

T.C.
ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

ADÖLESAN GEBELERDE RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARININ
PRENATAL BAĞLANMAYA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÖZLEM SIDIKA KARTAL

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ SAADET BOYBAY KOYUNCU

ADİYAMAN, 2024

ÖZET

ADÖLESAN GEBELERDE RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARININ PRENATAL BAĞLANMAYA ETKİSİ

Özlem Sıdika KARTAL

Ebelik Anabilim Dalı

Adıyaman Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ağustos/2024, Sayfa:33

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Saadet BOYBAY KOYUNCU

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan bu araştırmanın amacı, adölesan gebelerde riskli sağlık davranışları ile prenatal bağlanma arasındaki etkiyi incelemektir. Araştırma, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin kadın-doğum polikliniklerine başvuran 224 adölesan gebe ile 15.10.2022-15.01.2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya alınma kriterleri; 10-19 yaş aralığında olan, 2. ve 3. Trimesterdeki gebeler, bebekte ve annede herhangi bir sağlık problemi olmayan, iletişim sorunu olmayan olarak belirlenmiştir. Veriler; Birey Tanılama Formu, Prenatal Bağlanma Ölçeği (PBÖ) ve Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği (RSDÖ) kullanılarak, araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplar için t testi, Oneway ANOVA ve Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 17.91 ± 1.05 olup, %68.3'ünün 16-17 yaş aralığında ilk evliliklerini yaptıkları, %59.8'inin evliliklerinin birinci yılında olduğu, %81.75'inin eğitim durumunun ilköğretim düzeyinde olduğu, %94.2'sinin çalışmadığı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel test sonuçlarına göre PBÖ ile RSDÖ arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r: -.390$, $p: .000$). Sonuç olarak, riskli sağlık davranışları gösteren adölesan gebelerde prenatal bağlanmanın daha düşük seviyelerde olduğu saptanmıştır. Sağlık profesyonellerinin riskli sağlık davranışı gösterebilecek kadınları tespit etmeleri ve bu adölesan dönemdeki gebeleri yakın takibe alarak danışmanlık yapmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan gebe; Prenatal bağlanma; Riskli sağlık davranışları

ABSTRACT

ADÖLESAN GEBELERDE RİSKLİ SAĞLIK DAVRANIŞLARININ PRENATAL BAĞLANMAYA ETKİSİ

Ozlem Sıdika KARTAL
Department of Midwifery

Adıyaman University, Graduate Education Institute, August/2024, Page:33
Supervisor: Asst. Prof. Dr. Saadet BOYBAY KOYUNCU

The purpose of this descriptive and cross-sectional study is to examine the effect between risky health behaviors and prenatal attachment in adolescent pregnant women. The research was conducted between 15.10.2022-15.01.2023 with 224 adolescent pregnant women who applied to the gynecology and obstetrics polyclinics of Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital. Criteria for inclusion in the study; pregnant women in the 2nd and 3rd trimesters between the ages of 10-19 were determined as having no health problems in the baby or mother and no communication problems. Data; It was collected by the researchers through face-to-face interviews using the Individual Identification Form, Prenatal Attachment Scale (PBS) and Risky Health Behavior Scale (RSDS). Descriptive statistics frequency, percentage, mean, standard deviation, t test for independent groups, Oneway ANOVA and Pearson Correlation Analysis were used. The average age of the participants was 17.91 ± 1.05 , 68.3% of them had their first marriage between the ages of 16-17, 59.8% were in the first year of their marriage, 81.75% were at primary school level, and 94.2% were not working. According to the statistical test results, a weakly negative and significant relationship was found between PBI and RSDS ($r: -.390$, $p: .000$). As a result, prenatal attachment was found to be at lower levels in adolescent pregnant women who showed risky health behaviors. It is recommended that health professionals identify women who may show risky health behavior and provide counseling by closely monitoring pregnant women in this adolescence period.

Keywords: Adolescent pregnant; Prenatal attachment; Risky health behaviors.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince rehberlik eden, hoşgörölü yaklaşımı ile tezimin her aşamasında bilgilerini ve tecrübeleri esirgemeyen sayın danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Saadet Boybay Koyuncu'ya, tezimin şekillenmesi adına önerilerde bulunarak tez savunma jüriliğinde bulunmayı kabul eden Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Özşahin ve Dr. Öğr. Üyesi Sıdika Özlem Cengizhan'a, tezimin yürütölmesi için katılmayı kabul eden değerli annelere, yüksek lisans eğitimim süresince bana her zaman destek olan ve cesaret veren eşim Uğur Kartal, oğlum Çağan Kartal ve annem Müjgan Kartal'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Özlem Sıdika KARTAL

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Adıyaman Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı”yla tarandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

Özlem Sıdka Kartal

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BAŞLIK SAYFASI.....	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI.....	ii
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	vi
TABLolar DİZİNİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
1.GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Adölesan Dönem	3
2.2. Adölesan Gebelik	3
2.3. Dünyada ve Türkiye’de Adölesan Gebelik.....	4
2.4. Sağlık Davranışları Kuramı.....	5
2.5. Riskli Sağlık Davranışları	6
2.6. Adölesanlarda Riskli Sağlık Davranışları	6
2.7. Adölesanlarda Riskli Sağlık Davranışlarına Yönelik Ebenin Rolü	8
2.8. Prenatal Bağlanma	9
2.9. Prenatal Bağlanma Kuramı	9
2.10. Prenatal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler.....	10
2.11. Adölesan Gebelerde Prenatal Bağlanma	11
2.12. Adölesan Gebelerde Prenatal Bağlanmada Ebenin Rolü	11
3. YÖNTEM	13
3.1. Araştırmanın Türü	13
3.2. Araştırmanın Amacı	13
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	13
3.4. Araştırmanın Evreni.....	13
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	13
3.6. Araştırmaya Dışlanma Kriterleri.....	13
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	14

3.8. Verilerin Toplanması.....	14
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	15
3.10. Etik Hususlar.....	15
4. BULGULAR	16
5. TARTIŞMA.....	23
6. SONUÇ.....	26
7. ÖNERİLER.....	27
KAYNAKÇA.....	28
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	



TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 4.1. Adölesan Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	16
Tablo 4.2. Ölçeklerin alt boyut ve toplam puan ortalamaları.....	17
Tablo 4.3. Adölesan gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı.....	18
Tablo 4.4. Adölesan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile RSDÖ ve PBÖ toplam puan karşılaştırması (n=224).....	18
Tablo 4.5. Adölesan gebelerin obstetrik özellikleri ile RSDÖ ve PBÖ toplam puan karşılaştırması (n=224)).....	20
Tablo 4.6. Adölesan gebelerin bazı özellikleri ile RSDÖ ve PBÖ toplam puan dağılımı...21	
Tablo 4.7. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği ve Prenatal Bağlanma ölçekleri toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki.....	22

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrom

CDC : Hasta Kontrol ve Önleme Merkezi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

PBE : Prenatal Bağlanma Envanteri

PBÖ : Prenatal Bakım Ölçeği

RSDÖ : Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

Adölesan dönem, bireylerin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden değişiklikler yaşadığı 10-19 yaş aralığını kapsayan bir dönemdir. Fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden birçok farklılıkların olduğu bu dönemde riskli sağlık davranışlarına eğilim de en yüksek düzeydedir. Bu yaş aralığındaki gebeliklere ise adölesan gebelik denilmektedir. Adölesan gebelikler hem adölesan kadının hem de fetüsün sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir [1, 2]. Bu dönemdeki gebelikler birçok problemlere neden olabilmektedir. Bunlar; eğitim hayatının bitmesine, sosyal izolasyona, benlik kavramının yitirilmesine, ekonomik kısıtlılığa, ayrılık, boşanma ve depresyona yatkınlık gibi problemlerdir. Ayrıca biyolojik yönden gelişimini tamamlayamayan adölesan gebeler birçok risk faktörleri (prematüre doğum, düşük doğum ağırlıklı, intrauterin gelişimi geriliği olan bebek, preeklampsi, anemi, beslenme yetersizliği ve abortus) ile karşılaştıkları literatür incelemesinde görülmektedir [3-6]. Riskli davranışlar, insanların hayatını tehdit eden, kişilerin zarar görmesine sebep olabilecek davranışlar olarak tanımlanır [7]. Hasta Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC)'nin altı temel başlıkta sınıflandırdığı bu riskli davranışlar; kasıtsız yaralanmalara ve şiddete katkıda bulunan davranışlar, istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yol açan riskli cinsel davranışlar, alkol ve madde kullanımı, tütün kullanımı, sağlıksız beslenme davranışları ve yetersiz fiziksel aktivitedir [8]. Adölesan dönemde fiziksel ve psikolojik yönden gelişimini tamamlayamamış adölesanların gebe kalmasıyla birçok tıbbi, ruhsal ve sosyal problemler yaşamaktadırlar [9]. Adölesan gebeler bir yandan adölesan dönemin getirdiği fiziksel, ruhsal ve sosyal değişikliklere uyum sağlamaya çalışırken, diğer yandan gebelik ve doğum sürecinin karmaşası ile baş etmeye çalışmaktadırlar. Bu durum onları riskli sağlık davranışları gösterme olasılıklarını artırmaktadır. Nitekim yapılan çalışmalarda riskli sağlık davranışlarının en çok adölesan dönemde ortaya çıktığı görülmektedir [7-9]. Adölesan dönemde yapılabilecek riskli davranışlar ise gebenin bakım alamamasına, erken doğuma, fetal büyümede geriliği gibi kötü obstetrik sonuçlara sebebiyet verebilir. Bu süreci kontrol altında tutamayan adölesan gebe bebeği ile iletişim kurma konusunda başarısızlık yaşayabilir [9]. Prenatal bağlanma, gebeliğin başlangıcından doğuma kadar olan, anne-fetüs arasındaki duygusal bir bağlıdır. Gebeliğin ilk aylarında gebe ile bebek arasında duyulmaya başlayan bu bağ, bebeğin kalp atımların duyulması ve bebek hareketlerinin hissedilmesi ile daha kuvvetlenerek devam eder [10]. Gebe adölesanlar eğitim ve gelişim yönünden geride kaldıklarından problem çözme ve karar vermek

konularında desteğe ihtiyaç duyarlar [11]. Adölesan yaştaki gebeliklerde ebeveynlik rolüne adaptasyonun zor olduğu ve gebelik-bebek bakımı, emzirme konularında bilgi düzeyinin yetersiz olduğu; dolayısıyla prenatal bağlanmanın da güç olduğu çalışmalar görölmektedir [12].

Yapılan çalışmalarda adölesan gebelerde riskli sağlık davranışlarının anneyi ve fetüsü olumsuz yönde etkilediği görölmüştür [13-15]. Temelinin gebelikte atıldığı prenatal bağlanma, anne ve fetüs arasında güçlü bir duygu bağıdır. Adölesan gebenin bebeği ile kuracağı sevgi yani prenatal bağın, kadının riskli sağlık davranışlarını azaltarak anne ve bebeğin sağlığını yükselteceğini düşünmekteyiz. Bu bilgiler ışığında bu çalışmanın amacı; adölesan gebelerde riskli sağlık davranışları ile prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi incelemektir. Elde edilen veriler ile bu alandaki literatüre katkı sağlanacağı planlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönem

Adölesan dönem çocukluktan yetişkinliğe bir geçiş dönemidir ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 10-19 yaş grubunu bu dönemde tanılamaktadır [13]. Adölesan bireyler dünya nüfusunun 1/6'sını oluştururken ülkemizde adölesan oranı % 16'dır [16, 17]. Bu dönemde görülen en önemli üreme sağlığı sorunları cinsel yolla bulaşan hastalıklar, Acquired Immune Deficiency Syndrom (AIDS), istenmeyen gebelikler, yasal olmayan abortuslar ve buna bağlı gelişen komplikasyonlardır [18]. Adölesan dönem fiziksel psikolojik ve sosyal yönden birçok değişikliğin olduğu büyüme ve olgunlaşma dönemidir. Bunlar:

- Adölesan dönemdeki fiziksel değişiklikler; ikincil seks karakterlerinin gelişmesi, büyümenin hızlanması, menarş ve vücut şeklinde değişim [19].
- Adölesan dönmedeki psikolojik değişiklikler; cinsel rolü kabullenme ve ona göre davranış geliştirme, kendi başına karar verebilme [19].
- Adölesan dönemdeki sosyal değişiklikler; sosyal çevre oluşturabilme, çatışan değerleri uzlaştırma, meslek seçimini yapabilme, öz kimliğine ulaşabilme ve bunu kabullenebilme [19].

2.2. Adölesan Gebelik

10-19 yaş arası kadınların gebeliği adölesan gebelik olarak tanımlanmaktadır [13]. Gelişmiş ülkelerde cinsel deneyimlemenin erken yaşlarda başlaması, gelişmekte olan ülkelerde ise toplum yapısı ve kültürel normlar sebebiyle adölesan dönemde gebeliklere yol açmaktadır [20]. Sosyal, kültürel, ekonomik ve anne-bebek sağlığını etkilediğinden tüm ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaktadır [21]. Dini inanışlar, aile yapısı, ekonomik durum, eğitim seviyesi gibi faktörlere bağlı olarak değişen adölesan gebelikler fetal ve maternal açıdan yüksek riskli gruba girmektedir [13]. Ayrıca eğitim ve gelir seviyesinin düşük olduğu gelişmekte olan ülkelerde adölesan yaşta evlilikler ve gebelikler daha fazla görülmektedir [18].

Ülkemizde evlilik, çocuk doğurmak için kabul görmüş bir dönemin başlangıcıdır. İlk evlilik yaşının düşmesiyle gebeliğe ve doğuma bağlı risklerde de artış görülmektedir. Daha erken yaşlarda görülen evliliklerdeki kadınlarda doğurganlık hayatının başlamasıyla daha uzun süre gebelik risklerine maruz kalınmaktadır [13].

Türkiye’deki yasal evlilik yaşı 18’dir. Fakat bazı özel durumlarda hâkimin kararı ve ebeveynlerin özel izniyle 17 yaşında olan evlilikler de görülebilmektedir [13]. Ayrıca sosyo-ekonomik ve kültürel nedenlerle resmi olmayan buluş çağına yetişmesi itibari ile olan evlilikler de mevcuttur.

Adölesan gebeliklerin görülmesinde etkili olan faktörler;

- Gebeliği önleyici ilaç ve araçlar hakkındaki bilgide yetersizlik
- Eğitim seviyesinin düşük olması
- Kontraseptiflerin ulaşımında zorluk çekilmesi
- Uygun olmayan rol model
- Düşük gelir düzeyi
- Özgüven ve cinsel aktiviteyi sınırlamada yetersizlik
- Ebeveynlerin cinsel yönelimler konusundaki bilgilendirmede geri veya geç kalması
- Arkadaş çevresinin cinsel aktiviteye başlama baskısı [22].
- Kültürel sebepler
- Batılılaşma ve şehirleşmenin etkileri
- Uyuşturucu madde kullanımı
- Medyanın etkisi [19].

2.3. Dünyada ve Türkiye’de Adölesan Gebelik

Biyolojik, sosyal ve ruhsal yönden tam bir olgunluk ve büyümesini tamamlamamış olan adölesan kesimdeki gebelikler kadın sağlığı hayatında büyük bir risk teşkil etmektedir [13]. Adölesan dönemde yapılan evlilikler bireyin sosyal ve fiziksel gelişimini etkileyen, sosyal aktivitelerini sınırlandıran, eğitim hayatını engelleyen, kişiyi asosyal yapan travmatik bir faktördür [19].

Adölesan dönem dünya nüfusunun %16’sını oluşturmaktadır ve adölesanların % 85’i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır [23]. Dünyada her yıl 12.8 milyon doğum 15-19 yaş grubu aralığında görülmektedir. Bu da her 1000 doğumdan 44’ünün adölesan doğum olduğunu göstermektedir [21]. Adölesan dönemdeki kadınların %3.5’i çocuk sahibi olmaya başlamıştır. Bu yaştaki kadınların 2.8’i canlı bir doğum yapmış, %1’nden azı ise araştırma tarihinde ilk çocuğuna gebedir. Adölesan doğurganlık, adölesan gebeliğin başladığı yılların artmasıyla doğru orantılı olarak artış göstermektedir. 15 yaşında %0.6 olan bu oran, 19 yaşında % 9.7’yi bulmaktadır. Batıda %2.4, kuzeyde%2.6, doğuda %3.5

ve güneyde %6.6 bulunarak, farklılıklar bölgesel olarak değişmektedir. Eğitim düzeyinin düşük olduğu kesimde %19.9 olan adölesan doğumlar, lise ve üzeri olan eğitim seviyesinin yükselmesi ile %1.1'e inmektedir [17]. Türkiye İstatistik Kurumu (T  K) 2023 verilerine göre ülkemizde adölesan doğurganlık hızı 2012 yılında binde 31 iken, 2023 yılında binde 11'e kadar düştüğü belirlenmiştir [24]. Ülkemizde adölesanlar toplumun %18.5'ını oluşturmaktadır. Bu ad lesanların% 9.6'sı evli ve %6'sı anne olmaktadır (TNSA 2008) [21]. Ülkemizdeki çalışmalarda toplam doğurganlık hızı %0 2.3'tür. 2013'te %0 31 olan adölesan doğurganlık hızı 2018'de 30'a gerilemiştir [17]. Fakat gelişmekte olan Türkiye'nin adölesan dönem ve komplikasyonların, cinsellik ve üreme sağlığı konusunda ülkeye getireceği sorunlar göz önüne alındığında bu düşüş çok tatmin edici değildir.

Geleneksel yaşam tarzı, ilk evlenme yaşı, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, sosyal ve kültürel farklılıklara bağlı etkenlere göre değişiklik gösteren, gelişmekte olan ülkelerde adölesan doğurganlık en fazla %50'lere yaklaşırken, gelişmiş ülkelerde adölesan doğurganlık %63'leri bulmaktadır ve genellikle evlilik dışı ve planlanmamış gebeliklerin sonucudur [13, 21,]. Adölesan gebeler, yetişkin gebelere oranla daha çok normal vajinal doğum yapmaktadır. Düşük doğum ağırlığı, majör perineal laserasyon da adölesan dönemdeki doğumun olumsuz yönleridir [25].

2.4. Sağlık Davranışları Kuramı

Sağlık davranışı, kişinin sağlıkla ilgili eylemleridir. Başka bir deyişle sağlıklı kalmak veya sağlıklı olduğu zaman hastalıklardan korunmaktır ve sağlık davranışları kişinin geçmişteki deneyimleri, kültürel ve çevresel özelliklerine göre yapılandırılır [26]. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi üzerine yapılan araştırmalar, bireylerin sosyodemografik özelliklerinin değiştirilemeyeceğinden, sağlık davranışlarını yaşa, ırka, cinsiyete göre belirlemeyi ele almaktadır [26].

Sahip olduğumuz davranışların çoğu sosyal çevreden edinilir ve demografik etmenler, sosyal etmenler, bireyin hastalıkla ilgili hissettiği etmenler, sağlık hizmetlerine ulaşım, kültürel faktörler ve kişisel ve bilişsel etmenlerden etkilenirler. Sağlık davranışları; yeterli ve dengeli beslenme, egzersiz yapma, sigara kullanmama, stresle baş etme ve yönetebilme, düzenli ve yeterli uyku ile hijyenik tedbirlerdir. Doğuştan edindiğimiz davranışlar ise refleksler ve içgüdüsel davranışlardır. Sağlık davranışları üzerine birçok model bulunmaktadır. Bunların hepsinin ortak özelliği sağlığın biyolojik ve psikososyal bir yaklaşımla ele alınmasıdır. Bu modeller kişileri ve halk sağlığını geliştirmek ya da

herhangi bir sağlık problemine karşı bireysel ve toplumsal önlemler almak amacıyla yol göstericidirler [26]. Sağlık davranışı ve hakkındaki görüşler çok karmaşık olduğundan tek bir model ile açıklanması mümkün değil. Bu yüzden bir veya birden fazla kurama dayanarak davranışı açıklamak, davranışın anlaşılmasını sağlamakta, sağlığını geliştirmektedir. Bireyin davranışlarını anlamak ve sağlık davranışlarını geliştirmek için geliştirilen bu modeller; Sosyal Bilişsel Modeli, Sağlık İnanç Modeli, Nedenli Davranış ve Planlı Davranış Kuramı, Korunma Motivasyonu Teorisi, Transteoretik Model, Yenilikleri Yayılması, Sağlığı Geliştirme Modeli'dir [26].

Adölesan dönemde fiziksel gelişimin hızlanması ve menstruasyonun başlaması ile vücudun demir ihtiyacı artmaktadır [24]. Gebelik oluştuğuunda gebeliği sonlandırmak veya devam ettirmek, yenidoğanı kabul etmek veya reddetmek gibi sonuçlarla karşı karşıyadır [22].

2.5. Riskli Sağlık Davranışları

Adölesan dönem hayatın en sağlıklı geçirildiği dönem olmakla beraber fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden değişikliklerin yaşandığı dolayısıyla riskli davranışlar açısından da en kritik dönemdir. Riskli sağlık davranışları genellikle adölesan dönemde edinilmeye başlar ve etkileri uzun süre devam eder. Yapılan bazı araştırmalarda adölesanlarda yetişkinlere oranla riskli sağlık davranışlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) riskli sağlık davranışlarını 6 temel başlıkta sunmuştur;

- 1.İstemsiz yaralanmalara neden olan davranışlar
- 2.İstemli yaralanma ve şiddete neden olan davranışlar
- 3.Alkol ve diğer madde kullanımları
- 4.Cinsel davranışlar
- 5.Beslenme alışkanlıkları
- 6.Fiziksel aktivite (8).

2.6. Adölesanlarda Riskli Sağlık Davranışları

Riskli sağlık davranışları genellikle ergenlik döneminde edinilir. Adölesanlardaki riskli davranışlar; suç işleme, sigara, alkol veya madde kullanımı, riskli araç kullanma (alkollü, kemer takmama, ehliyetsiz araç kullanma), erken cinsel deneyim, sağlıksız

yemek, yetersiz fiziksel aktivite sayılmaktadır [27]. Adölesan dönemdeki bu riskli davranışlar önemslenmediğinde veya devam ettiğinde, sonraki dönemlerde daha büyük problemlere yol açmaktadır. Gebelikte kullanılan sigaranın fetal büyümeyi olumsuz etkilediği, perinatal mortaliteyi arttırdığı, anemiye, erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı doğumlara sebep olduğu görülmüştür. Ayrıca adölesan anneler madde kullanımı, bebeğini emzirememe, çocuğu okul öncesi eğitime göndermeme gibi konularda yetişin annelere göre çocuğun gelimi ve sağlığı ile ilgili daha fazla riskli davranmaktadır [5]. Adölesan dönemin psiko-sosyal ve biyo-fizyolojik değişikliklerinin yanı sıra anneliğin getirdiği değişen yaşam koşullarıyla kendilerini yalnız ve çaresiz hisseden genç anneler bebeğin bakımı için bir uzmanın yönlendirmesine ve bilgisine ihtiyaç duyduklarını belirtmektedir [28, 29].

Literatürdeki araştırmalar adölesan annelerin yetişkin annelere oranla bebeklerin sorumluluklarını 2 aya kadar ancak aldıklarını ve sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşadıklarını göstermektedir [28]. Adölesan annenin yetiştiği ortam, eğitime yönlendirmenin azlığı veya yokluğu, ebeveynleriyle aradaki ilişkinin zayıflığı da adölesanın riskli davranışlara yönelimi ihtimalini arttıracaktır. Aynı zamanda ihmal ve istismar da riskli sağlık davranışları için son derece tehlikeli sebeplerdir [28]. Bunların dışında erken yaşta gebe kalma, düşük yapma, cinsel istismar ve seks işçiliği de sağlığı riske edebilecek davranışlardır. Adölesan gebelerde sigara ve keyif verici madde kullanımı yetişkin gebelere oranla daha yüksek bulunmuştur. Gebelikte kullanılan bu maddeler fetal büyümeyi engellemekte ve preterm doğum ve fetal gelişimde gerilemeye sebep olmaktadır [13, 16, 17].

15-18 yaş aralığındaki adölesan annelerin bebeklerinin persentil aralığı 25-27 arasındadır. Bu da adölesan annelerin bebeklerinde kilo ve uzunluk yönünden de gerilik olduğunu göstermektedir [30, 31].

Adölesan annelerin bebeklerindeki sorunlar;

- Yenidoğanın emme refleksinin geç başlaması
- Mekonyum aspirasyonu
- Sarılık
- Organ fonksiyon yetersizliği
- Sorunlu prematürelilik
- Ateş
- Düşük doğum ağırlığı

- Hipoglisemi [31].

Adölesanların lohusalık döneminde görülen fizyolojik sorunları;

- Postpartum kanama ve enfeksiyon olasılığı
- Mortalite ve morbidite oranında artış
- Riskli yenidoğandır [22].

2.7. Adölesanlarda Riskli Sağlık Davranışlarına Yönelik Ebenin Rolü

Cinsel Sağlık-Üreme Sağlığı kavramı, hizmetleri, ulaşılabilirliği; topluma ve özellikle adölesan dönemdekilere sağlanmalıdır. Adölesan dönemin sorunları belirlenmeli ve uygulanan çözümler ile sonuçlar değerlendirilmeli. Ebe/hemşireler adölesan grubu ve sorunlarını saptamak, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerini vermek adına çok önemli bir konumdadır. Doğru yaklaşımlar ve etkin uygulamalar ile önlenabilir/durdurulabilir sorunlardır [32].

Adölesan bireylere yaklaşım, samimi ve güven verici olmalıdır. Yargılayıcı ve sorgulayıcı olmamalı, ismi ile hitap edilmeli ve bir yetişkin gibi davranılmalı [32]. Konuşmalarımızda tıbbi terimlerden kaçınarak, anlaşılır olmalıyız. Tartışmalarda adölesanı değil de, yapılan eylemleri eleştirmeliyiz. Adölesanlar periyodik muayenelerde ve taramalarda sistemik olarak her açıdan değerlendirilmelidir. Adölesan izlemlerinde; boy, ağırlık, kan basıncı ölçümü, aşılama, fiziksel, cinsel, ruhsal ve psikososyal gelişimin izlenmesi ve değerlendirilmesi yapılmalıdır [33]. Adölesanla yapılacak görüşmelerde; aşıları, cinsel partnerinin olup olmadığı, şiddet deneyimi, cinsel taciz, tecavüz öyküsü, cinsel yönelim durumu, yeme bozuklukları, obezite, ilaç/madde kullanımı ve depresyon varlığı yönünden değerlendirilmelidir [34].

Adölesan dönem için ebenin rolleri;

- Büyüme ve gelişme döneminin devamı için beslenmenin önemi anlatılmalı [35],
- Fiziksel ve biyolojik gelişim için spor ve egzersizin önemi anlatılmalı [35],
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için prezervatif kullanımı ve tek eşlilik anlatılmalı [35],
- Adölesan gebelikten korunmak için cinsellik, korunma yöntemleri, adölesan gebeliklerin riskleri anlatılmalı [35],
- Bağımlılığın önüne geçmek için sigara, alkol, tütün, uyarıcı madde kullanımının zararları anlatılmalı [35],

- Teknolojik bağımlılığı engellemek için boş zamanları değerlendirme ve fiziksel aktivitelerde bulunma önerilmelidir [35],
- Adölesan gebeliklerde antenatal takipler dikkatle izlenmeli, izlemlerde gebelik, doğum, doğum sonrası bakım, bebek bakımı, emzirme ve aile planlaması eğitimleri verilmeli [35],
- Geç fark edilen adölesan gebelikler güvensiz yollarla sonlandırılabilir [35]. Bunu önlemek için erken dönemde tanılamaya çalışılması sağlanmalıdır [36],
- Erken evliliklerin önüne geçmek için kız çocuklarının eğitiminin devamı ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin en az düzeye inmesi için halk bilgilendirilmeli [35].

2.8. Prenatal Bağlanma

Prenatal dönem gebeliğin oluşumundan doğuma kadar olan süreçtir. Bağlanma, bireyin kendisi için önemli olan, diğer bireylere karşı duyulan rahatlık, güven ve destek içeren kuvvetli bir bağlıdır. Prenatal bağlanma ise ebeveynler ile fetüs arasında duyulan bağlıdır [37]. Bebeklik döneminde başlar. Hayatın devam eden dönemlerinde sosyal yaşam üzerine etkileri büyük olan bir süreçtir [38, 39]. Eğitim seviyesi, ekonomik bağımsızlık, doğum sayısı, gebeliğin planlı olması, gebelik haftası, doğum öncesi eğitim alma, gebelikte yaşanan olumlu-olumsuz duygular, stres, gebelikte görülen fiziksel ve psikolojik değişiklikler, sosyal destek varlığı, gebenin prenatal bağlanmasını etkileyen faktörlerdendir [40, 41]. Gebelikte kuvvetli kurulan prenatal bağlanmanın gebelerde sağlıklı beslenme sigara ve madde kullanımından kaçınma gebelik, doğum öncesi, doğum ve bebek hakkında bilgi edinme gibi olumlu sağlık davranışları arasında ilişki olduğu saptanmıştır [42, 43]. Annenin annelik rolüne bürünmeye başlaması birçok faktöre göre değişiklik göstermektedir. Ekonomik durum, eğitim düzeyi, yetiştiği çevre, gebelik ve gebelik öncesinde yaşanan sıkıntılardan etkilenmektedir. Literatürde adölesan dönemde anne olan kadınlarda bebeklerin sorumluluklarını daha geç aldıkları görülmektedir. Annenin annelik yaşının ilerlemesi de annedeki özgüveni ve olumlu davranış biçimini arttırmaktadır [23, 44].

2.9. Prenatal Bağlanma Kuramı

Bağlanma, kişilerin kendileri için önemli olan diğer insanlarla kurduğu güçlü ve derin bağlardır [45]. John Bowlby tarafından ortaya çıkan ve Mary Ainsworth'un

çalışmalarıyla geliştirilen Bağlanma Kuramı, psikanalitik düşünürlerden etkilenmiştir. Bowlby bağlanma teorisindeki çalışmalarında kendileri için değerli gördükleri kişilere duydukları duygusal bağların sebebini açıklamaya çalışmıştır. Bağlanma kuramının Bowlby' den sonraki geliştiricisi Ainsworth'dur. Ainsworth'a göre bağlanma davranışına yönelik bireysel farklılıklardan kaynaklanan, farklı bağlanma stilleri vardır. Bunlar;

Güvenli bağlanma; bebekler annelerini güvenli bir yer olarak görmektedir. Çevreyi keşfetmek, meraklarını doyumak gibi davranışlarında bir sıkıntı veya sorun ile karşılaşma durumlarında sığındıkları yer anneleri olur. Ayrıca bu bakım verenin yokluğunda rahatsız oluyor, varlığında memnuniyet duyuyor. Bu bebeklerin kolayca sakinleştiği de gözlenmiştir [38, 39, 46].

Kaygılı bağlanma; bebekler annelerinden yakın ilgi beklemektedir ancak çevreyi keşfetme sürecinde anneyi güvenli bir yer olarak görmemektedir. Bu bebeklerin annelerine karşı davranış ve tutumları değişkenlik gösterdiğinden kararsız bağlanma da denilebilmektedir [38, 39, 46].

Kaçınan bağlanma; bebeklerin anneleri ile aynı ortamdayken çevreyi keşfetmeye meyilli oldukları ancak bu süreçle anne ile herhangi bir etkileşimde bulunmadıkları bilinmektedir. Anne figürü ortamda yokken kaygı veya stresli olmadıkları, anne figürü ortamda iken başka şeylerle ilgilendikleri görülmektedir [38, 39, 46].

Prenatal bağlanmayı Cranley 1981'de 'annelerin doğmamış çocuklarıyla etkileşim ve onlara yönelik sevgilerini gösteren davranışların tümü' olarak tanımlamıştır [47]. Muller se 1990'da 'kadın ve fetüs arasında gelişen özgün ve sevgi dolu ilişki' olarak tanımlanmaktadır [48]. Prenatal dönemde başlar ve uygun koşullarda, anne ve bebek arasında gittikçe ilerleyen, olumlu koşullarda ömür boyu devam edebilecek bir süreçtir [49].

2.10. Prenatal Bağlanmayı Etkileyen Faktörler

Literatüre bakıldığında adölesan, yetişkin gebelere oranla kontraseptif yöntemler, cinsel yaşantı, gebelik, abortus, riskli sağlık davranışlarından korunma konularında daha yetersiz bilgiye sahip olduğu görülmektedir. Henüz bedensel ve ruhsal gelişimi yarıda kalmış olmasına ek olarak, bilgi eksikliği ile de adölesan gebe fazlasıyla büyük sorumluluklar altına girmektedir. Adölesan gebede riskli sağlık davranışlarının etkisiyle görülen depresif belirtiler bebekte bazı sağlık davranış bozukluklarının gelişmesine neden olabilir [39, 50]. Anne-bebek arasındaki bağlanmanın düzeyinin belirlenmesi gerekir.

Çünkü bağlanma düzeyinin düşük olması annelerde anksiyete ve depresyona sebep olabilmektedir. Bağlanmanın yüksek olduğu annelerde ise duygusal, davranışsal ve bilişsel yönden annelik rolüne adaptasyonun daha hızlı olduğu araştırmalarda görülmektedir [38, 51]. Bağlanmayı olumsuz etkileyecek durumların ortadan kaldırılması veya azaltılması, anne-bebek arasındaki bağın oluşmasına ve pozitif yönde gelişmesine katkı sağlayacaktır [38].

2.11. Adölesan Gebelerde Prenatal Bağlanma

Adölesan yaştaki annelikte bebeğin gereksinimlerini, duygularını anlamak ve belirlemek güçtür [22]. Yapılan çalışmalar, adölesan annelerde ebeveynlik rolüne adaptasyonda daha zor olduğu, prenatal bağlanmada güvensizlik olduğu, emzirme konusunda bilgi, tutum ve davranışın yetersiz olduğu ve postpartum depresyonun görülme ihtimalinin de daha yüksek olduğunu göstermektedir [11]. Gebe adölesanlar, kendi kararlarını vermede ve problem çözmede ailelerinin desteğine ve yönlendirmesine ihtiyaç duyarlar [12]. Ayrıca adölesan annelerin bebeklerinde düşük doğum ağırlığı, nörolojik defekt, serebral palsy, epilepsi, mental retardasyon da fazla görülebilir [12].

2.12. Adölesan Gebelerde Prenatal Bağlanmada Ebenin Rolü

Adölesan gebelik kadını ekonomik yönden bağımlı hale getirir. Adölesan gebeliklerin zaten kendisi tek başına bir risk iken, adölesan gebelik sonucu oluşan doğumlar hem fetal hem maternal açıdan, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için bir halk sağlığı sorunu olarak kabul görünmektedir. Bu döngüde bir ebenin asıl görevi kadın sağlığını korumak ve iyileştirmektir [21]. Bir toplumun gelişmişlik düzeyi o toplumdaki annelerin refah düzeyiyle ilişkilidir. Ebelerin çalışma alanları adölesan gebeliklerin tespiti, bilgilendirmesi ve yönlendirmesi için çok müsait bir konumdadır ve amaç ilk olarak adölesan gebeliği önlemek olmalıdır.

Adölesan gebelikler için ebenin rolleri;

- Her yönüyle cinselliğin ele alındığı eğitim programları düzenlemek
- Anne-bebek arasındaki ilişkiyi güçlendirmek için negatif etkileri minimize etmek, mümkünse ortadan kaldırmak
- Adölesan gebeye çocuk bakımı konusunda açıklayıcı, aydınlatıcı şekilde bilgi vermek

- Adölesan gebelik sonucu oluşabilecek riskler anlatılmalı, alınacak tedbirler hususunda destek sağlanmalı
- Adölesan gebelikte annenin henüz fiziksel ve ruhsal gelişimini tamamlamadığı göz önünde bulundurularak içinde bulunduğu psikoloji ayrıca dikkatle değerlendirilmeli
- Toplum erken evlilik konusunda bilgilendirilmeli ve adölesan gebelikler engellenmeli [19].

Adölesan gebenin, uygun olmayan koşulları, olumlu hale gelmesin sağlayarak anne ve fetüs arasındaki prenatal bağlanmanın oluşmasını ve devam etmesini destekleyebiliriz.



3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı adölesan gebelerde riskli sağlık davranışlarının prenatal bağlanma üzerindeki etkisini incelemektir.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde bulunan gebe eğitim sınıfında 15 Ekim 2022- 15 Ocak 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. 2. Basamak olan bu hastanede 08:00-17:00 saatleri arasında 2 perinatoloji, 2 infertilite, 1 aile planlaması, 1 riskli gebelik ve 9 kadın- doğum polikliniği hizmet vermektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin kadın-doğum polikliniklerine 15.10.2022-15.01.2023 tarihleri arasında başvuran 2. ve 3. trimester gebe olan adölesan gebeleri kapsamaktadır. Örneklem büyüklüğü %5 yanılğı düzeyi, çift yönlü önem düzeyinde, %95 güven aralığında 0,89 temsil gücüyle 210 adölesan gebe olarak belirlenmiştir. Veri kaybı olabileceği düşünülerek örneklem sayısı 224 olacak şekilde toplanmıştır. Örneklem seçiminde gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 10-19 yaş aralığında olmak,
- 2. ve 3. trimester gebe olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- İletişim sorunu olmamak.

3.6. Araştırmaya Dışlanma Kriterleri

- Kendisi ve bebeğinde herhangi bir sağlık problemi olmak.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmadan kendi isteğiyle çekilmek,
- Kendisinde veya bebekte bir sağlık probleminin oluşması.

3.8. Verilerin Toplanması

Veriler hafta içi beş gün şeklinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmaya katılan adölesan gebeler, araştırma konusunda bilgilendirilip, onam imzaları alınmıştır. Veri toplama aracı olarak Birey Tanılama Formu, Riskli Davranışlar Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Ölçeği kullanılmıştır.

Birey Tanılama Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan formda; gebenin yaşı, çalışma durumu, eşinin çalışma durumu, eğitim seviyesi, eşinin eğitim seviyesi, aylık gelir, aile tipi, canlı doğum sayısı, evlilik süresi, ilk evlilik yaşı, eşi ile beraber yaşama durumu, sosyal destek alma durumu, madde kullanım durumu ve herhangi bir sağlık probleminin mevcudiyetini sorgulayan 14 sorudan oluşmuştur (Ek:1).

Riskli Sağlık Davranışlar Ölçeği (RSDÖ): RSDÖ, Çimen ve Savaşer (2003) tarafından geliştirilmiştir. 35 maddeden oluşan bu ölçeğin beş alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutları; psikososyal, beslenme, fiziksel aktivite, hijyen ve madde kullanımıdır. Ölçeğin tümü için 20-100 arasında bir puan değeri bulunur. Sağlık davranışları açısından 20 puan riskin olmadığını, puanın 100 olması ise risk oranının yüksek olduğunu belirtmektedir [52]. Bu araştırmada RSDÖ cronbach alpha katsayısı 0.832 olarak saptanmıştır (Ek:2).

Prenatal Bağlanma Ölçeği: 1993 yılında Mary Müller tarafından geliştirilmiştir. Gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları, durumları açıklamak ve bebeğe prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen ölçek, 21 maddeden oluşmaktadır. Dörtlü likert tipinde olan ölçekten en az 21, en fazla 84 puan alınabilmektedir. Her madde 1 ile 4 arasında puan alabilen dörtlü likert tiptedir. Gebenin aldığı puanın artması bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir. 1=Hiçbir zaman, 2=Bazen, 3=Sık sık, 4=Her zaman şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Çevik ve Kurnaz tarafından 2019 yılında yapılmıştır. İç tutarlılık katsayılarının 0,70'den daha büyük olduğu ve bu nedenle güvenilir sonuçlar verdiği görülmüştür [53]. Bu araştırmada PBÖ cronbach alpha katsayısı 0.948 olarak saptanmıştır (Ek:3).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, Adıyaman Üniversitesinin lisanslı Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma olarak, kategorik değişkenler ise frekans ve yüzde şeklinde gösterilmiştir. Verilerin normal dağılımda olup olmadığını tespit edebilmek için dosyalar bölünerek hücre bazında normal dağılım analizi yapılmıştır. Verilerin normal dağılımı için medyan, mod ve aritmetik ortalamanın birbirine yakın ve basıklık-çarpıklık katsayı değerlerinin $+2$ ile -2 değer aralığında olması beklenmektedir [54]. Bu çalışma için yapılan analizler sonucunda verilerin normal dağılımı incelenmiş normal dağılım sağlayanlarda parametrik testlerin kullanımına karar verilmiştir. Verilerin analizinde t testi Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel önemlilik düzeyi $p < 0.05$ belirlenmiştir.

3.10. Etik Hususlar

Araştırma için Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alınmıştır (No: 2022/198), (Ek-4). Ayrıca Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kliniği Eğitim Ve Başhekimliği'nden araştırma hakkında bilgi verilmiş ve izinler alınmıştır.

Araştırma hakkında bilgi verilen adölesan gebelerden ise katılmayı kabul edenlerin sözlü onamı alınmıştır. Katılımcılara; araştırmanın amacı, planı ve elde edilen verilerin nerede kullanılacağına dair bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılan, araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları konusunda bilgilendirilmiştir.

4. BULGULAR

Bu araştırmanın amacı, adölesan gebelerde riskli sağlık davranışları ile prenatal bağlanma arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmada bulgular araştırma sorularına göre düzenlenmiştir. Buna göre;

Tablo 4.1. Adölesan gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=224)

Sosyo-demografik Değişkenler		n	%
Yaş	16 yaş ve altı	19	8.5
	17 yaş	51	22.8
	18 yaş	78	34.8
	19 yaş	76	33.9
	Yaş ortalaması	17.91±1.05	
Evlilik yaşı	15 ve altı	23	10.3
	16-17	153	68.3
	18 yaş	48	21.4
Evlilik süresi	1	134	59.8
	2	54	24.1
	3	36	16.1
Eğitim durumu	İlköğretim	182	81.25
	Lise ve üstü	42	18.75
Eş Eğitim durumu	İlköğretim	135	60.3
	Lise ve üstü	89	39.7
Çalışma durumu	Evet	13	5.8
	Hayır	211	94.2
Eş çalışma durumu	Evet	188	83.9
	Hayır	36	16.1
Aylık gelir	3000 TL-5000 TL	85	37.9
	5001 TL-10000 TL	118	52.7
	10001 TL ve üzeri	21	9.4
Aile Tipi	Çekirdek aile	132	58.9
	Geniş aile	92	41.1
Eş ile birlikte yaşama durumu	Evet	207	92.4
	Hayır	17	7.6
Sosyal destek alma durumu	Evet	29	12.9
	Hayır	195	87.1

Araştırmaya katılımcıların yaş ortalaması 17.91±1.05 olup, kadınların %68.3'inin 16-17 yaş aralığında ilk evliliklerini yaptığı, %59.8'inin evliliklerinin 1. yılında olduğu,

%81.75'inin eğitim durumunun ilköğretim düzeyinde olduğu, %94.2'sinin çalışmadığı ve eşlerinin ise 83.9'unun çalıştığı belirlenmiştir. Ayrıca aylık gelirlerinin çoğunlukla (%52.7) 5001 TL-10000 TL arasında olduğu, %58.9'unun çekirdek aile tipine sahip oldukları ve %92.4'ünün eşleri ile birlikte yaşadıkları saptanmıştır. Yine katılımcıların %87.1'inin gebelik sürecinde sosyal destek almadıklarını saptanmıştır (Tablo 4.1.).

Tablo 4.2. Ölçeklerin alt boyut ve toplam puan ortalamaları

Ölçekler	Ort±SS
RSDÖ toplam	54.55±11.53
Psikososyal alt boyut	47.88±14.45
Beslenme alt boyut	61.75±16.55
Fiziksel aktivite alt boyut	68.98±13.32
Madde kullanımı alt boyut	33.00±13.66
Hijyen alt boyut	40.06±17.40
Merak, Heyecan, Planlama alt boyut	37.58±2.94
PBÖ toplam	95.50±6.62
Kabul ve coşku alt boyut	25.87±2.24
Umut alt boyut	31.95±2.33

Tablo 4.2.'de ölçeklerin toplam ve alt boyutları verilmiştir. Buna göre; RSDÖ toplam puanının 54.55±11.53, Psikososyal alt boyut 47.88±14.45, Beslenme alt boyut 61.75±16.55, Fiziksel aktivite alt boyut 68.98±13.32, Madde kullanımı alt boyut 33.00±13.66, Hijyen alt boyut 40.06±17.40, Merak, Heyecan Planlama alt boyut 37.58±2.94 ve PBÖ toplam 95.50±6.62, Kabul ve coşku alt boyut 25.87±2.24, Umut alt boyut 31.95±2.33 olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.3. *Adölesan gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı (n=224)*

Obstetrik Değişkenler		n	%
Gebelik sayısı	0-1	192	85.7
	2-3	32	14.3
Gebelik haftası	19-32	29	12.9
	33-36	96	42.9
	37 ve üzeri	99	44.2
Canlı doğum sayısı	0	114	64.3
	1	41	18.3
	2	39	17.4
Sağlık problemi yaşama durumu	Evet	72	32.1
	Hayır	152	67.9
Gebelikte risk faktörlerinin varlığı	Evet	22	9.8
	Hayır	202	90.2

Araştırmaya katılan adölesan gebelerin %85.7'inin 0-1 arasında gebelik sayısı yaşadıkları, %44.2'sinin gebelik haftalarının 37 ve üzerinde olduğu ve %64.3'ünün canlı doğum yapmadıkları saptanmıştır. Katılımcıların %32.1'inin gebelik sürecinde bir sağlık problemi yaşadıkları, %9.8'inin ise riskli bir gebelik süreci yaşadığını ifade etmişlerdir (Tablo 4.3.).

Tablo 4.4. *Adölesan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile RSDÖ ve PBÖ toplam puan karşılaştırması (n=224)*

Sosyo-Demografik Özellikler	Tanımlar	Psikososyal Ort.± SS	Beslenme Ort.± SS	Fiziksel aktivite Ort.± SS	Hijyen Ort.± SS	Madde kullanımı Ort.± SS	RSDÖ Ort.± SS	Merak, Heyecan, Planlama Ort.± SS	Kabul ve hoşku Ort.± SS	Umut Ort.± SS	PBÖ Ort.± SS
Yaş	16 yaş ve altı	50.92±3.36	63.95±3.45	69.34±15.00	35.19±2.20	27.01±0.35	55.23±1.84	36.94±0.52	25.47±0.53	31.57±0.50	94.00±1.31
	17 yaş	46.13±1.83	58.11±2.14	66.43±154	39.09±2.24	30.58±1.15	51.82±1.48	37.45±0.49	26.06±0.35	31.86±0.38	95.70±1.04
	18 yaş	48.60±1.85	64.84±2.00	70.88±143	40.94±2.11	34.61±1.75	56.62±1.39	37.50±0.33	26.00±0.21	32.16±0.23	95.66±0.73
	19 yaş	47.56±1.51	60.48±1.85	68.65±169	41.03±2.12	34.47±1.79	54.07±1.35	37.92±0.30	25.73±0.27	31.88±0.28	95.50±0.76
		F: .604 p: .613	F: 2.01 p: .113	F: 1.17 p: .320	F: .691 p: .559	F: 2.44 p: .064	F: 1.88 p: .134	F: .681 p: .565	F: .488 p: .691	F: .424 p: .736	F: .350 p: .789
İlk evlilik yaşı	15 ve altı	49.10±2.55	65.34±3.14	68.03±306	37.77±2.30	27.53±0.47	55.26±1.81	36.56±0.53	25.56±0.48	31.47±0.43	93.60±1.20
	16-17	46.59±1.13	59.93±1.27	69.16±101	38.07±1.20	32.33±0.96	53.32±0.83	37.77±0.22	26.03±0.15	32.19±0.15	96.11±0.45
	18	51.40±2.36	65.84±2.72	68.87±217	47.52±3.50	37.77±2.80	58.10±2.21	37.47±0.48	25.54±0.43	31.38±0.49	94.34±1.35
		F:2.13 p: .120	F: 2.98 p: .053	F: .074 p: .929	F: 5.85 p: .003	F: 5.14 p: .007	F: 3.25 p: .041	F: 1.72 p: .180	F: 1.12 p: .327	F: 2.72 p: .068	F: 2.31 p: .101
Evlilik süresi	1	48.94±1.21	61.78±1.45	68.43±105	39.50±1.43	32.13±1.11	54.47±0.96	37.59±0.27	26.05±0.18	32.15±0.19	95.90±0.60
	2	44.98±1.76	58.75±2.26	68.40±210	41.89±2.82	36.79±2.09	53.68±1.63	38.37±0.14	25.64±0.31	31.87±0.29	95.88±0.69

Tablo 4.4. (Devam) Adölesan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile RSDÖ ve PBÖ toplam puan karşılaştırması (n=224)

	3	48.28±2.55	66.16±2.44	71.89±2.29	39.40±2.48	30.55±2.11	56.13±2.02	36.36±0.57	25.58±0.39	31.33±0.46	93.27±1.23
		F: 1.46 p: .233	F: 2.18 p: .115	F: 1.02 p: .361	F: .39 p: .676	F: 2.97 p: .053	F: .49 p: .613	F: 5.22 p: .006	F: .99 p: .371	F: 1.77 p: .172	F: 2.38 p: .095
Eğitim durumu	İlköğretim	48.06±1.04	62.95±1.19	70.23±0.97	40.00±1.27	32.12±0.88	55.07±0.81	37.61±0.20	26.03±0.14	32.13±0.15	95.86±0.43
	Lise ve üzeri	47.12±2.44	56.56±2.69	63.58±2.01	40.32±2.88	36.82±2.97	52.29±2.05	37.45±0.53	25.19±0.46	31.16±0.51	93.80±1.43
		t: .37 p: .707	t: 2.27 p: .024	t: 2.96 p: .003	t: -.10 p: .915	t: -2.02 p: .044	t: 1.41 p: .160	t: .32 p: .747	t: 2.22 p: .027	t: 2.43 p: .016	t: 1.81 p: .071
Eş eğitim durumu	İlköğretim	49.10±1.27	62.85±1.38	71.11±1.14	39.02±1.36	32.74±1.11	55.47±0.95	37.31±0.27	25.88±0.19	31.95±0.19	95.29±0.55
	Lise ve üzeri	46.03±1.45	60.09±1.82	65.76±1.35	41.64±2.07	33.40±1.56	53.15±1.27	38.00±0.26	25.86±0.24	31.96±0.26	95.83±0.73
		t: 1.56 p: .120	t: 1.22 p: .224	t: 2.99 p: .003	t: -1.10 p: .272	t: -.357 p: .721	t: 1.47 p: .141	t: -1.72 p: .087	t: .077 p: .938	t: .499 p: .973	t: .721 p: .555
Çalışma durumu	Evet	45.24±2.54	60.37±4.79	66.06±4.85	37.50±3.08	44.61±6.97	53.29±2.42	38.46±0.24	25.15±0.97	31.38±0.85	95.00±2.05
	Hayır	48.04±1.01	61.84±1.13	69.19±0.89	40.22±1.22	32.29±0.85	54.63±0.80	37.53±0.20	25.92±0.14	31.99±0.15	95.54±0.45
		t: -.67 p: .499	t: -.31 p: .757	t: -.81 p: .416	t: -.54 p: .585	t: 3.22 p: .001	t: -.40 p: .686	t: 1.10 p: .270	t: -1.20 p: .230	t: -.91 p: .362	t: -.28 p: .776
Eş çalışma durumu	Evet	47.90±1.06	61.07±1.15	68.83±0.96	39.16±1.18	32.58±1.01	54.19±0.81	37.64±0.19	25.87±0.16	31.88±0.17	95.40±0.50
	Hayır	47.79±2.26	65.31±3.26	69.77±2.28	44.79±3.70	35.18±2.08	56.43±2.22	37.25±0.66	25.91±0.31	32.33±0.28	96.02±0.86
		t: .42 p: .967	t: -1.41 p: .159	t: -.38 p: .701	t: -1.78 p: .075	t: -1.04 p: .297	t: -1.06 p: .287	t: .74 p: .458	t: -.10 p: .914	t: -1.04 p: .296	t: -.51 p: .609
Aylık gelir	3000 TL-5000 TL	46.78±1.90	58.85±1.55	68.92±1.27	34.55±1.22	33.17±1.52	52.79±1.17	37.83±0.26	25.82±0.26	31.97±0.27	95.60±0.77
	5001 TL-10000 TL	48.25±1.09	63.14±1.56	69.34±1.28	42.58±1.68	32.59±1.25	55.39±1.02	37.32±0.28	25.75±0.20	31.76±0.21	94.83±0.62
	10001 TL ve üzeri	50.28±3.07	65.65±4.63	67.22±3.48	48.21±5.50	34.60±2.82	56.97±3.34	38.04±0.85	26.85±0.10	32.95±0.05	98.70±0.21
		F: .57 p: .565	F: 2.32 p: .100	F: .22 p: .799	F: 8.29 p: .000	F: .20 p: .818	F: 1.77 p: .172	F: 1.03 p: .356	F: 2.09 p: .125	F: 2.22 p: .111	F: 2.96 p: .054
Aile Tipi	Çekirdek aile	48.72±1.34	60.78±1.42	68.18±1.15	37.87±1.35	33.53±1.30	54.08±0.98	37.53±0.26	25.77±0.21	31.92±0.21	95.23±0.63
	Geniş aile	46.67±1.33	63.14±1.75	70.14±1.39	43.20±2.02	32.24±1.21	55.22±1.23	37.65±0.28	26.03±0.20	32.01±0.22	95.90±0.57
		t: 1.04 p: .296	t: -1.06 p: .297	t: -1.08 p: .280	t: -2.27 p: .024	t: .69 p: .488	t: -.73 p: .465	t: -.28 p: .776	t: -.85 p: .394	t: -.27 p: .786	t: -.74 p: .460

T testi ve ANOVA kullanılmıştır. p<0.05.

Tablo 4.4.'de, sosyo-demografik özellikleri ile ölçek toplam ve alt boyutları karşılaştırılmıştır. Katılımcıların yaşları RSDÖ ve PBÖ toplam ve alt boyutları ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05). İlk evlilik yaşları ile RSDÖ toplam ve hijyen ve madde kullanımı alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunurken (p<0.05), PBÖ toplam ve alt boyutları ile anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05). Evlilik süreleri ile PBÖ alt boyutlarından merak, heyecan, planlama ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05). Ancak RSDÖ toplam ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark

bulunamamıştır ($p>0.05$). Eğitim durumları ile RSDÖ alt boyutlarından beslenme, fiziksel aktivite, madde kullanımı ile PBÖ alt boyutlarından umut arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Eşlerinin eğitim durumu ile RSDÖ alt boyutlarından fiziksel aktivite arasında anlamlı bir fark saptanırken ($p<0.05$) PBÖ toplam ve alt boyutlarında ise anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p>0.05$). Çalışma durumu ile RSDÖ alt boyutlarından madde kullanımı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Eşlerinin çalışma durumu ile RSDÖ ve PBÖ toplam ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0.05$). Aylık gelirleri ve aile tipleri ile RSDÖ alt boyutları arasından hijyen arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.5. Adölesan gebelerin obstetrik özellikleri ile RSDÖ ve PBÖ toplam puan karşılaştırması ($n=224$)

Obstetrik Özellikler	Tanımlar	Psikososyal Ort.± SS	Beslenme Ort.± SS	Fiziksel aktivite Ort.± SS	Hijyen Ort.± SS	Madde kullanımı Ort.± SS	RSDÖ Ort.± SS	Merak, Heyecan, Planlama Ort.± SS	Kabul ve coşku Ort.± SS	Umut Ort.± SS	PBÖ Ort.± SS
Gebelik sayısı	0-1	47.76±1.06	61.34±1.17	68.90±0.93	39.45±1.23	32.98±1.02	54.25±0.82	37.66±0.20	25.85±0.16	31.93±0.17	95.54±0.48
	2-3	48.62±2.16	64.20±3.26	69.48±2.72	43.75±3.35	33.12±1.80	56.33±2.20	37.15±0.57	26.00±0.34	32.12±0.31	95.28±1.02
		t: -.31 p: .757	t: -.90 p: .367	t: -.22 p: .820	t: -1.29 p: .197	t: -.05 p: .958	t: -.94 p: .346	t: .88 p: .375	t: -.32 p: .743	t: -.43 p: .667	t: .20 p: .834
Gebelik haftası	19-32	47.66±3.45	66.24±3.89	70.18±2.56	47.84±5.06	38.62±2.77	58.31±3.17	36.68±0.95	25.89±0.46	32.03±0.55	95.17±1.72
	33-36	43.78±1.30	54.89±1.36	67.27±1.15	36.52±1.52	32.56±1.37	50.18±0.91	38.15±0.20	26.17±0.16	32.34±0.17	96.66±0.48
	37 ve üzeri	51.93±1.36	67.09±1.56	70.29±1.49	41.22±1.52	31.78±1.32	57.68±1.04	37.29±0.27	25.58±0.26	31.54±0.26	94.42±0.73
		F: 8.25 p: .000	F: 16.46 p: .000	F: 1.38 p: .253	F: 5.29 p: .006	F: 2.94 p: .055	F: 13.41 p: .000	F: 3.72 p: .026	F: 1.70 p: .185	F: 2.90 p: .057	F: 2.82 p: .061
Canlı doğum sayısı	0	46.75±1.11	61.72±1.38	67.64±1.05	39.14±1.36	33.33±1.18	54.21±0.90	37.88±0.21	25.98±0.18	32.06±0.18	95.93±0.54
	1	48.70±1.69	62.37±2.60	71.59±2.17	42.07±2.79	32.19±1.57	54.69±1.78	37.26±0.46	26.14±0.27	32.19±0.26	95.60±0.80
	2	51.20±3.25	61.22±2.65	71.19±2.33	41.34±3.31	32.64±2.42	55.64±2.22	36.79±0.61	25.18±0.45	31.23±0.52	93.63±1.31
		F: 1.54 p: .215	F: .04 p: .952	F: 2.06 p: .129	F: .575 p: .563	F: .12 p: .882	F: .23 p: .788	F: 2.43 p: .090	F: 2.29 p: .103	F: 2.19 p: .114	F: 1.81 p: .165

Gebelik sayısı ile RSDÖ ve PBÖ toplam ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmazken ($p>0.05$), gebelik haftası ile RSDÖ alt boyutlarından psikososyal, beslenme, hijyen ve toplam puan arasında ve PBÖ alt boyutlarından merak, heyecan, planlama alt boyutu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Canlı doğum sayısı ile RSDÖ ve PBÖ toplam ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.6. *Adölesan gebelerin bazı özellikleri ile RSDÖ ve PBÖ toplam puan dağılımı (n=224)*

Bazı Özellikler	Tanımlar	Psikososyal Ort.± SS	Beslenme Ort.± SS	Fiziksel aktivite Ort.± SS	Hijyen Ort.± SS	Madde kullanımı Ort.± SS	RSDÖ Ort.± SS	Merak, Heyecan, Planlama Ort.± SS	Kabul ve coşku Ort.± SS	Umut Ort.± SS	PBÖ Ort.± SS
Eş ile birlikte yaşam durumu	Evet	47.91±1.02	61.44±1.14	68.99±0.91	39.13±1.11	33.14±0.96	54.31±0.78	37.59±0.20	25.84±0.15	31.92±0.16	95.45±0.47
	Hayır	47.57±2.70	65.59±4.37	68.85±3.76	51.47±6.66	31.37±2.54	57.49±3.30	37.47±0.62	26.35±0.32	32.35±0.33	96.17±0.93
		t: .09 p: .927	t: -.995 p: .321	t: .04 p: .967	t: -2.85 p: .005	t: .51 p: .609	t: -1.09 p: .274	t: .16 p: .868	t: -.90 p: .366	t: -.72 p: .472	t: -.43 p: .667
Sosyal destek alma	Evet	51.92±3.38	67.08±2.95	75.05±2.21	41.81±3.25	30.11±1.34	57.62±2.13	36.62±0.81	26.13±0.23	32.55±0.23	95.96±0.85
	Hayır	47.28±0.98	60.96±1.18	68.08±0.95	39.80±1.24	33.43±1.02	54.09±0.82	37.72±0.18	25.84±0.16	31.87±0.17	95.44±0.49
		t: 1.62 p: .107	t: 1.86 p: .063	t: 2.66 p: .008	t: .57 p: .564	t: -1.22 p: .223	t: 1.54 p: .124	t: -1.90 p: .059	t: .66 p: .507	t: 1.46 p: .144	t: .39 p: .692

Eş ile birlikte yaşama durumlarının RSDÖ alt boyutlarından hijyen arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Sosyal destek alma ile RSDÖ alt boyutlarından fiziksel aktivite arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.7. Riskli Sağlık Davranışları Ölçeği ve Prenatal Bağlanma ölçekleri toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki

		Psikososyal	Beslenme	Fiziksel aktivite	Madde kullanımı	Hijyen	RSDÖ	Merak, heyecan, planlama	Kabul ve coşku	Umut	PBÖ
Psikososyal	r	1									
	p										
Beslenme	r	.515**	1								
	p	.000									
Fiziksel aktivite	r	.315**	.309**	1							
	p	.000	.000								
Madde kullanımı	r	.183**	.187**	-.108	1						
	p	.006	.005	.106							
Hijyen	r	.395**	.621**	.227**	.294**	1					
	p	.000	.000	.001	.000						
RSDÖ	r	.768**	.835**	.465**	.365**	.740**	1				
	p	.000	.000	.000	.000	.000					
Merak, heyecan, planlama	r	-.356**	-.476**	-.168*	-.141*	-.283**	-.419**	1			
	p	.000	.000	.012	.035	.000	.000				
Kabul ve coşku	r	-.297	-.283**	-.151*	-.287**	-.236**	-.336**	.614**	1		
	p	.000	.000	.023	.000	.000	.000	.000			
Umut	r	-.280	-.298**	-.136*	-.280**	-.272**	-.331**	.584**	.918**	1	
	p	.000	.000	.042	.000	.000	.000	.000	.000		
PBÖ	r	-.342**	-.387**	-.183**	-.240**	-.262	-.390**	.786**	.936	.929**	1
	p	.000	.000	.006	.000	.000	.000	.000	.000	.000	

*:p<0.05, **:p<0.01; r: Pearson Korelasyon Katsayısı; 0.00≤r ≤ 0.49 Zayıf İlişki; 0.50 ≤ r ≤ 0.69 Orta Düzey İlişki; 0.70 ≤ r ≤ 1.00 Yüksek Düzey İlişki.

Tablo 4.7.'te ölçeklerin toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki verilmiştir. Buna göre RSDÖ alt boyutlarından beslenme ve fiziksel aktivite arasında orta düzeyde pozitif anlamlı bir ilişki (r=.515, p=.000), fiziksel aktivite ile psikososyal ve beslenme arasında zayıf düzeyde pozitif anlamlı bir ilişki (r=.315; .309, p=.000), madde kullanımı ile psikososyal ve beslenme arasında pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki (r= .183; .187, p=.006;.005), benzer şekilde hijyen ve diğer alt boyutlar, RSDÖ toplam ve tüm alt boyutları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0.001). Ayrıca PBÖ ile RSDÖ arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-.390, p=.000).

5. TARTIŞMA

DSÖ'nün "çocukluktan yetişkinliğe bir geçiş dönemi" olarak tanımladığı adölesan dönem, 10-19 yaş grubunu tanılamaktadır [13]. Bu dönemde gerçekleşen gebelik ise adölesan gebelik olarak adlandırılmaktadır. Birçok sebeple meydana gelen adölesan gebelikler; önemli bir halk sağlığı sorunu olmaktadır [21]. Gelişimi devam etmekte olan adölesanların, gebelik gibi birçok fizyolojik değişimlerin yaşandığı evreyi sağlıklı olarak tamamlamaları önemlidir. Bu evrede gerçekleşen davranışlar önemlidir. Riskli davranış olarak tanımlanan suç işleme, sigara, alkol veya madde kullanımı, riskli araç kullanma (alkollü, kemer takmama, ehliyetsiz araç kullanma), erken cinsel deneyim, sağlıksız yemek, yetersiz fiziksel aktiviteler adölesan dönemdeki kadınlar için olasıdır. Adölesan dönemdeki bu riskli davranışlar anne ve bebeğin sağlığını etkileyebilecek davranışlardır. Gebelik dönemi prenatal bağlanma sürecini de başlatmaktadır. Gebelik döneminde başlayan ve giderek artan Prenatal bağlanma ise ebeveynler ile fetüs arasında duyulan güçlü bir bağdır [37]. Söz konusu bu bağlanma, hayatın devam eden dönemlerinde sosyal yaşam üzerine etkileri büyük olan bir süreçtir [38, 39]. Adölesan gebelerin prenatal bağlanmalarının sağlıklı olarak başlaması ve devam etmesi bu tarz riskli davranışları azaltabileceğini düşünmekteyiz. Periyodik muayenelere gelen adölesanlar gebelerin sistemik olarak her açıdan (boy, ağırlık, kan basıncı ölçümü, aşılama, fiziksel, cinsel, ruhsal ve psikososyal gelişimi) değerlendirilmesi ve bebeği ile olan bağlanmaları sorgulanmalıdır [33]. Prenatal bağlanma, gebelik döneminde başlayan anne-bebeğin hayatını etkileyen soyut bir olgudur. Genellikle kadınların daha gebelik başlamadan önce hissettikleri şefkat ve merhamet duygularının gebelik ile birlikte bebeğe kaydığını görmekteyiz. Bu dönemde gerçekleşen bağlanmanın bebeğin hem fiziksel hem de psikolojik sağlığı üzerinde oldukça etkili olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir [55-57]. Prenatal bağlanma seviyesi yüksek olan kadınların aynı zamanda bebeklerine daha iyi bir bakım sundukları, onların güvenlikleri ile daha çok ilgilendikleri gibi sonuçlar da karşımıza çıkmaktadır. Benzer bir şekilde araştırmamızda PBÖ ile RSDÖ arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmış olup adölesan gebelerde prenatal bağlanma artıka riskli sağlık davranışlarının azalması çalışmamızı destekler niteliktedir. Bu konu ile ilgili Badem ve Zeyneloğlu'nun 2021 yılında yaptıkları çalışmalarında gebelik döneminde olumlu sağlık davranışları gösteren kadınlarda prenatal bağlanmanın, olumlu sağlık davranışları geliştiremeyen kadınlara göre daha yüksek seviyelerde olduğunu saptamışlardır [55]. Ayrıca bu çalışmada madde bağımlılığı olan kadınlarda prenatal

bağlanma seviyelerinin daha düşük olduğu da tespit edilmiştir. Yiğit ve Yılmaz'ın (2021) gebeler ile yaptıkları çalışmalarında sağlıklı yaşam davranışlarının prenatal bağlanma üzerinde oldukça ileri düzeylerde etkili olduğunu saptamışlardır [58]. Literatür incelendiğinde yukarıda verilen sonuçlara benzer olarak gebelik dönemindeki sağlık davranışları ile prenatal bağlanmanın birbiri ile ilişkili olduğu anlaşılmaktadır [59-61]. Riskli sağlık davranışlarının, prenatal bağlanma seviyesi düşük olan kadınlarda daha fazla görülmesi tahmin ettiğimiz bir sonuçtu. Literatürün çalışmamızı desteklediğini görmekteyiz. Araştırma sonuçlarımıza göre adölesan gebelerin prenatal bağlanma seviyelerinin oldukça yüksek olduğunu görmekteyiz (95.50 ± 6.62). Alkaş & Varışoğlu'nun 2023'de yaptıkları çalışmada gebelerin prenatal bağlanma seviyelerinin $91,51 \pm 11,32$ olduğunu saptamışlardır [62]. Potur ve arkadaşlarının 2020'de primpar ve multipar gebelerle olan çalışmalarında prenatal bağlanmanın ortalama $62,21 + 10.66$ bulunduğu ve primpar gebelerin multipar gebelere oranla Prenatal bağlanmanın düzeyini önemli oranda yüksek olduğu belirlenmiştir [63]. Karaca ve arkadaşlarının 2022'deki çalışmalarında prenatal bağlanma puanını $60,08 + 21,26$ bulduğu [64], Dikmen ve Çankaya'nın 2018'de maternal obeziteli gebelerde prenatal bağlanma puanını $61,24 + 0.49$ bulduğu [65], Kartal ve Karaman'ın 2017'deki gebe eğitim programlarına katılan gebelerin prenatal bağlanma puanının $71,88 + 8,25$ [66], Küçükkaya ve arkadaşlarının 2018'deki gebeler üzerinde yapılan bir çalışmalarında prenatal bağlanma envanteri puanını $64,89 + 21.15$ olarak bulmuşlardır [67]. Bakır ve arkadaşlarının 2014 yılında, 160 riskli gebe ile yaptıkları çalışmada 18-30 yaş aralığındaki gebelerin PBE puanının yüksek olduğu bulunmuştur [68]. Çınar ve arkadaşlarının 2017 yılında, 211 gebe ile yaptıkları çalışmada 18-29 yaş aralığındaki gebelerde PBE puanı ile anlamlı bir fark bulunmuştur [69]. Özkan ve arkadaşlarının 2020 yılında, 195 gebeye yaptıkları çalışmada 31 yaş üstü gebelerde prenatal bağlanma puanı $45.85 + 9.78$ olduğunu bulmuşlardır [70]. Literatür sonuçları araştırma bulgumuzu destekler niteliktedir. Araştırmaya dahil olan adölesan kadınların RSDÖ toplam puanın 54.55 ± 11.53 ve bu puanın katılımcıların orta seviyelerde riskli sağlık davranışlarını gösterme eğiliminde olduğunu gösterdiği anlaşılmaktadır. Muslu ve Aygün'ün ergenlerle yaptıkları çalışmada da riskli sağlık davranışları ölçeği puan ortalaması 58.92 ± 6.63 olarak bulunmuş ve çalışmamızı destekler niteliktedir [71]. Ergenlerin anne babalarıyla ilişkilerinde yaşanan olumsuzluklar, ilerleyen dönemlerde negatif yönde etkilemektedir [72]. Bu nedenle adölesanların sağlık davranışlarında ebeveyn ile adölesan ilişkisini anlamak önemlidir [73]. Hendekçi ve Gök'ün 2021 yılında

ortaokul öğrencileri ile yaptıkları bir çalışmada ebeveynleri ile ilişkileri iyi olan ergenlerin daha az riskli sağlık davranış gösterdiği bulunmuştur [74]. Hoyt ve arkadaşlarının (2012) çalışmasına göre adölesanlık süresince iyilik halinin daha az riskli davranışlara neden olduğu bulunmuştur [75]. Bu araştırmamızda adölesan dönemdeki kadınların gebelik döneminde riskli sağlık davranışlar sorgulanmış olup orta seviyelerde olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde bu dönemde gebelik olmasa dahi insan hayatının en riskli olduğu bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Gebelik olayı kadının birçok duyguyu bir arada yaşadığı karmaşık bir olaydır. Dolayısı ile gebelik ve adölesan dönem sağlık profesyonellerinin daha dikkatli olması gerektiği iki önemli konudur.



6. SONUÇ

Araştırmaya dahil olan adölesan kadınların PBÖ toplam puanı ile sosyo-demografik ve obstetrik özellikler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak PBÖ alt boyutları ile evlilik süresi, eğitim durumu ve gebelik haftası arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Araştırmaya dahil olan adölesan kadınların PBÖ toplam puanın 95.50 ± 6.62 bulunarak, katılımcıların prenatal bağlanma seviyelerinin yüksek olduğu saptandı. Araştırmaya dahil olan adölesan kadınların RSDÖ toplam puanın 54.55 ± 11.53 olduğu saptandı. Araştırmaya dahil olan kadınların 54.55 ± 11.53 puanın orta seviyelerde riskli sağlık davranışlarına sahip oldukları anlaşılmaktadır.

Araştırma sonuçları incelendiğinde PBÖ ile RSDÖ arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edildi. Prenatal bağlanma arttıkça riskli sağlık davranışlarının azalacağını göstermektedir.

7. ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına göre;

Adölesan gebelerin Prenatal bağlanma seviyeleri artıkça riskli sağlık davranışları gösterme eğilimleri azalmaktadır. Bu sebeple sağlık profesyonelleri olan ebelerin prenatal bağlanmayı sağlıklı bir şekilde artırıcı girişimler yapmaları önerilmektedir. Bu nedenle adölesan gebelerin gebe eğitim sınıflarında takip edilmeleri gerekli eğitimlerin verilmesi, bebeği ile olan bağının artırılması, gerek duydukları konularda danışmanlık almaları önerilmektedir.

Adölesan gebeler riskli sağlık davranışları gösterme eğilimi olan bir gruptur. Bu sebeple onların gebelik boyunca yakından takip edilmeleri anne ve bebek sağlığını yükseltmek amacıyla önerilmektedir.

Prenatal bağlanma ve riskli sağlık davranışları seviyeleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler üzerine daha çok araştırma yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- [1] Treffers, P. E. (2003). "Teenage pregnancy, a worldwide problem". *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 147(47), 2320-2325.
- [2] Hillis, S. D, Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A., & Marks, J. S. (2004). "The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death". *Pediatrics*, 113(2), 320-327.
- [3] Klein, J. D, & Committee on Adolescence. (2005). "Adolescent pregnancy: current trends and issues". *Pediatrics*, 116(1), 281-286.
- [4] Trivedi, S. S, & Pasrija, S. (2007). "Teenage pregnancies and their obstetric outcomes". *Tropical Doctor*, 37(2), 85-88.
- [5] Keskinoglu, P, Bilgic, N, Picakcife, M, Giray, H, Karakus, N., & Gunay, T. (2007). "Perinatal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mothers". *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20(1), 19-24.
- [6] de Vienne, C. M, Creveuil, C, & Dreyfus, M. (2009). "Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study". *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 147(2), 151-156.
- [7] Ansari, T., Alghamdi, T., Alzahrani, M., Alfheid, F., Sami, W., Aldahash, B. A., ... & Almutairi, N. M. (2016). "Risky health behaviors among students in Majmaah University, Kingdom of Saudi Arabia". *Journal of Family and Community Medicine*, 23(3), 133-139.
- [8] Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (2022). Adolescent and School Health. <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/overview.htm>. Erişim Tarihi: 20 Ocak, 2024.
- [9] Şen, S., & Kavlak, O. (2011). "Çocuk gelinler: Erken yaş evlilikleri ve adölesan gebeliklere yaklaşım". *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 25(25), 35-44.
- [10] Bekmezci, H., Özkan, H. (2016). "Gebelikte psikososyal sağlık bakım, prenatal bağlanma ve ebe-hemşirenin sorumlulukları". *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 8, 50-62.
- [11] Holub, C. K., Kershaw, T. S., Ethier, K. A., Lewis, J. B., Milan, S., & Ickovics, J. R. (2007). "Prenatal and parenting stress on adolescent maternal adjustment: Identifying a high-risk subgroup". *Maternal and Child Health Journal*, 11, 153-159.
- [12] Bilge, Ç., & Beji, N. (2015). "Adölesan gebelikler ve üreme sağlığı sorunları". *Androloji Dergisi*, 17(61), 154-156.
- [13] Melekoğlu, R. (2012). Adölesan gebelikler: maternal ve fetal sonuçlar. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi.

- [14] Gökçe, B., Özşahin, A., & Zencir, M. (2007). "Determinants of adolescent pregnancy in an urban area in Turkey: a population-based case-control study". *Journal of biosocial science*, 39(2), 301-311.
- [15] Covington, D.L., Justason, B.J., & Wright, L.N. (2001). "Severity, manifestations, and consequences of violence among pregnant adolescents". *Journal of Adolescent Health*, 28,55-61.
- [16] World Health Organization (WHO), (2021). Adolescent health, more. https://www.who.int/health-topics/adolescenthealth#tab=tab_2 Erişim Tarihi: 16 Şubat, 2024.
- [17] Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK. 2019, Ankara.
- [18] Başer, M. (2000). "Adölesan cinselliği ve gebelik". *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1), 50-54.
- [19] Uslu, F. G., & Çoban, A. (2020). "Adölesan Annelerin Sosyo-Demografik Özellikleri Ve Doğum Sonuçlarının Değerlendirilmesi". *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 30-38.
- [20] Ayyıldız, T., Topan, A., Öztürk, Ö., & Kulakçı, H. (2015). "Adölesan gebeliklerin anne ve bebeğe yönelik obstetrik sonuçlar açısından değerlendirilmesi". *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 61-66.
- [21] Hıra, S. (2019). Adölesan annelerin bebek bakımı hakkındaki özgüvenleri ile annelik memnuniyeti arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Sakarya: Sakarya Üniversitesi.
- [22] Yıldırım, G. (2015). "Adolesan Gebelikler Ve Hemşirelik Yaklaşımı". *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 13(55), 149-160.
- [23] United Nations International Children's Emergency Fund, (UNİCEF) (2024a). <https://data.unicef.org/topic/adolescents/overview/> Erişim Tarihi: 18 Şubat, 2024.
- [24] Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistik Veri Portalı, (2023). Yaş grubu ve cinsiyete göre intiharlar. <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=intihar>. Erişim Tarihi: 23 Şubat, 2024.
- [25] Gorkem, U., Toğrul, C., & Güngör, T. (2017). "Adölesan gebelik gerçekten bir risk faktörü müdür?". *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 74(3), 193-200.
- [26] Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Tıbbi Sosyal Hizmet Dersi, Sağlık Davranışı Kuramları. Erişim Tarihi: 16 Şubat, 2024.

- [27] Grunbaum, J. A., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., ... & Collins, J. (2004). Youth risk behavior surveillance--United States, 2003. MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report, 53.
- [28] Aydın, D. (2013). "Adölesan gebelik ve adölesan annelik". Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(4), 250-254.
- [29] DeVito, J. (2010). "How adolescent mothers feel about becoming a parent". The Journal of Perinatal Education, 19(2), 25-34.
- [30] Kütük, S. (2012). "Adölesan gebelik riskleri ve sorunları". Türk Aile Hekimliği Dergisi, 16, 31-34.
- [31] Tucker, C. M., Wilson, E. K., & Samandari, G. (2011). "Infant feeding experiences among teen mothers in North Carolina: Findings from a mixed-methods study". International Breastfeeding Journal, 28;6-14.
- [32] T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2017). İçin Ergen Sağlığına ve Sorunlarına Yaklaşım Cep Kitabı. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara.
- [33] World Health Organization (WHO). (2017c). WHO recommendations on adolescent health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MCA/17.09). Erişim Tarihi: 10 Ocak, 2024.
- [34] World Health Organization (WHO). (2017b). Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Erişim Tarihi: 10 Ocak, 2024.
- [35] World Health Organization (WHO). (2017a). Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva (Switzerland): World Health Organization. Erişim Tarihi: 10 Ocak, 2024.
- [36] World Health Organization (WHO). (2024b). Adolescents: health risks and solutions. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions> Erişim Tarihi: 10 Ocak, 2024.
- [37] Pisoni, C., Garofoli, F., Tzialla, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P., ... & Stronati, M. (2014). "Risk and protective factors in maternal-fetal attachment development". Early Human Development, 90(2), 45-46.
- [38] Nacar, E. H., & Gökkaya, F. (2019). "Bağlanma ve maternal bağlanma konusunda bir derleme". Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi, 1(1), 50-56.
- [39] Boybay Koyuncu, S. (2019). Postpartum primipar annelerde yoganın emzirme yeterlilik ve maternal bağlanma üzerine etkisi. (Doktora Tezi). Malatya: İnönü Üniversitesi.

- [40] Aksoy, Y. E., Yılmaz, S. D., & Aslantekin, F. (2016). "Riskli gebeliklerde prenatal bağlanma ve sosyal destek". *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 1(3), 163-169.
- [41] Dereli Yılmaz, S., Kızılkaya Beji, N. (2010). "Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler". *Genel Tıp Dergisi*, 20(3), 99-108.
- [42] Goecke, T. W., Voigt, F., Faschingbauer, F., Spangler, G., Beckmann, M. W., & Beetz, A. (2012). "The association of prenatal attachment and perinatal factors with pre- and postpartum depression in first-time mothers". *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286, 309-316.
- [43] Wedekind, D., Bandelow, B., Heitmann, S., Havemann-Reinecke, U., Engel, K. R., & Huether, G. (2013). "Attachment style, anxiety coping, and personality-styles in withdrawn alcohol addicted inpatients". *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 8, 1-7.
- [44] Öztürk, S., & Erci, B. (2016). "Postpartum Dönemdeki Primipar Annelere Loğusa Ve Yenidoğan Bakım Eğitimi Maternal Bağlanmayı Arttırdı: Son Test Kontrol Gruplu Eğitimsel Araştırma". *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 129-134.
- [45] Evcili, F., Abak, G., Tali, B., & Yurtsal, Z. B. (2014). "Erken doğum sonrası dönemdeki loğusaların anne-bebek bağlanmasına ilişkin görüşleri". *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (STED)*, 23(4), 138-43.
- [46] Ainsworth, M. S. (1979). "Infant-mother attachment". *American Psychologist*, 34(10), 932.
- [47] Cranley, M. S. (1981). "Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy". *Nursing Research*, 30(5), 281-284.
- [48] Muller, M. E. (1989). *The development and testing of the Müller Prenatal Attachment Inventory*. (Ph.D. Thesis). San Francisco: University of California.
- [49] Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- [50] Goossens, G., Kadji, C., & Delvenne, V. (2015). "Teenage pregnancy: a psychopathological risk for mothers and babies?". *Psychiatria Danubina*, 27(1), 499-503.
- [51] Siddiqui, A., Hagglof, B., & Eisemann, M. (2000). "Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women". *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18(1), 67-74.
- [52] Çimen, S. (2003). *15-18 yaş grubu gençlerde Riskli Sağlık Davranışları Ölçeğinin geliştirilmesi*. (Doktora Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi
- [53] Kurnaz, F., & Çevik, F. T. (2019). "Prenatal Bağlanma Ölçeği: güvenirlik ve geçerlik çalışması". *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 6(2), 112-138.

- [54] Pallant, J. (2017). SPSS kullanma kılavuzu: SPSS ile adım adım veri analizi. Ankara: Anı Yayıncılık.
- [55] Badem, A., & Zeyneloğlu, S. (2021). “Gebelerin prenatal bağlanma düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi”. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1), 37-47.
- [56] Sabuncuoğlu, O., & Berkem, M. (2006). “Bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye’den bulgular”. Türk Psikiyatri Dergisi, 17(4), 252-258.
- [57] Laxton-Kane, M., & Slade, P. (2002). “The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care”. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 20(4), 253-266.
- [58] Yiğit, E. D. (2021). Gebelikte sağlıklı yaşam davranışlarının prenatal bağlanma ile ilişkisi.
- [59] Er, S., & Şirin, A. (2006). Gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi.
- [60] Dağlı, K. (2017). Gebelikte bebeğe yönelik yapılan hazırlıkların prenatal bağlanma ile ilişkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi.
- [61] Cayci Esen, N. (2019). Gebelikte sağlık uygulamaları ve prenatal bağlanmanın doğum sonuçları üzerine etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: İstinye Üniversitesi.
- [62] Alkaş, Ü., & Varışoğlu, Y. (2022). “Primipar gebelerde anksiyete ve prenatal bağlanma: Pandemi sürecinin etkileri”. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 9(1), 1-11.
- [63] Potur, D.C., Doğan Merih, Y., & Demirci, N. (2020). “Primipar ve multipar gebelerin prenatal bağlanmalarını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi”. Journal of Academic Research in Nursing, 6(1),132-140.
- [64] Karaca, P. P., Koyucu, R. G., & Aksu, S. Ç. (2022). “The relationship between pregnant women's anxiety levels about coronavirus and prenatal attachment”. Archives of Psychiatric Nursing, 36, 78-84.
- [65] Alan Dikmen, H., & Çankaya, S. (2018). “Maternal Obezitenin Prenatal Bağlanma Üzerine Etkisi”. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(2), 40-45.
- [66] Kartal, Y. A., & Karaman, T. (2018). “Doğuma Hazırlık Eğitiminin Gebelerde Prenatal Bağlanma Ve Depresyon Riski Üzerine Etkisi”. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 49(1), 85-91.
- [67] Küçükakaya, B., Dindar, İ., Erçel, Ö., & Yılmaz, E. (2018). “Gebelik dönemlerine göre gebelerin doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeleri”. Journal of Academic Research in Nursing, 4(1):28-36.

- [68] Bakır, N., Ölçer, Z., & Oskay, Ü. (2014). “Yüksek riskli gebelerin prenatal bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler”. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 1(1),25-37.
- [69] Cinar, N., Caka, S. Y., Topal, S., Yuvaci, H. U., & Erkorkmaz, U. (2017). “The relation of health-related practices of pregnant women, fatigue and prenatal attachment”. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 27(11), 693-699.
- [70] Özkan, T. K., Küçükkelepçe, D. Ş., & Özkan, S. A. (2020). “Gebelikte prenatal bağlanma ve vücut algısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler”. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 49-54.
- [71] Muslu, G. K., & Aygün, Ö. (2017). “Ergenlerin riskli sağlık davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(4), 242-250.
- [72] Weymouth, B. B., Buehler, C., Zhou, N., & Henson, R. A. (2016). “A meta-analysis of parent–adolescent conflict: Disagreement, hostility, and youth maladjustment”. *Journal of Family Theory & Review*, 8(1), 95-112.
- [73] Branje, S. (2018). “Development of parent–adolescent relationships: Conflict interactions as a mechanism of change”. *Child Development Perspectives*, 12(3), 171-176.
- [74] Hendekci, A., & Uğur, H. G. (2021). “Ergenlik dönemi öğrencilerinin riskli sağlık davranışları, anne baba ergen ilişkileri ve etkileyen etmenler”. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 134-146.
- [75] Hoyt, L. T., Chase-Lansdale, P. L., McDade, T. W., & Adam, E. K. (2012). “Positive youth, healthy adults: does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood?”. *Journal of Adolescent Health*, 50(1), 66-73.

EKLER

EK-1.

BİREY TANILAMA FORMU

1-Yaşınız :

2-Çalışma Durumunuz

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

3-Eşinizin Çalışma Durumu

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

4-Eğitim Seviyeniz

a)Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlköğretim d)Lise e) Üniversite ve üstü

5-Eşinizin Eğitim Seviyesi

a)Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlköğretim d)Lise e) Üniversite ve üstü

6-Aylık Gelirinizi Algılama Durumunuz

a)İyi b)Orta c)Kötü

7-Aile Tipiniz

a)Çekirdek aile b)Geniş aile c)Parçalanmış aile

8-İlk Evlilik Yaşı :

9-Evlilik Süresi :

10-Gebelik Haftası :

11-Gebelik Sayısı :

12-Canlı Doğum Sayısı :

13- Eşi ile Beraber Yaşama Durumu :

14-Önceki Gebelikte Herhangi Bir Risk Var mıydı?

a)Evet (ise nedir?) -Çoğul gebelik -Kanama -Diabet -Radyasyon maruziyeti
-Pre-eklampsie-Eklampsie (Gebelik zehirlenmesi) -Erken doğum tehdidi -Su gelmesi
-Diğer...

b)Hayır

15-Önceki Gebelik Nasıl Sonuçlandı?

a)Abortus b)Preterm c)Kanama ile ilgili sıkıntı yaşadım
d)Emzirme ile ilgili sıkıntı yaşadım e) Herhangi bir sıkıntı yaşamadım
f)Diğer...

16- Sosyal Destek Aldınız mı?

a)Evet (ise kimden) -Eşimden -Annemden -Kardeşimden -Komşumdan
-Arkadaşımdan -Sağlık uzmanından -Din görevlisinden -Diğer...
b)Hayır

EK-2.

Riskli Sağlık Davranışları	Hiçbir zaman	Oldukça seyrek	Bazen	Çoğunlukla	Hemen her zaman
1.Günde 3 öğün beslenirim.					
2.Sabahları kahvaltı ederim.					
3.Her gün cips, döner, hamburger, tost gibi yiyeceklerden yerim.					
4.Her gün taze meyve ve yeşil salata, havuç, domates gibi sebzelerden yerim.					
5.Her gün pişmiş sebze yemeklerinden yerim.					
6.Her gün tavuk, hindi, balık veya kırmızı et türü yiyeceklerden ya da mercimek, nohut, fasulye, bezelye gibi kurubaklagillerden birini yerim.					
7.Dişlerimi düzenli olarak günde en az iki kere fırçalarım.					
8.Yemek yemeden önce ellerimi yıkarım.					
9.Her gün çikolata, gofret, şekerleme gibi yiyeceklerden yerim.					
10.Her gün süt, ayran, yoğurt, peynir türü besinlerden birini/bir kaçını tüketirim.					
11.Her gün nescafe, kola, gazoz gibi içeceklerde içerim.					
12.Her gün ortalama 8-10 bardak su içerim.					
13.Kendimi korumak amacıyla yanımda sopa, çakı, gaz spreyi gibi şeyler taşıyorum.					
14.Arabanın ön koltuğunda oturduğumda emniyet kemerini takarım.					
15.Sorunlarımı yakınlarımla paylaşarak çözmeye çalışırım.					
16.Birisiyle anlaşamadığımda bunu kendisiyle konuşarak çözmeye çalışırım.					
17.En az haftada 1-2 kez yıkanırım.					
18.Tuvaletten çıktıktan sonra					

ellerimi yıkarım.					
19.Ellerimi yıkarken sabun kullanırım.					
20.Sigara içerim.					
21.Alkollü içecekler içerim.					
22.Haftada en az 3 gün, her seferinde 20-30 dakika; futbol oynama, koşma, hızlı bisiklet sürme gibi kalp atışlarımı hızlandıran fiziksel aktiviteleri yaparım.					
23.Haftada en az 5 gün veya her gün, her seferinde 20-30 dakika; yürüme, yavaş bisiklet sürme, paten yapma gibi kendimi fazla zorlamayan bir fiziksel aktivite yaparım.					
24.Günde 2 saatten fazla televizyon izlerim.					
25.Geceleri en az 8 saat uyurum.					
26.Günde en az 2 saat bilgisayar/atari başında vakit geçiririm.					
27.Bir sağlık elemanının tavsiyesi olmadan zayıflamak için rejim yaparım.					
28.Zayıflamak veya kilo almamak için yemek yedikten sonra kusmaya çalışırım.					
29.Boks, uzun atlama, motorsiklet yarışı gibi tehlikeli sporlardan herhangi birini yaparım.					
30.Ehliyetsiz olarak herhangi bir aracı kullanırım.					
31.İki haftadan uzun süren ve günlük aktivitelerini engelleyecek şekilde karamsarlık dönem(ler)im olur.					
32.Herhangi bir nedenle kavga-dövüş yaparken yaralandığım olur.					
33.Herhangi bir nedenle uyarıcı madde/haplar kullandığım olur.					
34.herhangi bir nedenle bağımlılık yapıcı bir madde (uyuşturucu, tiner, bali, uhu vb.)					

kullandığım olur.					
35.Korunmasız cinsel ilişkide (ben ya da partnerim kılıf/kondom/prezervatif kullanmadan) bulunurum.					



EK. PRENATAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

	Madde	Kesinlikle katılıyorum +	Kısmen Katılıyorum +/-	Kesinlikle katılmıyorum -
Merak, Heyecan ve Planlama	Gebeliğim sırasında bebeğimle konuşmaktan keyif alıyorum.	(3)	(2)	(1)
	İçimdeki bebeği düşündükçe kendimi yalnız hissetmiyorum	(3)	(2)	(1)
	Bebeğimin içimde hareket ettiğini ya da neler yaptığını düşünerek tahminlerde bulunmaya çalışıyorum.	(3)	(2)	(1)
	Doğacak bebeğimle oyun oynadığımı, keyif aldığımı hayal ediyorum.	(3)	(2)	(1)
	Bebeğime şarkı söylüyorum onunla konuşuyorum.	(3)	(2)	(1)
	Bebeğimin sağlıklı doğması için gebelik ve doğumla ilgili konuları araştırıyorum.	(3)	(2)	(1)
	Bebeğim için bebek eşyalarını araştırıyorum, bebek eşyası satan dükkanları/internet sitelerini geziyorum.	(3)	(2)	(1)
	Doğduğunda bebeğim için evi nasıl düzenleyeceğimi planlıyorum.	(3)	(2)	(1)
	Bebeğimin sağlığı için dinlenmem gerektiğini düşünüyorum.	(3)	(2)	(1)
	Gebe olduğumu öğrendiğimden itibaren bebeğimi düşünerek beslenmeye özen gösteriyorum.	(3)	(2)	(1)
	Gebe olduğumu öğrendiğimden itibaren bebeğimi düşünerek ağır kaldırmamaya özen gösteriyorum.	(3)	(2)	(1)
	Ben yorulduğunda bebeğimin de yorulduğunu düşünüyorum.	(3)	(2)	(1)
	Gebe olduğumu öğrendiğimden itibaren daha sağlıklı besinler (süt, peynir, yumurta, et vb.) tüketmeye çalışıyorum.	(3)	(2)	(1)
	Bebeğimin benim için bir hediye olduğunu düşünüyorum.	(3)	(2)	(1)
Kabul ve Coşku	Gebeliğin mucize olduğunu ve her kadının bu duyguyu tatması gerektiğini düşünüyorum.	(3)	(2)	(1)
	Bebeğimi şimdiden çok seviyorum.	(3)	(2)	(1)
	İçimde bebeğimin sağlıklı büyüyüp gelişmesi beni çok mutlu ediyor	(3)	(2)	(1)
	Bebeğimin bana ait olduğunu hissediyorum	(3)	(2)	(1)
	Bu bebekle ödüllendirildiğimi düşünüyorum.	(3)	(2)	(1)
	Bebeğimin içimde büyüdüğünü düşünmek ona olan sevgimi artırıyor	(3)	(2)	(1)
	Bebeğimin bana bereket, bolluk ve şans getireceğine inanıyorum.	(3)	(2)	(1)
	Gebe olduğumu öğrendiğimden itibaren bebeğime zarar verecek ortamlardan (sigara dumanın, radyasyon alanı, vb.) uzak duruyorum.	(3)	(2)	(1)
	Doğduktan sonra bebeğime zaman ayırmak istiyorum	(3)	(2)	(1)
Umut	Bebeğimi kucağıma alma düşüncesi beni heyecanlandırıyor	(3)	(2)	(1)
	Bebeğimin bakımını yapmaktan zevk alacağına inanıyorum.	(3)	(2)	(1)
	Bebeğimin içimde hareket ettiğini düşünmek bile beni heyecanlandırıyor.	(3)	(2)	(1)
	Yeni bir bebeğin sorumluluğu beni heyecanlandırıyor.	(3)	(2)	(1)
	Bebeğimin hareketlerini hissetmeyi istiyorum.	(3)	(2)	(1)
	Gebeliğimin çevrem tarafından kabul edildiğini hissediyorum.	(3)	(2)	(1)
	Bebeğim söz konusu olduğunda gebelik ile ilgili sorunları kolayca aşabileceğimi düşünüyorum.	(3)	(2)	(1)
	Bebeğimin tüm duygularımı (sevinçlerimi, hüznlerimi, üzüntülerimi, endişelerimi, vb.) hissettiğine inanıyorum.	(3)	(2)	(1)
	Bebeğimin kime benzeyeceğini, davranış ve kişilik özelliklerinin nasıl olacağını merak ediyorum.	(3)	(2)	(1)
	Doğacak bebeğimi düşündüğümde bedensel görünüşümün değişmesi beni rahatsız etmiyor.	(3)	(2)	(1)