptandı. Her iki grup arasında yapılan t testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($t=-4,625$, $p<0,05$) (Tablo 6).

Adölesan gebeler ile yetişkin gebelerin SBAS-16 puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde adölesan gebelerin puan ortalamasının 132,89±16,41, yetişkin gebelerin puan ortalamasının 142,59±13,58 olduğu saptandı. Her iki grup arasında yapılan t testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($t=-5,006$, $p<0,05$) (Tablo 6).

Adölesan gebeler ile yetişkin gebelerin EBAS-16 puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde adölesan gebelerin puan ortalamasının 104,95±23,44, yetişkin gebelerin puan ortalamasının 114,94±23,70 olduğu saptandı. Her iki grup arasında yapılan t testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($t=-3,124$, $p<0,05$) (Tablo 6).

6.3. GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DOĞUM EYLEMİNDE ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 7. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler		ADÖLESAN GEBELER			YETİŞKİN GEBELER		
		$\bar{X} \pm Ss$	Z/X ²	p	$\bar{X} \pm Ss$	t/Z/ X ²	p
Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalaması	Aile Tipi						
	Çekirdek	238,02±33,37	-0,083	0,934	254,68±30,50	-2,949	0,004
	Geniş	237,62±37,25			270,02±25,97		
	Yaşanılan yer						
	Şehir	235,24±36,67	1,412	0,494	258,29±29,51	2,069	0,355
	İlçe	246,84±26,61			255,75±41,61		
	Köy	255,00±19,79			247,92±30,21		
	Eğitim durumu						
	Okur-yazar değil	225,00±0,00	0,616	0,961	262,18±22,48	5,904	0,206
	Okur-yazar	246,00±56,56			245,58±33,07		
	İlkokul	238,44±28,83			262,88±26,96		
	Ortaokul	236,97±37,98			259,88±29,11		
	Lise ve üzeri	240,44±33,98			254,29±32,81		
	Çalışma Durumu						
Çalışmıyor	238,26±34,94	-1,044	0,296	257,07±29,65	-0,438	0,662	
Çalışıyor	208,00±0,00		259,44±33,34				

Tablo 7. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devam)

Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalaması	Gelir algısı						
	Gelir giderden az	237,50±31,30	0,38	0,981	259,61±28,68	1,175	0,556
	Gelir gidere denk	238,23±37,69			254,93±32,18		
	Gelir giderden fazla	234,50±37,47			260,90±28,63		
	Sosyal güvence						
	Var	240,60±32,47	-0,894	0,371	257,94±29,43		0,745
Yok	227,20±42,52			249,66±43,03	-0,326		

Tablo 7’de gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Adölesan gebelerin aile tipi ile doğum eyleminde öz-yeterlilik puan ortalamaları arasında yapılan Mann Whitney U testi sonucunda çekirdek ailede yaşayanların puan ortalamalarının $238,02 \pm 33,37$, geniş ailede yaşayanların puan ortalamalarının $237,62 \pm 37,25$ olduğu ve aile tipi ile doğum eyleminde öz-yeterlilik puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($Z=0,083$, $p>0,05$) (Tablo 7).

Adölesan gebelerin yaşadığı yer ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal Wallis Test analizinde, şehirde yaşayanların puan ortalamalarının $235,24 \pm 36,67$, ilçede yaşayanların puan ortalamalarının $246,84 \pm 26,61$, köyde yaşayanların puan ortalamalarının $255,00 \pm 19,79$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır ($X^2=1,412$, $p>0,05$) (Tablo 7).

Adölesan gebelerin eğitim durumu ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal Wallis Test analizinde; okuma yazma bilmeyenlerin puan ortalamalarının $225,00 \pm 0,00$, sadece okuma yazma bilenlerin puan ortalamalarının $246,00 \pm 56,56$, ilkokul mezunu olanların puan ortalamalarının $238,44 \pm 28,83$, ortaokul mezunu olanların puan ortalamalarının $236,97 \pm 37,98$, lise ve üzeri bir okul mezun olanların puan ortalamalarının $240,44 \pm 33,98$ olduğu saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($X^2=0,616$, $p>0,05$) (Tablo 7).

Adölesan gebelerin çalışma durumu ile doğum eyleminde öz-yeterlilik puan ortalamaları arasında yapılan Mann Whitney U testi sonucunda çalışanların puan ortalamalarının $208,00 \pm 0,00$, çalışmayanların puan ortalamalarının $238,26 \pm 34,94$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($Z=-1,044$, $p>0,05$) (Tablo 7).

Adölesan gebelerin gelir durumu ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal Wallis Test analizinde gelir giderden az olanların puan ortalamalarının $237,50 \pm 31,30$, gelir gidere denk olanlarının puan ortalamalarının $238,23 \pm 37,69$, gelir giderden fazla olanların puan ortalamalarının

234,50±37,47 olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır ($X^2=0,38$, $p>0,05$) (Tablo 7).

Adölesan gebelerin sosyal güvence ile doğum eyleminde öz-yeterlilik puan ortalamaları arasında yapılan Mann Whitney U testi sonucunda sosyal güvencesi bulunanların puan ortalamalarının 240,60±32,47, sosyal güvencesi bulunmayanların puan ortalamalarının 227,20±42,52 olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($Z=0,894$, $p>0,05$) (Tablo 7).

Yetişkin gebelerin aile tipi ile doğum eyleminde öz-yeterlilik puan ortalamaları arasında yapılan t testi sonucunda çekirdek ailede yaşayanların puan ortalamalarının 254,68±30,50, geniş ailede yaşayanların puan ortalamalarının 270,02±25,97 olduğu ve aile tipi ile doğum eyleminde öz-yeterlilik puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptandı ($t=-2,949$, $p<0,05$) (Tablo 7).

Yetişkin gebelerin yaşadıkları yer ile doğum eyleminde öz-yeterlilik puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal Wallis Test analizinde şehirde yaşayanların puan ortalamalarının 258,29±29,51, ilçede yaşayanların puan ortalamalarının 255,75±41,61, köyde yaşayanların puan ortalamalarının 247,92±30,21 olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır ($X^2=2,069$, $p>0,05$) (Tablo 7).

Yetişkin gebelerin eğitim durumu ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal Wallis Test analizinde okuma yazma bilmeyenlerin puan ortalamalarının 262,18±22,48, sadece okuma yazma bilenlerin puan ortalamalarının 245,58±33,07, ilkokul mezunu olanların puan ortalamalarının 262,88±26,96, ortaokul mezunu olanların puan ortalamalarının 259,88±29,11, lise ve üzeri bir okul mezun olanların puan ortalamalarının 254,29±32,81 olduğu saptandı ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($X^2=5,904$, $p>0,05$) (Tablo 7).

Yetişkin gebelerin çalışma durumu ile doğum eyleminde öz-yeterlilik puan ortalamaları arasında yapılan t testi sonucunda çalışanların puan ortalamalarının 259,44±33,34, çalışmayanların puan ortalamalarının 257,07±29,65 olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($t=-0,438$, $p>0,05$) (Tablo 7).

Yetişkin gebelerin eğitim durumu ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal Wallis Test analizinde gelir giderden az

olanların puan ortalamalarının $259,61 \pm 28,68$, gelir gidere denk olanlarının puan ortalamalarının $254,93 \pm 32,18$, gelir giderden fazla olanların puan ortalamalarının $260,90 \pm 28,63$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır ($X^2=1,175$, $p>0,05$) (Tablo 7).

Yetişkin gebelerin sosyal güvence ile doğum eyleminde öz-yeterlilik puan ortalamaları arasında yapılan Mann Whitney U testi sonucunda sosyal güvencesi bulunanların puan ortalamalarının $257,94 \pm 29,43$, sosyal güvencesi bulunmayanların puan ortalamalarının $249,66 \pm 43,03$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($Z=0,326$, $p>0,05$) (Tablo 7).



6.4. GEBELERİN GEBELİKLERİNE AİT BİLGİLERİNE GÖRE DOĞUM EYLEMİNDE ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 8. Gebelerin Gebeliklerine Ait Bilgilerine Göre Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Özellikler	ADÖLESAN GEBELER			YETİŞKİN GEBELER			
	$\bar{X} \pm Ss$	Z	p	$\bar{X} \pm Ss$	t/Z	p	
Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalaması	Parite						
	Primipar	235,78±36,10	-0,723	0,470	252,09±32,56	-2,355	0,019
	Multipar	244,16±30,91			261,69±27,74		
	Planlı gebelik durumu						
	Evet	238,25±36,27	-0,517	0,605	257,13±29,32	-0,278	0,781
	Hayır	235,54±26,90			258,41±32,84		
	Anne tarafından istenilen gebelik olma durumu						
	Evet	237,40±39,13	-0,338	0,735	258,64±28,99	-1,684	0,092
	Hayır	238,65±26,15			239,23±43,40		
	Baba tarafından istenilen gebelik olma durumu						
	Evet	237,23±34,72	-1,400	0,161	257,72±30,05	0,565	0,572
	Hayır	282,00±0,00			252,60±35,63		

Tablo 8. Gebelerin Gebeliklerine Ait Bilgilerine Göre Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (Devam)

Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalaması	Düzenli doğum öncesi bakım alma durumu						
	Evet	238,01±35,49	0,337	0,736	257,32±30,44	-0,075	0,940
	Hayır	236,28±30,69			258,86±29,24		
	Doğum öncesi eğitim alma durumu						
	Evet	231,80±32,46	-0,746	0,456	260,20±29,38	0,527	0,598
	Hayır	238,80±35,39			257,05±30,44		
	Eş desteği alma durumu						
	Evet						
	Hayır	240,22±33,51	-1,176	0,078	258,04±30,90	0,685	0,494
		215,42±42,19			253,96±26,03		
	Sosyal destek alma durumu						
	Evet	237,40±39,13	-0,225	0,822	262,02±31,00	2,693	0,04
	Hayır	238,65±26,15			250,98±28,05		

Adölesan gebelerin parite durumları ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Whitney U Test analizinde puan ortalamalarının primiparlarda $235,78 \pm 36,10$, multiparlarda $244,16 \pm 30,91$ olduğu ve parite durumları ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı saptandı ($Z=-0,723$, $p>0,05$) (Tablo 8).

Adölesan gebelerin planlı gebelik durumları ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Whitney U Test analizinde gebeliği planlayanların puan ortalamalarının $238,25 \pm 36,27$, gebeliği planlamayanların puan ortalamalarının $235,54 \pm 26,90$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($Z=-0,517$, $p>0,05$) (Tablo 8).

Adölesan gebelerin anne tarafından istenilen gebelik olma durumu ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Whitney U Test analizinde anne tarafından istenilen gebelik gerçekleştirenlerin puan ortalamalarının $237,40 \pm 39,13$, anne tarafından istenilmeyen gebelik gerçekleştirenlerin puan ortalamalarının $238,65 \pm 26,15$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($Z=-0,338$, $p>0,05$) (Tablo 8).

Adölesan gebelerin baba tarafından istenilen gebelik olma durumu ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Whitney U Test analizinde baba tarafından istenilen gebelik gerçekleştirenlerin puan ortalamalarının $237,23 \pm 34,72$, baba tarafından istenilmeyen gebelik gerçekleştirenlerin puan ortalamalarının $282,00 \pm 0,00$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($Z=-1,400$, $p>0,05$) (Tablo 8).

Adölesan gebelerin düzenli doğum öncesi bakım alma durumu ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Whitney U Test analizinde düzenli doğum öncesi bakım alanların puan ortalamalarının $238,01 \pm 35,49$, düzenli doğum öncesi bakım almayanların puan ortalamalarının $236,28 \pm 30,69$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($Z=0,337$, $p>0,05$) (Tablo 8).

Adölesan gebelerin doğum öncesi eğitim alma durumu ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Whitney U Test analizinde doğum öncesi eğitim alanların puan ortalamalarının $231,80 \pm 32,46$, doğum öncesi

eğitim almayanların puan ortalamalarının $238,80\pm35,39$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($Z=-0,746$, $p>0,05$) (Tablo 8).

Adölesan gebelerin eş desteği alma durumu ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Whitney U Test analizinde eşinden destek alanların puan ortalamalarının $240,22\pm33,51$, eşinden destek almayanların puan ortalamalarının $215,42\pm42,19$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($Z=-1,176$, $p>0,05$) (Tablo 8).

Adölesan gebelerin sosyal destek alma durumu ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Whitney U Test analizinde sosyal destek alanların puan ortalamalarının $237,40\pm39,13$, sosyal destek almayanların puan ortalamalarının $238,65\pm26,15$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($Z=-0,225$, $p>0,05$) (Tablo 8).

Yetişkin gebelerin parite durumları ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan t testi sonucunda puan ortalamalarının primiparlarda $252,09\pm32,56$, multiparlarda $261,69\pm27,74$ olduğu ve parite durumları ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptandı ($t=-2,355$, $p<0,05$) (Tablo 8).

Yetişkin gebelerin planlı gebelik durumları ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan t testi analizinde gebeliği planlayanların puan ortalamalarının $257,13\pm29,32$, gebeliği planlamayanların puan ortalamalarının $258,41\pm32,84$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($t=-0,278$, $p>0,05$) (Tablo 8).

Yetişkin gebelerin anne tarafından istenilen gebelik olma durumu ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Whitney U Test analizinde anne tarafından istenilen gebelik gerçekleştirenlerin puan ortalamalarının $258,64\pm28,99$, anne tarafından istenilmeyen gebelik gerçekleştirenlerin puan ortalamalarının $239,23\pm43,40$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($Z=-1,684$, $p>0,05$) (Tablo 8).

Yetişkin gebelerin baba tarafından istenilen gebelik olma durumu ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Whitney U Test analizinde baba tarafından istenilen gebelik gerçekleştirenlerin puan ortalamalarının $257,72\pm30,05$, baba tarafından istenilmeyen gebelik

gerçekleştirenlerin puan ortalamalarının $252,60 \pm 35,63$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($Z=0,565$, $p>0,05$) (Tablo 8).

Yetişkin gebelerin düzenli doğum öncesi bakım alma durumu ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Whitney U Test analizinde düzenli doğum öncesi bakım alanların puan ortalamalarının $257,32 \pm 30,44$, düzenli doğum öncesi bakım almayanların puan ortalamalarının $258,86 \pm 29,24$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($Z=0,075$, $p>0,05$) (Tablo 8).

Yetişkin gebelerin doğum öncesi eğitim alma durumu ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan t testi analizinde doğum öncesi eğitim alanların puan ortalamalarının $260,20 \pm 29,38$, doğum öncesi eğitim almayanların puan ortalamalarının $257,05 \pm 30,44$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($t=0,527$, $p>0,05$) (Tablo 8).

Yetişkin gebelerin eş desteği alma durumu ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan t testi analizinde eşinden destek alanların puan ortalamalarının $258,04 \pm 30,90$, eşinden destek almayanların puan ortalamalarının $253,96 \pm 26,03$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($t=0,685$, $p>0,05$) (Tablo 8).

Yetişkin gebelerin sosyal destek alma durumu ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan t testi t analizinde sosyal destek alanların puan ortalamalarının $262,02 \pm 31,00$, sosyal destek almayanların puan ortalamalarının $250,98 \pm 28,05$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptandı ($t=2,693$, $p<0,05$) (Tablo 8).

7. TARTIŞMA

Bu araştırma, adölesan ve yetişkin gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla yapıldı. Katılımcılar yaş açısından iki gruba ayrıldı ve her iki grubun çoğunluğunu şehirde yaşayan, orta gelir grubu, sağlık sigortası olan, ev hanımı ve çekirdek aile yapısına sahip gebeler oluşturdu. Bulgular aşağıda yer alan üç başlık altında tartışıldı.

7.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmanın örneklemini oluşturan gebelerin gebeliğe ilişkin özelliklerine bakıldığında adölesan gebelerin %75,3'ünün primipar, yetişkin gebelerin %56,2'sinin multipar olduğu saptanmıştır. Güleç ve arkadaşlarının (2014) gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada gebelerin %58,4'ünün primipar olduğu bildirilmiştir. Ölçer ve arkadaşlarının (2016) 140 yüksek riskli gebe üzerinde yaptıkları çalışmada gebelerin %59,0'ının multipar olduğu bildirilmiştir. Js Cunqueiro ve arkadaşlarının (2017) İspanya'nın Vigo kentinde 325 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, çalışma kapsamına alınan gebelerin %63,0'ının primipar olduğu bildirilmiştir. Şahin Büyük'ün (2017) 363 gebe üzerinde yaptığı çalışmasında gebeliklerin %60,6'sının multipar olduğu bildirilmiştir. Çalışmada kapsamına alınan adölesan gebelerin primipar olma nedenlerinin yaşlarından kaynaklandığı düşünülmektedir, Yetişkin grubunda bulunan gebelerin multipar olma durumları yapılan diğer araştırmalar ile paralellik göstermektedir.

Yapılan çalışmada adölesan gebelerin %84,9'unun gebeliklerinin planlı olduğu, yetişkin gebelerin %72,6'sının gebeliklerinin planlı olduğu saptanmıştır, Ölçer ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında gebeliklerin %63,6'sının planlı olduğu bildirilmiştir. Kızılkaya'nın (2013) yaptığı çalışmada ise gebeliklerin %94,2'sinin planlı olduğu bildirilmiştir. Uysal'ın (2017) 386 kadın üzerinde yaptığı çalışmada gebeliklerin %60,10'unun planlı olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışma sonucunda

elde edilen bulgularda gebeliklerin yüksek oranda planlı olması istenen bir sonuçtur. Gebeliklerin planlı olması anne ve bebek sağlığı açısından önemli bir yere sahiptir. Planlanmayan gebelikler tıbbi, maddi ve manevi problemlere neden olabilmektedir.

Yapılan araştırmada adölesan gebelerin %97,3'nün anne tarafından istenilen gebelik olduğu, yetişkin gebelerin %94,1'nin anne tarafından istenilen gebelik olduğu saptanmıştır. Adölesan grubunda bulunan gebelerin %98,6'sının baba tarafından istenilen gebelik olduğu, yetişkin grubunda bulunan gebelerin %95,4'ünün baba tarafından istenilen gebelik olduğu saptanmıştır. Her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Aksüt Akçay'ın (2012) 2100 kadın üzerinde yaptığı araştırmada %82,0'sinin anne tarafından istenen gebelik olduğu, %87,8'inin baba tarafından istenen gebelik olduğu bildirilmiştir. Bozkurt'un (2013) 300 lohusa üzerinde yaptığı araştırmada %97,8'inin anne tarafından istenilen gebelik olduğu, %97,8'inin baba tarafından istenilen gebelik olduğu bildirilmiştir. Bu araştırma bulguları literatürdeki diğer araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir, Gebeliklerin anne ve baba tarafından istenilmiş olması özelde anne ve çocuk sağlığı açısından genelde toplum sağlığı açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Yapılan araştırmada adölesan gebelerin %90,4'ünün düzenli doğum öncesi bakım aldığı, yetişkin gebelerin %89,5'inin düzenli doğum öncesi bakım aldığı saptanmıştır. Aksüt Akçay'ın (2012) 2100 kadın üzerinde yaptığı araştırmada gebelerin %99,6'sının doğum öncesi bakım aldığı bildirilmiştir. Akdeniz Erken'in (2016) 600 kadın üzerinde yaptığı araştırmada kadınların %96,7'sinin doğum öncesi bakım aldığı bildirilmiştir. Yılmaz'ın (2017) 391 kadın üzerinde yaptığı araştırmada ise kadınların %93,6'sının düzenli doğum öncesi bakım aldığı bildirilmiştir. Bu araştırma bulguları literatürdeki diğer araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir. Ancak araştırmada doğum öncesi düzenli bakım alma yüzdesi yüksek olmasına rağmen istenilen düzeyde olmadığı düşünülmektedir. Gebelerin sağlıklı bir gebelik geçirmeleri ve sağlıklı bebeklere sahip olmalarında doğum öncesi bakım önemli bir yere sahiptir. Gebelik, doğum ve gebelik sonrası dönemde istenmeyen durumların meydana gelmemesi için nitelik ve nicelik bakımından doğum öncesi bakımın artırılması gerekmektedir.

Adölesan gebelerin %86,3'ünün doğum öncesi eğitim almadığı, yetişkin gebelerin %86,3'ünün doğum öncesi eğitim almadığı saptanmıştır. Erciyes'in (2016) araştırmasında kadınların %53,1'inin doğum öncesi eğitim almadığı bildirilmiştir.

Uysal'ın (2016) 386 kadın üzerinde yaptığı araştırmasında kadınların %99,5'inin doğum öncesi eğitim aldığı bildirilmiştir. Güleç ve arkadaşlarının (2014) 214 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada gebelerin %57,0'ının doğum öncesi eğitim almadığı bildirilmiştir. Bozkurt'un (2013) 300 lohusa üzerinde yaptığı çalışmada ise lohusaların %94,3'ünü doğum önce eğitim almadığı bildirilmiştir. Araştırmada doğum öncesi eğitim alma durumu literatürdeki bazı çalışmalarla paralellik gösterirken bazıları ile farklılık göstermektedir. Yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde çoğunlukla kadınların doğum öncesi eğitim almadıkları görülmektedir. Doğum öncesi eğitim, gebelik, doğum ve yenidoğanın bakımı hakkında gebeleri bilgilendirmek ve bu konularda bilgi düzeylerini arttırmak için önemli bir fırsat sağlar. Ayrıca eğitim, gebelik sonuçlarını ve kadınların tercihlerini etkileyen önemli unsurlardandır.

Adölesan gebelerin %90,4'ünün eşinden sosyal destek aldığı, yetişkin gebelerin %86,3'ünün eşinden sosyal destek aldığı saptanmıştır. Lazoğlu'nun (2014) 450 gebe üzerinde yaptığı çalışmada gebelerin %82,7'sinin eş desteği aldığı bildirilmiştir. Özçalkap'ın (2018) 308 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada gebelerin %85,4'ünün eşinden destek aldığı bildirilmiştir. Eşen'in (2018) 85 gebe üzerinde yaptığı çalışmada gebelerin %87,1'inin eşinden destek aldığı bildirilmiştir. Çetin'in (2013) 53 adölesan gebe üzerinde yaptığı araştırmasında gebelerin %84,9'unun eş desteği aldığı bildirilmiştir. Bu araştırma bulguları literatürdeki diğer araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Adölesan gebelerin %64,4'ünün sosyal destek aldığı, yetişkin gebelerin %58,9'unun sosyal destek aldığı saptanmıştır. Lazoğlu'nun (2014) 450 gebe üzerinde yaptığı çalışmada gebelerin %71,1'inin sosyal destek aldığı bildirilmiştir. Akkaş'ın (2014) 152 gebe üzerinde yaptığı çalışmada gebelerin %85,5'inin sosyal destek aldığı bildirilmiştir. Gümüldaş'ın (2014) 315 gebe üzerinde yaptığı çalışmada gebelerin %87,0'ının sosyal destek aldığı bildirilmiştir. Bu çalışmada adölesan gebelerin sosyal desteklerinin daha fazla olmasının geniş ailede yaşayan gebelerin daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bulgular literatürdeki diğer araştırma bulgularına göre daha düşük bulunmuştur. Bunun sebebinin ise araştırmanın yapıldığı bölgenin sanayi bakımından gelişmiş ve iş olanaklarının iyi olması nedeniyle iç göç alan bir bölge olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

7.2. Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Gebelik ve doğum, kadının hayatında doğal bir süreçtir ve öz-yeterlilik, bu süreci olumlu bir deneyim haline getirmeye yardımcı olur (Khaikin 2016). Doğum eylemi öz-yeterlilik ile ilişkilidir. Gebelik döneminde gebelerin kendilerine olan güvenlerini ve baş etme düzeylerini belirlemek için öz-yeterlilik inançlarının değerlendirilmesi gerekmektedir (Lazoğlu 2014).

Adölesan gebeler ile yetişkin gebeler Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği puan ortalamasının adölesan gebelerde $237,84 \pm 34,87$, yetişkin gebelerde $257,53 \pm 30,29$ olduğu, Sonuç Beklentisi Alt Skalası puan ortalamasının adölesan gebelerde $132,89 \pm 16,41$, yetişkin gebelerde $142,59 \pm 13,58$ olduğu, Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası puan ortalamalarının adölesan gebelerde $104,95 \pm 23,44$, yetişkin gebelerde $114,94 \pm 23,70$ saptanmıştır.

Howarth'ın (2017) 137 anne üzerinde yaptığı araştırmada, pasif kontrol grubunun ilk test puan ortalamasının $177,59 \pm 50,149$, son test puan ortalamasının $180,61 \pm 46,466$, aktif kontrol grubunun ilk test puan ortalamasının $194,85 \pm 38,425$, son test ortalamasının $190,81 \pm 38,142$, müdahale grubunun ilk test puan ortalamasının $188,63 \pm 43,405$, son test puan ortalamasının $215,21 \pm 38,708$ olduğu bildirilmiştir. Müdahale grubu ile aktif kontrol grubu ve pasif kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuş, aktif kontrol grubu ile pasif kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Cunqueiro ve arkadaşlarının (2018) 276 düşük riskli gebeler üzerinde yaptıkları araştırmada, doğum öncesi dönemde DÖYE-D32 yeterlilik beklentisi alt skalası puan ortalamasının primiparlarda $120,3$, multiparlarda $101,0$ olduğu bildirilmiştir. Doğum sonrası dönemde ise DÖYE-D32 yeterlilik beklentisi alt skalası puan ortalamasının spontan vajinal doğum yapanlarda $104,1$, müdahaleli doğum yapanlarda $108,1$, sezaryen doğum yapanlarda $97,6$ olduğu bildirilmiştir. Araştırmada primipar gebelerin öz-yeterlilik düzeyinin daha yüksek olduğu ve sezaryen doğuma göre vajinal doğum yapan kadınların öz-yeterlilik puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

İşbir ve arkadaşlarının (2016) doğum öncesi eğitimin doğum eylemindeki öz-yeterlilik üzerindeki etkilerini inceledikleri araştırmada, ilk test sonrası müdahale

grubunun DÖYE-D32 toplam puan ortalamasının $224,1 \pm 54,5$, kontrol grubu toplam puan ortalamasının $229,8 \pm 51,1$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir. Müdahale grubu SBAS-16 ilk test sonrası puan ortalamasının $129,5 \pm 25,2$, kontrol grubu puan ortalamasının $127,5 \pm 24,4$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir. Müdahale grubu EBAS-16 puan ortalamasının ilk test sonrası $94,6 \pm 37,6$, kontrol grubu puan ortalamasının $102,3 \pm 34,1$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir. Müdahale grubunun eğitim sonrası son test DÖYE-D32 toplam puan ortalamasının $297,9 \pm 17,8$, SBAS-16 puan ortalamasının $152,6 \pm 7,4$, yeterlilik beklentisi alt skalası puan ortalamasının $145,2 \pm 12,0$ olduğu ve müdahale grubunda eğitim öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu bildirilmiştir. Araştırmaya göre doğum öncesi eğitim ile doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeyinin artırılabilceğini söylemek mümkündür. Khorsandi ve arkadaşlarının (2012) 50 primipar gebeden oluşan müdahale grubu ve 50 primipar gebeden oluşan kontrol grubu üzerinde yaptıkları araştırmada müdahale grubunun eğitim öncesi DÖYE-D32 toplam puan ortalamasının $96,9 \pm 33,7$, kontrol grubu toplam puan ortalamasının $96,2 \pm 29,1$ olduğu bildirilmiştir. Müdahale grubunun eğitim sonrası DÖYE-D32 toplam puan ortalamasının $134,5 \pm 7,1$, kontrol grubunun rutin bakım sonrası toplam puan ortalamasının $100,1 \pm 9,2$ olduğu bildirilmiştir. Eğitim sonrası dönemde iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu bildirilmiştir. Eğitimin birincil sezaryen oranını azaltmada etkili olduğu sonuç olarak bildirilmiştir.

Lazoğlu'nun (2014) doğum korkusunun derecesine göre gebelerin öz-yeterlilik algısını karşılaştırmak için 236 doğum korkusu düşük gebe ve 220 doğum korkusu yüksek gebe üzerinde yaptığı araştırmada, SBAS-16 puan ortalamasının doğum korkusu düşük gebelerde $132,60 \pm 22,36$, doğum korkusu yüksek gebelerde $116,82 \pm 32,99$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu bildirilmiştir. EBAS-16 alt skalası puan ortalamasının doğum korkusu düşük gebelerde $84,90 \pm 27,43$, doğum korkusu yüksek gebelerde $52,74 \pm 28,26$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu bildirilmiştir. DÖYE-D32 toplam puan ortalamasının doğum korkusu düşük gebelerde $217,50 \pm 40,31$, doğum korkusu yüksek gebelerde $169,57 \pm 44,26$ olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu bildirilmiştir. Rastegari ve arkadaşlarının (2013) 30 gebeden oluşan kontrol grubu ve

30 gebeden oluşan vaka grubu üzerinde yaptıkları araştırmada, DÖYE-D32 toplam puan ortalamasının vaka grubunda $241,7\pm61,68$, kontrol grubunda $221,5\pm65,86$ olduğu bildirilmiştir. Vaka grubu puan ortalamasının kontrol grubu puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu fakat ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir.

Mohamadirizi ve arkadaşlarının (2018) 35 gebeden oluşan vaka grubu ve 35 gebeden oluşan kontrol grubu üzerinde yaptıkları araştırmada, vaka grubunda müdahale öncesi ve sonrası ortalama öz-yeterlilik puan ortalamalarının sırasıyla $105,2\pm27,01$ ve $110,12\pm21,2$, kontrol grubunda ise sırasıyla $111,2\pm23,12$ ve $116,9\pm24,43$ olduğu bildirilmiştir. Her iki grupta müdahale öncesi ve sonrası doğum öz-yeterlilik puanlarında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir. Sunay'ın (2018) ön test-son test kontrol gruplu deneme modeli olarak yaptığı araştırmada sadece doğum eğitimi alan gebelerin doğum öz-yeterlilik düzeyinin kontrol grubu ve doğum eğitimi ile birlikte doğum planı hazırlayan gebelere oranla daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Barut'un (2017) 297 gebe üzerinde yaptığı araştırmada SBAS-16 puan ortalaması $122,90\pm21,06$, EBAS-16 puan ortalamasının $89,56\pm32,71$ ve ölçek toplam puan ortalamasının $212,46\pm43,86$ olarak belirlendiği bildirilmiştir.

Salomonsson ve arkadaşları (2012) yüksek doğum korkusu olan primipar gebeler üzerinde yaptıkları araştırmada, doğum korkusu yüksek olan gebelerin, orta düzeyde doğum korkusu orta düzeyde olan gebelere göre daha düşük öz-yeterlilik düzeyine sahip olduğunu bildirmişlerdir. Salomonsson ve arkadaşlarının (2013) doğum eyleminde öz-yeterlilik alt boyutları ile doğum korkusunun ilişkisini inceledikleri araştırmada, doğum korkusu ile yeterlilik beklentisi alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu, doğum korkusu ve sonuç beklentisi alt boyutu arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirmişlerdir. Chinwe'nin (2014) adölesan gebeler üzerinde yaptığı araştırmada adölesan olmanın gebelikteki öz-yeterliliği olumsuz yönde etkilediğini bildirmiştir.

Öz-yeterlilik algısı ve inancı geliştirilebilen psikolojik bir süreçtir. Yapılan araştırmalarda görüldüğu üzere doğum öncesi eğitim ile öz-yeterlilik algısının geliştirilebileceğini söylemek mümkündür.

7.3. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Yapılan araştırmada aile tipi ile doğum eyleminde öz-yeterlilik puan ortalamaları arasında ilişki incelendiğinde adölesan gebelerde aile tipi ile doğum eyleminde öz-yeterlilik puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı ancak çekirdek ailede yaşayan adölesan gebelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, yetişkin gebelerde ise aile tipi ile doğum eyleminde öz-yeterlilik puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kadın için gelişimsel kriz olarak tanımlanabilecek gebelik dönemi fizyolojik bir süreç olduğu kadar karmaşık sosyolojik ve psikolojik bir süreçtir. Bu karmaşık sürece uyumu ve baş etmeyi etkileyen önemli faktörlerden biri de kadının gebelik döneminde sosyal destek alma durumudur. Bu nedenle geniş ailede yaşayan gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeylerinin yüksek olması birlikte yaşadığı kişilerden aldığı sosyal destek ile ilişkilendirilebilir.

7.4. Gebelerin Gebeliklerine Ait Bilgilerine Göre Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Adölesan gebelerin parite durumları ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı ancak multipar gebelerin primipar gebelere göre öz-yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yetişkin gebelerin parite durumları ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan analiz sonucunda multipar gebelerin primipar gebelere göre öz-yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu ve aralarında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kanani ve Allahverdipour'un (2014) primipar ve multipar kadınlar üzerinde öz-yeterliliğin doğum şeklini seçmekte ki etkisini incelemek için yaptıkları araştırmada, doğum eyleminde öz-yeterlilik ile doğum seçimi ve parite arasında anlamlı fark bulunduğunu bildirmiştir. Multipar gebelerde ve doğal vajinal doğumu seçen gebelerde öz-yeterlilik puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Schwartz ve arkadaşları (2015) multipar gebelerin daha yüksek öz-yeterlilik puanlarına sahip olduğu ve parite ile öz-yeterlilik arasında anlamlı fark

bulduğunu bildirmiştir. Cunqueiro ve arkadaşlarının (2018) 276 düşük riskli gebeler üzerinde yaptıkları araştırmada, bu araştırmaya zıt olarak primipar gebelerin öz-yeterlilik düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Araştırmada adölesan gebelerin doğum öz-yeterliliklerinin düşük olması beklenen bir sonuçtur. Her iki grupta içinde paritenin doğumda öz-yeterliliği etkilediği düşünülmektedir. Elde edilen sonuçlar yapılan diğer araştırmalar ile paralellik göstermektedir.

Adölesan gebelerin sosyal destek alma durumları ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Yetişkin grubunda bulunan gebelerin sosyal destek alma durumları ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Schwartz ve arkadaşları (2015) eşinden sosyal destek almayan gebelerde öz-yeterlilik alt ölçekleri puanlarını anlamlı olarak daha düşük olduğunu bildirmiştir. Sosyal destek gebelik dönemindeki fiziksel ve psiko-sosyal değişimlere uyumu olumlu yönde etkilediği, doğum eyleminde öz-yeterlilik inancını arttırdığı fakat destek eksikliği ise bu deneyimi olumsuz olarak etkileyeceği düşünülmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. Sonuç

Adölesan ve yetişkin gebelerin doğum eyleminde öz-yeterlilik düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada;

- Adölesan gebelerin %56,2'sinin çekirdek ailede yaşadığı, %79,5'inin şehirde ikamet ettiği, %58,9'unun ortaokul mezunu olduğu, %98,6'sının çalışmadığı, %58,9'unun orta gelir düzeyine sahip olduğu, %79,5'inin sosyal güvencesinin bulunduğu,

- Yetişkin gebelerin %81,7'sinin çekirdek ailede yaşadığı, %88,1'inin şehirde ikamet ettiği, %35,6'sının lise ve üzeri okul mezunu olduğu, %82,6'sının çalışmadığı, %49,8'unun düşük gelir düzeyine sahip olduğu, %94,5'inin sosyal güvencesinin bulunduğu,

- Adölesan gebelerin %75,3'ünün primipar, gebeliklerinin %84,9'unun planlı, %97,3'ünün anne tarafından istenilen gebelik, %98,6'sının baba tarafından istenilen gebelik, %90,4'ünün düzenli doğum öncesi bakım aldığı, %13,7'sinin doğum öncesi eğitim aldığı, %90,4'ünün eşinden destek gördüğü, %64,4'ünün bir yakınından sosyal destek aldığı,

- Yetişkin gebelerin %56,2'sinin multipar, gebeliklerinin %72,6'sının planlı, %94,1'inin anne tarafından istenilen gebelik, %95,4'ünün baba tarafından istenilen gebelik, %89,5'inin düzenli doğum öncesi bakım aldığı, %13,7'sinin doğum öncesi eğitim aldığı, %86,3'ünün eşinden destek gördüğü, %58,9'unun bir yakınından sosyal destek aldığı,

- Adölesan ve yetişkin gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,

- Adölesan ve yetişkin gebelerin Sonuç Beklentisi Alt Skalası ve Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,

- Yetişkin gebelerde aile tipi ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,

- Yetişkin gebelerde geniş ailede yaşayanların öz-yeterlilik puanlarının daha yüksek olduğu,
- Yetişkin gebelerde parite ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu,
- Yetişkin gebelerde sosyal destek alma durumları ile doğum eyleminde öz-yeterlilik ölçeği arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu,
- Adölesan gebelerin öz-yeterlilik düzeyini bağımsız değişkenlerin etkilemediği,
- Multipar gebelerin her iki grupta da öz-yeterlilik puanlarının daha yüksek olduğu,
- Sosyal desteğin her iki grupta da öz-yeterlilik puanlarını arttırdığı saptandı.

8.2. Öneriler

Bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Adölesanların cinsellik ve gebelikten korunma ile ilgili eğitimine ağırlık verilmeli, adölesanların çokça bulunduğu yerlerde eğitime yönelik çalışmalar düzenlenmelidir.
- Adölesanlar için özel hizmet verecek sağlık hizmet birimleri (adölesan alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinden oluşan klinikler) kurulmalıdır.
- Adölesan evliliklerine karşı toplumun bilinç düzeyini arttırmaya yönelik çalışmalar düzenlenmelidir.
- Adölesan yaşta gerçekleşen evliliklerde, gebeliklerin ertelenmesi konusundaki çalışmalara ağırlık verilmelidir.
- Adölesan gebelik oluştuğunda sağlık çalışanları, sosyal görevliler, eğitimciler ve aile tarafından bireyin mümkün olduğu kadar az travma ile gebeliği atlattığı sağlanmalıdır.
- Ebeler doğum öncesi dönemde, adölesan gebelere gerekli özeni göstermeli ve yeterli zaman ayrılmalı, sorularını cevaplamalı ve gebe eğitim sınıflarına yönlendirilmelidir.
- Ebeler doğum öncesi bakım alma koşununda tüm gebeleri desteklemeli, yeterli zaman ayrılmalı, sorularını cevaplamalı ve gebe eğitim sınıflarına yönlendirilmelidir.

- Gebe eğitimlerinde öz-yeterlilik inancını geliştirmek için destekleyici bakım ve eğitim materyalleri kullanılmalıdır.
- Ebeler, doğum öncesi dönemde doğuma yönelik öz-yeterliliği arttırmak için stratejiler geliştirmeli ve gebeleri desteklemelidir.
- Adölesan gebeleri içeren, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası eğitimlere yönelik daha fazla araştırma planlanmalı ve uygulanmalıdır.



9. KAYNAKLAR

Akdeniz Erken A. Kayseri İl Merkezinde Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Sonu Depresyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Kayseri (Danışman: Prof. Dr. O. Günay).s

Aksüt Akçay E. Kayseri Doğumevi Hastanesine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Durumunun Doğum Tercihine ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Kayseri (Danışman: Doç. Dr. İ. Gün).

Anoliefo JC. Influence of Parenting Style, Locus of Control and Self-Efficacy on Teenage Pregnancy in Markurdi, Department of Psychology Faculty of The Social Sciences University of Nigeria, Doctoral Dissertation, 2014, Nsukka (Supervisor: Prof. P. N. Ibeagha).

Aydın D. Adölesan Gebelik ve Adölesan Annelik. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 2013; 16(4): 250-254.

Bandura A, Adams NE. Analysis of Self-Efficacy Theory of Behavioral Change. Cognitive Therapy and Research. 1977; 1(4): 287-310.

Bandura A. Self-Efficacy in Changing Societies. Cambridge University Press. 1995, p:2-46.

Bandura A. Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran, Encyclopedia of human behavior 4th Volume Academic Press. New York; 1994, P:71-81.

Bandura A. Self-Efficacy: Toward A Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review. 1977; 84(2): 191-215.

Bandura, A. Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 1989; 44(9): 1175-1184.

Barut S. Gebelerde Doğum Öz-Yeterlilik Algısının Doğum Korkusu İle İlişkisi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans, 2017, Malatya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. T. Uçar).

Beebe KR, Lee KA, Carrieri-Kohlman V, Humphreys J. The Effects of Childbirth Self-Efficacy and Anxiety During Pregnancy on Prehospitalization Labor. *Jognn: Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2007; 36(5): 410–418.

Bertucci V, Boffo M, Mannarini S, Serena A, Saccardi C, Cosmi E, Ambrosini G. Assessing The Perception of The Childbirth Experience in Italian Women: A Contribution to The Adaptation of The Childbirth Perception Questionnaire. *Midwifery* 2012; 28(2): 265-274.

Beydağ KD, Mete S. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008; 11(1): 16-24.

Bozkurt Ş. Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bölümleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. E. Aslan).

Carlin A, Alfirevic Z. Physiological Changes of Pregnancy and Monitoring. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2008; 22(5): 801-823.

Carlsson M, Ziegert K, Nissen E. Psychometric Properties of The Swedish Childbirth Self-Efficacy Inventory (SWE-CBSEI). *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 14(1): 1-11.

Coelho FMDC, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LDÁ., Souza, LDDM, Castelli RD, Pinheiro KAT. Major Depressive Disorder During Teenage Pregnancy: Socio-Demographic, Obstetric and Psychosocial Correlates. Revista Brasileira De Psiquiatria, 2013; 35(1): 51-56.

Çetin E. Adölesan Gebelerde Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Beklentisi ve Stresle Başa Çıkma Düzeyine Etkisi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. H. Arslan).

Çetin F, Güneş G, Karaoğlu L, Üstün Y. Turgut Özal Tıp Merkezinde Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Ve Emzirmeye Başlama Durumları ve Etkileyen Faktörler. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi. 2005; 12(4): 247-252.

Çınar N, Hıra S. Adölesan Annelik. Journal of Human Rhythm. 2017; 3(1): 3-19.

Çırak R. Adölesan Gebelerde Beden İmajı Algısının Belirlenmesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F. Özdemir).

Çiçek Ö, Okumuş H. Doğumda Öz-Yeterlilik Algısı: Önemi ve Etkileyen Faktörler. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi. 2017; 10: 35-49.

Çobanlar Akkaş S. Gebelik Döneminde Eşler Arası Uyum, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Aydın (Danışman: Prof. Dr. H. Arslan).

Erciyes Ü. Vajinal Doğum Yapan Lohusaların Gebelik ve Doğum Deneyimleri ve Doğum Şekline İlişkin Düşünceleri, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F. Okumuş).

Eşen EN. Gebelikte Ruhsal İyi Oluş ve Eş Uyumunun Fizyolojik İyi Olma İle İlişkisi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. A. Dönmez).

Goossens G, Kadji C, Delvenne V. Teenage Pregnancy: A Psychopathological Risk for Mothers and Babies. *Psychiatria Danubina*. 2015; 27(1): 499-503.

Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M. Gebelerin Yaşadıkları Doğum Korkusu İle Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2014; 24(1): 36-41.

Gümüüşdaş M. Gebelerde Evlilik Uyumu ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. Ejder Apay).

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

Hadley A, Chandra-Mouli V, Ingham R. Implementing The United Kingdom Government's 10-Year Teenage Pregnancy Strategy for England (1999–2010): Applicable Lessons for Other Countries. *Journal of Adolescent Health*. 2016; 59(1): 68-74.

Hall ME, George EM, Granger JP. The Heart During Pregnancy. *Revista Española De Cardiología (English Edition)*. 2011; 64(11): 1045-1050.

Hayden J. Health Behavior Theory. Self-Efficacy Theory. 3rd edition, Jones & Bartlett Learning Massachusetts; 2013, p:11-33.

Howarth AM. Skills-Based Childbirth and Coaching Preparation: Self-Efficacy and Other Psychological Birth Outcomes for First Births, University Of Otago, Doctoral Dissertation., 2018, Dunedin.

Ip WY, Chung TK, Tang CS. The Chinese Childbirth Self- Efficacy Inventory: The Development of A Short Form. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17(3): 333-340.

İsbir GG, İnci F, Önal H, Yıldız PD. The Effects of Antenatal Education On Fear of Childbirth, Maternal Self-Efficacy and Post-Traumatic Stress Disorder (Ptd) Symptoms Following Childbirth: An Experimental Study. *Applied Nursing Research*. 2016; 32: 227-232.

Kanani S, Allahverdipour, H. Self-Efficacy of Choosing Delivery Method and Labor Among Pregnant Women In Pars-Abad City. *J Educ Community Health*, 2014; 1(2): 39-47.

Kapısız Ö, Karaca A, Özkan FS, Savaş HG. Hemşirelik Öğrencilerinin Doğum Algısı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2017; 7(3): 156-160.

Kaplanoğlu M, Bülbül M, Konca C., Kaplanoğlu D, Tabak MS, Ata B. Gynecologic Age Is An Important Risk Factor for Obstetric and Perinatal Outcomes in Adolescent Pregnancies. *Women and Birth*. 2015; 28(4): 119-123.

Kara M, Mirici A. Koah Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlilik ve Güvenirliği. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2002; 34(3): 61-66.

Khaikin R, Marcus Y, Kelishek S, Balik C. The Effect of Childbirth Preparation Courses on Anxiety and Self-Efficacy in Coping With Childbirth. *Clinical Nursing Studies*. 2016; 4(3): 39-46.

Khorsandi M, Ghofranipour F, Hidarnia A, Faghihzadeh S, Ghobadzadeh M. The Effect of Precede Proceed Model Combined With The Health Belief Model and The

Theory of Self-Efficacy to Increase Normal Delivery Among Nulliparous Women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2012; 46: 187-194.

Kırbaş A. Adölesan Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitimi ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, 2011, Ankara (Danışman: Doç. Dr. H. C. Gülerman).

Kızılkaya Beji N. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İçinde: Kızılkaya Beji N, Aydın Özkan S. Gebelikte görülen fizyolojik/psikolojik değişiklikler. Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd. Şti., İstanbul, 2015, s:229-238.

Kızılkaya S. Sezaryen Ya Da Normal Spontan Doğum Yapan Primiplarlarda Doğum Deneyiminin Doğum Sonu Yaşam Kalitesine Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Doç. Dr. N. Demirci).

Kütük S. Adölesan Gebelik Riskleri ve Sorunları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2012; 16(Ek): 31-S34.

Lara MA, Patiño P, Navarrete L, Hernández Z, Nieto L. Association Between Depressive Symptoms and Psychosocial Factors and Perception of Maternal Self-Efficacy in Teenage Mothers. *Salud Mental*. 2017; 40(5): 201-208.

Lazoğlu M. Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Öz-Yeterlilik Algısının Karşılaştırılması, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S. Ejder Apay).

Lederman R, Weis K. *Psychosocial Adaptation to Pregnancy: Seven Dimensions of Maternal Role Development*. 3rd Edition Springer Science & Business Media, New York; 2009, p:1-38.

Lowe NK. Maternal Confidence For Labor: Development of The Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Research in Nursing & Health*. 1993; 16(2): 141-149.

Lowe NK. Self-Efficacy for Labor and Childbirth Fears in Nulliparous Pregnant Women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2000; 21: 219–224.

Madigan S, Wade M, Tarabulsy G, Jenkins JM, Shouldice M. Association Between Abuse History and Adolescent Pregnancy: A Meta-Analysis. *Journal of Adolescent Health*. 2014; 55(2): 151-159.

Madigan S, Wade M, Tarabulsy G, Jenkins JM, Shouldice M. Association Between Abuse History and Adolescent Pregnancy: A Meta-Analysis. *Journal of Adolescent Health*. 2014; 55(2): 151-159.

Melekoğlu R. Adölesan Gebelikler: Maternal ve Fetal Sonuçlar. ukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Uzmanlık Tezi, 2012, Adana (Tez Danışman: Prof. Dr. İ.C. Evrüke).

Mercer RT. Becoming A Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*. 2004; 36(3): 226-232.

Meschke L, Bartholomae S. Examining Adolescent Pregnancy. *Human development and Family Life Bulletin*. 1998; 3: 1-5.

Mohamadirizi S, Mohamadirizi M, Mohamadirizi, S, Mahmoodi F. The Effect of Religious-Spiritual Support on Childbirth Self-Efficacy. *Journal of Education and Health Promotion*, 2018; 7(1): 1-4.

Montgomery KS. Planned Adolescent Pregnancy: What They Wanted. *Journal of Pediatric Health Care*. 2002; 16(6): 282-289.

Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırkpınar İ. Gebe Kadınların Ailelerinden Algıladıkları Sosyal Destek İle Problem özme Becerileri Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003; 4: 98-105

Ölçer Z, Bakır N, Oskay Ü. Yüksek Riskli Gebelerin Öz-Yeterlilik ve Sosyal Destek Algıları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 19(1): 25-33.

Özcebe H. Adölesan Gebelikler Ve Güvenli Annelik. Görünüm. 2010; 2: 10-11.
(<http://Www.Tapv.Org.Tr/Preview/Edergi.Asp?lid=138>)

Özçalkap N. Adıyaman İl Merkezindeki Gebelerin Gebelik ve Anneliğe Uyumlarının Karşılaştırılması, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Gaziantep (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F. Yiğit).

Rastegari L, Mohebbi P, Mazlomzadeh S. The Effect of Childbirth Preparation Training Classes on Perceived Self-Efficacy in Delivery of Pregnant Women. Zums Journal. 2013; 21(86): 105-115.

Salomonsson B, Gullberg MT, Alehagen S, Wijma K. Self-Efficacy Beliefs and Fear of Childbirth in Nulliparous Women. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2013; 34(3): 116-121.

Salomonsson, B, Berterö C, Alehagen S. Self- Efficacy in Pregnant Women With Severe Fear of Childbirth. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2013; 42(2): 191-202.

Sánchez-Cunqueiro MJ, Comeche MI, Docampo D. On The Relation of Self-Efficacy and Coping With The Experience of Childbirth. Journal of Nursing Education and Practice. 2018; 8(6): 48.

Schwartz L, Toohill J, Creedy DK, Baird K, Gamble J, Fenwick J. (2015). Factors Associated With Childbirth Self-Efficacy in Australian Childbearing Women. BMC Pregnancy and Childbirth, 2015; 15(1): 29.

Sedgh G, Finer LB, Bankole A, Eilers MA, Singh S. Adolescent Pregnancy, Birth and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends. *Journal of Adolescent Health*. 2015; 56(2): 223-230.

Sieber S, Germann N, Barbi, A, Ehlert U. Emotional Well-Being and Predictors of Birth-Anxiety, Self-Efficacy, and Psychosocial Adaptation in Healthy Pregnant Women. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. 2006; 85(10): 1200-1207.

Sinclair M, O'Boyle C. The Childbirth Self- Efficacy Inventory: A Replication Study. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 30(6): 1416-1423.

Spieker SJ, Larson NC, Lewis SM, Keller TE, Gilchrist L. Developmental Trajectories of Disruptive Behavior Problems in Preschool Children of Adolescent Mothers. *Child Development*. 1999; 70(2): 443-458.

Stockman AF, Altmaier EM. Relation of Self-Efficacy to Reported Pain and Pain Medication Usage During Labor. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2001; 8(3): 161-166.

Sunay Z. Doğum Eğitimi ve Eğitim İle Birlikte Verilen Doğum Planının Doğum Öz-Yeterliliğine Etkisi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans, 2018, Malatya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. T. Uçar).

Çamlı A, Ak B, Arabacı R, Efe R, Recent Advances in Health Sciences 2016. İçinde: Şen S. Adolescent Pregnancy and Nursing Approach. 1. baskı, St. Kliment Ohdriski University Press, Sofia, 2016, s:307-314.

Şahin Büyük D. Gebelerin Doğuma Hazır Oluşluk, Doğum Korkusu ve Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Doğum Şekli Tercihlerine Etkisinin İncelenmesi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Manisa (Danışma: Yrd. Doç. Dr. A. Çakmakçı Çetinkaya).

Şen S, Kavlak O. Çocuk Gelinler: Erken Yaş Evlilikleri ve Adölesan Gebeliklere Yaklaşım. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2011; 25(7): 35-44.

Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı. İçinde: Taşpınar A. Normal Gebelik. 2.baskı, Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd. Şti., İstanbul, 2015, s:284-285.

Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı. İçinde: Kömürcü N. Özel Gruplarda Gebelik. 2.baskı, Nobel Tıp Kitapevleri Tic. Ltd. Şti., İstanbul, 2015, s:360-361.

Talbot L, MacLennan K. Physiology of Pregnancy. Anaesthesia and Intensive Care Medicine Home. 2016; 17(7): 341–345.

Tan EK, Tan EL. Alterations in Physiology and Anatomy During Pregnancy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2013; 27(6): 791-802.

Tanglakmankhong K, Perrin NA, Lowe NK. Childbirth Self- Efficacy Inventory and Childbirth Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties of Thai Language Versions. Journal of Advanced Nursing. 2011; 67(1): 193-203.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. İçinde: Ebeveynliğe Hazırlanma ve Doğum Öncesi Bakım. 11. baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2012 s:152-153.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. İçinde: Gebelikte Annenin Fizyolojisi. 11. baskı Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2012 s: 85-105.

Thornburg KL, Jacobson SL, Giraud GD, Morton MJ. Hemodynamic Changes in Pregnancy. Seminars in Perinatology. 2000; 24(1):11-14).

Tilden EL, Caughey AB, Lee CS, Emeis C. The Effect of Childbirth Self-Efficacy on Perinatal Outcomes. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2016; 45(4): 465-480.

Trivedi SS, Pasrija S. Teenage Pregnancies and Their Obstetric Outcomes. Tropical Doctor. 2007; 37(2): 85-88.

Türkiye Büyük Millet Meclisi. Erken Yaşta Evlilikler Hakkında İnceleme Yapılmasına Dair Rapor, 2009.

Türkiye İstatistik Kurumu 2016 Veri Tabanı
<https://Biruni.Tuik.Gov.Tr/Medas/?Kn=113&Locale=Tr>

Uçar H. Gebelerin Psikosoyal Sağlık Durumları İle Annelik Rolü Arasındaki İlişki, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Erzurum (Tez Danışman: Yrd. Doç. Dr. H. Özkan).

Uysal B. Kadınların Doğum Deneyimi ve Doğum Sonrası Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Eskişehir (Danışman: Doç. Dr. F. Deniz Sayiner).

Visger JM. Predictors of Psychosocial Adaptation to Pregnancy Among Urban African-American Primiparas, Submitted to the Graduate School of Wayne State University, Doctoral Dissertation, 2013, Michigan.

WHO 2004. World Health Organization, Adolescent Pregnancy. World Health Organization, 2004.

WHO 2008. World Health Organization, Adolescent Pregnancy. World Health Organization, 2008.

WHO 2012. World Health Organization. Early Marriages, Adolescent and Young Pregnancies Adolescent Pregnancy. World Health Organization 2012.

WHO 2014. World Health Organization, Adolescent pregnancy. World Health Organization, 2014.

Yalnız H, Canan F, Genç Ekti R, Kuloğlu MM, Geçici Ö. Travmatik Doğum Algısı Ölçeğinin Geliştirilmesi. Turk Med J. 2016; 8(3): 81-88.

Yeliz Ersoy Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans, 2011, Antalya (Danışman: Doç. Dr. K. Kukulu).

Yıldırım H. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Malatya (Danışman: Prof. Dr. B. Erci).

Yılmaz F. Gebelerde Algılanan Sosyal Destek İle Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. T. Pasinlioğlu).

Yılmaz L. Şanlıurfa'da Bir Devlet Hastanesi'nde Doğum Yapmış Kadınların Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerini Alma Durumu, Bu Hizmetlerin Niteliği ve Etkileyen Faktörler, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Şanlıurfa (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F. Gözükara).

10. EKLER

Ek-1 GEBE TANITIM FORMU

1. Yaşınız:
2. Aile Tipiniz:
a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Diğer
3. Yaşadığınız yer:
a) Şehir b) İlçe c) Köy
4. Eğitim Durumunuz:
a) Okur yazar değil b) Okur yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite
5. Mesleğiniz
a) Ev hanımı b) İşçi c) Memur d) Serbest meslek e) Diğer.....
6. Eşinizin Yaşı:
7. Eşinizin Eğitim Durumu:
a) Okur yazar değil b) Okur yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite
8. Eşinizin Mesleği:
a) Çalışmıyor b) İşçi c) Memur d) Serbest meslek e) Diğer.....
9. Gelir durumunuz:
a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla
10. Sosyal güvenceniz:
a) Var b) Yok
11. Gebelik sayısı:
12. Doğum sayınız:
13. Yaşayan çocuk sayısı:
14. İlk gebelik yaşıınız:
15. Bu gebelik planlı bir gebelik mi?
a) Evet b) Hayır
16. Gebelik haftanız:.....
17. Anne tarafından istenilen bir gebelik miydi? a)Evet b) Hayır
18. Baba tarafından istenilen bir gebelik miydi? a)Evet b) Hayır
19. Düzenli doğum öncesi kontrollere gidiyor musunuz? a)Evet b) Hayır
20. Daha önceki gebeliklerinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?
a) Yaşamadım d) Preeklamsi/Eklamsi
b) Düşük/ Düşük tehdidi e) Diabet
c) Erken doğum/Erken doğum tehdidi f) Diğer.....
21. Şimdiki gebeliğiniz sırasında doğum öncesi eğitim aldınız mı?
a) Evet b)Hayır
22. Şimdiki gebeliğiniz sırasında eşiniz size duygusal ya da fiziksel yönden destek oluyor mu?
a) Evet b)Hayır
23. Eşinizin dışında sosyal destek alıyor musunuz? (Anne, kız kardeş, görümce vb.)
a) Evet (Kim:.....)
b) Hayır

Ek-2
DOĞUM ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ KISA FORM (DÖYE-D32)
Bölüm 1- Sonuç Beklentisi Alt Skalası (SBAS-16)

Doğumunuzun nasıl olacağı hayalini düşünün. Sık ve güçlü kasılmalara sahip olduğunuz zamanı hissedin ve bu zamanın bebeğinizi doğurmak için dışarı ittiğiniz zaman olduğunu hayal edin. Aşağıdaki davranışların her biri için, davranışların; doğum esnasında yapacağınız her bir hareketin nasıl faydalı olacağını düşünün ve 1 hiç yararlı değilden başlayıp 10 çok yararlıda sonlanan 1’den 10’a kadar numaralardan size uygun olan numarayı işaretleyiniz.

	Hiç Yararlı Değil 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Çok Yararlı 10
1. Vücudunu gevşetmek										
2. Her kasılmaya hazır olmak										
3. Kasılma sırasında nefesini kullanmak										
4. Kendine hâkim olmak (Kontrolünü sağlamak)										
5. Rahatlamaya çalışmak/Gevşemeye odaklanmak,										
6. Dikkatini dağıtma için odadaki bir cisme yoğunlaşmak										
7. Sakin olmak										
8. Bebeğine yoğunlaşmak										
9. Her kasılmaya katlanmak										
10. Olumlu düşünmek										
11. Ağrıyı düşünmemek										
12. Kendi kendimize doğumumuzu yapabileceğimizi söylemek										
13. Ailedeki diğer bireyleri düşünmek										
14. Her defasında kasılmaların geçeceğine yoğunlaşmak										
15. Doğumda sana yardım eden kişilere yoğunlaşmak										
16. Sana yardımcı olan kişinin cesaretlendirici sözlerini dinlemek										

II- Yeterlilik Beklentisi Alt Skalası (EBAS-16)

Doğumunuzun nasıl olacağı hayalini düşünün. Sık ve güçlü kasılmalara sahip olduğunuz zamanı hissedin ve bu zamanın bebeğinizi doğurmak için dışarı ittiğiniz zaman olduğunu hayal edin. Her bir davranış için, davranışların; “1” hiç emin değil ve “10” tamamen emin arasında bir rakamı işaretleyerek, tüm doğum süreciyle baş etmeniz size yardımcı olacak bazı yeteneklerinizi nasıl kullanacağınızı gösterin.

	Tamam en Eminim 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hiç Emin Değilim 10
1. Vücudumu rahatlatabilirim.										
2. Her kasılmaya hazırım.										
3. Kasılma sırasında nefesimi kullanabilirim.										
4. Kendime hakim olabilirim/ Kontrolümü sağlayabilirim.										
5. Rahatlamayı düşünebilirim/ Gevşeyebilirim.										
6. Dikkatimi odadaki bir cisme yoğunlaştırabilirim.										
7. Kendimi sakin tutabilirim.										
8. Bebeğimi düşünerek ona yoğunlaşabilirim.										
9. Her kasılmaya dayanabilirim.										
10. Olumlu düşünebilirim.										
11. Ağrıyı düşünmeyebilirim.										
12. Doğumumu yapabileceğimi kendime söyleyebilirim.										
13. Ailemdeki diğer bireyleri düşünebilirim.										
	Hiç emin değilim 1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tamam en eminim 10
14. Her defasında kasılmaların geçeceğine yoğunlaşabilirim.										
15. Doğumda bana yardım eden kişilere yoğunlaşabilirim.										
16. Bana yardımcı olan kişilerin cesaretlendirici sözlerini dinleyebilirim.										

Ek-3 Etik Kurul İzni

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	26 / 04 / 2017 / 20.478.486 -				
ARAŞTIRMANIN ADI	Addülesan ve Doğurgan Yaştaki Gebelerin Doğum Eyleminde Öz-Yeterliliklerinin Karşılaştırılması				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Selma ŞEN - MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Yüksek Lisans Öğr. Benay OĞUZ				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS-DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	05 / 04 / 2017 / Tarih ve 15417 sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir				
Ünvan/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Tezlerine Katılmayan Üye	Ünvan/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Tezlerine Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cangiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Sendar TOK BESYO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	İhsan AVCI Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanın Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzuma Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir</u>, Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p>					
<p>Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>					

Ek-4

Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi Başhekimlik İzni



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

MANİSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - MANİSA İLİ KHBGS İDARI HİZMETLER
BAŞKANLIĞI



Sayı : 72782165-604.02
Konu : Benay OĞUZ/Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 29/05/2017 tarihli ve 94213349-806.02.02-2455 sayılı yazı

CBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı öğrencisi Benay OĞUZ'un aynı üniversitede öğretim üyesi olarak görevli Yrd.Doç.Dr.Selma ŞEN danışmanlığında "Adölesan ve Doğurgan Yaştaki Gebelerin Doğum Eyleminde Öz- Yeterliliklerinin Karşılaştırılması" konulu araştırmayı Merkezefendi Devlet Hastanesi'nde yürütmek için izin talebi ve ilgili başvuru formları Genel Sekreterliğimiz Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu tarafından incelenmiş olup, uygun görülmüştür.

2017 yılı Haziran ayında başlayarak 2018 yılı Haziran ayında tamamlanacağı beyan edilen bilimsel araştırma çalışmasının;

- Sağlık tesisinde işleyiş ve hizmeti aksatmayacak şekilde,
- Kişisel verilere ve özel hayatın gizliliğinin korunmasına özen göstererek yürütülmesi,
- Beyan edilen süre içinde tamamlanamaması durumunda, Genel Sekreterliğimize gerekçenin bildirilerek bağlı olunan kurum/kuruluş vasıtasıyla ek süre talebinde bulunulması,
- Kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonucunun araştırmanın tamamlanmasının ardından Genel Sekreterliğimiz Eğitim ve AR-GE Birimi'ne iletilmesi,
- Araştırmadan elde edilecek verilerin Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden izin almaksızın yayınlanmaması gerekmektedir.

Araştırma sonuçlarının Kurumumuza iletilmemesi ve Kurumumuzdan izin almaksızın yayınlanması durumunda yasal işlem yapılabileceği ve aynı kişilerin ileriki süreçte Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Tesislerinde yürütmeyi talep edecekleri çalışmalara izin verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda;

Manisa KHBGS Sakarya Mah. Atatürk Biv. No:58 Şehzadeler MANİSA

Faks No:0 (236) 2316530

e-Posta:hilalahren.tuncay@saglik.gov.tr İnt.Adresi: manisa.khb.saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d04526a4-3d8a-4eb4-a249-a31fd0b5699d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

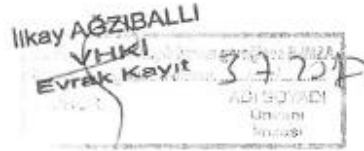
Bilgi için:Hilal Ahsen TUNÇAY

Unvan:DIYETİSYEN

Telefon No:0 (236) 239 16 19-1119

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-izmalıdır.
Uzm. Dr. Ayhan KORKMAZ
Genel Sekreter



Dağıtım:

Merkezefendi Devlet Hastanesi Yöneticiliği
Merkezefendi Devlet Hastanesi AR-GE Sorumlusu Sn. Uzm. Dr. Ali GÜRTUNA
Sn. Benay OĞUZ (CBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik ABD Uncubozköy Kampüsü
Yunusemre/Manisa)

Manisa KHBGS Sakarya Mah. Atatürk Blv. No:58 Şehzadeler MANİSA

Bilgi için:Hilal Ahsen TUNÇAY

Faks No:0 (236) 2316530

Unvan:DIYETİSYEN

e-Posta:hilalahsen.tuncay@saglik.gov.tr İnt.Adresi: manisa.khb.saglik.gov.tr

Telefon No:0 (236) 239 16 19-1119

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d04526a4-3d8a-4eb4-a249-a31f0db5699d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-5
Doğum Eyleminde Öz-Yeterlilik Ölçek İzni

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

**DOĞUM EYLEMİNDE ÖZ-YETERLİLİK ÖLÇEĞİ'NİN
GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

Yeliz ERSOY

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Kamile KUKULU

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri
Yönetim birimi tarafından desteklenmiştir. (Proje No: 2010.02.0122.003)

"Kaynakça Gösterilerek Tezinden Yararlanılabilir."

Antalya, 2011

Ek-6
Yönetim Kurulu Kararı



11. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Benay	Soyadı	OĞUZ
Doğum Yeri	Bigadiç/Balıkesir	Doğum Tarihi	1992
Uyruğu	T.C.	Tel	0 534 827 69 05
E-mail	benayogz@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Manisa Celal Bayar Üniversitesi	2015
Lise	Bornova Suphi Koyuncuoğlu Lisesi	2010

Yabancı Dilleri		Okuduğunu Anlama		Konuşma		Yazma		
İngilizce		Orta		Orta		Orta		
Yabancı Dil Sınavı Notu								
YDS	YÖKDİL	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
68.75	73.75							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	76.05	78.47	79.87

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office (Word, Excel...)	İyi