

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ERGEN ANNELERDE EBEVEYNLIK YETERLİLİĞİNİN
ARTTIRILMASINDA
İLİŞKİSEL -GELİŞİMSEL YAKLAŞIM MODELİNİN
UYGULANMASI

Doktora Tezi

Banu Akyürek ERİŞ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Zeynep CONK

İZMİR

2007

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan: Prof. Dr. Zeynep CONK.....

(Danışman)

Üye: Prof. Dr. Benal İNCEER.....

Üye: Doç. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL

Üye: Yard. Doç.Dr. Ayça GÜRKAN.....

Üye: Yard. Doç. Dr. Hüsniye ÇALIŞIR.....

Doktora Tezinin kabul edildiği tarih: 14 Haziran 2007

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ERGEN ANNELERDE EBEVEYNLIK YETERLİLİĞİNİN
ARTTIRILMASINDA İLİŞKİSEL - GELİŞİMSEL YAKLAŞIM MODELİNİN
UYGULANMASI

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Tezi

Araştırma Görevlisi
Banu Akyürek ERİŞ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Zeynep CONK

İZMİR
2007

Daha çok hayata benziyordu...

Mutsuz olursunuz, üzülsünüz, canınız sıkılır, yorulursunuz, ağlarsınız, bir an kendinizi çaresiz hissedersiniz, tökezlenirsiniz, ümitsizlenirsiniz ve bazen elinizden gelen herşeyi yapar ve işte buraya kadar dersiniz, ama oraya kadar olmaz içinizde itici bir güç hissedersiniz, yolunda gitmeyen işler yıldırılmaz birtürlü sizi, hastalanırsınız evet belki iki kez zona bile geçirmiş olabilirsiniz ama hala ayaktasınızdır, bazen mucizeye benzer birşey oluverir biranda yada işler yolunda gitmeye başlar ondan sonra, içiniz kıpır kıpır olur, birilerine iyi geldiğinizi, dişe dokunur bişiler yaptığınızı hissedersiniz, insanların yüreklerinin derinlerine iner onlara ilaç oluverirsiniz içinizi huzur kaplar, kanınız daha hızlı akar damarlarınızdan hissedersiniz, kavuşmalar da olur, tekrar kavuşmak üzere ayrılıklar da, mutlu da olursunuz, sevinçten göz yaşıda dökersiniz, heveslenirsiniz şunu da yapmak istiyorum bunu da, ama yapamayabilirsiniz, herşey istediğiniz gibi gitmez çünkü, karamsarlığa kapılır yolun sonunu göremezsiniz aniden, çıkamazsınız o karanlıktan bazen, yürüyecek derman kalmaz dizlerinizde oracığa kapaklanıvermek istersiniz, ama ona bile zamanınız olamaz bazen, zamanla yarışmanız gerekir ve bir bakmışsınız zaman bitivermiştir...

Böyle zamanlar içinizde bir güç yada bir güven duygusu hissedersiniz, bize güç veren şeyler ne yediklerimiz ne de giydiklerimizdir, bize güç veren hissediklerimizdir....

Değerli danışmanım Sayın Prof. Dr. Zeynep CONK'

Doç. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL,

Doç. Dr. Münevver KILIÇ,

Prof. Dr. Benal İNCEER,

Doç. Dr. Melanie Percy,

Hatice ULUER,

Sevgili arkadaşlarım Eda DOLGUN, Nurşen ALTUĞ, Pervin KAYNAR ve Serap ÖZER,

Doktora eğitimim ve tez çalışmalarım sırasında bana cesaret veren bütün hocalarım ve arkadaşlarım, adının sayamadığım pek çok adsız kahraman,

Sevgili anneler ve dünya güzeli bebekleri,

CANIM ailem,

Bir insan bu kadar uzaktayken ancak bu kadar yakınızdaki olabilir, Sevgili EŞİM Oğuzhan ERİŞ,

Hissetttirdikleriniz için sonsuz teşekkürler...

İzmir 14. Haziran. 2007

Banu Akyürek ERİŞ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
	No
ÖNSÖZ	iii
TABLolar DİZİNİ	ix
GRAfİKLER DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
BÖLÜM I	1
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu	1
1.2. Araştırmanın Amacı	8
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	9
1.4. Araştırmanın Önemi	10
1.5. Sınırlamalar	11
1.6. Tanımlar	12
1.7. Genel Bilgiler	12
1.7.1. ERGENLİK DÖNEMİ	12
1.7. 2. ERGENLİKTE CİNSEL GELİŞİM	15
1. 7. 3. ERGEN GEBELİK ve ANNELİK	18
1.7.3.1. Ergen Gebelik ve Ebeveynliğin Sosyal ve Ekonomik Boyutları	23
1.7.3.2. Ergen Gebelikleri Önlemeye Yönelik Alınması Gereken Önlemler ve Çözüm Yolları	25
1.8. ERGEN GEBELİKTE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI	28
1.9. İLİŞKİSEL-GELİŞİMSEL YAKLAŞIM	29
1.9.1. Gelişimsel Model	29

1.9.2. İlişkisel Model	36
1.10. POSTPARTUM DEPRESYON	39
1.11. BEBEK GELİŞİMİ	40
1.12. MATERNAL BAĞLANMA	41
BÖLÜM II	43
2. GEREÇ VE YÖNTEM	43
2.1. Araştırmanın Tipi	43
2.2. Araştırmada Kullanılan Gereç Ve Yöntem	43
2.2.1. Veri Toplama Araçları	43
2.2.1.1. Anne-Bebek Tanıtım Formu	44
2.2.1.2. Maternal Bağlanma Ölçeği (Maternal Attachment Inventory, MAI)	44
2.2.1.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	44
2.2.1.4. Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)	45
2.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	47
2.4. Araştırmanın Evreni	48
2.5. Araştırmanın Örneklemi	48
2.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	49
2.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	49
2.8. Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi	55
2.9. Süre ve Olanaklar	56
2.10. Etik Açıklamalar	56
2.11. Araştırmaya Sağlanan Destek	56

BÖLÜM III	57
BULGULAR	57
3.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	58
3.2. Annelerin Gebelik ve Doğumla İlgili Özelliklerinin İncelenmesi	61
3.3. Bebeklerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	64
3.4. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Doğumdan Sonra 1. ve 6. aylardaki Maternal Bağlanma Ölçeği Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	66
3.5. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Doğumdan Sonra 1. ve 6. aylardaki Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	68
3.6. Çalışma Ve Grubundaki Annelerin Bebeklerinin 1. ve 6. aylardaki Ankara Tarama Gelişim Envanteri Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	70
3.7. Çalışma ve Kontrol Gruplarının 1. Ay ile 6. Ay Arasında Maternal Bağlanma Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Ankara Gelişim Tarama Envanteri Puan Ortalamaların Değişimlerinin İncelenmesi	73
3.8. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Bebeklerin Ankara Gelişim Tarama Envanteri Puan Ortalamalarını Etkileyebilecek Etmenlerin İncelenmesi	75
3.9. Çalışma Grubu Annelerin Doğum Öncesi Dönem, Bebek bakımı ve Anneliğe İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi	76
3.10. Çalışma Grubundaki Annelerin Toplantılar İle İlgili Görüşlerinin İncelenmesi	82

BÖLÜM IV	84
TARTIŞMA	84
4.1. Annelere İlişkin Tanıtıcı Bilgilerin İncelenmesi	84
4.2. Annelerin Gebelik ve Doğum Dönemi Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi	86
4. 3. Bebeklerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi	89
4. 4. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Doğumdan Sonra 1. ve 6. Aylardaki Maternal Bağlanma Ölçeği Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	90
4. 5. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Doğumdan Sonra 1. ve 6. Aylardaki Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	92
4.6. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Doğumdan Sonra 1. ve 6. Aylardaki Toplam ve Alt Test Ankara Gelişim Tarama Envanteri Puan Ortalamalarının İncelenmesi	94
4.7. Annelerin Değerlendirme Zamanlarına Göre Toplam ve Alt Test Ankara Gelişim Tarama Envanteri, Maternal Bağlanma Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının İncelenmesi	96
4.8. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Tanıtıcı Özellikleri İle 1. ve 6. Ay Maternal Bağlanma Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Ankara Gelişim Tarama Envanteri Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi	98
4.9. Çalışma Grubu Annelerin Doğum Öncesi Dönem, Bebek bakımı ve Anneliğe İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi	99

SONUÇ VE ÖNERİLER	110
5.1. Sonuç	110
5.2. Öneriler	117
BÖLÜM VI	119
ÖZET	119
ABSTRACT	121
YARARLANILAN KAYNAKLAR	123
EK I Anne Bebek Tanıtım Formu	131
EK II Maternal Bağlanma Ölçeği	134
EK III Beck Depresyon Envanteri	135
EK IV Ankara Gelişim Tarama Envanteri	137
EK V İlişkisel Gelişimsel Yaklaşım Modeli Toplantı – Tema Soruları	140
EK VI İlişkisel Gelişimsel Yaklaşım Modelini Değerlendirme-Tarama Soruları	141
EK VII Sağlık Ocakları Toplantı Çizelgesi	145
EK VIII Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurul İzin Yazısı	146
EK IX Anne Onam Formu	147
EK X Anne Teşekkür Belgesi	148
EK XI İzmir İli Bornova Sağlık Grup Başkanlığından İzin Yazısı	149
EK XII Touchpoints Individual Training Certificate	150
ÖZGEÇMİŞ	151

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No		Sayfa No
1	Veri Toplama ile İlgili Kavram, Ölçümler ve Zaman Aralığı	52
2	6 Aylık Bebek Ziyaretlerindeki İlişkisel/gelişimsel Yaklaşım (Touchpoint) Etkileşimi	53
3	İlişkisel/gelişimsel yaklaşım Girişimleri	54
4	Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	58
5	Annelerin Aile Özelliklerine Göre Dağılımı	61
6	Annelerin Gebelik ve Doğum Dönemi Özelliklerine Göre Dağılımı	62
7	Bebeklerin Cinsiyet, Doğum Zamanı ve Beslenme Şekline Göre Dağılımı	64
8	Bebeklerin Aylara Göre Kilo, Boy, Baş Çevresi Ortalamaları ve Karşılaştırması	65
9	Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Doğumdan Sonra 1. ve 6. aylardaki Maternal Bağlanma Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	66
10	Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Doğumdan Sonraki 1. ve 6. aylarda Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	68
11	Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin 1. ve 6. Aylardaki Toplam ve Alt Test Ankara Gelişim Tarama Envanteri Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	70
12	Annelerin Değerlendirme Zamanlarına Göre Toplam ve Alt Test Ankara Gelişim Tarama Envanteri, Maternal Bağlanma Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	73
13	Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Tanıtıcı Özellikleri İle 1. ve 6. Ay MBÖ, BDE ve AGTE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	75

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik No		Sayfa No
1	Çalışma ve Kontrol grubundaki annelerin doğumdan sonra 1. ve 6. aylardaki Maternal Bağlanma Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	66
2	Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Doğumdan Sonra 1. ve 6. Aylardaki Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı	68
3	Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Doğumdan Sonra 1. ve 6. Aylardaki Toplam ve Alt Test Ankara Gelişim Tarama Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı	71

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil		Sayfa
No		No
1	Ergen Annelerde Başarılı Yapılandırmada Kavramsal Model	10
2	Gelişimde Rol Oynayan Üç Güç Kaynağı	30
3	Gelişimde Meydana Gelen Ataklar	31
4	Normal -Yürümede Meydana Gelen Karışıklığın Bebeğin Sistemleri Üzerindeki Etkisi	32
5	Gelişimsel raydan çıkmaya neden olan karışıklığın yönetilmesinde yetersizlik	33
6	Bütünleştirilmiş Bağlanma Modeli	42

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Hiçbir sağlık sorunu bu kadar özel, kişiye ait ve bu kadar toplumu doğrudan ilgilendirir boyutta değildir.

Toplumsal gelişmenin ön koşulu olan sağlıklı topluma, gelecek nesillerin sağlıklı olması ile ulaşılabilir. Gelecek nesillerin sağlıklı olması ise toplumun yaratıcısı diyebileceğimiz annelerin sağlığı ile yakından ilişkilidir. Son yıllarda temel sağlık hizmetlerinin felsefesi olan, hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önem kazanmasına paralel olarak sağlık bakımında hemşirenin de rolü değişmiş ve gelişmiştir. Anne ve özellikle neonatal dönemdeki bebek ölümlerinin temel sağlık hizmetleri anlayışı içerisinde verilecek, etkili ve kaliteli hizmetler ile azaltılması mümkündür (9, 11, 69, 87).

Sağlıklı bir toplum ve sağlıklı bir gelecek; kendi sağlığının değerini bilen, koruyan ve sunulan sağlık hizmetini iyi kullanan annelerin yetiştirdikleri çocuklar ile mümkündür. Ayrıca anne ve çocuk sağlığı sağlık hizmetinin veriliş biçimi ve koşullarının yanı sıra, bu hizmetin alınış biçimi ve koşulları ile birlikte değerlendirilmesi gereken bir durumdur (86).

Nüfusu hızla artan ve kaynakları sınırlı olan ülkemizde sağlık düzeyi göstergeleri hiç de iç açıcı değildir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) tarafından 2003 yılında evli ergenlerle yapılan çalışmalarda 15-19 yaş grubunun doğurgan çağıdaki kadınların en kalabalık grubunu oluşturduğu saptanmıştır. 15-19 yaş grubunun %15.5'i cinsel deneyim yaşamış ve %15.2'si evlenmiştir. Ergen gebeliklerine bakılacak olursa; 15 yaşındaki kadınların %2'sinin gebelik deneyiminin

olduğu, yaş ilerledikçe, 19 yaşındaki kadınlarda bu oranın %20.7'ye ulaştığı ve 15-19 yaş grubundaki kadınların %6'sının çocuk sahibi olduğu belirtilmektedir (49). Bölgeler arası en yüksek ergen doğurganlığın %13 ile Ege Bölgesi'nde gözlenmesi şaşırtıcı bir bulgudur. Ergen doğurganlık düzeyi ile yerleşim yeri arasında belirgin bir ilişki görülmemekle birlikte, eğitimle ergen doğurganlık düzeyi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. İlköğretimin birinci basamağından daha az eğitim almış 15-19 yaş grubundaki kadınların ilk çocuklarına gebe kalma oranı %15 iken en az lise eğitimi almış kadınlarda ise bu oran %3'e düşmektedir (1).

Çocukluktan erişkinliğe geçiş zamanı olarak görülen ergenlik dönemi özellikle gelişmekte olan ülkeler için yeni bir kavramdır. Bu dönemin sınırları değişik toplumlara göre değişse de genel olarak ve ülkemizde 12-21 yaş arası dönem ergenlik dönemi olarak adlandırılmaktadır. Bugün dünyada 25 yaşın altında bir buçuk milyar kişi yaşamaktadır. Bu kişilerin bir milyardan daha fazlası 10-19 yaş grubunda ve %85'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Ülkemizde yapılan 2003 yılı nüfus sayımında ergen (10-19 yaş) nüfus, 13 milyon 790 bin olarak saptanmış olup bu rakam tüm nüfusun %20'sini oluşturmaktadır. 15-19 yaşlar arasındaki genç kadınların tüm kadınlar içindeki payı %20.1 dir (1, 48, 66).

Ergen gebelikler, özellikle gelişmiş ülkelerde sık görülmesine karşın, evlilik yaşının düşük olması nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde de sağlığı tehdit etmektedir. Bu dönemde meydana gelen gebelikler, anne-bebek sağlığı ve ergenlerin gelecek planları üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle önemli bir sağlık problemi olarak ele alınmaktadır. Ergen gebelikler tipik olarak, planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerdir. İstenmeyen gebeliklerin sosyal ve psikolojik sonuçları, evli olmayan ergenler için daha olumsuz olmaktadır. Dünya genelinde bütün doğumların %10'undan daha fazlasının 15-19 yaş grubunda meydana geldiği bildirilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise evli olmayan ergen kızların %10-40 oranında istenmeyen gebelik yaşadığı tahmin edilmektedir, ayrıca ergen kızların istenmeyen

gebelik deneyimlerini saklama eğilimi olabileceğinden dolayı, belirtilen oranların gerçek sayının altında olabileceği ileri sürülmektedir (1).

Türkiye'deki sorun ergen yaşta evliliklerdir. 2003 TNSA sonuçlarında, ülkemizde 15-19 yaş grubundaki ergen kadınların %11.9'unun evli olduğu ve %8'inin doğurganlık davranışına başladığı görülmektedir. Yaklaşık her on kadından biri anne ya da anne adaydır (1,12). Yine ülkemizde Özcebe ve arkadaşları (1993) tarafından yapılan bir araştırma sonucunda kadınların %96'sının 25 yaşına kadar evlenmiş oldukları bulunmuştur .

Çocuk sahibi olunan yaşın hem demografik, hem de anne ve çocuk sağlığı açısından önemli sonuçları bulunmaktadır. Ergen gebeler yetişkin gebelere oranla daha az doğum öncesi bakım almakta ve daha fazla sağlık sorunu yaşamaktadır. Toplam gebelik ve doğum nedeni ile ölen 500 bin kadının ¼'ini ergenler oluşturmaktadır. 15-19 yaş grubundaki annelerin doğum sırasında ölme olasılıkları 20-24 yaş gurubu annelerle karşılaştırıldığında 2-3 kez artmaktadır. Gebelik sırasında ise anemi, preeklamsi gibi gebelik komplikasyonları daha sık görülmektedir. Ergen annelerin bebeklerinde de mortalite ve morbidite oranı daha sıktır. Bebeklerde önemli bir ölüm nedeni olan düşük doğum ağırlığı ergen annelerin bebeklerinde sık olarak görülmektedir (63,66). Ergen ebeveynlik, şüphesiz annelik yeteneklerinin niteliğini pek çok nedenle etkileyen, karmaşık bir durumdur (32).

Annenin yeni sorumluluklarıyla baş edebilmesi için, annelik rolüne uyum sağlaması gerekmektedir (25). Araştırmalar, anne-babalık kimliğinin kazanılmasında ve bebeğin gelişiminde ebeveyn-bebek bağlılık ilişkisinin önemli olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda, anne ve bebeğin özelliklerinin, annenin bebek bakımını yeterli bir şekilde gerçekleştirmesini etkilediğini göstermiştir. Kadının yaşı, kişilik özellikleri, eğitim durumu, sağlık durumu, benlik kavramı, sağlığı algılayışı, aldığı sosyal destek, çocuğuna bağlanma durumu, sosyoekonomik düzeyi ve yenidoğan bebeğin mizacı annelik rol başarımını etkileyen faktörlerdir (24, 25, 82).

Ebeveynlikte yeterliliğin geliştirilmesi; annenin bir anne kimliğini yapılandırması ve bebeği ile arasında bağ kurması ile mümkündür. Yenidoğanın durumu, davranışları ve/veya performansı üzerine odaklanan rehberlik programları bebekle olan bağın güçlenmesine ve annenin kendini yeterli hissetmesine yardımcı olmaktadır (71). Bu durum aynı zamanda ergenin benlik saygısı ile de ilişkilidir. Sağlık ve sağlığın sürdürülmesine yönelik davranışlara motivasyonda benlik saygısı destekleyici bir faktördür. Aynı zamanda ergen annede yüksek benlik saygısı, ebeveynlik yeterliliği ve olumlu anne-bebek etkileşimi ile de bağlantılıdır. (32,56). Parental benlik saygısının gelişmesi ve ebeveynlik yeterliliğinin artırılması ile çocuk yetiştirmede başarıya ulaşılabilir. Censullo (1994), ebeveynlikte yeterliliğin geliştirilmesine yönelik girişimlerin sadece ebeveyn bebek etkileşimini değiştirmekle kalmayıp, etkileşimi erken başlatarak böylelikle kalitesinin de artmasına yardımcı olduğunu bildirmiştir. Araştırmacılar bunlara ek olarak, annenin benlik saygısının düşük, yoksul ve 17 yaşından küçük olmasının çocuk üzerinde olumsuz etkileri olduğunu, aynı zamanda postpartum depresyonun da en önemli nedenlerinden biri olduğunu bildirmişlerdir (32).

Doğum sonrası dönemde annelik hüznü, depresyon ve psikoz şeklinde psikolojik bozukluklar görülebilir. Özellikle post partum depresyon belirtileri, doğumdan sonraki ilk bir yıl içinde herhangi bir zamanda görülebilmekte, bütün annelerin %10-15'ini etkilemekte, aylar ve hatta yıllar sürebilmektedir (7,36). Özellikle ergen annelerde depresyon görülme oranı yetişkin annelere oranla üç kat daha fazladır. Hatta bu durumdan bazıları majör depresyon seviyesine erişmekte, bazıları da hastaneye yatmaları ve tedavi almaları gerekmektedir (19). Dawson ve arkadaşları (1999), depresyondaki annelerin bebeklerinin, anneleri ile etkileşim sırasında frontal lobda atipik elektrik aktivitesi gösterdiklerini bildirmişlerdir. Bu çocukların aynı zamanda beslenme problemlerinin olduğu, gelişimsel gecikme, nörokimyasal dengesizlikler ve davranış problemleri bakımından yüksek oranda riskli oldukları bulunmuştur. Anneleri depresyonda olmayan bebeklere oranla

annelere oranla anneleri depresyonda olmayan bebekler, huzursuzluk, ağızları ile daha az keşif, yetersiz motor, bilişsel ve gelişimsel gelişme göstermektedirler (19,36). Depresyon yada depresif belirtiler annelerinden bebeklerine erken dönemde geçmekte ve onları da olumsuz etkilemektedir (37).

Ergenlerin cinsel ve üreme sağlığıyla ilgili çalışmalar, özellikle gelişmiş ülkelerde gittikçe önem kazanan bir alan haline gelmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ise ergen üreme sağlığı, erken yaşta evlilik ve doğurganlık konuları popüler bir çalışma alanı olmakla birlikte kapsamlı ve eğitime yönelik çalışmalar ancak son yıllarda ivme kazanmıştır. Türkiye’de de benzer bir eğilim devam etmekte ve gençlere yönelik cinsel ve üreme sağlığı çalışmaları sayı ve nitelik olarak sınırlı kalmaktadır (66).

Hemşireler, ergen annelerin bebeklerinin davranışlarının dilini anlama ve yanıtlama sırasında rehberlik yaparlar. Annenin kendi bakımı ve bebeğinin sağlık gereksinimlerini karşılayabilme konusunda aktif rol oynamasını sağlamak için desteklerler. Olumlu rol modellerinin varlığı bir annenin uygun annelik davranışlarını göstermesine ve annelik rolü ile ilgili kendisini yeterli hissetmesine yardımcı olmaktadır (69,83).

İlişkisel-gelişimsel yaklaşım (Touchpoint); ergen ebeveynleri desteklemek ve çocuklarının davranışlarının dilini paylaşmak üzere uygulanmaktadır. Aile ile empatik bir ilişki kurmanın pek çok yolu vardır. Çocuğun davranışının dilini kullanma bu aşamada güçlü bir yaklaşımdır. Ebeveynler ve profesyoneller çocuğun davranışlarını farklı şekilde yorumlayabilirler ancak bu farklılıklar çocuğun anlaşılmasında genel bir temel oluşturur. Profesyoneller çocuğun davranışına ilişkin yorumlarını ebeveyn ile, ebeveynler de çocuğun davranışını gösterme şeklini profesyonellelerle paylaştığında her iki grupta birbirini ve çocuğu tanır. Böylece her iki grup kültürünü ve yapısını ortaya koyar (69,71).

Bu yaklaşım modeli, çocukların kendilerine özgü gelişimlerini, mizaçlarını ve ebeveynlerinin onlar üzerindeki etkilerini inceleyen gelişimsel, disiplinlerarası bir

modeldir. Burada altı çizilmesi gereken husus; sağlık bakımı veren uzmanlarla ebeveynlerin etkileşimi süresince, ebeveyn-çocuk ilişkisini, ebeveynlerin çocuklarının fiziksel ve psikolojik gelişimleri üzerine olumlu etki yaratma gayretlerini desteklemek ve arttırmaktır (69). Percy ve arkadaşları çalışmasında (2001), Hornstein ve arkadaşlarının (1997) ergen anneler, eğer cesaretlendirilmez ve desteklenmezlerse deneyimlerini bir ebeveyn gibi paylaşmaya hazır olmayacaklarını saptadıklarını bildirmişlerdir. Çocuk bakım uzmanları bu popülasyonu sorunlu görmek yerine, kendi zorluklarının üstesinden gelebilmeleri için onlara fırsat tanımak zorundadırlar. Böyle bir tutum, annelerin desteklenmesi ve gelecekleri ile ilgili başarı ve umutlarının cesaretlendirilmesi yönünde önemli anlamlar taşımaktadır (69).

İlişkisel-gelişimsel yaklaşım (Touchpoint) çocuk gelişiminin anlaşılmasını, ilişkinin yapılandırılması modeli ile birleştirir. Çocuk gelişimi doğrusal olmayan, gerilemeler gösterebilen, zaman zaman patlaklar veren, duraklamaları olan dinamik bir süreç olarak tanımlanabilir. Bu süreç çok boyutlu ve birbiriyle ilişkili dönemleri kapsar. Gelişimin herhangi bir alanındaki patlama (bilişsel, motor, sosyal/duygusal veya dil yetenekleri) başka bir alanda geçici olarak gerilemelere yol açabilir. Örneğin, yeni kelime ve sesleri öğrenen dokuz aylık bir bebek, geçici olarak bu yeni gelişen motor yeteneğine odaklanırken, konuşma becerisinde kısmi bir gerileme görülebilir. Bu gelişimsel gerileme davranışsal karışıklık nedeni ile olabilmektedir. Bu gibi karışıklıklar, yürümeyi yeni öğrenen bir çocukta da gözlenebilir. Çocuk tüm enerjisini bu yeni öğrendiği motor aktiviteye yöneltirken, yeme ve uyku davranışlarında karışıklıklar görülebilir (69, 70,71).

Bu model Brazelton ve birlikte çalıştığı; eğitimciler, psikologlar, pediatristler, hemşirelerle birlikte geliştirilmiştir. Brazelton ve arkadaşları çocukların gelişimi sırasında meydana gelen geçici gerilemeleri anlamaya yönelik bir yaklaşımı benimsemişler ve bu sayede ebeveynlerin çocuklarındaki durumu anlama ve kabul etmelerini kolaylaştırmışlardır. Çünkü ebeveynler gerçekleri bilmedikleri yada

anlayamadıkları zaman çocuklarının durumundan kendilerini sorumlu tutmakta ve ebeveynlik görevlerinde bir yetersizlik olduğunu düşünmektedirler (71).

Ebeveynler hemşireye daha fazla güvenmek, ebeveynlik ile ilgili korkularını ve endişelerini içtenlikle açığa vurmak isterler. Mevcut problemlerini konuşurken ebeveynler genellikle eski deneyimlerini de anlatırlar. Hemşire bu eski deneyimleri açığa çıkarmak ve ebeveynlerin anlattıklarından çocukların davranışlarını tanılamaya yönelik anlamları çıkartmak zorundadır (69).

Hemşire ilişkisel-gelişimsel yaklaşım çerçevesinde çocuğun davranışlarını gözler ve bu davranışların anlamını ebeveynleri ile birlikte inceler. Hemşirelikte gözlem temel bir yetenektir. Ancak normal davranışları tanımlama pek alışılmadık bir durumdur. Örneğin: hemşire şu açıklamaları yaparken ebeveynler hemşireyi büyük bir şaşkınlıkla dinlerler; “Bakın kızınız Ece yanınızda durup nasıl da elleriyle bacaklarınıza tutunuyor. Biliyor ki siz onu koruyorsunuz. Asla sizi bırakıp odadan dışarı çıkmayacaktır. Aslında iki yaş onun bağımsızlığına yavaş yavaş adım attığı bir dönemdir, ama size çok güçlü bağlarla bağlı olduğu için yanınızdan ayrılmak istemiyor bu da çok önemlidir”. Ebeveynler, bu konuşmadan sonra hala anlatılanları şaşkınlıkla dinliyor olacaklardır. Çocuklarının probleminden farklı olarak çocuğun bu normal gelişimini ve mizaç/huyunu bilmek ebeveynlik ile ilgili duygularını açığa çıkarmakta onları gayretlendirecektir (78, 79).

Ebeveynlerle, çocuklarının gelişimlerinin tanımlanması üzerine kurulacak bağlantı Touchpoint uygulamalarının temelidir (69).

Bu yaklaşımın uygulanmasında yaptırımcı olmaktan çok işbirlikçi olunmalıdır. İlişkisel-gelişimsel yaklaşım, oluşan işbirliğinin, etkileşimin yapılandırılmasının ve sağlık bakım uzmanları ile ebeveynler arasında insancıl (bakım ve yardımı destekleyen) bir ilişki oluşturmak için çocuk davranışlarının yorumlanmasının önemini vurgular. Bu olumlu ve çok boyutlu model geleneksel, eksik, kuralcı/yerleşik ve doğrusal modele karşılık olarak ailenin dayanıklılığı/gücü üzerinde durur. Bu yaklaşım ilkesinin özü; çocuğun davranışları ile gelişimi ve kişisel huyları arasında bir ilişki kurabilmektir (69,71,78).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Gebelik ve doğum, kadın yaşamındaki önemli gelişimsel olaylardan biridir. Gebelik döneminde meydana gelen morfolojik ve fonksiyonel tüm değişimler kadının ruhsal alanına yansır. (8,31). Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmasının yanı sıra kadında stres yaratan bir durum olabilmekte ve kadında psikolojik problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (7). Özellikle post partum depresyonu etkileyen bir çok faktör (annenin yaşı, eğitim düzeyi, aile içi ilişkiler, ailenin sosyo-ekonomik durumu vb) vardır ve problem erken tanımlanmalıdır. Tanı ve tedavideki gecikme, hem annenin hem de bebeğin bakımında sorunlar yaşanmasına neden olur. Çocuklarda fiziksel ve bilişsel gelişimde görülen gecikmelerin yanında sosyal ve emosyonel desteklerinde kayıplara da yol açmaktadır (7,83).

Ergen annelerin ebeveynliklerinde kendilerini daha yeterli hissetmesini sağlamak için; ebeveynlik ve gelişim ile ilgili konularda bilgi ve yeteneklerini geliştirme gereksinimi vardır (43). Son 20 yılda yapılan çalışmalar göstermiştir ki ergen anneler ve bebekleri olumsuz sonuçlar yönünden yetişkin anneler ve bebeklerine oranla daha büyük risk altındadırlar (32). Ergen annelerin bebeklerinin ölüm oranı 20 yaşından küçük anneler için %0.47 iken bu oran anne yaşı arttıkça azalmaktadır (1,32). Ergen annelerin çocuklarının yetişkin annelerin çocuklarına oranla daha fazla davranış ve eğitim ile ilgili problemleri, hastalıkları ve hastane kayıtları bulunmaktadır (32). Bunun yanı sıra, depresyon, kendine güven ve çocuk gelişimi hakkındaki bilginin azlığı nedeniyle ergen anneler çocuklarıyla genellikle çok az ilgilenmektedirler. Depresyondaki ergen annelerin bebekleri ile olan ilişkilerinin, depresyonda olmayan ergen annelerin bebekleri ile olan ilişkileri ile karşılaştırıldığında daha az olumlu olduğu görülmüştür. Depresyondaki bir annenin çocuğu için harcayacağı enerji daha azdır ve anne ebeveynlik etkileşiminde ya otoriter olmayı ya da katı bir şekilde cezalandırıcı olmayı seçmektedir. Prenatal ve postpartum depresyon, anne-bebek etkileşimini olumsuz etkileyen önemli zihinsel sağlık sorunlarıdır. Bu durum ergen annelerdeki çocuk ihmal ve istismarı oranının

daha ileri yaşıta anne olanlara oranla fazla olmasını bir bakıma açıklamaktadır (19,32, 69).

Ergen annelerin doğum sonrası dönemde kadının fiziksel ve ruhsal sağlığını koruyabilmesi için yardım ve desteğe gereksinimi vardır. Ülkemizde ergen anneler için rehberlik ilişkilerini içeren programların sayısı yetersizdir. Oysa ki gelişmiş hemşirelik uygulamaları ile birlikte, sağlanacak sosyal desteğin olumlu etkilerinin olabileceği bilinmektedir. Bu tip rehberlik girişimleri planlanmış sağlıklı çocuk muayeneleri sırasında sağlık çalışanları tarafından uygulanabilir. Girişimler duygusal destek ve genç annelerin ebeveynlik davranışlarını geliştirmek amacıyla tasarlanmalıdır. Böyle bir yaklaşım, ergen anne için güvenilir bir deneyim sağlamak amacıyla ilişkisel/gelişimsel girişimlerin kullanımı açısından da oldukça önemlidir (69).

Bu çalışmanın temel amacı; ergen anneler arasında destek veren güvenilir bir ilişkinin kurulmasını sağlayarak, annelerde ebeveynlik yeterliliğini arttırmaktır.

Bu doğrultuda belirlenen alt amaçlar ise şunlardır;

1. Ergen annelerde ebeveynlik başarısını desteklemek için güvenilir ilişkisel/gelişimsel girişimlerin uygulanması,
2. İlişkisel/gelişimsel yaklaşımın, iki haftada bir gerçekleştirilecek destek toplantılarına katılan ergen anneler de depresyon ve bağlanma üzerindeki etkilerini ve çocuklarda yaşa uygun çocuk gelişimi üzerine etkilerini değerlendirmektir.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

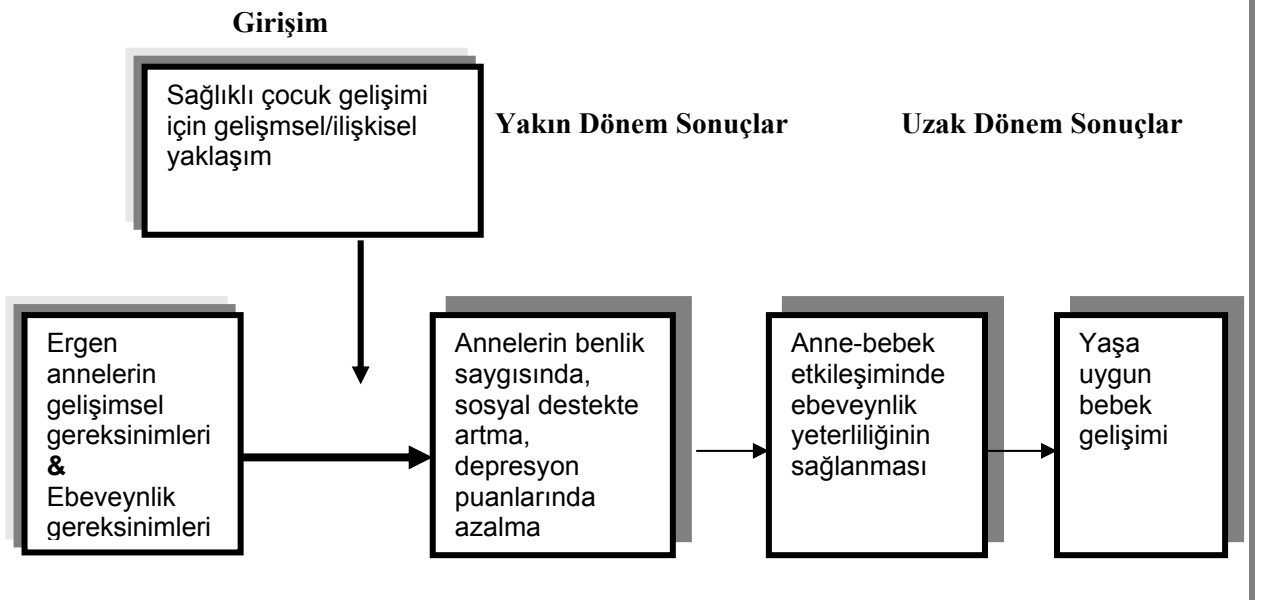
HI: Araştırmaya katılan çalışma grubu ergen annelerin bebekleri zamanla yaşa uygun gelişimsel davranışlar göstereceklerdir.

HII: Araştırmaya katılan çalışma grubu ergen annelerin bebekleri ile olan bağlanmalarında zamanla gelişme görülecektir.

HIII: Araştırmaya katılan çalışma grubu ergen annelerin ruhsal sağlığın göstergesi olarak depresyon ölçeğinden alınan puanlarında göreceli olarak zamanla birlikte azalma görülecektir.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Ergen annelerde, ilk çocuğun doğumundan sonraki birkaç ay içerisinde başarıya ulaşma annelerin ve çocuklarının sonraki yıllar için sağlıklı olmalarına katkı sağlamaktadır. Ergen annelerde başarının sağlanması için geliştirilen kavramsal model (Şekil 1) ergen anneler ve çocukları için başarılı sonuçlar sağlama sürecini açıklamaktadır. Bu modelin merkezinde yer alan ergen annelerin otonomi ve bağlanma için gerekli olan *gelişimsel ergenlik gereksinimleri* ve çocuk davranışı, gelişimi ve sağlık bakımının anlaşılması için gerekli olan *ebeveynlik gereksinimleri* olmak üzere iki önemli gereksinimleri bulunmaktadır. İlişkisel/gelişimsel yaklaşımı benimseyen bir girişim olan Touchpoints; yüksek risk altındaki ergenleri annelik konusunda bilgilendirmektedir. Genç anneler desteklendiklerini ve gereksinim duydukları bakımı aldıklarını hissettiklerinde, ebeveynlik duygularında güvenilir bir artış olmakta ve anne bebek etkileşiminde daha etkili bir deneyim yaşamaktadırlar. Bununla birlikte, anneler depresyonda olmadıkları ve bebekleriyle uygun etkileşimde bulundukları zaman, bebekleri yaşa uygun gelişim göstermeye daha yatkın olmaktadır (69).



Şekil 1: Ergen Annelerde Başarılı Yapılandırmada Kavramsal Model (69).

Günümüzde, anne çocuk ilişkisini geliştirmek için yapılan çalışmalar bilgi ve sosyal destek sağlanması üzerinde yoğunlaşmıştır, bu çalışmalardan çok azı ise

ergen annelerle destekleyici ve besleyici bir ilişki geliştirmenin önemi üzerinde durmuştur. Dahası, ergen annelerin depresyon durumunu ve kendine güven duygularının az olduğunu gösteren çalışmalar olmasına rağmen, bu problemleri azaltmak için gereken girişimler ergen ebeveynlik programlarında çok az yer almaktadır (69). Bu nedenlerle gebelik sırasında yeterli sosyal desteği olmayan anneler için hemşire, doğum sonrası destek gruplarının oluşturulması ve annelerin gruplara katılımlarının sağlanmasına yardımcı olacak, böylelikle doğum sonrası dönemine ait riskler azalacak ve annelerin bu ciddi deneyimlerinin unutulmaz kılınması için de yardımcı olunacaktır.

Ergenlik dönemi çocukluk ile erişkinlik arasındaki geçiş dönemidir. Bu dönemde, fiziksel, cinsel ve psikososyal gelişim olmakta ve sonuçta erişkinlik dönemine geçilmektedir. Kimi zaman çocuk olarak, kimi zaman erişkin olarak değerlendirilen ergenler, esasında kendilerine özgü problemleriyle hak ettikleri ilgiyi bugüne kadar bulamamışlardır. Bu nedenle bu gruba ait araştırmaların üretilmesinde, sağlık politikalarının geliştirilmesinde eksiklikler görülebilmektedir. Bu dönem risk ve olumsuz etkilenmelere açık olduğu kadar aynı zamanda bir fırsat dönemi olarak da değerlendirilebilir. Yeniliğe, değişime, gelişmeye en açık olan bu yaş grubuna; doğru yerde, doğru yöntemlerle ve doğru kişilerle ulaşıldığında, ülkemizin sağlık düzeyinin gelişmesine önemli katkı sağlanmış olacaktır (27).

1.5. SINIRLAMALAR

Araştırma kapsamına 14-19 yaş grubunda yer alan, ilk defa anne olan ve bebekleri birinci ayının içinde olan 15'i kontrol ve 15'i çalışma grubunda yer alan toplam 30 ergen anne alınmıştır.

- Bebekleri 35. gebelik haftası öncesinde doğan,
- Konjenital anomali bebeği olan,
- Araştırmaya katılmadan önce iki hafta ya da daha uzun süre hastanede kalan anneler, bebeklerinde uzun süre hastanede kalmaya bağlı olarak

oluşabilecek ve anne bebek etkileşimini etkileyebilecek kritik bir hastalığa yakalanma olasılıklarının fazla olması nedeniyle araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırma kapsamına çalışma ve kontrol grubunu oluşturmak üzere daha fazla sayıda anne alınması planlanmış ancak araştırmanın uygulama aşamasında, çalışmanın yürütüldüğü bölgelerde araştırma sınırlılıklarına uyan anne sayısının yetersiz olması nedeni ile daha az sayıda anne ile çalışılmıştır.

1.6. TANIMLAR

- **Ergenlik Dönemi:** Çocukluk döneminin sonundan erişkinliğe uzanan tüm fiziksel, seksüel, psikolojik, sosyal gelişim evresini içine alan ve 10-19 yaşları kapsayan dönem (26, 27).
- **Touchpoints:** Çocukların kendilerine özgü gelişimlerini, mizaçlarını ve ebeveynlerin onlar üzerindeki etkilerini inceleyen gelişimsel, disiplinlerarası bir modeldir (20, 21, 69, 70,71).
- **Maternal bağlanma:** Anne-çocuk arasında doyurucu ve zevk verici bir etkileşim sonucunda annenin çocuğuna karşı geliştirdiği sevgi bağının oluşum sürecidir (47,52,75).
- **Postpartum Depresyon:** Doğumdan sonraki bir ile üç ay arasında başlayan ve bir yıl süre ile devam edebilen, uykusuzluk, yorgunluk, dikkat azlığı, iştah değişikliği, aşırı endişe, çevreye ilgisizlik, psikomotor yavaşlama ve ajitasyon gibi klinik belirtilerle seyreden depresyonun klinik alt tiplerinden biridir (7,19,36).

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1. ERGENLİK DÖNEMİ

Ergenlik kavramı ilk kez 1904'de Stanley Hall ile literatüre girmiş ve insan gelişiminde ayrı bir evre olarak yerini almıştır. Terim Latince "gelişen" anlamındadır.

Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı Psikiyatri Sözlüğünde (Psychiatric Glossary) ergenlik şöyle tanımlanmaktadır. Fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan ve bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, çok da belirli olmayan bir zamanda sona eren kronolojik bir dönemdir ve hızlı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişmelerle karakterizedir (26,68).

Ergenlik, insan gelişiminde özel bir dikkat ve özen gerektiren kritik ve eşsiz bir dönemdir. Bu yıllar, çocuklara özgü bağımlılıktan bağımsız ve sorumlu yetişkinliğe geçiş aşamasıdır. Ergen, bu dönemde gerek ailesi gerekse topluluğu içinde daha fazla sorumluluk üstlenmeye başlar, yetişkin olarak üstleneceği görevlere hazırlanır, yaşamı boyunca olumlu ya da olumsuz etkileri görülecek birtakım önemli adımlar atar (2).

Ergenlik başlangıç ve bitiş sürelerinin belirlenmesinde olduğu kadar normal ve anormalliğinin belirlenmesinde de güçlük çekilen bir dönemdir. Özellikle önceleri analitik gözlemciler tarafından, bir karışıklık dönemi olarak kabul edilen ergenlikte duygusal dalgalanmaların ve iniş çıkışların olmaması anormal nitelendirilmekteydi. Daha sonraları Douvan ve Offer gibi araştırmacıların yaptıkları geniş örneklemlilerde gençlerin çoğu için böyle bir karışıklığın beklenmesi gerekmediği anlaşılmıştır. Özellikle aile desteğini iyi alan gençlerin bu dönemi fazla karışıklık yaşamadan tamamladığu ortaya konmakla birlikte bu dönemde ciddi psikiyatrik hastalıkları düşündürecek kadar ağır ruhsal belirtilere yol açan bocalamalara da rastlanabilmektedir. Patalojinin anlaşılabilmesi için öncelikle normal gelişimin ne olduğunun iyi bilinmesi gerekir. Bu açıdan ergenlik genel olarak üç evrede incelenmektedir (26,77)

- Başlangıç Evresi (Erken Ergenlik) - (10-14 yaş)
- Orta Ergenlik - (15-17 yaş)
- Sonlanma Evresi (Geç Ergenlik)- (17 yaş ve üzeri) (26, 77)

Erken Ergenlik: Fiziksel değişiklikler endokrin sistem değişiklikleri ile başlar ve 10-14 yaşları arasını kapsar. Bu dönemde fiziksel ve fizyolojik değişimler ön plandadır. Çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemindeki genç bu değişikliklere ayak uydurmak durumundadır. Bedensel değişimler gencin ilgi odağıdır (26,68,77).

Orta Ergenlik: Yaklaşık 15-17 yaşlarına rastlamaktadır. Bu dönemde anne-babadan duygusal olarak kopma ve bağımsızlığa adım atma başlar. Sağlıklı bağımsız bir yetişkin olabilmesi için bağımlılığın azalması gereken bu evrede gencin yaşıt grubunun desteği temel alınmaktadır. Ergen için, yaşıt grubunun değerleri, grup kararları, giyimi, davranış biçimleri önemli olmaktadır (26, 68,77).

Geç Ergenlik: Bu dönemde fiziksel gelişim düzene girmiş, biyolojik olgunluğa erişilmiştir. Bu dönemde meslek seçimi ve özerk bir birey olma çabaları söz konusudur. Ergen, kendi kimliğini oluşturma çabasındadır. Bu dönemin gelişimsel rolü, kimliğin kazanılmasıdır. Geç ergen dönem, kişinin yaşamda yolunu çizdiği, kendi sınırlarını diğer insanlarla karşılaştırarak deneme-yanılma yolu ile genişletme olanağı bulduğu bir dönemdir. Ergen kendini ve toplumdaki rolünü tanımaya çalışır (26, 68,77).

Aristo 2300 yıl önce gençliğin özelliklerini çok çarpıcı ve özlü biçimde şöyle açıklamıştır; gençlerin istekleri pek çoktur, tutkuludurlar, huysuz ve öfkelidirler. Kendilerini iç tepkilerine kaptırır, tutkuların kölesi olurlar. İsteklerinin önüne dikilen en küçük engele bile katlanamazlar. Onura ve başarıya paradan çok değer verirler, çünkü kötülükleri tanımamışlardır. Çabuk güvenir, çabuk bağlanırlar; çünkü aldatılmamışlardır. Yüksek hayalleri ve amaçları vardır; çünkü daha yaşamın koşullarını, sınırlayıcı etkisini öğrenmemişlerdir. Her şeyi bildiklerini sanır, onun için yanlışlarında sonuna dek direnirler (17).

Ergenlik dönemi, çocukla erişkinlik arasında yer alan, fiziksel büyüme, gelişme ve cinsel olgunlaşma ile birlikte psikososyal değişimlerin ortaya çıktığı bir geçiş çağıdır (9,72). Ergenlik, insan gelişim dönemleri içinde toplumsal etkilerin birey için en fazla önem taşıdığı bir evredir. Dolayısıyla, tanım gereği bitişi belirleyen ruhsal olgunluğun sağlanmasının da toplumdan topluma farklılıklar göstermesi beklenebilir (26).

1.7. 2. ERGENLİKTE CİNSEL GELİŞİM

Dünya Sağlık Örgütü'nün (D.S.Ö.) tanımıyla sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Bununla bağlantılı olarak cinsel sağlık, bireysel ve sosyal değer yargılarıyla uyumlu şekilde cinsellikten zevk alabilme kapasitesi, yanlış inanış, utanç ve korkulardan arınma, cinsel ve üreme fonksiyonlarına zarar veren organik bozukluk, hastalık ve sakatlıkların yokluğu olarak tanımlanabilir (62). Üreme ve cinsel sağlık problemleri, gençlik döneminde yaşanan sağlık sorunları içinde önemli bir yer tutmaktadır. Buna karşın gençlerin üreme sağlığı sorunları son yıllara kadar ihmal edilen bir konu olmuştur (40).

Cinsellik, doğuştan itibaren başlayan, yaşam sırasında şekillenen erkek ve kadının kişiliğini ve kimliğini tanımlayan, yaşam için gerekli bir olgudur. Bireysel cinsel kimlik gelişimi yaşamın ilk yıllarında gelişen bir olgu olmasına karşın kesin olarak şekillendiği evre ergenlik dönemidir (33). Klasik psikolojide çocuk cinselliğinin varlığı kabul edilmeyip de, cinselliğin ergenlik döneminde bir olgu olarak kabul edilmesine karşın, yine de ondan sıkılarak ve üstü kapalı olarak söz edilmekteydi. Oysa psikanalistler için ergenlik, tam tersine, cinsel gelişimin sürüp gitmesini ya da tamamlanmasını simgeleyen bir dönemdir. Buna göre, ergenlikte, çocuğun cinsel yaşamını son şekline getirecek olan cinsel değişiklikler ortaya çıkmaya başlar. O çağa kadar oto erotik bir nitelik taşıyan cinsel içgüdü cinsel nesneye yönelir. Böylece yeni bir cinsel gelişim aşamasına girilir. Cinsel organların gelişmesi ile ergenlerde

psikolojik yönden gereksinim ve uyum sorunları ortaya çıkar. Ergenin topluma uyum sağlaması, kendinde oluşan yeni gelişim özelliklerine sağlıklı bir şekilde uyum yapabilmesine ve kendi cinsiyle olduğu kadar karşı cinsle de normal ilişkiler geliştirebilmesine bağlıdır. Ergenin, bu dönemde oluşan değişim ve gelişmelere hem bireysel hem de toplumsal anlamda uyum sağlayabilmesi, hem kendi cinsiyle hem de karşı cinsle iyi ilişkiler kurabilmesi, daha sonrada bahsedileceği gibi oluşacak değişimler konusunda bilgili olmasına ve bu döneme önceden hazırlanmasına bağlıdır (34).

Ergenin cinsel kimliğine uygun roller edinmesinde aile, kültür ve toplumun uygun gördüğü davranış ve tutumlar önemlidir (34). Ergenlerin yaşamlarında sosyal durumları, aile yapıları ve okula başlama gibi olanakları, onların sosyalleşebilmeleri, cinsel ve üreme davranışlarını belirlemeleri açısından önemlidir. Üremeyi sağlayan kurum olarak aile üyelerinden annenin temel rollerinden biri, üreme sağlığı ile ilgili davranış biçimlerini çocuğa kazandırmaktır (39). Toplumun kültür yapısı cinselliğe karşı tutumu göz önüne alınarak dört kültür tipi tanımlanmaktadır. Bunlar cinsel olarak baskılayıcı, kısıtlayıcı, izin verici ve destekleyici olarak ayrılmaktadır. Batı toplumlarında cinsellik kültürünün, baskılayıcı olmak yerine destekleyici, izin verici yönde değişmesiyle, ilk cinsel ilişki yaşında düşme, evlilik öncesi ve evlilik dışı cinsel ilişki sıklığında artma gibi değişiklikler yaşanmaktadır. Cinsellik konusunda ülkemizde daha çok baskılayıcı ve kısıtlayıcı karakterde bir kültür yapısı hakimken, son yıllarda bu durum hızla değişmekte olup daha karışık bir kültür yapısı oluşmaktadır. Dolayısıyla batılı ülkelerde günümüzde yaşanan birçok problem henüz ülkemiz için sorun yaratmamakla birlikte ülkemizde ergen ve gençlerde cinsel ilişki yaşama oranlarının geçmişe göre artmakta olduğu bildirilmektedir (50,62).

Farklı kültürlerde, cinsellikle ilgili çok farklı davranış modelleri bulunmaktadır. Örneğin bazı aşağı Sahra ülkelerinde, genç kadın evlenmeden önce doğurganlığını ispat etmek zorunda kalmaktadır. Gelişmiş ülkelerin çoğunda da gençler evlenmeden önce seksi de içeren flört dönemi geçirirler. Geleneksel ve

muhafazakar toplumların erken cinselliğe yaklaşımları kadın ve erkek için farklı olmaktadır. Toplumlar, evlenmemiş erkeklerin cinsel davranışlarını tolere eder ve hatta motive ederlerken, kadınlarınkini ise baskı altına almakta yada suçlamaktadırlar. Bu nedenle araştırmalarda, evlenmemiş kızlar hakkında cinsel yaşam konusunda toplanan bilgiler gerçekleri yansıtmayabilmektedir (51).

Son yıllarda başta gelişmiş ülkelerde olmak üzere evlilik yaşı yükselmiştir. Diğer taraftan evlilik öncesi cinsel ilişki yaygınlaşmış ve ilişkilerin çoğu ergenlik döneminde yaşanmaya başlamıştır. Cinselliği 16 yaşından önce yaşayan ergenlerin oranı artmaktadır. Örn; ABD'deki genç kızların yaklaşık %70'inin 18, İsveç'te %94'ünün 19, Almanya ve Macaristan'da %50'sinin 17 yaşına gelmeden, Fransa, İngiltere ve Hollanda'da yaşayan 18 yaşındaki genç kızların ise yarısının cinsel ilişkiye başladıkları bildirilmektedir. Japonya'da 17 yaşından önce kolej öğrencileri arasında cinsel ilişkiyi deneyimleme oranı %11 olmasına karşın bu oran 18 yaşında %26 ya yükselmektedir. Fakat bu durum, daha az gelişmiş ülkelerde böyle olmamaktadır, örneğin Hindistan'da ergenlik döneminde evlilik öncesi cinsel ilişki oranı %10'dan daha azdır (51).

Ergenlerin cinsel yaşamları konusunda yapılan araştırmalar son 30 yıldır toplumsal tutumların ergenleri daha erken yaşta evlilik öncesi cinsel deneyimlere yönelttiğini göstermektedir. Karmaşık kent toplumu ve erken sanayileşme, basın-yayın organlarının cinsel konulara fazlasıyla fakat yanlış biçimde eğilmesi, dini inanç ve ahlak kurallarına bağlılıkta azalma, uzun süren öğrenim yılları ve ekonomik yetersizlik nedeniyle daha geç yaşlarda evlenme zorunluluğu gibi nedenlerle ergenler arasında evlilik öncesi cinsel deneyim oranı yıllarla birlikte artmaktadır (77). Amerika'da yapılan bir araştırmada ilk cinsel deneyimin erkekler arasında 15, kızlar arasında 17 yaşında yaşandığı belirlenmiştir. Bu oran yapılan araştırmalar sonucunda Türkiye'de erkeklerde 18.8 kadınlarda 19.4 olarak bulunmuştur (4). ABD'deki tüm genç kadınların %45'inin evlilik öncesi cinsel deneyimleri olduğu tahmin edilmekte ve bu rakam son 10 yılda %15'lik bir artış göstermektedir.

Botswana, Ghana, Kenya, Liberia ve Togo'da yapılan Demografi ve Sağlık Araştırması'na göre 15-19 yaş arası evli olmayan kadınların yarısından çoğunun cinsel deneyim yaşadıkları bulunmuştur. Bangkok'da yapılan bir araştırmada da okula giden ergen kızların %5.3'ünün erkek arkadaşlarıyla cinsel ilişkiye girdikleri gösterilmiştir. Erkeklerin ise daha büyük bir oranda %42.2'sinin kız arkadaşları ya da hayat kadınları ile ilk cinsel deneyimlerini yaşadıkları saptanmıştır (12).

Diğer ülkelerle kıyaslandığında ilk cinsel deneyimin ülkemizde daha geç yaşandığı görülmektedir. Bu durumun ortaya çıkmasında ülkemizdeki toplumsal değer yargılarının etkili olduğu düşünülebilir. Toplumumuzda kadın için, cinselliğin evlilik kurumu içerisinde yaşanması düşünülmekte ve bu düşünce dini kurallarla da desteklenmektedir. Bu görüş paralelinde evlilik öncesi ve evlilik dışı cinsel ilişki yasaklanmakta, engellenmekte ve denetlenmektedir. Bu baskılar, evlilik öncesi cinsel yaşama başlayan genç kızın toplumdan dışlanmasına neden olabilmektedir. Oysa erkekler için böyle bir cezalandırma yöntemi kullanılmamakta, hatta cinselliğin erkekler için fizyolojik bir gereksinim olduğu düşünülmektedir (33).

1. 7. 3. ERGENLİKTE GEBELİK ve ANNELİK

Ergenlik çocuklukla-erişkinlik arasında gençlik çağı adı verilen uzun bir dönemdir ve bu dönem fiziksel, sosyal ve psikolojik değişikliklerin hızlı bir şekilde yaşanmasının yanında aynı zamanda ergen ruhsal ve biyolojik yönden çok hazır olmasa da gebelik dönemidir (84).

Cinsiyet farkı ergenlerin cinsellik ve üreme davranışlarında etkili olmaktadır. İstatistikler sosyal sınıf ve bununla birlikte eğitim düzeyi düşük ergen kızların 20 yaşından önce anne olma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (77). Biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan bakıldığında kadının en sağlıklı çocuk doğurma yaşı 20-30 yaş arasındır. Bu yaşlar kadının fertilitésinin en yüksek olduğu devredir (55).

Ergenlik döneminde cinsellik genç kadınları erken gebelik, abortus, AIDS ve diğer cinsel yolla geçen hastalık riskine açık hale getirmektedir. Bu dönemde gebelik oranları, gelişmiş ülkeler de dahil olmak üzere çok yüksektir ve ergenlerde gebelik kadın üreme sağlığında önceliği olan bir konudur (73).

Günümüzde dünyada hızla artan ergenlerin, üreme sağlığı gereksinimleri özel dikkat gerektirmektedir. Cinsel aktivite yaşının daha erkene kayması, cinsellik ve gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi eksikliği nedeniyle ergenler, istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalık riskine daha çok maruz kalmaktadırlar (65,66). Genellikle gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların okuryazarlık oranı ve eğitim düzeyi ile statüleri erkeklerden daha düşük olmaktadır. Eğitim azlığı ve gelenekler yüzünden erken evlilik ve çocuk doğurma oranı fazladır. Asya'daki bir çok ülkede erken evlilikler oldukça yaygındır. Bu ülkelerde genç çiftler erkenden ya da evliliklerinin ilk yılı içinde gebeliği tercih etmektedirler. Yapılan bir araştırma ile; 15-19 yaş grubu evli kadınların oranı Afrika'da %40, Amerika'da %15, Avusturalya'da %14, Sovyet Cumhuriyetlerinde %9, Avrupa'da ise %7 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre kadınların %96'sının 25 yaşına kadar evlenmiş oldukları bulunmuştur. Her 10 kadından en az birinin ise 15 yaşından önce evlenmiş olduğu iller bulunmaktadır (12).

Çocuk sahibi olunan yaşın hem demografik, hem de anne ve çocuk sağlığı açısından önemli sonuçları bulunmaktadır. Birçok ülkede 20 yaşından önce anne olan kadınların oranı önemli bir sağlık ve toplumsal sorundur ve ergen doğurganlığın boyutunu gösteren bir ölçü olarak kabul edilmektedir (12).

Ergenlerin üreme sağlığı gereksinimleri hızla artmıştır ve bu durum özel dikkat gerektirmektedir. Ergenlik döneminde gebeliklerin insidansı çeşitli ülkelerde büyük farklılıklar göstermekle birlikte, genellikle gelişmekte olan ülkelerdeki ergenlerde gebelik oranı daha yüksektir. Dünya'da tüm doğumların 1/10' dan fazlası ergen annelerde görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde ergen dönemdeki doğum oranı %17'nin üzerindedir, bu oran Orta Afrika'da %24'tür (51,65). Meksika'da ise her altı

doğumdan biri 15-19 yaşlarındaki annelere aittir. Ülkemizde ise evlenme yaşının çok erken olmasına bağlı olarak ergen gebelikler oldukça yaygındır (51). 15-19 yaş grubunda doğurganlık hızı TNSA 2003 verilerine göre %0.46'dır (1). Erken yaşta çocuk sahibi olma kadınların eğitim, sosyal ve ekonomik durumlarındaki gelişmeye engel olmaktadır. Ayrıca, erken yaşta annelik maternal ölüm riskini ve ergen annelerin çocuklarında da morbidite ve mortalite riskini arttırmaktadır (65).

Kızların evlenip genç yaşta anne olmaları, yaşam beklentilerini azalttığı gibi, sağlık, beslenme, eğitim ve araştırma alanlarındaki olanakları da olumsuz yönde etkilemektedir (51,77).

Annelik rolüne geçiş, kadının yaşam dönemlerinde kazandığı çeşitli rollere bir yenisinin eklenmesiyle tekrar organize olma dönemidir. Annelikte beden imajı ve çeşitli gelişim dönemlerinin kişinin üzerinde bıraktığı özellikler önemli rol oynamaktadır. Ergen dönemi, çocukluk döneminde geçirilen gelişim aşamalarının sanki tekrar aşamalı olarak yaşandığı dönemdir. Ergen annelerin rolünü benimsemeye bu aşamaların etkisi olabilmektedir. Genelde kişiliğin oluşması ve oturması olarak görülen bu dönemde annelik rolü ergeni iki gelişim aşamasını birlikte yaşamak zorunda bırakmaktadır (5).

Bu iki dönemin üst üste gelmesi organizmayı riske sokmaktadır. Bu nedenle gebe olan bütün ergenler tıbbi açıdan riskli grup olarak ele alınmaktadırlar. Ergen gebeler 20-34 yaşındaki gebelere kıyasla daha çok risk altındadırlar. Ergenin yaşı, gelişimi, sosyo-ekonomik ve doğum öncesi bakım alıp almama durumu ergen gebeliğin risk düzeyini belirlemektedir (84). Ergen gebelikte ortaya çıkabilecek en büyük risk faktörü preeklemsidir (55). Diğer riskler arasında baş-pelvis uyumsuzluğu ve zor doğum eylemleri yer almaktadır. Kemik yapıları tam gelişmediği için baş-pelvis uyumsuzluğuna bu grupta sık rastlanmaktadır. Yetersiz beslenme bu grupta diğer bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ergen gebelerde prematüre eylem, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu, perinatal mortalite riskleri de yüksek olmaktadır (59,65,83). Ergen annelerin bebeklerinde diğer yaş gruplarındaki

annelere göre bebek ölüm hızı 2-3 kat daha fazla olmaktadır (51,83). 20 yaşın altındaki kadın ölümlerinin ana nedeni, komplikasyonlu doğumlar ve güvensiz olan tehlikeli düşüklerdir. 15-19 yaş arası annelerin doğum sırasında ölme olasılıkları 20-24 yaş altındaki annelerle karşılaştırıldığında 2-3 kat; 15 yaş altındaki annelerle karşılaştırıldığında ise 5 kat daha fazladır (77). Dünya üzerindeki tüm doğumların 1/10'unu oluşturan 15 milyon bebek ergen anneden doğmaktadır. Ülkemizde 17 yaşındaki her 12 kadından biri (%9) ya anne olmuş yada ilk çocuğuna gebe kalmıştır (13). TNSA 2003 sonuçlarına göre ülkemizdeki toplam doğurganlık hızı (TDH) 2.23 olarak bulunmuştur. Doğu Anadolu'da 3.65 olan TDH, Batı Anadolu'da iki çocuk seviyesine inmektedir (1.88). Doğurganlık düzeyi ve eğilimlerinin farklılaşması ile eğitimleri arasında belirgin bir ilişki bulunmaktadır. TDH, eğitim düzeyinin artmasıyla hızla düşüş göstermektedir. Hiç eğitim almamış kadınların TDH'sı 3.7 iken lise mezunu ve üzeri eğitim düzeyine sahip kadınların TDH'sı ise 1.4'tür. (1).

Ergen gebenin ergenlik çağına, evliliğe ve de annelik rolüne uyum sağlama çabaları, önemli ve aynı zamanda güç olaylardır (51,83). Yapılan araştırmalar ergen annelerin bebeklerin davranışlarını kavramada kişiliklerinin henüz gelişmemiş olması, dışa açılma (bağımsızlık) döneminin annelik rolünün bağımlılık getiren durumu ile birleşmesi ve sosyal destek sistemlerinin yetersizliği nedeniyle başarısız olduklarını göstermiştir. Yine yapılan araştırmalarda anne-bebek ilişkisinde ergen annelerin çoğunun sabırsız, tahammülsüz, çocuklarının gereksinimlerine karşı duyarsız, daha cezalandırıcı ve daha sinirli oldukları ortaya çıkmıştır. Ergen annelerin bebekleriyle daha ileri yaşlardaki annelere göre daha fazla sözsüz iletişimi tercih ettikleri, bebeklerin emosyonel gereksinimlerine daha az cevap verebildikleri ve çocuklarının entellektüel gelişimi için gerekli uyarımları sağlayamadıkları saptanmıştır (5,35,43).

Dünya'da ki yaşanan 20 yaş altı gebeliklerin %20-60'ı istenmeyen ya da planlanmayan gebeliklerdir. Doğum ve gebelikle ilgili nedenlerden dolayı dünyada her yıl yaklaşık 500 000 kadın ölmektedir (51). Ergenlik döneminde gebeliklerin

büyük bir oranının istenmeyen gebelik olması genç kadınları, yasal olsun veya olmasın isteyerek düşüğe yöneltmektedir. DSÖ tahminlerine göre bu düşüklerin yaklaşık yarısı sağlıklı koşullarda gerçekleşmektedir. Korunmasız cinsel ilişki yüzünden her yıl 2-4 milyon ergen sağlıklı koşullarda düşük yapmaktadır (65).

Kenya'da septik abortus olgularının %53'ü 20 yaşın altındaki gebeler arasında yaşanmaktadır. Nijerya'da yapılan iki araştırmada da ergenlik dönemdeki septik abortus vakalarının oranının sırasıyla %61 ve %74 olduğu bildirilmektedir. Uganda'daki bir araştırmaya göre ise 20 yaşın altındaki kadınlar arasında tehlikeli düşüklere bağlı ölümler yaklaşık %60 civarındadır. Yine Nijerya'da yapılan bir başka araştırmada da 14-25 yaş arası hiç evlenmemiş 1800 kadının cinsel ilişki deneyimi olduğu, bu kadınlardan gebe olanların yaklaşık yarısının öğrenci olduğu ve tamamına yakınının gebeliklerini düşükle sonlandırdıkları tespit edilmiştir (12).

Erken yaşta oluşan gebeliklerde, gebelik tanısının geç dönemde konulması ve aile, toplum baskısı yüzünden zararlı kimyasal madde, ilaç, deterjan veya steril olmayan materyal kullanımı ile sağlıklı olmayan güvensiz düşük yöntemlerine başvurulmaktadır. Bu yöntemlerin sonucunda; kanama, sepsis, karın içi organ hasarı veya ölüm görülebilmektedir. Uzun süreli komplikasyonlar arasında ise, ektopik gebelik, pelvik enfeksiyon ve infertilite gibi abortus komplikasyonları yüksek oranda görülmektedir (59,61). 14-19 yaş arası gebelerde görülen ölümler, bütün anne ölümleri içersinde hemen hemen %25'e varan bir paya sahiptirler. Bangladeş'te yapılan bir araştırmada 20-24 yaşındaki kadınlarınkine oranla 10-14 yaşındaki kız çocuklarının gebelik ya da doğum esnasındaki ölüm riskinin beş kat, 15-19 yaşındakilerin ise iki kat daha fazla olduğu görülmüştür. ABD'de 15 yaşından küçüklerde anne ölüm oranı 20-24 yaşındakilere göre üç kat fazladır (51).

Erken gebelik için risk faktörleri

*Erken menarş,

*Erken seksüel aktivite,

- *Sosyal değerlerin değişimi (aile yapısı, tek ebeveynli ve çalışan ailelerde artış vb)
- *Psikoemosyonel problemler
- *Yoksulluk
- *Okula devam etme süresinin kısa olması, düşük okul başarıı
- *Yaşam ideallerinin eksikliği
- *Göç
- *Ergenin duygulanma ve davranış biçiminde ki bozukluklar
- *Kontraseptif yöntem uygulamalarında zorluklar
- *Medya (televizyon programları vb)
- *Cinsel eğitim yokluğu ve yetersizliği sayılabilir.

Psikoemosyonel problemler gebelik olgularında etkili olabilmektedir. Yapılanmamış aileler, aile içinde ocuk ve ergenlerin örselenmesi gibi faktörler de gebelik oranlarının artmasına katkıda bulunmaktadır (73). Etkenin ne olduğunu tam olarak kavrayabilmek için çok daha iyi planlanmış çalışmalara gereksinim vardır (31).

1.7.3.1. Ergen Gebelik ve Ebeveynliğin Sosyal ve Ekonomik Boyutları

Erken yaşta evlilik kadının doğurganlık dönemini uzattığı için ölkelerin nüfus artış hızını da etkilemektedir. Ayrıca sosyal ve psikolojik açıdan yeterli olgunluğa ulaşmadan anne olmanın yarattığı önemli sorunlar da bulunmaktadır (12).

alışmalar erken evlenmelerin sosyo-ekonomik açıdan düşük düzeydeki ailelerde daha çok olduğunu göstermektedir. Yine yapılan araştırmalara göre 15-19 yaş grubunda, yoksul aileye sahip kızların diğerlerinden daha çok cinsel ilişkide bulundukları ve gebelik riskini, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olanlardan daha az bildikleri, dolayısıyla da daha çok gebe kaldıkları bildirilmektedir (12).

Genç yaşta evlilik kadının eğitimini yarıda kesmesine neden olmaktadır. Erkeğin kadından birkaç yaş büyük ve evlenmeden önce gelir getiren sürekli bir işinin olması beklenmektedir. Böyle bir durumda erkeğin statüsü daha yüksek olmakta ve kadın kendi yaşamı için önemli etkisi olabilecek kararlara daha az

katılabilmektedir. Erken evliliklerde eğitim önemli bir faktördür. Temel eğitimi tamamlamış kadınlar, tamamlamayan kadınlara göre evlilik yaşlarını daha fazla oranda ertelemektedirler. Amerika ve Fransa'da yapılan araştırmalarda 10 yıllık temel eğitimi almayan kadınların %30'unun 18 yaşından önce evlendikleri bildirilmiştir (51).

Ergen kadınlarda gebeliğin oluşumundan sonra, anne ve bebek arasındaki ilişkinin bu durumdan olumsuz etkilenme riskinin yanında hem anne hem de bebeği sosyal ve ekonomik bazı dezavantajlarla karşı karşıya gelmektedirler (53). Bebekli bir kadının iş bulma şansı genelde daha az olmaktadır. Eğer eğitimlerini yarıda kesmişlerse iş bulmaları daha da zorlaşmaktadır. Genellikle yoksulluk ve sağlığın bozulması iç içe yaşanmaktadır (41,53). Erken gebeliğin sadece anne ve bebek için değil aynı zamanda toplum için de olumsuz sonuçları bulunmaktadır. Yeterli eğitim almamış ve yoksul bir kadının toplum gelişmesine de katkısının çok fazla olmayacağı düşünülmektedir. Bazı toplumlarda evlilik öncesi yaşanan gebelikler suç olarak kabul edilmekte ve sonuçta genç kendi evinden uzaklaştırılmakta yada ailesi tarafından kovulmaktadır. Bu nedenle dünyadaki intiharların çoğu gebe ergenler arasında görülmektedir (51,69).

Ergen anneliğin ekonomik sonuçları, bugün geçmişe oranla daha fazla üzüntü verici boyutlardadır. Genç kadınlar iş bulmakta güçlük çekmektedirler ve bunlar arasında yoksul olanların genç yaşta yaşadıkları bu olumsuz deneyim yoksulluklarını kalıcı kılmaktadır. Ayrıca ergen ve evlenmemiş anneler, kendileri ve çocuklarının geçimini sağlayabilmek için fuhuşa yönelebilmektedirler.

Kadın eğer ergenlik döneminde evlenmez ve evliliğini geciktirirse hem kişisel hem de sosyal avantajlar sağlayabilmektedir. Böylelikle daha fazla eğitim alabilmekte ve iş bulmasını kolaylaştıracak beceriler kazanabilmektedir. Bu kadınlar, evleneceği kişiye ve evleneceği zamana karar vermede daha özgür olabilmektedirler (51,77).

Kısacası erken evlilik ve erken annelik eğitim ve iş imkanlarını önemli ölçüde azaltmakta ve bu da uzun vadede kendilerini ve çocuklarının yaşam standardını olumsuz etkilemektedir (51,77).

Ergen annelerin çocuklarında çok sayıda gelişimsel gecikme bulunmuştur. Ergen annelerin ve istismarcı annelerin çocukları bilişsel fonksiyonlarda ve dil gelişimlerinde gecikmeler göstermişlerdir. Ergen annelerin çocuklarının IQ skorlarının, yetişkin annelerin çocuklarınıninkine oranla çok daha düşük olduğu bulunmuştur. Sosyalleşme ile ilgili olarak kötü muamele gören bu çocukların motor koordinasyonlarında, bireysel bakım ve diğerleri ile iletişime girmelerinde gecikmeler yaşanmakta ve bu gecikmeler çocukların yazmayı öğrenme, başkaları ile oyunlar oynama ve uygun sosyal gelişim gibi okul deneyimleri ile ilgili olan konularda da zorluklar ile karşılaşmalarına neden olmaktadır (35, 53).

1.7.3.2. Ergen Gebelikleri Önlemeye Yönelik Alınması Gereken Önlemler ve Çözüm Yolları

Her geçen gün evlenmemiş genç kızlardaki gebelik sayısında meydana gelen artış bugüne kadar uygulanan önlemlerin başarısız, hatta diğer bir görüşle, teşvik edici olduğu kanısı uyandırmaktadır. Oysa ki gencin eğitimi ve sağlığından sorumlu kişiler, etken önlemler üretmek zorundadırlar (31).

Ergenler için güvenli ve etkili doğum kontrol yöntemlerinin kolay ulaşılabilir olması ve hizmetlerin medeni durum ve ekonomik koşullardan bağımsız sunulması önemlidir. Bunların yanı sıra Aile Planlaması Danışmanlığı tarafından da, ergenlerin cinsel ve üreme sağlığı konusunda bilgilendirilmeleri, sorunların paylaşılması, hizmetleri utanma ve korku duymadan alabilmeleri hedeflenmelidir. Ayrıca 1994 yılında Kahire Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansında; ülkelerin, erkeklerin de Aile Planlamasına yönelik sorumluluklarını kabul etmeleri için programlar geliştirmeleri önerilmiştir (40,86).

Problemin doğasını ve büyüklüğünü ortaya koymak için ergenlerin cinsellikle ilgili görüşlerini, gereksinimlerini ve önceliklerini belirlemek gerekmektedir. Temel olan ergenlerin görüşlerini yansıtan doğru veriler elde etmek ve gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlenmiş sağlık hizmetleri sunmaktadır. Gençlerin güvenli cinsel ilişkiyi öğrenmeleri kitaplar, dergiler, radyo ve televizyon programları, video ve sinema filmleri aracılığı ile sağlanabilir. Gençlerin cinsel ilişkiyle ilgili duydukları veya gördükleri eksik yada yanlış olabilmekte ve bunların pek çoğu gençlerin sağlığını riske atan davranışları içerebilmektedir. Ergenler arasındaki cinsel aktivitenin hızla artışı küçük yaşlarda cinsel eğitimin verilmesi gerçeğini ortaya koymaktadır. Ülkemizde yapılan pek çok araştırma ile de gençlerin cinsel bilgi düzeylerinin düşük olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle de henüz çocuk yaştakilerin, çocuk sahibi olmalarını önlemek için geniş tabanlı eğitim programları ve uyarıcı özelliği olan kampanyalar yürütülmelidir (51).

Küçük yaşlardan başlayarak, kapsamlı bir cinsel eğitim alan çocuklarda ve gençlerde şu özelliklerin geliştiği belirtilmektedir (68).

- & Kendilerinde meydana gelen fiziksel ve duygusal gelişimleri anlama ve kabullenme,
- & Bedeni hakkında pozitif duygular taşıma,
- & Bireysel farklılıkları kabullenme,
- & Şimdi ve gelecekteki yaşamlarında cinsel davranışlarıyla ilgili bilinçli ve sorumlu kararlar alabilme,
- & Kadın ya da erkek olarak kendi cinsiyeti hakkında olumlu duygular taşıma,
- & Cinsel konular hakkında rahat bir şekilde konuşabilme,
- & Uygun ve uygun olmayan cinsel davranışları anlayabilme,
- & Cinsel taciz ve suistimale karşı kendini koruyabilme.

Sağlık hizmeti verenlerin tutumlarının, ergenlerin uygun hizmetlere ve gereksinim duydukları bilgilere ulaşmalarını sağlayacak şekilde olması gerekmektedir. Gençlere yönelik sunulan hizmetler kültürel değerlerine, dini

inançlarına, gizliliğe ve mahremiyete saygı gösterme, bilinçli bir şekilde karar verme gibi haklarına saygı duyacak şekilde düzenlenmelidir (39).

Ergen gebeliğine yönelik diğer bir ilerleme de, olaya bilimsel yaklaşan üniversitelerin geliştirdikleri programları topluma ulaştırması ile mümkün olmaktadır. Örneğin; John Hopkins Hastanesi Ergen gebelik programı geliştirmiş ve takip ettiği hastalara uyguladığı bu programla gebelik-doğuma ait komplikasyonlarda, çocuk morbidite ve mortalitesinde azalma sağlamıştır. Ayrıca düşük doğum ağırlıklı bebek sayısının da düştüğü gözlemlenmiştir (31).

Bunlara ek olarak bebeğin gelişimini arttıran ebeveyn becerileri kazandırma programı ya da destekli sürekli formal eğitimler ile annelerin çocukları ile daha iyi ilişkiler kurdukları, psikiyatrik sorunların azaldığı, eğitimlerinde ve sosyal destek elde etme becerilerinde gelişme görülmüştür. Yine aynı annelerin bebeklerinin daha iyi gelişmiş ve sağlıklı olduğu, daha sonraki gebelik sayılarının düştüğü tespit edilmiştir (13,31).

Toplumumuzdaki ergenlik döneminde evlilik oranının yüksek olması, sorunların ülkemizde de görülme olasılığını düşündürmektedir. Bu nedenle annelerin psikolojik, sosyal ve sağlık sorunlarını çözmede yardımcı olacak danışma merkezlerinin kurulması ve hemşirelerin ergen annelerin doğum öncesi ve sonrası, bebek bakımı ve özel problemlerin tartışılabileceği eğitim programları düzenlemeleri yararlı olacaktır (13).

D.S.Ö.'nün 21.yy'da Herkes İçin Sağlık Hedefleri arasında 4. ve 12. Hedefler ergenlerin sağlığına yöneliktir. 4. Hedef; 2020 yılına kadar gençlerin daha sağlıklı olması ve toplumdaki rollerinin daha iyi yerine getirebilmelerinin sağlanmasıdır. Bu hedeflere (27);

- Çocukların ve gençlerin daha iyi yaşam becerileri ve sağlıklı seçim yapma kapasitesine sahip olmaları sağlandığında,
- Gençlerin karıştığı şiddet ve kazalara bağlı ölüm ve sakatlık en az %50 azaltıldığında,

- İlaç, sigara ve alkol tüketimi gibi zararlı davranışlara yönelen gençlerin oranı azaltıldığında,
- Ergen gebeliklerin insidansı en az üçte bir oranında azaltıldığında ulaşılabileceğinden söz edilmektedir.

1.8. ERGEN GEBELİKTE HEMŞİRELİK BAKIMI

Gebelik, doğum ve doğum sonu devrelerin anne ve bebek yönünden sağlıklı geçirilmesi gebelik süresince verilecek düzenli bakım ve denetim ile sağlanabilir. Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmakla beraber kadın vücudu için öncelikli bir yük ve stres oluşturur (13, 84).

Hemşireler gebeliğin önlenmesinde, sağlığın olumsuz etkilenmesi ve ergen gebeliğe bağlı gelişen sosyal sonuçları düzenlemede önemli bir rol oynarlar. Ergen gebeliklerin anne ve çocuk sağlığına getireceği riskler konusunda toplum bilinçlendirilmeli, erken evlenmeler ve gebelikler önlenmelidir. Bu nedenle gençlerin üreme sağlığı ve cinsellikle ilgili ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmak önemlidir. Yaşa özel destek kaynakları belirlenmelidir. Hemşireler, gencin doğum öncesi bakımında yer alan destek kaynaklarını tanımlayabilirler. Ergen gebelerin daha büyük yaştaki gebelerden, farklı sosyal ve sağlık gereksinimleri olabilir. Özellikle gebelik ilerledikçe ve kaynaklar azaldıkça, hemşirelik değerlendirmesi önem kazanmaktadır (13, 77, 84).

Doğum öncesi bakımın amacı, sorunsuz bir gebelik , doğum ve loğusalık ile sağlıklı bebeğe sahip olunmasını sağlamak; komplikasyonları önlemek, önlenemeyenleri zamanında tanılamak ve tedavi etmektir (9,84).

Kükner ve arkadaşları (1993) yaptıkları çalışma ile erken ve düzenli antenatal bakımın bebek ağırlığı üzerinde çok olumlu etkileri olduğu ve erken antenatal bakımın yetişkinlere oranla ergenlerde anne ve bebeğe daha fazla yararlı olduğunu tespit etmişlerdir .

Ergen annelerin gelişme döneminde olmaları gebelik ve doğumla ilgili zorluklarla başa çıkmadaki sorunları ve dış stres faktörlerinin ergenler üzerindeki etkileri bilinmelidir. Ergen gebeye sorunlarıyla başa çıkma becerisi kazandırılırken, postpartum dönemde görülebilecek psikolojik bozuklukların önlenmesine çalışılmalıdır (30,64).

Ergen gebeler genellikle eğitimlerini yarıda bıraktıkları için kendileriyle ilgili bilgilenmeye, bilinçlendirilmeye, desteğe, sevgiye ihtiyaçları vardır. Ergenin iş durumu ayarlanmalı, eğitimine devam etmesi için desteklenmelidir (30,51).

Hemşire ergen gebeye yeterli desteği sağlamalı, gereksinimi olan bilgileri vermeli ve izlemlerini dikkatle yapmalıdır. Hemşirenin bu konuda en önemli rolü ise ergen gebelikleri önleme olmalıdır. Yakın gelecekte ergen evliliklerin pek olası olmayan ülkemizde, ergen gebeliklerin bir süre ertelenmesi konusundaki çalışmalara ağırlık verilmelidir. Verilen sağlık hizmetinin, toplumun kültürel yapısını değiştirmesi beklenmemelidir. Ancak risk grubunda olan bu yaş grubun sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonu dönem geçirmelerini, sağlıklı bir bebeğin dünyaya gelmesini ve bebeğin gelişiminin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesini sağlamak en önemli hedef olmalıdır (13).

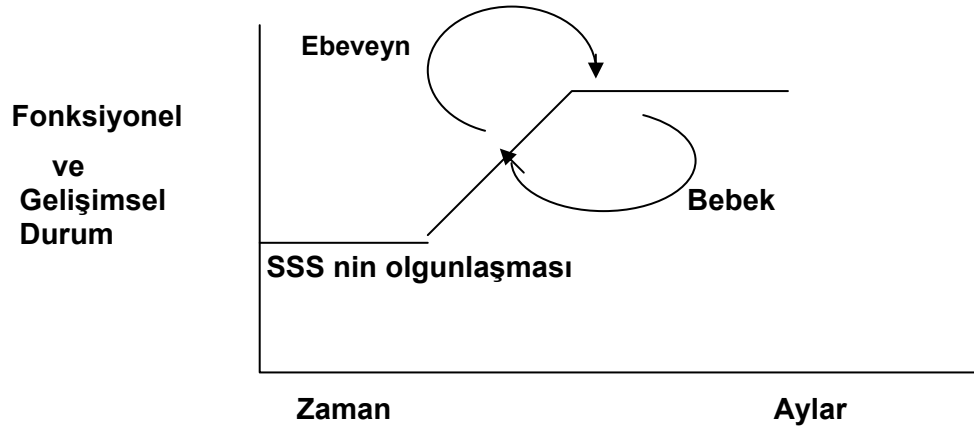
1.9. İLİŞKİSEL-GELİŞİMSEL YAKLAŞIM MODELİ

1.9.1. Gelişimsel Model: Touchpoints yaklaşımı gelişimsel ve ilişkisel modelleri içeren iki uygulama modelinin etkileşimi ile oluşmaktadır.

Gelişimsel model; çocuğun aile içindeki gelişimini tanımlamakta ve bu gelişimi ani patlamalar ve gerilemelerin (örneğin; bilişsel ve motor gelişmeyle birlikte çocuğun uyku düzeninin bozulması) bulunduğu, sürekli ilerlemelerin yer almadığı bir süreç olarak betimlemektedir. Model, çocuğun dönüm noktalarının temsil ettiği gelişimle ilgili görüşlere bir alternatif olarak görülmektedir. *Touchpoints gelişimsel modeli;* çocuğun gelişiminin, çocuğa bakan kişinin verdiği bakım kapsamındaki çeşitli gelişimsel olaylara yüklediği

anlamla üstü kapalı bir şekilde ilişkili olduğunu da kabul etmektedir. Yani, çocuktaki gelişim süreciyle birlikte ebeveynlerde de paralel bir süreç yaşanmaktadır.

Çocuğun gelişimindeki güçler: Gelişimsel modelin temeli gelişimi destekleyen üç gücün etkileşimidir – merkezi sinir sisteminin olgunlaşması, çocuğun içsel geribildirim sistemi ve dışsal geri bildirim sistemi (Brazelton, 1990). Bu güçler Şekil 2’de gösterilmektedir:



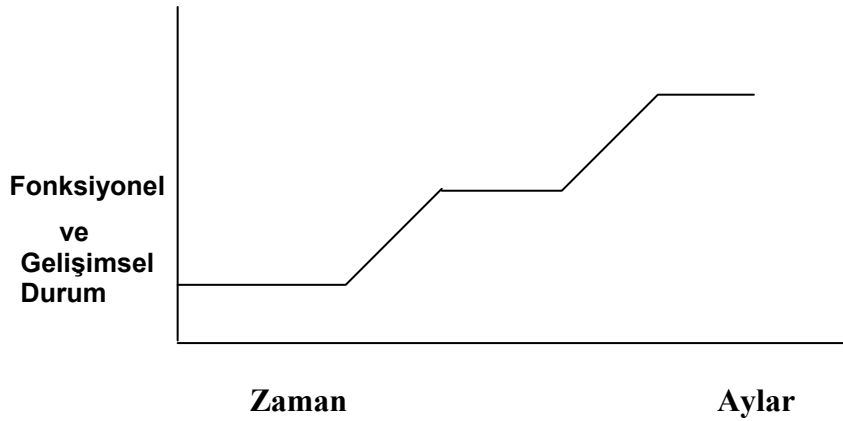
Şekil 2: Gelişimde rol oynayan üç güç kaynağı (22).

Merkezi sinir sisteminin olgunlaşması küçük çocuğun gelişimini harekete geçiren güçtür. Çocuğu çevresine erişmeye, ilk defa ellerini bir araya getirmeye ve ilk adımlarını atmaya teşvik eden lokomotiftir. *İçe dönük geri bildirim sistemi*, çocuğun her bir yeni başarısına dair farkındalığıdır. Gelişim sırasında sürekli olarak itici gücü yönetmek için bir düzenleyici sistem olarak hareket eder. İlk önceleri kendi kendini rahatlatabilme, hoş gitmeyen uyarıcı bir unsuru dışarıda tutma ve insanlarla temas kurma konusunda dikkatli olma becerisinde görülebilir. Daha sonra bebeklik döneminde ayaklarının üstünde durmak için çalıştığında yaşadığı hayal kırıklığı ve sonunda yaşadığı haz duygusudur. *Dışa dönük geri bildirim*

sistemi bakım veren yetişkinin desteği ve verdiği eğitimidir. Koruma, rehberlik ve duygusal düzenleme hep birlikte çocuğun deneyimlerinin, gelişimle ilgili iç güçlerin çocuğun bir sonraki gelişim düzeyine ilerlemesini sağlayacak şekilde şekillendirilmesine katkıda bulunur.

Touchpoints uygulamasında bu güçleri tamamen anlama ve gelişim sürecini destekleme amacı ön plandadır.

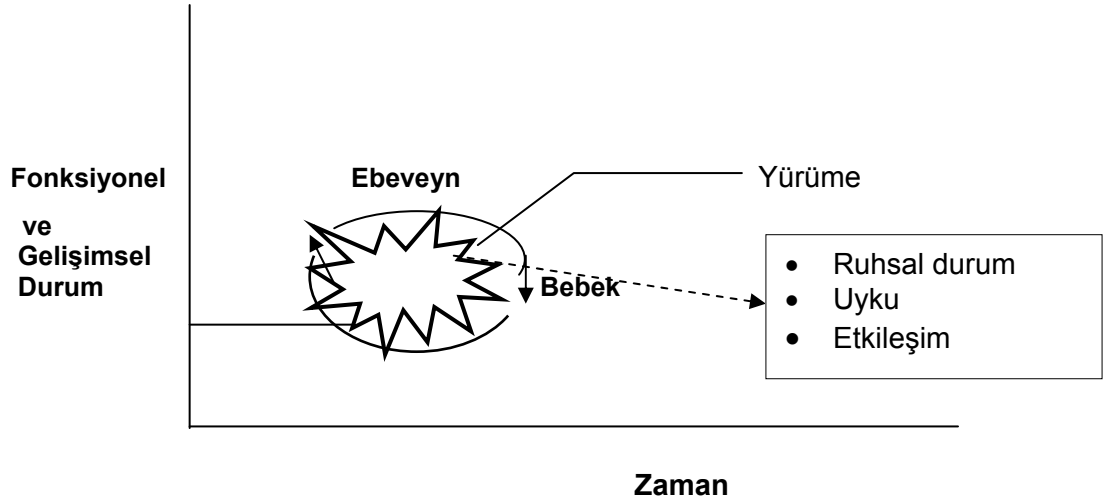
Bu güçler, zamanla, her bir çocuk ve aile için eşsiz fakat nispeten tahmin edilebilir bir gelişim haritası ortaya koyar. Fakat evrensel dönüm noktalarına aşamalı bir şekilde erişilmesi anlamına gelen gelişimle ilgili görüşlerden farklı olarak Touchpoints gelişimsel modeli süreksizliğin norm olduğu bir süreci betimler. Yani, gelişim dümdüz, yukarı doğru bir gelişim çizgisinde, düzenli ve aşamalı bir şekilde değil, daha ziyade, hızlı gelişim ve aşamalı gelişim süreçlerini gösteren ani patlamalar ve duraklamalarla ilerlemektedir (Şekil 3).



Şekil 3: Gelişimde meydana gelen ataklar (22).

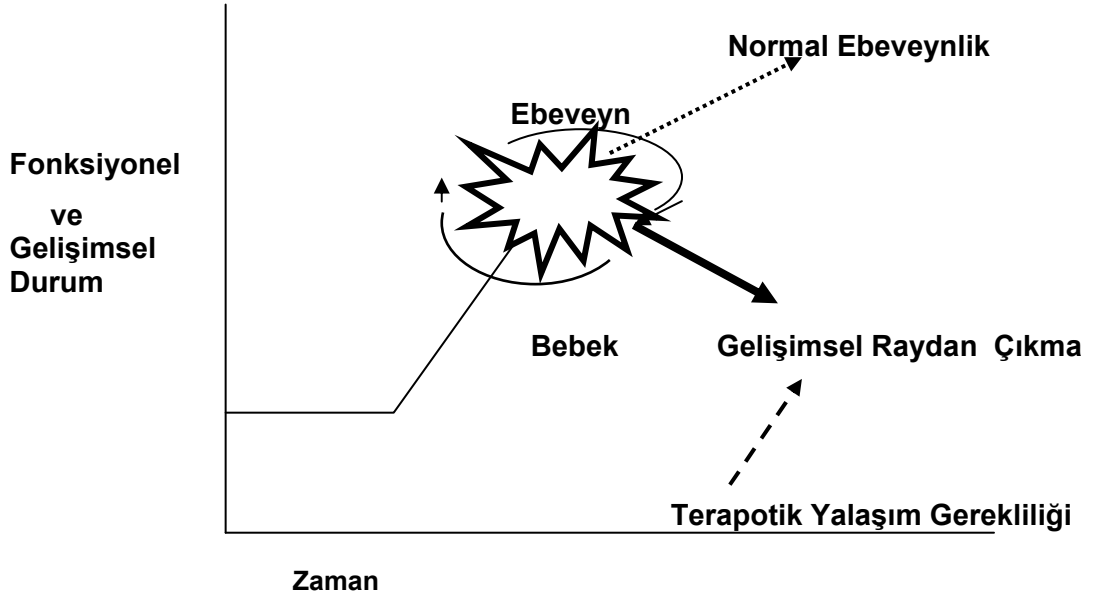
Bu görüşe göre gelişim, karışıklık (disorganization) dönemleriyle de karakterizedir. Genel olarak hızlı bir gelişim dönemi öncesinde gelişimde huzursuzluk vardır. Örneğin, merkezi sinir sistemi emekleme gibi yeni bir yetenek ortaya koyar. Çocuğun içe dönük geribildirim sistemi, onun daha önce erişemediği şeylere artık erişebileceğini söyler fakat çocuk gösterdiği çabalarda hala hayal kırıklığına uğramaktadır ve ebeveynleri giderek daha

abuk öfkelenir hale gelmesini anlayamamaktadır. Sonuç ise; hiçbir sorun çıkmadan yeni becerinin edinilmesinden ziyade huysuz bir ocuk, aklı karışmış ve belki de öfkeli ebeveynlerdir. **Şekil 4'de** bu süreç grafik halinde gösterilmektedir. Sonunda ocuk yeni becerilerini geliştirdikçe ve ebeveynleri çocuğun ortaya koyduğ u değ işikliklere uyum sağladıkça gelişim ileri doğru ilerleme durumuna yönelir fakat bu yalnızca ocuk ie ve dışa geri bildirim sistemlerinde memnununiyet kazandığında gerçekleşir.



Şekil 4: Normal Karışıklık-Yürümede Meydana Gelen Karışıklığın Bebeğin Sistemleri Üzerindeki Etkisi

Bu tür gelişimsel karışıklığın çözümlenmesi sonrasında genel olarak gelişim için yenilenmiş bir enerji ortaya çıkar ve ocuk yeni yeteneklerin gelişimini destekleyen dışsal geribildirimler alır, ebeveynde bir zorluğ u daha aşmış olmaktan dolayı kendini başarılı hisseder. Ancak hem ocuk hem de ebeveyn karışıklık yaşadığında raydan çıkma olasılığı da bulunmaktadır (Şekil 5).



Şekil 5: Gelişimsel raydan çıkmaya neden olan karışıklığın yönetilmesinde yetersizlik

Raydan çıkılması durumunda, çocuğun geribildirim sistemleri yukarı doğru hareket edemez. Örneğin; beslenme konusunda bir şekilde kontrolü ele geçirme fırsatına sahip değilse, yiyeceklerini denedikçe beslenmesi düzensiz hale gelen dokuz aylık bir bebek yeme konusunda aşırı derecede kaygılı olabilir. Beslenme, uyku ya da disiplin konusunda tek bir raydan çıkış uzun vadede sorun yaratmayabilir. Ancak eğer raydan çıkma gelişimle ilgili zorlukların yaşandığı bir anda ortaya çıkıyorsa sonuç, hem çocuk hem de ebeveyn yönünden başarısızlık beklentisi ve hayal kırıklığıdır. Touchpoints yaklaşımı sağlık ve yeterlilik gelişiminin hızlandırılması amacıyla kullanılmakta ve bu karışıklık dönemlerini aşarken çocuklara ve ebeveynlere stratejik destek sağlamaktadır.

Gelişim Sırası ve Temaları: Hazırlanan rehber kitapta gelişimde beklenen patlamalar ve gerilemelere gelişim sırasına göre daha geniş olarak yer verilmiştir. Ayrıca bu el kitabında her bir touchpoint dönemi için ana temalar, daha sonraki zaman periyodu göz önünde bulundurularak, yapılacak rehberlik için öneriler ve uygulama örnekleri genel hatlarıyla sunulmuştur. Bu şekilde gelişim sırası gelişimsel ilerleme konusundaki pek çok geleneksel görüşten farklılık göstermektedir. Bu görüşlerden ilki, daha önce de belirtildiği gibi, doğrusal olmayan ve karışık bir ilerleme sürecinin olmasıdır. İkincisi ise, bakım sunarken kurulan ilişkide özel anlamı olan temaların hakimiyetidir. Bu temalar; dil, düşünce, hareket becerileri ve günlük etkileşimlerle duyguların düzenlenmesi gibi bakım sorumluluklarını (beslenme, uyku, tuvalet alışkanlığı, disiplin, çocuğun güvenliğini, vb) kapsamaktadır.

Merkezi sinir sisteminin olgunlaşmasının içsel ve dışsal geribildirim sistemleriyle etkileşimi sonucunda gelişim meydana gelmektedir. Doğa ve çevre birbirinden ayıramaz bu nedenle gelişimsel açılım ile bu açılımın gerçekleştiği ortam arasında bütünleşmiş bir ilişki vardır. Bu yüzden çocuğun gelişimi bakım ortamında ele alınır. *Touchpoints yaklaşımından yararlanarak* uygulayıcılar gelişimi, bakımda karşılaşılan zorluklarla ilişkili olarak yorumlamayı amaçlamaktadır. Ebeveynlere ne yapacaklarının söylenmesi yerine holistik bakış açısıyla uygulamalara dahil edilmesi, öncelikle birey olarak anlaşılmaya çalışılması gerekmektedir.

Ebeveynlerin İç Yaşamlarını Anlama: Touchpoint uygulamalarının temelinde ebeveynin çocuğun davranışı ve gelişiminden çıkardığı anlamın anlaşılması yer almaktadır. Çocuğun davranışsal gerilemelerini ya da yeni gelişimsel başarılarını tanımlayarak hem çocuk konusunda bazı gerçeklerin anlaşılması sağlanmakta hem de ebeveynin çocuğuyla ilgili düşünce ve duygularını ifade etmesi sağlanmaktadır. Başka bir ifadeyle iki seviyede

alışılmaktadır – ocuğun gelişimi-sağlığı ve ebeveynin bu gelişim ve sağlığı nasıl gördüğü-. ocukla ilgili gözlemler yapılırken, ebeveynin çocuğuyla ilişkisi ve bir ebeveyn olarak kendisi hakkındaki düşünceleri etkilenmeye çalışılmaktadır.

Yeterlilik kazanırken ebeveynlerin geçtikleri süreci anlaması Touchpoints gelişimsel modelinin önemli bir parçasıdır.

Davranış karışıklıklarına neden olan şey çocuğun gelişimi, ebeveyn ya da ailenin yaşamındaki değişikliklerinden biri bile olsa Touchpoints uygulayıcısı, tüm bunlar arasında paralellik kurmalıdır.

Ebeveynin içsel yaşamını; nasıl bir ebeveynlik yapması gerektiği, çocukluğundan getirdiği alışkınlıkları, çocuğunun diğer ebeveyni ile ilişkisi, arkadaşları, medya veya diğer uzmanlardan ebeveynlik konusunda edindiği fikirler de dahil olmak üzere pek çok unsur etkilemektedir. Bir başka deyişle; öz saygısı, yaşamında kaybettikleri konusunda çözüme ulaşması, mesleği ve ebeveyn oluşuyla ilgili kimliği çocuğu ve ebeveynlik yapma şekli konusunda nasıl düşündüğünü şekillendiren pek çok etmen bulunmaktadır. Touchpoints uygulamasında çocuğun sağlığı ve gelişimiyle ilişkili olduğu için bu iç yaşamın kabul edilip, anlaşılması gerekmektedir.

Ebeveynlerin psikolojik yaşamının dikkate alınması demek; ocuk ile ebeveyn arasındaki etkileşim düzeyinde olan herşeyin ebeveyn için bir anlamı olduğunun kabul edilmesidir. Bu iç yansımaların ebeveynliğin nasıl yapıldığı üzerinde çok büyük etkileri vardır ve bir anlamda çocuğun davranışları ve gelişiminden söz ederken aslında üzerinde gezilen bir zemindir. Bilinmeyen bir zemin üzerinde yürüdüğümüzde kaybolmamak için bir haritayla birlikte bütün gözlemlerimizi kullanmalıyız.

Touchpoints gelişimsel modelinde bu sebeple hem ocuk hem de ebeveynin gelişim süreçleri dikkate alınmaktadır. Uygulayıcı, bu süreçlerin normatif yönleriyle ilgili bilgileri, ailelerin beraberinde getirdiği bireysel

endişeleri dikkate aldıkça ailelerde yapılan çalışmaya dahil olurlar. Aileyle olan ilişkisi aracılığıyla uygulayıcı mantıklı bir biçimde ebeveynin iç yaşantısına değinerek çocuk ve ebeveynin gelişimiyle ilgili gözlemleri seçer. Bazı gözlemler uygulayıcının çocuk ve ailenin bütünsel tablosuna eklenecek bilgi olarak tutulurken diğerleri gözlemin bakım üzerinde etkisi olabilecek bir etkileşim için saklanır, bir kısmı ise iletişim sırasında hemen paylaşılır.

1.9.2. İlişkisel Model: Touchpoints denkleminin ikinci yarısı ilişkisel modeldir. Ebeveynlerin iç yaşantılarının farkında olmak ve gelişim güçleri hakkında bilgi sahibi olmak Touchpoints uygulaması için tek başına yeterli değildir. Ailelerle ilişkilerin nasıl başlatıldığı ve sürdürüldüğü bütünüyle dikkate alınmadan böyle bir anlayışı benimsemek yararsızdır. Bu gelişimsel anlayışın çocuklar ve ailelerin hizmetine sunulması yalnızca uygulamanın ilişkisel yönleriyle olabilir.

İlişkisel model; bakım verenin, çocuğun ebeveyn(ler)i ile kurduğu birliği tanımlamaktadır. Bu modelin eğitim ve sağlık bakımının bir tamamlayıcısı olarak görülmesinin amacı; uygulayıcı ile ebeveyn arasındaki ilişkinin öneminin vurgulanmasını, ebeveynliğin getirdiği hem olumlu hem de olumsuz duygulara değer vermeyi, ebeveyn-çocuk ilişkisinin odak noktası olmayı, uygulayıcı-ebeveyn etkileşimleri sırasında kendi hislerini ortaya koymayı ve bebeğin davranış dilini ebeveyn ile bağlantı kurarken araç olarak kullanabilmeyi içermektedir.

Uygulayıcı–Ebeveyn İlişkisinin Yapısı: Touchpoints yaklaşımı, insan gelişiminin anlaşılmasını sağlayan güçlü bir geleneğin parçasıdır. Gelişim psikolojisi ve antropolojiden doğan bu gelenek, ebeveynlik sürecini sosyo-kültürel bağlamda gerçekleşen bir süreç olarak görür. Çocuğun bir varlık olarak gelişimini, kısmen, bu bağlamın bir ürünü olarak

değerlendirmektedir. Touchpoints yaklaşımı bir anlamda uygulayıcı açısından kendini ebeveyn-çocuk-aile sisteminin bir unsuru haline getirmeyi amaçlayan bir çabadır. Uygulayıcı bunu yapmak için ebeveynler ile bir ortaklığa girmelidir.

Yapı iskelesi görüşü bir esas niteliğindedir. Yapı iskelesi–bir binanın inşası sırasında kullanılan yapı gibi–Touchpoint sırasında bakım veren ya da uygulayıcı tarafından sağlanan destektir. Temel özelliği; büyümeyi sağlamak için yeteri kadar destek vermektir. Böyle bir yapı, bilgi ve kişisel desteğin iskelesidir ve ebeveynler bu iskele içinde çocuk yetiştirmenin zorluklarının üstesinden başarıyla gelirler. Yapı iskelesi dinamik bir süreçtir. Böyle bir yapı iskelesinin etkili olabilmesi için çocuk, ebeveynler ve ailenin özelliklerine duyarlı olunmalıdır (yapı iskelesi görüşü Bruner’in yetişkinlerin, küçük çocukların problem çözme etkinliğini nasıl destekleyeceği konusundaki açıklamalarının uzantısıdır ve kaynağını Vygotsky’nin sosyo-ekonomik bağlamda ele aldığı gelişim kavramından alır). Uygulayıcı, ebeveyn ve çocuk arasındaki yaratıcı, interaktif bir süreçten doğar ve değişir.

Bu sebeple uygulayıcının hedeflerinden biri çocuğun çevresindeki bakım sisteminin işlevsel bir parçası olmaktır. Bir ebeveynde olumlu sonuçlara neden olan stratejiler başka bir ebeveynde etkili olmayabilir, ayrıca bunun da farkında olmak gerekmektedir.

Bilgi toplama ve ortaklık oluşturma: Touchpoints uygulamasında daimi amaç ebeveyn ile olan ilişkinin, çocuk yetiştirme ile ilgili sorunların etrafında derinleştirilmesidir. Bu durum çok sayıda etkinliği kapsamaktadır. Ebeveyn ile arasındaki ilişkinin başlangıç aşamalarında uygulayıcı, ebeveynin beklentileri, endişeleri, ebeveynlik yapma tarzı ve yardım kabul etmesi ile ilgili bir resim (şekil) oluşturur. İlişki boyunca sürekli olarak yalnızca ebeveynlerin endişeleri hakkında değil aynı zamanda ebeveynin uygulayıcı ile olan ilişkisiyle de ilgili bilgi toplanıp, gözden geçirilir, bir ilişkiyi kurmanın

başlangıç aşamasında bu veri uygulayıcıya yardımcı olması bakımından çok önemlidir.

Ebeveynin görünüşü, sizinle bağlantı kurma yeteneği ve çocuğuna karşı davranışları, ilişkiyi geliştirme konusunda nasıl ilerleneceğini haber veren, gözleme dayalı ipuçları arasında yer almaktadır. Bunların tümü aslında sosyal bir varlık olan insanlar tarafından; aile, arkadaşlar ve meslektaşlarla ilişki kurarken sürekli olarak yapılan gözlemlerdir fakat bu gözlemler bebeğin ebeveynleri ile bir ilişki geliştirildiğinde daha bilinçli ve anlayışlı biçimde kullanılmalıdır.

Zaman ilerledikçe ebeveynlerle ilişki kurulabildiğine dair ipuçları aranır. Daha önce paylaşamadıkları şeyleri şimdi, paylaşıyorlar mı? Uzmanlıktan rahatlıkla yararlanabiliyorlar mı? gibi.

Her zaman tavsiyede bulunmaktan kaçınılmalıdır. Çünkü bu, ilişkideki bir dengesizliği yansıtır. Bu nedenle Touchpoint yaklaşımında ilişkide ortaklık kurma yapılandırılırken, bu durumdan da uzaklaşılır. Ebeveynin sağlık ve gelişim konularına bakış açısı dikkatle dinlenir, gözden geçirilir hatta ortaklığı geliştirebilmek için gündemin dışına çıkılarak ve ebeveynlerin çocukları konusunda uzman kişiler olarak ebeveynde gelişen annelik rolünün değerlendirmesi yapılır.

Ortaklıkta eşit kimseler olma anlayışı yalnızca bir slogan değildir. İlişkilerde tek taraflılık güzel sonuçlar doğurmaz. Bir ebeveyn, uygulayıcı tarafından çocuk yetiştirme konusunda klasik yöntemlerle aktarılan bilgiyi dinlemek zorunda kalıyorsa, onun stratejiler geliştirmeye bizzat dahil edildiği konumla kıyaslandığında yeteneklerini geliştirmek için aktarılan bu bilgiyi kullanma ihtimali çok daha azdır. Başka bir ifadeyle çocuk yetiştirme konusunda tek taraflı olarak verilen bir dersten öte gerçek bir diyalog vardır.

Kendi benliğini kullanma: Elbette ki ebeveynlerle güvenilir bir ilişki kurmak demek uzmanın da işin içerisinde olması demektir. Ailelerle olan etkileşimler; çocuğun sağlığı, davranışları, ebeveynlerin çocuğa ve birbirlerine verdikleri tepkiler, söylenen sözler, ifade edilen ve edilmeyen duygular ve uzmanla aile arasındaki ilişkinin kimyası gibi verilerle doludur. Uzman kişi toplamaya çalıştığı bu veriler arasından ziyaretin amacı açısından yararlı olduğunu düşündüğü bilgiyi seçmelidir. Bu geniş bilgi dizisi içinde yer alan kaynaklardan biri de etkileşim konusunda uzmanın kendi hisleridir. Çocuk ve ebeveyn ile arada bir bağ hissedip etmediğidir.

Uzmanlar ailelerle etkileşim kurarken kendi duygusal durumlarını da değerlendirmelidirler. Geçmiş ve şimdiki yaşantıyla ilişkili duygu ve düşünceler ailelerle etkileşim kurmada daima etkili olmaktadır. Eğer bunlar uzmanın kendi görüşünü gölgelerse o zaman aileye destek olma süreci olumsuz etkilenebilir. Ancak tüm bunlara dikkat edilir ve anlamaya çalışılırsa, uzmanlar hem kendilerini hem de aileleri anlama amacına hizmet eder hale gelebilirler (22).

1.10. POSTPARTUM DEPRESYON

Post partum depresyon annelerin bebekleri ile olan iletişimlerini, bebeklerin gelişimlerini, eşlerin ilişkilerini ve genellikle ailenin tamamının esenliğini olumsuz etkilemektedir (82).

Postpartum depresyon sıklıkla doğumdan sonraki ilk üç ayda ortaya çıkan ve annelik hüznünden daha ağır olan bir tablodur. Postpartum depresyon gelişen kadınların annelik rolüne ilişkin kaygı, suçluluk, yetersizlik duygusu ve ölüm korkusunu sık yaşadıkları belirtilmektedir. Doğum sonrası dönemde yaşanan annelik hüznü yada postpartum sorunları yaşamanın, kadınların annelik yetisi üzerine etki ettiği ve bunun sonucu olarak çocuğun bilişsel ve duygusal gelişimini olumsuz yönde

etkilediği belirtilmektedir (14). Panzarine ve ark. 1995'te yaptıkları bir çalışmada ergen anneler arasındaki depresyon oranını %59 bulmuşlardır. Depresyonda olan anneler çocukları ile birlikte zor zamanlar geçirmektedirler ve onların ihtiyaçlarına karşı çok daha az duyarlılık göstermektedirler. Aşırı cezalandırıcı tutum ya da sözlü iletişim oranında azalma gibi olumsuz ebeveynlik davranışları ergen annelerdeki depresyonla bağdaştırılmıştır (69) . 18 yaşından önce yaşanan ebeveynliklerde çocuk istismar ve ihmalinin olması, son altı ay yada gebelikleri süresince depresyon yaşamış olmaları, ergen ebeveynlerin pek çok karakteristiğini tanımlamaktadır (32,35,42,53,57,). Panzerine ve ark. (1995), ergen annelerdeki depresyonun, annelerin destek ağlarını kullanma becerilerini ve ebeveynliklerinde kendilerine olan güven duygularını azalttığını bildirmişlerdir. Beck (1999), küçük çocuklarda problemli davranışlarla, annelerin depresyonu arasındaki ilişkiyi inceleyen 33 çalışmanın meta analizini gerçekleştirmiş ve anneleri depresyonda olmayan çocuklarla karşılaştırıldığında, anneleri depresyonda olan çocukların problemli davranışlarında belirgin bir artış olduğunu gözlemlemiştir.

1.11. BEBEK GELİŞİMİ

Ergen ebeveynlerin çocukları için bu durumun ortaya çıkardığı sonuçlar üzücü olmaktadır. Yoksulluk, olumsuz sağlık şartları, düşük eğitim seviyesi, davranış sorunları ve eğitimleri ile ilgili problemler ergen annelerin çocuklarında, yetişkin annelerin çocuklarına oranla daha yaygın olarak ortaya çıkmaktadır (35,69). Ergen annelerin çocuklarının dil ve sosyal becerilerinde gecikmeler olmakta ve hatta ileriki çocukluk dönemlerinde bu çocuklarda yetişkin anneye sahip olan çocuklara göre daha fazla öğrenme bozuklukları gelişmektedir (35). Ayrıca ergen annelerin çocuklarının okul ve sağlık problemleri yetişkin anne çocuklarından daha fazladır (70).

1.12. MATERNAL BAĞLANMA

Anne ile bebek arasındaki bağlanma kavramı 1900'lü yılların başında ortaya çıkmıştır. Maternal bağlanma, anne-bebek arasında doyurucu ve zevk verici bir etkileşim sonucunda gelişen, eşsiz ve süreklilik gösteren bir sevgi ilişkisidir. Maternal bağlanma anne ve bebek arasında birbirini etkileyen ve annelik rolü kazanımında önemli bir süreçtir (6,53). Bebeğin kognitif, fiziksel ve sosyal/duygusal gelişimi için çok önemlidir (29,47)

Bir annenin bebeğine sevgiyle bağlanması, çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişimini teşvik eden en önemli öğelerden biridir. Çocuğun yaşadığı ilk bağlanma tecrübesi daha sonra yaşayacağı bağlanma tecrübeleri için temel oluşturur. Eğer anne ile bebek arasında yaşamın ilk iki yılında güvenli bağlanmayı başarmada gerekli durumlar karşılanamazsa, bebek emosyonel, sosyal, fiziksel, zihinsel ve dil gelişimi problemleri yaşar. Maternal bağlanmada başarısızlıkların yaşandığı durumlarda bebek ihmal ve istismar açısından risk altındadır (47,58).

Hemşire, bağlanmanın multifaktöriyel bir süreç olduğu gerçeğini göz önüne alarak, aile-bebek etkileşimi ve kalitesini arttırmaya yönelik aileyi desteklemeli ve cesaretlendirmelidir (38).

Hemşireler; annelerin bebeklerine karşı gösterdikleri yaklaşımı sağlıklı bir şekilde değerlendirebilmeleri için, anne-bebek arasındaki normal bağlanma sürecini ve doğum sonrası olumlu anne-bebek ilişkisinin geliştirilmesinden kendilerinin sorumlu olduklarını bilmelidirler (10).

Aşağıda bütünleştirilmiş bir maternal bağlanma örneği verilmiştir. okların yönü ilerleyen zamanı ve bağlanma sürecindeki olgunlaşmayı göstermektedir (Şekil 6).

GEÇMİŞ **GEBELİK** **DOĞUM** **YENİDOĞAN** **DÖNEMİ**

Anne- Bebek İlişkisi

Gebelik ve bebeğin kabulü
Olumlu annelik duyguları

Anne- Bebek İlişkisi

Doğumda bebeğe duyulan aşinalık
Doğumdan sonra bebeğe karşı fiziksel ve psikolojik uyum
İmmatür bebek

Anne- Bebek İlişkisi

Bebeğe karşı sürekli fiziksel ve psikolojik uyum
Bebekte olabilecek olası sorunlara uyum
Annenin devam eden fiziksel ve psikolojik sorunları
Bebeği benimsemeyeyönelik ilişkinin kesintiye uğraması
Anneliğe ait belirsiz duygular
Anne- Diğer Kişilerle İlişkiler

Anne- Diğer Kişilerle İlişkiler

Diğerlerinin baskın davranışları
Daha önce

Anne- Diğer Kişilerle İlişkiler

Diğerleri ile olan ilişkilerin boyutunda değişiklik
Sosyal destekte azalma
Anneliğe ait belirsiz duygular

SONUÇ

Olumlu
Anne/babalık yeteneğinin sağlanması
*Bebeğin büyüme ve gelişimi
*Sürekli ve dayanıklı bir bağın kurulması

Sorumluluk
Merkezde olma
Annelik rolünün keşfi

Karşılıklılık
Duyarlılık
Tamamlayıcılık

Olumsuz
Annelik duygularında belirsizlik
Eş/diğerleri ile ilişkinin sonlanması
Ebeveynlik sorumluluklarını terk

42

BÖLÜM II

GEREÇ-YÖNTEM

2. 1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma ergen annelerde ebeveynlik yeterliliğinin artırılması amacıyla uygulanan ilişkisel gelişimsel yaklaşım modelinin; maternal bağlanma, postpartum depresyon ve çocuklarda yaşa uygun gelişim üzerine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak planlanmıştır. Bu yöntemle çalışma grubunda yer alan annelerin bebekleri ile birlikte destek toplantılarına aktif olarak katılımları sağlanmıştır.

2.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın verilerinin toplanmasında;

- Örneklemeye alınan annelerin sosyo-demografik ve diğer değişkenlerin özelliklerini belirleyen “Anne-Bebek Tanıtım Formu” (Ek I),
- “Maternal Bağlanma Ölçeği” (MBÖ) (Ek II),
- “Beck Depresyon Envanteri II” (BDE) (Ek III), ve
- “Ankara Gelişim Tarama Envanteri” (AGTE) (Ek IV) kullanılmıştır.

2.2.1. Veri Toplama Araçları

2.2.1.1. Anne-Bebek Tanıtım Formu

Araştırmada veri toplama aracı olarak; araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda geliştirilen Anne- Bebek Tanıtım Formu (Ek I) kullanılmıştır. Anne-Bebek Tanıtım Formu; annelerin sosyo-demografik ve evliliğe ilişkin özelliklerini, birlikte yaşadığı kişileri, gebelik döneminde sorun yaşama durumlarını, doğum tiplerini, hastanede yatış sürelerini, bebeğin cinsiyetinden memnun olma durumlarını, bebeğin doğumdaki, birinci ve altıncı aydaki kilo-boy-baş çevresini,

bebek bakımı konusunda doğum öncesi dönemde eğitim alma, geçmişte psikolojik bir sorun yaşama, gebelik süresince destek alma durumlarını içeren 28 sorudan oluşmuştur.

2.2.1.2. Maternal Bağlanma Ölçeği (MBÖ)

Maternal Bağlanma Ölçeği, maternal sevgiyle bağlanmayı ölçmek amacıyla, Mary E. Muller tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Muller, MBÖ sorularını maternal adaptasyon ve maternal bağlanmayı inceleyen literatür doğrultusunda oluşturmuştur. Sevgiyi gösteren maternal duygu ve davranışları ölçen MBÖ kişinin kendisinin uyguladığı bir ölçek olduğu için, okuma- yazma bilen ve okuduğunu anlayabilen kadınlarla uygulanabilen, 4'lü likert tipinde 26 maddeden oluşan bir ölçektir. Her bir madde "her zaman" ile "hiçbir zaman" arasında değerlendirilmektedir. Her madde doğrudan ifadeleri içermektedir ve Her Zaman (a)= 4 puan, Sık Sık (b)=3 puan, Bazen(c)=2 puan ve Hiçbir Zaman (d)=1 puan olarak hesaplanmaktadır. Bütün maddelerin toplamından genel bir puan elde edilmektedir. Yüksek puan maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 26, en yüksek puan ise 104'dür.

Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması Oya Ünder Kavlak tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Croanbach Alpha iç tutarlılık güvenirliği; bir aylık bebeği olan annelerde 0.77, dört aylık bebeği olan annelerde 0.82 olarak saptanmıştır. Her iki uygulama zamanında da Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları oldukça yüksek olarak bulunmuştur. Geçerlilik ve güvenirliğe yönelik yapılan istatistikler doğrultusunda maternal bağlanma ölçeği Türkiye'de geçerli ve güvenilir bulunmuştur (47).

2.2.1.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

BDE, depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. 21 belirti kategorisini içerir;

duygudurum, kötümserlik, başarısızlık duygusu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, cezalandırılma duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, kendini cezalandırma arzusu, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal içedönüklük, kararsızlık, bedensel imge, çalışılabilirliğin ketlenmesi, uyku bozuklukları, yorgunluk-bitkinlik, iştahın azalması, kilo kaybı, somatik yakınmalar, cinsel dürtü kaybı (60,74). Bunların 11'i biliş, 2'si duygu, 2'si açıkça görülen davranış, 1'i kişiler arası sorunlar, 5'i somatik semptomları ölçmektedir. Ölçmek için verilen kesme puanları araştırmalarda farklılık göstermekle birlikte 17 kesme puanının klinik depresyonu belirlemede yeterli olabileceği belirtilmektedir (60).

Envanterdeki her maddenin yanında yazılı olan değer (0-3 arasındadır) o maddeye verilecek olan puanı göstermektedir. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan (21x3) 63'dür.

Türk toplumuna uyarlama çalışması Nesrin Şahin (Hisli) tarafından 1988 yılında yapılmıştır. BDE'nin orijinal versiyonu 1961 yılında geliştirilmiş ve sonra pek çok kez revize edilmiştir (45). Çalışmada BDE'nin 1978 formu kullanılmıştır.

2.2.1.4. Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE)

AGTE, hem genel gelişim hem de dört farklı gelişim alanında yaş düzeyi altında gelişim gösteren çocukların belirlenmesi amacıyla kullanılan bir değerlendirme aracıdır. AGTE, 0-6 yaş bebek/çocukların şu andaki gelişimini ve becerilerini annelerden alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirmektedir. Çocuğu en iyi tanıyan kişiler olarak annelerin çocuk hakkında verdikleri bilgiler uzun süreli gözleme dayanmaktadır. Annelerin bilgi kaynağı olarak kullanılmasının bir diğer yararı da annelerin değerlendirme sürecine doğrudan katılmalarıdır. Envanter, gelişimsel gecikme ve düzensizlik gösterme açısından risk altında olduğu düşünülen bebek ve çocukların erken dönemde tanınması ve gerekli önlemlerin alınabilmesine de olanak sağlar. Kültürümüze özgü olarak geliştirilen ve annelere sorularak "Evet,

Hayır, Bilmiyorum” şeklinde yanıtlanan 154 maddelik envanter her biri tek başına ayrı bir çalışma olan beş anlamlı ön çalışma sonucunda geliştirilmiştir. Envanterin ayrıca dört alt testi vardır. Bunlar “Dil Bilişsel”, “İnce Motor”, “Kaba Motor” ve “Sosyal Beceri-Özbakım” dır. Bu alt testler gelişim literatüründe ve çeşitli gelişim testlerinde ayrıştırılan özel gelişim alanlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Sorulara verilen “evet” cevapları “1”, “hayır” cevapları “0” puan olarak değerlendirilmektedir. Başlama noktasından önceki sorular için de puan verilmektedir. Çocuğun bunların hepsini yapabildiği kabul edilmekte ve 1’er puan verilmektedir. Bilgi veren kişi çocuğun belli bir davranışı yapıp yapmadığını bilmiyor ise ya da emin değilse, kutuya B yazar. Eğer çocuğu gözleme olanağı varsa ve uygulayıcı o davranışı çocuğun yapabildiğini gözlemişse anne bilmese de “evet” şeklinde işaretlenir. Değerlendirmede ağırlıklı olarak 6.-7. aya kadar olan maddeler kullanılmıştır. Ancak envanterin yönergesinde peş peşe 8 soruya olumsuz yanıt alınana kadar testin sürdürülmesi gerektiği bildirildiği için 6.aydaki değerlendirmede bebekler için sonraki dönemlere ait sorulardan da sorulmuştur. Bu nedenle çalışma grubunu değerlendirmede, ölçeğin 10.-11. ayına kadar olan maddeler de kullanılmıştır. Bu bölümlerde, her biri 1 puan üzerinden değerlendirilen toplam 59 madde bulunmaktadır. 59 maddeden elde edilen toplam puan genel gelişim puanını vermektedir (74).

Envanter Işık Savaşır, Nilhan Sezgin ve Neşe Erol tarafından geliştirilmiş, araştırmacılardan kullanım izni alınmıştır.

Bu çalışmada ebeveyn yeterliliği; annenin postpartum dönemdeki maternal bağlanma düzeyi, depresyon belirtileri, çocukların yaşa uygun büyüme-gelişmeleri , annelerle yapılan görüşmeler ve araştırmacının gözlemleri ile değerlendirilmiştir.

2.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Bornova Sağlık Grup Başkanlığına bağlı Doğanlar Sağlık Ocağı, Naldöken Sağlık Ocağı, Çamdibi 2 No'lu Sağlık Ocağı, Kızılay Sağlık Ocağı, Osmangazi Seher Şükrü Ergil Sağlık Ocağı ve Mevlana Sağlık Ocaklarında yürütülmüştür.

Çalışmaya katılan tüm annelere araştırmacı önce ev ziyaretleri yaparak araştırma hakkında bilgi vermiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden annelerin ilk verilerini toplamıştır. Çalışma grubuna dahil olan annelerle araştırmacı sağlık ocaklarında iki haftada bir beş ay süre ile toplam on kez, bir saat süreyle görüşmüştür. Kontrol grubundaki anne ve bebeklerin verileri ise araştırmacı tarafından bir ve altıncı aylarda gerçekleştirilen ev ziyaretleri ile toplanmıştır.

Doğanlar Sağlık Ocağı; sekiz ebe, altı hemşire, bir sağlık memuru, on hekim, bir diş hekimi ve bir hizmetli ile toplam 29363 nüfusa hizmet vermektedir.

Naldöken Sağlık Ocağı; iki ebe, bir hemşire, üç hekim ve bir personel ile toplam 6500 nüfusa hizmet vermektedir

Çamdibi 2 No'lu Sağlık Ocağı; on hemşire, yedi hekim ve iki memur ve iki personel ile 21367 nüfusa hizmet vermektedir.

Kızılay Sağlık Ocağı; 4 ebe, 3 hemşire, yedi hekim ve bir personel ile 21872 nüfusa hizmet vermektedir.

Osmangazi Seher Şükrü Ergil Sağlık Ocağı, 7 hemşire, 8 ebe, 10 hekim ve bir diş hekimi ve 3 de personel ile toplam 28562 nüfusa hizmet vermektedir.

Mevlana Sağlık Ocağı; 1 hemşire, 6 ebe, 5 hekim, 1 sağlık memuru ile hizmet verdiği toplam nüfus sayısı 18415'tir.

Araştırma verilerinin toplanmasına Kasım 2006 tarihinde başlanmış ve Nisan 2007 tarihinde bitirilmiştir.

2. 4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini; belirtilen tarihlerde İzmir İli, Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı Doğanlar, Naldöken, Çamdibi 2 No'lu, Kızılay, Osmangazi Seher Şükrü Ergil ve Mevlana Sağlık Ocaklarında kayıtlı olan ergen anneler ve bebekleri oluşturmuştur.

2. 5. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırma kapsamına, Kasım 2006-Nisan 2007 tarihleri arasında sağlık ocaklarına kayıtlı olan 15'i çalışma ve 15'i kontrol grubunda yer alan toplam 30 anne alınmıştır. Annelerin bağlı bulundukları sağlık ocakları yöre halkının sosyoekonomik düzeyleri göz önünde bulundurularak sınıflandırılmıştır. Bu merkezler; Doğanlar, Naldöken, Çamdibi 2 nolu, Kızılay, Osmangazi Seher Şükrü Ergil ve Mevlana Sağlık Ocaklarıdır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 14-19 yaş grubunda ve ilk defa anne olan,
- Bebekleri 35. gebelik haftasından sonra doğan,
- Anneler çalışmaya katıldıklarında bebekleri 30-40 günlük olan,
- Bebeklerinde veya kendisinde birbirlerinden ayrı kalmayı gerektirecek bir sağlık sorunu bulunmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- Konjenital bir anomalisi olmayan bebeklerin anneleri çalışmaya alınmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden anneler, olasılıksız örneklem yöntemine göre seçilmiştir.

2. 6. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

2.6.1. Bağımlı Değişkenler: Ergen annelerin maternal bağlanma, depresyon ve bebek gelişimini değerlendirme puanları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

2.6.2. Bağımsız Değişkenler: Annelerin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, eşlerinin yaşı, eşlerinin eğitim durumu, evlilik süresi, gebelikte ve geçmişte psikolojik bir sorun yaşama durumu, doğum tipi, hastanede yatış süresi, bebeğin cinsiyeti, bebeğin cinsiyetinden memnun olma durumu, bebek bakımı konusunda doğum öncesi dönemde eğitim alma, gebelik süresince destek alma durumu araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

2.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ ve SÜRESİ

Araştırma verileri, kalitatif ve kantitatif veri toplama yöntemleri kullanılarak toplanmıştır. Kalitatif veri toplama yöntemlerinden görüşme ve gözlem, kantitatif veri toplama yöntemlerinden ise anket formu kullanılmıştır (46,49). Veri toplamada kullanılan yöntemler uygulama sırasına göre aşağıda yer almaktadır:

Araştırmanın Hazırlık Aşaması - Araştırmacının Eğitimi: Araştırmanın ilk aşamasında konu seçimi ve öneri sınavı gerçekleştirilmiştir. Daha sonra araştırmacı üç ay süre ile ilişkisel-gelişimsel yaklaşım modeli ile ilgili gerekli eğitimi almak üzere New York University College of Nursing'e gitmiş ve Ocak-Nisan 2006 tarihleri arasında konu ile ilgili pek çok çalışma ve bilimsel yayını olan Doç.Dr. Melanie Percy ile çalışmıştır. Aynı zamanda modeli geliştiren Dr. Terry Brezelton ve ekibinin New York Bellevue Hospital'da düzenledikleri 14 saatlik Touchpoints Individual Level Training kursuna katılmış ve sertifika almıştır. Türkiye'ye döndükten sonra araştırmanın uygulanabileceği bölge tespiti yapılmış ve kurumlardan gerekli izin alındıktan sonra araştırmanın verileri 6 ay içerisinde toplanmıştır.

Görüşme: Bornova Sağlık Grup Başkanlığına bağlı Doğanlar Sağlık Ocağı, Naldöken Sağlık Ocağı, Çamdibi 2 No'lu Sağlık Ocağı, Kızılay Sağlık Ocağı, Osmangazi Seher Şükrü Ergil Sağlık Ocağı ve Mevlana Sağlık Ocaklarında kayıtlı olan ve buralarda görev yapmakta olan hemşire/ebelerle yapılan görüşmeler sonucunda araştırma kriterlerine uygun, benzer sosyo-ekonomik düzeye sahip olan annelerle tanışmak üzere ev ziyaretleri yapılmıştır.

Annelere ilk karşılaşmada çalışmanın amacı ve uygulama şekli anlatıldıktan sonra bebekleri 30-40 günlük olan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan anneler araştırma kapsamına alınmıştır. Anne-Bebek Tanıtım Formu, Maternal Bağlanma Ölçeği ve Beck Depresyon Envanteri kişinin kendisinin doldurması gereken bir ölçek olduğu için, araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra çalışma ve kontrol gruplarına dahil olacak annelerden ilk görüşmede bu ölçekleri doldurmaları istenmiştir. Daha sonra bebeklerin yaşa göre gelişimlerini değerlendirmek üzere kullanılan Ankara Gelişim Tarama Envanteri araştırmacı tarafından anne ile birlikte değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Uygulanışı: Bu araştırmada ebeveynlik deneyimleri ve ebeveyn çocuk etkileşimi üzerine odaklanan ilişkisel/gelişimsel yaklaşım ile duygusal destek ve rehberlik yaklaşımının bütünleştirilmesi sağlanmıştır.

Çalışma grubunda yer alan annelerin ilgi duydukları konular hakkında konuşabilmeleri amacı ile yarı yapılandırılmış grup görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Bu toplantılar anneler ve bebekleri ile birlikte çalışmak üzere ilişkisel/gelişimsel yaklaşım doğrultusunda oluşturulmuştur. Grupla ilgili konularda grup tartışmaları yapılmıştır. Tartışma ve sorular doğrultusunda annelerin genel durumuna göre bilgi içeriği ortaya çıkarılmıştır. Toplantıların başında tartışmalar, gebelik deneyimleri ve doğum üzerine odaklanırken, devam eden süreçte ise annelerin liderliğinde ve aşağıdaki konu başlıkları doğrultusunda ilerlemiştir; aile ilişkileri, doğum sonrası dönem, ebeveyn olmanın zorlukları, çocukların huy/mizaçları, gelişimleri, beslenme, uyku, masaj, sosyalleşme süreci gibi. Görüşmelerde konuşulanlar araştırmacı

tarafından anında tutulan notlar ile kaydedilmiştir. Annelere her görüşmede bir toplantı teması oluşturularak, hem ebeveynlik yeterliliğinin gelişme süreci hakkında kaynak bilgi sağlaması hem de annelerin farkındalıklarının arttırılarak, kendini ifade edebilme yeteneklerinin geliştirilmesi düşüncesiyle sorular yöneltilmiştir

Bu görüşmeler annelerin bağlı bulundukları sağlık ocaklarında düzenli olarak iki haftada bir, bir saat süre ile araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

Girişimler ergen annelere rehberlik sağlayan ilişkisel/gelişimsel yaklaşımı kullanarak sağlıklı çocuk muayenesi ve iki haftada bir yapılan rehberlik grup toplantıları olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Sağlıklı çocuk muayeneleri bebeklerin bir ve altıncı aylardaki kontrollerinde uygulanmıştır. Bu kontroller ilişkisel/gelişimsel yaklaşım ile gerçekleştirilmiş bu sayede ebeveynin başarısı, görüşleri ve endişelerini yansıtmaları sağlanmıştır. Bu çerçevede araştırmacı ebeveynin uzmanlığını ve yeterliliğini destekleyecek olanakları değerlendirmiştir. Ayrıca bu kontroller sırasında;

- 1) çocuğun gelişimsel düzeyi,
- 2) çocuğun davranışının anlamı ve
- 3) annenin davranışının anlamı üzerinde durulmuştur.

Araştırmacı çocukların normal davranışları üzerinde gözlem ve yorum yapma aracılığı ile ebeveynleri ve çocukları arasında olumlu bir ilişkinin yapılanmasını sağlamaya çalışmıştır.

Grup toplantıları belirli sorularla başlamış ve annelerin yaşamlarında gerçek olan şeylerin tartışılması ile devam etmiştir.

Toplantıya başlarken annelere sorulan sorulara örnekler:

1. Nasıl gidiyor? Nasılsınız? Bebek nasıl?
2. En son gördüğümde (bebeğin adı söylenir) diş çıkarıyordu, şu anda nasıl?
3. Boş zamanlarınızı değerlendirmek için neler yapıyorsunuz?

Her gruba 5-6 annenin katılımı düşünülmüş ama ulaşılabilen ve çalışmayı katılmayı kabul eden anne sayısı tahmin edilenden daha az olduğu için toplantılar 3-4 kişilik gruplardan oluşmuştur.

Çalışma grubuna katılmayı kabul eden annelerle ilk toplantı, ilk görüşmeden yaklaşık iki hafta sonra başlamış ve beş ay süre ile devam etmiştir. Bebekler altı aylık olduklarında sağlık kontrolleri ile birlikte tüm araştırmaya verileri (Maternal Bağlanma Ölçeği” (Ek II), Beck Depresyon Envanteri II” (Ek III) , Ankara Gelişim Tarama Envanteri” (Ek IV) tekrar toplanmıştır (Ek VII: Sağlık Ocakları Toplantı Çizelgesi).

Kontrol grubuna katılmayı kabul eden annelere ait veriler bebekleri bir ve altı aylık iken araştırmacı tarafından ev ziyaretleri yapıldığı sırada toplanmıştır. Kontrol grubundaki anne ve bebeklerine ait verilerin toplanması aşamasında farklı herhangi bir girişim uygulanmamış sadece bebeklerin sağlık kontrolleri yapılmış ve anket formları doldurulmuştur.

Çalışma ve kontrol grubundaki annelerden aynı zamanlarda aynı anketleri (Maternal Bağlanma Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve AGTE) doldurmaları istenmiştir.

Tablo 1: Veri Toplama ile İlgili Kavram, Ölçümler ve Zaman Aralığı

Kavram/Yapı	Ölçümler	Zaman Aralıkları (Çalışma ve Kontrol Grubu İçin)	
		1. ay	6. ay
Ergen Annenin Demografik Verileri	Veri toplama formu	*	
Maternal Bağlanma	Maternal Bağlanma Ölçeği	*	*
Depresyon	Beck Depresyon Envanteri	*	*
Çocuk Gelişimi	Ankara Gelişim Tarama Envanteri	*	*

Anne-Bebek Tanıtım Formu'nun doldurulması 5-10 dakika, Maternal Bağlanma Ölçeğinin doldurulması ortalama 10 dakika, Beck Depresyon Envanterinin doldurulması ortalama 10 dakika ve Ankara Gelişim Tarama Envanterinin doldurulması ortalama 15/20 dk olmak üzere bütün veriler toplam 40-50 dakika içinde toplanmıştır.

Çalışma grubundaki annelere, toplantılara katılımlarını teşvik etmek üzere finansal destek sağlanmıştır. Bu amaçla her toplantıda annelere 10 YTL verilmiştir. Bu finansal teşvik annelerin zamanlarına, değerli bakış açılarına ve anlayışlarına saygıyı göstermek için uygun görülmüştür.

Tablo 2'de çalışma grubuna ait altıncı ayda gerçekleştiren girişim özetlenmiştir.

Tablo 2: Altı Aylık Bebek Ziyaretlerindeki İlişkisel/Gelişimsel Yaklaşım (Touchpoint) Etkileşimi

Bebeğin Davranışları gözlem/anne yorumu	Görüşmeyi Yapanın Yorumu
Bebeğin gözlem sırasındaki davranışları: görüşme süresince bebeğin gözleri annesinin üzerindeydi	Görüşmecinin Yorumu: “bakın (bebeğin ismi söylenir) size nasılda yakın bakıyor, sizin onun dünyasında ne kadar önemli bir insan olduğunuzu öğrenmekte ve sizin neler yaptığınızı anlamak istiyor”
Bebeğin gözlem sırasındaki davranışları: bebek annenin gözlerine anne de bebeğin gözlerinin içine bakıyor	Görüşmecinin Yorumu: “kat ettiğiniz yola ve (bebeğin ismi) bebeğinize ve kendinize bakın; bu 5 ay içinde ne kadar da yakınlaştınız, ve sizin birbiriniz için ne anlam ifade ettiğinizi görebiliyorum. Çok güzel şeyler başardınız”.
Bebeğin gözlem sırasındaki davranışları: bebek gözlerini odadaki başka bir gürültü kaynağına doğru yöneltir	Görüşmecinin Yorumu: “dört aylık (bebeğin ismi) bebeğinizin beyni gelişmekte daha önce odaya giren birini yok sayarken şimdi odaya girene odaklanıp neler olduğuna ve kim olduğuna bakıyor”.
Annenin Yorumu: “artık beslerken	Görüşmecinin Yorumu: bunun nedeni

çok zorlanıyorum çünkü en ufak bir gürültüde başını çeviriyor, hareket ettiriyor”.	bebeğinizin beyninin gelişiyor olması, bu yüzden karışmış durumda ve yemeğe ilgi göstermediğini gözlemliyorsunuz. Ancak ona bu duruma alışması ve daha önceki gibi yiyebilmesi için birkaç gün verin. Bir şeye dikkat etmeyi öğreniyor.
	Görüşmecinin Yorumu: “bebeğiniz (ismi ile) ile ilgili konuşmaya devam edelim, evde bunların dışında onunla (ismi ile) ilgili neler oluyor. Bebeğinizin geceleri uykusu nasıl? Yemek zamanları? Şimdi söylemek yada hakkında konuşmak istediğiniz başka bir şey var mı?”

Sağlıklı çocuk kontrolleri sırasında çalışma grubundaki anneler ile birlikte bebeklerin her yaş dönemine ilişkin olarak ilişkisel/gelişimsel yaklaşım çerçevesinde tartışmalar gerçekleştirilmiştir.

Tablo 3: İlişkisel/gelişimsel Yaklaşım Girişimleri

Etkileşimin İçeriği	İlişkisel/gelişimsel Yaklaşım (Touchpoints)
<u>3 aylık görüşme</u>	Besleme, uyku (bağımsız olarak uykuyu öğrenme), gece uyku alışkanlıkları, objelere ulaşma, anne ve babayı tanıma
<u>4 aylık görüşme</u>	Çevreye karşı olan dikkatte ani patlamalar, güvenlik, parmak emme, huy/mizaç, motor yetenekler, oturma, iletişim, öğrenme
<u>6 aylık görüşme</u>	Ayrılma, besleme, güvenlik, gece uykusu, motor yetenekler, objeye karşı süreklilik, yabancıyı tanıma.

2.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE BULGULARIN ANALİZİ

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Annelere ilişkin demografik ve tanıtıcı bilgilerin sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir. Çalışma (15) ve Kontrol (15) grubunda yer alan annelerin demografik özellikleri açısından benzer bir dağılım gösterip göstermediklerini belirlemek amacı ile ki kare ve t testleri yapılmıştır.

Çalışma ve kontrol grubundaki annelere ilişkin maternal bağlanma, postpartum depresyon puanları arasındaki farklar anne sayısının az olması nedeniyle nonparametrik bir test olan Mann-Whitney U testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Çalışma ve kontrol gruplarından elde edilen ortalamalar ile bazı bağımsız değişkenlerin bu ortalamalara etkileri; Kruskal-Wallis, Mann Whitney U ve Wilcoxon testleri kullanılarak analiz edilmiştir.

Çalışma grubu ile yapılan toplantılarda, programın etkisini değerlendirmek ve ana temaları belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından annelerin görüşleri yarı yapılandırılmış grup görüşmeleri sırasında kayıt edilmiştir. Toplantıların son günü ise annelerden yaklaşımı değerlendirmeleri ve gelecekteki toplantılar için önerilerinde bulunmaları istenmiştir. Bu amaçla da 7 açık uçlu sorudan oluşan anket formu uygulanmıştır. (Çalışma grubunun tarama soruları **Ek VI**). Elde edilen bu verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi uygulanmıştır.

Çalışma grubunda yer alan annelerden alınan bu niteliksel bilgiler doğrultusunda annelerin ölçümlerden elde edilen puan ortalamaları karşılaştırılmış ve uygulanan girişimin bu ölçümler üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir.

2.9. SÜRE VE OLANAKLAR

Kasım 2004 – Ekim 2005 döneminde araştırma planı yapılmış, ilgili literatürler taranmış, tez konusu belirlenmiştir. Araştırma 10 Kasım 2005 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Ocak-Nisan 2007 tarihleri arasında araştırmacı eğitimi için yurtdışına gitmiştir. Kurumlardan izin yazısı alındıktan sonra, araştırma verileri Kasım 2006-Nisan 2007 tarihleri arasında toplanmıştır. Mayıs 2007 tarihinde istatistiksel analizleri yapılarak, araştırma raporu doktora tez çalışması olarak sunuma hazırlanmıştır.

2.10. ARAŞTIRMADA ETİK

Araştırmanın yapılabilmesi için; Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Bilimsel Etik Kurulundan yazılı onay alınmıştır (**EK VIII**).

Ayrıca annelere görüşme öncesi, araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman konusunda açıklamalar yapılmış, sözlü ve yazılı izinleri alınmıştır (**EK IX**).

Çalışma grubundaki annelerle yürütülen yarı yapılandırılmış grup görüşmesinin kaydedilmesi için annelerden izin alınmıştır.

Araştırmanın uygulanabilmesi için İzmir İli Bornova Sağlık Grup Başkanlığından resmi izin alınmıştır (**EK XI**).

2.11. ARAŞTIRMAYA SAĞLANAN DESTEK

Araştırma TÜBİTAK Bilim İnsanı Destekleme Daire Başkanlığı (\$5500) ve Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing (\$2000) tarafından desteklenmiştir.

BÖLÜM III

BULGULAR

- 3.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular,**
- 3.2. Annelerin Gebelik ve Doğumla İlgili Özellikleri,**
- 3.3. Bebeklerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular**
- 3.4. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Doğumdan Sonra 1. ve 6. Aylardaki Maternal Bağlanma Ölçeği Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi**
- 3.5. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Doğumdan Sonra 1. ve 6. Aylardaki Beck Depresyon Envanteri Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi**
- 3.6. Çalışma ve Grubundaki Annelerin Bebeklerinin 1. ve 6. Aylardaki Ankara Tarama Gelişim Envanteri Puan Ortalamalarının Değerlendirilmesi**
- 3.7. Annelerin Ölçüm Zamanlarına Göre Maternal Bağlanma Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Ankara Gelişim Tarama Envanteri Puan Ortalamalarının İncelenmesi**
- 3.8. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Bebeklerin Ankara Gelişim Tarama Envanteri Puan Ortalamalarını Etkileyebilecek Etmenlerin İncelenmesi**
- 3.9. Çalışma Grubu Annelerin Doğum Öncesi Dönem, Bebek Bakımı ve Ebeveynliğe İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi**
- 3.10. Çalışma Grubundaki Annelerin Toplantılar İle İlgili Görüşlerinin İncelenmesi**

3.1. ANNELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, çalışma ve kontrol grubu annelerin, yaş, medeni durum, resmi nikah, evlilik yılı, evlilik kararı, eğitim ve çalışma durumu, eşlerinin yaşları, eğitim durumları ve çalışma durumu gibi bazı sosyodemografik özelliklerine ait veriler yer almaktadır.

Tablo 4: Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	ÇALIŞMA GRUBU			KONTROL GRUBU		
	Sayı	(%)	Ortalama	Sayı	(%)	Ortalama
<u>Yaş</u>						
14 yaş	1	6.7		0	0.0	
15 yaş	0	0.0		1	6.7	
16 yaş	1	6.7	17.93±1,38	2	13.3	17.73±1.22
17 yaş	1	6.7		1	6.7	
18 yaş	6	40.0		7	46.7	
19 yaş	6	40.0		4	26.7	
	Sayı	(%)		Sayı	(%)	
<u>Medeni Durum</u>						
Bekar	0	0.0		0	0.0	
Evli	15	100.0		15	100.0	
Boşanmış	0	0		0	0.0	
<u>Resmi Nikah</u>						
Var	12	80.0		11	73.3	
Yok	3	20.0		4	26.7	
<u>Evlilik Yılı</u>						
1 yıl ve altı	9	60.0		11	73.3	
2 yıl	3	20.0		4	26.7	
3 yıl	3	20.0		0	0.0	
<u>Evlilik Kararını Alma Durumu</u>						
Görücü usulü	5	33.4		3	26.7	
Anlaşarak	8	53.3		10	60.0	
Kaçarak	2	13.3		2	13.3	

<u>Eğitim Durumu</u>					
İlkokul Mezunu	4	26.7	5	33.3	
Ortaokul Mezunu	6	40.0	7	46.7	
Lise (Devam ediyor)	3	20.0	0	0.0	
Lise Mezunu	2	13.3	3	20.0	
<u>Çalışma Durumları</u>					
Çalışıyor	0	0.0	0	0.0	
Çalışmıyor	15	100.0	15	100.0	
	Sayı	(%)	Ortalama	Sayı	(%)
<u>Eşlerin Yaşı</u>					
18-21 yaş	2	13.3	24.80±2,70	2	13.3
22-25 yaş	6	40.0		6	40.0
26-29 yaş	7	46.7		7	46.7
	Sayı	(%)		Sayı	(%)
<u>Eşlerin Eğitim Durumu</u>					
Okur-Yazar	1	6.7	0	0.0	
İlkokul Mezunu	4	26.7	3	20.0	
Ortaokul Mezunu	5	33.3	9	60.0	
Lise (Devam ediyor)	1	6.7	0	0.0	
Lise Mezunu	4	26.7	2	13.3	
Üniversite Mezunu	0	0.0	1	6.7	
<u>Eşlerin Çalışma Durumu</u>					
Çalışıyor	15	100.0	15	100.0	
Çalışmıyor	0	0.0	0	0.0	
Toplam	15	100.0	15	100.0	

Araştırma kapsamına alınan çalışma ve kontrol grubu annelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı **Tablo 4**'de görülmektedir. Annelerin yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde; çalışma grubundaki annelerin yaş ortalamasının 17.93 ± 1.38 olduğu ve annelerin 6'sının (% 40.0) 18 yaşında olduğu, kontrol grubundaki annelerin yaş ortalamasının ise 17.73 ± 1.22 , annelerin 7'sinin (%46.7) 18 yaşında olduğu görülmektedir.

Yapılan t testi ile gruplar arasında annelerin yaşları açısından istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = 0.419$, $SD = 28$, $p = 0.678 > 0.05$).

Çalışma (N=15) ve kontrol gruplarındaki annelerin (N=15) (%100) tamamının evli oldukları, çalışma grubundaki annelerin 12'sinin (%80), kontrol grubundaki annelerin 11'inin (%73.3) resmi nikahı olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında evli ve resmi nikahı olma durumu açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (Fisher Kesin Testi, $p=0.500>0.05$) (**Tablo 4**).

Annelerin evlilik yıllarına göre dağılımları incelendiğinde; çalışma grubundaki annelerin 9'unun (%60), kontrol grubundaki annelerin ise 11'inin (%73.3) bir yıl ve daha az süredir evli oldukları görülmektedir. Çalışma grubunda yer alan annelerin 8'inin (%53.3), kontrol grubundaki annelerin ise 10'unun (%60) evlilik kararlarını anlaşılarak aldıkları belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarında yer alan annelerin gruplararası uyum iyiliğini test etmek için yapılan X^2 testinde iki grup arasında evlilik süreleri ($X^2= 3.343$, $SD=2$, $p=0.188>0.05$), bu kararı alma durumları ($X^2= 0.722$, $SD=2$, $p=0.697>0.05$) arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır (Tablo 4).

Çalışma grubu annelerin 6'sının (%40), kontrol grubu annelerin 7'sinin (%46.7) ortaokul mezunu olduğu ve iki grupta yer alan annelerin herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol grubu annelerin gruplararası uyum iyiliğini test etmek için yapılan X^2 testinde iki grup arasında eğitim durumu ($X^2= 4.477$, $SD=4$, $p=0.345>0.05$) ve annelerin çalışma durumu bakımından (çalışma durumları arasında fark olmadığından X^2 analizi yapılamamıştır) istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır (Tablo 4). Annelerin eşlerinin yaş ortalaması 24.80 ± 2.70 olarak saptanmıştır. Çalışma grubu annelerin eşlerinin 5'inin (%33.3), kontrol grubu annelerin eşlerinin 9'unun (%60) ortaokul mezunu olduğu ve eşlerin hepsinin bir işte çalıştığı (%100) görülmektedir. Eşlerin yaş, eğitim ($X^2= 4.952$, $SD=5$, $p=0.422>0.05$) ve çalışma durumları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (**Tablo 4**).

Tablo 5: Annelerin Aile Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	ÇALIŞMA GRUBU		KONTROL GRUBU	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
<u>Sosyal Güvencesi</u>				
SSK	10	66.7	9	60.0
Yeşil Kart	2	13.3	2	13.3
Yok	3	20.0	4	26.7
<u>Gelir Durumu</u>				
Gelir Giderden Az	8	53.3	3	20.0
Gelir Gidere Denk	7	46.7	12	80.0
Gelir Giderden Fazla	0	0.0	0	0.0
<u>Aile Tipi</u>				
Çekirdek Ailesi	9	60.0	10	66.7
Geniş Ailesi	6	40.0	5	33.3
Toplam	15	100.0	15	100.0

Tablo 5’de çalışma grubu annelerin 10’unun (%66.7), kontrol grubu annelerin 9’unun (%60.0) sosyal güvence kurumunun SSK olduğu, çalışma grubu annelerin 8’inin (%53.3) ve kontrol grubu annelerin 3’ünün (%20) gelirlerinin giderden az olduğu, çalışma grubundaki annelerin 9’unun (%60), kontrol grubu annelerin ise 10’unun (%66.7) çekirdek aile yapısına sahip oldukları görülmektedir. Yapılan X^2 testinde gruplar arasında sosyal güvence kurumu ($X^2= 0.195$, $SD= 2$, $p=0.907>0.05$), gelir durumu (Fisher Kesin Testi, $p=0.128>0.05$) ve aile yapısı açısından istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi, $p=1.000>0.05$).

3.2. ANNELERİN GEBELİK VE DOĞUMA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde annelerin gebelikte sorun yaşama durumu, destek alma durumu, bebek bakımı ile ilgili eğitim alma durumu, doğum şekli ve doğumdan sonra hastanede kalma günü gibi gebelik ve doğumla ilişkin özelliklere ait veriler yer almaktadır.

Tablo 6: Annelerin Gebelik ve Doğum Dönemi Özelliklerine Göre Dağılımı

ÖZELLİKLER	ÇALIŞMA GRUBU		KONTROL GRUBU	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
<u>Gebelikte Sorun Yaşama Durumu</u>				
Yaşayan	0	0.0	0	0.0
Yaşamayan	15	100.0	15	100.0
<u>Gebelik Süresince Destek Alma Durumu</u>				
Alan	9	60.0	10	66.7
Almayan	6	40.0	5	33.3
Toplam	15	100.0	15	100.0
<u>Destek Alınan Kişi</u>				
Eş	6	66.7	7	70.0
Anne	2	22.2	2	20.0
Kayınvalide	1	11.1	1	10.0
Toplam	9	100.0	10	100.0
<u>Gebelikte</u>				
İlaç yada alkol kullanımı	0	0.0	0	0.0
Sigara kullanımı	2	13.3	2	13.3
Toplam	2	13.3	2	13.3
<u>Geçmişte Psikolojik Sorun Yaşama Durumu</u>				
Yaşayan	0	0.0	0	0.0
Yaşamayan	15	0	15	0
<u>Gebelik Döneminde Annelik ve Bebek Bakımı İle İlgili Eğitim Alma Durumu</u>				
Alan	4	26.7	4	26.7
Almayan	11	73.3	11	73.3
Toplam	15	100.0	15	100.0
<u>Eğitim Alınan Kaynak</u>				
Hekim	1	6.6	2	13.3
Hemşire-Ebe	0	0.0	0	0.0
Medya	0	0.0	0	0.0
Kitap	3	20.0	2	13.3
Diğer	0	0.0	0	0.0
Toplam	4	26.6	4	26.6
<u>Doğum Sekli</u>				
Normal	8	53.3	9	60.0
Sezeryan	7	46.7	6	40.0
Toplam	15	100.0	15	100.0
<u>Doğum Sırasında Hastanede Kalma Gün Sayısı</u>				
Bir gün	10	66.7	9	60.0
İki gün	2	13.3	0	0.0
Üç gün	3	20.0	6	40.00
Toplam	15	100.0	15	100.0

Araştırma kapsamına alınan annelerden çalışma grubundakilerin 2'si (%13.3), kontrol grubundakilerin 2'si (%13.3) gebeliklerinde sigara içtiklerini ifade etmişlerdir. Annelerin doğum öncesi dönemde tanı aldıkları psikolojik bir rahatsızlıklarının olmadığı saptanmıştır. Her iki grupta eşit sayıda annenin (N=11, %73.3) gebelikleri süresince eğitim almadıkları görülmektedir. Eğitim alan çalışma grubundaki annelerin 3'ü (%20), kontrol grubundaki annelerin ise 2'si (%13.3) bilgileri kitaplardan edindiklerini bildirmiştir.

Yapılan X^2 testi ile gruplar arasında gebelikte sigara içme, eğitim alma ve eğitim aldıkları kaynak ($X^2= 0.024$, $SD=2$, $p=0.988>0.05$) bakımından istatistiksel yönden anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 6'da çalışma grubunda yer alan annelerin 8'inin (%53.3), kontrol grubundaki annelerin 9'unun (%60.0) doğum şeklinin normal ve doğum sonrasında hastanede kalma gününün çalışma grubundaki annelerin 10'unda (%66.7), kontrol grubundaki annelerin ise 9'unda (%60) bir gün olduğu görülmektedir.

Çalışma ve kontrol grupları arasında doğum şekli (Fisher Kesin Testi, $p=1.000>0.05$), ve hastanede kalış süresi ($X^2= 0.24$, $SD=2$, $p=0.988>0.05$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

3.3. BEBEKLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Bu bölümde araştırmaya katılan annelerin bebeklerinin cinsiyetleri, cinsiyetlerin anneler tarafından istenme durumu, doğum zamanı, beslenme şekli gibi bazı tanıtıcı bilgiler yer almaktadır.

Tablo 7: Bebeklerin Cinsiyet, Doğum Zamanı ve Beslenme Şekline Göre Dağılımı

Özellikler	ÇALIŞMA GRUBU		KONTROL GRUBU	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
<u>Bebekğin Cinsiyeti</u>				
Kız	8	53.3	4	26.7
Erkek	7	46.7	11	73.3
<u>Bebekğin Cinsiyetinin İstenme Durumu</u>				
İstenen Cinsiyette	15	100.0	15	100.0
İstenmeyen Cinsiyette	0	0.0	0	0
<u>Doğum Zamanı</u>				
Normal	15	100.0	15	100.0
Erken	0	0.0	0	0.0
<u>Bebekğin Beslenme Şekli</u>				
Anne sütü (6 ay)	13	86.7	14	93.3
Hazır mama	1	6.7	1	6.7
Anne sütü ve Hazır Mama	1	6.7	0	0.0
Toplam	15	100.0	15	100.0

Bebeklerin cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde; çalışma grubundaki bebeklerin 8'ini (% 53.3) kız, 7'sini (% 46.7) erkek, kontrol grubundaki bebeklerin 4'ünü (% 26.7) kız, 11'ini (% 73.3) erkek bebekler oluşturmaktadır. Çalışma ve kontrol grupları arasında bebeklerin cinsiyetleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi, $p=0.132>0.05$). Annelerin tamamı bebeklerinin cinsiyetlerinden memnun olduğunu belirtmiştir. Tablo 7'de bebeklerin normal zamanda doğdukları ve çalışma grubundakilerin 13'ünün (%86.7), kontrol grubundakilerin

14'ünün (%93.3) altı ay süre ile sadece anne sütü ile beslendikleri görülmektedir. Annelerin bebeklerinin cinsiyetlerinden memnun olma durumları arasında fark olmadığından X² analizi yapılamamıştır, iki grupta yer alan bebekler arasında beslenme durumları bakımından istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 8: Bebeklerin Aylara Göre Kilo, Boy, Baş Çevresi Ortalamaları ve Karşılaştırması

Aylar	ÇALIŞMA GRUBU	KONTROL GRUBU	U
	Ortalama±SD	Ortalama±SD	P
Doğum Kilosu	3371.33±583.92	3063.33±240.88	67,500 0,061
1. Ay Kilosu	4210.00±594.97	4102.66±708.18	81,000 0,190
6. Ay Kilosu	8480.00±1481.40	7740.00±1029.25	82,500 0,213
Doğum Boyu	49.53±1.50	49.20±1.14	103,500 0,698
1. Ay Boyu	52.83±1.78	51.73±1.79	74,000 0,103
6. Ay Boyu	67.26±1.90	63.33±2.76	25,000 0,000<0.05
Doğum Baş Çevresi	35.70±1.54	34.53±1.68	67,000 0,056
1. Ay Baş Çevresi	37.30±1.07	36.30±1.69	74,000 0,103
6. Ay Baş Çevresi	42.90±1.58	40.76±2.21	48,500 0,007

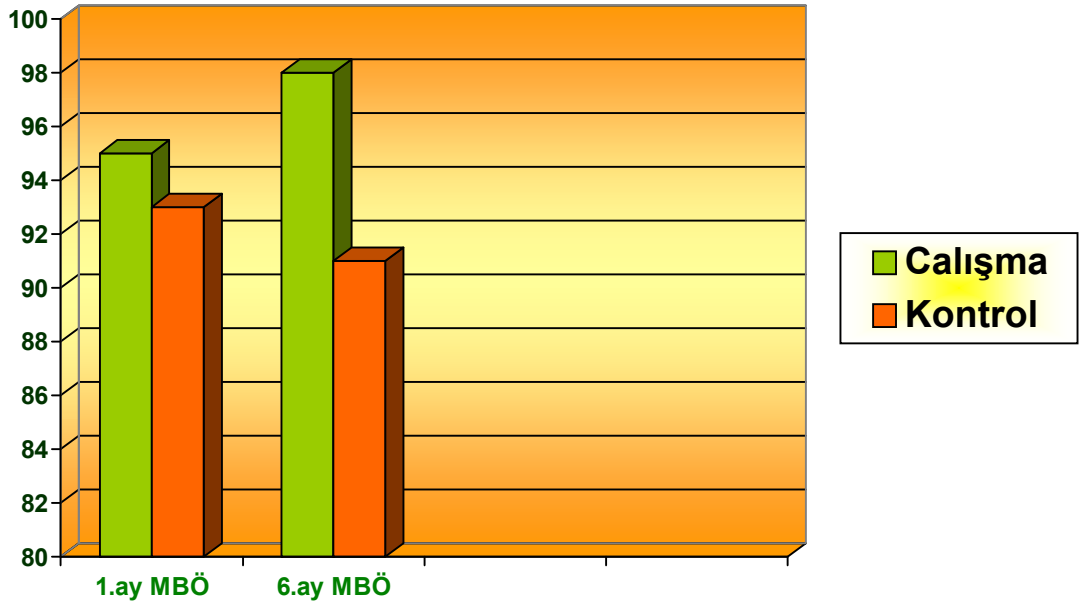
Tablo 8'de bebeklerin kilo, boy ve baş çevresi ortalama değerleri aylara göre karşılaştırıldığında, çalışma ve kontrol grubu bebeklerin altıncı ay boy uzunlukları arasındaki fark çalışma grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($U=25.000$, $p=0.000<0.05$) diğer aylarda ve değerlerde istatistiksel bir anlamlılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

3.4. ÇALIŞMA VE KONTROL GRUBUNDAKİ ANNELERİN DOĞUMDAN SONRA 1. VE 6. AYLARDAKİ MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ (MBÖ) PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde, çalışma ve kontrol grubu annelerin 1. ve 6. aylardaki MBÖ puan ortalamalarının karşılaştırması yer almaktadır

Tablo 9: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Doğumdan Sonra 1. ve 6. aylardaki MBÖ Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

MBÖ PUAN ORTALAMALARI						
	N	M	Min	Max	U	P
1. Ay						
Çalışma Grubu	15	95.00	83.00	103.00		
Kontrol Grubu	15	93.00	78.00	104.00	93.500	0.215
Toplam	30	94.00	78.00	104.00		
6. Ay						
Çalışma Grubu	15	98.00	83.00	104.00		
Kontrol Grubu	15	91.00	74.00	104.00	78.50	0.079
Toplam	30	95.500	74.00	104.00		



Grafik 1: Çalışma ve Kontrol grubundaki annelerin doğumdan sonra 1. ve 6. aylardaki Maternal Bağlanma Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Birinci ve altıncı aylarda annelerin MBÖ puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 9 ve Grafik 1'de verilmiştir. Çalışma ve kontrol grubu annelerin birinci ve altıncı

aylardaki puan ortalamaları arasındaki ilişki Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Birinci ay MBÖ puan ortalamaları çalışma grubu anneler için 95.00, kontrol grubu anneler için 93.00 olarak bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda; annelerin birinci ay MBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=93.500$, $p=0.215>0.05$).

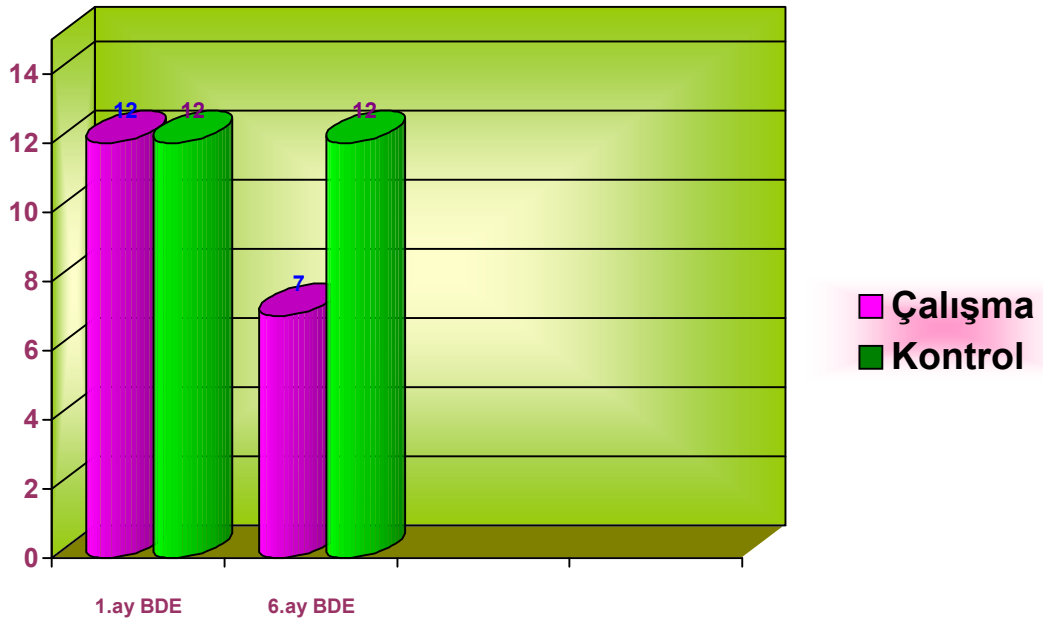
Annelerin altıncı ay MBÖ puan ortalamaları çalışma grubu annelerde 98.00 kontrol grubu annelerde 91.00 olarak bulunmuştur. Altıncı ayda çalışma grubundaki annelerin MBÖ puan ortalamalarının yükseldiği ancak kontrol grubundaki annelerin birinci ay ortalamalarına göre azaldığı görülmektedir ancak yapılan istatistiksel analiz sonucunda; annelerin altıncı ay MBÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($U=78.500$, $p=0.079>0.05$).

3.5. ÇALIŞMA VE KONTROL GRUBUNDAKİ ANNELERİN DOĞUMDAN SONRA 1. VE 6. AYLARDAKİ BDE PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde, çalışma ve kontrol grubu annelerin BDE puan ortalamalarının 1. ve 6. aylardaki karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 10: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Doğumdan Sonraki 1. ve 6. aylarda BDE Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

	N	M	Min	Max	U	P
1.Ay						
Çalışma Grubu	15	12.00	2.00	27.00		
Kontrol Grubu	15	12.00	1.00	33.00	107.500	0.417
Toplam	30	12.00	1.00	33.00		
6. Ay						
Çalışma Grubu	15	7.00	1.00	22.00		
Kontrol Grubu	15	12.00	0.00	26.00	95.000	0.235
Toplam	30	11.00	.00	26.00		



Grafik 2: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Doğumdan Sonra 1. ve 6. Aylardaki BDE Puan Ortalamalarının Dağılımı

Annelerin 1. ve 6. aylardaki BDE puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 10 ve Grafik 2'de yer almaktadır. Çalışma ve kontrol grubu annelerin birinci ve altıncı aylardaki puan ortalamaları arasındaki ilişki Mann Whitney U testi ile aranmıştır. Birinci

ay BDE puan ortalamaları çalışma ve kontrol grubundaki anneler için $M=12.00$ olarak bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda; annelerin birinci ay BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=107.500$, $p=0.417>0.05$).

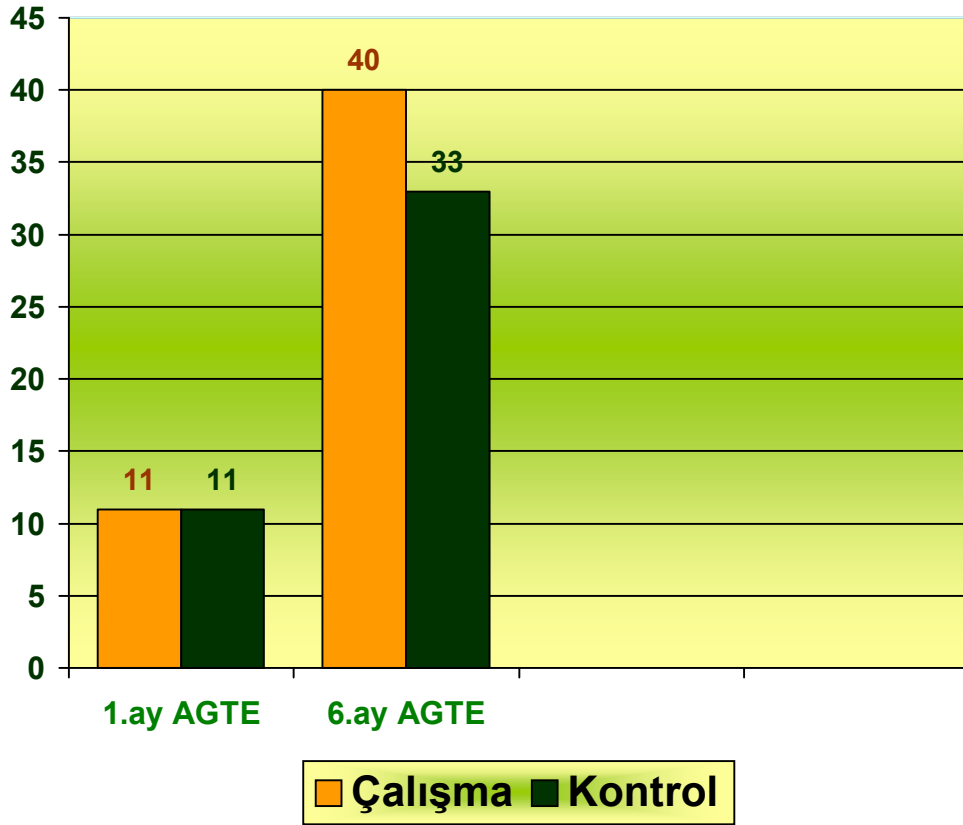
Annelerin 6. ay BDE puan ortalamaları çalışma grubu annelerde 7.00, kontrol grubu annelerde $M=12.00$ olarak bulunmuştur. Çalışma grubundaki annelerin BDE puanlarının 6. ayda düştüğü gözlemlenirken kontrol grubu annelerin BDE puan ortalamalarının birinci aydaki puan ortalamaları ile aynı olduğu ve hafif düzeyde depresyon belirtilerini göstermeye devam ettikleri görülmektedir ancak yapılan analiz sonunda; annelerin altıncı ay BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($U=78.500$, $p=0.079>0.05$).

3.6. ÇALIŞMA VE KONTROL GRUBUNDAKİ ANNELERİN 1. VE 6. AYLARDAKİ TOPLAM VE ALT TEST AGTE PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde, çalışma ve kontrol grubu annelerin doğumdan sonraki 1. ve 6. aylarda toplam ve alt test AGTE puan ortalamalarının karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 11: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin 1. ve 6. Aylardaki Toplam ve Alt Test AGTE Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

	N	M	Min	Max	U	P
<u>1. Ay Toplam AGTE</u>						
Çalışma Grubu	15	11.00	7.00	13.00		
Kontrol Grubu	15	11.00	8.00	13.00	101.00	0.313
Toplam	30	11.00	7.00	13.00		
<u>1. Ay D-B</u>						
Çalışma Grubu	15	4.00	1.00	4.00		
Kontrol Grubu	15	4.00	1.00	4.00	104.50	0.353
Toplam	30	4.00	1.00	4.00		
<u>1. Ay I-M</u>						
Çalışma Grubu	15	2.00	1.00	2.00		
Kontrol Grubu	15	2.00	1.00	2.00	82.50	0.052
Toplam	30	2.00	1.00	2.00		
<u>1. Ay K-M</u>						
Çalışma Grubu	15	3.00	1.00	3.00		
Kontrol Grubu	15	3.00	2.00	3.00	96.50	0.170
Toplam	30	3.00	1.00	3.00		
<u>1. Ay SB-ÖB</u>						
Çalışma Grubu	15	3.00	2.00	4.00		
Kontrol Grubu	15	3.00	2.00	4.00	68.500	0.049
Toplam	30	3.00	2.00	4.00		
<u>6. Ay Toplam AGTE</u>						
Çalışma Grubu	15	40.00	36.00	43.00		
Kontrol Grubu	15	33.00	21.00	41.00	17.000	0.000
Toplam	30	36.50	21.00	43.00		
<u>6. Ay D-B</u>						
Çalışma Grubu	15	13.00	10.00	13.00		
Kontrol Grubu	15	11.00	8.00	13.00	38.000	0.001
Toplam	30	12.00	8.00	13.00		
<u>6. Ay I-M</u>						
Çalışma Grubu	15	10.00	8.00	11.00		
Kontrol Grubu	15	7.00	2.00	11.00	37.000	0.001
Toplam	30	9.00	2.00	11.00		
<u>6. Ay K-M</u>						
Çalışma Grubu	15	7.00	5.00	7.00		
Kontrol Grubu	15	5.00	4.00	7.00	53.000	0.004
Toplam	30	6.00	4.00	7.00		
<u>6. Ay SB-ÖB</u>						
Çalışma Grubu	15	12.00	9.00	12.00	17.000	0.000
Kontrol Grubu	15	8.00	7.00	11.00		
Toplam	30	10.50	7.00	12.00		



Grafik 3: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin 1. ve 6. Aylardaki Toplam ve Alt Test AGTE Puan Ortalamalarının Dağılımı

Çalışma ve kontrol grubunu oluşturan annelerin bebeklerinin toplam ve alt test AGTE puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 11 ve Grafik 3'te verilmiştir. Çalışma grubundaki annelerin bebeklerinin birinci ay toplam AGTE puan ortalamaları 11.00, D-B puan ortalamaları 4.00, İ-M puan ortalamaları 2.00, KM puan ortalamaları 3.00, ve SB-ÖB puan ortalamaları 3.00 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki annelerin bebeklerinde de benzer şekilde toplam AGTE puan ortalamaları 11.00, D-B puan ortalamaları 4, İ-M puan ortalamaları 2.00, KM puan ortalamaları 3.00, ve SB-ÖB puan ortalamaları 3.00 olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin 1.ay puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (1.ay toplam AGTE $U=101.00$, $p=0.313>0.05$, 1.ay D-B $U=104.50$, $p=0.353>0.05$, 1.ay İ-M

U=82.500, $p=0.052>0.05$, 1.ay KM U=96.50, $p=0.170>0.05$, 1.ay SB-ÖB U= 68.50, $p=0.049>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan çalışma grubundaki annelerin bebeklerinin altıncı ay toplam AGTE puan ortalamaları 40.00, D-B puan ortalamaları 13.00 , İ-M puan ortalamaları 10.00, K-M puan ortalamaları 7.00, ve SB-ÖB puan ortalamaları 12.00 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin altıncı ay toplam AGTE puan ortalamaları 33.00, D-B puan ortalamaları 11, İ-M puan ortalamaları 7.00, K-M puan ortalamaları 5.00, ve SB-ÖB puan ortalamaları 8.00 olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin altıncı ay toplam ve alt test AGTE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (6.ay toplam AGTE U=17.00, $p=0.000<0.05$, 6.ay D-B U=38.00, $p=0.001<0.05$, 6.ay İ-M U=37.00, $p=0.001>0.05$, 6.ay KM U=53.00, $p=0.004<0.05$, 6.ay SB-ÖB U=17.00, $p=0.00<0.05$).

3.7. ANNELERİN ÖLÇÜM ZAMANLARINA GÖRE TOPLAM VE ALT TEST AGTE, MBÖ ve BDE PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde annelerin 1. ve 6. aylarda grup içinde Toplam AGTE ve Alt Test AGTE, MBÖ ve BDE puan Ortalamalarının Karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 12: Annelerin Değerlendirme Zamanlarına Göre Toplam ve Alt Test AGTE, MBÖ ve BDE Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

ÇALIŞMA GRUBU						
SONUÇLAR	N	M	Min	Max	Z	P
1.Ay Toplam AGTE	15	11.00	7.00	13.00	-3.412	0.001
6. Ay Toplam AGTE		40.00	36.00	43.00		
1.Ay D-B	15	4.00	1.00	4.00	-3.455	0.001
6. Ay D-B		13.00	36.00	43.00		
1.Ay I-M	15	2.00	1.00	2.00	-3.427	0.001
6. Ay I-M		10.00	8.00	11.00		
1.Ay K-M	15	3.00	1.00	3.00	-3.501	0.000
6. Ay K-M		7.00	5.00	7.00		
1.Ay SB-ÖB	15	3.00	2.00	4.00	-3.449	0.001
6.Ay SB-ÖB		12.00	9.00	12.00		
1.Ay MBÖ	15	95.00	83.00	103.00	-1.258	0.209
6.Ay MBÖ		98.00	83.00	94.00		
1.Ay BDE	15	12.00	2.00	27.00	-1.223	0.221
6. Ay BDE		7.00	1.00	26.00		
KONTROL GRUBU						
	N	M	Min	Max	Z	P
1.Ay Toplam AGTE	15	11.00	8.00	13.00	-3.411	0.001
6. Ay Toplam AGTE		33.00	21.00	41.00		
1. Ay D-B	15	4.00	1.00	4.00	-3.434	0.001
6. Ay D-B		13.00	10.00	13.00		
1. Ay I-M	15	2.00	1.00	2.00	-3.305	0.001
6. Ay I-M		7.00	2.00	11.00		
1. Ay K-M	15	3.00	2.00	3.00	-3.448	0.001
6. Ay K-M		5.00	4.00	7.00		
1. Ay SB-ÖB	15	3.00	2.00	4.00	-3.440	0.001
6. Ay SB-ÖB		8.00	7.00	11.00		
1.Ay MBÖ	15	93.00	78.00	104.00	-3.385	0.700
6.Ay MBÖ		91.00	74.00	104.00		
1.Ay BDE	15	12.00	1.00	33.00	-0.589	0.556
6. Ay BDE		12.00	0.00	22.00		

Tablo 12’de çalışma ve kontrol grubundaki annelerin değerlendirme zamanlarına göre ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Farkın hangi zaman periyodundan kaynaklandığı Wilcoxon Signed Ranks testi ile incelendiğinde; çalışma grubundaki annelerin 1.ay toplam AGTE puan ortalamaları (M=11.00) ile 6. ay toplam AGTE puan ortalamaları (M=40.00), 1. ay D-B puan ortalamaları (M=4.00) ile 6. ay D-B puan ortalamaları (M=13.00), 1. ay I-M puan ortalamaları (M=2.00), 6. ay puan ortalamaları (M=10.00), 1. ay K-M puan ortalamaları (M= 3.00), 6. ay puan ortalamaları (M=7.00), 1. ay SB-ÖB puan ortalamaları (M=3.00), 6.ay puan ortalamaları (M=12.00)’dir. Çalışma grubu annelerin kendi içinde 1.ay ve 6.ay toplam AGTE ve alt test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.001<0.05$).

Çalışma grubundaki annelerin 1.ay MBÖ puan ortalamaları (M=95.00) ile 6. ay MBÖ puan ortalamaları (M=98.00) ve 1.ay BDE puan ortalamaları (M=12.00) ile 6. ay BDE puan ortalamaları (M=7.00)’dir. Çalışma grubundaki annelerin kendi içinde 1.ay ve 6. ay MBÖ, 1.ay ve 6.ay BDE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) .

Kontrol grubundaki annelerin 1.ay toplam AGTE puan ortalamaları (M=11.00) ile 6. ay toplam AGTE puan ortalamaları (M=33.00), 1. ay D-B puan ortalamaları (M=4.00) ile 6. ay D-B puan ortalamaları (M=13.00), 1. ay I-M puan ortalamaları (M= 2.00), 6. ay puan ortalamaları (M= 7.00), 1. ay K-M puan ortalamaları (M=3.00), 6. ay puan ortalamaları (M= 5.00), 1. ay SB-ÖB puan ortalamaları (M=3.00), 6.ay puan ortalamaları (M= 8.00)’dir. Kontrol grubu annelerin kendi içinde 1.ay ile 6.ay toplam AGTE ve 1.ay ile 6.ay alt test puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.001<0.05$).

Kontrol grubundaki annelerin 1.ay MBÖ puan ortalamaları (M=93.00) ile altıncı ay MBÖ puan ortalamaları (M=91.00) ve 1.ay BDE puan ortalamaları (M=12.00) ile 6.ay BDE puan ortalamaları (M=12..00)’dir. Kontrol grubundaki annelerin kendi içinde 1.ay ile 6.ay MBÖ ve 1.ay ile 6.ay BDE puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) .

3.8. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Doğumdan Sonra 1. ve 6. Aylardaki MBÖ., BDE. ve Bebeklerin AGTE Puan Ortalamalarını Etkileyebilecek Etmenlerin İncelenmesi

Tablo 13:Çalışma ve Kontrol Grubundaki Annelerin Tanıtıcı Özellikleri İle 1. ve 6. Ay MBÖ, BDE ve AGTE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	1. Ay						6. Ay					
	MBÖ		BDE		AGTE		MBÖ		BDE		TOPLAM AGTE	
	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu
Eğitim Durumu	U:17.000 p:0.325 p>0.05	U:17.000 p:0.885 p>0.05	U:14.000 p:0.176 p>0.05	U:17.500 p:0.942 p>0.05	U:22.500 p:0.750 p>0.05	U:15.000 p:0.657 p>0.05	U:21.500 p:0.667 p>0.05	U:13.000 p:0.470 p>0.05	U:10.000 p:0.065 p>0.05	U:12.000 p:0.384 p>0.05	U:23.500 p:0.853 p>0.05	U:16.500 p:0.827 p>0.05
Evlilik Yılı	KW:1.544 p:0.462 p>0.05	U:5.500 p:0.031 p<0.05	KW:0.342 p:0.843 p>0.05	U:18.000 p:0.601 p>0.05	KW:1.793 p:0.408 p>0.05	U:20.000 p:0.789 p>0.05	KW:0.965 p:0.617 p>0.05	U:13.500 p:0.267 p>0.05	KW:0.806 p:0.668 p>0.05	U:21.000 p:0.896 p>0.05	KW:1.961 p:0.375 p>0.05	U:14.500 p:0.323 p>0.05
Aile Tipi	U:21.500 p:0.515 p>0.05	U:22.500 p:0.759 p>0.05	U:25.000 p:0.813 p>0.05	U:14.500 p:0.197 p>0.05	U:20.500 p:0.426 p>0.05	U:11.000 p:0.079 p>0.05	U:26.000 p:0.906 p>0.05	U:22.500 p:0.759 p>0.05	U:27.000 p:1.000 p>0.05	U:16.000 p:0.268 p>0.05	U:21.500 p:0.513 p>0.05	U:19.500 p:0.497 p>0.05
Gelir Durumu	U:14.500 p:0.117 p>0.05	U:18.000 p:1.000 p>0.05	U:17.500 p:0.222 p>0.05	U:12.000 p:0.385 p>0.05	U:7.000 p:0.012 p<0.05	U:5.500 p:0.064 p>0.05	U:18.000 p:0.245 p>0.05	U:5.000 p:0.060 p>0.05	U:7.000 p:0.015 p<0.05	U:14.000 p:0.562 p>0.05	U:26.500 p:0.861 p>0.05	U:13.500 p:0.512 p>0.05
Doğum Şekli	U:26.000 p:0.816 p>0.05	U:24.000 p:0.723 p>0.05	U:17.500 p:0.222 p>0.05	U:12.500 p:0.087 p>0.05	U:21.500 p:0.434 p>0.05	U:16.500 p:0.205 p>0.05	U:20.500 p:0.384 p>0.05	U:11.500 p:0.068 p>0.05	U:24.000 p:0.642 p>0.05	U:27.000 p:1.000 p>0.05	U:13.000 p:0.080 p>0.05	U:13.000 p:0.096 p>0.05
Hastanede Kalma Günü	KW:2.775 p:0.250 p>0.05	KW:0.009 p:0.926 p>0.05	KW:0.388 p:0.824 p>0.05	KW:0.420 p:0.517 p>0.05	KW:0.682 p:0.711 p>0.05	KW:0.337 p:0.561 p>0.05	KW:0.121 p:0.941 p>0.05	KW:0.137 p:0.711 p>0.05	KW:1.397 p:0.497 p>0.05	KW:3.096 p:0.078 p>0.05	KW:2.561 p:0.278 p>0.05	KW:0.219 p:0.640 p>0.05
Bebek Bakımı İle İlgili Eğitim Alma	U:16.000 p:0.432 p>0.05	U:16.500 p:0.472 p>0.05	U:15.000 p:0.359 p>0.05	U:10.000 p:0.116 p>0.05	U:8.000 p:0.057 p>0.05	U:16.000 p:0.422 p>0.05	U:10.000 p:0.116 p>0.05	U:15.000 p:0.360 p>0.05	U:18.000 p:0.600 p>0.05	U:18.000 p:0.600 p>0.05	U:17.000 p:0.510 p>0.05	U:14.000 p:0.292 p>0.05
Destek Alma	U:21.500 p:0.515 p>0.05	U:19.500 p:0.376 p>0.05	U:20.500 p:0.442 p>0.05	U:21.500 p:0.516 p>0.05	U:25.000 p:0.806 p>0.05	U:15.500 p:0.165 p>0.05	U:21.500 p:0.515 p>0.05	U:18.500 p:0.316 p>0.05	U:26.000 p:0.906 p>0.05	U:19.000 p:0.344 p>0.05	U:20.500 p:0.439 p>0.05	U:18.000 p:0.285 p>0.05

Tablo13'te annelerin tanıtıcı özelliklerine göre 1. ve 6. aylardaki MBÖ, BDE ve AGTE puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan annelerin aile tipi, doğum şekli, doğumdan sonra hastanede kalma süreleri, doğum öncesi dönemde bebek bakımı ile ilgili eğitim alma, gebelik döneminde yakınlarından destek alma durumları ile 1. ve 6. ay MBÖ, BDE ve AGTE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.9. ÇALIŞMA GRUBUNDAKİ ANNELERİN DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM, BEBEK BAKIMI VE ANNELİĞE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

Bu bölümde, araştırmanın çalışma grubuna katılan 15 annenin yarı yapılandırılmış grup görüşmesi sonucu elde edilen verileri yer almaktadır. Annelerin paylaşmak istedikleri konular, duygular ve görüşleri, yaşadıkları deneyimleri ve bunları etkileyen etmenler incelenmiştir.

Annelerin çoğu evlilikliklerinin ilk yılında hamile kaldıklarını fakat hamileliğin çok erken olduğunu düşündükleri için, gebe kalmayı aslında istemediklerini ve ilk öğrendiklerinde üç anne dışında hepsi çok üzıldüklerini söylemişlerlerdir. Annelerden biri ise bu konuyla ilgili hissettiklerini şu sözlerle ifade etmiştir *“aslında ilk öğrendiğimde evliliğimizin ikinci yılındaydım ama henüz 17 yaşındaydım, eşimle birlikte test yaptık ve sonuç olumlu çıkmıştı, çok üzüldüm. Ama bir taraftan da seviniyor insan. Fakat daha çok üzüldüm ben. Çünkü bir an pencereden dışarı baktığımda yaşlılarım henüz oyun oynuyorlardı, bense anne olacaktım”*. Annelerden iki tanesi ilk geceden hamile kaldıklarını ve buna hiç hazır olmadıklarını ifade etmiştir. Annelerden bir tanesi ise evlilik dışı ilişkisinde hamile kaldığını ancak hamileliğini çok geç öğrendikleri için kürtaj olamadığını ve evden kaçarak erkek arkadaşıyla yaşamaya başladığını ve bir süre sonra evlendiklerini söylemiştir. Pek çoğu evde tek başına test yaparak hamile olduklarını öğrendiklerini daha sonra da ilk olarak bunu eşleriyle paylaştıklarını belirtmişlerdir.

Annelerin çoğu hamileliklerinin ortalama ilk dört ayında bulantı yaşadıklarını, ikisi ilk üç-dört ay hafif kasılmalarının olduğunu genelde hamileliklerinde çok önemli problem yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Evden kaçmak zorunda olan anne ise; *“anne ve babamla artık konuşmadığımız için hamileliğim çok sıkıntılı geçti. Çok üzülüyordum. Ben de hamileliğim süresince günlük tutmaya başladım, orda anne ve babam konuştum hep. Onlara şiirler yazdım ve bu şekilde kendinimi daha rahat hissediyorum”* sözleriyle duygularını ifade etmiştir. Annelerin çoğu ailelerinin hamileliklerine çok sevindiklerini, ikisi ise ailelerinin hamileliklerinin çok erken olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. Annelerden ikisi hamileyken ölmekten, üçü sezeryan olmaktan ve geri kalan hepsi doğum anından çok korktuklarını belirtmişlerdir. Annelerden biri, yaşı çok küçük olduğu için doğumunda yada sonrasında bazı sorunlar çıkabileceği açıklamasını yapan doktoru tarafından çok korkutulduğunu ifade etmiştir.

Annelere, doğumlarının nasıl geçtiği sorulmuş ve bu deneyimlerini paylaşımları istenmiştir. Annelerin çoğu doğumlarının çok zor geçtiğini, sancılı ve uzun sürdüğünü belirtmişlerdir. Birkaçı doğum anının korkutulduğu gibi olmadığını, çevredekilere güvenmek gerektiğini ve o anlarda sakin olmanın en iyisi olduğunu ifade etmişlerdir. Birkaç anne doğum sancıları başladığında uzun süreli ılık duş aldıklarını ve bunun doğum öncesi ağrılarını azalttığı, sakinleştirdiği ve doğumunda daha rahat geçmesine yardımcı olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Annelerden birtanesi de doğumla ilgili kitap okuduğunu ve buradan öğrendiklerini, yapması gereken hareketleri uyguladığını bunların doğumunda yardımcı olduğunu bildirmiştir. Annelerin çoğu doğumun ertesi günü bebekleriyle birlikte eve dönebildiklerini, evde daha çok annelerinin yardımcı olduğunu, bazıları da kayınvalide, eş ve görümcelerinin yardımcı olduğunu belirtmiştir. Bir anne ailesinin kalabalık olduğunu, doğumdan sonra bu nedenle rahat edemediğini, aslında daha çok başını dinlemek istediğini, anlayış beklediğini ifade etmiştir. Bir anne de ailesi uzakta olduğu için ev sahibinin yardımcı olduğunu ve bununda onu çok yorduğunu çünkü eve gelen

misafirlerle ilgilenmek zorunda kaldığını belirtmiştir. Sadece bir anne lohusalığının çok iyi geçtiğini, gösterilen destek ve ilgiden çok memnun kaldığını belirtmiştir.

Annelere bebeklerinin şimdi nasıl olduğu sorulduğunda hepsi sağlığının iyi olduğunu ve çoğu birbirlerine daha fazla alıştıklarını söylemişlerdir. Pek çok anne bebeklerinin şimdiki hallerinin ilk hallerine oranla daha hareketli olduğunu, artık gülmeye başladıklarını, çevreye karşı daha ilgili olduklarını belirtmiştir. Bir anne bebeğinin büyüyor olduğunu ve bunu görmenin onu çok mutlu ettiğini ifade ettiğinde diğer üç annede bu annenin söylediklerini onaylamıştır. Annelerden iki tanesi bebeklerini ilk günlerde çok çirkin bulduklarını, şimdi ise daha güzelleştiğini belirtmiştir. Annelerden ikisi kızları eve ilk geldiğinde bir sorunları olmadığını ama kısa zaman sonra şiddetli ağlamaların başladığını ve hala devam ettiğini, ne yapacaklarını çoğu zaman şaşırdıklarını bildirmiştir. Bir anne ise; *“Aleyna’nın sağlığı iyi bir sorunu yok. İlk önceleri tabi daha çok uyuyordu ve ne anlatmak istediğini pek anlayamıyordum. Ama şimdi hem daha çok uyanık hem de onu artık biraz daha iyi anlamaya başladım”*. Annelerin hemen hemen hepsi hamileyken bebekleri ile ilgili duygularını anlatırken, acaba nasıl birşey olacak, kime benzeyecek diye çok merak ettiklerini, birkaçı sorumluluklarının şimdi ki kadar çok olmadığını, dışarı çıkarken acaba üşürmü diye düşünmek zorunda bile olmadıklarını belirtmiştir. Pek çok anne bebeklerinin doğumdan sonraki halleri ile ilgili duygularını; onu merak ediyorduk şimdi ise benimsiyoruz diyerek belirtmiştir. Bazıları ona bağlı olmanın, sorumluluklarının artmış olmasının şikayetini ederken bazı anneler daha önce hiç ölmekten korkmazken şimdi ya bana birşey olursa bebeğim ne yapar duygusunu hissettiklerini ifade etmiştir. Bir anne ise duygularını şu sözlerle ifade etmiştir; *“Karnımdayken çok merak ediyordum. Herşey daha kolaydı. Şimdi sorumluluğum daha fazla artık. Yoruluyorum.. Ama çok güzel bir duygu. Artık gözlerinin içine bakıp onunla konuşuyorum”*, başka bir anne ise; *bir sorunumuz yok allaha şükür. Şimdi daha hareketli. İlk günler daha sakindi. Karınmdayken çok merak ediyordum; acaba sağlıklı mı, kime benzeyecek, huyu nasıl olacak diye ve hamileyken herşey daha*

kolaydı. Şimdi herşey daha zor. Bakımı girdi işin içine. Ona bağımlı olmak da zor. Ama uslu bir çocuk allahtan. Uykusu da düzenli”.

Annelerin yaklaşık olarak yarısı eşleri ile ilişkilerinde önemli bir sorun olmadığını, bir kaçı daha önce hiç tartışmadıkları konularda artık anlaşmazlıkların çıkmaya başladığını bunun en çokta çocuklarının bakımıyla ilgili konularda olduğunu bildirmiştir. Annelerin çoğu babanın iş saatleri dışında mümkün olduğunca bebekleriyle ilgilendiklerini ifade etmiştir. İki anne eşleri ile ilişkilerinde ciddi sorunlar yaşadıklarını, biri istemeden, zorla evlendirildikleri için zaten ilişkilerinin hiç iyi olmadığını ve hala bu sorunun devam ettiğini şimdi de kendisini başka bir kadınla aldattığını, diğeri ise eşinin alkol almaya başladığını ve kayınvalidesi araya girdiğinde kavgalarının arttığını bildirmiştir. Annelerden bir tanesi de eşinin annesi ve yakın akrabalarının sözlerinden çok etkilendiğini ve bu durumun aralarında ciddi anlaşmazlıklara neden olduğunu söylemiştir. Bazı anneler eşleri ile iyi anlaştıklarını ama bebeklerini onlardan kıskandıklarını ifade etmiştir. Annelerin hiç biri çalışmadığı için bebeklerinin bakımıyla kendilerinin ilgilendiğini, işleri olduğunda ise çoğunluğu kayınvalidelerinin yardımcı olduğunu belirtmiştir. Bazı anneler eşleri dışında diğer insanlarla ciddi sorunlar yaşamadıklarını, aile içi ilişkilerine karışmadıkları sürece birbirleri ile iyi geçindiklerini bildirmişlerdir. Ebeveynlikle ilgili en güzel şeyin bir bebeğe sahip olmak olduğu çoğunlukla verilen yanıtlar içinde yer almıştır. Ebeveynlikle ilgili diğer güzel şeyler ise sırasıyla; bebeklerinin ilacı olmak, O'na faydalarının dokunduğunu bilmek, gözlerinin içine bakmak ve O'nun sayesinde zorluklara göğüs gerebilmek olarak belirtilmiştir. Ebeveynlik ile ilgili olarak ifade ettikleri en kötü şeyler arasında ise; sorumluluklarının artmış olması, O'nu kaybetme duygusu ve hastalandığında çaresiz kalmak yer almıştır. Annelerin bazıları ise ebeveynlikle ilgili hiç bir şeyin kötü olmadığını ifade etmiştir.

Annelerden biri dışında hepsi bebeklerinin anne sütüyle beslendiğini, bu annelerin de yarısı özellikle gece yatmadan önce mama vermeyi düşündüklerini, birkaçı anne sütünün yeterli gelip gelmediğini anlayamadıklarını, geneli

beslenmesiyle ilgili önemli sorunlar yaşamadıklarını bildirmiştir. Annelerden biri bebeğini anne sütü ile beslediğini ama bugünlerde bir sorun yaşadıklarını, mamaya başlamayı düşündüğünü belirtmiştir. Bebeğini anne sütü ile besleyemeyen tek anne, inek sütüyle bebeğini beslemeye başladığını çünkü annesininde erkek kardeşini bu şekilde büyüttüğünü söylemiştir. Annelerin çoğu bebeklerinin artık daha hareketli olduğunu, renklere özellikle kırmızıya karşı ve seslere tepki vermeye başladıklarını, birkaçı bebeklerinin mmm, ma ma , annn nniii, gibi sesler çıkarttığını, çoğunluğu bebekleri ile oynarken onların çok keyif aldıklarını belirtmişlerdir. Pek çok anne yabancılara karşı tepkili olduğunu ifade etmiştir. Üç anne, kızlarının parmak emmeye başladığını bu konunun canlarını sıktığını belirtmiş ve bebeklerinin parmak emdiğini görür görmez buna engel olmaya çalıştıklarını da eklemişlerdir. Annelerin çoğu gece uykularının bir düzene girmediğini, bazıları ise gece boyunca belki birkaç kez uyanmak zorunda kaldıklarını bildirmiştir. Anneler genellikle uykusuzluğa artık alıştıklarını ve bu şekilde bebeklerindeki uyku problemi ile başedebildiklerini söylemiştir.

Annelerin çoğu annelik ile ilgili tutumlarının annelerinkinden nasıl farklı olduğunu şu sözlerle ifade etmişlerdir, *“annem bize çok vakit ayırmazdı, hiç bir zaman arkadaş gibi olmadık, hiçbir zaman benim bebeğimle ilgilendiğim gibi ilgilenmedi”*. Bazıları ise *“annem benden daha sabırlı ve rahattı”* ifadesini kullanmıştır. Biri ise annem kendi bildiğine göre hareket ederdi ben ise bilgili olmak ve öğrenmek istiyorum” demiştir. Annelerden sadece biri anneliğinin kendi annesininkine benzediğini, onun gibi bebeğiyle konuşup dertleştiğini oğluna hiç kızmadığını bildirmiştir. Bir annede; *“annem ne beni nede kardeşimi hiç sevmezdi oysa ben kızımı çok seviyorum”* sözleriyle görüşlerini dile getirmiştir. Annelerin çoğu bebekleriyle konuştuklarını ve onlarında bundan çok hoşlandıklarını ifade etmişlerdir.

Annelerin tamamı bebekleri normalden daha çok ağladığında, huzursuzlandığında, emmediğinde, sinirli olduğunda, gözleri sulandığında,

ateşlendiğinde, öksürdüğünde, rengi soluklaştığında ve halsiz kaldığında hasta olduklarını anladıklarını belirtmişlerdir. Annelerden biri hasta olduğunu ilk kakasından anladığını çünkü kakasının renginin değiştiğini ve yapışkan olduğunu bildirmiştir. Bir annede bebeğinin karnının ağrıdığını, elini karnının üzerine koymasından anladığını söylemiştir. Annelerin tamamı bebekleri ateşlendiğinde ve keyifsizleştğinde evde; ateş düşürücü şurup vererek, bazıları soğuk uygulama yaparak ve sık sık ateşini ölçerek, ıhlamur kaynatarak, emzirerek ilk uygulamaları yaptıklarını bildirmişlerdir. Bazı anneler bebekleri çok öksürür ateşi düşmez ve çok huzursuzlanırsa doktora götürdüklerini belirtmiş ve hastaneye gittiklerinde kendilerini çok kötü ve endişeli hissettiklerini, ya önemli birşey varsa diye çok meraklandıklarını dile getirmişlerdir.

Anneler artık bebeklerini daha iyi anlayabildiklerini, huylarının nasıl olduğunu biraz biraz farketmeye başladıklarını söylemiştir. Annelerin çoğu bebekleri için şımarık, inatçı, sakın, eğlenceli, yaramaz gibi kelimeler kullanarak onların mizaçları hakkındaki fikirlerini bildirmişlerdir. Annelerin çoğu bebeklerinin sıklıkla banyo yaptırma, giydirme, bez değiştirme, çok acıktığında emzirme yada uykusu geldiğinde uyumanın gecikmesi gibi durumlarda meydana okuduklarını bildirmişlerdir. İki isse bebeklerinin hiç bu tarz davranışlarının olmadığını belirtmiştir. Çocuğunuz için bağımsızlık ne demek diye sorulduğunda, çoğu çıplak bırakmak, masaj yapmak, onu kendi haline bırakmak, gezmeye çıkarmak, oyun oynamak şeklinde yanıtlamışlardır. Bir tanesi karnı acıktığında onu doyurmaktır demiştir. Anneler bebeklerinin bağımsızlıklarının desteklenmesinin, bebeklerini mutlu edeceğini, daha rahat bir insan yapacağını, kendine güvenli bir çocuk olacağını, başarılı ve dengeli bir insan yapacağını şeklinde yorumlamışlardır.

Annelerin çoğu kendileri için gelecekte, sağlık, mutluluk, huzur, kendi aileleri ile birlikte yaşabilecekleri bir ev, para sıkıntısız bir yaşam istediklerini, çocukları içinse; kendileri okuyamadıkları için onun okumasını, iyi bir meslek sahibi olmasını, terbiyeli, örnek bir insan olmasını, kendi ayakları üzerinde durabilmesini

istediklerini söylemiştir. Annelerden iki tanesi çocukları nasıl bir hayat yaşamak isterlerse, nasıl mutlu olacaklarsa öyle yaşamalarını ve anne olarakta iyi bir yerlere gelmelerini istediklerini belirtmişlerdir. Birtaneside büyüyünce başbakan olmasını istediğini söylemiştir. İyi bir geleceği nasıl kurabilecekleri sorulduğunda; çoğu her zaman birlikte olarak, eşimin yanında ve ona destek olarak, başkalarının müdahalelerinden uzak kalarak, çalışarak, onunla daha iyi vakit geçirerek ve iyi bir anne olarak başarabileceklerini belirtmişlerdir.

3.10. ÇALIŞMA GRUBUNDAKİ ANNELERİN TOPLANTILAR İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

Çalışma grubunda yer alan annelerden kendilerine uygulanan rehberlik girişimlerini değerlendirmeleri açık uçlu sorular doğrultusunda istenmiştir.

Anneler toplantılar sonucunda bebeklerinin bakımı, büyüme-gelişmesi, beslenmesi, hastalandığında ne yapmaları ve genellikle nasıl davranmaları gerektiğini, soğuk kanlı ve sakin olabilmeyi, bebekleri ile olan iletişimleri hakkında bilgiler edindiklerini bildirmişlerdir.

Çalışma grubunda yer alan annelere “Bu toplantılar yeni bir anne olarak size nasıl yardımcı oldu?” sorusu yöneltildiğinde; anneler bu toplantıların bebeklerinin zihinsel ve bedensel gelişimine, anneliği daha iyi anlamalarına yardımcı olduğunu, bebeklerinin nelerden hoşlandığını, neyi istediğini daha kolay anlamalarına ve profesyonel bir anne olmalarına katkıda bulunduğunu ifade etmişlerdir. Sonuç olarak anneler verdikleri yanıtlar doğrultusunda toplantıların olumlu etki yarattığını ve ebeveynlik yeterliliklerinin arttığını belirtmişlerdir.

Bu toplantılarda anneler kendi hislerindeki değişiklikleri; “kendime güvenim arttı” ve “çocuğuma daha çok bağlandım” şeklinde ifade etmişlerdir.

Annelerin hepsi sağlık kontrollerinde çocukları ile ilgili merak ettiklerini öğrenebildiklerini bildirmişlerdir.

“Toplantılarla ilgili en güzel şey nedir?” sorusuna anneler yeni arkadaşlar edindik, konuştuğumuz için rahatladık, sorularımızı rahatlıkla sorabildik ve bebeklerimizi daha iyi anladık yanıtlarını vermişlerdir.

Annelerin hepsi bu toplantıları arkadaşlarına önermiş ve gelecekte bu toplantılarla ilgili neler önerirsiniz diye sorulduğunda da bu tür toplantıların devam etmesini ve daha uzun sürmesini istediklerini bildirmişlerdir.

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA

4.1. ÇALIŞMA VE KONTROL GRUBU ANNELERE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Çalışma ve kontrol grubu olarak incelemeye alınan annelerin (N=30) bazı sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; çalışma grubu annelerin 6'sının (% 40.0) 18, kontrol grubu annelerin 7'sinin (%46.7) 18 yaşında olduğu görülmektedir. Çalışma grubu annelerin yaş ortalaması 17.93 ± 1.38 , kontrol grubu annelerin, yaş ortalaması 17.73 ± 1.22 'dir.

Çalışma ve kontrol gruplarındaki annelerin tamamı evlidir. Çalışma grubundaki annelerin 12'sinin (%80), kontrol grubundaki annelerin 11'inin (%73.3) resmi nikahı olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında evli ve resmi nikahı olma durumu açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($X^2= 2.143$, $SD=2$, $p=0.343>0.05$, $X^2=1.000$, $SD=1$, $p=1.000>0.05$) (**Tablo 4**).

Araştırma kapsamına alınan annelerin evlilik yıllarına göre dağılımları incelendiğinde; çalışma grubundaki annelerin 9'unun (%60), kontrol grubundaki annelerin ise 11'inin (%73.3) bir yıl ve daha az süredir evli oldukları. Çalışma grubunda yer alan annelerin 8'inin (%53.3), kontrol grubundaki annelerin ise 10'unun (%60) evlilik kararlarını anlaşılarak aldıkları belirlenmiştir. (**Tablo 4**).

Türkiye'deki yasal evlenme yaşı 2001 yılında çıkan bir kanunla kadın ve erkekler için eşitlenmiş ve 17'ye çıkartılmıştır. 2003 TNSA sonuçlarına göre, 15-19 yaş grubundaki kadınların %11.9'u evlidir. Türkiye koşullarında kadınlar için ilk evlilik yaşı; kadının öğrenim düzeyine de bağlı olarak doğuda ve kırsal bölgelerde

daha küçüktür. Ergen yaşta yapılan evlilikler ve gebelikler Türkiye’de bazı bölgelerde önemli bir sorundur. Bölgeler arası en yüksek ergen doğurganlık oranı (%13) Ege Bölgesi’ndedir. 2003 TNSA’ya göre, halen 15-19 yaş grubunda olan kadınların %1.4’ü ilk evlenme yaşı olarak 15 yaşını belirtmiştir (1,66).

Çalışma grubu annelerin 6’sının (%40), kontrol grubu annelerin 7’sinin (%46.7) ortaokul mezunu olduğu ve iki grupta yer alan annelerin herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir (**Tablo 4**).

Eğitimle ergen annelik arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. İlköğretim birinci basamağından daha az eğitim almış 15-19 yaş grubundaki kadınların %15’i anne olmuştur (4). Dolayısıyla büyük çoğunluğu eğitimlerini yarıda bırakmak durumunda kalmışlardır. Oysaki eğitim annelik rol başarımını ve doğum sonrası depresyon görülme durumunu önemli ölçüde etkileyen faktörlerden biridir.

Diehl (1997) annenin eğitim seviyesinin bebeğin stresine cevap verme becerisi ile ilişkili olduğunu ve daha eğitilmiş olan annelerin bebeklerine karşı daha cevaplayıcı olduklarını bildirmiştir.

Ergen kadınlarda gebeliğin oluşumundan sonra, anne ve bebek arasındaki ilişkinin bu durumdan olumsuz etkilenme riskinin yanında hem anne hem de bebeği sosyal ve ekonomik bazı dezavantajlarla karşı karşıya gelmektedirler (53). Bebekli bir kadının iş bulma şansı genelde daha az olmaktadır. Eğer eğitimlerini yarıda kesmişlerse iş bulmaları daha da zorlaşmaktadır. Genellikle yoksulluk ve sağlığın bozulması iç içe yaşanmaktadır (24,53).

Literatürle uyumlu olarak çalışmamızdaki annelerinde benzer sorunlarının olduğu gözlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan annelerin eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; çalışma ve kontrol grubundaki eşlerinin yaş ortalamasının 24.80 ± 2.70 olduğu, çalışma grubundaki annelerin eşlerinin 5’inin

(%33.3), kontrol grubundaki annelerin eşlerinin 9'unun (%60) ortaokul mezunu olduğu ve eşlerin hepsinin çalışıyor olduğu (%100) görülmektedir (**Tablo 4**).

Ülkemiz gerçeği ile benzerlik gösteren bu durum, ataerkil aile düzeninde ve toplumumuzun geleneksel yapısında erkeklerin öğrenim görmesine ve bir işte çalışıyor olmasına verilen önemden kaynaklanabilir.

Annelerin aile özelliklerine göre dağılım durumları **Tablo 5'de** incelenmiştir; çalışma grubu annelerin 10'unun (%66.7), kontrol grubu annelerin 9'unun (%60.0) sosyal güvence kurumunun SSK olduğu, çalışma grubu annelerin 8'inin (%53.3) ve kontrol grubu annelerin 3'ünün (%20) gelirlerinin giderden az olduğu, çalışma grubundaki annelerin 9'unun (%60), kontrol grubu annelerin ise 10'unun (%66.7) çekirdek aile yapısına sahip oldukları görülmektedir.

Günümüz şartlarında Türkiye'de modern aile prototipinde anne, baba ve çocuklardan oluşan çekirdek aile tipine hızla dönüşüm gerçekleşmektedir (76).

Yılmaz (2006), ergen annelerle yaptığı çalışmasında, çalışmaya katılan annelerin yaş ortalamasını 19.2 ± 1.5 , büyük bir çoğunluğunun ilkokul mezunu (%70.5), ve ev hanımı (%98.4), eşlerinin ise yarıdan fazlasının ilkokul mezunu (%53.8) ve işçi (%52.6) gelir durumlarının orta (%63.3), ve %57.8'inin çekirdek aileye sahip olduğunu saptamıştır.

Araştırma sonuçları, Yılmaz'ın (2006) sonuçları ile pek çok tanıtıcı özellikte benzerlik göstermektedir.

4.2. ANNELERİN GEBELİK VE DOĞUM DÖNEMİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Çalışma ve kontrol grubu annelerin tamamı gebelikte hiç bir sorun yaşamadıklarını (%100), çalışma grubundaki annelerden 9'u (%60), kontrol grubu annelerden 10'u (%66.7) gebelikleri süresince yakınların destek aldıklarını

belirtmiştir. Destek alan çalışma grubu annelerinin 6'sı (%66.7), kontrol grubundaki annelerin ise 7'si (%70) desteği eşlerinden almışlardır (Tablo 6).

Aile desteği ergen annelerde ebeveynlik başarısını arttıran faktör olarak tanımlanabilir (43).

Diehl (1997), ve Hermann ve arkadaşları (2001) çocuklarının babaları tarafından desteklenen kadınların anneliklerinde daha başarılı olduğunu, daha kolay geçiş evresi geçirdiklerini, bebeklerinden daha çok hoşlandıklarını, daha az stresli olduklarını ve bebekleriyle etkileşimlerinin daha olumlu olduğunu bildirmişlerdir.

Ergen annelerde sosyal destek ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda ergenlerde stresin azalması, benlik imajının artması ve ebeveynlik yeteneklerinin kazanılması daha güçlü destek sistemleri olarak gösterilmiştir. Annelerin güvenilir profesyoneller tarafından yardım aldıklarında erken ebeveynlik konusunda yaşadıkları krizle ilgili yarar gördükleri belirtilmiştir (43).

Tarkka ve Paunonen (1996), annelerin %99'unun doğumdan sonra desteği en çok eş/erkek arkadaşlarından, %87'si anne-babalarından, %81'i arkadaşlarından aldıklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada annelerin sadece %19'unun desteği sağlık ekibi üyelerinden aldığını bildirmişlerdir (80).

Araştırmalar sosyal desteği fazla olan annelerin özellikle eşlerinden ve yakın akrabalarından alınan desteğin annelik rolüne olumlu katkı sağladığını belirtmektedir (25).

Doğum sonrası dönemde sağlanan desteğin annenin gereksinimlerini karşılamada yeterli olmasına, annenin kendisini bir anne olarak olumlu algılamasında ve özgüveninin artmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Annelere yeterli desteğin sağlanması anneyi rahatlatıp ve bebek bakımında kendisine olan güvenin artmasına yardım edecektir.

Araştırma kapsamına alınan annelerden çalışma grubundakilerden 2'si (%13.3), kontrol grubundakilerden 2'si (%13.3) gebeliklerinde sigara içtiklerini ifade etmişlerdir. Her iki grupta eşit sayıda annenin (N=11, %73.3) gebelikleri süresince eğitim almadıkları görülmektedir. Eğitim alan çalışma grubu annelerinden %20'si, kontrol grubu annelerinden ise %13.3'ü bilgileri kitaplardan edindiklerini bildirmiştir (Tablo 6).

Doğum öncesi bakım ve eğitimin amacı, sorunsuz bir gebelik , doğum ve loğusalık ile sağlıklı bebek sağlamak; komplikasyonları önlemek, önlenemeyenleri zamanında tanılamak ve tedavi etmektir. Ancak doğum öncesi başlanan eğitimlerin yeterli olamayacağından dolayı doğumdan hemen sonra bitmemesi ve devam etmesi gerekmektedir (81). Özellikle ergen annelerin doğum öncesi dönemde daha yüksek oranda sağlık bakımı almaları beklenmektedir. Ergen gebelerin daha büyük yaştaki gebelerden, farklı sosyal ve sağlık gereksinimleri olabileceği unutulmamalıdır.

Araştırmadan çıkan bu sonuç; ergen annelerin doğru bilgiyi nereden ve nasıl almaları gerektiğini bilmediklerini yada kendilerine bilgi verecek kişi ve kurumlarının sayısının yetersizliğinden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Tablo 6'da çalışma grubunda yer alan annelerin 8'inin (%53.3), kontrol grubundaki annelerin 9'unun (%60.0) doğum şeklinin normal ve doğum sonrasında hastanede kalma gününün çalışma grubundaki annelerin 10'unda (%66.7), kontrol grubundaki annelerin ise 9'unda (%60) bir gün olduğu görülmektedir.

Çalışma ve kontrol grupları arasında doğum şekli (Fisher Kesin Testi, $p=1.000>0.05$), ve hastanede kalış süresi ($X^2= 0.24$, $SD=2$, $p=0.988>0.05$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

4. 3. BEBEKLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Bebeklerin cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde; çalışma grubundaki bebeklerin 8'ini (% 53.3) kız, 7'sini (% 46.7) erkek, kontrol grubundaki bebeklerin 4'ünü (% 26.7) kız, 11'ini (% 73.3) erkek bebekler oluşturmaktadır. Çalışma ve kontrol grupları arasında bebeklerin cinsiyetleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi, $p=0.132>0.05$). Annelerin tamamı bebeklerinin cinsiyetlerinden memnun olduğunu belirtmiştir. Annelerin bebeklerinin cinsiyetlerinden memnun olma durumları arasında fark olmadığından X^2 analizi yapılamamıştır (**Tablo 7**).

Bebeğin cinsiyetinden memnun kalma oranlarının çalışmamızda yüksek bulunmasının nedeni, katılımcıların ilk gebeliklerini yaşamış olmaları olabilir.

Tablo 7'de bebeklerin normal zamanda doğdukları ve çalışma grubundakilerin 13'ünün (%86.7), kontrol grubundakilerin 14'ünün (%93.3) altı ay süre ile sadece anne sütü ile beslendikleri görülmektedir. İki grupta yer alan bebekler arasında beslenme durumları bakımından istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (**Tablo 7**).

Kavlak (2004) postpartum 1-4 ay arası maternal bağlanma üzerine yaptığı çalışmasında, annelerin çoğunun (%89.1) bebeklerine yalnız anne sütü verdiklerini bulmuştur. Kavlak (2004) çalışmasında belirttiği gibi, Özkan'ın (2004) postpartum 4-6 hafta arasındaki annelerle yaptığı çalışmasında, anne sütü ile beslenme oranı %72.3 bulunmuştur. Araştırmamızda anne sütü ile besleme oranı Özkan'ın çalışmasından daha yüksek, Kavlak'ın çalışmasında benzer olarak saptanmıştır. Anne sütü ile beslenme bilinen diğer faydalarının yanı sıra, anne ve bebek etkileşimini güçlendirici bir faktör olan tensesel teması artırması açısından maternal bağlanmayı destekleyici bir faktör olarak görülmektedir (47).

4. 4. ÇALIŞMA VE KONTROL GRUBUNDAKİ ANNELERİN DOĞUMDAN SONRA

1. VE 6. AYLARDAKİ MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ (MBÖ) PUAN

ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Birinci ve altıncı aylarda annelerin MBÖ puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo'9 ve Grafik 1'de verilmiştir. Çalışma ve kontrol grubu annelerin birinci ve altıncı aylardaki puan ortalamaları arasındaki ilişki Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Birinci ay MBÖ puan ortalamaları çalışma grubu anneler için 95.00, kontrol grubu anneler için 93.00 olarak bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda; annelerin birinci ay MBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=93.500$, $p=0.215>0.05$).

Annelerin altıncı ay MBÖ puan ortalamaları çalışma grubu annelerde 98.00 kontrol grubu annelerde 91.00 olarak bulunmuştur. Altıncı ayda çalışma grubundaki annelerin MBÖ puan ortalamalarının yükseldiği ancak kontrol grubundaki annelerin birinci ay ortalamalarına göre azaldığı görülmektedir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda; annelerin altıncı ay MBÖ puan ortalamaları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($U=78.500$, $p=0.079>0.05$).

Kavlak (2004), Maternal Bağlanma Ölçeği'ni Türk toplumuna uyarlama ve bebekleri 1 ile 4 aylık olan annelerin maternal bağlanmalarını değerlendirmek amacıyla yaptığı araştırmasında; Çalışmaya alınan 1 aylık bebeği olan annelerin Maternal Bağlanma puan ortalamalarını (94.878 ± 6.048), 4 aylık bebeği olan annelerin Maternal Bağlanma puan ortalamalarını (95.859 ± 6.297) olarak bulmuş ve aralarında yapılan student t testinde anlamlı fark bulmamıştır ($t:-1.164$, $p>0.05$).

MBÖ'ni geliştiren araştırmacı Muller'in çalışmasında, 1 aylık bebeği olan annelerin maternal bağlanma puan ortalamaları (116.4 ± 5.7), 4 aylık bebeği olan

annelerin maternal bağlanma puan ortalamaları (117.2 ± 4.3) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Ebeveyn yeterliliği maternal bağlanmayı etkileyen önemli bir belirleyicidir. Ebeveyn yeterliliğindeki artış maternal bağlanmayı kolaylaştırmaktadır. Ancak maternal bağlanmayı tek başına etkilememektedir, ek olarak benlik saygısı, benlik kavramı, eşlerin ilişkisini önemli ölçüde olumsuz etkileyen ve dolayısıyla bağlanmaya etki eden eşlerde yaşanan depresyonu (baba dahil), annenin kendi ebeveynleri ile önceki deneyimleri, aile dinamikleri, gebeliğin planlanmış olması, babanın gebeliği kabul etmesi ve babanın desteği, doğumun olumlu geçmiş olması, annenin ebeveynliğe hazırlanması gibi faktörlerin de maternal bağlanma üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır (54).

Ard (2000), adölesan annelerde prenatal ve postnatal bağlanma ile ilgili çalışmasında, adölesanlarda anne yaşı küçüldükçe, maternal bağlanmanın azaldığını bulmuştur.

Araştırmamızda, çalışma grubu annelerin ebeveynlik yeterliliğini geliştirmek üzere ilişkisel gelişimsel yaklaşım modeli çerçevesinde gruplar oluşturulmuş ve toplantılar düzenlenmiştir. Bu toplantılarda daha çok çocuk gelişimi ve ebeveynlik ile ilgili konular üzerinde durulmuştur. Altı ay sonunda çalışma grubu annelerin MBÖ puan ortalamalarında artma olurken, kontrol grubu annelerin MBÖ puan ortalamalarında belirgin bir azalma görülmekte ise de çalışmadan elde edilen bulgular, maternal bağlanma ölçümleri ile yapılan diğer çalışmalarla uygunluk içindedir.

Bu durumun anne sayının az olmasından veya ebeveyn yeterliliği kazanmanın tek başına maternal bağlanmayı olumlu yönde etkilemede yeterli olmadığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ebeveynlikte yeterlilik geliştirilmesinde maternal bağın etkisi kadar anne kimliğinin geliştirilmesi de önem

taşımaktadır. Bunlara ek olarak; ülkemiz gibi geleneksel toplumlarda, özellikle kırsal kesimde ergen evliliklerine sık rastlandığından evlenen kadınlardan beklenen en önemli görev onun çocuk doğurmasıdır. Bu kültürel ortamda yaşayan ergenler anneliğe ilişkin rol davranışlarını erken yaşta gözlemlemeye ve tanımaya başlarlar (25). Araştırmada kontrol ve çalışma grubu arasında birinci ve altıncı aylarda maternal bağlanma düzeylerinde anlamlı fark bulunmamasının, ergen annelerin içinde yaşadığı toplum ve diğer aile üyelerinin kendisinden beklediği rol davranışını gerçekleştirmek için daha fazla çaba gösterdikleri ve daha fazla destek almış olabilecekleri düşünülmektedir.

4. 5. ÇALIŞMA VE KONTROL GRUBUNDAKİ ANNELERİN DOĞUMDAN SONRA 1. VE 6. AYLARDAKİ BDE PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Doğum sonrası dönemde annelik hüznü, depresyon ve psikoz şeklinde psikolojik bozukluklar görülebilir. Özellikle doğum sonrası depresyon belirtileri, doğumdan sonraki ilk bir yıl içinde herhangi bir zamanda görülebilmekte, bütün annelerin %10-15'ini etkilemekte, aylar ve hatta yıllar sürebilmektedir (7),

Annelerin 1. ve 6. aylardaki BDE puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 10 ve Grafik 2'de yer almaktadır. Çalışma ve kontrol grubu annelerin birinci ve altıncı aylardaki puan ortalamaları arasındaki ilişki Mann Whitney U testi ile aranmıştır. Birinci ay BDE puan ortalamaları çalışma ve kontrol grubundaki anneler için 12.00 olarak bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda; annelerin 1.ay BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=107.500$, $p=0.417>0.05$).

Annelerin 6. ay BDE puan ortalamaları çalışma grubu annelerde 7.00, kontrol grubu annelerde 12.00 olarak bulunmuştur. Çalışma grubundaki annelerin BDE puanlarının 6. ayda düştüğü gözlemlenirken kontrol grubu annelerin BDE puan

ortalamlarının 1. aydaki puan ortalamaları ile aynı olduğu ve hafif düzeyde depresyon belirtilerini göstermeye devam ettikleri görülmektedir. Yapılan analiz sonunda; annelerin 6.ay BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($U=78.500$, $p=0.079>0.05$).

Arslan ve arkadaşları (2006). Çalışmalarında, Beck'in 1992 yılında yaptığı çalışmada, doğum sonrası depresyonu hazırlayan faktörleri gebelik sırasında gözlenen depresyon, doğum öncesi anksiyete, kadının diğer doğumlardaki depresyon hikayesi, sosyal desteğin yokluğu, yaşam stresi, çocuk bakma stresi, annelik hüznü yaşama ve başarısız evlilik olmak üzere sekiz faktör şeklinde tanımlamıştır. Günümüzde yapılan meta analizlerde doğum sonrası depresyon ile kötü evlilik ilişkisi, yaşam stresi ve gebelik sırasındaki depresyon arasında güçlü bir ilişki saptadığını bildirmişlerdir (7).

Günümüzde yapılan araştırmalarda doğum sonrası depresyonun sıklıkla gebelik öncesi yaşanan psikolojik bozuklukların devamı olduğu ve bu nedenle kadının duygusal durumunun doğum sonrası dönemde olduğu kadar, gebelik döneminde de değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Gebelik sırasında yaşanan ve bebeğin yaşamını tehdit eden sorunlar kadının daha fazla stres ve anksiyete yaşamasına neden olmaktadır. (7) .

Annelerin gebelik ve doğum öncesindeki depresyon puanlarını bilmememize ve bu da çalışmamızın sınırlılıklarından biri olmasına rağmen, çalışma grubu anneleri ile yapılan görüşmelerde annelerin çoğunun eşleri ile başta iletişim olmak üzere çeşitli sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışma grubundaki annelerde 6. ayda BDE puan ortalamalarında görülen azalma önemli olmasına karşın kontrol grubu ile arasındaki farkın anlamlı olmamasının nedenlerinden biri olarak eşleri ile aralarındaki ilişkinin boyutu ve bir diğeri olarakta annelerin sayılarının yetersiz olması sayılabilir.

Özetle doğum sonrası depresyonu etkileyen birçok faktör vardır ve problemin erken tanımlanması önemlidir. Tanı ve tedavideki gecikme hem annenin hemde bebeğin bakımında sorunlar yaşanmasına neden olur. Bazen bebeğin hem fiziksel, hemde bilişsel gelişiminde gecikmeye yol açabilir (7).

3.6. ÇALIŞMA VE KONTROL GRUBUNDAKİ ANNELERİN DOĞUMDAN SONRA 1. VE 6. AYLARDAKİ TOPLAM VE ALT TEST AGTE PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ

Çalışma ve kontrol grubunu oluşturan annelerin bebeklerinin toplam ve alt test AGTE puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 11 ve Grafik 3'te verilmiştir. Çalışma grubundaki annelerin bebeklerinin birinci ay toplam AGTE puan ortalamaları 11.00, D-B puan ortalamaları 4.00, İ-M puan ortalamaları 2.00, KM puan ortalamaları 3.00, ve SB-ÖB puan ortalamaları 3.00 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin de benzer şekilde toplam AGTE puan ortalamaları 11.00, D-B puan ortalamaları 4, İ-M puan ortalamaları 2.00, KM puan ortalamaları 3.00, ve SB-ÖB puan ortalamaları 3.00 olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin birinci ay puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (1.ay toplam AGTE $U=101.00$, $p=0.313>0.05$, 1.ay D-B $U=104.50$, $p=0.353>0.05$, 1.ay İ-M $U=82.500$, $p=0.052>0.05$, 1.ay KM $U=96.50$, $p=0.170>0.05$, 1.ay SB-ÖB $U= 68.50$, $p=0.049>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan çalışma grubundaki annelerin bebeklerinin altıncı ay toplam AGTE puan ortalamaları 40.00, D-B puan ortalamaları 13.00 , İ-M puan ortalamaları 10.00, K-M puan ortalamaları 7.00, ve SB-ÖB puan ortalamaları 12.00 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin altıncı ay toplam AGTE puan ortalamaları 33.00, D-B puan ortalamaları 11, İ-M puan ortalamaları

7.00, K-M puan ortalamaları 5.00, ve SB-ÖB puan ortalamaları 8.00 olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin altıncı ay toplam ve alt test AGTE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (6.ay toplam AGTE $U=17.00$, $p=0.000<0.05$, 6.ay D-B $U=38.00$, $p=0.001<0.05$, 6.ay İ-M $U=37.00$, $p=0.001>0.05$, 6.ay KM $U=53.00$, $p=0.004<0.05$, 6.ay SB-ÖB $U=17.00$, $p=0.000<0.05$).

AGTE'den elde edilen Mental-Motor Gelişim alanları puan ortalamaları değerlendirildiğinde; çalışma grubu bebeklerin Dil-Bilişsel, İnce Motor, Kaba Motor, Sosyal Beceri-Özbakım gibi alt test puan ortalamalarının toplanması ile elde edilen Genel Gelişim Puanlarının kontrol grubu bebeklere göre anlamlı ölçüde yüksek olması girişimin Mental-Motor gelişimin her alanında etkili olduğunu ve iki grubun büyüme gelişmelerini etkileyebilecek anne, bebek ve aile yapısına ilişkin özellikler açısından (cinsiyet, doğum şekilleri, doğumdaki fiziksel ölçümleri, annenin yaşı, eğitim durumu, sosyal güvence, anne sütü alma süreleri, vb) benzer olması bu farkın çalışma grubuna uygulanan girişimden kaynaklandığını göstermektedir. Bu sonuç aynı zamanda çalışmanın üçüncü hipotezini de desteklemektedir.

Yapılan çalışmalarda ergen annelerin çocuklarında çok sayıda gelişimsel gecikme bulunmuştur. Ergen annelerin çocukları bilişsel fonksiyonlarda ve dil gelişimlerinde gecikmeler göstermişlerdir. Ergen annelerin çocuklarının IQ skorlarının, yetişkin annelerin çocuklarınıninkine oranla çok daha düşük olduğu bulunmuştur (35). Sosyalleşme ile ilgili olarak kötü muamele gören bu çocukların motor koordinasyonlarında, bireysel bakım ve diğerleri ile iletişime girmelerinde gecikmeler yaşanmakta ve bu gecikmeler çocukların yazmayı öğrenme, başkaları ile oyunlar oynama ve uygun sosyal gelişim gibi okul deneyimleri ile ilgili olan konularda da zorluklar ile karşılaşmalarına neden olduğu belirtilmiştir (35,53)

Kontrol grubu bebeklerin çalışma grubu bebeklere oranla gelişimlerdeki farklılık, kontrol grubu annelerin depresyon düzeylerindeki oranın daha yüksek olmasının ve maternal bağlanma oranında zamanla görülen azalmanın kısa dönemde anne-bebek etkileşimini olumsuz etkilemiş olabileceği ve bu sonucunda bu durumun bir yansıması olabileceğini düşündürmektedir.

Ergen annelerdeki depresyon, annelerin destek ağlarını kullanma becerilerini ve bebekleri ile ilişkilerini olumsuz etkilemekte ve çocuklarına ebeveynlik yaparken kendilerine olan güven duygularını azaltmaktadır.

Depresyon yada depresif belirtiler annelerinden bebeklerine erken dönemde geçmekte ve onları da olumsuz etkilemektedir (15,37). Anneleri depresyonda olmayan bebeklere oranla, bebekler yetersiz motor, bilişsel ve gelişimsel gelişme göstermektedirler (19). Bu çocuklarda sadece gelişimle ilgili sorunlar değil aynı zamanda davranış problemleri de ikiden beş kata kadar daha fazla görülmektedir (16).

3.7. ANNELERİN DEĞERLENDİRME ZAMANLARINA GÖRE TOPLAM VE ALT TEST AGTE, MBÖ ve BDE PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ

Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin ölçüm zamanlarına göre ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde; çalışma grubundaki annelerin kendi içinde 1.ay ile 6. ay toplam AGTE puan ortalamaları 1. ay ile 6. ay D-B puan ortalamaları , 1. ay ile 6. ay I-M puan ortalamaları , 1. ay ile 6. ay K-M puan ortalamaları, 1. ay ile 6.ay ile SB-ÖB puan ortalamaları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.001<0.05$) (Tablo 12).

Çalışma grubundaki annelerin 1.ay MBÖ puan ortalamaları (M=95.00) ile 6. ay MBÖ puan ortalamaları (M=98.00) ve 1. ay BDE puan ortalamaları (M=12.00) ile 6. ay BDE puan ortalamaları (M=7.00)'dir. Çalışma grubundaki annelerin kendi içinde

1.ay ile 6. ay MBÖ ve 1.ay ile 6. ay BDE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) .

Kontrol grubundaki annelerin kendi içinde 1.ay ile 6. ay toplam AGTE puan ortalamaları, 1. ay ile 6. ay D-B puan ortalamaları, 1. ay ile 6. ay I-M puan ortalamaları , 1. ay ile 6. ay K-M puan ortalamaları, 1. ay ile 6.ay ile SB-ÖB puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.001<0.05$) **(Tablo 12).**

Bu durumun; çocukların en hızlı büyüme-gelişme dönemi içerisinde olmalarından kaynaklandığı söylenebilir. Çünkü bebeklerde zaman içerisinde büyüme devam etmektedir. Ancak çalışma grubuyla karşılaştırıldığında kontrol grubundaki annelerin bebeklerinin gelişimleri daha geridir. Çocuklarda genellikle büyüme–gelişmeye bağlı gerilikler altı aydan sonra özellikle de bir yaş sonrasında gözlenmektedir. Bu nedenle kontrol grubu için bu anlamlı farkın sevindirici bir gelişme olduğunu söylemek erken olabilir. Çünkü annelerindeki maternal bağlanma puanlarındaki azalma ve hafif düzeyde depresif semptomları gösterdiklerine dair bulguların varlığı bebeklerin yakın gelecekte bir riskle karşı karşıya olduklarını düşündürmektedir.

Kontrol grubundaki annelerin birinci ay MBÖ puan ortalamaları ($M=93.00$) ile altıncı ay MBÖ puan ortalamaları ($M=91.00$) ve 1.ay BDE puan ortalamaları ($M=12.00$) ile 6.ay BDE puan ortalamaları ($M=12.00$)’dir. Kontrol grubundaki annelerin 1.ay ile 6. ay MBÖ ve 1. ay ile 6. ay BDE puan ortalamaları arasındaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) **(Tablo12).**

3.8. ÇALIŞMA VE KONTROL GRUBUNDAKİ ANNELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE 1. VE 6. AY MBÖ, BDE VE AGTE PUAN ORTALAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Annelerin bağımsız değişkenlere göre 1. ve 6. aylardaki MBÖ, BDE ve AGTE puan ortalamalarına göre dağılımları incelenmiş ve annelerin yaşı, eğitim düzeyi, aile tipi, doğum şekli, doğum sırasında hastanede kalma günü, bebeklerinin cinsiyetlerinden memnun olma, doğum öncesi dönemde bebek bakımı ile ilgili eğitim alma ve destek alma durumlarının MBÖ, BDE ve toplam AGTE puan ortalamaları üzerinde anlamlı farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 13).

Arslan ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarında; İnandı ve arkadaşlarının çalışmalarında (2002), bebeğin cinsiyetinden memnun olmamanın, depresyon riskini arttırdığını belirtmişlerdir (7). Bizim çalışmamızda böyle bir ilişki bulunmamıştır.

Toplumumuzda erkek bebeğe olan düşkünlük yaygın olarak bilinmektedir. Maternal bağlanma puan ortalamalarının bebeklerin cinsiyetlerinden etkilenmemesi anne-bebek sevgisi açısından olumlu olarak düşünülmektedir.

Diehl K. (1997) çalışmasında ergen annelerin yaşadıkları kişiler/aile tipleri ve bebek- anne etkileşimi arasında bir ilişki olmadığını, eğitim seviyesi düşük annelerin daha az olumlu anne-bebek etkileşimi gösterdiklerini belirtmiş ve anne yaşı ile anne-bebek etkileşimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmiştir (32).

Bizim çalışmamızda da anne yaşı ve eğitim düzeyleri ile maternal bağlanma puan ortalamaları arasında önemli bir ilişki saptanmamıştır. Annelerin aynı yaş grubunda olmaları ve eğitim seviyelerinin aynı oranda yetersiz olmasının bu sonucu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Literatürde de belirtildiği gibi, gebelik, doğum ve emzirme sırasında kadının sahip olduğu sosyal desteğin yararlı sonuçları olduğu belirlenmiştir. Türk toplumunda gebelik sırasında kadına ailesi, eşi ve yakınları tarafından verilen destek çok önemlidir. Gebe kadının bu dönemi özeldir ve herkes yardımcı olmaya çalışır. Çalışmamızda doğum öncesi destek alma oranı iki grupta da yüksek bulunmuştur. Arslan ve arkadaşlarının (2006), İnandı ve arkadaşlarının (2002) çalışmalarında da bizim bulgularımıza benzer şekilde gebelik döneminde annelerin aldıkları destek yüksek oranda bulunmuştur (7).

Kavlak'ın (2004) çalışmasında annelerin doğuma gittiklerinde hastanede kalma süreleri ile maternal bağlanma puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar literatür bilgileri ve yapılan diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

3.9. ÇALIŞMA GRUBU ANNELERİN DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM, BEBEK BAKIMI VE EBEVEYNLİĞE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

Annelerin doğum öncesi dönem, bebek bakımı ve anneliğe ilişkin görüşlerini belirlemek üzere yürütülen yarı yapılandırılmış grup görüşmelerinde, Annelerin çoğu evlilikliklerinin ilk yılında hamile kaldıklarını fakat hamileliğin çok erken olduğunu düşündükleri için, gebe kalmayı aslında istemediklerini ve ilk öğrendiklerinde üç anne dışında hepsi çok üzüldüklerini söylemişlerlerdir. Annelerden biri ise bu konuyla ilgili hissettiklerini şu sözlerle ifade etmiştir “aslında ilk öğrendiğimde evliliğimizin ikinci yılındaydım ama henüz 17 yaşındaydım, eşimle birlikte test yaptık ve sonuç olumlu çıkmıştı, çok üzüldüm tabi bi taraftanda seviniyor insan ama daha çok üzüldüm ben çünkü bi an pencereden dışarı bakmıştım ve benim yaşındaki insanlar oyun oynuyorlardı bense anne olacaktım”.

Annelerden iki tanesi ilk geceden hamile kaldıklarını ve buna hiç hazır olmadıklarını ifade etmiştir.

Helen R.E. (1994) ergen annelerle gerçekleştirdiği çalışmasında; annelerin ilk gebe kaldıklarını öğrendiklerinde %43'ünün çok üzüldüğünü, %38'ininde karışık duygular hissettiğini bulmuştur (42).

Literatürde, planlanmayan bir gebeliğin ya da istenmeyen bir bebeğin anne/baba-bebek bağlanmasını tehlikeye sokabildiği belirtilmiştir. Özellikle de anne ve babalar zıt duygularını çözümleyemez ve anne/babalık rolü ile baş edemezlerse sıkıntılar yaşamaktadırlar. Bir yetişkinlik rolü olan annelik rolünün sosyal ve psikolojik olarak tam olgunlaşmamış ergenlerde yeterli olarak gelişemeyebileceği veya geç gelişebileceği belirtilmektedir (25,47).

Toplumumuzda çoğunlukla ilk çocuğun doğumu, evlilik için önemli bir pekiştirici olarak görülmekte ve eşler ilk çocuğun doğumunu geciktirme konusunda kesin kararlılık gösterememektedirler. Gebeliğin planlanmamasına karşın bebeğin "ilk" olması, dışında bir işte çalışmıyor olmaları ve bebeğin anne için bir arkadaş ve uğraşı olacağı düşüncesi annelerin gebeliği kabullenmelerini kolaylaştıran faktörler olmuştur (25).

Araştırmamızdan çıkan sonuç diğer çalışma ve literatür bilgileriyle benzerlik göstermektedir.

Annelerden bir tanesi ise evlilik dışı ilişkisinde hamile kaldığını ancak hamileliğini çok geç öğrendikleri için kürtaj olamadığını ve evden kaçarak erkek arkadaşıyla yaşamaya başladığını ve bir süre sonra evlendiklerini söylemiştir.

Gelişmiş toplumlarda ergen anne evlilik dışı hamile kalmakta ve kendi anne-babası ile yaşamakta iken bizim toplumumuzda sosyal yapının farklı olması nedeniyle ergen yaşta evlilikler artmaktadır. İspanya'da ergenlerle yapılan bir çalışmada ergen annelerin %81'i evli değilken çalışmamızda sadece bir annenin

evlilik dışı hamilelik durumu olduğu tespit edilmiştir (85).. Bowman (2006) yaptığı çalışmada ise ergen annelerin sadece %1'inin evli olduğu, diğer annelerin ise bekar olduklarını saptamıştır. Bu durum toplumların sosyal yapısı ile direkt olarak ilişkili olup anne ve bebeğin sosyal statüsünü güvence altına alıp destek görmesini sağlamaktadır

Annelerin pek çoğu evde tek başına test yaparak hamile olduklarını öğrendiklerini daha sonra da ilk olarak bunu eşleriyle paylaştıklarını belirtmişlerdir.

Annelerin çoğu hamileliklerinin ortalama ilk dört ayında bulantı yaşadıklarını, ikisi ilk üç-dört ay hafif kasılmalarının olduğunu genelde hamileliklerinde çok önemli problem yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Evden kaçmak zorunda olan anne ise; anne ve babası ile konuşmadıkları için hamileliğinde üzüntülü olduğunu ve hamileliği süresince günlük tutmaya başladığını, günlüğünde anne ve babasıyla konuştuğunu onlara şiirler yazdığını bu şekilde kendini rahatlattığını belirtmiştir.

Ergen gebeler yetişkin gebelere oranla daha az doğum öncesi bakım almakta ve daha fazla sağlık sorunu yaşamaktadır. Hemşireler, gencin doğum öncesi bakımında yer alan destek kaynaklarını tanımlayabilmelidirler çünkü ergen gebelerin daha büyük yaştaki gebelerden, farklı sosyal ve sağlık gereksinimleri olabilir. Özellikle gebelik ilerledikçe ve kaynaklar azaldıkça, hemşirelik değerlendirmesi daha da önem kazanmaktadır. Bu bağlamda doğum öncesi ve sonrası, bebek bakımı ve özel problemlerin tartışılabileceği eğitim programlarının düzenlenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir (13,77,83).

Annelerin çoğu ailelerinin hamileliklerine çok sevindiklerini, ikisi ise ailelerinin hamileliklerinin çok erken olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir.

Helen R.E. (1994) tarafından ergen annelerle gerçekleştirilen çalışmada; ergen annelerin ailelerinin kızlarının gebeliğini ilk öğrendiklerinde %33'ünün mutlu olduğu, %40'ının ise üzüldüğü bildirilmiştir.

Annelerden ikisi hamileyken ölmekten, üçü sezeryan olmaktan ve geri kalan hepsi doğum anından çok korktuklarını belirtmişlerdir. Annelerden biri, yaşı çok küçük olduğu için doğumunda yada sonrasında bazı sorunlar çıkabileceği açıklamasını yapan doktoru tarafından çok korkutulduğunu ifade etmiştir.

Gebelerin doğuma ilişkin bilgi almamış olmaları, doğum eylemi gibi ağırlı bir durum karşısında daha yüksek düzeyde kaygı taşımalarına ve baş etmede yetersizliğe neden olmuştur.

Annelere, doğumlarının nasıl geçtiği sorulmuş ve bu deneyimlerini paylaşmaları istenmiştir. Annelerin çoğu doğumlarının çok zor geçtiğini, sancılı ve uzun sürdüğünü belirtmişlerdir. Birkaçı doğum anının korkutulduğu gibi olmadığını, çevredekilere güvenmek gerektiğini ve o anlarda sakin olmanın en iyisi olduğunu ifade etmişlerdir. Birkaç anne doğum sancıları başladığında uzun süreli ılık duş aldıklarını ve bunun doğum öncesi ağrılarını azalttığı, sakinleştirdiği ve doğumunda daha rahat geçmesine yardımcı olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Annelerden birtanesi de doğumla ilgili kitap okuduğunu ve buradan öğrendiklerini, yapması gereken hareketleri uyguladığını bunların doğumunda yardımcı olduğunu bildirmiştir.

Erken dönem yaşanan gebeliklerde gebelik ve doğum komplikasyonları %60 daha sık görülmektedir. Örneğin 15 yaş civarı doğum yapan kadınlarda anne ölümleri, 20-24 yaş arası doğum yapan kadınlara göre iki misli daha fazladır. Komplikasyonların başında baş pelvis uyumsuzluğu, anemi, preeklamsi, hipertansiyon ve vajinal enfeksiyonlardır (31). Araştırmamızda bu türden olumsuzluklarla karşılaşılmamış olması sevindirici olmakla birlikte bu riski taşımanın çok önemli olduğu bilinmektedir.

Annelerin çoğu doğumun ertesi günü bebekleriyle birlikte eve dönebildiklerini, evde daha çok annelerinin yardımcı olduğunu, bazıları da

kayınvalide, eş ve görümcelerinin yardımcı olduğunu belirtmiştir. Bir anne ailesinin kalabalık olduğunu, doğumdan sonra bu nedenle rahat edemediğini, aslında daha çok başını dinlemek istediğini, anlayış beklediğini ifade etmiştir. Bir annede ailesi uzakta olduğu için ev sahibinin yardımcı olduğunu ve bununda onu çok yorduğunu çünkü eve gelen misafirlerle ilgilenmek zorunda kaldığını belirtmiştir. Sadece bir anne lohusalığının çok iyi geçtiğini, gösterilen destek ve ilgiden çok memnun kaldığını belirtmiştir.

Tarkka&Paunonen (1996) ve Çalışır (2003) doğum sonrası dönemde annelerin çoğunluğunun desteği kendi anneleri tarafından aldıklarını bildirmişlerdir. Sonuçlar araştırma sonucunu desteklemektedir. Annelerin tamamına destek sağlanmış olmasına karşın sadece bir annenin sağlanan destekten memnun kalması üzücüdür, bu sonuç annelerin daha yeterli, gereksinimlerine uygun ve kaliteli düzeyde desteklenmeleri gerekliliğine dikkati çekmektedir. Anneye sağlanan destek ve rehberlik, annenin kendi rol performansın gerçekleştirmesine yardım ederken, aynı zamanda kendine olan güveninin artmasına yardımcı olacaktır.

Çalışmamızda annelere destek olmak ve istedikleri rehberliği sağlamak amacı ön planda tutulmuştur.

Annelere bebeklerinin şimdi nasıl olduğu sorulduğunda hepsi sağlığının iyi olduğunu ve çoğu birbirlerine daha fazla alıştıklarını söylemişlerdir. Pek çok anne bebeklerinin şimdiki hallerinin ilk hallerine oranla daha hareketli olduğunu, artık gülmeye başladıklarını, çevreye karşı daha ilgili olduklarını belirtmiştir. Bir anne bebeğinin büyüyor olduğunu ve bunu görmenin onu çok mutlu ettiğini ifade ettiğinde diğer üç annede bu annenin söylediklerini onaylamıştır. Annelerden iki tanesi bebeklerini ilk günlerde çok çirkin bulduklarını, şimdi ise daha güzelleştiğini belirtmiştir. Annelerden ikisi kızları eve ilk geldiğinde bir sorunları olmadığını ama kısa zaman sonra şiddetli ağlamaların başladığını ve hala devam ettiğini, ne

yapacaklarını çoğu zaman şaşırdıklarını bildirmiştir. Annelerin hemen hemen hepsi hamileyken bebekleri ile ilgili duygularını anlatırken, acaba nasıl birşey olacak, kime benzeyecek diye çok merak ettiklerini, birkaçı sorumluluklarının şimdi ki kadar çok olmadığını, dışarı çıkarken acaba üşür mü diye düşünmek zorunda bile olmadıklarını belirtmiştir. Pek çok anne bebeklerinin doğumdan sonraki halleri ile ilgili duygularını; onu merak ediyorduk şimdi ise benimsiyoruz diyerek belirtmiştir. Bazıları ona bağlı olmanın, sorumluluklarının artmış olmasının şikayetini ederken bazı anneler daha önce hiç ölmekten korkmazken şimdi ya bana birşey olursa bebeğim ne yapar duygusunu hissettiklerini ifade etmiştir.

Annelerin yaklaşık olarak yarısı eşleri ile ilişkilerinde önemli bir sorun olmadığını, bir kaç daha önce hiç tartışmadıkları konularda artık anlaşmazlıkların çıkmaya başladığını bunun en çokta çocuklarının bakımıyla ilgili konularda olduğunu bildirmiştir. Annelerin çoğu babanın iş saatleri dışında mümkün olduğunca bebekleriyle ilgilendiklerini ifade etmiştir. İki anne eşleri ile ilişkilerinde ciddi sorunlar yaşadıklarını, biri istemeden, zorla evlendirildikleri için zaten ilişkilerinin hiç iyi olmadığını ve hala bu sorunun devam ettiğini şimdi de kendisini başka bir kadınla aldattığını, diğeri ise eşinin alkol almaya başladığını ve kayınvalidesi araya girdiğinde kavgalarının arttığını bildirmiştir. Annelerden bir tanesi de eşinin annesi ve yakın akrabalarının sözlerinden çok etkilendiğini ve bu durumun aralarında ciddi anlaşmazlıklara neden olduğunu söylemiştir. Bazı anneler eşleri ile iyi anlaştıklarını ama bebeklerini onlardan kışandıklarını ifade etmiştir. Annelerin hiç biri çalışmadığı için bebeklerinin bakımıyla kendilerinin ilgilendiğini, işleri olduğunda ise çoğunluğu kayınvalidelerinin yardımcı olduğunu belirtmiştir. Bazı anneler eşleri dışında diğer insanlarla ciddi sorunlar yaşamadıklarını, aile içi ilişkilerine karışmadıkları sürece birbirleri ile iyi geçindiklerini bildirmişlerdir.

Bu çalışmada eş ilişkisi ile annelerde etkileyebileceği düşünülen herhangi bir parametre değerlendirilmemiştir ancak eş ilişkisindeki değişim eşlerin dengeli olarak ilişki kurmalarını ve iletişimlerini etkilemektedir. Bebeğin doğumu, ailede rollerin yeniden düzenlenmesine, yaşam biçimlerinde değişime neden olur. Bebek doğduktan sonra rollerin düzenlenmemesi, uyku düzeninde bozulma, günlük planların ertelenmesi ve anne babaların kendi yeterlilikleri ile ilgili endişelerinin, annenin kendini yetersiz görmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamız sonucunda annelerdeki maternal bağlanma ve depresyon puan ortalamalarında çalışma ve kontrol grubu arasında önemli bir fark bulunmadığı için annelerin eş ilişkilerinin de bu durumu etkileyebileceği düşünülmüştür.

Çalışır (2003) çalışmasında bu görüşümüze benzer olarak, eş ilişkisi bozulan annelerin bebeğiyle ilgili algılarının olumsuz yönde etkilendiğini saptamıştır (25).

Ebeveynlikle ilgili en güzel şeyin bir bebeğe sahip olmak olduğu çoğunlukla verilen yanıtlar içinde yer almıştır. Ebeveynlikle ilgili diğer güzel şeyler ise sırasıyla; bebeklerinin ilacı olmak, O'na faydalarının dokunduğunu bilmek, gözlerinin içine bakmak ve O'nun sayesinde zorluklara göğüs gerebilmek olarak belirtilmiştir. Ebeveynlik ile ilgili olarak ifade ettikleri en kötü şeyler arasında ise; sorumluluklarının artmış olması, O'nu kaybetme duygusu ve hastalandığında çaresiz kalmak yer almıştır. Annelerin bazıları ise ebeveynlikle ilgili hiç bir şeyin kötü olmadığını ifade etmiştir.

Maternal bağlanma zaman içinde gelişen bir süreçtir. Anneler ilk gebeliklerini öğrendiklerinde neredeyse tamamı bu durum karşısında çok üzüldüklerini bildirmişken zaman içinde bu gelişmenin görülmesi sevindiricidir. Bu bağlamda, yapılan çalışmalarda doğumdan hemen sonra anne bebek etkileşimi gebeliğin

istenmesinden etkilenirken zamanın ilerlemesi ile birlikte gebeliğin istenme durumu önemsiz bir faktör olarak görülmektedir (47).

Annelerden biri dışında hepsi bebeklerinin anne sütüyle beslendiğini, bu annelerin de yarısı özellikle gece yatmadan önce mama vermeyi düşündüklerini, birkaçı anne sütünün yeterli gelip gelmediğini anlayamadıklarını, geneli beslenmesiyle ilgili önemli sorunlar yaşamadıklarını bildirmiştir. Annelerden biri bebeğini anne sütü ile beslediğini ama bugünlerde bir sorun yaşadıklarını, mamaya başlamayı düşündüğünü belirtmiştir. Bebeğini anne sütü ile besleyemeyen tek anne, inek sütüyle bebeğini beslemeye başladığını çünkü annesinde erkek kardeşini bu şekilde büyüttüğünü söylemiştir.

Bu veriler sonucunda annelerin beslenme ile ilgili eğitime ve bu konuda desteklenmeye ihtiyaçları olduğu görülmektedir. Bebek beslenmesi, anne sütünün yararları, beslenme teknikleri, anne sütünün yetip yetmediğini bilme, karışık beslemeye geçme zamanı gibi konularda ileri düzeyde bilgi eksikliklerinin olduğu saptanmıştır.

Annelerin çoğu bebeklerinin artık daha hareketli olduğunu, renklere özellikle kırmızıya karşı ve seslere tepki vermeye başladıklarını, birkaçı bebeklerinin mmm, ma ma , annn nniii, gibi sesler çıkarttığını, çoğunluğu bebekleri ile oynarken onların çok keyif aldıklarını belirtmişlerdir. Pek çok anne yabancılara karşı tepkili olduğunu ifade etmiştir. Üç anne, kızlarının parmak emmeye başladığını bu konunun canlarını sıktığını belirtmiş ve bebeklerinin parmak emdiğini görür görmez buna engel olmaya çalıştıklarını da eklemişlerdir. Annelerin çoğu gece uykularının bir düzene girmediğini, bazıları ise gece boyunca belki birkaç kez uyanmak zorunda kaldıklarını bildirmiştir. Anneler genellikle uykusuzluğa artık alıştıklarını ve bu şekilde bebeklerindeki uyku problemi ile başedebildiklerini söylemiştir.

Annelerde farkındalık geliştiği ve bebeklerini daha iyi anlamaya başladıkları belirlenmiştir. Ancak pek çoğu çocuklarının büyüme ve gelişmelerine yönelik uygun uyarılar verme konusunda yetersizdir. Bebeklerinin gelişme dönemlerine uygun keşiflerini olumlu yönde desteklemedikleri görülmüştür. Ancak annelerin çoğunun öğrenmeye açık olması ve bebekleri için daha iyiyi yapmak istekleri ilerleyen zaman içinde olumlu geri bildirimler almayı sağlamıştır. Bu gelişmeler verimli bir şekilde ilerleme kaydettiğimizi gösterme bakımından da önemlidir.

Annelerin çoğu annelik ile ilgili tutumlarının annelerininkinden nasıl farklı olduğunu şu sözlerle ifade etmişlerdir, “annem bize çok vakit ayırmazdı, hiç bir zaman arkadaş gibi olmadık, hiçbir zaman benim bebeğimle ilgilendiğim gibi ilgilenmedi”. Bazıları ise “annem benden daha sabırlı ve rahattı” ifadesini kullanmıştır. Biri ise annem kendi bildiğine göre hareket ederdi ben ise bilgili olmak ve öğrenmek istiyorum” demiştir. Annelerden sadece biri anneliğinin kendi annesininkine benzediğini, onun gibi bebeğiyle konuşup dertleştiğini oğluna hiç kızmadığını bildirmiştir. Bir annede; *“annem ne beni nede kardeşimi hiç sevmezdi oysa ben kızımı çok seviyorum”* sözleriyle görüşlerini dile getirmiştir. Annelerin çoğu bebekleriyle konuştuklarını ve onlarında bundan çok hoşlandıklarını ifade etmişlerdir.

Literatür bilgileri ve yapılan bazı çalışmalar göstermiştir ki anneleri erken yaşta evlenen ergenler kendileride aynı şekilde erken evlilik yapmaktadırlar. Araştırmaya katılan annelere bu soru sorulmamıştır ancak yaşamış oldukları deneyimler ve aile örüntüleri hakkında öğrenilen genel bilgiler çerçevesinde böyle bir kanıya varılmıştır.

Annenin kendi ebeveynleri ile önceki deneyimleri onun bebeğine bağlanmasını etkileyen önemli faktörlerden biridir. Annelerin pek çoğunun evlenmeden önceki aile ilişkilerinin çok olumlu olmadığı gözlenmiştir. Oysaki

gönüllü rol modellerinin varlığı bir annenin uygun annelik davranışlarını göstermesine ve annelik rolü ile ilgili kendisini yeterli hissetmesine yardımcı olacaktır.

Annelerin tamamı bebekleri normalden daha çok ağladığında, huzursuzlandığında, emmediğinde, sinirli olduğunda, gözleri sulandığında, ateşlendiğinde, öksürdüğünde, rengi soluklaştığında ve halsiz kaldığında hasta olduklarını anladıklarını belirtmişlerdir. Annelerden biri hasta olduğunu ilk kakasından anladığını çünkü kakasının renginin değiştiğini ve yapışkan olduğunu bildirmiştir. Bir annede bebeğinin karnının ağrıdığını, elini karnının üzerine koymasından anladığını söylemiştir. Annelerin tamamı bebekleri ateşlendiğinde ve keyifsizleştğinde evde; ateş düşürücü şurup vererek, bazıları soğuk uygulama yaparak ve sık sık ateşini ölçerek, ıhlamur kaynatarak, emzirerek ilk uygulamaları yaptıklarını bildirmişlerdir. Bazı anneler bebekleri çok öksürür ateşi düşmez ve çok huzursuzlanırsa doktora götürdüklerini belirtmiş ve hastaneye gittiklerinde kendilerini çok kötü ve endişeli hissettiklerini, ya önemli birşey varsa diye çok meraklandıklarını dile getirmişlerdir.

Anneler artık bebeklerini daha iyi anlayabildiklerini, huylarının nasıl olduğunu biraz biraz farketmeye başladıklarını söylemiştir. Annelerin çoğu bebekleri için şımarık, inatçı, sakın, eğlenceli, yaramaz gibi kelimeler kullanarak bebeklerinin mizaçları hakkındaki fikirlerini bildirmişlerdir. Annelerin çoğu bebeklerinin sıklıkla banyo yaptıрма, giydirme, bez değiştirme, çok acıktığında emzirme yada uykusu geldiğinde uyumanın gecikmesi gibi durumlarda meydana okuduklarını bildirmişlerdir. İkisi ise bebeklerinin hiç bu tarz davranışlarının olmadığını belirtmiştir. Çocuğunuz için bağımsızlık ne demek diye sorulduğunda, çoğu çıplak bırakmak, masaj yapmak, onu kendi haline bırakmak, gezmeye çıkarmak, oyun oynamak şeklinde yanıtlamışlardır. Bir tanesi karnı acıktığında onu doyurmaktır demiştir. Anneler bebeklerinin bağımsızlıklarının desteklenmesinin, bebeklerini mutlu edeceğini, daha

rahat bir insan yapacağını, kendine güvenli bir çocuk olacağını, başarılı ve dengeli bir insan yapacağını şeklinde yorumlamışlardır.

İlişkisel gelişimsel yaklaşım ilkesinin özü; çocuğun davranışları ile çocuğun gelişimi ve kişisel huyları arasında bir ilişki kurabilmektir. Sonuçta ailelerin bebekleri ile olan deneyimleri paylaşılmış ve bazı durumlara açıklık getirilmeye çalışılmıştır. Her bir çocuğun davranış tarzına ve kişisel mizacına yönelik bilgileri bireyselleştirilmiş ve annelerin çocuklarının davranışlarını daha iyi anlamalarına yardımcı olunmuştur.

Annelerin çoğu kendileri için gelecekte, sağlık, mutluluk, huzur, kendi aileleri ile birlikte yaşabilecekleri bir ev, para sıkıntısız bir yaşam istediklerini, çocukları içinse; kendileri okuyamadıkları için onun okumasını, iyi bir meslek sahibi olmasını, terbiyeli, örnek bir insan olmasını, kendi ayakları üzerinde durabilmesini istediklerini söylemiştir. Annelerden iki tanesi çocukları nasıl bir hayat yaşamak isterlerse, nasıl mutlu olacaklarsa öyle yaşamalarını ve anne olarakta iyi bir yerlere gelmelerini istediklerini belirtmişlerdir. Birtaneside büyüyünce başbakan olmasını istediğini söylemiştir. İyi bir geleceği nasıl kurabilecekleri sorulduğunda; çoğu her zaman birlikte olarak, eşimin yanında ve ona destek olarak, başkalarının müdahalelerinden uzak kalarak, çalışarak, onunla daha iyi vakit geçirerek ve iyi bir anne olarak başarabileceklerini belirtmişlerdir.

Ergen umutluluğunun teorik yapısını inceleyen Hinds, ergenlerle yaptığı kalitatif çalışmalar sonucunda ergen umutluluğunun yetişkin umutluluğundan farklı olduğunu belirtmiş, ergen umutluluğunu “bir gencin kişisel ve olumlu bir gelecekte huzurlu bir yaşam sürdürme inancına sahip olma derecesi” olarak tanımlanmıştır. Umutlu birey ise amaçlarına ulaşmada yollar bulan ve inşa eden kişidir (44). Bu bağlamda annelerin geleceğe dair hayallerinin olması ve onları gerçekleştirmek için alternatif yolları düşünmeleri sevindiricidir çünkü umutsuzluk depresyon, intihar düşüncesi ve kavrama yeteneği ile de güçlü bir ilişki içindedir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇ

Ergen annelerde ebeveynlik yeterliliğinin artırılması amacıyla uygulanan ilişkisel gelişimsel yaklaşım modelinin maternal bağlanma, doğum sonrası depresyon ve çocuklarda yaşa uygun gelişim üzerine etkilerinin incelendiği çalışmadan ele edilen bulgulara göre;

- Çalışma grubu annelerin yaş ortalaması 17.93 ± 1.38 , kontrol grubu annelerin yaş ortalaması 17.73 ± 1.22 'dir. Annelerin tamamı evlidir. Çalışma ve kontrol grubu annelerin resmi nikah, evlilik yılı, eğitim durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, eşlerinin yaşları, çalışma, eğitim durumu ve evlilik kararını alma durumları açısından benzer özelliklere sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4).
- Çalışma grubu annelerin %66.7'si, kontrol grubu annelerin %60.0'ının sosyal güvence kurumunun SSK olduğu, çalışma grubu annelerin %53.3'ünün ve kontrol grubu annelerin %20'sinin gelirlerinin giderden az olduğu, çalışma grubundaki annelerin %60'ının, kontrol grubu annelerin ise %66.7'sinin çekirdek aile yapısına sahip oldukları bulunmuştur. Çalışma grubu annelerin %80, kontrol grubu annelerin %86.7'sinin akrabalıklarının olmadığı saptanmıştır (Tablo 5).
- Çalışma ve kontrol grubu annelerin gebelik ve doğum dönemi özellikleri incelendiğinde; çalışma ve kontrol grubu annelerin tamamının gebelikte hiç bir sorun yaşamadıkları, çalışma grubundaki annelerden %60'ının, kontrol grubundaki annelerden %66.7'sinin gebelikleri süresince destek aldıkları, destek

alan çalışma grubu annelerinin %66.7'sinin, kontrol grubundaki annelerin ise %70'inin desteği aldıkları kişilerin eşleri olduğu saptanmıştır.

- Çalışma ve kontrol grubu annelerin sadece %2'si gebelikleri süresince sigara içmiş, annelerin sadece %26.7'si gebelik öncesi dönemde bebek bakımı ile ilgili bilgi almış ve bu bilgiyi çoğunlukla kitaplardan almışlardır (Tablo 6).
- Çalışma grubunda yer alan annelerin %53.3'ünün, kontrol grubundaki annelerin %60.0'ının doğum şeklinin normal (vaginal) olduğu ve doğum sonrasında hastanede kalma gününün iki grup annelerinde de çoğunlukla bir gün olduğu saptanmıştır (Tablo 6).
- Çalışma ve kontrol grubu anneler arasında bebek cinsiyeti, bebek cinsiyetinden memnun olma, doğum zamanı ve ilk altı ay anne sütü ile besleme durumu bakımından istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır (Tablo 7).
- Bebeklerin aylara göre ortalama kilo, boy ve baş çevresi değerleri karşılaştırıldığında, çalışma ve kontrol grubu bebeklerin altıncı ay boy uzunlukları arasındaki fark ($p<0.05$) dışında diğer zamanlara ait ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 8).
- Çalışma grubu annelerin altıncı ay maternal bağlanma puan ortalamaları ($M=98$), birinci ay puan ortalamalarına ($M=95.00$) göre artış gösterirken, kontrol grubu annelerin maternal bağlanma puan ortalamalarında altıncı ayda ($M=91.00$), birinci ay puan ortalamalarına göre ($M=93.00$) azalma olduğu saptanmıştır. İki grubun birinci ve altıncı aylarındaki maternal bağlanma puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 9).
- Birinci ay BDE puan ortalamaları çalışma ve kontrol grubundaki anneler için $M=12.00$ olarak bulunurken altıncı ayda bu ortalama kontrol grubu annelerinde

aynı kalırken, çalışma grubu annelerinde azalmış ve puan ortalamaları $M= 7.00$ olmuştur. Yapılan analiz sonucunda; annelerin birinci ve altıncı ay BDE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.079>0.05$) (Tablo 10).

- AGTE'nin Mental-Motor Gelişim alanından elde edilen puan ortalamaları değerlendirildiğinde; çalışma grubu bebeklerin Dil-Bilişsel, İnce Motor, Kaba Motor, Sosyal Beceri-Özbakım gibi alt test puan ortalamalarının toplanması ile elde edilen Genel Gelişim Puanlarının kontrol grubu bebeklere göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 11).
- Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin değerlendirme zamanlarına göre ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde; çalışma grubundaki annelerin kendi içinde birinci ve altıncı ay MBÖ, birinci ve altıncı ay Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kontrol grubu annelerde de kendi içinde benzer sonuç bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 12).
- Araştırma kapsamına alınan annelerin MBÖ, BDE ve AGTE puan ortalamalarının bağımsız değişkenlerle olan ilişkisi incelenmiş ve annelerin yaş, doğum şekli, doğumdan sonra hastanede kalma süresi, doğum öncesi dönemde bebek bakımı ile ilgili eğitim alma, gebelik döneminde yakınlarından destek alma durumu ile 1. ve 6. ay MBÖ, BDE ve AGTE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel bakımdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13).
- Çalışma grubundaki annelere rehberlik etmek ve onları desteklemek üzere uygulanan yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen sonuçlar incelendiğinde;

- Anneler; hamileliklerini ilk öğrendiklerinde evde tek başına olduklarını ve kendilerinin test yaptığını, sonuç olumlu çıktığında ise çok üzüldüklerini ve çoğunluğu bu haberi ilk önce eşleri ile paylaştıklarını, iki annenin ailesi dışında hepsinin hamilelik haberine çok sevindiklerini, hamileliklerinde önemli problem yaşamadıklarını ve doğumla ilgili en çok korktukları şeyin doğum anı olduğunu ifade etmişlerdir.
- Annelerin yarısının doğum eyleminin zor olmasının yanında doğumla ilgili çok kötü deneyimlerinin olmadığı, önemli herhangi bir komplikasyonun gelişmediği, çoğunun doğumdan bir gün sonra bebekleri ile evlerine dönebildikleri, yakınlarından özellikle bakım ile ilgili destek aldıkları ancak sadece bir annenin lohusalığı boyunca alınan destekten memnun kaldığı öğrenilmiştir.
- Bebeklerin doğumu takip eden ikinci ayda pek çoğunun sağlığının iyi olduğu, iki bebekte ise kolik bulgularının varlığı tespit edilmiştir. Anneler eve ilk geldiklerinde bebeklerinin zamanlarını daha çok uyuyarak geçirdiğini, şimdi ise uyanık zamanlarının daha çok olduğunu, bazı anneler bebeklerinin daha sakin olduğunu ifade ederken bazıları daha zor bebeğe sahip olduklarını, hamileliğin şimdiye kıyasla daha kolay olduğunu, sorumluklarının hamileyken şimdiki kadar ağır olmadığını ve şimdi bağımlılıklarının arttığını, hamilelikleri sırasında bebeklerinin nasıl olacağını, kime benzeyeceğini, huyunun nasıl olacağını çok merak ettiklerini ve şimdi ise bebeklerini daha çok benimsediklerini söylemişlerdir.
- Annelerin yarısı eşleri ile başta iletişim olmak üzere bazı sorunlarının olduğunu ifade etmişlerdir. Bebeklerin neredeyse tamamının anne sütüyle beslendiği, önemli beslenme sorunu yaşamadıkları ancak bebek beslenmesi ile ilgili bilgi eksiklikleri olduğu bulunmuştur.

- Anneler bebeklerinin ilk günlere oranla çok daha hareketli olduklarını, çevreye karşı ilgilerinin arttığını, seslere ve renklere tepkilerinin başladığını, bazı anneler ise bebeklerinin parmak emmeye başladığını bildirmiştir. Ancak annelerin çocuklarının aktivitelerini yönetmede çok yeterli olmadıkları ve onları bu konuda desteklemede yetersiz kaldıkları gözlenmiştir.
- Anneler ebeveynliklerinin annelerinkinden daha farklı olduğunu şu sözlerle ifade etmişlerdir; *“annem bize çok vakit ayırmazdı, hiç bir zaman arkadaş gibi olamadık, hiçbir zaman benim bebeğimle ilgilendiğim gibi ilgilenmedi”*. Bazıları ise *“annem benden daha sabırlı ve rahattı”* ifadesini kullanmıştır. Biri ise; *“annem kendi bildiğine göre hareket ederdi ben ise bilgili olmak ve öğrenmek istiyorum”* demiştir. Annelerden sadece biri anneliğinin kendi annesininkine benzediğini, onun gibi bebeğiyle konuşup dertleştiğini oğluna hiç kızmadığını bildirmiştir. Bir annede; *“annem ne beni nede kardeşimi hiç sevmezdi oysa ben kızımı çok seviyorum”* sözleriyle görüşlerini dile getirmiştir.
- Annelerin tamamı bebekleri normalden daha çok ağladığında, huzursuzlandığında, emmediğinde, sinirli olduğunda, gözleri sulandığında, ateşlendiğinde, öksürdüğünde, rengi soluklaştığında ve halsiz kaldığında hasta olduklarını anladıklarını belirtmişlerdir. Annelerin tamamı bebekleri ateşlendiğinde ve keyifsizleştğinde evde; ateş düşürücü şurup vererek, bazıları soğuk uygulama yaparak ve sık sık ateşini ölçerek, ıhlamur kaynatarak, emzirerek ilk uygulamaları yaptıklarını bildirmişlerdir. Bazı anneler bebekleri çok öksürür ateşi düşmez ve çok huzursuzlanırsa doktora götürdüklerini belirtmiş ve hastaneye gittiklerinde kendilerini çok kötü ve endişeli hissettiklerini, ya önemli bir şey varsa diye çok meraklandıklarını dile getirmişlerdir.

- Anneler artık bebeklerini daha iyi anlayabildiklerini, huylarını biraz biraz fark etmeye başladıklarını söylemiştir. Annelerin çoğu bebekleri için şımarık, inatçı, sakin, eğlenceli, yaramaz gibi kelimeler kullanarak onların mizaçları hakkındaki fikirlerini bildirmişlerdir. “Çocuğunuz için bağımsızlık ne demek?” diye sorulduğunda, annelerin çoğu bu soruyu “çıplak bırakmak”, “masaj yapmak”, “onu kendi haline bırakmak”, “gezmeğe çıkarmak”, “oyun oynamak” şeklinde yanıtlamışlardır. Bir tanesi “karnı acıktığında onu doyurmaktır” demiştir. Anneler bebeklerinin bağımsızlıklarının desteklenmesinin, bebeklerini mutlu edeceği, daha rahat bir insan yapacağı, kendine güvenli bir çocuk olacağı, başarılı ve dengeli bir insan yapacağı şeklinde yorumlamışlardır.
- Annelerin tamamının gelecek ve çocukları ile ilgili umutlarının olduğu ve bunları gerçekleştirebilmek için çaba gösterdikleri saptanmıştır.
- Çalışma grubunda yer alan annelerden kendilerine uygulanan rehberlik girişimlerini değerlendirmeleri açık uçlu sorular doğrultusunda istenmiştir. Anneler toplantılar sonucunda bebeklerinin bakımı, büyüme-gelişmesi, beslenmesi, hastalık durumunda yapılması gerekenler, soğuk kanlı ve sakin olabilme, genelde nasıl davranılacağını bilme, bebek ile olan iletişimleri konusunda bilgiler edindiklerini bildirmişlerdir. Alınan yanıtlar doğrultusunda bu toplantıların; bebeklerin zihinsel ve bedensel gelişimine, annelerin anneliği daha iyi anlamalarına yardımcı olduğu, bebeklerin nelerden hoşlandığını, neyi istediğini daha kolay anlamaya ve profesyonel bir anne olmaya katkıda bulunduğu genelde de bu toplantıların olumlu yönde etki ettiği belirlenmiştir.
- Annelere kendileri ile ilgili duygularındaki değişiklikler sorulmuş ve annelerden bu toplantıların kendilerine güven kazandırdığı ve çocuklarına daha çok bağlandıkları yönünde yanıtlar alınmıştır. Annelerin hepsi sağlık kontrollerinde

çocukları ile ilgili merak ettiklerini öğrenebildiklerini bildirmişlerdir. “Toplantılarla ilgili en güzel şey nedir?” sorusu yöneltildiğinde; anneler genellikle yeni arkadaş edinmenin, konuştukları için kendilerini rahatlamış hissettiklerinin ve her şeyi rahatlıkla sorabildiklerinin, bebeklerini daha iyi anlayabildiklerinin toplantılarla ilgili güzel şeyler arasında yer aldığını belirtmişlerdir. Annelerin hepsi bu toplantıları arkadaşlarına önermiş ve “gelecekte bu toplantılarla ilgili neler önerirsiniz?” diye sorulduğunda bu tür toplantıların devam etmesini ve daha uzun sürmesini istediklerini bildirmişlerdir.

Gerek annelerin görüşleri ve gerekse istatistiksel analizler genel olarak değerlendirildiğinde; ebeveynlerin yeterliliğini arttırmak üzere uygulanan ilişkisel gelişimsel yaklaşım modelinin etkili ve verimli olduğu sonucuna varılmıştır.

Yöntemin kendi ilkelerinden olan uygulamanın bireyselleştirilmesi sonucu bireyselci toplumda oluşturulmuş touchpoint yönteminin toplulukçu toplum annelerinde de işlerliği uygulamalar sırasında ortaya çıkmış ve bu çalışmanın kazanımı olmuştur.

5.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda;

- Ergen annelerin doğum öncesi dönemde destek kaynaklarının hemşireler tarafından tanımlanması,
- Annelere doğum öncesi dönemde hem anneliğe hazırlanma ve bebek bakımı konusunda kapsamlı bilimsel bilginin verilmesi hem de doğum sonrası döneme ilişkin bilgi gereksinimlerinin karşılanmasına yine bu dönemde başlanması ve doğum sonrası dönemde de sürdürülmesi,
- Maternal bağlanmanın önemi konusunda ebe-hemşirelere yönelik hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması,
- Ebe-hemşirelerin, anneleri bebeğe yönelik olumlu duygular geliştirme konusunda desteklemesi,
- Ev ziyaretlerine işlerlik kazandırılması,
- Ülkemizin ergen sağlığı konusunda gelişmesine büyük katkı sağlayacağı düşünüldüğünden, risklere ve olumsuz etkilenmelere açık olduğu kadar yeniliğe, değişimlere ve gelişmeye de açık olan bu yaş grubuna; doğru kişilerle, doğru yerlerde ve doğru yöntemlerle ulaşılması,
- Ergen annelerin ebeveynliklerinde kendilerini daha yeterli hissetmek için; ebeveynlik ve gelişim ile ilgili konularda bilgi gereksinimlerinin uzmanlar tarafından karşılanması,
- Ergen annelerin doğum sonrası dönemde fiziksel ve ruhsal sağlığını koruyabilmesi, ebeveynlik davranışlarını geliştirebilmesi için ihtiyaç duyduğu yardım ve desteğin karşılanmasında ülkemizde sayıları yetersiz olan rehberlik ilişkilerini içeren programların artırılması. Bu tip rehberlik girişimlerinin

planlanmış sağlıklı ocuk muayeneleri sırasında sağlık çalışanları tarafından uygulanabilme kolaylığının değerlendirilmesi,

- Ergen gebeliklerin anne ve ocuk sağlığına getireceği riskler konusunda toplum bilinçlendirilmeli, erken evlenmeler ve gebelikler önlenmelidir. Bu nedenle gençlerin üreme sağlığı ve cinsellikle ilgili ihtiyaçlarını göz önünde bulundurulması ve yaşa özel destek kaynaklarının belirlenmesi,
- Ergen gebelerin genellikle eğitimlerini yarıda bıraktıkları için kendileriyle ilgili bilgilenmeye, bilinçlendirilmeye, desteğe, sevgiye ihtiyaçları vardır. Ergenin iş durumunun ayarlanması, eğitimine devam etmesi için desteklenmesi, bunun için eğitim programlarının geliştirilmesi,
- Anneliğe ait uyum sorunu saptandığında, erken terapotik girişimlerin ve sapmaların değerlendirilmesi ocuk istismarını, mental hastalıkları ve birçok psikosomatik hastalıkları önleyebilir. Bu tür değerlendirme erken taburcu edilen anneler üzerinde yapılamayabilir. Bu yüzden ebe/hemşirelerin ileride gelişebilecek olan bu tip problemleri önleyebilmek için ev ziyaretlerinde uyanık olması, annelerin kendilerine kolay ulaşabileceği yerlerde annenin davranışlarını iyi bir şekilde değerlendirmesi,
- Doğum sonrası dönemde kadınların sadece fiziksel olarak değil mutlaka psikolojik açıdan da bir uzman tarafından değerlendirilmesi ve gerekiyorsa hastaya psikoterapi veya medikal tedavi önerilmesi,
- Doğum sonrası depresyon yaşadığı belirlenen annelerin, mutlaka izlenmesi, annenin emzirmeyi sürdürme ve öz bakım davranışları açısından desteklenmesi,
- Gebelik sırasında yeterli sosyal desteği olmayan anneler için doğum sonrası destek gruplarının oluşturulması ve annelerin bu gruplara katılımlarının sağlanması önerilebilir.

BÖLÜM VI

ÖZET

ERGEN ANNELERDE EBEVEYNLİK YETERLİLİĞİNİN ARTTIRILMASINDA İLİŞKİSEL-GELİŞİMSEL YAKLAŞIM MODELİNİN UYGULANMASI

Bu araştırma, ergen annelerde ebeveynlik yeterliliğinin artırılmasında uygulanan ilişkisel gelişimsel yaklaşım modelinin maternal bağlanma, doğum sonrası depresyon ve çocuklarda yaşa uygun gelişim üzerine etkilerini belirlemek amacıyla deneysel olarak planlanmıştır .

Araştırma, 15 Kasım 2006-30 Nisan 2007 tarihleri arasında, İzmir İli Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı Doğanlar, Naldöken, Çamdibi 2 No'lu, Kızılay, Osmangazi Seher Şükrü Ergil ve Mevlana Sağlık Ocaklarında kayıtlı olan ergen anneler (14-19 yaş) üzerinde yürütülmüştür. Bornova Sağlık Grup Başkanlığına bağlı Sağlık Ocakları yöre halkının sosyoekonomik düzeyleri göz önünde bulundurularak, olasılıksız örneklem yöntemlerinden amaca uygun (purposive) örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Araştırma verileri, kalitatif ve kantitatif veri toplama yöntemleri kullanılarak toplanmıştır. Kalitatif veri toplama yöntemlerinden görüşme ve gözlem, kantitatif veri toplama yöntemlerinden ise anket formu kullanılmıştır. Çalışma (N=15) ve kontrol grubu (N=15) annelere "Anne-Bebek Tanıtım Formu", "Maternal Bağlanma Ölçeği", "Beck Depresyon Envanteri" ve "Ankara Gelişim Tarama Envanteri" uygulanmıştır. Ek olarak, çalışma grubundaki annelerin Doğum Öncesi Dönem, Bebek Bakımı, Ebeveynlik ve Toplantılar ile İlgili Görüşleri İncelenmiştir.

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 15.0 paket programı kullanılarak sayı-yüzde, ki kare, Studen t testi, Kruskal-Wallis testi, Mann Whitney U testi, Wilcoxon Signed Ranks Testi ile değerlendirilmiştir.

Çalışma grubundaki annelerin altıncı ay Maternal Bağlanma Ölçeği puan ortalamalarında (M=98.00) birinci ay puan ortalamalarına (M=95.00) oranla yükselme olurken, kontrol grubu annelerin altıncı ay puan ortalamaları (M=91.00), birinci ay puan ortalamalarına (M=93.00) oranla azalmıştır ancak istatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çalışma grubundaki annelerin altıncı ay Beck Depresyon Envanteri puan ortalamalarında (M=7.00) birinci ay puan ortalamalarına (M=12.00) oranla azalma olurken, kontrol grubu annelerin altıncı ay puan ortalamaları (M=12.00), birinci ay puan ortalamalarına göre (M=12.00) aynı kalmış ancak çalışma ve kontrol grubu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışma ve kontrol grubu annelerin bebeklerinin birinci ve altıncı ay toplam ve alt test Ankara Gelişim Tarama Envanteri puan ortalamaları arasındaki fark çalışma grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç olarak, ebeveynlerin yeterliliğini arttırmak üzere uygulanan ilişkisel gelişimsel yaklaşım modeli; başta bebeklerin yaşa uygun gelişim göstermelerini sağlayarak annelerde güven duygusunun artmasına, bebek bakımı ile ilgili deneyim kazanmalarına, annelerin kendilerini ifade etmesine, bebekleri ile aralarındaki ilişkinin gelişmesine ve bebeklerini daha iyi anlamalarına yardımcı olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ergen, Ebeveynlik Yeterliliği, İlişkisel-Gelişimsel Yaklaşım, Maternal Bağlanma, Postpartum Depresyon, Bebek Gelişimi

ABSTRACT

THE APPLICATION OF THE RELATIONAL-DEVELOPMENTAL APPROACH MODEL IN INCREASING THE PARENTAL SUFFICIENCY OF ADOLESCENT MOTHERS

This study has been designed as an experimental study with a purpose of mapping out the impacts of relational-developmental approach model, which is commonly utilized in increasing the parental sufficiency of adolescent mothers, on maternal attachment, postpartum depression and infant development.

The study was conducted with adolescent mothers (14-19 years old) who were registered in Doğanlar, Naldöken, Çamdibi 2, Kızılay, Osmangazi Seher Şükrü Ergil and Mevlana outpatient clinics, which are operating under the supervision of Bornova Local Health Department, between 15 November 2006 and 30 April 2007. The outpatient clinics in Bornova district were chosen with purposive sampling method as one of the improbability sampling methods taking into account the socio-economic standards of the local people. The data were collected with qualitative and quantitative data collection methods among which are interviews and observations as qualitative methods and questionnaire forms as quantitative methods. The test group (n=15) and the control group (n=15) mothers were applied “Mother-Child Demographic Form”, “Maternal Attachment Inventory”, “Beck Depression Inventory” and “Ankara Development Scan Inventory”. Mothers in the test group were also asked about antepartum period, infant care, parenting and the meetings they participated in the outpatient clinics and their opinions were noted and analyzed.

The data was evaluated by using SPSS 15.0 program and score-percentage test, ki-square, Studen’s t test, Kruskal-Wallis test, Mann Whitney U test, Wilcoxon Signed Ranks tests.

While a noticeable rise was observed in the sixth month Maternal Attachment Inventory average scores ($M=98.00$) when compared to the first month average scores ($M=95.00$) in mothers in the test group, there was a slight decrease in the sixth month average scores ($M=91.00$) when compared to the first month average scores ($M=93.00$) in mothers in the control group. However, a statistically meaningful difference between the two groups wasn't found ($p>0.05$).

While the sixth month Beck Depression Inventory average scores of mothers in the test group ($M=7.00$) illustrated a decline in comparison with the first month averages ($M=12.00$), the scores of mothers in the control group remained the same both in the sixth month ($M=12.00$) and the first month averages ($M=12.00$). However, there was no statistically meaningful difference between both control and test groups ($p>0.05$).

There was a statistically meaningful difference between the average scores of the sum of the first and the sixth month and the average scores of Ankara Development Scan Inventory in both the test group and the control group infants, which consequently appears to be in favor of the test group ($p<0.05$).

As a result, the relational developmental approach model, which is utilized for increasing the parental sufficiency, was found to help babies develop at an age appropriate level. Furthermore, it was found to help mothers to develop self-esteem, gain experience in infant care, express themselves better and improve mother-infant interactions and understand their babies better.

Keywords: Adolescent, Parental Sufficiency, Relational-Developmental Approach Model, Maternal Attachment, Postpartum Depression, Infant Development

BÖLÜM VII

YARARLANILAN KAYNAKLAR

1.<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum4.pdf> (erişim tarihi: 03.11.2006).
2. <http://www.unicef.org> (erişim tarihi: 03.11.2006).
3. <http://www.pressturk.com/detay.asp?ID=310>, (erişim tarihi: 03.11.2006).
4. [http://www. tapd org](http://www.tapd.org) (erişim tarihi: 13.04.2007).
5. Akan N. (1992) Anne ve Çocuk Sağlığı Açısından Adölesan Annelik. III.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu: 727-29.
6. Ard, N.C. (2000).Prenatal and Postnatal Attachment in Adolescent Mothers, *Journal of Child and Family Nursing*, 3 (5):313-325.
7. Aslan H., Gürkan Ö.C., Ekşi Z. ve ark . (2006). Doğum Sonrası Depresyonun Annelik Yaşamına Etkileri, Aile ve Toplum, Yıl:8, 3 (10):71-79.
8. Bahar A., (2006). Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Sayı:4, 9(4): 45-53.
9. Bakıcı A. (1999) Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sorunların Saptanması ve Bunları Etkileyen Etmenler. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
10. Balcı, S., Savaşer, S. (1998). Annelerin Bebeklerini Algılama Durumu, Uluslararası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara, s: 215-221.
11. Baltaş, Z. (2000). Sağlık ve Hastalık Anlayışları, Sağlık Psikolojisi. İstanbul: Remzi Kitabevi.
12. Başer M. (2000) Adölesan Cinselliği ve Gebelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 4(1): 50-4.

13. Başer M. (2003) Adölesan Annelik ve Hemşirelik Yaklaşımları. Hemşirelik Forumu. 6 (3):40-3.
14. Bayar R., Gökçay G., (1999). Ben Hasta Değilim, Edt: Aysel Ekşi, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. İstanbul, ss: 22-25.
15. Beck C.T., (1998) . The Effects of Postpartum Depression on Child Development: A Meta-analysis. Archives of Psychiatric Nursing, 12(1): 12-20.
16. Beck C.T., (1999). Maternal Depression and Child Behaviour Problems: A Meta-analysis. Journal of Advanced Nursing, 29(3): 623-629.
17. Bolışık B. (1996) Ergenlik Çağının Uyum Güçlükleri ve Davranış Bozuklukları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 12(2), 109-115.
18. Bowman K.G., (2006). Adolescent Postpartum Care: What Daughters Want and What Their Mothers Expect to Provide, Pediatric Nursing, 32(3): 209-213.
19. Boyd R.C., Zayas L.H., Mckee M.D., (2006). Mother Infant Interaction, Life Events and Prenatal and Postpartum Depressive Symtoms Among Urban Minority Women in Primary Care, Maternal and Child Health Journal, 10(2):139-148.
20. Brazelton T.B. (1992). Touchpoints: Birth to Three, Perseus Publishing, U.S.A., p:23-105.
21. Brazelton TB., (1994). Touchpoints: Oppotunities for Preventing Problems in the Parent-Child Relationship, Acta Paediatr Supplement, 394:35-39.
22. Brazelton TB., (2000). The Developmental and Relational Model, Individual Level Training, Course Book, Brazelton Touchpoint Center, Boston.
23. Censullo M., (1994). Strategy for Promoting Greater Responsiveness in Adolescent Parent/Infant Relationships: report of a pilot study, J Pediatr Nurs., Oct;9(5):326-332.
24. Clark LA, Kochanska G., Ready R. (2000) Mother's Personality and It's Interaction With Temparement as Predictors of Parenting Behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 79(2):273-286.

25. Çalışır H., (2003) İlk kez Anne Olan Kadınların Annelik Rolü Başarımlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi. İzmir.
26. Çetin F.Ç. (2006). Ergenlikte Psikososyal Gelişim, I. Ulusal Adolesan Sağlığı Kongre Kitabı, 28 Kasım-01 Aralık 2006, Ankara, s: 40-45.
27. Çimen S., (2005), Adolesanın Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü, III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı, İzmir, 22-24 Eylül, s: 131-135.
28. Dawson G., Frey K., Panagiotides H., et al., (1999). Infants of Depressed Mothers Exhibit Atypical Frontal Electrical Brain Activity During Interactions with Mother and with a Familiar, Non-depressed Adult, Child Development, 70:1058-1066.
29. Deheny JA. (1992). Interventions Related to Parent-Infant Attachment, Nurs Clin North Am., Jun, 27(2):425-443.
30. Delen B.D. (2001) Adölesan Gebelerin Öz-Bakım Gücünün İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Konya.
31. Demir S.C., Kadayıfçı O., Ürünsak İ.F. ve ark. (2004) Adölesan Gebelikleri. Ergen Sağlığı ve Gelişimi Kaynak Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, s: 55-75.
32. Diehl K., (1997). Adolescent Mothers: What Produces Positive Mother-Infant Interaction?, MCN American Journal of Child Nursing, 22(2):89-95.
33. Dinç A. (1998) Adölesan Dönemi ve Cinsellik, 4. Ulusal Kadın Çalışmaları Toplantısı, Kadın Sorunlarının Çözümüne Doğru Yöntem, Strateji ve Politikalar, İzmir, 153-159
34. Dönmezer İ. (2003) Eğitim Psikolojisi, Ege Üni.Basım Evi, İzmir, s: 130.

35. Dukewich T.L., Borkowski J.G., Whitman T.L. (1999). A Longitudinal Analysis of Maternal Abuse Potential And Development Delays in Children of Adolescent Mothers. *Child Abuse and Neglect*, 23(5): 405-420.
36. Dwenda K. Gjerdingen, MD, MS, Barbara P. (2007). Postpartum Depression Screening: Importance, Methods, Barriers, and Recommendations for Practice, *Journal of the American Board of Family Medicine*, 20(3):280-288.
37. Field T.M., (2002). Early Interactions Between Infants and Their Postpartum Depressed Mothers, *Infant Behavior&Development*, 25:25-29.
38. Foster, R.L.R., Hunsberger, M.M., Anderson, J.J.T. (1989). Family- Centred Nursing Care of Children, WB Saunders Company, London, p.168-171.
39. Geldstein R, Pantelides A.E. (1997) Double Subordination, Double Risk: Class, Gender and Sexuality in Adolescent Women in Argentina, *Reproductive Health Matters*, 9:121-131.
40. Gölbaşı Z. (2003) Sağlıklı Gençlik Ve Toplum İçin Bir Adım: Cinsel Sağlık Eğitimi, *Sağlık ve Toplum*, 2(6):33-41
41. Haznedaroğlu D., (2007). Türkiye ve Dünyada Adolesan Hakları, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Özet Kitabı, Nisan 2007, Ankara, s: 192-193.
42. Helen R.E., (1994). Teenage Motherhood: Its Relationship to Undetected Learning Problems, *Adolescence*, 29(113):91-99.
43. Hermann M.M., Cleve L.V. (2001). Parenting Competence, Social Support, and Self-Esteem in Teen Mothers Case Managed by Public Health Nurses, *Public Health Nursing*, 15(6): 432-439.
44. Hinds P., (1984), Inducing A Definition of Hope Through the Use of Grounded Theory Methodology, *Journal of Advanced Nursing*, 9:357-362.
45. Hisli N., (1997), Beck Depresyon Envanteri, Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Editör: Işık Savaşır ve Nesrin H. Şahin, Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:9, Özyurt Matbaacılık, 29-37.

46. Karasar N., (1995), Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler, Teknikler, 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd., 7. Basım.
47. Kavlak O., (2004). Maternal Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.
48. Köse R., (2006). Sağlık Bakanlığı Adölesan Sağlığı Programları, I. Ulusal Adölesan Sağlığı Kongre Kitabı, 28 Kasım-01 Aralık 2006, Ankara, s: 10-16.
49. Kubilay G., (2002). "Veri Toplama Yöntem, Teknik ve Araçları", Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Edt., Erefe İ., HEMAR-G, Yayın No: 1, Odak Ofset, , İstanbul, s: 139-166
50. Kükner S., Vicdan K., Dabakoğlu T., ve ark. (1993) Adölesanlarda Cinsel Eğitim Düzeyi. Jinekolojik ve Obstetri Dergisi. 7; 138-44.
51. Lüleci E., Mandıracıoğlu A., ve ark. (1998). Erken Cinsellik, Evlilik ve Doğurganlığın Genç Kadınların Sağlığı Üzerine Etkileri, 4. Ulusal Kadın Çalışmaları Toplantısı, Kadın Sorunlarının Çözümüne Doğru Yöntem, Strateji ve Politikalar, İzmir, s: 160-165.
52. Martins C., Gaffan E.A., (2000). Effects of Early Maternal Depression on Patterns of Infant-Mother Attachment: A Meta-analytic Investigation, J. Child Psychol. Psychiat. 41(6): 737-746.
53. McVeigh C., Smith M., (2000). A Comparision of Adult and Teenage Mother's Self-esteem and Satisfaction with Social Support, Midwifery, 16:269-276.
54. Mercer, R.T., Ferketich, S.L., (1990). Predictors of parental attachment duringearly parenthood, Journal of Advanced Nursing, 15:268-280.
55. Montessoro AC, Blixen CE (1996), Public Policy And Adolescent Pregnancy: A Reexamination Of The Issues. Nursing Outlook, Jan/Feb, 44(1): 31-36.
56. Muhlenkamp A.F., Sayles J.A. (1986) Self-Esteem, Social Support and Positive Health Practices", Nursing Research, 35(6):334-38.
57. Murry SK., Baker AW., Lewin L., (2000). Screening Families with Young Children for Child Maltreatment Potential, Pediatric Nursing, 26(1):47-54.

58. Müller, M.E. (1994). A Questionnaire to Measure Mother to Infant Attachment, *Journal of Nursing Measurement*, 2(2):129-141
59. Nalbant H., Bulut Ç. (2001) Gençler Ve Üreme Sağlığı, *Aktüel Tıp Dergisi*, 6(1):30-36
60. Öner N., (1987), Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler, 3. Baskı, Boğaziçi Yayınları, İstanbul, s: 301-303.
61. Özalp S. ve ark. (2001) İstenmeyen Gebelik ve Düşüklerin Kadın Sağlığına Etkileri, *Aktüel Tıp Dergisi*, 6 (1): 42-43.
62. Özcan S., Aras Ş., Şemin S., ve ark. (2004) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Cinsel Tutum ve Davranış Özellikleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(1):27-39.
63. Özcebe H., Akın A.(1993) Ülkemizde Adölesan Doğurganlığı Bir Sorun mudur? III. Halk Sağlığı Günleri. Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri, s:13-21.
64. Özhan Ç.N. (2001) Adölesan Gebelerin Kaygı Düzeylerinin ve Prenetal Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
65. Özvarış Ş.B. Ertan E.A. (2004) Üreme Sağlığında Yaşam Boyu Yaklaşımı <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/ureme.htm> (erişim tarihi 2004)
66. Özvarış Ş.B., (2005). Adölesanların Üreme ve Cinsel Sağlığı, III. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı, 22-24 Eylül, İzmir, s: 124-130.
67. Panzarine S., Slater E., Sharps P., (1995). Coping, Social Support and Depressive Symptoms in Adolescent Mothers, *J Adolescent Health*, 17(2): 113-119.
68. Parman T. (1997) Ergenlik: Bir Giriş Yazısı. *3P Dergisi*. 5(4):7-8.
69. Percy M., McIntyre, L., (2001). Using Touchpoints to Promote Parental Self-Competence in Low-Income, Minority, Pregnant, and Parenting Teen Mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(3), 180-186.;

70. Percy M.S. (2006), Using a Developmental/Relational Model in School Setting, *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 11(3): 207-210.
71. Percy M.S., Stadtler A., Sands D., (2002) Touchpoints: Changing the Face of Pediatric Nurse Practitioner Education. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. July/August. 27(4):222-28.
72. Potts N.L., Mandelco B. L., (2002), Growth and Development of The Adolescent, *Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families*, Delmar Inc., U.S.A., 305-322.
73. Satio M. I. (1998), Sex Education In School : Preventing Unwanted Pregnancy In Adolescents, *International Journal Of Gynecology&Obstetrics*, 63(1):157-160.
74. Savaşır I., Sezgin N., Erol N., (2005). Ankara Gelişim Tarama Envanteri El Kitabı, Genişletilmiş 3. Basım, Rekmay Ltd. Sti. , Ankara, s:1-30.
75. Schenk L.K, Kelley J.H., Schenk M.P., (2005). Models of Maternal-Infant Attachment: A Role for Nurses. *Pediatric Nursing*; Nov/Dec. 31(6):514-517.
76. Sezen L. (2005). Türkiye'de Evlenme Biçimleri, *Atatürk Üniversitesi Türkiyat Araştırma Enstitüsü Dergisi*, 11(27): 185-197.
77. Sezgin B, Akın A (1998) Adölesan Dönemi Üreme Sağlığı, *Sağlık ve Toplum*, 8 (3-4): 27-32.
78. Stadtler A.C., (1999). Using the Language of the Child's Behavior in Your Work With Families, *Journal of Pediatric Healthcare*, 13 (3):13-16.
79. Stadtler A.C., O'Brien M.A., Hornstein J., (1995), The Touchpoint Model: Building Supportive Alliance between Parents and Professionals, *Zero to Three*, August/September, 24-28.
80. Tarkka M.J., Paunonen M. (1996). Social Support and its Impact on Mothers' Experiences of Childbirth, *Journal of Advanced Nursing*, 23:70-75.

81. Tarkka M.J., Paunonen M. (1996). Social Support Provided by Nurses to Recent Mothers on a Maternity Ward, *Journal of Advanced Nursing*, 23:1202-1206.
82. Tarkka M.T., Paunonen M., Laippala P. (2000) First Time Mothers and Child Care When The Child is Eight Months Old. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1): 20-6.
83. Taşkın L. (2003). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Riskli Gebelikler. Sistem Ofset Matbaacılık. Ankara. s:199-220.
84. Taşkın, L. (1997). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş II. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 374.
85. Tıraş Ü., Dallar Y., Arıkan Ö., ve ark. (2006). Adolesan Annelerin Genel Özellikleri, I. Ulusal Adolesan Sağlığı Kongre Kitabı, 28 Kasım-01 Aralık 2006, Ankara: s: 397-398.
86. Vicdan K. (1995) Üreme Sağlığı ve Gençlerin Cinsel Eğitimi Sorunları, Gençlik Cinsel Eğitim Ve Üreme Sağlığı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, s: 14-17.
87. Whetsel M.V., Coffin D.A., Lizardo L.M., et al. (2000). Growth and Development; Adolescents, Pediatric Nursing, A Division of The McGraw-Hill Companies, New-York, 5-89.
88. Yılmaz S. (2006). Doğum Sonu Bir Yıllık Dönemdeki Adolesan Annelerin Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri ve Verilen Bakımın Değerlendirilmesi, I. Ulusal Adolesan Sağlığı Kongre Kitabı, 28 Kasım-01 Aralık , Ankara: s: 386-390.

EK 1

ANNE-BEBEK TANITIM FORMU

Anket No:

Tarih:

Adres:

Tel. No:

Sağlık Ocağı/AÇSAP Merkezi:

Bebegin Adı Soyadı:

Bebegin Doğum Tarihi:

1. Kaç yaşındasınız?

- 1) 14 2) 15 3) 16 4) 17 5) 18 6) 19

2. Medeni Durumunuz:

- 1) Bekar 2) Evli 3) Boşanmış 4) Dul

3. Resmi nikahınız var mı?

- 1) Var 2) Yok

4. Kaç yıllık evlisiniz?

- 1) 1 yıl ve altı 2) 2 yıl 3) 3 yıl 4) 4 yıl ve üzeri

5. Evlilik kararınızı nasıl aldınız?

- 1) Görücü usulü
2) Anlaşarak
3) Kaçarak
4) Diğer.....

6. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okur-yazar değil 4) Ortaokul mezunu
2) Okur-yazar 5) Lise (devam ediyor)
3) İlkokul Mezunu 6) Lise Mezunu

7. Gelir getiren bir işte çalışıyormusunuz?

- 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

8. Eşiniz kaç yaşında?.....

9. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- | | | |
|--------------------|------------------------|---------------|
| 1)Okur-yazar değil | 4) Ortaokul mezunu | 7) Üniversite |
| 2)Okur-yazar | 5) Lise (devam ediyor) | |
| 3)İlkokul Mezunu | 6) Lise Mezunu | |

10. Eşiniz çalışıyor mu?

- 1) Evet 2) Hayır

11. Hangi sağlık güvencesine sahipsiniz?

- 1) SSK 2)Emekli Sandığı 3)Bağkur 4)Yeşil Kart 5)Yok

12. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- 1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden fazla

13. Kimlerle yaşıyorsunuz?

- 1) Kendi Ailem 2) Eş/Erkek arkadaşımın Ailesi 3) Yalnız 4) Diğer

14. Gebelikte herhangi bir sorun yaşadınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

(Cevabınız Evet ise 15. soruyu yanıtlayınız, Hayır ise 17. soruya geçiniz)

15. Hangi tür sorunlar yaşadınız yazınız:

16. Gebelik süresince destek alma durumunuz?

- 1) Aldım 2) Almadım

(Destek aldıysanız 17. soruyu yanıtlayınız almadıysanız 19. soruya geçiniz)

17. Gebelik süresince kimlerden destek aldınız?

- 1) Eşimden 2) Annemden 3) Kayınvalidemden 4) Arkadaşımdan
5) Diğer.....

18. Doğum şekliniz hangisidir?

- 1) Normal 2) Sezeryan

19. Doğum sırasında hastanede kaç gün kaldınız?

- 1) Bir gün 2) İki gün 3) Üç gün 4) Dört gün ve üzeri

20. Kronik hastalığınız var mı?

- 1) Var 2) Yok

(Var ise 21. soruyu yanıtlayınız, Yok ise 23.. soruya geçiniz)

21. Kronik hastalığınız varsa tanınızı yazınız:

.....

22. Geçmişte psikolojik bir sorun yaşadınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

23. Bebeğinizin cinsiyeti nedir?

- 1) Kız 2) Erkek

24. Bebeğinizin cinsiyetinden memnun musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

25. Doğum öncesi dönemde annelik ve bebek bakımı ile ilgili eğitim aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

(Cevabınız evet ise 25. soruyu yanıtlıyınız, hayır ise 27. soruya geçiniz)

26. Eğitimi kimden aldınız?

- 1) Hekim 2) Hemşire-Ebe 3) Medya 4) Kitap 5).....

27. Hamileyken:

- 1) İlaç yada alkol kullandım
2) Sigara içtim
3) Diğer.....

28. Bebeğinizin :

- | | | |
|----------------------|---------------------|-----------------------------|
| 1) Doğum Kilo.....kg | 2) Doğum boy.....cm | 3) Doğum baş çevre.....cm |
| 1) 1. Ay kilo.....kg | 2) 1. Ay Boy.....cm | 3) 1. Ay Baş çevresi.....cm |
| 1) 6. Ay kilo.....kg | 2) 6. Ay Boy.....cm | 3) 6. Ay Baş çevresi.....cm |

EK II

MATERNAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

Aşağıda yeni annenin durumu ile ilgili tecrübeleri, hisleri ve duyguları tanımlanmaktadır. Lütfen her ifadede tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

	HER ZAMAN	SIK SIK	BAZEN	HİÇBİR ZAMAN
1- Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum	a	b	c	d
2- Bebeğimle birlikteyken mutluluk ve içimde bir sıcaklık hissediyorum	a	b	c	d
3- Bebeğimle özel zaman geçirmek istiyorum	a	b	c	d
4- Bebeğimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum	a	b	c	d
5- Sadece bebeğimi görme bile beni mutlu ediyor	a	b	c	d
6- Bebeğimin bana ihtiyacı olduğunu biliyorum	a	b	c	d
7- Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum	a	b	c	d
8- Bu bebek benim olduğu için çok memnunum	a	b	c	d
9- Bebeğim güldüğünde kendimi özel hissediyorum	a	b	c	d
10- Bebeğimin gözlerinin içine bakmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
11- Bebeğimi kucağımda tutmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
12- Bebeğimi uyurken seyrediyorum	a	b	c	d
13- Bebeğimin yanımda olmasını istiyorum	a	b	c	d
14- Başkalarına bebeğimi anlatıyorum	a	b	c	d
15- Bebeğimin gönlünü almak zevklidir	a	b	c	d
16- Bebeğimle kucaklaşmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
17- Bebeğimle gurur duyuyorum	a	b	c	d
18- Bebeğimin yeni şeyler yapmasını görmekten hoşlanıyorum	a	b	c	d
19- Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu	a	b	c	d
20- Bebeğimin karakterini biliyorum	a	b	c	d
21- Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum	a	b	c	d
22- Bebeğim için önemli olduğumu biliyorum	a	b	c	d
23- Bebeğimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum	a	b	c	d
24- Bebeğime özel ilgi gösteriyorum	a	b	c	d
25- Bebeğim ağladığında onu rahatlatıyorum	a	b	c	d
26- Bebeğimi içimden gelen bir duyguyla seviyorum	a	b	c	d

a=4 puan, b=3 puan, c=2 puan, d=1 puan

EK III

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

1. 0 Kendimi üzgün hissetmiyorum.
1 Kendimi üzgün hissediyorum.
2 Her zaman için üzgünüm kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
3 Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2. 0 Gelecekte umutsuz değilim.
1 Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
3 Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
3. 0 Kendimi başarısız görmüyorum.
1 Çevremdeki birçok kişiden fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
2 Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
3 Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. 0 Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
1 Her şeyden eskisi kadar zevk almıyorum.
2 Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum
3 Bana zevk veren hiçbir şey yok.
5. 0 Kendimi suçlu hissetmiyorum.
1 Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
2 Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
3 Kendimi her an için suçlu hissediyorum
6. 0 Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
1 Bazı şeyler için cezalandırılabilirim hissediyorum.
2 Cezalandırılmayı bekliyorum.
3 Cezalandırıldığımı hissediyorum
7. 0 Kendimden hoşnutum.
1 Kendimden pek hoşnut değilim.
2 Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
3 Kendimden nefret ediyorum.
8. 0 Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
1 Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
2 Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
3 Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1 Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapamıyorum.
2 Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
3 Bir fırsatı bulsam kendimi öldürürdüm.
10. 0 Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
1 Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
2 Şu sıralarda her an ağlıyorum.
3 Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. 0 Her zamankinden daha sinirli değilim.
1 Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
2 Çoğu zaman sinirliyim.
3 Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum.
12. 0 Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
1 Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
2 Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
3 Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13. 0 Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
1 Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
2 Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
3 Artık hiç karar veremiyorum.
14. 0 Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
1 Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
2 Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu düşünüyorum.
3 Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1 Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
2 Hangi iş olursa olsun yapabilmek için kendimi çok fazla zorluyorum.
3 Hiçbir iş yapamıyorum.
16. 0 Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
1 Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
2 Eskisine göre 2 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
3 Eskisine göre çok erken uyanıyor ve uyuyamıyorum.
17. 0 Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanıyorum.
1 Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
2 Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
3 Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.
18. 0 İştahım eskisinden pek farklı değil.
1 İştahım eskisi kadar iyi değil.
2 Şu sıralarda iştahım epey kötü.
3 Artık hiç iştahım yok.
19. 0 Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğim söylenemez.
1 Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
2 Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
3 Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilo verdim.
20. 0 Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
1 Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
2 Ağrı, sızı, gibi bu sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
3 Bu tür sıkıntılar beni öyle endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21. 0 Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok.
1 Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
2 Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
3 Artık, cinsellikle bir ilgim kalmadı.

ANKARA GELİŞİM TARAMA ENVANTERİ

PUANLAMA	Evet	1
	Hayır	0
	Bilinmiyor	B

DOĞUMDAN 3 AY SONUNA KADAR (1, 2, 3 Aylar)

1. Ani ses ya da gürültüden ürüp sıçrar mı?
2. Konuşulunca sesler (ağlama dışında) çıkarır mı? (Cevap evetse:) Nasıl sesler çıkarır diye sorun ve kaydedin.
3. Tanıdık bir sese başını çevirir mi?
4. Kucağa alındığında susar sakinleşir mi?
5. Kaşık, meme yaklaşınca daha ağızına dokundurmadan ağızını açar mı?
6. Kucağınza aldığınızda kafasını dik tutar mı?
7. Bebek sırt üstü yatarken ellerini seyredir mi?
8. Bebek yüzüstü yatarken başını kaldırır mı?
9. Ellerini bazen açık tutar mı?
10. Bebeğinizle konuşup gülümserseniz bebeğiniz de size gülümser mi?
11. Gözleri ile hareket eden şekilleri izler mi?
12. Kucağınızda otururken kafasını çevirip etrafa bakar mı?
13. Bebek biberonunu, anne memesini görünce hareketlenir, elini kolunu sallar mı?

4 AYDAN 5 AY SONUNA KADAR (4, 5 Aylar)

14. Bebek sırt üstü yatarken ellerini seyredir mi?
15. Kendi kendine ya da beslenirken ağlama dışında ses çıkarır mı? Cevap evetse "ne sesler çıkarır?" (En az iki farklı ses olması: mmm, sss, ah, uf, da, ma, ga, ka gibi)
16. Siz gıdıklamadan, dokunmadan yüksek sesle güler mi?
17. Azarlandığı zaman yüzünün şekli değişir mi?
18. Püre ya da lapa gibi besinler yer mi?
19. Elindeki oyuncak, ekmeği ağızına götürür mü?
20. Biraz uzaktaki oyuncaklara eşyalara uzanır mı?
21. Eşyaları eline alıp bakar mı?
22. Bebek çingırağı bir elinden öbür eline geçirir mi?
23. Elinin uzanabileceği yere oyuncak koysanız onu tutar mı?
24. Önüne konan kibrit kutusu büyüklüğünde bir kutuyu eline alır mı? (kibrit kutusu büyüklüğünü elinizle gösteriniz)
25. Bisküvi ve kabuk ekmek ile diş etlerini kaşır, onları emer mi?
26. Küçük parçalar halindeki yiyecekleri alıp ağızına götürür mü?
27. Annesine, babasına sarılarak sevgisini gösterir mi?

DÜŞÜNCELER ve ÖNERİLER

DİL-BİLİŞSEL

İNCE MOTOR

KABA MOTOR

SOSYAL BECERİ
ÖZ BAKIM

GENEL GELİŞİM TOPLAMI

PUANLAMA Evet
Hayır
Bilinmiyor

1
0
B

6 AYDAN 7 AY SONUNA KADAR (6, 7 Aylar)

28. Oyuncakları yere atıp düşüşünü seyreder mi?
29. Önüne konan bir kesme şekeri eline almağa çalışır mı?
30. Bardağı iki eliyle tutar mı?
31. Yatarken yastıklara ya da ellerinize tutunup kendini yukarı çekerek oturur mu?
32. Küçük bir parça ekmek ya da bisküviyi bir elinden öbür eline geçirir mi? (kaşık, çingirak gibi uzun sapı olmayan bir şeyi elinden eline geçirmesi gerekir)
33. Eğilerek, düşen eşyaları arar mı?
34. Kollarının altından tutunca yürüme hareketleri yapar mı?
35. Başlığını çekip çıkarır mı? (göstererek sorunuz)
36. Sırtüstü yatarken yana döner mi? (elinizi düz durumdan yana çevirerek gösteriniz)
37. Sırtüstü yatarken karnının üzerine döner mi? (elinizi düz durumdan tersine çevirerek gösteriniz)
38. Elindeki kaşığı ses çıkarmak için yere vurur mu?
39. Küçük üzüm tanelerini avuçlayarak eline alır mı?
40. Yemeğini çiğner mi?
41. "Da-da, ba-ba, ma-ma, de-de" gibi sesler çıkarır mı?
42. İki elini kullanarak bardağı kaldırır mı?
43. Elindeki oyuncakları yere atarak oyun yapıp sizin almanızdan hoşlanır mı?

8 AYDAN 9 AY SONUNA KADAR (8, 9 Aylar)

44. "Atta" dendiğinde kapıya bakar ya da harekellenir mi? (1 puan alması için sözel uyarıcıya tepki vermesi gereklidir)
45. Elindeki iki kutuyu, oyuncacı birbirine vurur mu?
46. Önündeki oyuncacı mendil veya örtü koyarak saklarsanız mendili, örtüyü çekerek oyuncacı bulur mu?
47. Yastıkla dekteklemezseniz veya duvara dayanmadan bir süre düşmeden kendi kendine oturur mu?
48. "El çırpar" oyunu oynar mı? (Göstererek sorun)
49. Emekler mi?

10 AYDAN 11 AY SONUNA KADAR (10, 11 Aylar)

50. Müzik çalınca sallanır mı?
51. İşaret parmağını kullanarak masa üzerindeki şeyleri yoklar, iter, yuvarlar mı? (İşaret parmağınızla gösteriniz)
52. Eşyaya tutunarak sıralar mı? (anlaşılmazsa gösteriniz)
53. Tek eli tutulduğunda adım atar mı?

DÜŞÜNCELER ve ÖNERİLER

DİL-BİLİŞSEL

İNCE MOTOR

KABA MOTOR

SOSYAL BECERİ
ÖZ BAKIM

GENEL GELİŞİM TOPLAMI

--

PUANLAMA Evet
Hayır
Bilinmiyor

1
0
B

54. Babasını görünce "baba", yemek isteyince "mama", su isteyince "su" gibi kelimeler söyler mi?
55. Bir yere giderken baş baş yapar mı?
56. Tay-tay durur mu, çok kısa da olsa kendi başına ayakta durur mu?
57. Ayaktayken çömelir mi?
58. Bana ver deyince elindeki oyuncuğu size uzatır mı?
59. "Hayır" "cıs", denince durur mu?

12 AYDAN 13 AY SONUNA KADAR (12, 13 Aylar)

60. Kollarını uzatarak elbisesinin giydirilmesine yardımcı olur mu?
61. İsteddiği bir eşyayı eliyle gösterir mi?
62. Bir şeyi isteyip istemediğini belli eder mi? (evet ise ne yaptığını sorunuz)
63. Yardımsız bir kaç adım atar mı?
64. Yardımsız yürür mü?
65. Sepet, kova, file içine birşeyler koyarak taşır mı?
66. "Bana ayakkabını göster" dersiniz gösterir mi?
67. Tek tek kelimelerle konuşur mu? Örnek vermesini isteyiniz.
68. Bazı işleri kendi başına yapmakta ısrar eder mi?
69. Ayaktayken topa ayağı ile vurur mu?
70. "Kapıyı kapat" gibi söylenen basit işleri yapar mı?

14 AYDAN 15 AY SONUNA KADAR (14, 15 Aylar)

71. Evdeki bazı eşyaların yerlerini bilir mi? Örneğin bardağın mutfakta olduğunu bilir mi?
72. Bebek sever mi? Bebeğine dayak atar mı? Kendinden ufak bir bebeği sever mi?
73. Sandalyeye, sedire çıkar mı?
74. Arkasından oyuncak çekerek yürür mü?
75. Koşar mı?
76. Ayakkabı ve çorabını çıkarır mı?

16 AYDAN 17 AY SONUNA KADAR (16, 17 Aylar)

77. Misafirlere oyuncuğunu gösterir mi?
78. Geri geri yürür mü?

DÜŞÜNCELER ve ÖNERİLER

DİL-BİLİŞSEL

İNCE MOTOR

KABA MOTOR

SOSYAL BECERİ
ÖZ BAKIM

GENEL GELİŞİM TOPLAMI

EK V

Ergen Annelerde Ebeveynlikte Yeterliliğin Geliştirilmesi

Tartışma Soruları:

Sınıf 1: Hamileliğinizi ilk ne zaman öğrendiğiniz, bunu size kim açıkladı, ne yaptınız, ne hissettiniz?

Sınıf 2: Hamileliğiniz nasıl geçti? Herhangi bir sorun yaşadınız mı? Ailenizin ve sevdiklerinizin tepkisi nasıldı? Hamileliğiniz veya doğumla ilgili en çok sizi korkutan şey neydi?

Sınıf 3: Doğumunuz nasıl geçti? (doğumla ilgili deneyiminizi anlatırmısınız). Doğumdan sonra evinize bebeğinizle birlikte dönebildiniz mi? Eve döndüğünüzde neler oldu? Size kimler yardımcı oldu?

Sınıf 4: Bebeğiniz şimdi nasıl? Onu ilk eve götürdüğünüz zamanki hali ile şimdiki arasında fark yada farklar var mı? Onun sizin karnınızdaki hali ve şimdiki hali ile ilgili duygularınız neler? Bebeğinizi nasıl anlatırsınız?

Sınıf 5: Bebeğinizin babası ile ve evde birlikte yaşadığınız diğer insanlarla olan ilişkileriniz nasıl? Ebeveynlikle ilgili sizce en güzel şey nedir? En kötü şey nedir?

Sınıf 6: Bebeğinizi beslerken o nasıl? Zorlanıyor musunuz? Onu daha kolay besleyebilmek için yaptığınız özel şeyler var mı? Beslenmesi onun büyümesini nasıl etkiliyor? Çocuğunuzun aktiviteleri nasıl? Ne kadar aktif? Onun aktivitelerini nasıl yönetiyorsunuz? Bebeğiniz gece boyunca uyuyabiliyor mu? Uyku problemi ile nasıl başedebiliyorsunuz?

Sınıf 7: Ebeveynlik ile ilgili tutumunuz annenizinkinden ne kadar farklı? Bebeğinizin bakımını paylaştığınız başka kimse var mı? Sizin onun yanında olmadığınız zamanlarda bebeğinizle kim ilgileniyor?

Sınıf 8: Bebeğinizin hasta olduğunu nasıl anlıyorsunuz? Ne yapıyorsunuz? Sağlık bakımı almaya ne zaman gitmeniz gerektiğini nasıl anlıyorsunuz? Oraya gittiğinizde neler oluyor?

Sınıf 9: Çocuğunuzun huy&mizacı ile ilgili neler biliyorsunuz? Bebeğinizin gelişimi sırasında meydan okumaları oluyor mu? Sizce çocuk için bağımsızlık ne demek? Bu çocuğunuzun gelişimini nasıl etkiler?

Sınıf 10: Gelecekte neler bekliyorsunuz? Bebeğinizin geleceği ile ilgili beklentileriniz nelerdir? İyi bir gelecek kurmayı nasıl başarabilirsiniz?

EK VI TARAMA SORULARI

ÇALIŞMA GRUBUNDAKİ ERGEN ANNELER

1. Bu toplantılar sayesinde bebeğinizle ilgili öğrendiğiniz şeylerden bazıları yazarmısınız?

Bebeğimle nasıl ilgileceğimi nasıl sağlıklı olacağımı

2. Bu toplantılar yeni bir anne olarak size nasıl yardımcı oldu?

Anneliği daha iyi anlıyorum. Bebeğimin gelişiminde yardımcı oluyorlar nasıl besleyeceğimide

3. Bu toplantılar kendinizle ilgili hislerinizi nasıl değiştirdi?

Yapılmaması gerekenleri yapmıyorum daha farklı olduğumu hissediyorum

4. Çocuğunuzun sağlık kontrollerinde merak ettiklerinizi öğrenebildiniz mi?

Evet

5. Sizin için bu toplantılarla ilgili en iyi şey neydi?

Herşeyi öğrendim bilmediğim; neyin yanlış neyin doğru olduğunu bebeğimle şuan daha güzel ilgileniyorum.

6. Bu toplantıları arkadaşlarınıza önerirmisiniz?

Evet öneriyorum ve doğruları yanlışları anlatıyorum. Toplantıdan ne öğreniyorsam hepsini anlatıyorum

7. Gelecekte bu toplantıları başka annelerle tekrarlamak istersek, daha iyi olabilmesi için neler önerirsiniz?

Her kez bu toplantılara katılmasını öneriyorum.

ÇALIŞMA GRUBUNDAKİ ERGEN ANNELER

1. Bu toplantılar sayesinde bebeğinizle ilgili öğrendiğiniz şeylerden bazılarını yazarmısınız?

Beslenmesi, büyümesi, hastalıkları hakkında öğrendim

2. Bu toplantılar yeni bir anne olarak size nasıl yardımcı oldu?

Bebegimin hastalıkları hakkında daha tecrübeli oldum. Beslenmesiyle ilgili bilgilerim oldu

3. Bu toplantılar kendinizle ilgili hislerinizi nasıl değiştirdi?

İlk önce bazı şeyleri daha iyi biliyorum güvenmemi ve daha iyi bir anne olmamı sağladı. Bu toplantılar

4. Çocuğunuzun sağlık kontrollerinde merak ettiklerinizi öğrenebildiniz mi?

Evet

5. Sizin için bu toplantılarla ilgili en iyi şey neydi?

Bazı şeylerde kendime daha güven kazandım yeni arkadaşlarım oldu

6. Bu toplantıları arkadaşlarınıza önerirmisiniz?

Evet

7. Gelecekte bu toplantıları başka annelerle tekrarlamak istersek, daha iyi olabilmesi için neler önerirsiniz?

Bu gibi toplantılar hep devam etsin bizim gibi küçük anneler de faydalansın bilgilensin

ÇALIŞMA GRUBUNDAKİ ERGEN ANNELER

1. Bu toplantılar sayesinde bebeğinizle ilgili öğrendiğiniz şeylerden bazılarını yazarmısınız?

Onun karşısında satın alman gerektiğini,
Burnunun ~~altında~~ içindeki hafif pislikleri hemen ilaç kullanarak değil de otel iğnenin ortasıyla alabileceğini.

2. Bu toplantılar yeni bir anne olarak size nasıl yardımcı oldu?

Biz anneler ilk bebeklerde herşeye hemen panik oluyoruz. Panik almamam gerektiğini, ~~Bide~~ Her konuda aldığım bilgileri bana yaptırırken, ağlarken, uyuturken, emzirirken, cıvı beslerken neler yapabileceğime dair konularda yardımcı oldu.

3. Bu toplantılar kendinizle ilgili hislerinizi nasıl değiştirdi?

Biraz da olsa kendime biraz daha güvenim geldi. Azemi bir anneyken her geçen gün daha da geliştirdim kendimi.

4. Çocuğunuzun sağlık kontrollerinde merak ettiklerinizi öğrenebildiniz mi?

Evet öğrendim.

5. Sizin için bu toplantılarla ilgili en iyi şey neydi?

Bebeklerle ilgili konuşmak beni çok rahatlatıyordu. En iyi şey her şeyi rahatlıkla sorup öğrenebiliyorum.

6. Bu toplantıları arkadaşlarınıza önerirmisiniz?

Tabi ki öneririm.

7. Gelecekte bu toplantıları başka annelerle tekrarlamak istersek, daha iyi olabilmesi için neler önerirsiniz?

Böyle de devam ederse iyi olur.

ÇALIŞMA GRUBUNDAKİ ERGEN ANNELER

1. Bu toplantılar sayesinde bebeğinizle ilgili öğrendiğiniz şeylerden bazılarını yazarmısınız?

Bebegime daha iyi bakmayı öğrendim

2. Bu toplantılar yeni bir anne olarak size nasıl yardımcı oldu?

Profesyonel bir anne olmaya yardımcı oldu

3. Bu toplantılar kendinizle ilgili hislerinizi nasıl değiştirdi?

Kendimi daha iyi hissettim

4. Çocuğunuzun sağlık kontrollerinde merak ettiklerinizi öğrenebildiniz mi?

~~Evet~~

Evet öğrendim

5. Sizin için bu toplantılarla ilgili en iyi şey neydi?

Çocuğuma

daha güzel daha iyi bakabildim

~~çok~~

6. Bu toplantıları arkadaşlarınıza önerirmisiniz?

Evet öneririm

7. Gelecekte bu toplantıları başka annelerle tekrarlamak istersek, daha iyi olabilmesi için neler önerirsiniz?

Toplantılara katılmalarını
öneririm.

EK VII**ANNE VE BEBEKLERİ İLE GÖRÜŞME ÇİZELGESİ****OSMANGAZİ SAĞLIK OCAĞI**

ANNELER	1. 01.12.06	2. 28.12.06	3. 16.01.07	4. 30.01.07	5. 13.02.07	6. 27.02.07	7. 13.03.07	8. 27.03.07	9. 10.4.07	10. 26.04.07
A.D.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
E.E.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
G.G.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
E.U.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

MEVLANA SAĞLIK OCAĞI

ANNELER	1. 04.12.06	2. 27.12.06	3. 18.01.07	4. 31.01.07	5. 16.02.07	6. 28.02.07	7. 15.03.07	8. 30.03.07	9. 12.04.07	10. 25.03.07
Ö. Ö.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
R. S.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Z. K.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
N. E.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

KIZILAY SAĞLIK OCAĞI

ANNELER	1. 08.12.06	2. 25.12.06	3. 17.01.07.	4. 30.01.07	5. 14.02.07	6. 01.03.07	7. 14.03.07	8. 28.03.07	9. 11.04.07	10. 26.04.07.
P. Ü.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
A. Y.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
V. T.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
N. B.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

CAMDİBİ II NOLU SAĞLIK OCAĞI

ANNELER	1. 15.12.06	2. 26.12.06	3. 19.01.07	4. 31.01.07	5. 15.01.06	6. 07.03.07	7. 19.03.07	8. 29.03.07	9. 13.04.07	10. 27.04.07
C.Ç.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
T. D.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
E. B.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

EK VIII

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)**

SAYI :2006-86
KONU :Araştırma hk.

Bornova /İZMİR
18.09.2006

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Arş.Gör.H.Banu AKYÜREK'in sorumluluğunda Eylül 2006 – Temmuz 2007 tarihleri arasında yapmayı planladığı **“Ergen Annelerde Ebeveynlik Yeterliliğinin Arttırılmasında İlişkisel Gelişimsel Yaklaşım Modelinin Uygulanması”** konulu araştırması 18.09.2006 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve **“Araştırmanın Yürütülmesi Uygun”** bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.



Yard.Doç.Dr.Türkan Özbayır
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

EK IX

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Ben, (denek adı), katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Deneğin Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Banu Akyürek

EK - X

TEŞEKKÜR BELGESİ

DÜNYALAR GÜZELİ BEBEĞİNİZ İLE BİRLİKTE
DEĞERLİ KATILIMINIZIN
ANISINA...

Prof. Dr. Zeynep CONK

Banu AKYÜREK

EK - XI



T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI: B.30.2.EGE.0.A1.00.00- 9 8
KONU: Hatice Banu AKYÜREK

Bornova/İZMİR
12.01/2007

**ÇOCUK SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA**

Anabilim dalınız doktora öğrencilerinden Hatice Banu AKYÜREK'in "Ergen Annelerde Ebeveynlik Yeterliliğinin Arttırılmasında İlişkisel Gelişimsel Yaklaşım Modelinin Uygulanması" konulu tez çalışmasını, Bornova Sağlık Grup Başkanlığına bağlı Çamdibi 1 no'lu Sağlık Ocağı, Çamdibi 2 no'lu Sağlık Ocağı, Doğanlar Sağlık Ocağı, Mevlana Sağlık Ocağı ve Naldöken Sağlık Ocağı'nda yapabilmesinin uygun bulunması ile ilgili Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'nın 15.01.2007 tarih ve 35 sayılı yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Cemal ERONAT
Müdür

EKLER:

EK- 1) Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'nın yazısı.

12.01.2007 Sag.Bil.Ens. Memur :Z.DEMİR (62)
12.01.2007 Sag.Bil.Ens. Sek. :M.ÖRK (.....)

Ege Üniversitesi Kampüsü 35100 Bornova -İZMİR
Tel: 342 17 45 İç Hat:2514 Fax: 342 17 45
E-mail: sagbilens@mail.ege.edu.tr



BRAZELTON TOUCHPOINTS CENTER



CERTIFICATE OF COMPLETION

This is to certify that

Banu Akyurek, MSN

has completed 14 hours of Touchpoints Individual Level Training

in New York, New York

Given this *twenty-ninth* day of *March* of the year *two thousand six*.

T. Berry Brazelton

T. Berry Brazelton, MD, Founder, Brazelton Touchpoints Center

Ann C. Stadler

Ann Stadler, MSN, CPNP, Director, Site Development and Support

ÖZGEÇMİŞ

13 Ağustos 1975 yılında Isparta'da doğdu. İlköğretim ve lise öğrenimini Isparta'da tamamladı. 1994 -1995 öğretim yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda yüksek öğrenimine başladı ve 1998 yılında mezun oldu. 1998-1999 öğretim yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün açmış olduğu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans sınavını kazandı ve 2002 yılında "Yenidoğan Bebeklere Uygulanan Non-farmakolojik Ağrı Giderme Yöntemlerinin Etkisinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezini vererek mezun oldu. Aralık 1999'da Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak göreve başladı. Halen görevine devam etmektedir.