



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ADÖLESAN GEBELERİN ANNE VE
YENİDOĞANA YÖNELİK OBSTETRİK SONUÇLAR
AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hazırlayan

Yasemin DÖNMEZ

Ebelik Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Danışman

Prof. Dr. Özgür ALPARSLAN

TOKAT-2021

Yasemin DÖNMEZ tarafından hazırlanan “**Adölesan Gebelerin Anne ve Yeni Doğana Yönelik Obstetrik Sonuçlar Açısından Değerlendirilmesi**” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 14 Temmuz 2021 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından Oy Birliği ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

İmzası

Üye (Başkan): Prof.Dr. Özgür ALPARSLAN

Üye : Doç. Dr. Özlem DURAN AKSAY

Üye : Dr. Öğretim Üyesi Dilek ÖCALAN

ONAY

...../...../.....

Prof. Dr. Mehmet GÜNEŞ

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Bu belge ile bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçlara atıf yaptığımı ve kaynağını gösterdiğimi beyan ederim.

(14/07/2021)

Yasemin DÖNMEZ

İmzası

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında değerli bilgilerini benimle paylaşan, desteğini esirgemeyen, titiz ve anlayışlı yaklaşımıyla yönlendiren, daima teşvik ve özveride bulunan, gelecekteki mesleki hayatımda da bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağımı düşündüğüm kıymetli hocam ve danışmanım Sayın Prof. Dr. Özgür ALPARSLAN'a teşekkürü bir borç biliyor ve şükranlarımı sunuyorum.

Bu günlere gelmemde hiçbir zaman desteğini esirgemeyen her zaman yanımda olduğunu ve bana güvendiğini bildiğim babam Ahmet Dönmez ve annem Ayşe Özcan Dönmez'e, kardeşlerim Tolga Dönmez, Gonca Dönmez ve Yavuz Dönmez'e, Öğrenimim boyunca her zaman yanımda olan, beni destekleyen ve fedakârlıktan kaçınmayan sevgili eşim Hakan Yağlı' ya ve ailesine, annesi olmaktan büyük mutluluk duyduğum canım kızım Yaren'e, arkadaşlığı ve azmi ile örnek aldığım her ihtiyacım olduğunda elinden geleni yapmaya çalışan değerli dostum Tansu Atalay'a, ne zaman ihtiyacım olsa yardımını esirgemeyen kıymetli arkadaşım Öğr. Gr. Ebru Solmaz' a Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Cerrahi Servisi sorumlum ve çalışma arkadaşlarıma teşekkür ve sevgilerimi sunuyorum.

ÖZET

ADÖLESAN GEBELERİN ANNE VE YENİDOĞANA YÖNELİK OBSTETRİK SONUÇLAR AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yasemin DÖNMEZ

Yüksek Lisans Tezi, Ebelik Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Özgür ALPARSLAN

Amaç: Bu araştırma adölesan gebelerin anne ve yeni doğana yönelik doğum sonuçlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olarak Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne 15.10.2020 ile 15.03.2021 tarihleri arasında doğum için başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden Türkiye Cumhuriyeti (T.C) ve yabancı uyruklu (misafir) adölesan (14-19 yaş) gebelere yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu kullanılarak oluşturulan veri toplama formu uygulanmıştır. Araştırmanın örneklemini güç (power) analizi ile G*Power 3.1 programında hesaplanmıştır. Çalışmada %5 anlamlılık düzeyinde ve 0.456 etki büyüklüğünde gruplarda örneklem büyüklüğü 210 kadın olarak belirlenmiş olup 210 kadınla araştırma tamamlanmıştır (df=208; t=1,656). Tanımlayıcı soruların cevaplanmasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki-kare analizi, t-testi istatistiksel yöntemleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma bulgularına göre adölesan gebelerin öğrenim durumu ile uyruk durumları karşılaştırıldığında, anlamlı derecede T.C. vatandaşı gebe kadınların yabancı uyruklu gebelere göre eğitim düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Adölesan gebelerin ilk adet yaşına bakıldığında T. C. uyruklu annelerin %40.0'nın 12 ve 12 yaşın altında, %29.5'i 13-14 yaşında, %30.5'i 15 üzeri yaşında; yabancı uyruklu annelerin ise %11.4'ünün 12 ve 12 yaşında altında, %63.8'i 13-14 yaşında, %24.8'inin 15 ve üzeri yaşında olduğu görülmektedir. Obstetrik özelliklere göre ilk adet yaşı, evlilik yaşı, toplam gebelik sayısı istatistiksel olarak anlamlı farklılık

olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). T. C. uyruklu %50.5'inin düzenli olarak sağlık kontrolüne gittiği; yabancı uyruklu annelerin ise %26.7'sinin düzenli olarak sağlık kontrolüne gittiği ve aralarında anlamlı ilişki olduğu ($p<0.05$) görülmektedir. Gruplar arasında gebelikte görülen fiziksel, psikolojik sorunlar ve doğum eylemi hakkında eğitim alma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<0.05$) ve bu farkın internet, televizyon ve CD'den alınan bilgilerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Annelerin bebeklerine ait bulgularında ise anne sütüne başlama zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırmaya göre annelerin okuma yazma oranının T.C. uyruklu annelerde 3 kat daha fazla olduğu, düzenli olarak sağlık kurumuna gitmenin yüksek olduğu ve gebelik sırasında daha sık kanama problemi yaşadığı belirlenmiştir. Yabancı uyruklu annelerin daha erken yaşta evlendikleri ve toplam gebelik sayılarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Adölesan gebelerle ilgili daha geniş örneklemelerde çalışmalar yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Gebe, Anne, Yeni doğan, Obstetrik Sonuçlar, Ebe

ABSTRACT

EVALUATION OF PREGNANT ADOLESCENTS IN TERMS OF OBSTETRIC RESULTS FOR MOTHER AND NEWBORN

Yasemin DÖNMEZ

Master Thesis, Midwifery Department

Counselor: Prof. Dr. Özgür ALPARSLAN

Objective: In this study, it was aimed to evaluate the sociodemographic characteristics, obstetric characteristics, birth results for mother and baby of adolescent pregnant women who are citizens of the Republic of Turkey and foreign nationals.

Material Method: Research was applied to adolescent (14-19 years) pregnant women who are citizens of the Republic of Turkey (T.C) and foreign national pregnant women and who applied to Gaziantep Deniz Gökçek Woman Birth and Child Hospital between the dates of 15.10.2020 and 15.03.2021 for birth and accepted the research. Women who accepted the participating in the research are applied data collection form which was formed by using Pregnant Introductory Information Form. Sample of the research is calculated in the power analysis and G*power 3.1 program. In the study, the sample study was completed in groups with a significance level of %5 and an effect size of 0.456. Face to face meeting method is used in the answering of definitive questions. Number, percentage, average, standard deviation, chi-square analysis, t-test statistical methods are used in the evaluation of the data.

Results: Adolescent pregnant women's education circumstances and nationality circumstances were confronted by regarding research findings and it was determined that pointedly pregnant women who are citizens of T.C. had higher education level than pregnant women who are foreign national ($p<0.05$). When adolescent women's first menstruation age was investigated it was seen that %40 of mothers who are citizens of T.C. are 12 and under 12 ages, %29.5 of mothers are 13-14 years, %30.5 of them are 15

and above the 15 years; %11.4 of mothers who are foreign national are 12 and under the 12 years, %63.8 of them are 13-14 years, %24.8 are 15 and above the 15 years. According to the obstetric features there was an essential statistical differences in first menstruation age, marriage age, total pregnancy number ($p<0.05$). %50 of T.C. national mothers go to health control properly and %26.7 of foreign national mothers go to health control properly and it was seen that there was a meaningful relation ($p<0.05$). It was indicated that there was a significant difference ($p<0.05$) among the groups in terms of physical, psychological problems which was seen in the birth and education level about act of birth. This difference was originated from the informations which were taken from the internet, television and CD. Also, it was indicated that there was a significant difference in the datas which were belong to child of mothers in terms of starting mother's milk.

Conclusion: According to the research, it was indicated that read and write proportion of mothers who are citizen of T.C. were 3 times more higher than mothers who are foreign national, going to health institution were higher among mothers who are citizen of T.C. and experience of bleeding problems of T.C. mothers were higher. It was determined that foreign national mothers were getting married earlier and their total pregnancy number were higher. It is suggested that more extensive studies should be done for adolescent mothers.

Key Words: Adolescence, Pregnant, Newborn, Obstetric Results, Midwife

İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME...	i
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER...	vii
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1 Problemin Tanımı... ..	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırma Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Adölesan Dönemi.....	4
2.1.1. Erken Adölesan Dönemi(<15)... ..	6
2.1.2. Orta Adölesan Dönemi(15-16 yaş)... ..	7
2.1.3. Geç Adölesan Dönemi(15-16 yaş)... ..	7
2.2. Adölesan Gebelik ve Adölesan Annelik ile İlgili Araştırmalar	8
2.3. Doğum Sonrası Bebeğin Periyodik Kontrolleri ve Ebenin Rolü... ..	12
2.4. Yabancı Uyruklu Adölesan Annelik... ..	14
2.5. Adölesan Anneliğin Nedenleri ve Sonuçları... ..	15
2.6.Dünyada ve Türkiye’de Adölesan Annelik Sorunu... ..	16
2.7.Adölesan Anneliklere Bağlı Gelişen Komplikasyonlar	18
2.7.1. Abortus.	18
2.7.2. Enfeksiyon... ..	18
2.7.3. Anemi	19
2.7.4. Hipertansif Hastalıklar.....	19
2.7.5. Fistül... ..	20
2.7.6. Preterm Doğum, Bebeğe Prematürite ve Düşük Doğum Ağırlığı... ..	20
2.7.7. Anne Ölümü... ..	20
2.7.8. Bebek Ölümü... ..	22
2.8. Adölesan Gebelik Sonucunda Meydana Gelen Obstetrik Sonuçlar	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	25
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.	25
3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri.	25
3.5. Veri Toplama Araçları.	26
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	26
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması... ..	27
3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.	27
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.	27
3.9. Araştırmanın Değişkenleri.	28
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.	28
4. BULGULAR VE YORUM.....	29
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58

6.1. Sonuç	58
6.2. Öneriler	60
7. KAYNAKÇA	61
8. EKLER.	69
9. ÖZGEÇMİŞ	81



TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1: Adölesan Anneler ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Ait Bulgular...	29
Tablo 3.2: Adölesan annelerin Obstetrik Özelliklerine Ait Bulgular	31
Tablo 3.3: Adölesan Annelerin Aile Planlamasına Ait Bulgular	33
Tablo 3.4: Adölesan Annelerin Gebelikte Aldığı Eğitim Bulguları.....	36
Tablo 3.5: Adölesan Annelerin Gebelikte Almak istediği Eğitim Bulguları.....	38
Tablo 3.6: Adölesan Annelerin Son Gebeliğine İlişkin Bulgular	40
Tablo 3.7: Adölesan Annelerin Aldıkları Eğitimlerin Kaynağına Ait Bulgular...	42
Tablo 3.8:Adölesan Annenin Gebelikte Yaşadığı Problemler...	44
Tablo 3.9:Adölesan Annelerin Doğumlarına İlişkin Bulgular	45
Tablo 3.10:Adölesan Annelerin Bebeklerine Ait Bulgular	47
Tablo 3.11: Uyuğa Göre Farklılaşma Durumu...	50

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Adölesan dönem içinde cinsel gelişim, ağırlık, boy artışı, yağ ve kas kitlesi gösterimi	6
Şekil 2: Toplam doğurganlık hızı (2019)	17
Şekil 3: Anne ölüm oranlarının uluslararası karşılaştırılması... ..	21
Şekil 4: Bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm hızı... ..	22



KISALTMALAR LİSTESİ

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

WHO : World Health Organization- Dünya Sağlık Örgütü

AFAD : Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı

ECD : Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

T.C. : Türkiye Cumhuriyeti

BÖLÜM I

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı

Adölesan dönemi geniş kapsamlı olarak kişinin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler ile çocukluk döneminden ergenlik dönemine geçiş dönemi olarak ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütünün 10- 19 yaş arasındaki dönemi adölesan dönem olarak kabul ettiği bilinmektedir. Adölesan gebelikler ise bu yaş aralığında yaşanan gebelikler olarak tanımlanmaktadır (Aydın, 2013: 250).

Adölesan gebelik ve anneliğe bağlı olarak çok çeşitli komplikasyonlar meydana gelebilmektedir. Bu komplikasyonlar hem annenin hem de yenidoğanın hayatını tehlikeye atmaktadır. Adölesan döneminde olan kızların yaşının oldukça küçük olması, yeterli ağırlığa ve boya sahip olmaması, çocuğu yeterince besleyememesi ve buna bağlı olarak meydana gelen metabolizma hastalıkları nedeniyle düşükler gerçekleşmektedir. Düşüklere bağlı olarak anne hayatı tehlikeye girmektedir. Adölesan dönemi içerisindeki gebeliklerde genital enfeksiyon gelişme riski oldukça yüksektir. Aynı zamanda adölesan gebeliklerde annede demir eksikliği, kalsiyum eksikliği, fetal kayıplar gibi sonuçlarda meydana gelebilmektedir (Aktepe, 2009: 108).

Ülkeler arasında gebelik oranları incelendiğinde gebelik oranları ve nedenleri açısından bazı farklılıklar bulunmaktadır. Genellikle orta ve gelişmekte olan ülkelerde adölesan gebelik oranlarının yüksek olduğu ve özellikle gelişmiş ülkelerde evlilik öncesi yaşanan cinsel deneyim ile istemeyen gebelikleri ve buna bağlı istenen düşüklerin meydana geldiği gözlemlenmiştir (Kara Uzun ve Şimşek Orhon,2013: 21). Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin adölesan gebelik oranları incelendiğinde erken yaş evliliklerin ve erken gebeliklerin kültürel yapı, geleneklerle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Dünya geneline bakıldığında Sahra Afrika'sında %0143 ile en yüksek adölesan gebelik oranının olduğu tespit edilmiştir. Avrupa'da ise adölesan gebelik oranlarının %020 olduğu ifade edilmektedir (Treffers,2003: 47). Türkiye'de adölesan gebelik oranları incelendiğinde doğurganlık oranlarının yaşla beraber hızla artışta olduğu tespit edilmiştir. 15 yaşında %1'den bile az durumda olan oran 19 yaşında %13'e

yükselmektedir (HÜNEE, 2008: 73; Kara Uzun ve Şimşek Orhon,2013: 24). Ülkemizde adölesan gebelikler ile ilgili çeşitli eğitimler ve faaliyetler verilerek adölesan gebelik ve annelik problemlerinin önüne geçilmeye çalışılmaktadır (Erbay vd.,2018: 36). Ancak yine de adölesan gebelik ve annelik, kırsal alanda, eğitim seviyesi düşük kadınlar arasında daha yüksek oranlarda gözlenmektedir.

Ülkemiz, coğrafi ve stratejik konumu sebebiyle tarih boyunca, düzenli, düzensiz ve kitlesel her türlü göç hareketinin nihai durağı olmuş ve milyonlarca göçmene ev sahipliği yapmak durumunda kalmıştır. Günümüzde de Ortadoğu ve Asya ülkeleri ile Avrupa ülkeleri arasında köprü konumunda olduğundan göç geçişlerinin en çok yaşandığı bir güzergâh/koridor haline gelmiştir (Kartal ve Başçı,2014: 112). Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) eliyle mültecilere sığınma olanağı sağlanmaktadır. 29.03.2018 tarihli T.C. İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün verilerine göre iç savaştan kaçarak Türkiye'ye gelen mülteci sayısı 3.567.130'a ulaşmıştır (TC İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü,2020: 38).

Sosyal göstergeler açısından ele alındığında, mültecilere ilişkin temel zorluklar çoğunlukla eğitim, öğretim, sağlık, barınma, kentsel hayata uyum ve kültürel ihtiyaçlardır (Boyras,2015: 52). Bunlardan sağlık üzerinde göçün büyük etkisi vardır. Göçmenler, göç sırasında ve sonrasında birçok sağlık riskine maruz kalmaktadır. Göç eden ülkenin kültürüne uyum sağlamadaki zorluklar sağlık problemlerinin bozulmasında belirleyici bir faktör olabilir. Göç sürecinde sağlığı etkileyen faktörler arasında yolculuk, stres, sosyal ağların kaybı, dini ve kültürel faktörler, sağlık hizmetlerine erişimde zorluk, algılanan ırkçılık ve ayrımcılık yer almaktadır. Ayrıca düşük sosyoekonomik düzey ve işsizlik gibi sebepler yeterli ve sağlıklı gıdaya erişimi azalttığından beslenme bozuklukları da sıklıkla gözlenmektedir (Kartal ve Başçı,2014: 283; Zimmerman,2011: 8). Tüm bu sağlık problemleriyle karşılaşması en muhtemel kesimlerin başında ise gebe kadınlar ve çocuklar gelmektedir (Şirin,2015: 294).

Bir ülkedeki adölesan gebelik oranları, anne ölümleri veya bebek ölümleri ülkenin gelişmişlik düzeyini göstermektedir. Bu nedenle ülkenin çağdaş uygarlık seviyesine çıkması, toplumda huzur ve refah seviyesinin yükselmesi için adölesan

dönemindeki gebelikler ve annelikler ile ilgili uluslararası alanda çalışmalar yapılması gerekmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

ÜİK 2020 verileri incelendiğinde ülkemizde adölesan gebeliklerin azalma eğiliminde olduğu görülmüş ancak yine de adölesan gebelikler sosyal bir sorun olmaya devam etmektedir. Adölesan gebelikler maternal ve fetal açıdan yüksek riskli gebeliklerdir.

Ülkemiz stratejik ve coğrafi konumu gereği yüzyıllar boyunca düzenli ve düzensiz göç hareketine gerek kitlesel gerek sığınmacı olarak maruz kalmıştır. Bu durum eğitim, öğretim, barınma, beslenme, sağlık alanında bir takım ihtiyaçlar ve problemler doğurmuştur (Kartal ve Başçı,2014: 285). Sağlık problemlerine maruz kalacak önemli çoğunluğu oluşturan kitle ise gebe kadınlar, yeni doğanlar ve çocuklardır.

Bu araştırmada Türkiye Cumhuriyeti ve yabancı uyruklu adölesan (misafir) gebelerin anne ve yeni doğana yönelik obstetrik doğum özelliklerinin, anne ve yeni doğana yönelik sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

- Adölesan gebeliklerin nedenleri ve sonuçları nelerdir?
- Adölesan gebeliklerin sosyodemografik özelliklerine ait özellikler nelerdir?
- Adölesan gebeliklerin obstetrik özellikleri nelerdir?
- Adölesan gebelerin aile planlamasına ilişkin özellikleri nelerdir?
- Adölesan gebeliklere bağlı gelişen komplikasyonlar nelerdir?
- Adölesan annelerin bebeklerine ait özellikler nelerdir?

BÖLÜM II

2.GENEL BİLGİLER

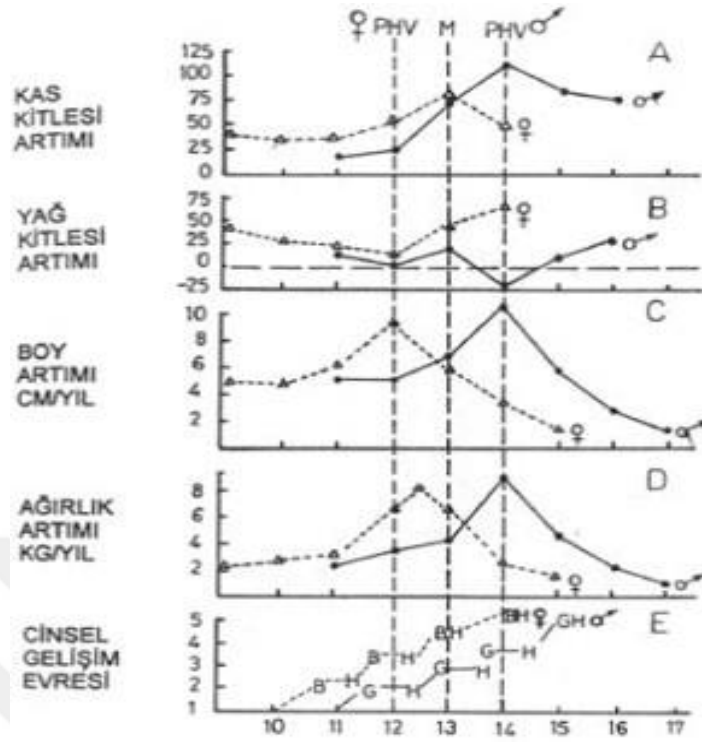
2.1. Adölesan Dönemi

Adölesan dönemi genel olarak bireyin çocukluk döneminden ergenlik dönemine geçişi olarak tanımlanmaktadır. Kişi adölesan dönem içerisinde fiziksel, cinsel ve bilişsel yönden erişkinliğe geçiş yapmaktadır. Adölesan dönem içerisinde bireysel özellikler ile cinsel organlarda fiziksel ve profesyonel değişikliklerin olduğu da bilinmektedir. Adölesan dönem Türkiye'de kızlarda 10-12 yaş, erkeklerde ise 12-14 yaş aralığında başlamaktadır. Adölesan dönemin 18-20 yaşına kadar devam ettiği Dünya Sağlık Örgütü tarafından açıklanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün adölesan dönemi için yapmış olduğu açıklamada 10-19 yaş arası adölesan yaş, 15-24 yaş arası gençlik dönemi, 10- 24 arası yaş döneminde genç insan dönemi şeklinde tanımlanmıştır. Adölesan dönem genel olarak kendi arasında erken, orta ve geç adölesan dönemi olarak üç sınıf altında toplanmaktadır. Dünya nüfusunun %20'sini adölesanların oluşturduğu bilinmektedir. Kız ve erkek çocukların yaşlarının aynı olmasına rağmen kız çocuklarının adölesan dönemine daha erken girdikleri bilinmektedir. Kız çocuklarında ergenliğe bağlı olarak çeşitli fiziksel gelişimler 9-11 yaş aralığında başlamaktadır ve yaklaşık olarak 4 yıl süren bir adölesan dönemi sonucunda ergenlik dönemine geçilmektedir. Erkek çocuklarında ise 11-12 yaş aralığında adölesan döneminin başladığını ve yaklaşık 3 yıl sürdüğü bilinmektedir (Abalı, Saruhan, Çerişli, 2017: 167).

Erken ergenlik dönemi içerisinde kızlar ve erkekler arasındaki farklılığın fiziksel olarak en belirgin bir şekilde belirlendiği dönem adölesan olarak ifade edilmektedir. Aynı zamanda psikolojik olarak da adölesan döneminin dinamik bir zaman aralığı olduğu da ifade edilmektedir. Bu dönem içerisinde ergen bireylerin toplum içerisinde yer alabilmeleri için cinsel kimliği ile olan adaptasyonunun sağlanması, aynı zamanda bu dönem içerisinde gereken bilgi ve becerilerin kazanılması gerekmektedir. İnsan yaşamında genel olarak iki büyüme dönemi olarak ifade edilen adölesan döneminde büyümeye bağlı olarak duygu durumları ve hormonlarda değişiklikler meydana gelmektedir. Bu yaş grubu kişilerde bu durum genellikle duygusallık ve agresif hareketler şeklinde yansımaktadır. Fiziksel büyüme ve cinsel gelişimle ilgili çeşitli

problemlerin meydana geldiği de bilinmektedir. Adölesan dönemde kadınla veya erkeklığe bağlı değişim geçirmesi ile adaptasyon sorunları yaşanmaktadır. Ergenlik döneminin bir özelliği odan benmerkezci düşünce yapısı ile dış görünüşlerini yeterince beğenmeden ergenlik döneminin sonlarına doğru, kişinin benmerkezci düşünce yapısından giderek uzaklaştıkları gözlemlenmektedir. Aynı zamanda yetişkinlik döneminde cinsel rolünü kabul etme ve davranışlarını, duygularını ve düşüncelerini kadın veya erkek olmaya göre geliştirme, akran ilişkilerinde iyileşme, çatışmalara karşı uzlaşmacı yaklaşımda bulunma gibi davranış değişikliklerinin olduğu da bilinmektedir. Kişi hem fiziksel hem de cinsel olarak değişimin etkilerinden bu döneminden sonunda uzaklaşmaktadır (Benay, 2018: 24).

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization) tanımlaması kapsamında adölesan dönem 10 -19 yaş grubunun adölesan dönem içerisinde yer aldığını rapor etmektedir. Genel olarak çocukluk döneminden erişkinlik dönemine geçiş olarak kabul edilen bu dönemde kişinin psikolojik, fiziksel ve sosyal olgunluğa gelişiminin tamamlandığı dönem olarak incelenmektedir. Bu dönem içerisinde kişiler kendilerine bir kimlik oluşturarak kendilerine anlamlandırırılar. Çocukluktan erişkinliğe doğru davranışlarını değiştirirler. Yeterli özgüveni olmayan kişilerin bu geçiş dönemine çok kaygılı ve endişeli özgüveni düşük bir kişilik geliştirerek tamamladıkları bilinmektedir. Bu nedenle adölesan dönem içerisinde kazanılması gereken bilgi ve becerilerin kazanılmasında problemler yaşandığı gözlemlenmiştir. Bu dönemin özelliği cinsel gelişim, fiziksel büyüme, psiko-sosyal değişiklikler, kemik, kas veya kütlelerinde belli artışların olması şeklinde ifade edilmektedir (Ayyıldız, Topan, Öztürk ve Kulakçı, 2015: 61). Aşağıdaki şekilde adölesan döneminde kız ve erkek çocukların cinsel gelişim evreleri, yaşlarına göre yağ kitlesi, boy ve ağırlıklarındaki değişikliklerle ilgili genel şema verilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1: Adölesan dönem içinde cinsel gelişim, ağırlık,boy artışı, yağ ve kas kitlesi gösterimi (Baltacı vd.,2008: 53).

2.1.1. Erken Adölesan Dönemi (10-14 Yaş)

Erken adölesan dönemi 10-14 yaş arasındaki bireyler olarak tanımlanmaktadır. 10-14 yaş arasındaki bireylerde davranış ve fiziksel değişimlerin olduğu gözlemlenmektedir. Kızlardaki büyüme durumu genellikle erkeklerden daha hızlı bir şekilde gerçekleşmektedir. Kızlarda göğüslerin büyümeye başlaması, tüylenme oranının artması, fiziksel olarak kas veya kitle oranlarının artması, cilt problemlerinin meydana gelmesi gibi değişiklikler meydana gelmektedir. Buna benzer olarak erkeklerde de yine tüylenme ve cinsel organdaki değişim ile ilgili farklılıklar meydana gelmektedir. Kızlardaki erken gelişim sürecinde anksiyete, yeme bozuklukları, depresyon, gibi psikososyal problemlerin meydana geldiği rapor edilmektedir. Erken dönemde adölesanların önem verdikleri tek şey fiziksel görüntüleri ve cinsiyet özellikleridir. Bu dönem içerisinde kişi cinsiyete bağlı davranışları geliştirmektedir. Adölesan dönem içerisinde çocukluktan çıkıp kişi kendisine kız veya erkek olarak algılama dönemi içerisine girmektedir (Aba, 2014: 70).

2.1.2. Orta Adölesan Dönemi (14-17 yaş)

Orta adölesan dönem 14-17 yaş aralığında görülen bir dönemdir. Bu dönemde kız veya erkek çocukları vücutlarında yaşanan fiziksel ve cinsel gelişimleri kabullenmeye başlamıştır. Aynı zamanda ailelerine karşı bireysel kimliklerini ispatlama çabası içerisine girmektedirler. Anne babalarından uzaklaşarak dış çevreye yönelim eğilimlerinin de fazla olduğu gözlemlenmektedir. Bu durum aile içerisinde kişinin anne ve babası ile çatışmasına neden olmaktadır. Bu dönem içerisinde karşı cins ve arkadaşları ile diğer dönemleri kıyasla daha fazla vakit geçirdiği gözlemlenmiştir. Dönemin getirdiği özelliklerden birisi de özgüven eksikliğine bağlı kişinin kıyafetlerinde, görünümünde ve davranışlarında arkadaş gruplarına kendilerine beğendirme davranışları görülmektedir. Bu dönem içerisinde özellikle kız çocuklarının anneleri erkek çocukların ise babalarına taklit ettiği bilinmektedir. Erkeklerde veya kızlarda sigara ve alkol kullanımına eğilim başlamaktadır. Genel olarak sigara ve alkol kullanan bireylerin orta adölesan dönemde bu tecrübeleri edindikleri yapılan çalışmalar sonucunda gözlemlenmiştir (Aba, 2014: 71; Şahin ve Özçelik, 2016: 47).

2.1.3. Geç Adölesan Dönemi (17 yaş üzeri)

Geç adölesan dönemi 17 yaş ve üzeri aralığı olarak tanımlanmaktadır. Bu dönem içerisinde çocukluk döneminden ergenlik dönemine doğru gelişiminin tamamlandığı bilinmektedir. Aynı zamanda kız ve erkek çocuklarının kendilerinde oluşan fiziksel ve cinsel gelişimlerini tamamladıkları ve buna uyum sağladıkları gözlemlenmiştir. Psikolojik olarak aileden bağımsızlık tamamen ilan edilerek kendi kendine yetebilme duygusu kişide gelişmektedir. Geç adölesan döneminde çevre ile ilgili daha fazla sosyal ilişkilerin kurulduğu gözlemlenmektedir. Bu yaş grubu çocukların da genel olarak beslenme problemlerine bağlı kronik hastalıkların oluştuğu bilinmektedir. Ülkemizde ve dünyanın bazı bölgelerinde bu yaşta dönem çocuklarının evlendirildiği ve buna bağlı olarak çeşitli sosyal ve tıbbi sorunların ortaya çıktığı rapor edilmektedir. Bu genel olarak küresel bir problem olarak ifade edilmektedir. Çünkü adölesan dönemde gebelikler hem yenidoğanda hem de annede ciddi sağlık problemlerine neden olmaktadır. Bu nedenle dünya genelinde adölesan gebelik ile ilgili daha fazla çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır (Aba, 2014: 72; Dinçel, 2006: 140).

2.2. Adölesan Gebelik ve Adölesan Annelik ile İlgili Araştırmalar

Adölesan dönem kişinin psikolojik, biyolojik ve sosyolojik yönden çeşitli değişimler geçirerek erişkinliğe adım attığı bir dönem olarak ifade edilmektedir. Bu dönem içerisinde kız ve erkek bireyler fiziksel ve cinsel anlamda çeşitli değişimler geçirerek kimlikleri ile ilgili kabullenme süreci ve fiziksel büyüme dönemi geçirirler. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre; gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde nüfusun büyük bir kısmını adölesan gebeler oluşturmaktadır. Adölesan dönemde çocuk dünyaya getirmek ve adölesan gebelik sürecini yaşamak annenin ve bebeğin sağlığını tehlikeye atmaktadır. Genel olarak düşük gelirli ailelerde veya gelişmekte olan ülkelerde adölesan gebelik durumlarının daha fazla gözlemlendiği bilinmektedir (Bulut, Gürkan ve Sevil, 2008: 504). Adölesan gebelerin %30'unun 18 yaşında altında olması ve %14'ünün 15 yaşın altında evlendirilmesi nedeniyle adölesan dönemindeki bireyler kendilerinden yaşça büyük kişilerle evliliğe veya cinsel ilişkiye zorlanmaktadırlar. Bu durum kişinin hem psikolojik hem de biyolojik durumunu tehlikeye atmaktadır (Çınar ve Hıra, 2017: 16).

Dünya genelinde 15 yaş altındaki adölesanların %10'unun cinsel ilişkiye zorlandığı ve bunun sonucunda da istenmeyen adölesan gebeliklerin meydana geldiği bilinmektedir. Dünyada veya Türkiye'nin özellikle doğu bölgelerinde eğitimsizlik ve işsizliğe bağlı olarak adölesan dönemindeki çocukların evlendirildiği bilinen bir gerçektir (Aktepe ve Atay, 2017: 411). Latin Amerika gibi yüksek gelirli ülkelerde ise evlilik dışı adölesan gebeliklerin gözlemlendiği bilinmektedir (Şen ve Kavlak, 2011: 38). Adölesan dönemin özellikleri dikkate alındığında; bu dönemdeki gebelik durumunun ileriki dönemde hem çocuk hem de anne için ciddi sağlık problemlerini doğuracağı bilinmektedir. Adölesan anneliğin sosyal ve demografik açıdan birçok sorunu beraberinde getirdiği bilinmektedir. İstenmeyen gebelikler özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde daha sık gözlemlenmektedir. 15-19 yaşındaki bireylerde düşük oranlarının oldukça yüksek olduğu bilinmektedir (Şenoğlu, Çoban ve Karaçam, 2019: 302). Dünyada her yıl 2,5 milyon ergen güvenli olmayan düşükler nedeniyle birçok sağlık problemi ile mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Adölesan gebelik dönemi veya adölesan annelik riskli olarak değerlendirmektedir. Kişide hem sosyal hem de tıbbi açıdan zorlukların yaşanmakla beraber anne ve çocuk hayatını tehlikeye atmaktadır.

Yapılan araştırmalar incelendiğinde doğurganlık yaşının küçüldükçe annelerdeki sağlık problemlerim ve komplikasyonların arttığı gözlemlenmiştir. Adölesan gebelerin sosyal yaşantıları incelendiğinde ise alkol ve sigara kullanım oranlarının oldukça yüksek olduğu bilinmektedir (Beydağ, 2007: 483).

Dünya genelinde bazı ölkelerde cinsel yolla bulaşan hastalıklarda adölesan bireylerin görüldüğü de bilinmektedir (Uzun ve Kişioğlu, 2007: 8). Bu dönemde gebelik ve adölesan annelik konuları küresel alanda bir sağlık problemi olarak ifade edilmektedir. Aynı zamanda beslenme yetersizliği, gebelik başlangıcındaki kilo ve boyun düşüklüğü, gebelikte yeterli kilonun alınamaması, gebelikler arasında belli bir sürenin olmaması, doğum öncesi ve sonrasında şiddetli kanamaların meydana gelmesi, fistöl oluşumu ile meydana gelen komplikasyonlar nedeniyle anne ve bebeğin hayatı tehlikeye girmektedir. Çocuk sahibi olunacak yaşla ilgili bireyin demografik özellikleri anne ve çocuk sağlığını dikkate alınacak genel özelliklerin dikkate alınması önemlidir (Melekoğlu ve diğerleri, 2013: 28).

Erken adölesan döneminde anne ölümlerini oldukça yüksek olduğu bilinmektedir. Bu yaş grubunda anne ve bebek ölümleri 20-29 yaş grubu kadınlara göre % 50 daha fazladır (WHO, 2014). Erken yaş döneminde evlenen kadınlar özellikle gebelik önleyici yöntemleri hiç kullanmadıkları veya kullanımın az olduğu dönemde gebelik riski altında bulunmaktadır. Bunun sonucu olarak da erken dönemde doğurganlık kişinin hem psikolojik hem de biyolojik sorunlarla karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Dünya genelinde gençlerin kendi cinsel kimlikleri veya karşı cinsin cinsel kimlikleri, vücut işlevleri ve üreme konusu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları bilinmektedir. Gençlere okul döneminde üreme ve cinsel kimlik ile ilgili genel bilgilerin verilmesi gerekmektedir (Özçebe, 2015: 104).

Bilgi yetersizliği ile başlayan adölesan döneminde cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların oldukça artışta olduğu da bilinmektedir. Genellikle düşük ve orta gelirli ölkelerde adölesan gebelikleri önleyebilmek için 15-24 yaş genç erkeklerin sadece %36 ve genç kadınların sadece %24'üne eğitim verilmiştir. Bu durum adölesan dönemi ile ilgili veya adölesan dönemindeki cinsel eğitim yetersizliğinin tüm eğitim sistemine olumsuz yönde etkilediği gözlemlenmiştir. Erken dönem içerisinde çocuk doğuran kadınların sosyal hayattaki kazanımları ve ekonomik faaliyetlerden yararlanma

durumları kısıtlanmaktadır. Uzun dönem içerisinde kişi hem bebeğe, hem eşine, hem de ailesine karşı sorumluluk beslenmek zorundadır. Literatür taramalarında adölesan gebelik ve adölesan anne ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; doğum yapan annelerin doğum öncesi bakımlarının yeterli düzeyde olmadığı ifade edilmiştir. Bunun sonucu olarak obstetrik sonuçların meydana geldiği elde edilen veriler arasındadır. Adölesan dönemindeki gebeliklerde ve anneliklerde kişinin kendine olan özgüveni düşük olduğu, doğum sonrası yaşadığı problemlerle baş etmede güçlük yaşamasına bağlı olarak benlik saygısının azaldığı gözlemlenmiştir (Taner ve diğerleri, 2012: 9; Babadağılı, 2008: 97; Aydın, 2013: 253).

Adölesan gebeliklerinin intiharlara da neden olduğu ifade edilmiştir. Adölesan annelerin çocukları ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; çocukların diğer annelerin çocuklarına göre akademik, davranışsal ve bilişsel yönden daha zayıf oldukları gözlemlenmiştir (Şen ve Kavlak, 2011: 38; Çoban, 2019: 17; Öztürk ve Erci, 2016: 28). 20 yaş altında evlenen veya gebe kalan annelerin 30 yaş üzeri annelerin çocukları ile karşılaştırıldığında daha yetersiz oldukları gözlemlenmiştir (Aydın, 2013: 252). Bu çocuklarda genellikle majör depresyon, anksiyete, intihar girişimi gibi mental sağlık problemlerinin gözlemlendiğı bilinmektedir. Adölesan annelerin yaşamış olduğu evin fiziksel durumu, adölesan annelerin eğitim durumu ve ailesinin sosyoekonomik durumuna bağlı olarak çocuk olumsuz etkilenmektedir. Aynı zamanda bu çocuklardaki istismar ve ihmal yetersizliklerinin de çok sık bir şekilde görüldüğü gözlemlenmiştir. Adölesan dönem gebelik ve adölesan annelik ile ilgili toplumun bilinçlendirilmesi için daha fazla akademik çalışmanın yapılmasına ihtiyaç vardır (Çınar ve Hıra, 2017: 18). Araştırma konumuza rehberlik eden benzer çalışmalar aşağıda sırasıyla verilmiştir;

Çınar ve Hıra (2017) çalışmalarında adölesan annelik konusunu incelemişlerdir. Adölesan dönemde kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden farklılaşması ile beraber çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine geçme süreci olduğunu ifade etmişlerdir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 10-19 yaş arasının adölesan dönem olarak kabul edildiğı bilinmektedir. Adölesan gebelikler genel olarak riskli gebelikler adı altında kabul edilmektedir. Aynı zamanda adölesan gebeliklerin tıbbi ve sosyal açıdan birçok problemi beraberinde getirdiğı bilinmektedir. Literatür taramalarında adölesan annelerin yetişkin annelere göre doğum sonrası ilk iki aylık süreçte bebeklerini kaybettikleri veya

sorumluluklarını daha geç aldıkları bilinmektedir. Annelik dünyada birçok kadın için hayatının dönüm noktası olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle annenin anneliğe hazır olmak için çeşitli bilişsel ve duyuşsal kazanımlara sahip olunması gerekmektedir. Araştırmacılar bu çalışma kapsamında adölesan gebeliğin anne ve çocuk üzerindeki olumsuz etkilerini ve adölesan gebelik ve annelik durumlarının dünya genelindeki çevresel ve kişisel nedenleri ile ilgili genel verilere yer vermişlerdir.

Aydın (2013) çalışmasında adölesan gebelik ve adölesan annelik konusunu incelemiştir. Çalışma kapsamında adölesan gebelik ve adölesan annelik konularının tanımlamalarını yapan araştırmacı Dünya Sağlık Örgütü'nün verileri ile beraber adölesan gebeliğin anne üzerinde biyolojik ve psikolojik olarak meydana getirdiği olumsuz sonuçlar ile ilgili genel bilgiler vermiştir. Aynı zamanda adölesan annenin sorumlulukları ve dünya üzerindeki adölesan annelik ve gebelik oranları ile ilgili temel verilere yer vermiştir.

Uzun ve Orhon (2013) çalışmasında adölesan gebeliklerin anne ve bebek sağlığına olan etkileri konusunu incelemiştir. Adölesan gebeliklerin oluşumu ile ilgili risk faktörleri hakkında genel bilgi veren araştırmacı; bu dönem içerisinde ülkemizde meydana gelen adölesan gebeliklerin genellikle düşük gelirli aile bireylerinde görüldüğünü ifade etmiştir. Adölesan gebelik dönemindeki bireylerdeki alkol ve sigara kullanım oranlarının oldukça yüksek olduğunu ifade etmiştir. Aynı zamanda adölesan gebeliklerin ve anneliklerin önlenmesi için ülkemizde ve dünya genelinde çeşitli danışmanlık hizmetlerinin ve okullarda da bilinçlendirici eğitimlerin verilmesi gerektiğini önermiştir.

Görkem, Doğru ve Güngör (2017) araştırmalarında adölesan gebelik gerçekten bir risk faktörü müdür? Konusunu ele almışlardır. Bu çalışma kapsamında nicel analiz yöntemi kullanılarak somut veriler elde etmesi hedeflemişlerdir. Çalışma kapsamında bir üniversite hastanesinde gerçekleşen doğum verileri incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda erken yetişkin ve ileri yetişkin adölesan olmak üzere 3 grup sonuçları değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda elde edilen veriler değerlendirildiğinde; adölesan gebelik yaş ortalamasının 18.3 olduğu gözlemlenirken, yetişkin gebelerin yaş ortalamasının 26.6 olduğu gözlemlenmiştir. İleri yetişkin gebelerin ortalama 38.2 yıl yaş

ortalamasına sahip oldukları rapor edilmiştir. Çalışma sonucunda adölesan gebelerin genellikle vajinal doğum yaptıkları ile ilgili verilere ulaşılmıştır.

Kütük (2012) çalışmasında adölesan gebelik riskleri ve çalışmasında adölesan gebelik riskleri ve sorunları konusuna incelemiştir. Çalışma genelinde adölesan dönemi genel özellikleri ile ilgili bilgi verilmiştir. Aynı zamanda adölesan gebeliklerin biyolojik ve psikolojik durumlarının ve adölesan gebelik sonucunda meydana gelebilecek sonuçlarla ilgili bilgilere yer verilmiştir. Adölesan gebeliklerde enfeksiyona bağlı komplikasyonların oldukça yüksek olduğu bilinmektedir. Erken adölesan gebeliklerin sosyodemografik özellikler ile doğru orantılı olduğu yapılan çalışmalar sonucunda tespit edilmiştir. Aynı zamanda biyolojik etmenlere bağlı olarak da adölesan gebeliklerin arttığı da bilinmektedir.

2.3. Doğum Sonrası Bebeğin Periyodik Kontrolleri ve Ebenin Rolü

Doğum sonrası dönemde yenidoğanın ailesi ile bütünleşmesi, doğuran kişinin fiziksel ve sosyal adaptasyonunun sağlandığı 4. trimester dönemi olarak adlandırılan bir dönemdir. Doğum sonrası dönemde ebenin ve hemşirelerin oldukça büyük bir önemi bulunmaktadır. Doğum sonrasında hemşireler ve ebeler periyodik olarak bebeği kontrol etmektedirler. Bebeğin kontrol edilmesinin temel sebebi; bebekte fiziksel olarak veya metabolik olarak herhangi bir problemin olup olmadığı ile ilgili verilere ulaşılmasıdır. Aynı zamanda bebeğin annesi ile tanışması ve annenin bebeğe alışma sürecinde de hemşirelerin ve ebelerin büyük görevleri bulunmaktadır. Kadın bebeğin doğması ile annelik rolünü takınmaktadır ve bu role uygun adaptasyon sağlamaktadır. Aile üyeleri ilişkilerinin yeniden tanımlandığı bu dönem içerisinde birçok kadının pozitif olarak yaşanan gelişimsel bir kriz dönemi içerisinde olduğu bilinmektedir. Bu dönemde annenin fiziksel olarak eski görünümüne dönmesi, bebeğin bakımı ile ilgili bilgi ve becerileri kazanması, bebeği ile iletişim kurmayı sağlaması ve yeni bir birey olan bebeğin aile katılımı neticesinde değişen aile yapısı ve yaşam tarzına adaptasyon sağlaması gibi fiziksel ve gelişimsel sorumlulukların olduğu bilinmektedir (Kalpalp, 2006: 31).

Bu dönem içerisinde sağlık kurumlarında hemşirelerin ve ebelerin anneye yeterli desteği verememesi sonucunda anne de özgüven eksikliği, yetersizlik duygusu ve buna

bağlı olarak depresyon söz konusu olabilmektedir. Annenin yeterli bilgi ve beceriye sahip olmamasına bağlı ve bebek bakımı ile ilgili yetersizlik durumlarının ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu nedenle özellikle adölesan dönemi gebeliklerinde hemşireler ve ebeler çocuk bakımı ve bebeğin ilk dönemi adaptasyonu ile ilgili bilgi ve beceri kazanımı konusunda destek vermesi gerekmektedir. Doğum sonrası ilk 3 ay dönemde annelerde görülen depresyona girme sebeplerinin %30'unun bebek bakımı ile ilgili zorluklardan kaynaklandığı bilinmektedir. Annenin kendisi ve bebek bakımı ile ilgili yeterlilik duygularının etkileyen faktörlerden birisi ise ebeveynlik hakkında elde edildiği bilgi, algılanan yaşam stresleri, çocuk ile ilgili olan deneyimi, bebek bakımı konusundaki endişeleri şeklinde sıralanabilmektedir. Bu nedenle bebek bakımı konusunda danışmanlık sağlayan sağlık personellerine her zaman ihtiyaç vardır. Sağlık personelleri periyodik olarak bebeği kontrol etmekle beraber annenin sağlığı üzerinde çeşitli kontroller gerçekleştirmektedirler (Balcombe, 1992: 32). Bu dönem içerisinde ebeler anneye bilgi verme, çeşitli konularda danışmanlık yapma, ebeveynlerin endişelerini giderme, annelik ile ilgili uyum problemlerine çözüm bulma gibi konularda görev almaktadırlar. Doğum esnasında ve sonrasında ebeğin oldukça önemli rollere sahip olduğu yapılan çalışmalarda rapor edilmektedir (Demirci, 2001: 67; Balcombe, 1992: 33; Büyükkoca, 2001: 84). Bu bilgilerden hareketle ebelik rolleri (Çiçek, 2009: 25);

- Yönetici rol,
- Uygulayıcı rol,
- Araştırmacı rol,
- Eğitici rol,
- Profesyonel rol olarak beş grup altında toplanmaktadır.

Uygulayıcı rolde; ebe genel olarak ebelik bakımını uygular. Aynı zamanda anne ve çocuk arasında değişim ajanı olma görevi üstlenmektedir. Ebeler genellikle doğum alanında uzmandırlar. Aynı zamanda doğum esnasında koordinatörlük görevleri de bulunmaktadır. Sağlık bakımı alan bireylerin haklarının da savunulması ile ilgili uygulayıcı rol üstlendikleri bilinmektedir. Eğitici rolde ebeler, genellikle anneye bebek bakımı konusunda eğitime de görevlidir. Aynı zamanda bu eğitime toplum içerisinde ailenin tüm bireylerine verebilir. Bebek bakımı ve anne olma ile ilgili çeşitli

danışmanlık hizmetleri sundukları da bilinmektedir. Araştırmacı rolde bebek kontrollerini düzenli olarak yapma ve buna bağlı olarak bebekte meydana gelen herhangi bir durum ile ilgili araştırmacı bir rol üstlenmektedir. Aynı zamanda ebelerin meslekleri ile ilgili bilimsel gelişmelere katkıda bulunan araştırmalar yapmaktadırlar. Yönetici rolde ise genellikle hastane yönetimi ve ülke düzeyinde bakım hizmetleri yönetimi konusunda çeşitli rollere göründükleri bilinmektedir. Aynı zamanda ebelerin meslekleri ile ilgili bilimsel gelişmelere katkıda bulunan araştırmalar yaptıkları da bilinmektedir. Yönetici rolde ise genellikle hastane yönetimi ve ülke düzeyinde bakım hizmetleri yönetimi konusunda çeşitli rolleri bulunmaktadır (Aygin vd., 2017: 27).

Doğum sırasında yönetici rol üstlendikleri de bilinen bilgiler arasındadır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığına göre ebeler; sağlık bakanlığınca tescillenmiş olan ebelik ile ilgili okullardan mezun olan ana çocuk sağlığı hizmetlerini yürüten doğum yaptıran ve doğum esnasında veya sonrasında hizmet veren kişiler olarak ifade edilmektedir. Ebenin verdiği hizmetlerde genellikle koruyucu önlemler, anne ve bebek de oluşabilecek herhangi bir anormal durumunun belirlenmesi, tıbbi bakım hem anneye hem de bebeğe yardımda bulunma, gerekli acil durumlarda acil müdahale etme gibi görev ve sorumlulukları bulunmaktadır (Karaçam ve Eroğlu, 2019: 216).

2.4. Yabancı Uyruklu Adölesan Annelik

Adölesan gebelikler dünya genelinde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yıllara göre oranları azalmış gibi görünse bile tam olarak çözülmüş bir sorun değildir. Adölesanlar dünya nüfusunun %30'unu oluşturmaktadır. Adölesan gebelerin %90'ı gelişmekte olan ülkelere yaşamaktadır. Dünyada bölgesel olarak Sahra altındaki bölgelerden 18 yaşın altındaki kızların %46'sı evlidir. Afrika'nın %21'i, Karayipler'in %18'i, Orta Doğu ve Güney Asya'nın ergen kızlarının yaklaşık 1/3'i evlidir. 15-19 yaş grubu adölesanların doğurganlık oranları ortalama %43'tür. Afrika'da bu oran %115, Latin Amerika'da ise %101'dir. Ancak adölesan doğurganlığı gelişmekte olan ülkelerle sınırlı değildir. İngiltere'de %26, İrlanda'da %17 ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ise bu oran %63'tür. Adölesan gebelik oranı 1990'lı yıllardan itibaren düşme eğilimi göstermesine rağmen, ABD gelişmiş ülkeler arasında adölesan gebelik ve doğum oranı halen en yüksek ülke olmaya devam etmektedir. Literatürde yabancı adölesan gebelik ile ilgili çalışmalara rastlanmamıştır (Banerjee ve diğerleri, 2009: 86).

2.5. Adölesan Anneliğin Nedenleri ve Sonuçları

Adölesan gebeliğin birden fazla nedeni bulunmaktadır. Örneğin; Sahra altı Afrika ülkelerinde adölesan gebelik oranlarının oldukça yüksek olduğu bilinmektedir. Bu oranın sebebi araştırıldığında ailesi olmayan kız çocuklarının erken yaşta evlendirilerek kız çocuklarını korumaya çalıştıkları gözlemlenmiştir (Aydın, 2013: 43). Yaşlı erkekler ise kendilerini kanıtlamak için genç bakireler ile evlenmeyi tercih etmektedirler. Dünya üzerinde binlerce genç kız adölesan döneminin erken evrelerinde evlendirilmektedir (Bulut ve diğerleri, 2008: 19).

Erken evliliğin ve erken gebeliğin ruh ve beden sağlığı üzerindeki negatif etkileri göz önünde bulundurulduğunda birçok genç kızın mağduriyet yaşadığı gözlenmiştir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde; ergenler arasındaki akranların baskısı, aile planlaması konusu ile ilgili bilgi eksikliği, üreme sistemi konusunda ergenlerin bilgi sahibi olmaması, erkekler arasındaki baskıcı tutumu nedeniyle adölesan gebelik ve annelik durumlarının meydana geldiği bilinmektedir. Genç kızların yetişkin erkeklerle beraber oldukları durum formasında cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve gebelik oranlarının arttığı ifade edilmektedir. Ülkemiz genelinde adölesan gebeliklerin başlıca nedenleri aşağıda sıralanmıştır (Ercan, 2005: 12) ;

- Kontrasepsiyon yöntemleri hakkında bilgi eksiklikleri,
- Kültürel sebeplerle özellikle doğu bölgelerinde meydana gelen evlilikler,
- Ergenlere okul ve aile yönetimi tarafından üreme ile ilgili yeterli bilgilerin verilmemesi,
- Ülkenin bazı bölgelerinde düşük sosyoekonomik ve kültürel özellikler,
- Kişinin topluma kendisini bir yetişkin olarak kabul ettirme kaygısı,
- Batılılaşma ve şehirleşmenin yan etkileri şeklinde ifade edilmektedir.

Aynı zamanda adölesan gebeliklerin yoksulluk, işsizlik, şiddet, taciz, aile içerisindeki baskı, suç örgütleri, uyuşturucu madde bağımlılıkları, sosyal baskı, özgüven eksiklikleri, tecavüz vakaları, sağlık hizmetlerinin yetersiz olması, zayıf eğitim hizmetleri ve medyanın etkisi şeklinde çevresel etmenlerin olduğu da bilinmektedir. Adölesan dönem içerisinde korunma yöntemlerinin bilinmemesi veya korunma yöntemlerine ulaşma konusunda eksikliklerin yaşanması gibi durumlar söz konusu

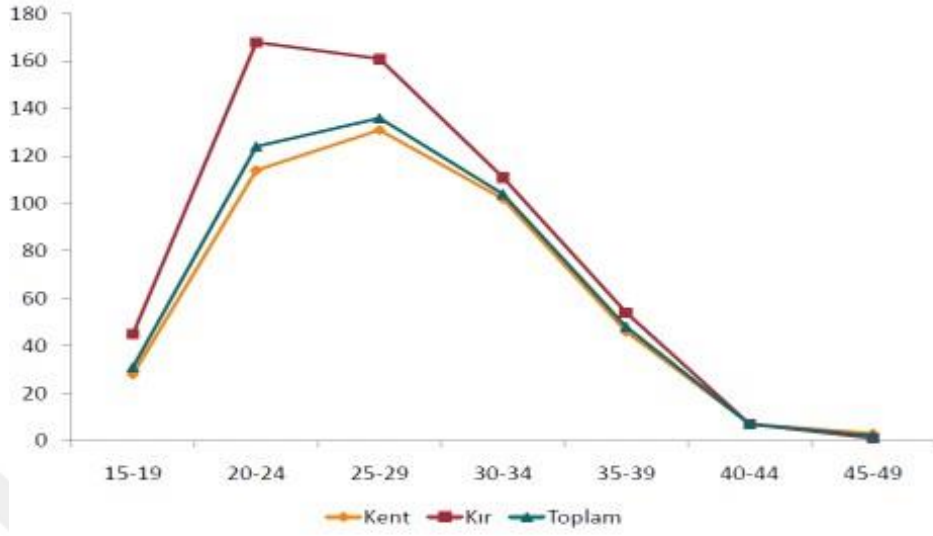
olmaktadır. Erkek çocuk ailelerinin özellikle yaşı küçük olan kız çocuklarını tercih etmelerinin sebebi çocuklarına eş olarak alacakların kızların daha itaatkâr olması düşüncesidir.

2.6. Dünyada ve Türkiye'de Adölesan Annelik Sorunu

Dünyada ve Türkiye'de adölesan gebelik oranları oldukça yüksektir. Dünya genelinde adölesan gebelik sebepleri, sosyal kültürel nedenler ve çevresel etmenlere bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Günümüzde küresel hale gelen bir sorun olarak ifade edilmektedir. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması kapsamında 2013 verileri incelendiğinde adölesan dönemde olan kadınların neredeyse %5'i çocuk doğurmaya başlamıştır. Bu yaştaki kadınların ise %3'ünün canlı bir doğum gerçekleştirdiği gözlemlenmiştir. Kadınların %1'i ise adölesan gebeliğe bağlı ilk çocuğuna gebedir. Yapılan çalışmalar sonucunda 15-19 yaş grubunda olan kız çocuklarının %24'ünün çocuk doğurmaya başladığı bilinmektedir. %17.8 'lik bir grup ise canlı doğum yapmıştır (Aydın, 2013: 251).

Ülkemizde anne olma yaşının 16 olduğu yapılan çalışmalar sonucunda tespit edilmiştir. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması kapsamında 2008 yılından bu yana çocuk 18 yaşında anne olma oranının %3, 19 yaşında anne olma oranının ise %11.5 olduğu gözlemlenmektedir. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması kapsamında 2008 yılından bu yana adölesan gebelerde bir düşüş meydana gelmiştir. Bunun temel sebebi; adölesan gebelik ve annelik ile ilgili toplumu bilinçlendirmeye yönelik çeşitli kampanyaların ve faaliyetlerin yapılıyor olmasıdır. Aynı zamanda Türkiye sağlık hizmetlerinin de gelişmiş olması adölesan gebelik durumlarının oluşmasını engellemiştir. Ülke genelinde yapılan kalkınma planı çalışmalarında adölesan gebelik üzerinde ikna edici etkileri olacağı düşünülmektedir. Kırsal alanlarda adölesan gebelik ve annelik oranlarının oldukça yüksek olduğu bilinmektedir. Kırsal alanlardaki adölesan gebelik oranları % 6, kentsel bölgelerde ise bu oran %4 dür. Bu durum kırsal bölgelerdeki insanların kültürel nedenler ve bilinçsizlik sebebiyle adölesan gebelik ve annelik durumlarına ortaya çıkardığını göstermektedir. Adölesan dönem içerisinde çocuk sahibi olan kadınların doğurganlık hızları bölgesel olarak farklılık göstermektedir (Keskinoglu ve diğerleri, 2007: 22). Aşağıdaki şekilde yaşa özel doğurganlık hızları şekli verilmektedir.

Yaşa Özel Doğurganlık Hızları, Kent/Kır



18

Şekil 2: Toplam doğurganlık hızı (2019)(TÜİK,2019)

Doğurganlık çağında olan kızların yaş oranı 15-19 aralığında olanların düşük yapma hızlarının oldukça yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Adölesan gebeliklerin ve gebelik sonuçlarının dünya üzerinde düşük gelirli ailelerin problemleri arasında yer aldığı bilinmektedir. Gelişmiş ülkeler adölesan gebelik ile ilgili sorunları sosyal bir sorun olarak görmektedir. Ülkelerin problemleri cinsel aktiviteden çok gebelikleri önlemeye çalışması, adölesanların korunma yöntemleri konusunda bilinçlendirilmesi, gebelik sonlandırma işlemlerinin ülkede olumlu olarak değerlendirilmesi, adölesan gebelere kurumsal olarak hizmet verilmesi, okullarda üreme ve cinsel konularda öğretici eğitimlerin verilmesi konusu ile ilgili İsveç ve Hollanda'nın başarılı olduğu gözlemlenmiştir. Ülkelerde toplumsal sebeplerle erken evlenmiş olan kadınlarla ilgili araştırmalar yapıldığında cinsel istismar ve toplumun kültürel ve sosyal yapısının birinci planda olduğu gözlemlenmiştir. Ülkemiz genç bir nüfus yapısına sahiptir ve ülkemizin en önemli problemlerinden birisi adölesan dönemde yapılan evliliklerdir. Evlenmenin ve çocuk sahibi olmanın sosyal ve kültürel normları olduğu bilinmektedir. Erken yaşta gebe kalma hem kadın için hem de çocuğun sağlığı için oldukça tehlikeli bir durumdur. Adölesan dönemindeki gebeliğin annenin eğitim, ekonomik ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkilediği gözlemlenmektedir. Özellikle 16 yaşından küçük olan adölesan

gebelerde gelişmemiş pelvis yapısı nedeni ile anne ölümlerinin sıklıkla görüldüğü gözlemlenmiştir (Evcili ve diğerleri, 2018: 57).

2.7. Adölesan Gebeliklere Bağlı Gelişen Komplikasyonlar

Adölesan gebelikte fiziksel ve biyolojik özelliklere bağlı olarak çeşitli komplikasyonların oluştuğu bilinmektedir. Çalışmanın bu kısmında adölesan gebeliklere bağlı oluşan komplikasyonlar aşağıda sırasıyla açıklanmıştır (Işık ve Eğelioğlu, 2017: 2).

2.7.1. Abortus

Adölesan dönemindeki kızların korunma yöntemlerini tam bilmemesine bağlı olarak adölesan gebelikler meydana gelmektedir. Adölesan dönemindeki kızların düşük yapma olasılıkları diğer gebelere göre oldukça yüksektir. Adölesan dönemindeki gebeliklerin yaklaşık olarak %10'u 12 hafta içerisinde kendiliğinden düşük ile sonuçlanmaktadır. Düşük durumu fetüsün uterus dışında yaşama yeteneği kazanmadan gebeliğin sonlanması olarak ifade edilmektedir. Gebelik döneminin 20. haftasına kadar olan ve ağırlığı 500 gram altında doğan fetüsler en düşük olarak kabul edildiği bilinmektedir. Düşüğe neden olan fiziksel özellikler ve çevresel etmenler söz konusudur. Adölesan dönemindeki kadının fiziksel olarak erişkinliğe yetişmemiş olması buna bağlı olarak gebelik ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması ve çevresel etmenler düşük olasılıklarını arttırmaktadır (Kütük, 2012: 32).

2.7.2. Enfeksiyon

Adölesan dönemindeki gebelerde genital bölgelerdeki enfeksiyona sıklıkla rastlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda adölesan dönemindeki gebelerin genellikle sağlık kuruluşlarına genital bölge enfeksiyonları için başvurdukları gözlemlenmiştir. Kadınların %21.7'sinde puerperal enfeksiyon riskinin oldukça yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Genital enfeksiyonun kişide var olması ile beraber puerperal enfeksiyon riskinin de artması söz konusu olmaktadır. Aynı zamanda özellikle dış ülkelerde cinsel yolla bulaşan hastalık oranları ve HIV virüsünün görülme sıklığı oldukça yüksektir. Uganda'da yapılan bir çalışma kapsamında adölesan dönemdeki

gebelerde enfeksiyon oranının diğer kadınlara göre oldukça yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Mercer, 2004: 230).

2.7.3. Anemi

Anemi genel olarak vücut içerisindeki eritrosit oranının hemoglobin konsantrasyonunun hem kız hem de erkek bireylerde normal değer altındadır. Gelişmekte olan ülkelerin adı adölesan gebelik süreçleri incelendiğinde; kadınların %4 4'ünün önemli olduğu tespit edilmiştir. Gelişmiş ülkelerde ise %12 oranında annemi durumuna rastlanmaktadır. Erken gebelik nedeniyle vücutlarının demir depolarını hızlı bir şekilde tüketmektedir. Buna bağlı olarak gebelerde demir eksikliğinin görüldüğü gözlemlenmiştir. Adölesan dönem içerisinde gebelerin daha dengeli ve düzenli beslenmesi, aynı zamanda vitamin ve demir takviyesi alması gerekmektedir (Özcebe ve diğerleri, 2007: 9).

2.7.4. Hipertansif Hastalıklar

Hipertansif hastalıkların gebelerin %5 ila 10 arasında gözlemlendiği bilinmektedir. Enfeksiyon veya kanamaya bağlı anne ölüm oranlarının büyük bir kısmının hipertansif hastalıklardan kaynaklandığı bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre gelişmiş ülkelerde hipertansif hastalık görülme sıklığı gelişmekte ve orta düzey gelişmiş ülkelere göre daha azdır. Hipertansif hastalıkların gestasyonel hastalık, kronik hipertansiyon, eklampsi gibi çeşitleri bulunmaktadır. Gebelik öncesinde hipertansif hastalıklar gerçekleşmeden önce gebeliğin 20. Haftasından sonra tansiyonun yükseldiği bilinmektedir. Kronik hipertansiyonda ise daha çok 40 yaş üstü gebelikler ve obezlerde meydana gelen bir hastalık durumu ortaya çıkmaktadır. Hipertansif hastalıkların tanısında gebelikten önce anne adayında hipertansiyonun olması 20 gebelik haftasında olunması ve gebelikten 6 hafta sonra da bu durumun devam etmesi gerekmektedir (Şimşek, 2008: 26). Çocukluk çağında hipertansiyon prevalansı erişkine göre daha düşüktür (%1-2). Ancak özellikle gelişmiş toplumlarda şişmanlık oranının giderek artması nedeni ile büyük çocuk ve ergenlik döneminde prevalans giderek artmaktadır (Candan ve Çalışkan, 2005: 18).

2.7.5. Fistül

Fistül genel olarak iki boşluğun arasında gelişerek oluşan anormal yapılar olarak ifade edilmektedir. Bu doğum evresi veya uzun doğum süreçlerinde fistül durumları meydana gelmektedir. Adölesan gebelerin genel olarak fizyolojik gelişimleri tamamlanmadığı için fistül görülme sıklığı oldukça yüksektir. (Madazlı, 2008: 64).

Adölesanlarda pelvik gelişim devam ettiğinden, adölesan pelvis boyutu, yetişkin pelvis boyutlarına ulaşamamıştır. Bu nedenle zor doğumlar meydana gelir. Bunun sonucuna bağlı olarak fistül, idrar ve gaita inkontinansı oluşur (Başer, 2004: 17).

2.7.6. Preterm Doğum, Bebekte Prematürite ve Düşük Doğum Ağırlığı

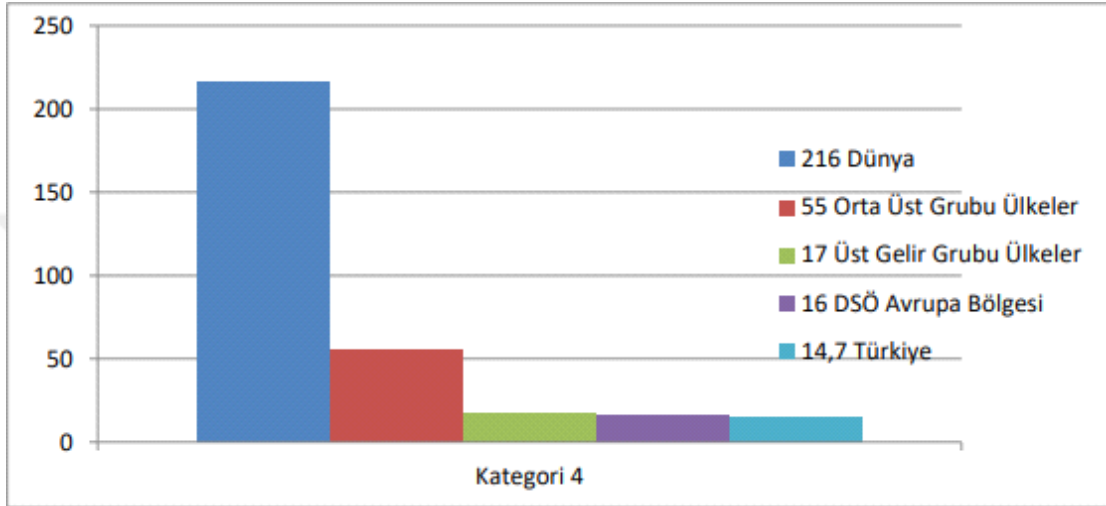
Preterm doğum genellikle gebeliğin 20 haftasından sonra 37 haftada tamamlamış gebelik olarak ifade edilmektedir. Gebelik öncesinde annenin yeteri kadar beslenememesi, vitamin ve demir eksikliği, anemi, düşük, ekonomik düzey, sigara ve alkol kullanımı gibi nedenler sebebiyle erken doğum gerçekleştirmektedir. Adölesan gebeliklerde genellikle demir eksikliği, anemi, doğum öncesi bakım yetersizliği, sigara ve alkol kullanımı gibi nedenlere bağlı olarak preterm doğumlar gerçekleşmektedir. Erken doğumlarının oluşmasında bebeğin organ gelişimi, yetersiz olması gibi problemlerle karşılaşmaktadır. Preterm bebeklerin ağırlığı genel olarak 250 ile 500 gram arasında değişiklik göstermektedir. Prematüre bebeklerde akciğer gelişimi yetersizliğine bağlı problemler hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, merkezi sinir sistemi hastalıkları ve hematolojik sorunlar baş göstermektedir. Bu bebeklerin çoğu çeşitli komplikasyonlara bağlı olarak hayatını kaybetmektedir (Meydanlı ve diğerleri, 2000: 100; Bektaş ve diğerleri, 2013: 391; Taner ve diğerleri, 2012: 12).

2.7.7. Anne Ölümü

Anne ölümleri gebelik esnasında doğum esnasında veya gebelikten sonra meydana gelebilmektedir. Gebeliğin başlangıcından doğum sonrası 42 güne kadar anne ölümleri ile ilgili riskler bulunmaktadır. Dünya genelinde 2015 yılında her gün yaklaşık olarak 830 kadın gebelik ve doğum gibi nedenlere bağlı olarak hayatını kaybetmiştir. Adölesan dönemindeki anne ölümlerinin daha sık olması da yapılan çalışmalar sonucunda elde edilen veriler arasındadır. Adölesan dönem içerisindeki kişinin fiziksel

gelişimi tam tamamlayamaması, buna bağlı olarak zorlu bir doğum süreci geçirmesi, anormal kanamalar, çeşitli enfeksiyonlar, doğum sebebiyle meydana gelen komplikasyonlar nedeniyle anne ölümleri gerçekleşebilmektedir (Melekoğlu,2012: 217).

Aşağıdaki şekilde anne ölüm oranlarının uluslararası karşılaştırılması verilmiştir.



Şekil 3: Anne ölüm oranlarının uluslararası karşılaştırılması (TÜİK,2020)

Ülkemizde anne ölümleri ile ilgili olarak iki farklı neden olduğu ifade edilir. Doğrudan anne ölümlerinde genellikle emboli, enfeksiyon ve tanıya bağlı ölümler gerçekleşebilmektedir. Dolaylı yoldan olan ürünlerde ise enfeksiyon, serebrovasküler hastalık ve kardiyovasküler hastalıklar yeralmaktadır. Adölesan gebelerde güvenli olmayan ortamlarda kürtaj işleminin gerçekleştirilmesi, doğum öncesi ve doğum sonrası bakımın yetersiz olması ani ölüm oranlarını arttırmaktadır.

2.7.8. Bebek Ölümü

Bir ülkenin gelişmişlik seviyesini gösteren en önemli kriterlerden birisi bebek ölümleridir. Adölesan gebeliklere bağlı olarak bebek ölüm oranları ile ülkelerin gelişmişlik seviyeleri paralellik göstermektedir. Bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin üst seviyede olması adölesan gebelik ve annelik ile ilgili bilinç düzeyinin yüksek olması, bebek ölümlerini engelleyecektir. Sağlık araştırmaları genel müdürlüğünün tanımına

göre; canlı doğup ilk 365 günde hayatını kaybeden ölümlerin canlı doğum sayısına bölünmesi ile beraber bebek ölüm hızları bulunmaktadır. Dünya üzerinde her yıl yaklaşık olarak 2.6 milyon bebek yaşamın ilk aylarında hayatlarını kaybetmektedir. Ölümlerin sebebi; doğum öncesi bakım eksikliği veya doğum sonrasındaki nedenlere bağlı olarak gerçekleştirmektedir. Ülkemizdeki sosyal ekonomik hareketlilik, baskı, kültürel yapılar, çeşitli eşitsizlikler bebek ölüm oranları üzerinde etkili olmaktadır. Türkiye OECD ülkeleri bebek ve çocuk ölümleri ile ilgili olarak bebek ölümlerinin ekonomik durumla daha ilgili olduğunu açıklamışlardır (Kır, 2013: 791).

Aşağıda bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm hızı verilmiştir;



Şekil 4: Bebek ve Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı (TÜİK,2020).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin artırılması, teknolojinin gelişmesi, adölesan gebelik ve adölesan annelikle ilgili toplumun bilinçlendirilmesi ile bebek ölüm oranlarında azalmaların meydana geldiği gözlemlenmiştir. Ülkemizde bebek ölüm hızlarının 1945'ten bu yana hızlı bir şekilde azaldığı ile ilgili genel bilgiler mevcuttur. Bebek ölümleri ile ilgili yapılan faaliyetler ülkenin kalkınma ve gelişmişlik seviyesini arttıracaktır.

2.8. Adölesan Gebelik Sonucunda Meydana Gelen Obstetrik Sonuçlar ve Yenidoğan Üzerine Etkilerinin Etiyolojisi

Adölesan dönemi fiziksel olarak büyüme, cinsel özelliklerin gelişmesi, kadın veya erkek olarak kimliğin oluşması, aileye olan bağlılığın devam etmesi gibi süreçlere

kapsayan bir dönemdir. Adölesan dönemi genellikle 15-19 yaş aralığındaki tüm bireyleri kapsamaktadır. Adölesan dönem içerisinde 15-19 yaş aralığında ülkemizde toplam nüfusun %6'sını adölesan dönemde evlenen veya anne olan kadınlar oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda 17 yaşına kadar her on kadından ikisinin bu dönem içerisinde anne oldukları veya ilk çocuklarına gebe oldukları gözlemlenmiştir. Küçük yaşta anne olan bireylerin fiziksel gelişimlerinin yeterli olmaması, yeterli kas ve vücut ağırlıklarına sahip olmamaları, bebek bakımı ve beslenme konusundaki yetersizliklere bağlı olarak anne ve bebek ölümleri gerçekleşmektedir (Şimşek, 2008: 25).

Adölesan gebelik ülkemiz ve dünya genelinde büyük bir sosyal sorun olarak ifade edilmektedir. Bu nedenle adölesan dönem ve üreme sistemi ile ilgili bilinçlendirici çalışmalar ve faaliyetler gerçekleştirilmektedir. Ülkemizin temel hedefi; sağlık ve eğitim hizmetlerinin geliştirilerek adölesan dönem konusunda toplumun bilinçlendirilmesini sağlamak buna bağlı olarak anne ve bebek ölümlerinin önüne geçmektir. Obstetrik açıdan incelendiğinde birçok çalışmada adölesan gebeliğin büyük riskler taşıdığı ifade edilmiştir. Adölesan kadınlarda obstetrik sonuçlar ile ilgili literatür aşağıda verilmiştir.

Ayyıldız, Topan, Öztürk ve Kulakçı (2015) çalışmalarında adölesan gebeliklerin anne ve bebeğe yönelik obstetrik sonuçlar açısından değerlendirilmesi konusunu incelemişlerdir. Çalışma kapsamında adölesan gebelik oranlarının ülkenin gelişmişlik seviyesi ile paralellik gösterdiğini ifade etmişlerdir. Çalışma kapsamında gebe polikliniği ve doğum kliniğine başvuruda bulunan adölesan ve adölesan olmayan gebelerin anne ve bebek ile ilgili obstetrik sonuçlarını karşılaştırma yöntemine dayalı bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda; adölesan gebelerin yaş ortalaması 18 olarak belirlenmiştir. Adölesan olmayan gebelerin ise yaş oranları 25'tir. Gestasyonel yaş ve hemoglobin değeri bakımından her iki grup arasında istatistiksel bir fark olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçları değerlendirdiğini de adölesan gebeliklerin normal gebeliklere oranla obstetrik sonuçlarının oldukça fazla olduğu ve buna bağlı olarak riskli gebelikler olduğu rapor edilmiştir.

Meydanlı ve Çalışkan (2000) çalışmalarında adölesanlarda gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi konusunu incelemişlerdir. Çalışma kapsamında genel olarak adölesan

gebeliklerin meydana getirdiği sonuçlar ve doğurganlık dönemindeki kadınlardaki gebeliklerin genel durumu karşılaştırılmıştır. Çalışma kapsamında SSK Ankara Doğumevi ve kadın hastalıkları hastanesinde adölesan gebeler ve normal gebeler ile ilgili iki grup oluşturulmuştur. Çalışmada genel olarak anket uygulaması yapılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen veriler değerlendirildiğinde adölesan gebelerdeki yaş ortalamasının 16, normal dönemdeki gebelerin yaş ortalamasının 25 olduğu ile ilgili sonuçlara ulaşılmıştır. Adölesan gebelerde genellikle fetal ölüm, plasenta dekolmanı, prematüre bebek, plezentasyon anomalisi anemi ve enfeksiyon gibi obstetrik sonuçlar olduğu ifade edilmiştir.

Adölesan dönem henüz bireyin tam olarak yetişkinliğe erişmediği bir dönem olması nedeniyle kişinin bebek doğurmaya fizik yapısının olmadığı bir gerçektir. Buna bağlı olarak adölesan dönem içerisinde çeşitli nedenlerle evlendirilen veya istismara bağlı adölesan gebelik yaşayan bireylerde çeşitli obstetrik sonuçlar meydana gelmektedir. Adölesan gebeliklerde genel olarak riskli gebelik durumları yaşanmaktadır. Gebelik esnasında düşük, enfeksiyon, anemi, emboli gibi bir çok problemin yanı sıra doğum esnasında anne ve bebek ölümlerinin meydana geldiği bilinmektedir. Adölesan dönemde yenidoğanın sağlığının korunması ve adölesan annenin kaybedilmemesi için ülkemizde çok sayıda çalışmalar yapılmaktadır. Adölesan dönem içerisindeki gebelik ve annelik genel olarak küresel bir sorun haline gelmiştir. Bu sorunların çözülebilmesi için uluslararası alanda çeşitli faaliyetlerin yapılması gerekmektedir (İnal ve Günay, 2002: 59).

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Gaziantep il merkezine bağlı Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinin doğum servisinde 15.10.2020 ile 15.03.2021 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesine doğum için başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden Türkiye Cumhuriyeti ve yabancı uyruklu (misafir) tüm gebeler (adölesan gebelerin hastaneye başvuru esnasında adli vaka olarak kabul edilmesi ve bilgi paylaşımının yasak olması gerekçe gösterilerek kurum tarafından evren sayısı belirtilememiştir) oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleminde yer alacak gebe sayısının belirlenmesinde, evreni bilinmeyen örnekleme yöntemine göre daha önce yapılmış çalışmalardan faydalanılarak (Ayyıldız ve ark.,2015) etki büyüklüğü 0.456 olarak tahmin edilmiş, yapılan güç analizi ile gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde, toplam en az 210 gebenin araştırma kapsamına alınmasına karar verilmiştir. Araştırma iki grupta 105 Türkiye Cumhuriyeti uyruklu adölesan gebe ile 105 yabancı uyruklu (misafir) (df=208; t=1,656) toplam 210 adölesan gebe ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden,
- 19 yaş altında olan,
- Miadında (38-42 gebelik haftası arasında) olup hastaneye doğum için başvuran,

- Türkiye Cumhuriyeti ve yabancı uyruklu (misafir) olan,
- İletişim güçlüğü olmayan,
- Doğum sonrası ilk 2 (iki) günü tamamlamış kadınlar araştırma kapsamına dâhil edilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler çalışma kriterlerine uyan gönüllü gebe kadınlardan “Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu” kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

3.5.1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu

Gebe tanıtıcı bilgi formu literatür taranarak (Ayyıldız ve ark., 2015; Melekoğlu, 2012; Taner ve ark., 2012; Klein, 2005) araştırmacı tarafından hazırlanmış ve 52 soru içermektedir. Bu form sekiz bölümden oluşmaktadır. Adölesan anneleri tanıtıcı bilgilere yönelik aynı zamanda adölesan anneler ve eşlerinin tanıtıcı sosyodemografik özelliklerini içeren 9 soru (yaş, eğitim, meslek, ekonomik durum, sosyal güvence, gelir, aile tipi, nikâh türü), annenin obstetrik özelliklerini kapsayan 9 soru (ilk adet yaşı, evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, yasayan çocuk sayısı, düşük / kürtaj sayısı, ölü doğum sayısı), adölesan annelerin en son gebeliği ve doğumuna yönelik özelliklerini içeren; 10 soru, (DÖB alma durumu, sağlık kuruluşuna gitme durumu, gebelik öncesi sağlık sorunu yaşama, isteyerek gebe kalma durumu, folik asit kullanımı, vitamin kullanımı, demir preparatı kullanımı, sigara kullanımı, bebeği emzirmeye karar verme zamanı, bebek bakım ve beslenmesiyle ilgili bilgi alma durumu, bebek bakımı ve beslenmesi ile ilgili bilgi alınan kaynak, gebelik öncesi kilo, kilo alma durumu ve kilo verme durumu), adölesan annelerin aile planlamasına yönelik özelliklerini kapsayan 11 soru, (aile planlaması yöntem kullanım durumu, kullanılan yöntemler), adölesan annelerin gebelikte yaşadığı problemlere yönelik 5 soru, (kanama, anemi, hipertansiyon, preeklampsi, eklampsi), adölesan annelerin doğumlarına ilişkin özelliklerini kapsayan 4 soru, (doğum şekli, sezaryenle doğum nedeni), adölesan annelerin bebeklerine ait özelliklerine ait 3 soru (1. dakikada APGAR, 5. dakikada APGAR, doğum ağırlığı, anne sütü alma durumu, anne sütüne başlama zamanı), adölesan annelerin uyuğu bilgisine ait 1 soru toplam 52 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması

Kadınlar doğum sonrası ilk iki günü tamamladıktan sonra taburculukları tamamlanmadan, araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara sosyo-demografik, obstetrik özellikleri ve yenidoğana ilişkin bilgileri sorgulayan Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu kullanılarak oluşturulan veri toplama formu uygulanmıştır. Anneler araştırma hakkında araştırmacı tarafından bilgilendirilip yazılı onamları alındıktan sonra tanımlayıcı soruların cevaplanmasında yüz-yüze görüşme yöntemi kullanılarak veriler toplanmıştır. Dil problemi yaşanan hastalardan tercüman eşliğinde veri toplanmıştır. Veri toplama sürecinin her aşamasında Covid-19'a yönelik mücadele kapsamında alınan tüm tedbirlere uyulmuştur. Araştırmacı araştırma boyunca hastanede bulunduğu tüm zamanlarda çift kat maske kullanmıştır. Aynı zamanda görüşme öncesi ve sonrasında araştırmacı tarafından el yıkamaya, dezenfektan kullanımına özellikle dikkat edilmiştir. Anket formu uygulanırken kullanılan odanın camları açılarak gerekli hava sirkülasyonu sağlanmıştır. Verilerin toplanması 5 (beş) ay sürmüştür.

3.7. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Adölesan Türkiye Cumhuriyeti uyruklu ve yabancı uyruklu gebelerin özelliklerinin dağılımı ki-kare analizi ile test edilmiştir. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi kullanılmıştır. p değerleri 0.05'den küçük olarak hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (33490967-044/ sayılı E-38880 kayıt numaralı) araştırma için etik onay alınmıştır (EK-2). Araştırmanın yürütülmesi için Gaziantep Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır. Alınan kurum izni doğrultusunda Gaziantep

Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Danışma Kurulu'nun 15.10.2020 tarihli 48230018-774.99 sayılı kararı ardından araştırmaya başlanmıştır (EK-3).

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Gebelerin obstetrik ve yeni doğan sonuçları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri: Kadınların yaşı, eğitim, çalışma ve sosyal güvence durumu, ev tipi, eşlerin eğitim ve çalışma durumu, gebelerin ilk evlilik yaşı, evlilik sayısı, eşleri ile resmi nikah durumu, akraba evliliği durumu, algılanan gelir durumu, gebelik ve doğum sayısı, önceden düşük yapma ve küretaj olma durumu, isteyerek gebe kalma durumu, aile planlamasına yönelik tutumu, doğum öncesi eğitim alma durumu, doğum öncesi dönem sağlık merkezine gitme durumu, gebeliğinde sigara kullanma durumu, doğum şekli, düşük ve küretaj yapma durumu, gebeliğe bağlı komplikasyon geçirme durumu, gebelikte kanama durumu, emzirmeye başlama zamanı oluşturmaktadır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sadece Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesine başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü Türkçe konuşup anlayabilen adölesan Türkiye Cumhuriyeti uyruklu ve yabancı uyruklu (misafir) gebeler olan 210 kadın ile sınırlı olup annelerin ifadesine dayanmaktadır, genellenemez.

BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde; adölesan annelerin kendileri ve bebeğe yönelik obstetrik sonuçları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma bulguları tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 3.1 Adölesan Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Gruplar		Türk		Yabancı		Toplam		P
		n	%	n	%	n	%	
Yaş (ortalama t testi)	16	12	11.4	16	15.2	28	13.3	$X^2=0.838$ $p=0.840$
	17	26	24.8	27	25.7	53	25.2	
	18	43	41.0	41	39.0	84	40.0	
	19	24	22.9	21	20.0	45	21.4	
Medeni Durum	Evli	94	89.5	95	90.5	189	90.0	$X^2=2.339$ $p=0.505$
	Bekar	1	1.0	2	1.9	3	1.4	
	Boşanmış	2	1.9	4	3.8	6	2.9	
	Birlikte Yaşıyor	8	7.6	4	3.8	12	5.7	
Meslek (Çalışma Durumu)	İşçi	20	19.0	22	21.0	42	20.0	$X^2=6.095$ $p=0.107$
	Ev Hanımı	81	77.1	81	77.1	162	77.1	
	Serbest Meslek	4	3.8	0	0.0	4	1.9	
	Öğrenci	0	0.0	2	1.9	2	1.0	
Sosyal Güvence	Yok	29	27.6	34	32.4	63	30.0	$X^2=1.460$ $p=0.482$
	SGK	73	69.5	70	66.7	143	68.1	
	Özel Sigorta	3	2.9	1	1.0	4	1.9	
Öğrenim Durumu	Okuma Yazma Yok	6	5.7	16	15.2	22	10.5	$X^2=81.528$ $p=0.000$
	Okuma Yazma Var	12	11.4	57	54.3	69	32.9	
	İlkokul	37	35.2	31	29.5	68	32.4	
	Ortaokul	37	35.2	1	1.0	38	18.1	
	Lise	13	12.4	0	0.0	13	6.2	
Eşin Mesleği (Çalışma Durumu)	İşçi	52	49.5	74	70.5	126	60.0	$X^2=24.749$ $p=0.000$
	Emekli	2	1.9	5	4.8	7	3.3	
	Serbest Meslek	36	34.3	10	9.5	46	21.9	
	Öğrenci	4	3.8	0	0.0	4	1.9	
	Çalışmıyor	11	10.5	16	15.2	27	12.9	

Tablo 3.1.'de adölesan anneler ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine ait bulgular verilmiştir. Tablo 3.1. incelendiğinde annelerin yaşı ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.838$; $p=0.840$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %11.4'ünün 16 yaşında, %24.8'i 17 yaşında, %41.0'ı 18 yaşında, %22.9'u 19 yaşında; yabancı uyruklu annelerin ise %15.2'sinin 16 yaşında, %25.7'sinin 17 yaşında, %39.0'nın 18 yaşında, %20.0'nın 19 yaşında olduğu görülmektedir.

Annelerin medeni durumu ile uyrukları karşılaştırıldığında (Tablo3.1.) aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=2.339$; $p=0.505$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %89.5'i evli, %1.0'ı bekar, %1.9'u boşanmış, %7.6'sını ise birlikte yaşadığı belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin %90.5'inin evli, %1.9'nun bekar, %3.8'nin boşanmış, %3.8'inin ise birlikte yaşadığı saptanmıştır. Yine annelerin meslek ile uyrukları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($X^2=6.095$, $p=0.107$; $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %19.0'ı işçi, %77.1'i ev hanımı, %3.8'i serbest meslek; yabancı uyruklu annelerin %21.0'ı işçi, %77.1'i ev hanımı, %1.9'u öğrenci olduğu görülmektedir.

Anneleri sosyal güvenceleri ile uyrukları arasında yine anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=1.460$, $p=0.482$; $p>0.05$) (Tablo 3.1). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %27.6'sının sosyal güvencesinin olmadığı, %69.5'nin SGK'lı olduğu, %2.9'nun özel sigortalı olduğu belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %32.4'ünün sosyal güvencesinin olmadığı, %66.7'nin SGK'nın olduğu, %1.0'nın da özel sigortalı olduğu belirlenmiştir(Tablo3.1.).

Öğrenim durumu ile uyruk durumları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark saptanmıştır ($X^2=81.528$, $p=0.000$; $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %5.7'nin okuma-yazma bilmediği, %11.4'nün okuma yazmasını olduğu, %35.2'nin ilkokul mezunu, %35.2'nin ortaokul mezunu, %12.4'nün lise mezunu oldukları belirlenmiştir. Yabancı uyruklu annelerin ise %15.2'nin okuma yazmasının olmadığı, %54.3'ünün okuma yazma bildiği, %29.5'nin ilkokul mezunu, %1.0'nın ortaokul mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo3.1.).

Eşin mesleği ile uyruk arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=24.749$; $p=0.000$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin eşlerinin %49.5'i işçi, %1.9'u

emekli, %34.3'ü serbest meslek, %3.8'i öğrenci, %10.5'i çalışmıyor iken; yabancı uyruklu annelerin eşlerinin %70.5'nin işçi, %4.8'nin emekli, %9.5'nin serbest meslek, %15.2'nin çalışmıyor olduğu belirlenmiştir (Tablo3.1.).

Tablo 3.2. Adölesan Gebelerin Eşlerine ve Evliliklerine Ait Bulgular

Gruplar		Türk		Yabancı		Toplam		P
		n	%	n	%	n	%	
Eşin Öğrenim Durumu	Okuma Yazma Yok	1	1.0	4	3.8	5	2.4	$X^2=73.698$ $p=0.000$
	Okuma Yazma Var	10	9.5	40	38.1	50	23.8	
	İlkokul	31	29.5	55	52.4	86	41.0	
	Ortaokul	29	27.6	2	1.9	31	14.8	
	Lise	34	32.4	4	3.8	38	18.1	
Aile Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	30	28.6	30	28.6	60	28.6	$X^2=0.000$ $p=0.561$
	Gelir Gidere Denk	75	71.4	75	71.4	150	71.4	
Eş ile Akrabalık Durumu	Evet	37	35.2	35	33.3	72	34.3	$X^2=0.085$ $p=0.442$
	Hayır	68	64.8	70	66.7	138	65.7	
Evlilik Şekli	Görücü Usulü	31	29.5	44	41.9	75	35.7	$X^2=3.505$ $p=0.042$
	Severek-anlaşarak	74	70.5	61	58.1	135	64.3	
Nikah Türü	Medeni Nikah	2	1.9	1	1.0	3	1.4	$X^2=30.307$ $p=0.000$
	İmam Nikahı	41	39.0	77	73.3	118	56.2	
	Medeni+nikah	61	58.1	23	21.9	84	40.0	
	Nikah Yok	1	1.0	4	3.8	5	2.4	
Kaç Kış ile Yaşadığı	1-3	60	57.1	13	12.4	73	34.8	$X^2=49.547$ $p=0.000$
	4-6	40	38.1	69	65.7	109	51.9	
	7 ve Üzeri	5	4.8	23	21.9	28	13.3	

Tablo 3.2.'de adölesan annelerin eşlerine ve evliliklerine ait bulgular verilmiştir; Tabloya göre eşlerin öğrenim durumu ile uyrukları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($X^2=73.698$; $p=0.000$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin eşlerinin %1.0'ı okuma-yazma bilmiyorken, %9.5'nin okuma-yazmasının olduğu, %29.5'nin ilkokul mezunu, %27.6'nın ortaokul mezunu,

%32.4'nün lise mezunu olduğu saptanmış; yabancı uyruklu annelerin eşlerinin ise %3.8'nin okuma yazma bilmiyorken, %38.1'inin okuma yazma bildiği, %52.4'ü ilkokul mezunu, %1.9'u ortaokul mezunu, %3.8'i lise mezunu olduğu saptanmıştır.

Aile gelir durumu ile uyruk arasında karşılaştırma yapıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.000$; $p=0.561$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %28.6'sının geliri giderden az, %71.4'ünün geliri gidere denk; yabancı uyruklu annelerin %28.6'sının gelir giderden az, %71.4'ünün gelirinin gidere denk olduğu görülmüştür (Tablo 3.2).

Akraba evliliği yapma durumu ile uyruk arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.085$; $p=0.442$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %35.2'nin akraba evliliği yaptığı, yabancı uyruklu annelerin ise %33.3'nün akraba evliliği yaptığı saptanmıştır. Evlilik şekli ile uyruk arasında da anlamlı fark saptanmıştır ($X^2=3.505$; $p=0.042$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %29.5'nin görücü usulü evlenmişken, yabancı uyruklu annelerin %41.9'nun görücü usulü evlilik yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 3.2).

Nikah türü ile uyruk arasında karşılaştırma yapıldığında, aralarında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($X^2=30.307$, $p=0.000$; $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %1.9'unun medeni nikah, %39.0'mın imam nikahı, %58.1'inin medeni + imam nikahı, %1.0'mın eşleri ile aralarında nikah olmadığı belirlenmişken; yabancı uyruklu annelerin ise %1.0'mın medeni nikah, %73.3'ünün imam nikahı, %21.9'unun medeni + imam nikahı, %3.8'inin eşleri ile aralarında nikah olmadığı saptanmıştır. Ailelerinin kaç kişilik olduğu ile uyruk arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=49.547$; $p=0.000$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %57.1'i 1-3 kişilik ailede, %38.1'inin 4-6 kişilik ailede, %4.8'inin 7 ve üzeri kişiden oluşan ailede yaşarken; yabancı uyruklu annelerin ise %12.4'ünün 1-3 kişilik, %65.7'sinin 4-6 kişilik, %21.9'unun 7 ve üzeri kişiden oluşan ailede yaşadığı saptanmıştır (Tablo 3.2.)

Tablo 3.3. Adölesan Annelerin Obstetrik Özelliklerine Ait Bulgular

Gruplar		Türk		Yabancı		Toplam		P
		N	%	n	%	N	%	
İlk Adet Yaşı	12 ve altı	42	40.0	12	11.4	54	25.7	$X^2=30.512$ $p=0.000$
	13-14 yaş	31	29.5	67	63.8	98	46.7	
	15 ve üzeri	32	30.5	26	24.8	58	27.6	
Evlilik Yaşı	15 yaş	4	3.8	16	15.2	20	9.5	$X^2=18.496$ $p=0.000$
	16 yaş	38	36.2	43	41.0	81	38.6	
	17 yaş	47	44.8	44	41.9	91	43.3	
	18 yaş	16	15.2	2	1.9	18	8.6	
İlk Gebelik Yaşı	16 ve altı	22	21.0	32	30.5	54	25.7	$X^2=4.145$ $p=0.126$
	17 yaş	45	42.9	47	44.8	92	43.8	
	18 yaş	38	36.2	26	24.8	64	30.5	
Toplam Gebelik Sayısı	1	57	54.3	61	58.1	118	56.2	$X^2=6.553$ $p=0.038$
	2	45	42.9	33	31.4	78	37.1	
	3	3	2.9	11	10.5	14	6.7	
Canlı Doğum Sayısı	1	81	77.1	83	79.0	164	78.1	$X^2=0.111$ $p=0.434$
	2-3	24	22.9	22	21.0	46	21.9	
Düşük Sayısı	0	86	81.9	83	79.0	169	80.5	$X^2=0.273$ $p=0.364$
	1-2	19	18.1	22	21.0	41	19.5	
Küretaj Sayısı	0	99	94.3	99	94.3	198	94.3	$X^2=0.000$ $p=0.616$
	1	6	5.7	6	5.7	12	5.7	
Yaşayan Çocuk Sayısı	0	0	0.0	3	2.9	3	1.4	$X^2=3.093$ $p=0.213$
	1	81	77.1	80	76.2	161	76.7	
	2-3	24	22.9	22	21.0	46	21.9	
Ölü Doğum Sayısı	0	105	100.0	101	96.2	206	98.1	$X^2=4.078$ $p=0.061$
	1	0	0.0	4	3.8	4	1.9	
Düzenli Sağlık Kontrolüne Gitme Durumu	Hayır	52	49.5	77	73.3	129	61.4	$X^2=12.561$ $p=0.000$
	Evet	53	50.5	28	26.7	81	38.6	
Gebelikten Önce Sağlık Sorunu Olma Durumu	Hayır	95	90.5	98	93.3	193	91.9	$X^2=0.576$ $p=0.307$
	Evet	10	9.5	7	6.7	17	8.1	

Tablo 3.3.de adölesan annelerin obstetrik özelliklerine ait bulgular verilmiştir. Tabloya göre ilk adet yaşı ile uyruk arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=30.512$; $p=0.000$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin ilk adet yaşına bakıldığında %40.0'nın 12 yaşında ve 12 yaşın altında, %29.5'inin 13-14 yaşında, %30.5'inin 15 yaşında ve 15 yaşın üzerinde olduğu saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %11.4'ünün 12 yaş ve 12 yaşında altında, %63.8'i 13-14 yaşında, %24.8'inin 15 ve üzerinde olduğu görülmüştür (Tablo 3.3).

Evlilik yaşı ile uyruk arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=18.496$; $p=0.000$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %3.8'inin 15 yaşında,

%36.2'sinin 16 yaşında, %44.8'inin 17 yaşında, %15.2'si 18 yaşında evlendiği belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %15.2'sinin 15 yaşında, %41.0'mının 16 yaşında, %41.9'unun 17 yaşında, %1.9' unun 18 evlendiği saptanmıştır(Tablo 3.3).

Tabloya göre ilk gebelik yaşı ile uyruk arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=4.145$; $p=0.126$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %21.0'mının 16 yaşında ve 16 yaşın altında, %42.9'u 17 yaşında, %36.2'si 18 yaşında ilk gebeliklerini yaşadığı belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin %30.5'i 16 yaşında ve 16 yaşın altında, %44.8'i 17 yaşında, %24.8'inin 18 yaşında ilk gebeliğini yaşadığı görülmektedir (Tablo 3.3).

Tabloya göre toplam gebelik sayısı ile uyruk arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=6.553$; $p=0.038$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %54.3'ünün 1 gebelik, %42.9'unun 2 gebelik, %2.9'unun 3 gebelik yaşadığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin %58.1'inin 1 gebelik, %31.4'ünün 2 gebelik, %10.5'inin 3 gebelik yaşadığı belirlenmiştir. Türkiye Cumhuriyeti uyruklu anneler ile yabancı uyruklu annelerin yaptıkları canlı doğum sayısı ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.111$; $p=0.434$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %77.1'inin 1 canlı doğum, %22.9'unun 2-3 canlı doğum yaptığı belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %79.0'mının 1 canlı doğumu, %21.0'mının 2-3 canlı doğumu olduğu görülmektedir(Tablo 3.3).

Annelerin düşük sayısı ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.273$; $p=0.364$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %81.9'unun hiç düşük yapmadığı, %18.1'inin 1-2 düşük yaptığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %79.0'unun hiç düşük yapmadığı, %21.0'mının 1-2 düşük yaptığı görülmektedir (Tablo 3.3).

Annelerin küretaj sayısı ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.000$; $p=0.616$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %94.3' ünün 0 küretaj yaptığı, %5.7'sinin 1 küretaj yaptığı belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %94.3'ünün hiç küretaj yapmadığı, %5.7'sinin 1 küretaj yaptığı görülmektedir.

Annelerin yaşıyan çocuk sayısı ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=3.093$; $p=0.213$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %77.1'inin 1 yaşıyan çocuğu, %22.9'unun 2-3 yaşıyan çocuğu; yabancı uyruklu annelerin ise %2.9'unun hiç yaşıyan çocuğu olmadığı, %76.2'sinin 1 yaşıyan çocuğu, %21.0'ının 2-3 yaşıyan çocuğu olduğu görölmektedir. Annelerin yaptıkları ölü doğum sayısı ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=4.078$; $p=0.061$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %100.0'ının hiç ölü doğum yapmadığı; yabancı uyruklu annelerin ise %96.2'sinin hiç ölü doğum yapmadığı, %3.8'inin ise en az 1 ölü doğum yaptığı görölmektedir (Tablo 3.3).

Annelerin düzenli sağıık kontrolüne gitme durumu ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=12.561$; $p=0.000$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %49.5'i düzenli sağıık kontrolüne gitmezken, %50.5'inin düzenli olarak sağıık kontrolüne gittiği saptanmış; yabancı uyruklu annelerin ise %73.3'ünün düzenli olarak sağıık kontrolüne gitmediği, %26.7'sinin düzenli olarak sağıık kontrolüne gittiği belirlenmiştir (Tablo 3.3).

Annelerin gebelikten önce sağıık sorunu olma durumu ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.576$; $p=0.307$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %90.5'inin gebelikten önce herhangi bir sağıık sorunu olmadığı belirlenirken, %9.5'inin gebelikten önce sağıık sorununun olduğu saptanmış; yabancı uyruklu annelerin ise %93.3'ünün gebelikten önce sağıık sorunu olmadığı belirlenirken %6.7'sinin gebelikten önce sağıık sorunu olduğu görölmektedir (Tablo 3.3).

Tablo 3.4. Adölesan Annelerin Aile Planlamasına Ait Bulgular

Gruplar		Türk		Yabancı		Toplam		P
		n	%	n	%	n	%	
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Hayır	39	37.1	57	54.3	96	45.7	$X^2=6.217$
	Evet	66	62.9	48	45.7	114	54.3	$p=0.009$
Korunma Yöntemi Kullanma Durumu	Hayır	79	75.2	46	43.8	125	59.5	$X^2=21.524$
	Evet	26	24.8	59	56.2	85	40.5	$p=0.000$
Geleneksel Yöntemler	Evet	35	44.3	38	82.6	73	58.4	$X^2=17.558$
	Hayır	44	55.7	8	17.4	52	41.6	$p=0.000$
Prezervatif	Evet	24	30.4	20	43.5	44	35.2	$X^2=2.187$
	Hayır	55	69.6	26	56.5	81	64.8	$p=0.100$
Rahim İçi Araç	Evet	5	6.3	0	0.0	5	4.0	$X^2=3.033$
	Hayır	74	93.7	46	100.0	120	96.0	$p=0.096$
Doğum Kontrol Hapları	Evet	40	50.6	7	15.2	47	37.6	$X^2=15.541$
	Hayır	39	49.4	39	84.8	78	62.4	$p=0.000$
Diğer	Evet	2	2.5	0	0.0	2	1.6	$X^2=1.183$
	Hayır	77	97.5	46	100.0	123	98.4	$p=0.398$

Tablo 3.4’de adölesan annelerin aile planlamasına ait bulgular verilmiştir. Tablo 3.4. incelendiğinde annelerin gebeliğin planlı olma durumu ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=6.217$; $p=0.009$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %37.1’inin gebeliğinin planlanmamış olduğu, %62.9’unun gebeliğinin planlanmış olduğu; yabancı uyruklu annelerin ise %54.3’ünün gebeliğinin planlanmamış olduğu, %45.7’sinin gebeliğinin planlanmış gebelik olduğu saptanmıştır.

Tablo 3.4. incelendiğinde annelerin gebelikten korunma yöntemi kullanma durumu ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=21.524$; $p=0.000$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %75.2’sinin gebelikten korunma yöntemlerini kullanmadığı, %24.8’inin gebelikten korunma yöntemi kullandığı belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %43.8’inin gebelikten korunma yöntemi kullanmadığı, %56.2’sinin gebelikten korunma yöntemi kullandığı görülmektedir (Tablo 3.4).

Annelerin geleneksel yöntemler kullanarak gebelikten korunma yöntemi ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=17.558$; $p=0.000$, $p<0.05$). Türkiye

Cumhuriyeti uyruklu annelerin %44.3'ü geleneksel yöntemler ile gebelikten korunurken, %55.7'sinin geleneksel yöntemleri uygulamadığı; yabancı uyruklu annelerin ise %82.6'sı geleneksel yöntemler ile gebelikten korunuyorken, %17.4'ünün geleneksel yöntemleri uygulamadığı görülmektedir (Tablo 3.4).

Annelerin prezervatif kullanımı ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=2.187$; $p=0.100$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %30.4'ünün prezervatif kullandığı, %69.6'sının prezervatif kullanmadığı belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %43.5'i prezervatif kullanıyorken, %56.5'inin prezervatif kullanmadığı görülmektedir (Tablo 3.4).

Tabloya göre annelerin rahim içi araç kullanımı ile uyrukları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=3.033$; $p=0.096$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %6.3'ünün rahim içi araç kullandığı, %93.7'sinin rahim içi araç kullanmadığı belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %100.0'nın rahim içi araç kullanmadığı görülmektedir (Tablo 3.4).

Annelerin oral kontraseptif kullanımı ile uyrukları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=15.541$; $p=0.000$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %50.6'sının oral kontraseptif kullandığı, %49.4'ünün doğum oral kontraseptif kullanmadığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %15.2'sinin oral kontraseptif kullandığı %84.8'inin oral kontraseptif kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 3.4).

Annelerin diğer gebelikten korunma yöntemleri (3 aylık iğne, kadın kondomu, spermisit gibi) ile uyrukları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=1.183$; $p=0.398$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %2.5'inin diğer korunma yöntemlerini kullandığı %97.5'inin diğer korunma yöntemlerini kullanmadığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %100.0'nın diğer korunma yöntemlerini kullanmadığı görülmektedir (Tablo 3.4).

Tablo 3.5. Adölesan Annelerin Gebelikte Aldığı Eğitim Bulguları

Gruplar		Türk		Yabancı		Toplam		P
		n	%	n	%	N	%	
Gebelikte Görülen Fiziksel Değişiklikler	Evet	12	11.4	29	27.6	41	19.5	$\chi^2=8.759$
	Hayır	93	88.6	76	72.4	169	80.5	$p=0.002$
Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler	Evet	8	7.6	29	27.6	37	17.6	$\chi^2=14.468$
	Hayır	97	92.4	76	72.4	173	82.4	$p=0.000$
Doğum Eylemi	Evet	44	41.9	73	69.5	117	55.7	$\chi^2=16.231$
	Hayır	61	58.1	32	30.5	93	44.3	$p=0.000$
Bebek Bakımı	Evet	45	42.9	51	48.6	96	45.7	$\chi^2=0.691$
	Hayır	60	57.1	54	51.4	114	54.3	$p=0.244$
Anne Sütü Ve Emzirme	Evet	52	49.5	48	45.7	100	47.6	$\chi^2=0.305$
	Hayır	53	50.5	57	54.3	110	52.4	$p=0.339$
Diğer	Evet	0	0.0	1	1.0	1	0.5	$\chi^2=1.005$
	Hayır	105	100.0	104	99.0	209	99.5	$p=0.500$
Hiçbiri	Evet	14	13.3	12	11.4	26	12.4	$\chi^2=0.176$
	Hayır	91	86.7	93	88.6	184	87.6	$p=0.417$

Tablo 3.5.'de adölesan annelerin gebelikte aldığı eğitim bulgularına ait özellikler verilmiştir. Tablo incelendiğinde; annelerin gebelikte görülen fiziksel değişiklikler hakkında eğitim alma durumu ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=8.759$; $p=0.002$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %11.4'ünün fiziksel değişiklikler hakkında eğitim aldığı, %88.6'sının fiziksel değişiklikler hakkında eğitim almadığı belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %27.6'sının fiziksel değişiklikler hakkında eğitim aldığı, %72.4'ünün fiziksel değişiklikler hakkında eğitim almadığı görülmektedir (Tablo 3.5).

Annelerin gebelikte görülen psikolojik değişiklikler hakkında eğitim alma durumu ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=14.468$; $p=0.000$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %7.6'sı gebelikte görülen psikolojik değişiklikler hakkında eğitim aldığı, %92.4'ünün gebelikte görülen psikolojik değişiklikler hakkında eğitim almadığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %27.6'sının gebelikte görülen psikolojik değişiklikler hakkında eğitim aldığı,

%72.4'ünün psikolojik değişiklikler hakkında eğitim almadığı görölmektedir (Tablo 3.5).

Annelerin doğum eylemi hakkında eğitim alma durumu ile uyrukları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=16.231$; $p=0.000.p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %41.9'unun doğum eylemi hakkında eğitim aldığı %58.1'inin doğum eylemi hakkında eğitim almadığı, yabancı uyruklu annelerin ise %69.5'inin doğum eylemi hakkında eğitim aldığı, %30.5'inin doğum eylemi hakkında eğitim almadığı görölmektedir (Tablo 3.5).

Annelerin bebek bakımı hakkında eğitim alma durumu ile uyrukları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=0.691$; $p=0.244.p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %42.9'unun bebek bakımı hakkında eğitim aldığı, %57.1'inin bebek bakımı hakkında eğitim almadığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %48.6'sının bebek bakımı hakkında eğitim aldığı, %51.4'ünün bebek bakımı hakkında eğitim almadığı görölmektedir (Tablo 3.5).

Annelerin anne sütü ve emzirme hakkında eğitim alma durumu ile uyrukları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=0.305$; $p=0.339.p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %49.5'inin anne sütü ve emzirme hakkında eğitim aldığı, %50.5'inin anne sütü ve emzirme hakkında eğitim almadığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %45.7'si anne sütü ve emzirme hakkında eğitim aldığı, %54.3'ünün anne sütü ve emzirme hakkında eğitim almadığı görölmektedir (Tablo 3.5).

Annelerin diğer konular hakkında bilgi alma durumu ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=1.005$; $p=0.500.p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %100.0'ının diğer eğitimler hakkında bilgi almadığı belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %1.0'ının diğer eğitimler hakkında bilgi aldığı, %99.0'ının diğer eğitimler hakkında bilgi almadığı görölmektedir. Annelerin hiçbir konu hakkında eğitim alma durumu ve uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.176$; $p=0.417.p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %13.3'ü hiçbir konu hakkında eğitim almamışken, yabancıların %11.4'ünün hiçbir konuda eğitim almadığı görölmektedir (Tablo 3.5). .

Tablo 3.6. Adölesan Annelerin Gebelikte Almak istediği Eğitim Bulguları

Gruplar		Türk		Yabancı		Toplam		P
		N	%	n	%	n	%	
Gebelikte Görülen Fiziksel Değişikler	Evet	31	29.5	31	29.5	62	29.5	$X^2=0.000$
	Hayır	74	70.5	74	70.5	148	70.5	$p=0.560$
Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler	Evet	35	33.3	35	33.3	70	33.3	$X^2=0.000$
	Hayır	70	66.7	70	66.7	140	66.7	$p=0.558$
Doğum Eylemi	Evet	86	81.9	97	92.4	183	87.1	$X^2=5.143$
	Hayır	19	18.1	8	7.6	27	12.9	$p=0.019$
Bebek Bakımı	Evet	90	85.7	94	89.5	184	87.6	$X^2=0.702$
	Hayır	15	14.3	11	10.5	26	12.4	$p=0.265$
Anne Sütü ve Emzirme	Evet	71	67.6	84	80.0	155	73.8	$X^2=4.163$
	Hayır	34	32.4	21	20.0	55	26.2	$p=0.030$
Diğer	Evet	3	2.9	0	0.0	3	1.4	$X^2=3.043$
	Hayır	102	97.1	105	100.0	207	98.6	$p=0.123$
Hiçbiri	Evet	2	1.9	0	0.0	2	1.0	$X^2=2.019$
	Hayır	103	98.1	105	100.0	208	99.0	$p=0.249$

Tablo 3.6.'da adölesan annelerin gebelikte almak istediği eğitim bulguları verilmiştir. Annelerin gebelikte görülen fiziksel değişiklikler hakkında eğitim alma isteği ile uyruklar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.000$; $p=0.560$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %29.5'i gebelikte görülen fiziksel değişiklikler hakkında eğitim almak isterken, %70.5'inin gebelikte görülen fiziksel değişiklikler hakkında eğitim almak istemediği saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %29.5'i gebelikte görülen fiziksel değişiklikler hakkında eğitim almak isterken, %70.5'inin gebelikte görülen fiziksel değişiklikler hakkında eğitim almak istemediği görülmektedir.

Annelerin gebelikte görülen psikolojik değişiklikler hakkında eğitim alma isteği ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.000$; $p=0.558$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %33.3'ü gebelikte görülen psikolojik değişiklikler hakkında eğitim almak isterken, %66.7'sinin gebelikte görülen psikolojik değişiklikler hakkında eğitim almak istemediği saptanmış; yabancı uyruklu annelerin ise %33.3'ü gebelikte görülen psikolojik değişiklikler hakkında eğitim almak isterken,

%66.7' sinin gebelikte görülen psikolojik değişiklikler hakkında eğitim almak istemediği görülmektedir (Tablo 3.6).

Annelerin doğum eylemi hakkında eğitim alma isteği ile uyruk arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=5.143$; $p=0.019$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %81.9'u doğum eylemi hakkında eğitim almak istediği, %18.1'inin doğum eylemi hakkında eğitim almak istemediği belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %92.4'ü doğum eylemi hakkında eğitim almak istediği, %7.6'sının doğum eylemi hakkında eğitim almak istemediği belirlenmektedir (Tablo 3.6).

Annelerin bebek bakımı hakkında eğitim alma isteği ile uyukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.702$; $p=0.265$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %85.7'sinin bebek bakımı hakkında eğitim almak istediği, %14.3'ünün bebek bakımı hakkında eğitim almak istemediği belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin %89.5'inin bebek bakımı hakkında eğitim almak istediği %10.5'inin bebek bakımı hakkında eğitim almak istemediği görülmektedir (Tablo 3.6).

Annelerin anne sütü ve emzirme hakkında eğitim alma isteği ile uyukları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=4.163$; $p=0.030$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %67.6'inin anne sütü ve emzirme hakkında eğitim almak istediği %32.4'ünün anne sütü ve emzirme hakkında eğitim almak istemediği belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %80.0'mın anne sütü ve emzirme hakkında eğitim almak istediği, %20.0'mın anne sütü ve emzirme hakkında eğitim almak istemediği görülmektedir (Tablo 3.6).

Annelerin diğer konular hakkında eğitim alma isteği ile uyukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=3.043$; $p=0.123$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %2.9'unun diğer konular hakkında eğitim almak istediği, %97.1'inin diğer konular hakkında eğitim almak istemediği belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %100.0'mın diğer konular hakkında eğitim almak istemediği görülmektedir. Annelerin hiçbir konu hakkında bilgi almak istemesi ile uyukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=2.019$; $p=0.249$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %1.9'unun hiçbir konu hakkında bilgi almak istediği, %98.1'inin hiçbir konu hakkında bilgi almak istemediği saptanırken; yabancı uyruklu

annelerin ise %100.0'mın hiçbir konu ile ilgili konular hakkında eğitim almak istemediği görülmektedir (Tablo 3.6).

Tablo 3.7. Adölesan Annelerin Son Gebeliğine İlişkin Bulgular

Gruplar		Türk		Yabancı		Toplam		P
		N	%	n	%	N	%	
Gebelikten Önce Folik Asit Kullanımı	Hayır	98	93.3	96	91.4	194	92.4	$X^2=0.271$
	Evet	7	6.7	9	8.6	16	7.6	$p=0.398$
Vitamin Kullanımı Durumu	Hayır	56	53.3	77	73.3	133	63.3	$X^2=9.043$
	Evet	49	46.7	28	26.7	77	36.7	$p=0.002$
Demir İlacı Kullanımı	Hayır	30	28.6	62	59.0	92	43.8	$X^2=19.808$
	Evet	75	71.4	43	41.0	118	56.2	$p=0.000$
Sigara Kullanma Durumu	Hayır	77	73.3	88	83.8	165	78.6	$X^2=3.422$
	Evet	28	26.7	17	16.2	45	21.4	$p=0.046$
İlk Gebelikte Emzirme Karar Zamanı	Gebelikten Önce	5	4.8	11	10.5	16	7.6	$X^2=2.551$ $p=0.279$
	Gebelik Sırasında	80	760.2	77	73.3	157	74.8	
	Doğumdan Sonra	20	19.0	17	16.2	37	17.6	
İlk Gebelikte Bebek Bakımı Bilgi Alma Durumu	Hayır	86	81.9	77	73.3	163	77.6	$X^2=2.220$
	Evet	19	18.1	28	26.7	47	22.4	$p=0.092$

Tablo 3.7.'de adölesan annelerin son gebeliğine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Tabloya göre; annelerin gebelikten önce folik asit kullanımı ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.271$; $p=0.398$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %93.3'ünün gebelikte önce folik asit kullanmadığı %6.7'sinin gebelikten önce folik asit kullandığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %91.4'ünün gebelikten önce folik asit kullanmadığı %8.6'sının gebelikte önce folik asit kullandığı görülmektedir.

Annelerin gebelikte vitamin kullanımı durumu ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=9.043$; $p=0.002$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %53.3'ünün gebelikte vitamin kullanmadığı, %46.7'sinin gebelikte vitamin kullandığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %73.3'ünün gebelikte vitamin kullanmadığı, %26.7'sinin gebelikte vitamin kullandığı görülmektedir (Tablo 3.7).

Annelerin demir ilacı kullanımı ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=19.808$; $p=0.000$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %28.6'sının gebelikte demir ilacı kullanmadığı, %71.4'ünün gebelikte demir ilacı kullandığı belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %59.0'ının gebelikte demir ilacı kullanmadığı, %41.0'ının gebelikte demir ilacı kullandığı görülmektedir (Tablo 3.7).

Annelerin gebelikte sigara kullanma durumu ile uyruk arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=3.422$; $p=0.046$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %73.3'ünün gebelikte sigara kullanmadığı, %26.7'sinin gebelikte sigara kullandığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %83.8'inin gebelikte sigara kullanmadığı, %16.2'sinin gebelikte sigara kullandığı görülmektedir (Tablo 3.7).

Annelerin ilk gebelikte emzirmeye karar zamanı ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=2.551$; $p=0.279$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %4.8'i gebelikten önce, %76.2'si gebelik sırasında, %19.0'ı doğumdan sonra emzirmeye karar verdiği belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %10.5'i gebelikten önce, %73.3'ü gebelik sırasında, %16.2'sinin doğumdan sonra emzirmeye karar verdiği görülmektedir (Tablo 3.7).

Annelerin ilk gebelikte bebek bakımı hakkında bilgi alma durumu ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=2.220$; $p=0.092$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %81.9'unun ilk gebelikte bebek bakımı hakkında bilgi almadığı, %18.1'i ilk gebelikte bebek bakımı hakkında bilgi aldığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin %73.3'ü ilk gebelikte bebek bakımı hakkında bilgi almadığı, %26.7'sinin ilk gebelikte bebek bakımı hakkında bilgi aldığı görülmektedir (Tablo 3.7).

Tablo 3.8. Adölesan Annelerin Aldıkları Eğitimlerin Bilgi Kaynaklarına Ait Bulgular

Gruplar		Türk		Yabancı		Toplam		P
		n	%	n	%	n	%	
Aile Arkadaş	Evet	62	72.1	62	80.5	124	76.1	$X^2=1.585$ $p=0.141$
	Hayır	24	27.9	15	19.5	39	23.9	
Sağlık Ocağı	Evet	16	18.6	15	19.5	31	19.0	$X^2=0.020$ $p=0.522$
	Hayır	70	81.4	62	80.5	132	81.0	
Hastane	Evet	26	30.2	26	33.8	52	31.9	$X^2=0.234$ $p=0.376$
	Hayır	60	69.8	51	66.2	111	68.1	
Kitap	Evet	2	2.3	5	6.5	7	4.3	$X^2=1.717$ $p=0.178$
	Hayır	84	97.7	72	93.5	156	95.7	
İnternet Cd	Evet	58	67.4	32	41.6	90	55.2	$X^2=11.007$ $p=0.001$
	Hayır	28	32.6	45	58.4	73	44.8	
Televizyon	Evet	22	25.6	34	44.2	56	34.4	$X^2=6.215$ $p=0.010$
	Hayır	64	74.4	43	55.8	107	65.6	

Tablo 3.8’de adölesan annelerin aldıkları eğitimlerin kaynağına ait bulgulara yer verilmiştir. Tablo 3.8’e göre; annelerin aile-arkadaş kaynaklı eğitim alma durumu ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=1.585$; $p=0.141$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %72.1’i aile-arkadaş kaynaklı eğitim aldığı, %27.9’unun aile-arkadaş kaynaklı eğitim almadığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %80.5’inin aile-arkadaş kaynaklı eğitim aldığı, %19.5’inin aile-arkadaş kaynaklı eğitim almadığı görülmektedir.

Annelerin aile sağlığı merkezinden eğitim alma durumu ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.020$; $p=0.522$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %18.6’sı aile sağlığı merkezinden eğitim aldığı, %81.4’ünün aile sağlığı merkezinden eğitim almadığı belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %19.5’i aile sağlığı merkezinden eğitim aldığı, %80.5’inin aile sağlığı merkezinden eğitim almadığı görülmektedir (Tablo 3.8).

Annelerin hastaneden eğitim alma durumu ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.234$; $p=0.376$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %30.2’sinin hastaneden eğitim aldığı, %69.8’inin hastaneden eğitim almadığı

belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %33.8'inin hastaneden eğitim aldığı, %66.2'sinin hastaneden eğitim almadığı görülmektedir (Tablo 3.8).

Annelerin kitaptan eğitim alma ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=1.717$; $p=0.178$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %2.3'ünün kitaptan eğitim aldığı, %97.7'sinin kitaptan eğitim almadığı belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %6.5'inin kitaptan eğitim aldığı, %93.5'inin kitaptan eğitim almadığı görülmektedir (Tablo 3.8).

Annelerin internet-CD kaynaklı eğitim alma durumu ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=11.007$; $p=0.001$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %67.4'ünün internet-CD kaynaklı eğitim aldığı, %32.6'sının İnternet-CD kaynaklı eğitim almadığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %41.6'sının İnternet-CD kaynaklı eğitim aldığı, %58.4'ünün İnternet-CD kaynaklı eğitim almadığı görülmektedir (Tablo 3.8).

Annelerin televizyondan eğitim alma ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=6.215$; $p=0.010$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %25.6'sı televizyondan eğitim aldığı, %74.4'ünün televizyondan eğitim almadığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %44.2'sinin televizyondan eğitim aldığı, %55.8'inin televizyondan eğitim almadığı görülmektedir (Tablo 3.8).

Tablo 3.9. Adölesan Annenin Gebelikte Yaşadığı Problemler

Gruplar		Türk		Yabancı		Toplam		P
		n	%	n	%	n	%	
Gebelikte Kanama	Yok	68	64.8	82	78.1	150	71.4	$X^2=4.573$
	Var	37	35.2	23	21.9	60	28.6	$\bar{p}=0.023$
Gebelikte Yüksek Tansiyon	Var	17	16.2	17	16.2	34	16.2	$X^2=0.000$
	Yok	88	83.8	88	83.8	176	83.8	$\bar{p}=0.574$
Preeklamsi	Yok	98	93.3	100	95.2	198	94.3	$X^2=0.354$
	Var	7	6.7	5	4.8	12	5.7	$\bar{p}=0.384$
Eklamsi	Yok	105	100.0	103	98.1	208	99.0	$X^2=2.019$
	Var	0	0.0	2	1.9	2	1.0	$\bar{p}=0.249$
Plasenta Dekolmanı	Yok	103	98.1	104	99.0	207	98.6	$X^2=0.338$
	Var	2	1.9	1	1.0	3	1.4	$\bar{p}=0.500$

Tablo 3.9.'da adölesan annenin gebelikte yaşadığı problemlere yer verilmiştir. Tablo incelendiğinde; gebelikte kanama ile uyruk arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=4.573$; $p=0.023$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %64.8'inde kanama olmadığı, %35.2'sinde kanama olduğu belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %78.1'inde kanama olmadığı, %21.9'unda kanama olduğu görülmektedir (Tablo 3.9).

Annelerin gebelikte yüksek tansiyon ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.000$; $p=0.574$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %16.2'sinde gebelikte yüksek tansiyon olduğu, %83.8'inde gebelikte yüksek tansiyon olmadığı belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %16.2'sinde gebelikte yüksek tansiyon olduğu, %83.8'inde gebelikte yüksek tansiyonun olmadığı görülmektedir (Tablo 3.9).

Annelerde preeklampsi görülmesi ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.354$; $p=0.384$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %93.3'ünde gebelikte preeklampsi görülmediği, %6.7'sinde gebelikte preeklampsi görüldüğü saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %95.2'sinde gebelikte preeklampsi olmadığı, %4.8'inde gebelikte preeklampsi olduğu görülmektedir (Tablo 3.9).

Annelerde eklampsi görülmesi ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=2.019$; $p=0.249$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %100.0'ında gebelikte eklampsi olmadığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %98.1'inde gebelikte eklampsi olmadığı, %1.9'unda gebelikte eklampsi olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.9).

Annelerde plasenta dekolmanı görülmesi ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.338$; $p=0.500$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %98.1'inde plasenta dekolmanı olmadığı, %1.9'unda plasenta dekolmanı olduğu; yabancı uyruklu annelerin ise %99.0'ında plasenta dekolmanı olmadığı, %1.0'ında plasenta dekolmanı olduğu saptanmıştır (Tablo 3.9).

Tablo 3.10. Adölesan Annelerin Doğumlarına İlişkin Bulgular

Gruplar			Türk		Yabancı		Toplam		P
			n	%	n	%	n	%	
Doğum Şekli	Vajinal Doğum	Müdahalesiz	49	46.7	48	45.7	97	46.2	$X^2=0.761$ $p=0.683$
	Vajinal Doğum	Müdahaleli	4	3.8	2	1.9	6	2.9	
	Sezeryan		52	49.5	55	52.4	107	51.0	
Fetal Distres	Evet		8	7.6	13	12.4	21	10.0	$X^2=1.323$
	Hayır		97	92.4	92	87.6	189	90.0	$\bar{p}=0.179$
Makat Prezantasyon	Evet		7	6.7	9	8.6	16	7.6	$X^2=0.271$
	Hayır		98	93.3	96	91.4	194	92.4	$\bar{p}=0.398$
Baş-Pelvis Uygunsuzluğu	Evet		10	9.5	14	13.3	24	11.4	$X^2=0.753$
	Hayır		95	90.5	91	86.7	186	88.6	$p=0.258$
Tekrarlayan Sezeryan	Evet		17	16.2	16	15.2	33	15.7	$X^2=0.036$
	Hayır		88	83.8	89	84.8	177	84.3	$\bar{p}=0.500$
İri Bebek	Evet		5	4.8	1	1.0	6	2.9	$X^2=2.745$
	Hayır		100	95.2	104	99.0	204	97.1	$\bar{p}=0.106$
İlerlemeyen Eylem	Evet		2	1.9	4	3.8	6	2.9	$X^2=0.686$
	Hayır		103	98.1	101	96.2	204	97.1	$\bar{p}=0.341$
Çoğul Gebelik	Evet		0	0.0	1	1.0	1	0.5	$X^2=1.005$
	Hayır		105	100.0	104	99.0	209	99.5	$\bar{p}=0.500$
Plasenta Dekolmanı	Evet		2	1.9	0	0.0	2	1.0	$X^2=2.019$
	Hayır		103	98.1	105	100.0	208	99.0	$\bar{p}=0.249$
Kordon Prolapsusu	Evet		1	1.0	2	1.9	3	1.4	$X^2=0.338$
	Hayır		104	99.0	103	98.1	207	98.6	$\bar{p}=0.500$
Doğumda Komplikasyon	Yok		101	96.2	102	97.1	203	96.7	$X^2=0.148$
	Var		4	3.8	3	2.9	7	3.3	$p=0.500$

Tablo 3.10’da adölesan annelerin doğumlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Tabloya göre; annelerin doğum şekli ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.761$; $p=0.683$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %46.7’si müdahalesiz vajinal doğum, %3.8’si müdahaleli(vakum,forceps), vajinal doğum, %49.5’inin sezeryan doğum yapmış olduğu belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %45.7’si müdahalesiz vajinal doğum, %1.9’u müdahaleli(vakum,forceps) vajinal doğum, %52.4’ünün sezeryan doğum yaptığı belirlenmiştir.

Annelerde fetal distres görülmesi ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=1.323$; $p=0.179$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %7.6’sında fetal olduğu, %92.4’ünde fetal distres olmadığı belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %12.4’ünde fetal distres olduğu, %87.6’sında fetal distres olmadığı saptanmıştır (Tablo 3.10).

Annelerde makat prezentasyon görülmesi ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.271$; $p=0.398$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %6.7’sinde makat prezentasyonu olduğu %93.3’ünde makat prezentasyonu olmadığı belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %8.6’sında makat prezentasyonu olduğu, %91.4’ünde makat prezentasyonu olmadığı saptanmıştır (Tablo 3.10).

Annelerde baş-pelvis uygunsuzluğu ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.753$; $p=0.258$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %9.5’inde baş pelvis uygunsuzluğu olduğu %90,5’inde baş pelvis uygunsuzluğu olmadığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %13.3’ünde baş pelvis uygunsuzluğu olduğu, %86.7’sinde baş pelvis uygunsuzluğu olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3.10).

Annelerde tekrarlayan sezeryan ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.036$; $p=0.500$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %16.2’sinde tekrarlayan sezeryan olduğu, %83.8’inde tekrarlayan sezeryan olmadığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %15.2’inde tekrarlayan sezeryan olduğu, %84.8’inde tekrarlayan sezeryan olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3.10).

Annelerde iri bebek ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=2.745$; $p=0.106$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %4.8'inin iri bebeği olduğu, %95.2'sinin iri bebeği olmadığı belirlenirken; yabancı uyruklu annelerin ise %1.0'ının iri bebeği olduğu %99.0'ının iri bebeği olmadığı görülmektedir (Tablo 3.10).

Annelerde ilerlemeyen eylem ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.686$; $p=0.341$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %1.9'unun doğumunda ilerlemeyen eylem olduğu, %98.1'inin doğumunda ilerlemeyen eylem olmadığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %3.8'inin doğumunda ilerlemeyen eylem olduğu %96.2'sinin doğumunda ilerlemeyen eylem olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3.10).

Annelerin çoğul gebelik ile uyrukları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($X^2=1.005$; $p=0.500$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %100,0'ında çoğul gebelik olmadığı; yabancı uyruklu annelerin ise %1.0'ında çoğul gebelik olduğu, %99.0'ında çoğul gebelik olmadığı belirlenmektedir (Tablo 3.10).

Annelerde plasenta dekolmanı ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=2.019$; $p=0.249$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %1.9'unda plasenta dekolmanı olduğu %98.1'inde plasenta dekolmanı olmadığı; yabancı uyruklu annelerin ise %100.0'ı plasenta dekolmanı olmadığı saptanmıştır (Tablo 3.10).

Annelerin gebelikte kordon prolabsusu ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.338$; $p=0.500$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %1.0'ının doğumunda kord prolabsusu olduğu, %99.0'ının doğumunda kord prolabsusu olmadığı saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %1.9'unun doğumunda kord prolabsusu olduğu, %98.1'nin doğumunda kord prolabsusu olmadığı saptanmıştır (Tablo 3.10).

Annelerin doğumda komplikasyon ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.148$; $p=0.500$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %96.2'sinin doğumunda komplikasyon olmadığı, %3.8'inin doğumunda komplikasyon

olduğu; yabancı uyruklu annelerin ise %97.1'inde doğumda komplikasyon olmadığı, %2.9'unun doğumunda komplikasyon olduğu görülmektedir (Tablo 3.10).

Tablo 3.11. Adölesan Annelerin Bebeklerine Ait Bulgular

Gruplar		Türk		Yabancı		Toplam		P
		N	%	n	%	n	%	
Bebeğin Apgar Skoru 1dk	7	14	13.3	19	18.1	33	15.7	$X^2=2.526$ $p=0.283$
	8	41	39.0	47	44.8	88	41.9	
	9	50	47.6	39	37.1	89	42.4	
Bebeğin Apgar Skoru 5dk	8	11	10.5	10	9.5	21	10.0	$X^2=0.331$ $p=0.848$
	9	16	15.2	19	18.1	35	16.7	
	10	78	74.3	76	72.4	154	73.3	
Konjenital Anomali	Yok	105	100.0	104	99.0	209	99.5	$X^2=1.005$ $p=0.500$
	Var	0	0.0	1	1.0	1	0.5	
Bebeğin Anne Sütü Alma Durumu	Hayır	14	13.3	14	13.3	28	13.3	$X^2=0.000$ $p=0.580$
	Evet	91	86.7	91	86.7	182	86.7	
Anne Sütüne Başlama Zamanı	Birinci Saatten Sonra	52	49.5	65	61.9	117	55.7	$X^2=3.262$ $p=0.048$
	24. Saatten Sonra	53	50.5	40	38.1	93	44.3	

Tablo 3.11.'de adölesan annelerin bebeklerine ait bulgulara yer verilmiştir. Tablo incelendiğinde; annelerin bebeğinin Apgar skorunun 1. dk ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=2.526$; $p=0.283$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %13.3'ünün 1.dakikasında apgar skorunun 7, %39.0'ının 1.dakikasında apgar skorunun 8, %47.6'nın 1.dakikasında apgar skorunun 9 olduğu saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %18.1'inin 1. dakikasında apgar skorunun 7, %44.8'inin 1.dakikasında apgar skoru 8, %37.1'inin 1.dakikasında apgar skorunun 9 olduğu görülmektedir.

Annelerin bebeğinin apgar skorunun 5.dk ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.331$; $p=0.848$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %10.5'inin 5.dakikasında apgar skorunun 8, %15.2'sinin 5.dakikasında apgar skorunun 9, %74.3'ünün 5.dakikasında apgar skorunun 10 olduğu saptanırken; yabancı uyruklu annelerin ise %9.5'inin 5.dakikasında apgar skorunun 8, %18.1'inin

5.dakikasında apgar skorunun 9, %72.4'ünün 5.dakikasında apgar skorunun 10 olduğu görülmektedir (Tablo 3.11).

Annelerin bebeklerinde konjenital anomali görülmesi ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=1.005$; $p=0.500$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyuklu annelerin %100.0'ında konjenital anomali olmadığı; yabancı uyuklu annelerin ise %99.0'ında konjenital anomali olmadığı, %1.0'ında konjenital anomali olduğu görülmektedir (Tablo 3.11).

Annelerin bebeğinin anne sütü alma durumu ile uyrukları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=0.000$; $p=0.580$, $p>0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyuklu annelerin %13.3'ünün bebeğinin anne sütü almadığı, %86.7'sinin anne sütü aldığı saptanırken; yabancı uyuklu annelerin ise %13.3'ünün bebeğinin anne sütü almadığı, %86.7'sinin bebeğinin anne sütü aldığı görülmektedir (Tablo 3.11).

Anne sütüne başlama zamanı ile uyruk arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=3.262$; $p=0.048$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyuklu annelerin %49.5'inin bebeğinin 1. saatten sonra anne sütü aldığı, %50.5'inin bebeğinin anne sütünü 24. saatten sonra aldığı saptanırken; yabancı uyuklu annelerin ise %61.9'unun bebeğinin 1. saatten sonra anne sütü aldığı, %38.1'inin bebeğinin 24. saatten sonra anne sütü aldığı görülmektedir (Tablo 3.11).

Tablo 3.12. Annelerin Bazı Fiziksel Bulgularının Ortalamalarının Uyuğa Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Türk (n=105)		Yabancı (n=105)		t	P
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Gebelik Başlangıcında Kilo	60.900	8.288	61.690	7.558	-0.722	0.471
Gebelikte Kaç Kilo Alındığı	13.460	2.935	13.120	2.786	0.844	0.400
Gebelikte Anemi	10.446	1.435	10.131	1.271	1.681	0.094
Bebeğin Doğum Ağırlığı	3039.240	487.680	2959.190	396.357	1.305	0.193

Tablo 3.12'de annelerin bazı fiziksel bulgularının ortalamalarının uyuğa göre farklılaşmasına yer verilmiştir. Tabloya göre; gebelerin gebelik başlangıcında kilo, gebelikte kaç kilo alındığı, gebelikte anemi, bebeğin doğum ağırlığı değerleri uyuğa göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmada elde edilen bulgular farklı çalışma ve araştırmalarla karşılaştırılmıştır. Literatür ile benzerlikler gösteren bulgular ile farklılıklara dikkat çekilmiştir.

Lehrer ve Son (2017)'un yapmış olduğu bir araştırmada beyaz kadınlar ile siyahi kadınlar arasında okullaşma ve eğitim düzeyi karşılaştırılmış, aralarında ciddi farklılıklar olduğunu tespit etmişler. Beyaz kadınların %31'i evlilikleri sırasında en az 16 yıllık okul eğitimini tamamlamışken, siyah kadınların sadece %17'i ve Hispanik kadınların %10'nun bu eğitim düzeyine ulaştığı saptanmıştır. Zang (2007)'in yapmış olduğu araştırmada ise ırksal köken ile eğitim düzeyi karşılaştırılmış ve aralarında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Çin'de yapılan bu çalışmada Uygurlar ile Hanlar arasında, Hanların lehine anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamız da kadınların öğrenim durumu ile uyrukları karşılaştırıldığında arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan gebe kadınların yabancı uyruklu gebe kadınlara oranla eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla çalışmanın literatür ile benzeştiği görülmektedir.

Chumlea ve arkadaşlarının (2003) ABD'li ergen kızlar üzerinde yaptıkları araştırmada, Meksikalı, ABD'li ve Hispanik kökenli kızların farklı yaş dilimlerinde ilk adet dönemlerini yaşadıkları gözlenmiştir. Benzer şekilde Ghanbari ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları bir araştırmada, gelişmemiş ülkelerde yaşayan kişilerle, gelişmiş ülkelerde yaşayan kişilerin ilk menarş yaşlarının istatistiksel açıdan farklı olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda da benzer biçimde ilk adet yaşı ile uyruk arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti uyruklu katılımcılarda ilk adetini 12 yaşında ve 12 yaşın altında yaşında gören katılımcı sayısının, yabancı uyruklu olan katılımcılara göre 4 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan katılımcılar yabancı uyruklu katılımcılara göre biraz daha erken menarş yaşına ulaşmaktadır. Bu da uyruk ile ilk adet yaşı arasında istatistiksel açıdan fark olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla çalışmanın literatür ile benzeştiği görülmektedir.

Zang (2007)'nin çalışmasında evlilik türü ile ırk değişkeni arasında da anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Daha doğrusu zaman içerisinde görücü usulü evliliğin azalışı Hanlar ile Uygurlar arasında anlamlı düzeyde bir farklılık olduğu gözlenmiştir. Yapılan çalışmanın sonuçlarına göre Hanlarda görücü usulü evliliklerin Uygurlara nazaran daha fazla düşüş gösterdiği belirlenmiştir. Bhopal (2000)'in Güney Asyalı katılımcılar ile yapmış olduğu çalışmada da ırksal köken ile görücü evlilik arasında bir ilişki olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin de geleneksel beklentiler ve kültürel kimlikten kaynaklandığı vurgulanmıştır. Ternikat ve College (2008) de ırk değişkeni ile evlilik türleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada şu sonuçlara varmışlardır. Flört ve aşk evliliği oranının Hindu göçmenler arasında Müslüman veya Hristiyan göçmenlere göre daha yaygın olduğunu belirtilmişlerdir. Ayrıca görücü usulü evliliğin Müslüman göçmenler arasında Hindu veya Hristiyan göçmenlere göre daha yaygın olduğu belirtilmektedir. Hem Müslüman hem de Hristiyan göçmenler, görücü usulü evlilik veya flört seçeneği yerine yarı anlaşmalı evliliği de tercih edebilmektedirler. Flört etmek, Müslüman veya Hristiyan Güney Asyalı göçmenler için popüler bir seçenek olmayabilir, çünkü bu usul daha çok dış eşli evliliklerle sonuçlanabilmektedir. Müslüman göçmenler söz konusu olduğunda ise cinsel normlar nedeniyle flört etmek de uygun görülmemektedir (Ternikat ve College, 2008). Bizim çalışmamızda ise evlilik türü ile uyruk arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan katılımcıların %29.5'inin görücü usulü ile evlenirken, yabancı uyruklu katılımcıların %41.9'nun görücü usulü ile evlendikleri görülmektedir. Çalışmamız literatür ile benzeşmektedir. Türkiye'de görücü usulü evliliklerin daha geleneksel olan yabancı uyruklu katılımcılara oranla azalmış olduğu söylenebilir. Ülkemizde kadınların birey olarak kendi kararlarını kendilerinin verebiliyor olması önemlidir. Yabancı uyruklu katılımcılarda ise bu durum Türkiye'deki kadar yaygınlaşmamıştır. Her ne kadar çoğunluk yine de sevdiği kişi ile evlenmeyi seçmiş olsa da Türk katılımcıları kadar büyük bir oran söz konusu değildir. Bu durum adolesan ve incinebilir grupta olan göçmen kadınların kendi kararlarını veremeyip, hala büyüklerin kararları doğrultusunda küçük yaşta evlendirilmelerine bağlanmaktadır. Dolayısıyla çalışma literatür ile benzeşmektedir..

Saadati ve arkadaşlarının (2004) İran'da yaptıkları bir araştırmada Beluciler ile Farslar arasında akraba evliliği yapma açısından anlamlı bir farklılık olduğu

görülmüştür. Ayrıca çalışmada aynı etnik grup içindeki Şii ve Sünni topluluklarında akraba evliliğinin yaygınlığında önemli farklılıklar da görülmüştür. Hosseini ve Erfani (2014)'nin İran'da yaptığı başka bir çalışmada da Kürt kadınların akraba bir erkekle evlenme olasılığının Türk kadınlara göre iki kat daha fazla olduğu, evlilik türünün kadınların etnik kökeniyle güçlü bir şekilde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise eş ile akrabalık durumu ile uyruk arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışmanın bu bölümünde literatürden farklı bir sonuç elde edilmiştir. Ayrıca ülkemizde ve göçmen olarak gelen katılımcı gurubundaki kadınların %35.2 ve %33.3 ile benzer biçimde ve oldukça yüksek oranda akraba evlilikleri yaptıkları, bunun doğacak bebek sağlığını ve neslin sağlıklı devamını olumsuz etkileyeceği açıktır. Bu durum yaşanan bölge ile beraber, hala geleneksel olarak gelirlerin başka kişiler dağılımını önlemek, aile gücünü artırmak ve tanıdıklara kız vermek gibi nedenlerden kaynaklandığı söylenebilir.

Lehrer ve Son (2017)'un yapmış olduğu araştırmada kadınların ilk evlilik yaşları ile ırkları arasında anlamlı bir farklılık olduğunu belirlemiştir. Benzer şekilde Ayiga (2013) Uganda ve Güney Afrika'da yapmış olduğu çalışmada da ilk evlilik yaşı ile ırksal kökenleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise ırk olarak değil ancak evlilik yaşı ile uyruk arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan katılımcılar, yabancı uyruklu katılımcılara nazaran daha büyük yaşlarda evlenmiştir. Dolayısıyla çalışma literatür ile benzeşmektedir. Savaşlar ya da diğer nedenlerle göçlerin genelde sığınmacı gurupların incinebilirlikleri ölçüsünde daha küçük evlendirildikleri görüldüğü gibi, suistimal risklerini de artırmaktadır (Demirbaş, 2013).

Khalil ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu çalışmada da ırk ile ölü doğum gibi çeşitli gebelik sorunları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Schummers (2018) de çalışmasında ırk ile gebelik riskleri arasında anlamlı ilişkiler olduğunu belirlemiştir. Bizim çalışmamızda ise uyruk ile ölü doğum arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Burada da çalışma literatür ile farklılık göstermektedir. Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin hiçbiri bebeğini kaybetmemişken, yabancı uyruklu annelerin %3.8'inin ölü doğum yaptıkları belirlenmiştir. Oranlar az gibi dursa da adölesan annelerde bebek kaybının incinebilir guruplarda yardım alamama, sağlık hizmetlerine ulaşamama, bebek bakımı hakkında yetersiz bilgiye sahip olma gibi

durumlardan dolayı bu ölümlerin olabildiği söylenebilir. Her ne kadar sağlık güvenceleri bakımından ülkemiz insanlarının koşullarına benzer imkanlara sahip olsalar da daha küçük yaş evlilikleri olması, daha küçük adölesan gebelik olması fiziksel gelişimlerini tamamlayamamış olmaları bunu etkilemiş olabilir.

Fernandes ve arkadaşlarının (2019) Brezilya’da yaptıkları bir çalışmada ırksal kökenlerin ilk gebelik yaşı ile anlamlı bir ilişkisi olduğunu tespit etmişlerdir. Dunbar ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu araştırmada da ırksal özelliklerle ilk gebelik yaşı arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Çalışmada elde edilen verilerde Siyah ve Hispanik ergenlerin, Beyaz ergenlerden daha erken yaşta hamile kaldıkları belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise uyruk ile gebelik arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Burada da çalışma literatür ile farklılık göstermektedir. Bu farklılığın nedeni ise ölü doğum değişkeninde olduğu gibi literatürde konu çoğunlukla ırksal özellikler üzerinden ele alınırken, bizim çalışmamızda ise uyruk değişkeni üzerinden ele alınması olabilecektir.

Sweeney ve Raley (2015) ABD’de yaptıkları bir araştırmada ırksal özellikler ile gebe kalma sayısı arasında anlamlı bir fark olduğunu belirlemiştir. Çalışma sonuçlarına göre tamamlanmış aile büyüklüğü beyaz ve siyah kadınlar için benzer, Hispanik kadınlar için ise ufak ölçüde daha büyük olsa da, çocuk doğurma zamanlaması, çocuk doğurma ilişki bağlamı ve doğumların ne ölçüde planlandığı ile ilgili olarak gruplar arasında kalıcı farklılıklar belirlenmiştir. Bizim çalışmamız da toplam gebelik sayısı ile uyruk arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Türk vatandaşı olan katılımcılar ile yabancı uyruklu katılımcıların 1 ve 2 çocuk sahibi olanlarının oranı birbirine yakın iken, 3 çocuk sahibi olan katılımcılarda yabancı uyruklu katılımcıların daha fazla olduğu görülmüştür. Bu da yabancı uyruklu katılımcıların daha fazla çocuk yaptıklarını göstermektedir. Bu durumun farklı nedenleri olabilecektir. Örneğin aşiret kültürü gibi kültürlerde kalabalık ailelerin güçlü görülmesi, etkin olmayan doğum kontrol yöntemleri kullanılması, savaş ortamından ülke değiştirme nedeni ile soyun, milliyetin devamı çabası gibi nedenler ilk akla gelebilecek nedenler olarak gösterilebilir. Ancak literatürde de görüldüğü gibi genellikle düşük sosyoekonomik düzeydeki gruplarda çocuk sayısı artış göstermektedir. Burada da Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan katılımcılar ile yabancı uyruklu katılımcılar arasındaki farkın sosyoekonomik

farklılıklardan kaynaklanış olması mümkündür. Dolayısıyla çalışma literatürler uyum sağlamaktadır.

Boyas ve Shobe (2010)'un Amerika'da yaptıkları araştırmada ırk ile düzenli sağlık hizmeti alma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. Özellikle Asyalılar ve Hispanikler ile beyazların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları birbirinden farklıdır. Bizim çalışmamızda da düzenli sağlık kontrolüne gitme durumu ile uyruk arasında anlamlı fark bulunmuştur. Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan katılımcıların %50.5'i düzenli sağlık kontrolüne giderken yabancıların %26.7'si gitmektedir. Dünyanın pek çok yerinde olduğu gibi Türkiye'de de dezavantajlı grupların faydalanmakta en fazla sıkıntı yaşadığı ve en önemli hizmetlerin başında sağlık hizmetleri gelmektedir. Ülkeye yabancı kişilerin gerek resmi prosedürlerden gerekse de kendilerine karşı gösterilen davranışlardan çekinmeleri, onların sağlık hizmetleri gibi hizmetlerden faydalanma oranını düşürmektedir. Ancak kendisini yaşadığı yerin daimi bir bireyi ve vatandaşı olarak gören kişilerin ise bu hizmete başvurmakta çekinmek için çok az nedeni olacaktır. Bu nedenler de uyruk ya da benzeri bir durum değil genellikle sosyal statü ile ilgili olabilmektedir (Perry, 2010). Dolayısıyla çalışma literatür ile örtüşmektedir.

Shiao ve arkadaşlarının (2005) ve Geronimus (1987) de yapmış oldukları bir çalışmada ırk ile gebelikten önce sağlık sorunu olma durumu ve uyruk arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise gebelikten önce sağlık sorunu olma durumu ile uyruk arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Literatürdeki araştırmalar ile bu durumun arasındaki farkın pek çok nedeni olabilir. Katılımcıların daha önceden yaşadıkları bir sağlık sorununun olması ya da olmaması, katılımcılar arasında ciddi yaşam standartları farklılıkları, dezavantajlı grupta olmaları bu nedenler arasında sayılabilir. Bizim çalışmamıza katılan gönüllülerin bu gibi ciddi farklılıkları olmadığı düşünülebilir. Dolayısıyla çalışma burada literatürden farklılaşmaktadır.

Troutman ve arkadaşları (2020) yaptıkları araştırmada ırk ile istenmeyen gebelik arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Çalışmanın sonuçlarına göre özellikle beyaz olmayan kadınlar, güvenilir ve uygun fiyatlı doğum kontrolüne yeterli erişime sahip değildir ve bu da bu grup arasında büyük sağlık eşitsizliklerine neden olmaktadır. Bizim çalışmamızda da gebeliğin planlı olma durumu ile uyruk arasında

anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durum da katılımcıların gebelikten kaçınma yöntemlerinin farklı olabileceğini göstermektedir. Özellikle daha geleneksel yaşayan, muhafazakar ve utangaç toplumlarda doğum kontrol yöntemleri için kullanılan ilaç ve benzeri gereçlere erişim kısıtlı olmaktadır (Baş ve ark., 2017).

Shih ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu çalışmada ırk ile gebelikten korunma yöntemleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre siyahlar ve yabancı uyruklu Asyalılar, beyazlardan daha az etkili, tersine çevrilebilir yöntemler kullanmaktadır. Siyahlar ve ABD doğumlu Hispanikler, beyazlardan daha fazla kadın kısırlaştırmayı tercih ederken, yabancı doğumlu Asyalılar bu tür kullanım olasılıklarını daha az kullanmaktadır. Son olarak, siyahlar ve yabancı uyruklu Asyalılar, beyazlardan daha az erkek sterilizasyonuna güvenmektedir. Bizim çalışmamızda da katılımcıların uyrukları ile korunma yöntemi kullanma durumu ve doğum kontrol hapları kullanımı arasında anlamlı fark bulunmuştur. Dolayısıyla çalışma ile literatür benzeşmektedir. Bu durum da tıpkı planlı gebelik değişkeninde olduğu gibi katılımcının yaşadığı toplumun gelenekselci, muhafazakâr ve baskıcı ya da özgürlükçü bir toplum olması durumuna göre değişebilmektedir. Elde edilen sonuçlar bu durumlardan etkilenmiş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne başvuran 210 Türkiye Cumhuriyeti ve yabancı uyruklu adölesan gebenin anne ve bebeğe yönelik obstetrik sonuçlarının değerlendirilmesi amacı ile yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmaya katılan kadınların öğrenim durumu ile uyruk durumları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$) Çalışmada Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan gebe kadınların yabancı uyruklu gebe kadınlara oranla eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların ilk adet yaşına bakıldığında Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %40.0'ı 12 ve 12 yaşın altında, %29.5'i 13-14 yaşında, %30.5'i 15 üzeri yaşında; yabancı uyruklu annelerin %11.4'ü 12 ve 12 yaşında altında, %63.8'i 13-14 yaşında, %24.8'inin 15 ve üzeri yaşında olduğu görülmektedir. ilk adet yaşı ile uyruk arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti olan katılımcılar yabancı uyruklu katılımcılara göre biraz daha geç menarş yaşına ulaşmaktadır.
- Çalışma sonuçları akraba evlilik yapma durumuna göre incelendiğinde Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %35.2'nin akraba evliliği yaptığı, yabancı uyruklu annelerin ise %33.3'nün akraba evliliği yaptığı saptanmıştır. Akraba evliliği yapma durumu ile uyruk arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).
- Evlilik şekline göre farklılıklar incelendiğinde. Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %29.5'nin görücü usulü evlenmişken, yabancı uyruklu annelerin %41.9'nun görücü usulü evlilik yaptıkları belirlenmiştir. Evlilik şekli ile uyruk arasında da anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).
- Adölesan annelerin ilk evlilik yaşı incelendiğinde. Evlilik yaşı ile uyruk arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan kadınlar, yabancı uyruklu kadınlara nazaran daha büyük yaşlarda evlenmişlerdir.

- Çalışmamızda toplam gebelik sayısına bakıldığında yabancı uyruklu katılımcıların daha fazla çocuk yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır. Annelerin gebelik sayıları incelendiğinde gebelik sayısı ile uyruk arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).
- Düzenli kontroller açısından anneler değerlendirildiğinde Türkiye Cumhuriyeti uyruklu %50.5'inin düzenli olarak sağlık kontrolüne gittiği; yabancı uyruklu annelerin ise %26.7'sinin düzenli olarak sağlık kontrolüne gittiği görülmektedir. Düzenli sağlık kontrolüne gitme durumu ile uyruk arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).
- Çalışmamızda planlı gebelik ile uyruk arasındaki ilişki incelendiğinde gebeliğin planlı olma durumu ile uyruk arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($X^2=6.217$; $p=0.009$, $p<0.05$). Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin %37.1'inin gebeliği planlanmamış gebelik iken %62.9'unun gebeliği planlı; yabancı uyruklu annelerin %54.3'ünün gebeliği planlanmamış gebelik iken %45.7'sinin gebeliğinin planlı olduğu görülmektedir.
- Planlı gebelik durumlarına bakıldığında Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin planlı gebelik oranları yabancı uyruklu annelerin planlı gebelik oranlarından daha yüksek bulunmuştur. Gebeliğin planlı olma durumu ile uyruk arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).
- Gebelikten korunma yöntemi kullanma durumu ile uyruk arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Yabancı uyruklu anneler geleneksel yöntemleri Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan annelerden daha yüksek oranda kullanıyorken, Türkiye Cumhuriyeti uyruklu annelerin geleneksel yöntemleri daha etkin kullandığı saptanmıştır ($p<0.05$).
- Korunma yöntemleri arasından prezervatif, rahim içi araç ve diğer korunma yöntemleri (3 aylık iğne, kondom, spermisit...) arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yapılan literatür incelemeleri sonucunda çalışmamız kapsamında sunulabilecek öneriler aşağıda maddeler halinde verilmiştir;

6.2. Öneriler

- Adölesan gebelik ve adölesan annelik konusu ile ilgili toplumu bilinçlendirecek çeşitli seminerler ve faaliyetlerin yapılması,
- Adölesan dönem ve bu dönemdeki cinsel özellikler ile ilgili okullarda yeterli eğitimin verilmesi,
- Cinsel istismar ve taciz konuları ile ilgili çocukları korumaya yönelik çalışmaların yapılmasına destek verilmesi,
- Okullarda çocuklara üreme sistemi cinsellik ve korunma yöntemleri ile ilgili genel eğitimlerin verilmesi,
- Akademik olarak adölesan gebelik nedenleri ve sonuçları adölesan gebeliği ve annelik önleyecek çalışmalar ile ilgili aktif olarak çalışmaların arttırılması,
- Ülke genelinde sağlık ve psikolojik danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi,
- Ülke geneline aile içi ilişkileri düzenleme aile danışmanlığı ve ergen psikolojisi ile ilgili psikolojik destek hizmetlerinin arttırılması,
- Sağlık kurumlarında adölesan gebelere veya annelere bebek bakımı veya gebelik ile ilgili genel desteğin sağlanması gibi öneriler sunulmaktadır.

KAYNAKLAR

- Y.A. (2014). Adölesan Gebelere Verilen Danışmanlık Hizmetlerinin; Anne Adayının Doğum Öncesi ve Sonrasına Uyum ile Bebeğini Algılamasına Etkisi. (Doktora Tezi), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- ABALI, B.F., Saruhan, A. ve Çerişli, N.E. (2017). Adölesan Doğumların Sonuçlarının Retrospektif İncelenmesi. Pamukkale Tıp Dergisi, 10(2), 166-170.
- AKTEPE E. (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 1, 95-119.
- AKTEPE, E. ve Atalay, İ.M. (2017). Çocuk Evlilikleri ve Psikososyal Sonuçları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 9(4), 410-420.
- AYDENK Köseoğlu, S.Z. ve Tayfur, A.Ç. (2017). Adölesan Dönemi Beslenme ve Sorunları. JPC, 15(2), 50-62.
- AYDIN D. (2013). Adölesan Gebelik ve Adölesan Annelik. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(4), 32-56.
- AYGİN, D., Yaman, Ö., Açıl, H., Yılmaz, A. ve Sert, H. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Kız Çocuk Evliliklerine Yönelik Tutumları. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi, 25, 19-31.
- AYİGA, N. (2013). Determinants of age at first marriage in sub-Saharan Africa: A comparative study of Uganda and South Africa Introduction. Journal of social development in Africa 28(1):9-34.
- AYYILDIZ, T., Topan, A., Öztürk, Ö. ve Kulakçı, H. (2015). Adölesan Gebeliklerin Anne ve Bebeğe Yönelik Obstetrik Sonuçlar Açısından Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8(2). 61-66.
- BABADAĞLI B. (2008). Gebelik Yaşının Gebelikte Yaşanan Fizyolojik Ve Psikolojik Değişikliklere Etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 11(3), 96-105.

- BALCOMBE J. (1992). Postnatal Depression How Can The Distress be Alleviated. Nursing Times, 19(1), 29-33.
- BALTACI G, Ersoy G, Karaağaoğlu N, Derman O, Kanbur N. Ergenlerde Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Yaşam. 1. Basım. T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730. Ankara: Klasmat Matbaacılık; 2008.s.9. (ISBN: 978-975-590-246-3)
- BANERJEE, B., Pandey, G., Dutt, D., Sengupta, B., Mondal, M. ve Deb, S. (2009). Teenage Pregnancy: a Socially Inflicted Health Hazard. Indian J Community Med., 34, 227-31.
- BAŞER M. (2004). Adölesan Cinselliği ve Gebelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, (1), 15-22.
- BEKTAŞ, M., Göksüğü, S.B., Küçükbayrak, B. ve Ekici, A. (2013). Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerde Morbidite ve Mortaliteyi Etkileyen Faktörler. Dicle Tıp Dergisi, 40(3), 384-390.
- BENAY, O. (2018). Adölesan ve Yetişkin Gebelerin Doğum Eyleminde ÖzYeterliliklerinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Manisa.
- BEYDAĞ, K.D. (2007). Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekim Bul., 6(6), 479-4.
- BHOPAL, K. (2000). South Asian Women in East London. The European Journal of Women's Studies, 7, 35-52.
- BOYAS, j. ve Shobe, M. (2010). Examining the Relationship between Race/Ethnicity and Health Status: Do Assets Matter? Conference: Society for Social Work and Research 14th Annual Conference: Social Work Research: A World Of Possibilities
- BULUT, S., Gürkan, A. ve Sevil, Ü. (2008). Adölesan Gebelikler. Aile ve Toplum, 10 (4), 13-22.

- BÜYÜKKOCA M. (2001). Algılanan sosyal Destek ile Postpartum Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, İzmir.
- CANDAN, C. ve Çalışkan, S. (2005). Çocukluk Çağında Hipertansiyona Yaklaşım. Türk Pediatri Arşivi, 40, 15- 22.
- ÇINAR, N., & Serap, H. I. R. A. (2017). Adölesan annelik. Journal of Human Rhythm, 3(1), 15-19.
- ÇİÇEK, Ö.E. (2009). Ebelik Son Sınıf Öğrencilerinin Ebelerin Görev Tanımları ve Yeterlilik Alanlarına Göre Kendilerini Değerlendirmeleri. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- ÇOBAN İ. A. (2009). Adölesan Evlilikleri. Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 4(16), 12-34.
- DEMİRCİ H. (2001). İlk Gebeliği Olan Kadınların Psikolojik Tepkilerinin İncelenmesi, 1.Uluslararası ve VIII.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, 74, Antalya.
- DİNÇEL, E. (2006). Ergenlik Dönemi Gelişimsel Ödevleri ve Psikolojik Problemler. (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- DUNBAR, J., Sheeder, J., Lezotte, D., Dabelea, D. ve Stevenson-Simon, C. (2008). Age at Menarche and First Pregnancy Among Psychosocially At-Risk Adolescents. Am J Public Health, 98(10): 1822–1824. doi: 10.2105/AJPH.2007.120444
- ERBAY, E., Topal, S., Tiryaki, Ö. ve Çınar, N. (2018). Annelik Deneyimi ile Çocuk Sevme Düzeyi arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 34(3), 34-44.
- ERCAN, G. (2005). Puberte Fizyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi No:43, 9-16.

- ERCAN, O. (2008). Adölesanın Fiziksel Gelişimi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı 2 Sempozyum Dizisi No:63, 13-18.
- ESKİOCAK, M. ve Selçuk, E.G. (2014). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Tarafından Bildirilen Bebek Ölüm Hızları Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme. Turk J Public Health, 12(3), 207-216.
- EVCİLİ, F., Bekar, M., Yurtsal, B., Abak, G., Tali, B. ve Temel, S. (2018). Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Annelik Rolüne Hazıroluşluk Durumlarının Ve Özgüvenlerinin Değerlendirilmesi, STED, 27(1), 56-61.
- FERNANDES FCGM, Santos EGO, Barbosa IR. Age of first pregnancy in Brazil: data from the national health survey. J Hum Growth Dev. 2019; 29(3):304-312. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.v29.9523>
- GÖRKEM, Ü., Toğrul, C. ve Güngör, T. (2017). Adölesan gebelik gerçekten bir risk faktörü müdür? Turk Hij Den Biyol Derg, 74(3), 193-200.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009). TNSA-2008. Erişim: [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Raportr.pdf].
- IŞIK, G., Cetişli Eğelioğlu, N. (2017). The Breastfeeding in Adolescent Mothers, Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 11 (1), 1-11.
- İNAL H. C., ve Günay S. (2002). Olasılık ve Matematiksel İstatistik. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara
- KALPALP, B. (2006). Adölesan Annelere Verilen Eğitimin Öz Güven ve Öz Bakım Güçlerine Etkisinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, İzmir.
- KARAÇAM, Z. ve Eroğlu, K. (2019). Hemşirelik ve Ebelik: Görev, Yetki ve Sorumluluklardaki Benzerlik ve Farklılıklar. Lokman Hekim Dergisi, 9 (2), 211-227.

- KARTAL B, Başçı E. Türkiye'ye yönelik mülteci ve sığınmacı hareketleri. Sosyal Bilimler Dergisi 2014;12(2):275-99.
- KESKİNOĞLU, P., Bilgiç, N., Pıçakçı, E.M. (2007). Perinatal Outcomes and Risk Faktors of Turkish Adolescent Mothers. J Pediatr Adolesc Gynecol, 20(1), 19-24.
- KIR, E. (2013). Çocuklara Yönelik Cinsel Taciz Ve İstismara Karşı Önleyici Eğitim Çalışmaları. İÜHFM, LXXI, 1, 785-800.
- KÜTÜK, S. (2012). Adölesan Gebelik Riskleri ve Sorunları. Türk Aile Hek Derg, 16: 31-34.
- LEHLER, E.L. ve Son, Y.J. (2017). Women's age at first marriage and marital instability in the United States: Differences by race and ethnicity. Demographic Research 37(9), 229-250.
- MADAZLI R. Adölesan Gebelikleri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adölesan Sağlığı II 2008; 63: 51- 2.
- MELEKOĞLU, R. (2012). Adölesan Gebelikler: Maternal ve Fetal Sonuçlar. (Uzmanlık Tezi), Çukurova üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana.
- MELEKOĞLU, R., Evrüke, C., Kafadar, T., Mısırlıoğlu, S., Büyükkurt, S. ve Özgüner F.T. (2013). Perinatal Outcomes of Adolescent Pregnancy. Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology 10, 213-219.
- MERCER, R.T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. Journal of Nursing Scholarship, 36(3), 226-232.
- MEYDANLI, M.M., Çalışkan, E., Ecemiş, T., Kaya, S., Dölen, İ. ve Haberal, A. (2000). Adölesanlarda Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics, 10, 98-103.
- ÖZCEBE, H. (2019). Erken Evlilikler. Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, 2-11.

- ÖZCEBE, H., Ünalın, T., Türkyılmaz, A.S. ve Coşkun, Y. (2007). Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması. Nüfus Bilim Derneği ve UNFPA (United Nations Population Fund), 31-34.
- ÖZDEMİR, E. (2015). Preeklampatik Anne ve Bebeklerinde İskemi Modifiye Albümin Düzeyleri ve Morbidite-Mortalite ile İlişkisi. (Uzmanlık Tezi), Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- ÖZSOY, S. (2014). Adölesan Annelerin Emzirmeye Yönelik Düşünce ve Uygulamaları. *Florance Nightgale Hemşirelik Dergisi*, 22(2), 84-93.
- ÖZTÜRK, S. ve Erci, B. (2016). Postpartum Dönemdeki Primipar Annelere Loğusa veYenidoğan Bakımı Konusunda Verilen Eğitimin Annelik Özgüvenine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Araştırma Makalesi*, 5(2), 25-31.
- PERRY SE, Hockenberry MJ, Lowdermik DL, Wilson D. *Maternal Child Nursing Care*. 4nd ed. Mosby Elsevier; 2010.
- POYRAZ Fındık, O.T., Özcan, B.G., Arman, A.R. ve Gümüştas, F. (2019). Erken Evlendirilmeleri için Adli Rapor Talebi ile Çocuk Psikiyatri Polikliniğine Yönlendirilen Ergenlerin Sosyodemografik ve Ruhsal Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 26(3),125-30.
- SAADATİ, M., Ansari-Lari, M. ve Farhud, D.D. (2004). Short Report Consanguineous marriage in Iran. *Annals Of Human Biology*, 31(2), 263-269.
- SCHUMMERS, L. (2018). Large Population-Based Health Care Databases For Maternal And Infant Outcomes: The Role Of Maternal Age, Race, And Interpregnancy Interval. A Dissertation Submitted to the Faculty of The Harvard T.H. Chan School of Public Health in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Science in the Department of Epidemiology Harvard University, Boston, Massachusetts.

- SHIAO, P., Andrews, C. ve Helmreich, R. (2005). Maternal Race/Ethnicity and Predictors of Pregnancy and Infant Outcomes. *Biological Research for Nursing* 7(1):55-66. DOI:10.1177/1099800405278265.
- SHIH, G., Vittinghoff, E., Steinauer, J ve Dehlendorf, C. (2011). Racial and Ethnic Disparities in Contraceptive Method Choice in California. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(3):173–180, doi: 10.1363/4317311.
- SWEENEY, M.M. ve Raley, R.K. (2015). Race, Ethnicity, and the Changing Context of Childbearing in the United States. *Annu Rev Sociol*, 40: 539–558. doi: 10.1146/annurev-soc-071913-043342.
- ŞAHİN, Ş. ve Özçelik, Ç.Ç (2016). Ergenlik Dönemi ve Sosyalleşme. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 5(1), 42-49.
- ŞEN S. ve Kavlak O.(2011) Çocuk Gelinler: Erken Yaş Evlilikleri ve Adölesan Gebeliklere Yaklaşım. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*,12(7), 32-56.
- ŞEN, S. ve Kavlak, O. (2011). Çocuk Gelinler: Erken Yaş Evlilikleri ve Adölesan Gebeliklere Yaklaşım. *Aile ve Toplum Dergisi*, 12(7), 35-44.
- ŞENOĞLU, A., Çoban, A. ve Karaçam, Z. (2019). İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Yapılan Düşüklerin Değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(4), 300-305.
- ŞİMŞEK, E. (2008). Sağlık Bakanlığının Adölesan Sağlığına Yaklaşımı, Adölesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi, No:63, 23-27.
- TANER, C., Kırmızı, D., İriş, A.ve Başoğlu, Ö. (2007). Adölesan Gebeliklerin Sonuçları, *Göztepe Tıp Dergisi* 27(1), 6-10.
- TERNİKAR, F. ve College, L.M. (2008). O Arrange Or Not: Marriage Trends In The South Asian American Community. *Ethnic Studies Review*, 31, 153-181.

TÜİK (2019, Mayıs). Doğum İstatistikleri [Basın Bülteni]. Erişim adresi <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2019-33706>

TC İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. www.goc.gov.tr/icerik/suriyelisayisi_kamuoyuyla-paylasildi_359_8847 internet adresinden 01.02.2020 tarihinde erişilmiştir.

UZUN, A. K., ve Orhon, F. Ş. (2013). Adölesan Gebeliklerin Anne ve Bebek Sağlığına Olan Etkileri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 66, 19-24.

UZUN, E. ve Kışioğlu, M. (2007). SDU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Keçiborlu Eğitim Ve Araştırma Bölgesi Çalışmaları Bir meslek Yüksekokulunda Okuyan Öğrencilerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla İlgili Bilgi Durumları. S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi, 14(3), 7-12.

WILLIAM Cameron Chumlea, ; Christine M. Schubert, MS; Alex F. Roche, MD, , DSc; Howard E. Kulin, MD; Peter A. Lee, MD, John H. Himes, , MPH; and Shumei S. Sun (2003). Age at Menarche and Racial Comparisons in US Girls. American Academy of Pediatrics, 111, 110-114

WORLD Health Organization. Adolescent pregnancy. Accessed 1 November 2014.

YORULMAZ, H. (2020). Her Yönü ile Kadın. T.C. Haliç Üniversitesi I. Ulusal Kadın Sağlığı Kongresi Özel Sayısı. İstanbul.

ZANG, X. (2007). Gender and Ethnic Variation in Arranged Marriages in a Chinese City. Journal of Family Issues, 29(5), 615-638

ZİMMERMAN C, Kiss L, Hossain M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. PLOS medicine 2011;8:e1001034

EKLER

EK-1 GEBE TANITICI BİLGİ FORMU

ADÖLESAN GEBELERİN ANNE VE YENİDOĞANA YÖNELİK OBSTETRİK SONUÇLAR AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ KONULU TEZ ÇALIŞMASININ ANKET FORMU

Bu çalışma, adölesan Türkiye Cumhuriyeti ve yabancı uyruklu (misafir) gebelerin anne ve bebeğe yönelik obstetrik sonuçlar açısından değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Vereceğiniz tüm bilgiler gizli kalacaktır. Anketi cevaplamanız yaklaşık 8 dakika sürecektir. Tüm soruları yanıtlamanız araştırmam için önemlidir. Araştırmanın uygulanması için gerekli izinler alınmıştır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Özgür ALPARSLAN

Yasemin DÖNMEZ

1- Yaşınız

2- Medeni durumunuz nedir?

()Evli ()Bekar ()Boşanmış/Dul ()Birlikte yaşıyor

3- Mesleğiniz nedir?

()Memur ()İşçi ()Ev hanımı ()Serbest meslek ()Öğrenci ()
Diğer.....

4- Sosyal güvenceniz nedir?

() Yok () SGK () Özel Sigorta

5- Öğrenim durumunuz nedir?

- ☐ Okuma yazma yok ☐ Okuma yazma var ☐ İlkokul
☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite

6- Eşinizin mesleği nedir?

- ☐ Memur ☐ İşçi ☐ Emekli ☐ Serbest meslek ☐ Öğrenci
☐ Çalışmıyor ☐ Diğer.....

7- Eşinizin Öğrenim durumu

- ☐ Okuma yazma yok ☐ Okuma yazma var ☐ İlkokul ☐ Ortaokul
☐ Lise ☐ Üniversite

8- Ailenizin gelir düzeyini nasıl tanımlıyorsunuz?

- ☐ Gelir giderden az ☐ Gelir giderden fazla ☐ Gelir gidere denk

9- Eşiniz ile akrabalığınız var mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

10- Evlilik kararını nasıl aldınız?

- ☐ Görücü aracılığı ile ☐ Severe/Anlaşarak ☐ Diğer.....

11- Halen evli olduğunuz eşinizle nikah türünüz nedir?

- ☐ Medeni Nikah ☐ İmam Nikahı ☐ Medeni Nikah+İmam nikahı
☐ Nikah yok

12- Evde kaç kişi ile birlikte yaşıyorsunuz?

- ☐ 2-4 ☐ 4-6 ☐ 6-8 ☐ 8 ve üstü

13- İlk adet yaşıınız kaçtır?.....

14- Evlendiğinizde kaç yaşıındaydınız?

15- İlk gebelik yaşıınız kaçtır?

16- Toplam kaç gebelik yaşıadınız?.....

17- Canlı doğum sayınız kaçtır?

18- Kaç defa düşük yaptınız?.....

19- Kaç defa kürtaj oldunuz?

20- Yaşayan çocuk sayısının kaçtır?.....

21- Ölü doğum sayınız kaçtır?

22- Düzenli olarak sağlık kontrollerinize gittiniz mi?

() Hayır () Evet

23- Gebeliğinizden önce var olan ve halen devam eden sağlık sorununuz var mı?

() Hayır () Evet ise belirtiniz:.....

24- Bu gebeliğinizde planlayarak mı gebe kaldınız?

() Hayır () Evet

25- Şimdiye kadar gebelikten korunma yöntemi kullandınız mı? () Hayır () Evet

26- Cevabınız evet ise hangi korunma yöntemini kullandınız? (Birden fazla seçenek

İşaretleyebilirsiniz.)

() Geleneksel yöntemler (erkeğin geri çekmesi, takvim yöntemi, emzirme)

() Prezervatif (kondom, kılıf, kaput)

() Rahim içi araç (RİA), spiral

☐ Doğum kontrol hapları

☐ Diğer (aylık iğne, 3 aylık iğne, deri altı kapsül, kadın kondomu,

Sperm öldürücü sprey, kadının tüplerini bağlatması, erkeğin tüplerini bağlatması)

27- Gebeliğiniz süresince hangi konularda bilgi aldınız?

☐ Gebelikte görülen fiziksel değişiklikler

☐ Gebelikte görülen psikolojik/duygusal değişiklikler

☐ Doğum eylemi

☐ Bebek bakımı

☐ Anne sütü ve emzirme

☐ Diğer.....

☐ Hiçbiri

28- Gebeliğiniz süresince hangi konularda bilgi almak isterdiniz?

☐ Gebelikte görülen fiziksel değişiklikler

☐ Gebelikte görülen psikolojik/duygusal değişiklikler

☐ Doğum eylemi

☐ Bebek bakımı

☐ Anne sütü ve emzirme

☐ Diğer.....

☐ Hiçbiri

29- Son gebelikten önce folik asit hapları kullandınız mı? () Hayır () evet

30- Son gebelikte vitamin hapları kullandınız mı? () hayır () evet

31- Son gebelikte demir hapları kullandınız mı? () hayır () evet

32- Son gebelikte sigara kullandınız mı? () Hayır () evet

33- Gebelik başlangıcında kaç kiloydunuz?.....

34- Gebelikte kaç kilo aldınız?

35- İlk gebeliğinizde, bebeğinizi emzirmeye ne zaman karar verdiniz?

()Gebelikten önce () Gebelik sırasında () Doğumdan sonra

36- İlk gebeliğinizde, bebek bakım ve beslenmesi ile ilgili bilgi aldınız mı?

() Hayır ()Evet

37- Evet'i seçtiyseniz ise bu bilgiyi nereden aldınız?

() Aile-arkadaş ()Sağlık ocağı ()Hastane ()Kitap

()İnternet-CD ()Televizyon

38- Gebelikte kanama: ()Yok ()Var

39- Gebelikte anemi (Son 3 ayında saptanan en düşük hemoglobin değeri):

()Var ()Yok

40- Gebelikte Yüksek Tansiyon: ()Var ()Yok

41- Preeklampsi: () yok () var

42- Eklampsi: () yok () var

43- Plasenta dekolmanı: () yok () var

44- Doğum Şekli:

() vajinal doğum müdahalesiz

() vajinal doğum müdahaleli(vakum, forceps)

() sezaryen doğum

45- Sezaryen doğum nedeni:

- ☐ fetal distress
- ☐ makad prezentasyonu
- ☐ baş-pelvis uygunsuzluğu
- ☐ tekrarlayan sezaryen
- ☐ iri bebek
- ☐ ilerlemeyen eylem
- ☐ çoğul gebelik
- ☐ plasenta dekolmanı
- ☐ kordon prolapsusu preeklampsi
- ☐ Diğer:.....

46- Doğumda komplikasyon: () yok () var

47- Bebeğin apgar skoru: 1 dk. 5 dk.

48- Bebeğin doğum ağırlığı:

49- Konjenital anomali: () yok () var

50- Bebeğiniz anne sütü alıyor mu? () hayır () evet

51- Anne sütüne başlama zamanı:

() ilk 1 saat içinde () 1.saatten sonra () 24. saatten sonra

52- Uyruğunuz nedir ?

- ☐ Türkiye Cumhuriyeti uyruklu
- ☐ Yabancı (misafir) uyruklu

EK-2 TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARI

Tarih ve Sayı: 28/08/2020-E.38880



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu



Sayı :33490967-044/
Konu :Etik Kurul Kararları

Dağıtım

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulunun 28.08.2020 tarih 13. oturumunda almış olduğu kararlar ekte gönderilmiş olup, söz konusu kararın anılan sorumlu araştırmacılara tebliğ edilmesi hususunda gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. İsa GÖKÇE
Rektör Yardımcısı

EK :
Karar

DAĞITIM

Gereği:
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Dekanlığına
Hukuk Fakültesi Dekanlığına
Eğitim Fakültesi Dekanlığına
Erbaa Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dekanlığına
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne

Bilgi:
Prof. Dr. Eren YÜRÜDÜR
Doç. Dr. Mehmet KARGÜN
Doç. Dr. Mehmet Serkan UMUZDAŞ
Doç. Dr. Emine ÖĞÜK
Doç. Dr. Yücel EROL
Doç. Dr. Fatih YAZICI
Dr. Öğr. Üyesi Özlem GÖK

27/08/2020 Şef : G.AYDIN
28/08/2020 Şub. Müd. : A.ŞEKER
28/08/2020 G.Sek. V. : S.KAVAK

T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI
ETİK KURULU KARARLARI

KARAR TARİHİ	OTURUM NO	KARAR SAYISI
28.08.2020	13	01-09

Üniversitemiz Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Prof. Dr. Eren YÜRÜDÜR Başkanlığında toplandı.

KARAR 13.05- Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğünün 11.08.2020 tarih ve 36039 sayılı yazısı görüşüldü.

Aşağıda bilgileri yer alan araştırmacıların yapmak istediği uygulamaların ve kullanacağı veri toplama araçlarının etik açıdan uygunluğuna oy birliği ile karar verildi.

ÇALIŞMANIN TÜRÜ	Yüksek Lisans Tezi
BAŞLIK	Adölesan Türk ve Yabancı Uyruklu (Misafir) Gebelerin Anne ve Bebeğe Yönelik Obstetrik Sonuçlar Açısından Değerlendirilmesi
TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ/ YAZARI	Yasemin DÖNMEZ (Ebelik Anabilim Dalı öğrencisi)
RAPORTÖR GÖRÜŞÜ	OLUMLU

Prof. Dr. Eren YÜRÜDÜR
Etik Kurul Başkanı
(İzinli)

Doç. Dr. Mehmet KARGÜN
Başkan Vekili
(İmza)

Doç. Dr. Mehmet KARGÜN
Başkan Yardımcısı
(İmza)

Doç. Dr. Mehmet Serkan UMUZDAŞ
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Emine ÖĞÜK
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Yücel EROL
Üye
(İmza)

Doç. Dr. Fatih YAZICI
Üye
(İmza)

Dr. Öğr. Üyesi Özlem GÖK
Üye
(İmza)


Aslı ŞEKER
Şube Müdürü
1921
ASLI ININ AYNI DİR

**EK-3 GAZİANTEP VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NDEN ALINAN
KURUM İZNİ**



T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 48230018-774.99
Konu : Yasemin DÖNMEZ'in Araştırma İzni

SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA

İlgi : 15/10/2020 tarihli ve 87825162-774.99-3265 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Yasemin DÖNMEZ 'in Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde "Adölesan Türk ve Yabancı Uyraklı (Misafir) Gebelerin Anne ve Bebeğe Yönelik Obstetrik Sonuçlar Açısından Değerlendirilmesi " konulu veri toplamaya yönelik yapılacak anket çalışması için izin talebi Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığımızca uygun görüldüğü hususunda;
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Op. Dr. Davut Vecdi ERSÖZ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

Ek: İlgi Yazı ve Ekleri (19 Sayfa)

Telefon: Faks No:

e-Posta:emel.pazarli@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c1fe8bfb-a0da-4edc-8c85-36b8f84e4ebd kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Emel PAZARLI

HEMŞİRE

Telefon No:(0 342) 338 26 00

EK-4 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmacının Açıklaması

Değerli anneler,

Bu tez çalışmasını ebelik bilimine katkı sunmak adına pospartum dönemdeki annelerin doğum sonu güvenlik hisleri ile anne-bebek bağlanması arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla planlamaktayız. Yapılması planlanan araştırmanın ismi “Adölesan Gebelerin Anne ve Yeni doğana Yönelik Obstetrik Sonuçlar Açısından Değerlendirilmesi“ dir. Annelere uygulanacak olan bu çalışmaya katılmak için, sizi de davet ediyoruz. Ancak hemen belirtilmelidir ki araştırmaya katılıp katılmamak gönüllülük esasına dayalıdır. Bu bilimsel çalışmaya katılma kararını tamamen hür iradeniz ile vermelisiniz. Bu kararı verirken hiç kimse tarafından size telkin ve baskıda bulunulamaz.

Kararınızdan önce söz konusu bilimsel araştırma ve bu araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda yapılacak işlemler hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra bu bilimsel araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bilimsel çalışma hakkında bilgiler

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni, örnekleimde belirtilen Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesine doğum için başvurmuş, 14-19 yaş aralığında adölesan Türkiye Cumhuriyeti veya yabancı uyruklu(misafir) gebe olmanız, Türkçe’yi iyi anlayıp konuşabilmeniz, miadında doğum yapmış (38-42 gebelik haftası arasında) ve tanı konulmuş psikolojik bir rahatsızlığınızın olmamasıdır. Doğum sonrası ilk iki günü tamamlamış kadınlar araştırma kapsamına dahil edilecektir. Bu araştırma Ebelik Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü işbirliği ile gerçekleştirilecektir.

Çalışma kapsamında bilinmesi gereken durumlar ve araştırmacılar ile gönüllülerin uyması gereken kurallar

Araştırmaya katılmanız durumunda;

1. Sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.
2. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.
3. Hekim ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı gösterilecektir.
4. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz çok büyük bir hassasiyetle korunacaktır.
5. Çalışma sırasında meydana gelebilecek sağlınız ile ilgili ve diğer olumsuzlukların sorumluluğu araştırmacılara aittir.
6. Gönüllü olarak katıldığınız çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ancak ayrılmadan önce araştırmacılara bu durumu bildirmeniz önemlidir.
7. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda tedavinizde ve klinik izlemlerinizi hiçbir değişiklik olmayacak, her zaman olduğu gibi aynı özen ve ihtimam ile hastalığınızın tedavisi sürdürülecektir.

Katılımcının (Gönüllü) / Hastanın Beyanı

Yüksek lisans öğrencisi Yasemin Dönmez tarafından, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı işbirliği ile bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam, araştırmacı ile aramda kalması gereken, bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı gösterileceği, araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı kesin ve net bir şekilde belirtilmiştir.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Benden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve bana da herhangi bir ödeme yapılmayacağı net ve kesin bir şekilde ifade edilmiştir.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğum bildirilmiştir. Ancak araştırmacıları zor durumda

bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını da bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun, araştırma sürecinde araştırma ile ilgili ortaya çıkabilecek sağlık durumuyla ilgili olumsuzluklarda sorumluluk araştırmacılara ait olup parasal bir yük altına girmeyeceğim.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bebeğim bir sağlık sorunu ile karşılaştığında; günün herhangi bir saatinde Yüksek lisans öğrencisi Yasemin DÖNMEZ'e danışabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı herhangi bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (gönüllü) olarak yer alma kararını tamamen hür iradem ile almış bulunuyorum.

Katılımcı (Gönüllü)

Adı, Soyadı :

Adres :

Telefon :

İmza :

Görüşme Tanığı

Adı, Soyadı :

Adres :

Telefon :

İmza :

Katılımcı (Gönüllü) ile Görüşen Araştırmacı

Adı, Soyadı, Ünvanı :

Adres :

Telefon :

İmza :