

YÜKSEK LİSANS

RUH SAĞLIĞI VE HASTALARI HEMŞİRELİĞİ

Şule ÇINAKLI

2016



T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
HRS-2016-0005

ADÖLESAN OLAN VE OLMAYAN ANNELERDE
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, DEPRESYON VE
MATERNAL BAĞLANMA

Şule ÇINAKLI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ

AYDIN-2016

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ADÖLESAN OLAN VE OLMAYAN ANNELERDE
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, DEPRESYON VE
MATERNAL BAĞLANMA

Şule ÇINAKLI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından
ASYO-15002 proje numarası ile desteklenmiştir

AYDIN-2016

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Şule ÇINAKLI tarafından hazırlanan “Adölesan Olan ve Olmayan Annelerde Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon ve Maternal Bağlanma” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Doktora/Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 13/07/2016

Üye (T.D.): Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ, Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN, Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Oya KAVLAK, Ege Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsününtarih vesayılı oturumunda alınannolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tanıdığım günden beri büyük bir hayranlıkla dinlediğim, bilgisi, deneyimleri ve etik davranışları ile kendime örnek olarak gördüğüm, eğitim dönemim boyunca hep benim yararım için çabalayan, her konuda beni dinleyen ve tezimin her aşamasında desteğini benden esirgemeyen, tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ'a sonsuz teşekkürlerimi borç bilirim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, her daim yanımda olduklarını hissettiğim sevgili hocalarım Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN'a ve Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA'ya ve teşekkür ederim.

Tezimin her aşamasında yardım ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren Doç. Dr. Filiz ABACIGİL'e teşekkür ederim.

Hayatımın her aşamasında yanımda olan, maddi ve manevi olarak beni her zaman destekleyen, benimle her zaman gurur duyan sevgili annem Şevkinaz KARADAĞ'a ve sevgili babam Yusuf KARADAĞ'a sonsuz teşekkürü bir borç bilirim.

Tanıdığım günden beri beni her zaman destekleyen, mutluluğumu, hüznümü ve sevincimi paylaşan, hep varlığını ve sonsuz sevgisini hissettiğim, arkadaşım, dostum ve eşim Hayrettin ÇINAKLI'ya sonsuz teşekkürlerimle.....

Çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeler birimi kapsamında ASYO-15002 proje kodu ile desteklenmiştir, teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KABUL ONAY SAYFASI	i
TEŞEKKÜR	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
EKLER DİZİNİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kadın ve Annelik.....	4
2.2. Adölesan Annelik	5
2.2.1. Adölesan Anneliğın Nedenleri ve Sonuçları	6
2.2.2. Dünyada ve Türkiye'de Adölesan Annelik Sorunu	9
2.3. Çocukluk Çağı Travmaları	10
2.3.1. İstismar	11
2.3.1.1. İstismarı Etkileyen Etmenler	12
2.3.1.2. İstismar Türleri	14
2.3.1.2.1. Fiziksel İstismar.....	14
2.3.1.2.2. Duygusal İstismar	16
2.3.1.2.2.1. Tanım ve Yaygınlık.....	16
2.3.1.2.2.2. Risk Etmenleri ve Sonuçları	17
2.3.1.2.3. Cinsel İstismar	18
2.3.1.2.3.1. Tanım ve Yaygınlık.....	18
2.3.1.2.3.2. Risk Etmenleri ve Sonuçları	19

2.3.2. İhmal.....	21
2.3.2.1. Tanım ve Yaygınlık.....	21
2.3.2.2. Risk Etmenleri ve Sonuçları.....	23
2.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları İle İlgili Yurt İçinde Yapılan Çalışmalar.....	24
2.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları İle İlgili Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar.....	25
2.4. Doğum Sonu Depresyon.....	26
2.4.1. Tanım ve Yaygınlık.....	26
2.4.2. Risk Etmeni ve Sonuçları.....	27
2.4.3. Doğum Sonu Depresyon İle İlgili Yurt İçinde Yapılan Çalışmalar.....	29
2.4.4. Doğum Sonu Depresyon İle İlgili Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar.....	31
2.5. Bağlanma Kuramı.....	32
2.5.1. Bağlanma Stilleri.....	34
2.5.2. Çocuklarda Bağlanma.....	35
2.5.3. Yetişkinlerde Bağlanma.....	37
2.5.4. Ebeveyn (Anne/Baba) Bebek Bağlanması.....	38
2.5.5. Maternal (Anneye Ait) Bağlanma.....	40
2.5.5.1. Gebelikte Bağlanma.....	40
2.5.5.2. Doğum Sonu Bağlanma.....	41
2.5.6. Anne-Bebek İlişkini Olumsuz Yönde Etkileyen Maternal Davranışlar.....	42
2.5.7. Maternal Bağlanmaya Etki Eden Faktörler.....	43
2.5.8. Adölesan Annelik ve Bağlanma.....	44
2.5.9. Bağlanmayla İlgili Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar.....	47
2.5.10. Bağlanmayla İlgili Yurtdışında Yapılan Araştırmalar.....	48
2.6. Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon ve Maternal Bağlanmada Hemşirenin Sorumlulukları.....	49
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	51

3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	51
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	51
3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	52
3.3.1. Anket Formu.....	52
3.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	53
3.3.3. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	53
3.3.4. Maternal Bağlanma Ölçeği.....	54
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	54
3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi	55
3.6. Araştırmanın İstatiksel Değerlendirilmesi.....	55
3.7. Etik Açıklamalar.....	55
4. BULGULAR	56
5. TARTIŞMA.....	73
5.1. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Sosyo Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması	73
5.2. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Gebelik ve Doğuma İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması	76
5.3. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Sosyal Destek Özelliklerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması	80
5.4. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Eş İlişkilerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	82
5.5. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Çocukluk Yaşantısı Özelliklerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması	83
5.6. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Çocukluk Döneminde Anne ve Baba İlişkilerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	85
5.7. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Anne Olmadan Önce Bebek Bakma Durumlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	86

5.8. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Kendilerini Anneliğe Hazır Hissetme Durumlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	86
5.9. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Bebeklerine Ait Özelliklerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması	87
5.10. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Çocukluk Çağı Travmaları, Maternal Bağlanma ve Doğum Sonu Depresyon Ortalamalarının Tartışılması	89
5.11. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerde Doğum Sonu Depresyon Görülme Oranının Karşılaştırılmasının Tartışılması	93
5.12. Annelerin Çocukluk Çağı Travmaları Puanları, Doğum Sonu Depresyon Puanları ve Maternal Bağlanma Puanlarının İlişkisel Dağılımının Tartışılması.....	95
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	97
6.1. Sonuçlar.....	97
6.2. Öneriler.....	101
KAYNAKLAR.....	103
EKLER	120
ÖZGEÇMİŞ.....	133

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization- Birleşmiş :Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü
DSD	: Doğum Sonu Depresyon
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
MBÖ	: Maternal Bağlanma Ölçeği
EDSDÖ	: Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği
Akt.	: Aktaran
Ark.	: Arkadaş

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Sosyo Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	56
Tablo 2. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Gebelik ve Doğuma İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması	59
Tablo 3. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Sosyal Destek Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	62
Tablo 4. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Eş İlişkilerinin Karşılaştırılması.....	63
Tablo 5. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Çocukluk Yaşantısı Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	64
Tablo 6. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Çocukluk Döneminde Anne ve Baba İlişkilerinin Karşılaştırılması.....	65
Tablo 7. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Anne Olmadan Önce Bebek Bakma Durumlarının Karşılaştırılması.....	66
Tablo 8. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Kendilerini Anneliğe Hazır Hissetme Durumlarının Karşılaştırılması.....	67
Tablo 9. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Bebeklerine Ait Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	67
Tablo 10. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Çocukluk Çağı Travmaları, Maternal Bağlanma ve Doğum Sonu Depresyon Puan Ortalamaları	69
Tablo 11. . Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Doğum Sonu Depresyon Görülme Oranının Karşılaştırılması	71
Tablo 12. Annelerin Çocukluk Çağı Travmaları Puanları, Doğum Sonu Depresyon Puanları ve Maternal Bağlanma Puanlarının İlişkisel Dağılımı	71

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Anket Formu	120
Ek 2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	123
Ek 3. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği	125
Ek 4. Maternal Bağlanma Ölçeği	128
Ek 5. Çizelge 1. Araştırmanın Uygulama Planı Takvimi	129
Ek 6. Etik Kurul Yazısı	130
Ek. 7. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı.....	131
Ek 8. Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği Kullanım İzni	132

ÖZET

ADÖLESAN OLAN VE OLMAYAN ANNELERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, DEPRESYON VE MATERNAL BAĞLANMA

Çınaklı Ş.Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2016.

Bu çalışma adölesan olan ve olmayan annelerde çocukluk çağı travmaları, depresyon ve maternal bağlanmayı incelemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırma 01.12.2014- 29.02.2016 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde doğum yapan ve doğumdan sonra kontrole gelen adölesan olan ve olmayan annelerde yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü G power analiz programında %95 güven aralığında, etki düzeyi 0.5, α hatası 0.05, gücü 0.80 ve adölesan annelerin oranının adölesan olmayan annelere oranı üçte biri olmak alındığında ulaşılmaması hedeflenen adölesan anne sayısı 43 ve adölesan olmayan anne 127 olarak belirlenmiştir. Belirlenen katılımcıların %10 fazlasının çalışmaya alınmıştır. Örnekleme oluşturacak adölesan anne sayısı 47 adölesan olmayan anne sayısı 139 olarak belirlenmiştir. Ancak toplanan anket formları değerlendirildiğinde adölesan annelerden 2, adölesan olmayan annelerden 21 kaybin olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle adölesan annelerin 45, adölesan olmayan annelerin ise 118 kişinin verisi değerlendirmeye alınmıştır.

Çalışmada Anket formu Formu, Çocukluk Çağı travmaları Maternal Bağlanma Ölçeği, Ölçeği ve Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma kapsamında görüşülen annelerden elde edilen verilerin çözümlenmesi amacıyla öncelikle annelerin cevapları SPSS'e aktarılmıştır. Ardından verilerin değerlendirilmesi amacıyla betimsel istatistikler belirlenmiş ve alt problemler doğrultusunda verilerin çözümlenmesi gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; Betimleyici istatistik (frekans ve yüzde değerleri, minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma), Bağımsız gruplarda t testi, Pearson ki-kare testi ve Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Çalışmamızda yer alan annelerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde annelerin % 27,6'sı (n=45) adölesan, %72,4'ü (n=118) adölesan olmayan annedir. Adölesan annelerin yaş ortalamaları $16,5\pm 1,3$ iken adölesan olmayan annelerin yaş ortalaması $27,3\pm 4,3$ 'dür. Adölesan annelerin %64,4'ü (n=29) ilkökul, %26,7'si (n=12) ortaokul, %4,4'ü (n=2) lise ve %4,4'ü (n=2) üniversite eğitimine sahiptir. Adölesan olmayan

annelerin %26,3'ünün ilkokul (n=31), %28'inin (n=33) ortaokul, %22'sinin (n=26) lise, %23,7'sinin (n=28) üniversite ve üstü eğitime sahip olduğu, adölesan annelerin ise %91,1'i (n=41) ev hanımı iken, memur olarak çalışan bulunmamakta ve %2,2'si (n=1) işçi, %6,7'si (n=3) serbest meslek olarak çalışmaktadır. Adölesan olmayan annelerin ise %67,8'i (n=80) ev hanımı, %10,2'si (n=12) memur, %12,7'si (n=15) işçi ve %9,3'ü (n=11) serbest meslek sahibi, adölesan annelerin aylık gelir durumlarını %64,4'ü (n=29) geliri giderden az , %33,3'ü (n=15) geliri gidere denk, %2,2'si (n=1) geliri giderden fazla olarak ifade etmekte iken, yetişkin annelerin %30,5'i (n=36) geliri giderden az, %54,2'si (n=64) geliri gidere denk, %15,3'ü (n=18) geliri giderden az olduğu, adölesan annelerin %35,6'sı (n=16) çekirdek aile yapısında iken %64,4 'ü geniş aile yapısında, adölesan olmayan annelerin ise %78,8'i çekirdek aile, %21,2'si (n=25) geniş aile yapısındadır. Adölesan annelerin %28,7'si (n=12) istemeden gebe kaldığını, %62,2'si (n= 28) isteyerek gebe kaldığını, %11,1'i (n= 5) gebeliği önce istemeyip sonradan istediğini, adölesan olmayan annelerin ise %9,3'ü (n=11) istemeden gebe kaldığını, %85,6'sı (n=101) isteyerek gebe kaldığını, %5,1'i (n=6) gebeliği önce istemeyip sonradan istediğini, adölesan annelerin %31,1'inin (n=14) kendisini anneliğe hazır hissetmediğini, %68,9'u (n=31) anneliğe hazır hissettiğini, adölesan olmayan annelerin ise %5,9'unun (n=7) kendisini anneliğe hazır hissetmediğini, %94,1'i (n=111) kendisini anneliğe hazır hissettiğini bildirmişlerdir.

Adölesan annelerin çocukluk çağı travmalar ölçeği toplam puanlarının ortalamalarının ($\bar{x}=45,75\pm 16,08$), adölesan olmayan annelerin toplam puan ortalamalarından ($\bar{x}=35,78\pm 10,66$) daha yüksek olduğu ve adölesan annelikte çocukluk çağı travmalarının fazla olduğu tespit edilmiştir ($t=-3,847$, $p=0,000$). Adölesan annelerin maternal bağlanma ölçeği toplam puan ortalamalarının ($\bar{x}=73,91\pm 5,93$) adölesan olmayan annelerin maternal bağlanma ölçeği toplam puan ortalamalarından ($\bar{x}=77,95\pm 9,52$) daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Adölesan annelerin %64,4'ünde (n=29), adölesan olmayan annelerin %37,3'ünde (n=44) doğum sonu depresyon riski olduğu ve adölesan olan ve olmayan anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($\chi^2 =9,72$, $p=0,000$) bulunmuştur.

Tüm sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde; adölesan annelikte; maternal bağlanmanın azaldığı ve doğum sonu depresyon riskinin arttığı çocukluk çağı travmaları travmalarının fazla olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda eğitimlerin yapılması ve risk gruplarının değerlendirilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan Anne, Bağlanma, Travma, Doğum Sonu Depresyon.

ABSTRACT

CHILDHOOD TRAUMAS, DEPRESSION AND MATERNAL ATTACHMENT IN ADOLESCENT AND NON-ADOLESCENT MOTHERS

Çınaklı Ş. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2016.

This study was conducted to examine the childhood traumas, depression and maternal attachment in adolescent and non-adolescent mothers.

This study was conducted on adolescent and non-adolescent mothers at Adnan Menderes University Application and Research Hospital between 01.12.2014 and 29.02.2016. The number of the mothers targeted to reach was determined effect size 0,5 , α error 0,05, power 0,80, allocation ratio 1/3 as 43 adolescent and 127 non-adolescent through G-Power method (95% confidence interval). 10% more of the participants were planned.

Questionnaire Form, Maternal Attachment Inventory, Childhood Traumas Questionnaire and Edinburgh Postnatal Depression Scale were used in this study. Firstly, the responses of the mothers were transferred to SPSS so as to analyze the data obtained from the interviewed mothers within the scope of study. Then, descriptive statistics were calculated so as to evaluate the data, and the data were analyzed in accordance with sub-problems. While evaluating the data, descriptive statistic (frequency and percentage values, minimum, maximum, mean, standard deviation), Independent Sample t-test, Pearson chi-square test and Pearson correlation coefficient were used.

When the distribution of the mothers according to their age is examined, it is clear that 27.6% of them (n=45) are adolescent and 72.4% of them (n=118) are non-adolescent mothers. While the mean age of the adolescent mothers is 16.5 ± 1.3 , the mean age of the adult mothers is 27.3 ± 4.3 . 64.4% (n=29) of the adolescent mothers are primary school graduate, 26.7% (n=12) of them are secondary school graduate, 4.4% (n=2) of them are high school graduate and 4.4% (n=2) of them are university graduate. 26.3% (n=31) of the adult mothers are primary school graduate, 28% (n=33) of them are secondary school graduate, 22% (n=26) of them are high school graduate and 23.7% (n=28) of them are university and postgraduate. 91.1% (n=41) of the adolescent mothers are housewife, none of them work as a civil servant, 2.2% (n=1) of them are worker and 6.7% (n=3) of them work as a self-employment. 67.8% (n=80) of the adult mothers are housewife, 10.2%

(n=12) of them are civil servant, 12.7% (n=15) of them are worker and 9.3% (n=11) of them are self-employed. The income of 64.4% (n=29) of the adolescent mothers is less than their expenditure, the income of 33.3% (n=15) of the adolescent mothers equals to their expenditure, and the income of 2.2% (n=1) of the adolescent mothers is more than their expenditure. The income of 30.5% (n=36) of the adult mothers is less than their expenditure, the income of 54.2% (n=64) of the adult mothers equals to their expenditure and the income of 15.3% (n=18) of the adult mothers is more than their expenditure. 35.6% (n=16) of the adolescent mothers are in a nuclear family structure and 64.4% of them are in an extended family structure. 78.8% of the adult mothers are in a nuclear family structure and 21.2% (n=25) of them are in an extended family structure. 28.7% (n=12) of the adolescent mothers reported that they got unwanted pregnant. 62.2% (n=28) of the adolescent mothers stated that they got pregnant deliberately. 11.1% (n= 5) of the adolescent mothers reported that they did not want to get pregnant at first, but they wanted to get pregnant later. 9.3% (n=11) of the adult mothers stated that they got unwanted pregnant. 85.6% (n=101) of the adult mothers stated that they got pregnant deliberately. 5.1% (n=6) of the adult mothers reported that they did not want to get pregnant at first, but they wanted to get pregnant later. 31.1% (n=14) of the adolescent mothers stated that they did not feel ready themselves for motherhood. 68.9% (n=31) of the adolescent mothers reported that they felt ready themselves for motherhood. 5.9% (n=7) of the adult mothers stated that they did not feel ready themselves for motherhood. 94.1% (n=111) of the adult mothers reported that they felt ready themselves for motherhood.

It was determined that the mean score ($\bar{X}_{ort} \pm SS = 45.75 \pm 16.08$) in childhood traumas questionnaire of the adolescent mothers was higher than the mean score ($\bar{X}_{ort} \pm SS = 35.78 \pm 10.66$) of the adult mothers, and the childhood traumas were effective in motherhood ($t = -3.847$, $p = 0.000$). It was determined that the mean score ($\bar{X}_{ort} \pm SS = 73.91 \pm 5.93$) in maternal attachment inventory of the adolescent mothers was lower than the mean score ($\bar{X}_{ort} \pm SS = 77.95 \pm 9.52$) in maternal attachment inventory of the adult mothers, and maternal attachment of the adolescent mothers to their children was less ($t = -3.847$, $p = 0.000$). It was determined that there was a postpartum depression risk in 64.4% (n=29) of the adolescent mothers and in 37.3% (n=44) of the adult mothers, and there was a statistically significant difference between adolescent and non-adolescent mothers ($\chi^2 = 9.72$, $p = 0.000$). It was also determined that there was a positive correlation between postpartum depression risk and the increase in childhood traumas.

When all the results are evaluated, it can be said that the adolescent motherhood is associated with maternal attachment, and the postpartum depression risk is associated with childhood traumas, and this risk is more common in the adolescent mothers. In accordance with these results, it can be suggested that risk groups should be evaluated and training should be organized.

Key Words: Adolescent Mother, Attachment, Trauma, Postpartum Depression



1. GİRİŞ

Adölesan dönem, fiziksel ve duygusal süreçlerinin yol açtığı cinsel ve psikosoyal gelişim ile başlayan ve bireyin bağımsızlığını, kimlik gelişimini ve sosyal üretkenliğini geliştirmesi ile son bulan çocukluktan yetişkinliğe bir geçiş dönemidir (Derman, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2005) adölesan dönemi 10 ve 19 yaş aralığı olarak tanımlamaktadır. Birleşmiş milletler ise 15-24 yaş aralığını gençlik dönemi olarak tanımlamıştır (UNESCO, 2015).

Adölesanlığı izleyen yetişkin dönem ise 20-65 yaş aralığını kapsamakta ve insan hayatının en uzun dönemini oluşturmaktadır. Bu dönem genç erişkinlik (20-30 yaş) ve orta yetişkinlik (31-65 yaş) olarak ikiye ayrılmaktadır (Törüner ve Büyükgönelç, 2012). Özellikle genç erişkinlik dönemi bireyin evlendiği, çocuk sahibi olduğu ve ekonomik olarak üretken olduğu dönemdir.

Aile toplumun vazgeçilmez, geleneksel ve sosyal bir kurumudur. İnsan neslinin devamını sağlamlasında, toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetiştirilmesinde, kültürün kuşaktan kuşağa aktarılmasında ailenin evrensel bir görev ve sorumluluğu bulunmakta ve bu evrensel rol, doğurganlık fonksiyonu ile gerçekleşmektedir (Koyun ve ark, 2010).

Doğurganlık da en büyük rol ve sorumluluğu üstlenen kadın, yaşam süreci boyunca üreme ile ilgili olaylardan farklı şekillerde etkilenmektedir. Kadın, yaşam sürecinde adölesanlık, cinsel olgunluk, yaşlılık gibi dönemlerden geçmekte ve her döneme özgü fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlar ile yüzleşmek durumunda kalmaktadır. Özellikle, 15-49 yaşlarını içeren cinsel olgunluk döneminde yer alan gebelik ve doğum sonu dönem, doğurgan çağdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olay olduğu kadar, ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir (Atasoy ve ark, 2004; Koyun ve ark, 2010; Özsoy, 2014).

Bu dönemde kadın, yeni rollerini öğrenmek, benimsemek, bebeğiyle iletişim kurmak, bebeğine bakım vermek, bebeğiyle ilgili sorunlarla baş etmek zorunda kalmaktadır. Dolayısıyla doğum sonrası dönem, anne ve bebek açısından uyum sağlanması gereken hem fiziksel hem de duygusal anlamda riskli bir dönemdir (Akbaş ve ark, 2008). Yeni doğum

yapan kadın için doğum sonu dönem çok olumlu, doyum sağlayan, aile bağlarının güçlendiği bir dönem olabileceği gibi, bir kriz dönemine de dönüşebilmektedir.

Doğum sonu dönemde kadınlarda duygusal olarak değişikliklere neden olan birçok faktör bulunmaktadır. Bunların ilki hormonal değişikliklerdir. Bu fizyolojik faktörler, doğum sonu dönemde kadınlarda duygulanım bozukluklarının gelişiminde rol alabilmektedir (Atasoy ve ark, 2004; Taşdemir ve ark, 2006).

Kadının evlilik durumu, aile içi çatışmaların varlığı, kadının yaşı, kişilik yapısı, ailenin tüm sorumluluklarını üzerinde bulundurma durumu, ekonomik sıkıntılar, sosyal destek eksikliğinin olması gibi ailesel faktörlerde doğum sonu dönemde kadınlarda duygulanım bozuklukları gelişimini etkileyebilmektedir. Ayrıca, daha önceden geçirilmiş ruhsal sorunlar, depresyon öyküsünün bulunma durumu, doğum öncesi dönemde yaşanan anksiyete /depresyon (yaşam stresi, annelik rolüne adapte olamama, çocuk bakımının yarattığı stres) gibi psikolojik faktörlerde kadında doğum sonu dönemde duygulanım bozuklukları gelişmesine neden olabilmektedir (Aydemir, 2007; Durat ve Kutlu, 2010, Yücesoy ve ark, 2011; Çeber ve ark, 2010)

Gebelik ve çocuk sayısı, istenmeyen ve riskli gebelikler, adölesan gebelikler, zor doğum eylemi gibi faktörlerde doğum sonu dönemde anneleri olumsuz etkileyebilmektedir (Aydemir, 2007; Battaloğlu ve ark, 2012)

Doğum sonu dönemde depresyon görülmesi anne ve bebek ilişkisini olumsuz etkilemektedir. Bu durum anne ve bebeğin birbirlerine bağlanmasını olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Anneler içinde buldukları durum ile başa çıkmakta zorlanabilmekte ve bebeğinin bakım gereksinimlerinin kendilerini yorduğunu düşünebilmektedirler. Hatta anne bebeğinin tüm enerjisini aldığı ve kendini tükenmiş gibi hissedebilir. Oysa anne bebeği ile yeterli iletişimi kurabilmiş olsa bebeğinin bakımında rol almak bir eziyet yada mecburiyet olmaktan çıkıp keyif verici hale dönüşebilmektedir (Bowlby,2012a; 2012b; 2012c; Güneş, 2014)

Depresyon anneyi bilişsel, fiziksel ve sosyal açıdan olumsuz olarak etkilemektedir. Depresyon riski olan anneler bazen sadece bebeğin fiziksel gereksinimleri ile ilgilenmekte ve bebeğin duygusal gereksinimlerini ve iletişim sinyallerini göremeyebilmektedir (Bowlby, 2012b; Pomerleau ve ark, 2003). Bu durum ise annenin bebeğine bağlanmasını olumsuz olarak etkilemekte ve istismar ve ihmali beraberinde getirebilmektedir.

Çalışmalar anneleri ile güvensiz bağlanma tarzına sahip bebeklerin daha çok istismar ve ihmal edildiğini göstermektedir (Deniz, 2006; Zeren ve ark, 2012; Üstündağ ve ark, 2015). Ayrıca dağılmış aile, adölesan annelik, ekonomik durum, depresyon gibi psikolojik sorunlar ihmal/istismara zemin hazırlamaktadır (Bulut, 1996; Polat, 2007; Derman, 2014).

Tüm bu bilgiler doğrultusunda dünyadaki en kutsal görev olarak tanımlanan annelik kavramının kadının hayatında önemli bir dönem olduğu görülmekte ve bir çok farklı değişkenden olumlu yada olumsuz olarak etkilenebilmektedir.

Sağlıklı bir nesil oluşturmada önemli görevler üstlenen annelerin, fiziksel, biyolojik ve psikolojik olarak tam bir olgunluğa ulaşmadan, adölesan dönemde anne olmaları hem kendilerini hemde bebeklerini olumsuz etkilemektedir.

Adölesan anneliğin bir çok farklı nedeni olmakla birlikte çocukluk çağı travmalarının önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Travma öyküsü olan annenin doğum ve annelik gibi zor ve stresli bir durumla karşı karşıya kalmasının depresyon riskini de artırdığı yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (Infurna, 2016; Crugnola ve ark, 2014; Zoroğlu ve ark, 2001; Widom ve ark, 2007). Yetişkin annelerde adölesan anneler kadar bu dönemde sorun yaşayabilmekte ancak baş etme becerileri ve sosyal desteklerinin daha iyi olması nedeniyle bu zorlu dönemi daha kolay atlatabilmektedirler.

Bu nedenlerden dolayı adölesan anneliğin önlenmesi toplumsal bir sorun gibi görünmektedir. Toplumu koruma, eğitme, risk gruplarını belirleme gibi görevleri olan hemşireye bu anlamda önemli görevler düşmektedir. Adölesan anneliğin özellikleri belirlemek, adölesan olmayan anneliğin özelliklerini ön plana çıkarmak, durum saptaması çalışmaları yapmak, adölesan annelik için adölesan annelik için riskleri belirlemek önemli gibi görünmektedir. Bu nedenle bu araştırma adölesan olan ve olmayan annelerde çocukluk çağı travmaları, depresyon ve maternal bağlanmayı incelemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kadın ve Annelik

Tarihsel olarak annelik doğal ve kutsal bir rol olarak görülmüş ve her kadının bir gün anne olmasının dışında bir olasılık yok sayılmıştır. Kadının bilinçli olarak anne olma isteği dahi elinden alınmıştır. Toplumsal nedenlerle bir kadının mutlaka anne olması, soyun devam etmesi, gelecekte ailenin güvencesi olması, mükemmel aile tablosunun tamamlanması ve kadının kendini ispatlaması için çocuk sahibi olunabilmektedir (Başterzi, 2013).

Diğer yandan kadının gebe kaldığı andan itibaren yaşadığı önemli ruhsal, fiziksel, hormonal değişiklikler kadının yaşamında önemli geçiş dönemlerinden olmuştur. Bu geçiş dönemine uyum sağlaması kadının içinde bulunduğu çevresel, kültürel ve ruhsal ortama bağlıdır. Gebelik ve doğum sonrası dönem annenin en hassas olduğu dönemdir. Annenin bu döneme sağlıklı bir şekilde uyum sağlayabilmesi annenin yaşı, gebeliğe hazır ve istekli oluşu, maddi güvencesi, eğitim düzeyi, eş ilişkisi, travma öyküsü ve stres düzeyi ile ilişkilidir. Bu etkenlerin anne için olumsuz olması hem annenin hem de bebeğin sağlığını olumsuz etkilemektedir (Buist, 2006).

Nancy Chodorow, 'Anneliğin Yeniden Üretimi: Toplumsal cinsiyetin sosyolojisi ve psikanalizi' isimli kitabında kadınlar, sadece çocuk doğuran ya da emziren kişi değildir, çocukların beslenmesi, bakılması, büyütülmesinin yanında, çocukla duygusal bağ kurulması, çocuğun duygusal, ahlaki hatta bilişsel gelişimi için bile uğraşmak annenin sorumluluğundadır, bu nedenle annelik sadece çocuk doğurmakla ilişkilendirilemez demiştir (Akt. Başterzi, 2013).

Annelik kavramına yüklenen sosyal ve kültürel anlam kadınların sürekli yüksek performans sergilemelerini gerektirmektedir. Annelikten beklenen bu ağır yük altında kadınlar ezilmekte ve bir çok ruhsal sorunla karşı karşıya kalmaktadırlar.

2.2. Adölesan Annelik

Adölesan annelik 10-19 yaş arasındaki kadınların anneliği anlamına gelmektedir. Bazı yazarlar 15-19 yaş arasındakileri adölesan, 10-14 yaş arasındakileri ise erken adölesan olarak ikiye ayırır (Aydın, 2013; Keskinoglu ve ark, 2007).

Çocuk sahibi olmaya başlanılan yaşın hem demografik, hem de anne ve çocuk sağlığı açısından önemli sonuçları vardır. Adölesan annelik, anne ve bebeği olumsuz yönde etkileyen önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Dünya yüzeyindeki yaklaşık tüm doğumların onda biri olan 15 milyon bebek adölesan anneler tarafından dünyaya getirilmektedir (Can ve ark, 2012).

Dünyada adölesan anneliğin en yaygın olduğu ülke Amerika Birleşik Devletleri'dir. ABD'de günde yaklaşık 3000 adölesanın gebe kaldığı belirtilmektedir. Adölesan annelik oranı tüm Doğu Avrupa Ülkeleri'nde ABD'den daha düşüktür. Danimarka'da birçok ülkenin tersine 20 yaş altındaki kadınlar arasındaki doğum oranı yok denecek kadar azdır. 20 yaş altındaki kadınların doğurduğu bebeklerin sayısı ya da adölesan doğurganlığı İngiltere'de bin canlı doğumda 32 iken, Hollanda'da binde dört olduğu belirtilmiştir (Başer, 2000; Keskinoglu ve ark, 2007).

Ülkemizde 1990'larda adölesan doğum oranı %0.90 civarındadır (Kütük, 2012). TNSA-2013 sonuçlarına göre, adölesan dönemde olan kadınların neredeyse yüzde 5'i çocuk doğurmaya başlamıştır: Bu yaştaki kadınların yüzde 3'ünün bir canlı doğumu olmuştur; yüzde 1'i ise araştırma tarihinde ilk çocuğuna hamiledir. TNSA-2008'den bu yana çocuk sahibi olmaya başlayan adölesanların oranında bir düşüş olmuştur. Bu oran 2008'de yüzde 6 iken, günümüzde yüzde 5'e gerilemiştir.

Gebeliğin anneye yüklediği metabolik ve psikolojik yükler adölesan dönemin getirdiği yüklerle birleştiğinde gebelik sürecinde ek sağlık problemler olmadığında bile riskli gebelik kategorisinde yer almasına neden olmaktadır. Ölüm oranı adölesan dönemde oldukça düşük olmasına rağmen adölesan annelik ölüm oranınının daha fazla artmasına neden olmaktadır (Kütük, 2012; Çolak, 2012).

Adölesan anneler ile adölesan annelerden doğan bebekler ölüm ya da hastalık riski taşımalarından dolayı adölesan dönemdeki doğurganlık, önemli sağlık sorunu oluşturmaktadır. Bu konuda yapılan araştırmalar adölesan yaşta doğum yapan annelerin

doğum öncesi bakımlarının yeterli düzeyde olmadığını ve komplikasyonlarla daha sık karşılaşıldığını göstermektedir (Karakaya, 2009; Melekoğlu, 2012).

Dünyada her yıl 14-15 milyon adölesan kadın anne olmakta, sağlıksız olarak meydana gelen düşüklerin dörtte biri adölesan yaş grubundaki kadınlarda görülmektedir. Yine cinsel yolla bulaşan Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome; İnsan İmmun Yetmezlik Virüsü/Kazanılmış İmmun Yetmezlik Sendromu (HIV/AIDS) vakalarının bir kısmı adölesanlar da görülmektedir. Yeterli eğitim düzeyine sahip olmama ve etkili bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanılamaması cinsel yolla bulaşan hastalık riskini artırmaktadır (Karakaya 2009; Aydın 2013)

Adölesan dönemdeki kadınların cinsel ilişki, gebelikten korunma yolları, gebelik, düşük, anne olma, bebek beslenmesi ve bakımı gibi konularda bilgileri yetişkin kadınlara göre yeterli olmamakta, bunun sonucunda meydana gelen gebelik sadece adölesanların kendi yaşamlarına değil, aile ve doğacak olan bebeğe de ciddi yükler getirmektedir. Bu nedenle adölesanlara cinsellik, gebelik ve ebeveyn olma konularında eğitim verilmesi, sorunun zamanında tespit edilmesi ve çözüm yollarının sağlanması büyük önem taşımaktadır (Çöl ve ark, 1994; Çolak 2012).

2.2.1. Adölesan Anneliğın Nedenleri ve Sonuçları

Adölesan dönemde hem fiziksel hem de psikososyal gelişme ile meydana gelen cinsel aktivite ve davranış değişiklikleri, aynı zamanda kişinin yaşadığı toplumdan da etkilenmektedir. Adölesan dönemde evlenmeden önce cinsel ilişkide bulunmak sanayi toplumlarında daha fazla oranda görülmekte, bunun sonucu olarak da adölesan gebelikler ve okulda başarısızlık gibi sosyal problemler meydana gelmektedir (Demirgöz ve Canbulat, 2008; Ercan, 2005).

Aile içi şiddet, geçimsizlik, baskı, çocuk sevgisinin yokluğu, küçük yaşlarda anne veya babadan birinin kaybedilmesi ve üvey anne veya babaya sahip olunması çocuklarda evlenme sonucunda bu durumdan kurtulunacağı inancını geliştirmekte ve erken yaşta evliliklere yol açmaktadır. Bunun sonucunda da adölesan annelikler meydana gelmektedir. Eğitim seviyesi düşük ailelerde çocukların eğitimine yeterli özen gösterilmemekte ve çocuk ekonomik yetersizlikler dolayısıyla başlık parası karşılığında evlendirilebilmektedir (Can ve ark, 2012).

Evlilik yaşı hakkındaki hukuki durum karmaşık bir yapıya sahiptir. Birçok ülkede evlenme yaşıyla ilgili olan yasalar, ailenin rızası olmadan yapılan evliliklerde uygulanmaktadır. Kültürel ve geleneksel değerlerle çocuklarının evlenmelerini biran önce görme arzusu nedeniyle anne ve baba erken evliliğe sıcak bakmakta, adölesan kadınları ailelerine maddi açıdan yük olarak gören aileler, çeyiz veya başlık parası gibi geleneklerle erken evliliğe zorlayabilmektedirler (Boran ve ark, 2013).

Ülkemizde 4271 sayılı Türk Medeni Kanununa 124. maddesine göre 17 yaşını doldurmadan bireyler evlenemezler. Yine aynı yasaya göre yargıç izni ile 16 yaşını doldurmuş erkek veya kadın evlenebilmektedir.

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin yaratmış olduğu ayrımcılık sonucunda özellikle kız çocuklarının gözü açılmadan evlendirilmesinin gerektiği düşünülmektedir. Küçük yaşta yapılan evlilikle kocaya itaatin ve yeni yuvaya uyumun daha kolay sağlanacağına inanılmakta, erkek aileleri de kendilerine uyumu daha kolay olsun diye mümkün olduğunca küçük yaşta gelin almak istemektedirler (Can ve ark, 2012; Boran ve ark, 2013).

Başta kızlar olmak üzere çocuklara yapılan “Evde kalırsın”, “Bahtın kapanır”, “Yaşın geçerse seni kimse almaz”, “Bir an önce evlen ve çocuk yap” ve benzeri baskılar da erken evlenme talebini arttırmaktadır.

Bunların dışında tacize veya tecavüze uğrayan kız çocuklarının tecavüzcüsüyle ya da başka birisiyle hemen evlendirilmesi, kaçma veya kaçırılma gibi durumlar da erken yaşta evliliklere sebep olmaktadır. Ayrıca zorunlu göç sebebiyle insanların yaşadığı ekonomik ve kültürel kaos erken yaşta evlilikleri artıran faktörler arasındadır (Can ve ark, 2012; Keser, 2011).

Görüldüğü üzere adölesan anneliğin oluşmasına yol açan değişik etmenler bulunmaktadır. Toplumlara göre değişen evlenme yaşı, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, aile yapısı, dini inançlar, geleneksel davranış ve tutumlar ile aile planlaması hizmetlerine ulaşma durumu adölesan gebeliklerin meydana gelmesine yol açan etmenler arasında yer almaktadır.

Adölesan annelik geliştirmekte olan ülkeler kadar gelişmiş ülkelerde de ciddi bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Ülkemizde 15-19 yaşları arasında evli kadınlar 15-49 yaş

arası evli kadınların % 2.5 'ini oluşturduğu halde gebeliğe bağlı ölümlerin % 5.9' u 15-19 yaş grubundadır. 20- 24 yaş grubunda gebeliğe bağlı ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 15,7 iken, 15-19 yaş grubunda bu oran 18,7'ye yükselmektedir (Kütük, 2000). Yapılan çalışmalar 18 yaş altı gebeliklerin anne ölüm hızı açısından riskli grupta olduğunu göstermiştir (Melekoğlu, 2012).

Yeterli eğitime ve ekonomik özgürlüğe sahip olmayan adölesan annelerde doğum öncesi yeterli izlemin yapılmaması ve gerekli olan bakımın alınmaması sonucu konjenital anomali sıklığı artmaktadır (Karakaya, 2009; Taner, 2012).

Yapılan araştırmalarda adölesan annelerden doğan bebeklerde neonatal mortalite oranı daha yüksek bulunmuştur. Hollanda'da yapılan bir araştırmada 15-19 yaşları arasındaki gebelerde ölü doğum riski, 20 yaş üzeri kadınlara göre daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir (Akt: Demircöz ve Canbulat, 2008).

Yüksek riskli gebelik olarak kabul edilen adölesan gebeliklerinde yeni doğanın düşük doğum ağırlıklı olması, prematürite, gestasyonel hipertansiyon, gebeliğe bağlı diyabet ile preterm erken membran rüptürü gibi kötü obstetrik sonuçlar nedeniyle bebeğin yoğun bakım gereksinimi olabilmekte ve bu süreçte anne ve bebek birbirinden uzak kalmaktadırlar (Çöl ve ark, 1994; Çolak, 2012).

Doğumdan sonra adölesan annelerde önemli sorunlardan birisi emzirmenin başlatılması ve devam ettirilmesidir. Adölesan anne bu durumun önemini kavrayamamakta emzirme davranışı yeterli anlamda yapılmamaktadır. Anne ve bebek arasında kurulması beklenen bağda bu nedenle aksaklıklar ve gecikmeler olabilmektedir (Breech ve Quint, 2006; Balçık ve Can, 2014).

Adölesan annelerde yaşanan doğum sonu sorunlar nedeni ile anne bebeğin bakımında aktif olarak yer alamamakta bu durum ise annenin bebeği ile olan etkileşimini azaltmaktadır. Bunun sonucunda ise anne bebek arasında bağlanma problemleri yaşanmaktadır (Abasi ve ark, 2012; Crugnola ve ark, 2014).

2.2.2. Dünyada ve Türkiye'de Adölesan Annelik Sorunu

Fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan tam bir olgunluğa ulaşmamış kadınların anne olması halk sağlığı açısından önemli bir sorun teşkil etmektedir. Bu durum hem kadının hem çocuğun sağlığını olumsuz etkilemektedir (Çolak, 2012; Güner, 2007).

Dünyada adölesan anneliğin görülme sıklığı geleneksel davranışlar, evlenme yaşı, dini inançlar, aile yapısı, aile planlaması hizmetlerine erişim, eğitim ve ekonomik durum gibi kültürel ve sosyoekonomik farklılıklara bağlı olarak % 3,2- % 42,0 arasında değişirken, bu oran Avrupa'da % 0,9-21,0 Amerika Birleşik Devletleri'de % 10,6, Latin Amerika'da % 18,4'dür. Gelişmiş ülkelerde meydana gelen adölesan gebeliklerin büyük bir kısmı planlanmadan ve evlilik dışı olan gebeliklerdir (Başer, 2000; Çolak, 2012; Demirgöz ve Canbolat, 2008).

Gelişmiş ülkeler de adölesan annelik oranının giderek arttığı görülmektedir. Ancak, bu ülkelerle aramızda sosyo-kültürel farklılıkların olması, sorunun biraz daha farklı biçimlenmesine neden olmaktadır. Örneğin; bu ülkelerde adölesan annelik, evlilik dışı olmakta, bazı sosyal ve psikolojik zorlukları içermektedir. Ülkemizde ise, erken annelikte esas belirleyici faktör, erken evliliklerdir (Çöl ve ark, 1994; Özcebe, 2002).

TNSA 2013 sonuçlarına göre adölesan dönemde anne olma oranı %4,6'dır. Anne olma oranı 18 yaşından sonra keskin bir şekilde artmaktadır. Anne olma oranı 17 yaşından önce nadirdir ancak 19 yaşındaki kadınların %16'sı anne olmuştur. Eğitim açısından bakıldığında da eğitimi yok yada ilkokulu bitirmemiş kişilerde %17,1, hane refahı açısından ise düşük refah düzeyinde %7,7'dir. Kırsal alanda adölesan anne olma oranı % 6,3 iken, kentte bu oran %4,2 ye düşmektedir. Ülkemizde adölesan annelik oranı Batıda %3 iken, Güney, Orta ve Doğuda bu oran yaklaşık %6'dır (TNSA, 2013).

Doğum öncesi sağlık personelinden bakım alma oranı TNSA 2013 verilerine göre 20 yaş altında %94 iken, 20-34 yaş arasında %97,4 tür. Yeterli ekonomik özgürlüğe sahip olmayan adölesan anneler doğum öncesinde yeterli bakım alamayabilmektedirler. Anne eğitimi ve ekonomik açıdan ele alındığında ilkokul bitirmemiş/eğitimi olmayanlarda ve düşük refah düzeyinde %91'e düşmektedir.

Ülkemizde adölesan gebelik oranı % 35'dir ve toplam nüfusun büyük bir kısmı adölesan gebeler tarafından dünyaya getirilmektedir. Bu durum dünya ülkeleri gibi

ülkemiz içinde çok önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Türkiye'de evlilik, çocuk doğurmak için toplumsal olarak kabul gören dönemin başlangıcıdır. Erken evlilik yaşının doğumlar üzerinde önemli bir etkisi vardır; daha erken yaşlarda evlenen kadınlar ortalama olarak daha uzun süre gebelik riski altına girmekte, bu da genellikle yaşam boyunca daha fazla sayıda doğuma yol açabilmektedir (Aydın, 2013).

Yapılan çalışmalar 25-49 yaşlarında ki kadınların %41'inin 20 yaşından önce, %22'sinin 18 yaşına kadar, %4'ünün de 15.yaş gününden önce evlendiklerini ortaya koymuştur. Adölesanlar, toplumun önemli bir kısmını oluşturmakla birlikte, bir o kadar da önemli oranda ihmale uğrayan gruplardan biridir. Adölesan grup, fiziksel, ruhsal ve sosyal durumlarında daha fazla sorunla karşılaşabilen ve bu durumlarında meydana gelen değişikliklerden daha fazla etkilenebilen grup olmaktadır ki, bu sorunları çözmekte zaman zaman çaresiz kalmaktadırlar (Melekoğlu, 2012; TNSA, 2013; Aydın, 2013) .

2.3. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları bir çok farklı bileşeni içinde barındırmaktadır. Savaşlar, doğal afetler yada riskli aile davranışları gibi etkenler çocuklarda travmalara neden olabilmektedir. Çocukluk çağı travmaları, bireyin kendisinin ihmali ve istismarı dışındaki olayları da kapsayabileceğinden dolayı çalışmada çocuk istismarı ve ihmalinin tanımlanmasının çalışmaya daha uygun olacağı düşünüldüğünden çocukluk çağı travmaları kapsamında çocuk istismarı ve ihmali incelenmiştir.

Çocuk istismarı ve ihmali, anne, baba yada bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen yada kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. Bu eylem ya da eylemsizlikler sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlığının tehlikeye girmesi söz konusu olabilmektedir (Tıraşçı ve Gönen, 2007). İhmal ve istismarı birbirinden ayıran, istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir olgu olmasıdır (Polat, 2007).

2.3.1. İstismar

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1985 yılında çocuk istismarını " çocuğun sağlığı, fiziki ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen; bir yetişkinin, toplumun veya ülkenin bilerek yada bilmeyerek yaptığı tüm davranışlardır" şeklinde tanımlamıştır. Toplumlarda yada ülkelerde meydana gelen değişimlere bağlı olarak 2002 yılında yeni bir tanımlama yapılmıştır. Bu tanıma göre " Çocuğun sağlık, büyüme ve gelişimini olumsuz yönde etkileyecek olan her türlü fiziksel, duygusal, cinsel ihmal veya ihmale neden olacak ticari reklam amaçlı yada diğer bütün etkileme şekilleri da dahil olmak üzere her türlü tutum ve davranışlara maruz kalması çocuk istismarı olarak kabul edilmelidir. "

Polat'a (2007) göre çocuk istismarı, çocuğun bakımından sorumlu yetişkin bireylerin, çocuğun fiziksel, gelişimsel ve psikolojik açıdan iyi olma halini olumsuz yönde etkileyen tutum ve davranışlarıdır.

Taner ve Gökler (2004) ana, baba ya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz ya da hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen yada kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür şeklinde ifade etmektedir.

UNICEF'in (Birleşmiş Milletler Yardım Fonu) 14 Mart 1986 tarihli raporuna göre çocuk istismarını belirleyen etkenler:

- Bilinçli olarak çocuğa zarar verilmesi,
- Bir ya da birden çok çocuğun zarar görmesi,
- Sosyal açıdan yasaklanmış bir davranışın olması,
- Davranışın istismar olduğu konusunda uluslararası düzeyde görüş birliğinin ifade edilmesidir (Bayraktar, 2015).

İstismarı tanımlarken anahtar kelime olarak "Tekrar etmesi, kasıtlı olması, çocuğun fiziksel, zihinsel, psikososyal gelişimini ve sağlığını olumsuz etkilemesi" gibi nitelikler dikkat çekmektedir (Keene ve Epps, 2016). Çocuk istismarında temel faktör insan eyleminden kaynaklanan bir olaya bağlı olarak meydana gelmesi gerektiğidir. Eylemin

zarar verici olmasından öte yasaklanmış olması da önemlidir. Çocuk istismarının boyutları ise şu şekilde değerlendirilmektedir (Polat, 2001):

1. Kasıtlılık: Kasıt, bir eylemin çocuğa acı verme, incitme ya da zarar verme amacını taşıması olarak düşünülebilir. Bir anne çocuğunu cezalandırmak amacıyla şiddet uygularsa bu eylem biliçli olarak zarar vermek için yapılmıştır ve istismar söz konusudur (Polat, 2001).

2. Toplumsal onaylama-toplumsal eleştiri: Çocuk istismarını ilgilendiren eylemler genel olarak kültürel değerlere göre farklılık göstermektedir. Örneğin ilkel kabilelerin çocuklarını cezalandırma yöntemleri gelişmiş ülkelerde istismar olarak değerlendirilebilmektedir (Polat, 2001).

3. Uluslararası uzlaşma: Bir davranışın sadece bir kültürde değil uluslararası platformda istismar olarak değerlendirilmesidir.

4. Toplumsal bireysel neden: Çocuk istismarı hem bireysel hem de toplumsal nedenler içermektedir. Ancak bireylerin neden olduğu durumlar toplumların veya kurumların yol açtığı durumlara göre daha fazla istismar olarak düşünülmektedir. Bu tür davranışlar her ne kadar bireysel olarak düşünülse de toplumsal sonuçları olduğunda göz ardı edilmemelidir.

2.3.1.1. İstismarı Etkileyen Etmenler

Her yaş, cinsiyet, ırk, etnik grup ve sosyo-ekonomik düzeyden çocuklar kötü istismara kalabilirler. Fakat ebeveynlerin, çocukların ve ailelerin bazı özellikleri de istismar riskini arttırmaktadır. Bu risk faktörleri ebeveyn, çocuk, çevresel ve olağanüstü haller olmak üzere dört grupta toplanabilir.

Polat (2007) ve Bayraktar'a (2015) göre istismar nedenleri birbirinden kesin çizgilerle ayrılmış değildir. Aksine doğrudan birbiri ile ilişkilidirler. Bu etmenler :

1. Anne ve babaya ait etmenler

- Çocukluk döneminde istismar öykülerinin olması,
- Genç yaşta anne ve baba olma,

- İstenmeyen gebelikler sonucu doğmuş çocuklar,
- Anne ölümüne neden olmuş bir gebelik sonucu doğmuş olma,
- Sosyal destek yetersizliği,
- Tek başına anne- babalık,
- Aile içi sorunlar,
- Aile üyelerinin kişilik problemleri, özgüven eksikliği, çevreye şüpheli yaklaşımları,
- Eşler arasındaki cinsel uyumsuzluk ve ya doyumsuzluk,
- Aile içi şiddet varlığı,
- Anne ve babanın herhangi birinin ciddi sağlık sorunları,
- Zararlı alışkanlıklar (alkol, madde bağımlılığı, sigara, kumar ve eğlence düşkünlüğü),
- Düşük eğitim düzeyi,
- Anne veya babanın çocuğu sürekli başkaları ile kıyaslaması
- Çok eşlilik, ekonomik sorunlar (Deveci ve Açık, 2003; Polat, 2007; Bayraktar 2015).

2. Çocuğa ait etkenler

- Gebelik boyunca annenin ruhsal ve bedensel sağlık sorunları yaşaması,
- Çocuğun istenmemesi (zamansız gebelik, gayrimeşru gebelik),
- İstenilen cinsiyette olmaması,
- Ailedeki çocuk sayısı,
- Duygusal ve fiziksel olarak bakım gereksiniminin olması,
- İletişim bozukluklarının olması,

- Eğitim ile ilgili sorunlar,
- Çocuğun yaşının küçük olması (Bayraktar, 2015).

3. Çevreye ait etkenler

- Sosyoekonomik düzey,
- Yabancı bir kültürde yaşama,
- Kültürel değerler,
- Kalabalık kentlerde yaşama,
- Toplumsal desteğin olmaması ya da yetersiz olmasıdır (Bayraktar, 2015).

4. Olağanüstü Haller

Depremler, savaşlar, seller ve salgın hastalıklar gibi durumlarda çocuk kaçırma ve çocuk ticareti gibi olumsuz olaylar artabilmektedir.

Zamanla ve içinde bulunulan duruma göre ise istismar kavramı normalleşebilmektedir. Başlık parası karşılığında evliliklere bağlı olarak çocuk gelin kavramının olması gibi. Ancak kız çocuklarının küçük yaşta evlendirilmesi çeşitli fiziksel ve ruhsal sorunlara neden olabilmektedir (Bayraktar, 2015).

2.3.1.2. İstismar Türleri

İstismar türleri fiziksel, duygusal ve cinsel olmak üzere üç kısımdan oluşmaktadır.

2.3.1.2.1. Fiziksel istismar

Fiziksel istismar en geniş anlamda “çocuğun kaza dışı yaralanması” olarak tanımlanabilir. En yaygın rastlanılan ve en kolay belirlenen istismar türüdür (Ünal, 2008; Tıraşçı ve Gören, 2007).

Taner ve Gökler (2004)'e göre fiziksel istismar, 18 yaşından küçük çocuk ya da gencin ana babası ya da bakımından sorumlu başka kişi tarafından sağlığına zarar verecek biçimde fiziksel hasara uğraması, yaralanması ya da yaralanma riskinin olmasıdır. Bu

hasar; elle ya da bir nesneyle vurularak, itilerek, sarsılarak, yakılarak ya da ısırılarak meydana gelmiş olabilir. İstismarın mutlaka çocuk tarafından algılanması ya da yapan kişi tarafından bilinçli olarak yapılması gerekmemektedir (Önal ve ark, 2013).

Keene ve Epps (2016) 'e göre çocuğun fiziksel istismarında en önemli neden, zarar veren kişinin içe kapanık olması, saldırgan davranışları ve çocukluk çağı travmasının olmasıdır. Ayrıca çevresel, bilişsel ve duygusal faktörlerde etkili olabilmektedir.

Çocuğun ağzına biber sürmek, sarsmak, kulağını ve saçını çekmek, çocuğun vücudunun herhangi bir yerine hafif şiddette veya parmakla vurmak gibi fiziksel cezalandırmalar orta derecede fiziksel istismar olarak kabul edilirken; çocuğa şiddetli elle veya ayakla vurmak, yakmak, boğmak gibi fiziksel cezalandırmalar ise şiddetli fiziksel istismar olarak görülmektedir. Buradaki en önemli sorun fiziksel istismar olarak tanımlanan bu cezalandırma şekillerinin bazı kültürlerde çocukların terbiyesinde normal kabul edilmesidir (Toptaş, 2004).

Ülkemizde 1998 yılında Başbakanlık Aile araştırma kurumunun yaptığı çalışmaya göre çocukların %46'sının, Bulut (1996)'un Türkiye genelinde yaptığı çalışmada ise %45'nin ihmal ve istismara maruz kaldığı bildirilmiştir. En fazla görülen istismar türü ise fiziksel istismardır. Çocukların %65,72'si fiziksel istismara maruz kalmaktadır (Çocuk ve Gençlik Merkezi, 2006). Görüldüğü gibi bu oranlar oldukça yüksektir ancak bu oranların sadece belirlenenler olduğu gerçek rakamların çok daha yüksek olabileceğide dikkatten kaçmamalıdır.

Ülkemizde fiziksel istismar oranının yüksek olmasının nedenlerinden biri ülkemizde şiddetin disiplin yöntemi olarak kullanılması olabilir. Çocuğu dayakla disipline etme düşüncesi o kadar normalleşmiştir ki bununla ilgili deyişler bile göze çarpmaktadır. Bu konu ile ilgili olarak "Kızını dövmeleyen dizini döver", "Dayak cennetten çıkmadır" gibi örnekler verilebilir (Pelendecioğlu ve Bulut, 2004). Ankara da aileler, çocuk doktorları ve tıp öğrencileri arasından hangi disiplin yönteminin kabul edilebilir olduğunu araştırmak için yapılan çalışmada katılımcıların yarıya yakınının dayağı kabul edilebilir bulduğu ve çocukluğunda şiddet görmüş katılımcılarda ve düşük eğitim düzeyi olanlarda daha fazla olduğu belirtilmiştir (Orhon ve ark, 2006; Derman, 2014).

Güler ve ark (2002)'nin yapmış olduğu çalışmada annelerin çocuğuna karşı istismar davranışları incelenmiş; annelerin %53.8'inin çocuklarına tokat vurma, %23.1'inin de dövme ve çimdikleme davranışını gösterdikleri belirlenmiştir. Bu durum ülkemizde fiziksel istismarın bir terbiye yöntemi olarak kullanıldığını göstermektedir.

Fiziksel istismar ve ihmalin yaygınlığının tam olarak belirlenmesi oldukça güç olmakla birlikte, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de fiziksel istismarın 5-20/1,000 civarında olduğu bildirilmektedir. Fiziksel istismarın çoğunlukla “kaza” olduğu düşünülerek gözden kaçırılmaktadır. Fiziksel istismarda kız erkek oranı arasında bir fark bulunmamaktadır. Ancak cinsiyet dağılımı yaş ile değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin; ergenlik çağında kızlar erkeklere oranla daha fazla fiziksel istismara uğrayabilmektedirler (Taner ve Gökler, 2004; Pelendecioğlu ve Bulut, 2004).

2.3.1.2.2. Duygusal İstismar

2.3.1.2.2.1. Tanım ve Yaygınlık

Bayraktar (2015)'a göre duygusal istismar, çocuk ve gençlerin gereksinim duydukları ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılarak psikolojik olarak zarar görmeleridir.

Toptaş'a (2004) göre duygusal istismar, ebeveyn ya da çevredeki diğer yetişkinlerin çocuğun yeteneklerinin üstünde istek ve beklentilerinin olması ve saldırganca davranmalarıdır.

Duygusal istismar tanımlanması en zor ve en fazla karşılaşılan istismar türüdür. İki yaşından küçük çocukları olan ana babaların %90'ından fazlasının çocuklarına psikolojik olarak zarar verecek şekilde davrandıkları belirtilmiştir (Straus ve Field, 2003). Erken yaşlarda maruz kalınan duygusal istismar çocuklarda bir çok soruna neden olmaktadır.

Duygusal istismar, bağlanma bozuklukları, depresyon, kaygı bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve davranım bozukluğu gibi ruhsal ve gelişimsel bozuklukların etkenlerindedir (Bayraktar, 2015).

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (2010) tarafından yapılan bir çalışmada bütün çocuk katılımcılar, yaş, cinsiyet ve bölge farkı olmaksızın istismarın sırasıyla ev, okul ve sokakta gerçekleştiğini; istismar eden kişilerin de sırasıyla baba, öğretmen, anne, arkadaş ve komşu olduğunu ifade etmişlerdir.

Bir davranışın duygusal istismar olarak değerlendirilmesi için o davranışa sürekli olarak maruz kalınması gerekir. Ara sıra yapılan ve özür dilenen davranışlar istismar olarak değerlendirilmez (Bayraktar, 2015).

Tonmyr ve ark (2011) göre, Amerika'da toplum temelli yapılan çalışmalarda duygusal istismar oranı 2- 17 yaş arasında yaklaşık %10'dur. Kanada da ise çocuk istismarı ve ihmali oranı 1998 de %0. 09 iken bu oran 2003 yılında % 0.32'ye yükselmiş olduğu belirtilmiştir.

Zoroğlu ve ark (2001) yapmış oldukları çalışmalarında sıklık açısından ilk sırada duygusal istismarın daha sonra fiziksel ve cinsel istismarın geldiğini bildirmişlerdir.

Duygusal istismar; aşağılama, korkutma, sevgi gereksinimini görmezden gelme, kaçınma yada onu kendinden uzaklaştırma, hapsedme ya da aile içinde şiddete tanık olmaktan korumama şeklinde gerçekleşebilir (Polat, 2007; Derman, 2014).

Ülkemizde aile içi istismara atıfta bulunan çalışmalar yapılmıştır. Örneğin ana babaların çocuğun istenmeyen davranışlarını azaltmak için tehdit etme, dayak yada bağırma gibi yöntemlere çok sık başvurdukları belirtilmiştir (Güler ve ark, 2002; Üstündağ ve ark, 2015) Ülkemizde ana babalar, tıp hekimleri ve tıp öğrencileri dahi duygusal istismarı bir disiplin yöntemi olarak görmektedir. Bu noktada kültürel değerlerin ön planda olduğu düşünülmektedir (Orhon ve ark, 2006)

2.3.1.2.2.2. Risk Etmenleri ve Sonuçları

Anne ve babaların çocuklarına uyguladıkları disiplin yöntemleri arasında ödül ve ceza yöntemi yer almaktadır. Bu davranışlar yapıcı olduğu kadar zarar verici sonuçlarda doğurabilmektedir. Disiplin yöntemlerinin belirlenmesi, zamana ve yerine uygun kullanılması sonucunda olumlu sonuçlar alınabilir.

Ülkemizde annelerin çocuklarını sevdiklerini belli etmemeleri, çocuklarının ahlakının bozulmaması ve şımarmamaları için, bir disipline etme aracı olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle anneler çoğunlukla çocuklarını sevdiklerini belli etmemekte, bağırma ve azarlama davranışlarını çocuğun eğitimi için gerekli davranışlar olarak düşünmektedirler. Ancak bu noktada anneler çocuğun sevgi gereksinimini göz ardı etmekte ve çocuklarını duygusal olarak istismar etmektedirler (Güler ve ark, 2002; Üstündağ ve ark, 2015).

Annelerin öğrenim düzeyi düştükçe çocuklarına fiziksel istismar/ihmal davranışının arttığı görülmektedir. Ancak bulgular incelendiğinde annelerin öğrenim durumu, yaşı, aile

yapısı, ekonomik durumu ne olursa olsun çocuklarına duygusal istismar/ihtmal davranışı uyguladıkları görülmektedir (Güler ve ark, 2002; Pamerleu, 2003; Bayraktar, 2015).

Güler ve ark (2002)'nin yaptığı çalışmada bakmakla yükümlü olduğu çocuk sayısı fazla olan annelerin büyük çoğunluğu çocuklarına fiziksel istismar ve ihtmal davranışında bulunmuştur.

Derman (2014)'a göre; duygusal istismara maruz kalmış çocuklarda bazı ruhsal-davranışsal belirtilere daha fazla rastlanmaktadır. Bu davranışlar;

- Çocuğun zihinsel gelişim düzeyi ile uyumsuz akademik başarısızlıklar,
- Güvensizlik, benlik saygısında düşüklük,
- Çekingenlik, içe dönüklük,
- Sosyal ilişkileri başlatma ve sürdürme güçlüğü,
- Hırçınlık ve saldırganlıktır.

Taner ve Gökler (2004)'e göre duygusal istismara maruz kalan çocuklarda dışavurum ve içe atım sorunları, sosyal ilişkilerde bozukluk, kendine güvende azalma, intihar davranışı, çocukluk çağı mastürbasyonu ve birçok psikolojik sorun gelişebilmektedir.

Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda aileden uzaklaşma, gergin olma, bağımlı kişilik, değersizlik duyguları geliştirme, uyumsuzluk ve saldırgan davranışlar daha fazla görülmektedir. Duygusal istismar diğer istismar türleri ile olabileceği gibi tek başında görülebilmektedir. Aynı zamanda duygusal istismara bağlı hasarlarfiziksel istismar kadar zedeleyicidir, buna karşın belirlenmesi çok daha zordur (Kara ve ark, 2004).

2.3.1.2.3. Cinsel İstismar

2.3.1.2.3.1. Tanım ve Yaygınlık

Cinsel istismar, çocuğun en az altı yaş büyük bir kişi tarafından cinsel doyum için zorla veya ikna edilerek kullanılması ya da başkasının bu amaçla çocuğu kullanmasına göz yumulmasıdır (Önal ve ark, 2013).

Bayraktar'a (2015) göre cinsel istismar yetişkinlerin cinsel doyum için kandırarak, ikna ederek, ayartarak, zorlayarak ya da mecbur bırakarak çocuklarla ilişki kurması ya da pornografiye yönlendirilmesi şeklinde tanımlanmıştır.

Taner ve Gökler (2004) bir erişkinin cinsel istek ve gereksinimini karşılamak için çocukları araç olarak kullanmasıdır şeklinde tanımlamıştır.

Cinsel istismar dünyanın her yerinde ve her türlü sosyal, ekonomik ve kültürel düzeylerde ki toplumlarda ve ailelerde görülebilmektedir (Bayraktar, 2015).Cinsel istismar davranışları arasında çocuğun genital bölgelerine dokunma, teşhircilik, röntgencilik, çocuğu pornografi ve fuhuş malzemesi yapma, cinselliğe teşvik eden konuşmalar ve pornografik film seyrettirme gibi davranışlar vardır (Topbaş, 2004).

Çocuk istismarı sadece ülkemizde değil diğer bir çok ülkede de suç olarak tanımlanmasına rağmen çocuk istismarının bazı özel formları, örneğin küçük yaşta evlilikler, sosyokültürel kökenlerinin derinliği nedeniyle yine bir çok ülkede cinsel istismar olarak değerlendirilmemektedir. Evlilik genellikle kadına yönelik cinsel şiddeti yasallaştırmak için kullanılmaktadır ve reşit olmayan kişilerin ve özellikle küçük kız çocuklarının evlendirilmesi gelenek olmaktan çok yasal bir sorundur (Keser, 2011).

Taner ve Gökler (2004), cinsel istismarın sık rastlanan ve genelde yıllarca süren bir durum olduğunu ve genellikle gizli kaldığını belirtmiştir. Vakaların çok azının bildirildiği düşünülmektedir. Cinsel istismarın yaygınlığı konusunda bildirilen oranlar büyük farklılıklar göstermektedir (kadınlar için %6-62, erkekler için %3-39). Gerçek yaygınlığın kadınlar için %12-17, erkekler için %5-8 olduğu öngörülmektedir. Cinsel istismar her yaş kız ve erkekte görülebileceği gibi, özellikle de okul çağı ve ergenlik dönemindeki kızlarda daha fazla oranda karşılaşılmaktadır (Bilir ve ark, 1991).

2.3.1.2.3.2. Risk Etmenleri ve Sonuçları

Çocuk istismarı ve ihmalinin nedenleri karmaşık, kısa ve uzun vadede psikolojik yönden önemli olumsuz sonuçların yaşanmasına, bireyin yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olan ciddi bir toplumsal sorundur (Çeçen, 2007).

Çocukluk çağı istismarı genellikle gün yüzüne çıkarılmaz. Gizlilik olayın sürekli hale gelmesinde önemli rol oynamaktadır. Çoğu zaman bu durum yetişkinlik dönemine kadar

saklanır. Gizli tutma davranışının temelinde işlediği günahın dolayı ayıplanacağı, cezalandırılacağı ya da suçlanacağı korkusu yer alır (Bayraktar, 2015).

Toplumda çocuğun cinsel istismarı ile ilgili bazı yanlış inanışlar ve düşünceler yer almaktadır. Bu inanış ve düşüncelerin temelinde cinsel istismar gibi ciddi zararları olan bir konunun varlığını kabul edememe yatmaktadır. Genellikle çocuğun hikaye uydurduğuna ve zihninde oluşturduğu hikayelerin ürünü olduğuna inanılır oysa çocukların bu konuda bilgileri olmadığını için hikaye üretmelerinde mümkün değildir (Polat, 2007).

Ulukol' a göre (2014) çocuğun cinsel istismarına neden olabilecek risk faktörleri üç grupta toplanabilmektedir. Bunlar;

Aile ve ebeveynle ilişkili faktörler

- Genç ebeveyn olmak,
- Yalnız ebeveyn olmak,
- Düşük eğitim seviyesi,
- Alkol uyuşturucu madde kullanımı,
- Çocukluk istismarı öyküsü,
- Psikolojik sorunlarının olmasıdır (Kendini yetersiz ve değersiz hissetme, benlik saygısı azalması, kişilik bozuklukları).

Toplumla ilişkili faktörler

- Çocuğu koruyan yasaların yetersizliği,
- Çocuğa verilen değerin yetersiz olması,
- Toplumda cinsel eşitsizlik ,
- Pedofili,
- Kontrolsüz internet,
- Çocuğun statüsünü düşüren toplumsal ve kültürel normlar,

- Toplumsal olarak çocuk denecek yaşta ki evliliklerin kabul edilebilir olması ve evliliklerde paranın söz konusu olmasıdır.

İlişkisel faktörler

- Ebeveyn ve çocuk bağının kurulamaması,
- Evlilikte ki veya yakın ilişkilerdeki sorunlar nedeniyle aile yapısının bozulmasıdır.

Çocukluk döneminde yaşanmış cinsel istismarın neden olduğu travma çok uzun bir döneme yayılarak karmaşık duygusal, davranışsal ve sosyal problemlerin kaynağını oluşturur. Birçok nedenden dolayı bastırılan, inkar edilen ve unutulması için aşırı çaba harcanılan çocukluk dönemi cinsel istismar yaşantıları, yetişkinlik döneminde de bireyin psikolojik sağlığını olumsuz etkiler (Zara-Page, 2004).

Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda tekrarlayıcı, rahatsız edici düşünceler, olayla ilgili kabuslar, uykuya dalma güçlüğü, öfke patlamaları, konsantrasyon güçlüğü, ilköğretim sonrasında ve ergenlerde olay anını yaşıyormuş gibi hissetmeleri, olayı anımsatan nesnelere karşı yoğun kaygı, korku tepkisi, olayı anımsatan yerler, kişiler, görüntüler ve konuşmalardan kaçınma, yineleyici oyunlar ile karşılaşabilmektedir (Topbaş, 2004).

2.3.2. İhmal

2.3.2.1. Tanım ve Yaygınlık

Bayraktar'a (2015) göre ihmal; 18 yaşından küçük çocukların fiziksel sağlıkları, psikolojik sağlıkları ve gelişmeleri için temel olan beslenme, korunma, sevgi, eğitim, gözetim ve yol gösterme gibi gereksinimlerinin kendilerine bakıp gözetmekle yükümlü olan anne, baba ve diğer yakınları, kurum ve ya kurumlar tarafından yerine getirilmemesidir.

Polat (2007) genellikle çocuğun önemli düzeyde zarar görmesi ve ya zarar görme riski ile sonuçlanan gerekli bakımın verilmesi işleminin yerine getirilmemesini ihmal olarak tanımlamıştır. Kanunlara göre bakımdan söz konusu olan ihmallerden ebeveyn ve ya bakımından sorumlu kişiler yükümlüdür. Bu nedenle başkaları tarafından yapılan

ihmaller çocuk ihmali kapsamına girmemektedir. Benzer şekilde yoksulluk nedeniyle çocuğun ihtiyaçlarının karşılanamaması da ihmal olarak değerlendirilmemektedir.

Zoroğlu ve ark (2001) çalışmalarında en sık bildirilen travmanın ihmal (%16.5) olduğunu, bunu sıklık açısından duygusal (%15.9), fiziksel (%13.5), cinsel (%10.7) istismarın (ensest dahil) takip ettiğini bildirmişlerdir.

Irmak (2008) okula devam eden 12–17 yaş arasındaki ergenlerle yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin %17 'sinin ihmale maruz kaldığını saptamıştır.

Çocuk ihmalinin yaygınlığı konusunda yeterli veriler bulunmamasına karşın araştırmacılar bir yılda çocuk istismarına bağlanan ölümlerin %50'sine yol açan nedenin ihmal olduğunu öngörmektedirler. İstatiksel olarak Amerika'da ilgili kurumlara yansıyan çocuk olgularının yarısının ihmal kökenli oluşu olayın yaygın ve ciddi boyutlarda olduğunu göstermektedir (Polat, 2007).

İhmal ve istismarı birbirinden ayırmak oldukça zordur. Kendi içinde kesin sınırlarla ayrılmazlar. Ancak istismar aktif, ihmal ise pasiftir. İhmal bazı alt gruplara ayrılabilir bu gruplar ;

Fiziksel İhmal: Çocuğun yeterli ve uygun beslenmesi sonucu büyüme ve gelişmesinde gerilikler, bağışıklığında düşme ile gelişen enfeksiyonlar, uygun ve temiz giydirilmeme, beden temizliğine dikkat edilmemesi, kirli ve bakımsız bir çevrede yaşama, kazalara karşı korunmaması, uygun barınma koşullarının sağlanmaması, çocuğun evde yalnız bırakılması, sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıklara karşı korunmaması, gebelik sırasında sigara ve alkol kullanımı fiziksel ihmal olarak değerlendirilmektedir (Bayraktar, 2015; Polat, 2007).

Duygusal İhmal: Çocuğa karşı sevgi gösterilmemesi, başarılarının ödüllendirilmemesi, yeteneklerinin desteklenmemesi, isteklerine karşı kayıtsız kalma, dışlama, aşırı koruyucu davranışlar ya da korumama gibi olumsuzluklar duygusal ihmal olarak adlandırılır (Bayraktar 2015; Polat, 2007).

Eğitim ihmalleri: Çocuğun öğrenim yaşı geldiği halde okula gönderilmemesi ve ya okula giden çocuğun gereksinimlerinin karşılanmaması durumudur (Bayraktar, 2015; Polat, 2007).

Tıbbi ihmal: Çocuğun sağlıklı iken gerekli kontrollerinin, aşılarının yapılmaması, hastalanınca doktora götürülmemesi, gerekli ilaç alınmaması tıbbi ihmaldir (Bayraktar, 2015).

Sosyal ihmal: Kurum ve kuruluşların sorumlu oldukları alanlarda duyarsız davranmaları, yerel yönetimlerin çocuk parkı yapmamaları, çevrede çocuklar için var olan zararlı etkenlerin yok edilememesi yada çocukların korunması için gerekli tedbirlerin alınmaması şeklinde tanımlanabilir (Bayraktar, 2015; Polat, 2007).

2.3.2.2. Risk Etmenleri ve Sonuçları

İhmal ve istismar için olası risk etmenleri birbiriyle iç içe geçmiş durumdadır.

İhmal ve istismar için olası risk etmenleri olarak ailede alkol ve madde kullanım öyküsü varlığı, bakmakla yükümlü oldukları çocuk sayısı, ekonomik durum, aile yapısı, anne eğitim düzeyi gibi faktörlerin etkili olduğu yapılan çalışmalarla saptanmıştır (Güler ve ark, 2002; Deveci ve Açık, 2003; Tezel ve ark, 2015).

Çocuğuna kötü davranan ve ihmal eden anne-babaların ne kendilerine ne de başkalarına güvenleri olmadığı gibi, bu eşlerin birbirlerine karşı saygı ve sevgileri de yoktur veya çok azdır. Bu eşler genellikle birbirlerine karşı ilgisizdirler ve birbirlerine destek olmamaktadırlar. Bu ailelerin kişiler arası ilişkileri genelde olumsuzdur. Böyle ailelerde büyüyen çocukların ihmalle karşılaşma olasılıkları fazladır (Deveci ve Açık, 2003).

İhmalin, çocuk ebeveyn ilişkisinin olmaması ya da yetersiz olması esasına dayandığı belirtilmektedir. İhmalin daha ağır psikolojik sonuçlar yarattığı varsayımını ileri süren araştırmacılar bunu doğrulayan sonuçlar da elde etmişlerdir. Buna göre ihmalin bilişsel gelişmeyi özellikle de zeka (özellikle sözel IQ) ve dil gelişimi üzerinde olumsuz sonuçlar ortaya çıkardığı gösterilmiştir. İhmal edilmiş çocuklar ile istismar edilmiş çocuklar karşılaştırıldığında ihmal edilmişlerin içlerine daha kapanık olduğu ancak ergenlik döneminde dışavuran davranışlarının daha belirgin olduğu saptanmıştır. İhmal fiziksel istismarla olduğunda değil de tek başına olması durumlarında dışavuran davranışlarının daha fazla olduğu gözlenmiştir (Altıntaş, 2008).

Büyüme geriliği olan, psikososyal uyum güçlüğü çeken, eğitim ve öğretim gereksinimleri karşılanmayan ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlandırılmayan çocukların ihmal olabileceği unutulmamalıdır (Bayraktar, 2015).

2.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları İle İlgili Yurt İçinde Yapılan Çalışmalar

Güler ve ark (2002) yapmış oldukları çalışmada; yaklaşık dört anneden birinin (%28,7) çocuklarının isteklerini göz ardı ettiği, %32,2'sinin ise çocuğu hastalandığında iyileşmesini beklediği, ancak durumu çok kötüleştiğinde doktora başvurduğu belirtilmiş. Yaklaşık her altı anneden birinin de (%14,7) çocuğunun eğitimi ile ilgili konularda öğretmeleri ile işbirliği içinde olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin %87,4'ünün çocuklarına en az bir kez fiziksel istismar/ihmal davranışı uyguladıkları saptanmıştır. Bulut'un (1996) genç anneler üzerinde yaptığı bir çalışmada da annelerin %78'inin çocuklarına fiziksel istismar davranışında buldukları belirlenmiştir.

Keser ve ark (2010) anne ve babalarla yapmış oldukları çalışmada çocukların ebeveynleri tarafından istismara uğradığını belirtmişlerdir. Yapılan çalışmada katılımcıların %11'i ana-babaları tarafından çocuğa sevgi gösterilmemesinin ihmal olmadığını; %9'u yaşına uygun olarak çocuğa cinsel eğitim verilmesinin gerekmediğini; %15'i istismarın çocukta psikolojik sorunlara neden olmayacağını; %15'i hasta çocuğun tedavi ettirilmemesinin ihmal olmadığını; %15'i okul çağındaki çocuğun okula göndermemesinin ihmal olmadığını; %10'u ise çocuğun ana-babası tarafından sürekli eleştirilip, aşağılanmasının duygusal istismar olmadığını belirtmişler ve kız çocuklarının erkeklere oranla daha fazla duygusal olarak istismar edildiği bildirmişlerdir. Şimşek ve Önder'e (2011) ise cinsiyetler arasında duygusal istismar bakımından fark olmadığını belirtmişlerdir.

Tezel ve ark (2015) yapmış olduğu çalışmaya göre çocukluk çağı travmaları bulunun yetişkinlerde kişilik bozuklukları daha sık görülmekte ayrıca iletişim problemlerini daha sık yaşamaktadırlar.

Deniz (2006) ergenlerin bağlanma stilleri ile çocukluk dönemindeki istismar yaşantıları, suçluluk ve utanç duyguları arasında ilişki olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada çocukluk döneminde fiziksel istismara, duygusal istismara ve

cinsel istismara uğrama ile saplantılı bağlanma geliştirme arasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin varlığını göstermiştir.

Zeren ve ark (2012) yapmış olduğu çalışmada kızların erkeklere oranla daha fazla istismar ve ihmale maruz kaldığını ayrıca alt gelir düzeyinde ki ve boşanmış anne babaya sahip öğrencilerin daha fazla duygusal istismara uğradığını saptamışlardır.

Üstündağ ve ark (2015) ebeveynler ile yapmış oldukları çalışmada; ebeveynlerin en çok çocuklarının cinsel istismara uğramasından tedirgin oldukları ve bu konuyu çocukları ile nasıl konuşacağını bilemedikleri ve istismarın yabancılar tarafından yapılacağı inancına sahip oldukları sonucuna varılmıştır.

2.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları İle İlgili Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar

Keene ve Epps (2016) üniversite öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada çocukluk çağı istismarı olanların olmayanlara göre daha öfkeli olduğunu, narsistik kırılmalarının ve utanç duygularının daha fazla olduğunu saptamıştır. Yapılan araştırmada fiziksel saldırganlık ile istismar arasında kısmi bir ilişki olduğunu belirtilmektedir.

Çocukluk çağı istismar ve ihmal öyküsü olan üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada depresif semptomlar ile çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarının ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Schaffer ve ark, 2015).

Chu ve ark (1999)'nın 90 hasta üzerinde yapmış oldukları çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunda ergenlik öncesi dönemde istismara rastlanmıştır. Hastaların %83'ünde fiziksel istismar, %82'sinde cinsel istismar ve %64'ünün de şiddete tanık olduklarını bildirmişlerdir.

Wolfe ve ark (2001)'nin yaptığı çalışmada, çocuk istismarı ve ergenlerdeki ruh sağlığı problemleri arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Çocukluk çağında istismara uğramış kızların uğramayan kızlara göre öfke, depresyon, anksiyete ve post-travmatik stres bozuklukları için daha yüksek oranda risk taşıdıkları, erkeklerin ise kızlara göre 2,5 ile 3,5 kat daha fazla depresyon, post-travmatik stres bozukluğu ve içe kapanıklık geliştirdikleri saptanmıştır.

Çocukluk çağı ihmal ve istismarı ile depresyonun yetişkin ve adölesanlarda ilişkili olduğu saptanmıştır (Widom ve ark, 2007). Son on iki yıllık çalışmaların incelenmesi ile yapılan bir meta analiz çalışmasında ise depresyon ve çocukluk çağı ihmal ve istismarı arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Depresyonun varlığı ise iletişim yeteneklerini olumsuz etkilemekte ve anne bebek ilişkisine zarar vermektedir (Infurna ve ark, 2016). Pamerleu ve ark (2003) yapmış oldukları çalışmada ise adölesan annelerin sadece bebeklerinin fiziksel gereksinimlerine odaklandıkları ve bebeklerinin iletişim sinyallerine duysuz kaldıkları sonucuna varılmış ve bu durum duygusal ihmali de ortaya koymuştur.

Bailey ve ark (2007) adölesan annelerle yaptığı çalışmada çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismarı olan adölesan annelerin yaşamları boyunca güvensiz bir şekilde bağlandıklarını bildirmişlerdir. Yapılan çalışmada katılımcıların %84'ünün güvensiz bağlanma stili olduğu ifade edilmektedir.

Ruth ve Block (1996) annelerin çocukluk çağı travmaları, bebeklerine bakma ve bağlanma ile ilgili yapmış oldukları çalışmada bebeklerine karşı uygun olmayan düşmanca davranışlara sahip olan annelerin çocukluk çağı travmaları olduğu ve bu annelerin bebeklerine karşı negatif duygularının olduğu belirtilmiştir. Bu durumda annelerin bebekleri ile aralarında güvensiz bağlanma tarzı geliştirmelerine neden olduğu bildirilmiştir.

2.4. Doğum Sonu Depresyon

2.4.1.Tanım ve Yaygınlık

Önemli bir ruh sağlığı sorunu olan depresyon, insanın işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu ve doyumunu engelleyerek yaşam kalitesini düşürmekte ve iş gücü kayıplarına yol açmaktadır. Yapılan çalışmalar depresyonun büyük çoğunluğunun gebelik, doğum, lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda görüldüğünü belirtmektedir. Bu süreçlerden gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanı sıra önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir (Çalık ve Aktaş, 2011).

Ebeveyn olma kararı insan yaşamının en önemli kararlarından biridir. Ancak ebeveyn olma kararı çoğu zaman bilinçli ve istenerek alınan bir karar olmamaktadır. Kadınlar üretkenliklerini ispatlamak, toplumsal statü kazanmak yada toplumsal baskıdan dolayı çocuk sahibi olmak isteyebilmektedirler (Erdem ve Celepkolu, 2014). Bu durum ise beraberinde çeşitli psikolojik sorunları getirmektedir.

Doğum sonu depresyon; doğumdan sonra görülen, kadının kendini üzgün, endişeli, umutsuz ve yalnız hissetme gibi duygularla karakterize bir durumdur şeklinde tanımlanabilmektedir (Çeber ve ark, 2010).

Depresyon kadınlarda erkeklere göre iki kat fazla görülmektedir. Doğum ve sonrasındaki zorlu süreç bu riski artırmaktadır. Doğum sonu depresyon genellikle doğumdan sonraki 2. haftadan itibaren başlar ve 1 yıla kadar sürebilir. Ülkemizde yapılan çalışmalara göre doğum sonu depresyonun görülme oranı % 14-40,4 aralığında değişiklik göstermektedir (Nur ve ark, 2004; Bingöl ve Tel, 2006; Arslantaş ve ark, 2009; Efe ve ark, 2009; Bodur ve ark, 2010; Yücesoy ve ark, 2011; Gümüş ve ark, 2012). Doğum sonu depresyonda kadının ailesine ve bebeğine karşı olumsuz duyguları ön plandadır. Doğum sonu depresyonun bulguları; duygu durumunun deprese olması, aktivitelere ilginin azalması, iştah değişikliği, yorgunluk, uyku bozuklukları, bebeğin bakımında eksiklikler, suçluluk duygusu, kendine güvende azlık, konsantrasyon güçlüğü ve intihar düşünceleridir (Kara ve ark, 2001).

Doğum sonu depresyon anne bebek arasında kurulması beklenen ilişkiyi ve annenin ebeveynlik rolünü benimsemesini olumsuz yönde etkiler (Battaloğlu ve ark, 2012). Depresyondaki annelerin, depresyonda olmayan annelere göre, çocuklarında ciddi duygusal sorunlar görülmesi riski üç ve olumsuz anne-bebek ilişkileri riski 10 kat daha fazladır (Weissman ve ark, 2004).

2.4.2. Risk Etmeni ve Sonuçları

Gebelik ve annelik rolüne geçiş kadının yaşamının önemli bir parçası olmakla birlikte aynı zamanda bir kriz dönemidir. Bir yandan anne olma sorumluluğu, diğer yandan bu rolle ilgili duygular kadının ruhsal uyumunu bozabilmektedir (Durat ve Kutlu, 2010).

Dünya da her yıl yaklaşık 6 milyon 15- 19 yaşları arasında adölesan doğum yapmakta ve bu sayı tüm doğumların yaklaşık %11'ini oluşturmaktadır. Bu oranın çoğu ise gelişmekte olan ülkelerdedir. Ergenlik döneminin sorunları ile başa çıkmaya çalışan ergenlerin birde ebeveynlik gibi zorlu bir sürecin içinde yer almaları baş etmelerini güçleştirmektedir. Bu durum ise beraberinde depresyonu getirmektedir (WHO 2011, 2012; Christiansen ve ark, 2013).

Gebelikle birlikte annede meydana gelen hormonal, fiziksel ve psikososyal değişikliklerde depresyon için zemin oluşturmaktadır. Ayrıca geçirilmiş ruhsal sorunlar, istenmeyen ve riskli gebelikler, zor doğum eylemi, adölesan gebelikler, aile içi çatışmalar, hikayesinde depresyon bulunma durumu, maddi sıkıntılar, sosyal destek eksikliği, doğumda sağlık ekibinden destek alamama ve stresli yaşam doğum sonu depresyon için riskli durumlardır (Taşdemir ve ark, 2006; Reid ve Oliver, 2007; Alan ve Ege, 2013).

Doğum sonu depresyonun oluşunda farklı faktörler ilişkilendirilebilmektedir. Ancak yapılan çalışmalar fizyolojik etkenler kadar kültürel etkenlerinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Geniş ailede yaşama, kadınların evlenme tipinin görücü usulü olması, çocuğun cinsiyetinin ebeveynlerin istedikleri doğrultuda olmaması, sosyal destek yetersizliği, aile içi şiddet, stresli yaşam öyküsü, doğum korkusu, bebeğin sağlığı ile ilgili duyulan endişe, emzirmeme, doğum sayısı, fiziksel yorgunluk doğum sonu depresyon riskini artırmaktadır (Ayvaz ve ark, 2006; Bingöl ve Tel, 2007; Zeck ve ark, 2007; Bodur ve ark, 2010; Yücesoy ve ark, 2011; Öztürk ve ark, 2012; Çelik ve ark 2013; Erdem ve Celepoğlu, 2014).

Efe ve ark (2009)'nın yapmış olduğu çalışmada 214 anne yer almıştır. Kadınların %65,9'u 25-34 yaş grubunda, %58,9'u üniversite ve üzeri mezunu ve %94,9'u çekirdek aileye sahiptir. Kadınların % 23,4'ü doğum sonu depresyon riskine sahiptir. Sosyo demografik özelliklerin (yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durum, aile tipi, çalışma durumu, meslek) doğum sonu depresyon riskini etkilemediği saptanmıştır. Daha önce yapılan çalışmalarda doğum sonu depresyon riskini artırdığı belirtilen gebelik (parite, gebeliğin planlı olup olmama durumu, gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu, gebelikte alınan sosyal destek durumu, anneliğe hazır hissetme durumu), doğum (doğum şekli) ve doğum sonu döneme (bebek bakımında destek alma durumu, bebeğin sağlık sorunu yaşama durumu) ait bazı değişkenlerin kadınlarda doğum sonu depresyon riskini etkilemediği saptanmıştır. Gebeliğini sonlandırmak isteyen, gebelikte yeterli sosyal desteği olmayan,

anne olarak kendini yeterli hissetmeyen ve doğumdan sonra meme sorunu yaşayan kadınların diğer kadınlara göre yüksek oranda depresyon riski taşıdıkları görülmüştür (Efe ve ark, 2009).

Doğum sonu dönem de görülen depresyon, sadece anne için değil, bebek ve tüm aile içinde olumsuz sonuçlar doğurabileceğinden özel bir yaklaşım gerektirmektedir. Doğum sonu depresyon da anne bebek bağı ciddi bir şekilde bozular. Depresif anneler bebekle emosyonel bağ kurmada güçlük çekerler. Bu annelerin çocukları sadece davranışsal ve emosyonel güçlükler yaşamazlar aynı zamanda kognitif güçlükler de yaşarlar (Çeber ve ark, 2010).

Annenin depresyon nedeniyle bakımında aktif rol alamaması da bebeği ile aralarında oluşan bağa zarar vermektedir. Ayrıca anne bebeğinin iletişim sinyallerine ve bakım gereksinimlerini göz ardı edebilmekte ve bu durum çocukluk çağı travmalarına neden olabilmektedir (Çeber ve ark, 2010).

2.4.3. Doğum Sonu Depresyon İle İlgili Yurt İçinde Yapılan Çalışmalar

Bingöl ve Tel (2007)'in yapmış oldukları çalışmada hem adölesan hem de yetişkin anneler yer almıştır. Çalışmada doğum sonu dönemdeki annelerin önemli düzeyde doğum sonu depresyon riski taşıdığını (%29,9) annelerin sosyal destekleri arttıkça depresyon riskinin azaldığını, annelerin evlenme yaşı arttıkça sosyal desteğin arttığı, doğum sonu dönemde yanında birinin kalması gereksiniminin karşılanmasının depresyon riskini azalttığı görülmüştür.

Eşlerinden yeterli destek ve ilgi gören, evlilik hayatlarında sorunları olmayan ve yeterli sosyal desteğe sahip kadınlar da doğum sonu depresyon riski daha azdır. Nur ve ark (2004) yapmış oldukları çalışmada eşlerinden yeterli destek ve ilgi gördüğünü ifade eden kadınlarda depresyon riskini 2.7 kat daha az saptanmışlardır. Ayrıca yapılan çalışmalarda işsizlik, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, zayıf aile içi ilişkileri ve kadınlardaki ruhsal sorunlar doğum sonu depresyon için ciddi risk faktörleri olarak tespit edilmiştir (Aydemir, 2007; Arslantaş ve ark, 2009; Battaloğlu ve ark, 2012).

Geçirilmiş depresyon öyküsü, aile depresyon öyküsü premenstrual dönemde duygu durum değişiklikleri yaşamak, gebelikte çökkünlük/huzursuzluğun varlığı da doğum sonu depresyon riskini artırdığı görülmüştür (Durukan ve ark, 2011).

Adölesan anneler ile yapılmış olan bir çalışmada annelerdeki doğum sonu depresyon oranı %41,4 olarak bulunmuştur. Çalışmada yer alan annelerden sadece ikisi eşi ve çocuğu ile yaşamaktadır. Çalışmada bu sonucun nedeni geniş aile ile yaşamının depresyon riskini artırdığı ile ilişkilendirilmiştir (Bodur ve ark, 2010).

Kültürel etkenlerin doğum sonu depresyon ile ilişkisine baktığımızda ise Türk kültürü doğum sonu dönemin önemini şöyle vurgular “loğusanın mezarı 40 gün açık olur” o nedenle bu dönem Türk toplumunda dinlenilerek geçirilen bir dönemdir. Kadın bu dönemde sadece kendi ve bebeğinin bakımını yaparak geçirir. Kültür ve inançlara göre doğum sonu 40 gün kadının aralıklı olsa da kanaması olduğu için bu dönemde kadın kirli sayılır. Loğusa kadın 40 gün evinden çıkarılmaz ve ev işleri kendi annesi, kayın validesi veya eşi tarafından yapılır (Gölbaşı ve Eğri, 2011). Böylelikle sosyal destek mekanizması kültürel olarak aktifleştirilmiş olur (Öztürk ve ark, 2012).

Kültürlerin çoğunda, doğum sonrası dönem; 30 ile 40 gün olarak tanımlanmaktadır. Bu dönem annenin doğum sonrası iyileşmesini ve annelik rolüne adapte olmasını sağlamaktadır. Bu dönemde algılanan sosyal destek eksikliklerinin, depresyon gelişiminde etkili olabileceğine dair bazı kanıtlar vardır (Posmontier ve Horowitz, 2004).

Yücesoy ve ark (2011) düşük gelir, şiddetli aile içi anlaşmazlık ve psikiyatrik tedavi öyküsünün olmasının depresif semptomlarla ilişkili olduğu ve doğum sonu depresyon riskini artırdığı bildirilmişlerdir. Gebelikte depresyon öyküsünün olması annelerin doğum sonu depresyon riskini 6,5 kat artırmaktadır (Çelik ve ark, 2013).

Gebelik isteği, doğum yapma korkusu, bebeğin cinsiyeti ve bundan memnuniyet ve gebelikte geçirilen hastalıklar ile doğum sonu depresyon sıklığı arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır. Fakat gebelikte hiperemezisi olanlarda olmayanlara göre doğum sonu depresyon daha fazla görülmektedir ve bu durum gebelikte sorun yaşamının doğum sonu depresyonu etkilediğini göstermektedir (Ayaz ve ark, 2006).

Durat ve Kutlu'nun (2010) Sakarya ilinde yapmış oldukları çalışmada %49'u 17-25 yaş arasında olan anneler yer almıştır. Bu genç grupta doğum sonu depresyon oranı %24

olarak bulunmuş ve annelerin çoğunluğu orta ve düşük gelir düzeyindedir ve son altı ay içinde stresli bir durum yaşama öyküsü vardır. Yapılan çalışmada son altı ayda stresli bir durum yaşama öyküsü ile doğum sonu depresyonun ilişkili olduğu saptanmıştır.

2.4.4. Doğum Sonu Depresyon İle İlgili Yurt Dışında Yapılan Çalışmalar

Beck (1996) tarafından yapılan meta analiz çalışmasında doğum sonu dönemde depresyon ile ilgili risk faktörleri arasında en çok; doğum öncesi depresyon ve anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon öyküsü, çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları, annelik hüznü, olumsuz evlilik ilişkileri, düşük benlik saygısı, bebeğin huysuzluğu, annenin evlilikten memnuniyeti, sosyoekonomik durumu, gebeliğin istenme durumu yer almaktadır.

Phipps ve ark (2013) yapmış olduğu çalışmada 17 yaşında yada daha genç 106 anne yer almaktadır. Araştırmacılar katılımcıları kontrol grubu ve çalışma grubu olarak iki gruba ayırmıştır. Çalışma grubunda yer alan anneler 5 kez ziyaret edilmiş, gevşeme ve bebek bakımı gibi konularda eğitimler yapılmıştır. Eğitim yapılan annelerde yapılmayan annelere göre doğum sonu depresyon görülme oranı iki kat daha az görülmüştür. Buna göre annelerin stres düzeyleri ve bebek bakımı ile ilgili yeterli bilgilerinin olmaması depresyon riskini artırmaktadır (Phippsve ark, 2013).

Marcuse ve ark (2009) düşük gelir düzeyindeki annelerle yapmış olduğu çalışmada katılımcı annelerin % 49'unda depresyon belirtileri olduğunu ve %14'ünde şiddetli belirtiler olduğu rapor edilmiştir. Yüksek depresif belirtileri olan grupta yer alan annelerde düşük özgüven, daha fazla olumsuz hayat deneyimi, düşük ebeveyn memnuniyeti olduğu saptanmıştır.

Doğum sonu depresyon annelerin psikolojik fonksiyonlarını, bebeklerine bakım kabiliyetlerini, anne-bebek ilişkilerini ve bebeklerinin yetersiz gelişimine neden olabilmektedir (Yozwiak, 2010). Ayrıca adölesan annelerin yetersiz sosyal desteklerinin olduğu bu durumun ise depresyon görülme oranını artırdığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Birkeland, 2005; Boath ve ark, 2013).

Costro ve ark (2011) 298 Meksikalı anne ile yapmış oldukları çalışmada katılımcıların %27'si adölesan annelerden oluşmaktadır. Yapılan çalışmada doğum sonu

depresyon oranı adölesan annelerde yetişkin annelere göre daha yüksektir. Doğum sonu depresyonun düşük eğitim seviyesi, partnerle yaşamaktan ve çalışmaktan korkma ile ilişki olduğu belirtilmiştir (Costro ve ark, 2011) .

Literatür bize emzirmenin hem bebek hem de anne için yararlı olduğunu göstermektedir. Bazı çalışmalar emzirme ve doğum sonu depresyon arasında açık bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. Emzirme ile salgılanan hormonlar anneyi depresyona karşı korumaktadır. Doğum sonu depresyon için risk oluşturan durumlar düzensiz uyku, anne ve bebek için zayıf ebeveynlik, annenin özyetkinliği, bebeği ile duygusal ilişkisi, bebeğin farklı huylarıdır. Bu nedenle anneler emzirme konusunda desteklenmeli ve öz yetkinlikleri artırılmalıdır (Figueiredo 2013; Zubarán ve Foresti, 2013).

Maimburg ve Vaeth'in (2015) yapmış oldukları çalışmada anneleri iki gruba ayırmışlar ve bir grubu "çocuk için hazırlık" programına alırken, diğer gruba standart bakım programını uygulamışlardır. Her iki grupta 6 hafta sonra tekrar değerlendirildiğinde eğitim alan grubun daha az depresyon belirtileri gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Chen (1996) yapmış olduğu çalışmada 77 adölesan 151 yetişkin anne ile çalışmıştır. Çalışma da depresyon oranı adölesan annelerde %61, yetişkin annelerde %37,7'dir. Adölesan annelerin puanları daha yüksektir. Adölesan annelerde sosyal destek ve kendi öz değerliklerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışma annenin sosyal desteği ve öz yetkinliği ile doğum sonu depresyonun ilişkili olduğunu açıkça ortaya koymakta ve adölesan annelerin yeterli sosyal desteklerinin olmadığını göstermektedir (Chen, 1996).

Tek ebeveyn ile yada ebeveynsiz büyüyen annelerle yapılan bir çalışmada adölesan dönemde anneliğin etkilerine bakılmıştır. Çoğu annenin partnerleri ile ve arkadaş çevreleriyle önemli sorunları olduğu, yalnız yaşadığı ve ekonomik olarak bağımlı olduğu belirtilmiş, çok azının ise annesi ile birlikte olduğu ve doğumdan sonra liseyi bitirdiği ifade edilmiştir. Bu grupta yer alan annelerde depresyon belirtilerinin yoğun olarak görüldüğü bildirilmiştir (Zeck ve ark, 2007).

2.5. Bağlanma Kuramı

Bağlanma kelimesinin temelleri 13. yy' a dayanır "To attach", "bağ" kelimesinin anlamı filozofu, bir göreve bağlılık ya da bir görevi yerine getirmedir. Fransız bir yazar ve

18. y.y olan Rousseau anne-bebek ilişkisi kavramlarını ilk kullanan kişi olarak bilinmektedir. Bu yazarın konu hakkında ki yazıları " annelik sevgisi ile ilgilidir (Karen, 1994; Goulet ve ark,1998; Kavlak ve Şirin, 2009).

İlk olarak Klaus ve Kennell (1976) tarafından kullanılan bağ kurma (bonding) ve bağlanma (attachment) terimi bir biri yerine kullanılan ancak farklı anlamları olan kelimelerdir.

Bowlby 1969 'da bağlanma terimini iki kişi arasında güçlü bir bağ olarak tanımlamıştır. Bowlby yalnızca bebekten anne/babaya olan bağlanmayı ele almıştır. Ancak yapmış olduğu tanımlama anne/babanın- bebeği ile olan bağlanma sürecinin anlaşılmasında temel olmuştur (Bretherton, 1992; Zeitlin ve ark, 1999; Browne, 2006; Öztürk, 2010; Bowlby, 2012).

Bağlanma kuramı; insanların kendileri için önemli olan kişilerle duygusal bağlar kurma nedenlerini ele alan bir yaklaşımdır. Bağ kurma eğilimi bebeğin yaşamını sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmesi için gerekli olan bağlanma sisteminin temelini oluşturur. Bağlanma sistemi, bebeklerin anneleri ile ya da bakım veren kişilere yakın olmalarını sağlar ve çevreden gelebilecek zararlara karşı kendilerini korumalarına olanak tanır (Bretherton, 1992; Soysal ve ark, 2005; Tüzün ve Sayar, 2006).

Bowlby'e göre bebeğin anneye ve annenin bebeğe bağlanması türe göre değişiklik gösteren davranışlar sonucu gelişmektedir. Bu konuda Bowlby'nin tanımladığı beş davranış bulunmaktadır. Bu davranışlar; emme, yapışma, izleme, ağlama ve gülmedir. Bu beş davranış annenin bebeği ile bağlanmasını tanımlamaktadır (Karen, 1994; Tüzün ve Sayar, 2006; Karakulak, 2009; Kavlak, 2004).

Bowlby'e göre bağlanmanın gerçekleşmesi için samimi, içten ve devamlılığı olan bir ilişki ve iletişim olması gerekmektedir. Bu ilişki ve iletişimden hem bebek hem anne mutlu olmalıdır. Bağlanma yavaş bir şekilde gelişen anne ve bebeğin birlikte zaman geçirmesi ile mümkün olan bir süreçtir (Bretherton, 1992).

Bağlanma kuramı, John Bowlby ve Mary Ainsworth'un birlikte yapmış oldukları çalışmalar sonucunda ortaya çıkmıştır. John Bowlby bağlanma kuramının temel taşı oluşturmuştur. Mary Ainsworth ise Bowlby'nin çalışmalar sonucunda elde ettiklerini test etmiş ve kuramın gelişmesinde önemli katkıları olmuştur (Kavlak, 2004).

Ainsworth yapmış olduğu çalışmalarla Bowlby'nin ileri sürdüğünden daha fazla sonuçlara ulaşmıştır. Ainsworth güvenli bir temel olarak "bağlanma figürü" kavramını ortaya çıkarmıştır. Bu kavram bebeğin etrafını tanıyabilmesi için oldukça önemlidir. Bebeğin iletişim için kullandığı işaretler içinde "maternal duyarlılık" kavramını geliştirmiştir, bu kavram anne-bebek bağlanma sürecinde önemli bir yere sahiptir (Goulet ve ark, 1998; Karakulak, 2009).

Ainsworth'un tanımladığı güvenli bağlanma çocuğun psikolojik gelişim sürecinde önemli bir yere sahiptir ve annenin samimi, duyarlı, bebeğinin gereksinimlerini gidermeye hazır ve bebeğine bağlanabilir olma özelliklerini taşımasıyla ilgilidir. Güvenli bağlanma, duygusal sağlığın temeli olarak, bebeğe ihtiyaı olduğunda annesinin yanında olacağına dair güven verir, bu da bebeğin ilerleyen yaşamında etrafındaki kişilerle sağlıklı ilişkiler kurması için oldukça önemlidir (Bretherton 1992; Karakulak 2009).

Bowlby (2012b)'ye göre bağlanma kuramında;

- Bireyler arasındaki yakın duygusal bağların ana statüsü ve biyolojik işlevi, merkezi sinir sisteminde bulunan bir siberetik sistem tarafından kontrol edildiği var sayılan Őeylerin yapılması ve korunması, kendiliğin ve bağlanma figürünün çalışma modellerinin kendi içinde ilişkili kullanılması,
- Ebeveynlerin özellikle annenin bebeğine karşı olan davranışlarının bebeğin gelişimine olan etkisi,
- Bebek ve ocuk gelişimi hakkındaki güncel bilgilerin, içinde bir insanın takıntılı hale gelmesi ve/veya o aşamalara geri gitmesini barındıran belirli gelişim aşamalarını başlatan kuramların yerine gelişimsel kurumların var olması gerekmektedir.

2.5.1. Bağlanma Stilleri

İçsel alışan modellerin olumlu veya olumsuz olması, ilişkilerinde hissedilen güvenlik duygusunu korumaya çalışan bir kişinin birinci sosyal çevrenin (zellikle kişi için önemli olan kişilerin) sergilediği davranışların ne derece tutarlı ve güvenilir olduğunu ve ikincisi kişinin kendisini ne derecede sevgiye layık bulduğunu doğrudan etkilemektedir (Morsünbül ve çok, 2011; Sümer ve Güngör, 1999).

Ainsworth ve arkadaşları "Yabancı Durum" olarak bilinen deneysel bir yöntemle Bowlby'nin kuramının sonuçlarını test etmişlerdir. Bu çalışmada, 12-18 aylık küçük çocuklar sistemli olarak kısa aralıklarla önce annelerinden ayrılmışlar sonra bir yabancı ile yalnız bırakılmışlar ve tekrar anneleri ile aynı ortamda olmaları sağlanmıştır. Bu yolla çocukların bağlanma sistemlerinin çalışmasının sağlanması amaçlanmıştır. Çocukların ayrılma, yeniden birleşme ve yabancıyla yalnız kalma süreçlerindeki davranışlarını değerlendirilerek Ainsworth ve arkadaşları, üç tip bağlanma stili ortaya koymuşlardır (Karen, 1994; Karakulak, 2009; Hamarta ve ark, 2009).

Güvenli Bağlanma: Güvenli bağlanma stili içinde sınıflandırılan çocuklar, anneleri tarafından yalnız bırakıldıklarında doğal olarak anneleri olmadığı için huzursuz olmakta ancak panik yaşamadan annelerini aramakta, yeniden biraraya geldiklerinde ise kolayca sakinleşmekte ve etrafını incelemeye kaldığı yerden devam etmektedir (Ijzendoorn ve ark, 2004; Sabuncuoğlu ve Berkem, 2006).

Kaygılı/Kararsız Bağlanma: Bu bağlanma tarzında tanımlanan çocuklar annelerinden uzak kaldıklarında yoğun bir kaygı, gerilim ve kızgınlık yaşamakta, bir başkası ile iletişimi reddetmekte ve anneleri geri döndüğünde ise kolayca sakinleşmemekte, etrafı incelemek yerine annesine sıkıca yapışıp anneden ayrılmak istememektedirler (Karen, 1994).

Kaçınan Bağlanma: Kaçınan bağlanma tarzı gösteren çocuklar annelerinin uzaklaşmasına belirgin bir tepki göstermemekte ve annelerin geri dönmesinden sonrada annesi ile ilişki içinde olmaktan kaçınmaktadır (Sümer ve Güngör, 1999; Öztürk, 2010).

2.5.2. Çocuklarda Bağlanma

Bağ kurma ebeveyn ile çocuk arasında gelişir ve doğumdan hemen sonra hızlı bir şekilde gelişmeye başlamaktadır ve tek yölüdür. Bağlanma ise ebeveyn ve bebek arasında olan sevgi bağıdır ve çift yönlüdür. Bağ kurma, etkileşim sürecinin ilk adımıdır ve bağlanma ile devam etmektedir (Giustardi ve ark, 2011).

Bağlanma, çocuk ile anne/baba arasında varolan ilişkide, çocuğun annesi ile yakınlık araması ile gelişen ve özellikle stres oluşturan olaylar karşısında belirginleşen ve

sürekliliği olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır (Kesebir ve ark, 2011; Kavlak ve Şirin, 2007).

Güneş (2014) çocuklarda bağlanmayı "çocuğun güven içinde kendisini bir yakınına bırakabilmesidir" şeklinde tanımlamıştır. Doğumdan hemen sonra içgüdüsel olarak başlayan bağlanma; meme arama, başı döndürme, emme, yutma, parmak emme, yakalama, anneye yönelme, beslenme saatlerini sezinleme ve hazırlanma şeklinde ortaya çıkmaktadır (Soysal ve ark, 2005).

Bowlby (2012a)'ye göre insanda bağlanma; yaklaşma, izleme ve aramada kullanılabilirdiği gibi ağlama ve çağırma, gülümseme, yapışma, beslenme dışı emme gibi bir çok farklı türde davranışla aracılık edilir. Bağlanmayı sağlayan bazı davranış biçimleri iki temel grupta sınıflandırılır;

Sinyalleme davranışı; anneyi çocuğa getiren etki: Ağlama, gülümseme, ses çıkarma ve belli mimiklerin tamamı bebeğin anne ile iletişim aracı olarak görülebilir ve sonuç olarak annenin çocuğuna yakınlaşmasını sağlamaktadır.

Örneğin bebek ağladığında anne onu kucağına alır, besler ya da onu sakinleştirir. Anne sinirlendiğinde ya da yorulduğunda ise bebeğin ona gülümsemesi onun için bir ödüdür. Görüldüğü gibi bağlanma süreci çift taraflı işlemektedir.

Eğer bir bebek sinyallerine cevap alamazsa sonuç davranış değişebilir. Örneğin gülümseme sinyaline cevap verilmediğinde gülümseme yavaşça kaybolur ve yerini anlamsızca bağırmlar alabilir. Benzer şekilde annesine seslenen daha büyük bir bebekte annesi tepki vermez ya da bebeğin yanına gelmezse ağlamaya başlayabilir.

Yaklaşma davranışı; çocuğu anneye getiren etki; Bebeği anneye getiren ve annenin yanında tutan davranışların ilki arama ve izlemedir. İkincisi yapışma ve üçüncüsü ise beslenme dışı emme ve memeyi kavrama davranışıdır.

Anneye yaklaşma ve onu izleme genellikle çocuk hareketlenmeye başladığında belirgin bir şekilde gözlenebilir. Yapışma davranışı ise stres yaratan bir durumda ortaya çıkar. Bebek annenin kucağında kalmak ister.

Emme davranışı genellikle beslenme için önemli olduğu düşünülse de farklı amaçlarıda bulunmaktadır. Bebekler zamanlarının büyük bir çoğunluğunu meme benzeri

bir nesneyi genellikle emzik yada baş parmaklarını emerek yada tutarak geçirirler. Bu durumun nedeni ise bebeğin kendini anneye yakın hissetmesidir.

Bebekleri ile yeterli düzeyde bağlanamayan anneler bebekleri ile yorulurlar ve isteklerinin bitmek tükenmek bilmediğini düşünürler. Oysa bebeği ile güçlü bağları olan bir anne gücünü bebeğinin sıcaklığından alır. Bunun tersi bir durumda ise bebeğin kendini yordüğünü ve tükendiğini düşünür (Güneş, 2014).

Ainsworth ve onun meslektaşları, hayatlarının ilk aylarında bebeğinin sinyallerine duyarlı cevap veren annelerin bebeklerinin ilerleyen dönemlerde bebeklerine karşı duyarsız olan annelerin bebeklerine göre daha az ağladığını belirtmişlerdir (Bowlby, 2012b). Buradanda anlaşıldığı üzere bebeğin hayatının temelini oluşturan ilk aylarda annenin duyarlılığı oldukça önemlidir.

Ayrıca kendi çocukluklarında ebeveynleri ile güvenli bir şekilde bağlanamayan anneler bebekleri ile daha az iletişim içinde olmaktadır. Bir annenin çocukluğundan sonraki dönemlerdeki davranış tarzını belirlemede etkili olan diğer bir etmen çocuklarını fiziksel olarak ihmal ve istismar ettikleri bilinen ebeveynler konusunda yapılan çalışmalarla ispatlanmıştır. Ancak çocuklarına kötü muamele eden annelerin çocuklarına bakma tarzı en iyi ihtimalle tutarsızdır. Çocuklarını çok fazla eleştirirler ve suçlarlar. Bazende bu tabloya şiddet eşlik edebilmektedir. Bu durum beraberinde güven duygusuna tam sahip olmayan çocuğa çocukluk çağı travması olarak yansımakta, ilerleyen dönemlerdeki ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca çocuklarda fiziksel, gelişimsel ve psikolojik bir çok soruna neden olabilmektedir.

2.5.3. Yetişkinlerde Bağlanma

Ainsworth ve onun arkadaşları, doğumdan sonraki ilk aylarda bebeğinin iletişim sinyallerine duyarlı bir şekilde cevap veren annelerin bebeklerinin daha sonraki dönemlerde duyarsız annelere sahip bebelere göre daha az ağladığını belirtmişlerdir (Bowlby, 2012b). Görüldüğü gibi anne ile güven duygusunun temellerinin atıldığı ilk dönem bebeğin hayatı için çok önemlidir.

Ergen ve erişkin yaşamı boyunca bağlanma davranışının kapsamı aileden çok aile dışındaki kişilere ayrıca gruplara ve topluluklara yönelmektedir. Aşık olunan bir kişi, okul,

dinsel ya da politik gruplar bir çok insan için birincil derecede bağlanma figürü oluşturabilmektedir (Bowlby, 2012a).

1) Güvenli Bağlanma Tarzı: Olumlu benlik ve başkaları modelinin birleşimini içermekte ve kişinin olumlu benlik algısını ve kendisinin sevmeye ve ihtiyaçlarının karşılanmaya değer olduğuna dair inanç ve beklentilerini oluşturmaktadır (Bowlby, 2012a).

2) Saplantılı Bağlanma Tarzı: Bu bağlanma tarzının olumsuz benlik ve olumlu başkaları modelini içerdiği ve bu kişilerin kendilerini değersiz ve sevmeye değmez olarak algıladığı, kaygı düzeylerinin yüksek, diğer insanlardan kaçınmalarının ise düşük olduğu belirtilmiştir. Saplantılı bağlanma tarzına sahip kişilerin genellikle yakın ilişkiler içinde olmayı istedikleri, ilişkilerdeki aşırı yakınlık gösterme eğilimlerinin ise onları diğer insanlardan uzaklaştırdığı ifade edilmiştir (Bowlby, 2012a).

3) Korkulu Bağlanma Tarzı: Olumsuz benlik ve olumsuz başkaları modelini içeren korkulu bağlanma tarzını, kişinin kendisiyle ilgili değersiz olduğuna dair inanç ve duyguları; başkalarının ise güvenilmez ve reddedici olduğuna dair inanç ve beklentileri oluşturmaktadır. Bu tür bir bağlanma tarzına sahip olan kişilerin hem kaçınma hem de kaygı düzeyleri oldukça yüksektir (Bowlby, 2012a).

4) Kayıtsız Bağlanma Tarzı: Bu bağlanma tarzına sahip kişiler, bağımsız olmaya çok fazla önem verdikleri için başkalarıyla yakın ilişkiler içinde olmak istemezler ve başkalarından gelebilecek hayal kırıklığı veya reddedilmekten hissedilecek olan rahatsızlığı yaşamamak için olumlu kendilik algılarını korumaya çalışırlar (Crowel ve ark, 2009).

2.5.4. Ebeveyn (Anne/ Baba) Bebek Bağlanması

Bebeklik döneminde duygusal gelişimin sağlıklı olabilmesinde anahtar rolü bebeğin ebeveynleri oynamaktadır. Bebeklikteki bağlanma kavramı; anne-baba ya da birincil bakım verenlere olumlu tepkilerin verilmesi, bu kişilere yönelme, arama, bağlanılan kişinin varlığının duyumsanmasına eş zamanlı olarak rahatlama duygusunun eşlik etmesi gibi duygu ve davranış örüntülerinin tümünü kapsamaktadır. Bağlanma bebekle birincil bakım

veren kişi arasında gelişen ve bebekte güven duygusunu yerleştiren gcl bir bağdır (Karakulak, 2009 ; Kavlak 2004; Güneş, 2014).

Güneş (2014) 'e göre "Bağlanmak sevmek demek değildir. Bağlanmak annenin her Őeyini ardında bırakarak kendini bebeğine vermesidir".

Bağlanma ile ilgili yapılan çalışmalar, bebeklik döneminde kendisine bakım veren kişiler tarafından değer verildiğini ve sevildiği duygusunu hisseden ve bu duygular temelinde zihinsel beklentilerini Őekillendiren ocukların ilerleyen yıllarda daha yetkin, öz güvenli ve mutlu olduklarını göstermektedir (Patterson, 1997; Karakulak, 2009).

Fiziksel, duygusal ve zihinsel gelişim dinamikleri erken yaşlarda ebeveynlerle kurulan bağların kalitesiyle doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle erken dönem gelişim konusundaki araştırmalar çocuğun içinde doğduğu ve geliştiği yakın aile çevresinin etkileri üzerine yoğunlaşmıştır. Anne/baba-bebek arasında bağlanmanın kurulabilmesi için önceden var olması gereken bazı ön koşullar vardır (Kavlak, 2004). Bu koşullar;

Kişinin daha önce yaşadığı bağlanmaların farkında olması: Kişinin, ailesinden almış olduğu derin ilişkilerin önemini anlaması, bağlanma davranışı için önemlidir. Bu çoğunlukla gebelik döneminde çiftlerin kendi ebevenylerinden aldıkları annelik/babalık rollerini bebeklerine karşı uyarlamaları ile görülür (Patterson, 1997). Anne/babalar bebekleriyle duyarlı ve iyi bir ilişki içinde olabilmesi için kendi çocukluğunda ailelerinde yaşadıkları olumlu ilişkileri tanınmaları ve bu ilişkilerin farkında olması gerekmektedir (Goulet, 1998; Kavlak,2004).

Fiziksel ve psikolojik yeterlilik: Annenin hamileliğinde bebeğini hissetmesi, onunla konuşması, doğumla birlikte kucadına alması ve bebeğin anneye karşı davranışları bağlanmanın gelişimi için yardımcı olur. İstenmeyen gebeliklerde bebeğin kabul ve reddi arasındaki git geller, gebeliğin kabul için zor bir süreçtir. Doğumdan sonrada bu olumsuz duyguların yaşanması, bebekleri ile olan ilişkilerinde olumsuzluğa neden olur. Planlanmayan bir gebelik ya da istenmeyen bir bebek anne bebek bağlanması açısından olumsuz sonuçlar oluşturabilir. Bebekte fiziksel bir defektin olması, annenin hayali olanla ve gerçek bebek arasındaki farklılıklar olması, bebeğin kabullenilmesini zorlaştırmaktadır. Bebeklerini kabul edemeyen anneler bebeklerine karşı daha duyarsız oldukları ve tutarsız davranışlar sergiledikleri için bebeklerde güvensiz bağlanma görülme ihtimalı oluşur (Goulet, 1998; Kavlak, 2004).

Bağlanma Bilgisinin Oluşumu: Bağlanma süreci anne ve bebeğin birbirlerini tanıma evresinden sonra gerçekleşir. Anneler bebeklerini tanıdıktan sonra amaçlı davranışlar geliştirebilirler ve bebeklerine bu doğrultuda yaklaşırlar. Annelerin bebek bakımı konusunda yeterli bilgisinin olması ve bebeğin sakin yapılı olması, güçlü bir bağın oluşmasında önemli bir etkidir (Karakulak, 2009).

Kolaylaştırıcı Faktör, Uygun Çevre: Anne ve bebek etkileşimi için kolaylaştırıcı faktörlerden biride uygun bir çevredir. Bebek annesi tarafından oluşturulan duygusal çevrenin bir parçasıdır. Bu çevre annenin yaşamındaki değişebilir ve değişmez özelliklerin tümünü içerir. Örneğin, ebeveyn rolüne geçme bazı faktörlerle ilişkilidir. Bu faktörler; bireysel ve aile kaynaklar, sosyal farklılıklar ve çeşitli desteklerden oluşur. Ayrıca anne ve bebek arasında çift yönlü olarak gelişen bağlanma durağan değildir ve sürekli gelişme gösterir (Karakulak, 2009, Goulet, 1998; Kavlak, 2004).

2.5.5. Maternal (Anneye Ait) Bağlanma

Maternal (anneye ait) bağlanma, anne ile bebek arasındaki karşılıklı olarak memnun olmayı içeren etkileşim sonucunda annenin bebeğine karşı olan sevgi bağı olarak tanımlanabilir. Annenin bebeğini sağlıklı bir şekilde bağlanması bebeğin büyüme ve gelişmesi için önem taşımaktadır (İşler, 2007).

2.5.5.1. Gebelikte Bağlanma

Anne-bebek arasındaki bağlanmanın en önemli bölümü gebelikte başlar ve doğumdan sonraki aylarda gelişerek devam eder. Anne bebek bağlanmasında doğum sonu dönem çok önemlidir ancak bağlanmanın başlangıcı gebelikte olmaktadır. Gebelik ilerledikçe anne, bebeğini yeni bir birey gibi algılamakta ve bebek hem kadının bir parçası hem de bağımsız bir birey olarak görülmektedir. Anne ile bebek arasında gebelikte bir bağlanmanın geliştiği, doğum esnasında bebeğini kaybeden annelerde oluşan yoğun yasın sonucunda ortaya çıkmıştır (Yılmaz, 2013; Karakaya 2013).

Gebelikte anne-bebek bağlanmasını gelir düzeyi, gebeliğin planlanması, ultrason ile bebeğin görüntülenmesi, fetal hareketlerin hissedilmesi etkilemektedir. Ayrıca doğum

öncesi dönemde depresyon arttıkça bağlanmanın azaldığı ve olumlu sağlık davranışları artıkça da bağlanmanın arttığı yapılan çalışmada gösterilmiştir (Yılmaz, 2013).

2.5.5.2. Doğum Sonu Bağlanma

Gebelik döneminde anne-bebek ilişkisinin başlatılması bebeğin doğum sonu ortama uyumunu ve ebeveynin yeni rollerine uyum sağlamasını kolaylaştırmaktadır (Güleşen ve Yıldız, 2013). Doğumdan sonraki süreçte anne bebeği ile iletişim kurmak için oldukça isteklidir. Annenin bebeği ile etkileşiminin başlatılmasında bebeğini görmesi, ona dokunması ve bebeği ile zaman geçirmesi oldukça önemlidir (Manav ve Yıldırım, 2010).

Doğumdan hemen sonra anne ve bebeğin etkileşimini sağlayan unsurlar; Odanın paylaşımı, ten-tene temas, göz-göze temas, kucaklama, emzirme, bebeğin bakımında aktif rol almasıdır (Karakulak, 2009; İşler, 2007).

Odanın Paylaşımı (Rooming-in): Doğum sonrası süreçte anne ve bebek aynı odayı paylaşmalıdır. Bebek annenin yanına bir beşik içinde yerleştirilebilir. Buna “odanın paylaşımı” denir. Bebeğin sürekli olarak anne yanında kalması (rooming-in), annenin bebeğinin bakımına katılmasını kolaylaştırır. Aynı odada kalma annenin bebeğini emzirebilmesi açısından oldukça önemlidir. Annenin bebeği ile aynı odayı paylaşmasını etkileyebilecek durumlar ağır hastalık, alkol ya da madde bağımlılığı ya da psikolojik rahatsızlıklar olabilir (Güleşen ve Yıldız, 2013).

Doğumdan hemen sonra annenin çeşitli nedenlerle bebeğiyle aynı odayı paylaşmaması, uzun süre bebeğinden ayrı kalması anne bebek ilişkisini olumsuz yönde etkiler. Bir çalışmada; doğumdan hemen sonra bebekleriyle aynı odada bulunan anneler kendilerine çıplak bir şekilde verilen bebekleriyle iletişimlerini daha iyi geliştirirken, bebekleri kuvözde olan ve doğumdan 12 gün sonra bebeklerini görebilen annelerde bebekleri ile iletişimin gelişimi için daha uzun süre gerektiği belirtilmiştir (Öztürk ve Saruhan, 2010; İşler, 2007).

Ten-Tene Temas (skin to skin, kanguru bakımı): Kanguru bakımı olarak da adlandırılan anne-bebek arasındaki ten teması, annenin bebeği ile olan iletişiminin güçlenmesi için erken dönemde başlatılması önemlidir. Bu nedenle kanguru bakımının

annenin duygusal olarak en hassas olduğu doğum sonu dönemde yapılması önem kazanmaktadır (İşler, 2007).

Kucaklama: Alışma evresi olan dokunma eylemini bebeği kucaklama davranışı izlemektedir. Anne bebeğini rahatça kucaklayabilir duruma geldikten ve bebeğini hissettikten sonra ona sarılır. Sarılma annenin bebeğine sevgisini göstermesinin bir yoludur. Anneler genellikle, bebeklerini sol taraflarında tutarlar. Böylece bebek annenin kalp seslerini duyar ve bu durum bebeği rahatlatır. Ayrıca bebek annesinin göğsünün üzerine çıplak olarak konulduğunda bebeğin vücut ısısı korunmakta ve farklı bir ısıtıcıya gerek kalmadığı görülmektedir (Kavlak, 2009; İşler,2007).

Göz-Göze Temas: Anneye bebeği ile birlikte geçirdiği ilk dakikalarda bebeğinin yüzüne baktığında “gözlerini aç”, "gözleri ne renk”, “bana bakıyor” gibi cümleler kullanarak bebeği ile iletişime hazır olduğunu gösterir. Bebek annesine baktığında anne kendini bebeğine daha yakın hissedebilir. Annenin bu iletişim çabası bebek için iyi bir ödüldür ve aralarında sevgi bağı başlatılmış olur. Göz göze iletişim anne ve bebek açısından bağlanmanın temel taşlarından birini oluşturmaktadır (Karakulak, 2009; İşler, 2007).

Emzirme: Emzirme davranışı anne-bebek bağının oluşmasına ve anne ile bebeğin etkili bir iletişim içinde olmalarına yardımcı olur. İstekli olarak bebeğini emziren anne, bebeğe güven duygusu aşılır. Aralarında fiziksel ve psikolojik açıdan sağlıklı bir yakınlık oluşur. Emziren anneler bebeklerine daha duyarlı davranışlar sergilerler ve bebeğin bakımı konusunda daha az şikayetçi olurlar (Else-Quest ve ark, 2003; Breech ve Quint, 2006).

2.5.6. Anne-Bebek İlişisini Olumsuz Yönde Etkileyen Maternal Davranışlar

Anne bebek bağlanması hem anne hemde bebek için büyük bir öneme sahiptir. Anne ve bebek arasında güvensiz bir bağlanmanın oluşması bebeği istismar ve ihmale karşı korunmasız bırakmaktadır (Köse ve ark, 2013).

İşler (2007)'e göre anne- bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkileyen etmenler;

- Bebeğin doğmasından mutluluk duymama, dikkate almama,
- Bebeğini çirkin, sevimsiz olarak görme, ondan nefret etme,

- Bebeğinin çıkardığı sestten rahatsız olma,
- Bebeğin kusmuğundan midesinin bulanması, altını temizlemekten rahatsızlık duyması,
- Bebeğini uzak pozisyonda tutma ya da bebeğini kucaklamak istememe,
- Bebeğe dokunmaktan, okşamaktan kaçınma ya da göz-göze temastan kaçınma,
- Bebeği ile konuşmama,
- Bebeğinin herhangi bir sorununun olmamasına rağmen ısrarla bebeğinde bazı sorunlar olduğuna inanma,
- Bebeğinde kendilerine ait hiçbir fiziksel ve psikolojik özellik bulunmadığını düşünme,
- Göz-göze, ten-tene temasın, konuşmanın, bebeğin gereksinimi olmadığını düşünme,
- Çok veya yetersiz besleme, emzirmek istememe,
- Bebeğini odada yalnız bırakma ve önemsememe,
- Bebeğe sözlü veya sözsüz olarak uygun olmayan davranışlarda bulunma,
- Bebeğin cinsiyetinden memnun olmamadır.

2.5.7. Maternal Bağlanmaya Etki Eden Faktörler

Gebelik süresince annelerin hayali bir bebek imajı vardır. Doğumla birlikte bu hayal gerçekleşir. Bebeğin annenin hayalindeki bebeğe benzememesi annenin bebeğine bağlanmasını olumsuz etkileyebilmektedir (Goulet, 1998; Karakulak, 2009).

Doğum sonrası dönemde, anneler duygusal olarak hassastır ve çeşitli duygu durum bozuklukları riskleri fazladır. Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan herhangi bir duygu durum bozukluğu, uzun dönemde yarattığı ciddi sonuçları ve sadece anneyi değil, aynı zamanda bebeği ve içinde yaşadıkları aileyide olumsuz etkilediği için oldukça önemlidir. Anne ve bebek arasındaki etkileşimin uyumsuz olması, annelik rolünün

gelişimini engelleyebilir ve annenin bebeğine bağlanmasını olumsuz etkileyebilir (Giustardi, 2011; Güleşen ve Yıldız, 2013).

Doğum sonunda bebeğin yoğun bakım gereksinimi yada doğumsal anomaliler nedeniyle anne bebeğin erken dönemde ayrılması, anne ve bebek arasındaki etkileşimi olumsuz etkileyebilmektedir.

Annenin karşılaşmış olduğu yeni rolüne uyumu zaman alan bir süreç olup bu süreçte eşlerin ve sosyal desteğin yeri önemlidir. Erken doğum anne ve bebeğin bağlanmasını önemli ölçüde etkileyen bir faktördür. Anne ve bebeğin birbirinden ayrı olması, erken doğum nedeniyle annenin yaşadığı suçluluk, immatür bebeğin annenin etkileşim çabalarına geç yanıt vermesi ya da normal bebeklere göre çok daha uzun süreyi uykuda geçirmesi annenin bebeği ile etkileşimini olumsuz etkilemektedir (Çoban ve Saruhan, 2005).

Annenin bebeği ile temasının fazla olması bağlanma davranışının gelişimine yardımcı olmaktadır. Yapılan bir çalışmada ekonomik yetersizlikler nedeni ile erken taburcu edilen annelerde bağlanmanın daha fazla olduğu görülmüştür. Bu durumun nedeni olarak evde anne ve bebeğin daha fazla etkileşim içinde olabilecekleri gösterilmiştir (Akt.Kavlak, 2004). Gebelik sürecindeki bağlanma, doğumdan sonraki süreçteki bağlanmayı hızlandırmaktadır (Karakaya, 2009; Kütük, 2012; Balçık ,2014).

Emzirmenin geç dönemde başlaması ve annenin emzirme açısından yeterince desteklenmemesi anne ve bebek arasında oluşması beklenen bağı olumsuz etkilemektedir (Güleşen ve Yıldız, 2013). Anne bebek bağlanmasının oluşumu ve anne bebek ilişkisinin gelişiminde, gebeliğin planlanması, gebeliğin istenmesi, annenin güven duygusu, ailenin sosyo ekonomik ve kültürel durumu, eş ilişkileri, eş desteği, doğum şekli, ilk günlerde yaşanan anksiyete, anne ve bebeğin sağlık durumu, çocuk bakımı bilgisi gibi faktörlerin etkili olduğu bildirilmektedir (Güneş, 2014).

2.5.8. Adölesan Annelik ve Bağlanma

Adölesanlarda annelik ve erken yetişkinlik hem anne hem de bebeğin gelişimini olumsuz etkiler. Adölesan annelerin çocuklarının büyük çoğunluğunda yoğun bakım gereksinimi olmakta ve çocukluk döneminde anne ve bebek arasında düzensiz bir bağlanma oluşmaktadır.

Adölesan anneliğin doğasında var olan risk faktörleri annenin etkileşim tarzlarını etkiler ve yetişkin annelere göre bebeklerini daha az kabullenirler. Adölesan anneler yetişkin annelere göre daha az sevgilerini göstermekte ve daha çok bebeğin fiziksel ihtiyaçları (beslenme, giydirme) ile ilgilenmektedirler. Bu anneler ilerleyen dönemlerde sert annelik tarzını benimseyebilmekte ve bu duruma sözlü ve fiziksel tacizler eşlik edebilmektedir (Bulut, 1996; Zeitlin ve ark, 1999; Aiello ve Lancaster, 2007).

Yapılan çalışmalar adölesan annelerin yetişkin annelere göre bebeğine karşı negatif duygularını daha fazla paylaştığını, olumlu duygularını ise daha az ifade ettiğini göstermektedir. Bu tutum annelerin zaten yetersiz olan iletişim kapasitelerini etkilemekte ve bebeği ile yeterli iletişime geçememektedir. Bu nedenle adölesan anneler bebekleriyle güvensiz bağlanmaktadır (Crugnola ve ark, 2014).

Adölesan anne emzirmenin kendi sağlığı ve bebeğin gelişimi için ne kadar önemli olduğunu kavrayamamaktadır. Emzirmeye geç dönemde başlanması ve annenin emzirme açısından yeterince desteklenmemesi anne ve bebek arasında oluşması beklenen sevgi bağının olumsuz etkilenmesi ile sonuçlanabilmektedir (Breech ve Quint, 2006).

Adölesan annelik yetişkin annelerde olduğu gibi annenin yaşamını olumsuz etkiler. Annelerde düşük eğitim seviyesi, yeterli derecede çalışmama, depresyon riski ve madde kötüye kullanımı sıklıkla görülebilmektedir. Bebek açısından bakıldığında ise; kötüye kullanım (ihmal, istismar), bilişsel ve fizyolojik olarak gelişim gerilikleri oluşabilmektedir (Flaherty ve Sadler, 2011; Aydın, 2013).

Adölesan annelik beraberinde hızlı bir şekilde yetişkinlik dönemine geçişi getirir. Bu durum anne için ebeveynlik ve ebeveynliğin önemini çözme, bebeğin beslenmesi, fiziksel bakımı ve duygusal gereksinimlerini kapsamaktadır. Büyük önem taşıyan bu konular adölesanlığın doğasında var olan bağımsızlık gereksinimi ile çatışmaktadır. Bunun sonucunda ise annede; artan bir depresyon riski, ebeveynlik stresi, düşük öz saygı, bebeğin fiziksel ve duygusal gereksinimlerinin ihmaline neden olabilmektedir (Bulut, 1996).

Sonuç olarak adölesan annelik; anne ve bebeğin yeterli iletişiminin gelişimi için önemli bir risk oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalar çocuğun kendini ve etrafındaki kişileri iyi bir şekilde anlayabilmesi için annenin çok önemli rol üstlendiğini ortaya çıkarmıştır. Anne ve bebek arasında güvenli bağlanmanın oluşmaması ilerleyen dönemlerde hem

annede hemde bebekte çeşitli sorunlara neden olabilmektedir (Wolff ve Ilzendoorn, 1997; Karakaya, 2009; Yılmaz, 2013).

Sağlıklı nesiller oluşturmanın ilk adımının sağlıklı bireyler yetiştirmek olduğu düşünüldüğünde anne ve bebek ilişkisinin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Annesi ile yeterli bağlanma düzeyine ulaşamayan bireyler yaşamın diğer dönemlerinde de sorunlar yaşamaktadır.

Bağlanma bir sonuçtur, başlangıç ise güven duygusunun oluşumudur. Çocuğun kendini güvende hissetmesi ve korkulardan uzak olmasıdır. Çocuğun bağlandığı kişiden aldığı güven duygusu ile yaşama güvenli ve sağlam bir adım atabilecek olgunluğa ulaşmasını sağlar (Güneş, 2014).

Bağlanma figürleri duygusal stresle karşılaştığında çocuklarda duygusal stratejiler geliştirmesine olanak sağlar. Bağlanma figürünün duygusal varlığı ve desteği çocukların uyumsal duygusal düzenleme stratejileri geliştirmesini kolaylaştırır Bu da bireylerin yaşamlarının ileriki dönemlerinde karşılaştıkları stresli yaşam olayları ve risk durumları ile daha iyi bir şekilde baş etmelerine yardım eder (Morsünbül ve Çok, 2011).

Bowlby'e (2012a) göre anne ve çocuk arasında kurulan güvenli bağlanma ilişkisi çocuğa sağlıklı psikolojik gelişim olanağı sağlar. Rhesus maymunlarında gözlenen bağlanma ilişkisi ile insanlardaki ilk bağlanma süreçleri arasında bir benzerlik olduğuna inanan Bowlby, yanlış gelişmiş ya da dönem dönem kesintilere uğramış bağlanma ilişkilerinin kişilik problemlerine ve zihinsel hastalıklara yol açacağını iddia eder. Örneğin, ona göre, güvensiz bağlanma biçimleri nevrotik bir kişiliğin gelişmesine zemin oluşturur. Bu noktada kuramı çıkış noktasından başlayarak daha ayrıntılı bir şekilde incelemek, bağlanma sürecinin kişilik problemlerinin ve ruhsal hastalıkların temelindeki yerinin daha rahat anlaşılmasını sağlayabilir (Tüzün ve Sayar, 2006).

Çocukluk döneminde annesi ile yetersiz bağları bulunan çocuklar gece kabuslar görürler, uykuda boşluğa düştüğünü zannederek ve irkilerek uyanırlar. Bu durumda hiç bir şey bebeği sakinleştiremez. Bu çocuklar da ilerleyen yaşlarda hazzı düşkünlük, eşyaya bağlılık, romantik bağlanmalar da ayrılmayı başaramama, "ölümüne sevmek " gibi birçok uygun olmayan davranışlar gözlemlenebilmektedir (Güneş, 2014).

2.5.9. Bağlanmayla İlgili Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar

Öztürk ve Saruhan (2013) hastanede tedavi gören prematüre bebeklere sahip annelerde yapmış oldukları çalışmada annelerin bebeklerine daha güvensiz bağlandığını ve depresyon puanlarının yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bunun sonucunda anne ve bebeğin birlikte olması doğum sonu depresyon açısından ve anne bebek bağlanması açısından önemlidir yorumunu getirmişlerdir.

Bebeğin çeşitli nedenlerle anneden ayrılması doğum sonu depresyon riskini artırmaktadır. Doğum sonu depresyonu olan anneler bebeklerine daha az sevgi göstermekte ve bebeklerinin vermiş oldukları ipuçlarına daha duyarsız davranmakta ve daha içine kapanık yaşamaktadırlar.

Akman ve ark (2006) yapmış oldukları çalışmada infantil kolit ve postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmişler ve erişkin tipi bağlanması güvensiz olan annelerin bebeklerinde kolitin daha sık görüldüğünü saptamışlardır. Güvensiz bağlanma tipine sahip olan anneler bebekleri ile iyi bir iletişim kuramamakta ve bebeklerin iletişim sinyallerini göz ardı edebilmektedir. Ancak Abbasoğlu ve ark (2015) Akman ve arkadaşlarının araştırmasına benzer şekilde yapmış oldukları çalışmada annenin bağlanma şekli ve bebek koliti arasında herhangi bir ilişki saptamamışlardır.

Örün ve ark (2013) anne bebek bağlanması ve doğum sonu depresyon arasındaki ilişkiyi incelemişler ve depresyonu olan annelerin bebeklerine daha sorunlu bağlandığını bulmuşlardır.

Doğum şeklide bazı durumlarda anne bebek bağlanması üzerine etkili olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada normal doğum yapan annelerin, sezeryanla doğum yapan annelere oranla bebeklerine daha iyi bağlandığı bulunmuştur. Sezaryan doğum sonrasında anne ve bebeğin geç buluşması ve annenin bebeğinin bakımında geç rol almasının bu bulguda etkili olduğu görüşüne varılmıştır. Ayrıca anneler de algılanan sosyal destek ile doğum sonu depresyon arasında negatif yönde, maternal bağlanma ile pozitif yönde bir ilişki olduğu sunucuna varıldığı bildirilmiştir (Hergüner ve ark, 2014).

2.5.10. Bağlanmayla İlgili Yurtdışında Yapılan Araştırmalar

Yapılan alışmalar adölesan annelerin yetişkin annelere göre bebeğine karşı negatif duygularını daha fazla paylaştığını, olumlu duygularını ise daha az ifade ettiğini göstermektedir. Bu tutum annelerin zaten yetersiz olan iletişim kapasitelerini etkilemekte ve bebeği ile yeterli iletişime geçememektedir. Bu nedenle adölesan anneler bebekleriyle güvensiz bağlanmaktadır (Crugnola ve ark, 2014).

Pamerleau ve ark (2003) adölesan annelerin bebekleri ile olan iletişimlerini izlediği çalışmasında; annelerin bebekleriyle ilk aylarda çok az iletişimlerinin olduğunu ve bebeklerin iletişim sinyallerine annelerin duyarsız olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Pamerleau ve ark, 2003).

Berlin'de yapılan bir çalışma 14 ay boyunca adölesan annelerin bebekleri ile arasındaki etkileşimini incelemiş; adölesan annelerin yetişkin annelere göre daha az sosyal desteğinin olduğunu, daha bağımsız ve ebeveynlik için yetersiz olduklarını göstermiştir (Crugnola ve ark, 2014).

Bartlett ve ark (2014) yapmış oldukları çalışmada adölesan annelerin bebeklerini daha çok ihmal ettiği sonucuna varmışlardır. Bu çalışmada yer alan adölesan annelerin % 84' ünde çocukken kötüye kullanım ve ihmal öyküsü, düşük eğitim seviyesi, madde kötüye kullanımını özellikleri bulunmaktadır.

Doğum sonu depresyon annenin bebeğinin bakımında aktif rol almasını engellemektedir. Bu durum anne ve bebek ilişkisini olumsuz etkiler ve aralarında oluşması beklenen sevgi bağını geciktirir. Bunun sonucunda da bebeklerin bilişsel, duygusal ve davranışsal gelişimleri önemli ölçüde etkilenebilmektedir (Horowitz ve ark, 2001; Onozawa ve ark, 2001; Glover ve ark, 2002; Poobalan ve ark, 2007).

Avustralya'da yapılan bir çalışmada doğum sonu depresyon oranının katılımcı annelerin neredeyse yarısında görüldüğü (%40) ve annelerin bebekleri ile kaçıngan tipte bir bağlanma oluşturdukları saptanmıştır (Wilkinson ve Mulcahy, 2010).

2.6. Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon ve Maternal Bağlanmada Hemşirenin Sorumlulukları

Anne-bebek etkileşimi çocuğun gelişimini ve tüm yaşamını etkilediği, bu nedenle de hayati önem taşıdığı için bu konuda hemşireye önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşireler doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde aile ve bebekle bilinçli hemşirelik yaklaşımı ile bağlanma sürecinde anne ve bebeğin etkileşimini başlatma ve sürdürmede anneye yardımcı olmalıdırlar (Çoban ve Saruhan, 2005; Erdeve ve ark, 2008).

Gebeliğin istenerek gerçekleşmesi anne-bebek ilişkisinde ilk adım olduğundan annelerin bu konuda yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Ailelere, çocuk sahibi olmayı istedikleri zaman gebeliğin gerçekleşmesinin önemi anlatılmalı ve istenmeyen gebeliklerden korunmak için eğitimler yapılmalıdır (Karakaya, 2009). İstenmeyen gebelikler sonucunda doğan çocuklar ihmal ve istismar için korunmasızdırlar. Bu nedenle hemşireler annelere gerekli eğitimleri yapmalı ve doğum sonu dönemlerinde anne ve bebeği iyi bir şekilde değerlendirmelidir.

Gebelik süresince yaşanacak sıkıntılar annenin bebeği ile ilgili düşüncelerini olumsuz etkileyeceği için, gebe izlem kontrollerine düzenli gelmesi, gerekli incelemelerini yaptırması ve uygun bakımı sürdürmesinin önemi anne adaylarına anlatılmalı ve riskli gebeliklerin oluşumunda önemli bir etken olan adolesan anneliğin önlenmesi için gerekli çalışmalar planlanmalıdır (Franklin, 2006).

Çoğu anne, özellikle deneyimsiz olanlar yeni doğanı kolayca incitebileceklerini düşünürler ve bebeklerine uyarıda bulunarak yanıt alabileceklerini bilemezler. Bu nedenle hemşire annelere bebekleri ile olan iletişimlerinde, dokunsal, görsel, işitsel etkileşim yollarının etkili kullanımı anlatılmalıdır (Yılmaz, 2013; İşler, 2007).

Anne ve bebeğin ten temasını artırmak için kanguru bakımı yapılabilir. Kanguru bakımında bebek çıplak olarak yüzü anneye bakacak şekilde annenin göğsü üzerine yatırılır veya dik olarak yerleştirilir. Bebek anneye bir örtü ile sarılarak korunur (Çoban ve Saruhan, 2005; Kenny ve ark, 2013). Anne kanguru bakımı konusunda desteklenmeli ve bakım sırasında bebeği ile temas etmesi sağlanmalıdır.

Hemşire doğum sonu dönemde gözlem yaparak anne-bebek ilişkisini değerlendirmelidir. Annenin bebeği ile konuşması, uygun beslenme tekniği kullanması, bebeği ile göz teması olması, bebeğin ismi ile ya da ona cinsiyeti ile seslenmesi (oğlum/kızım) annenin gösterdiği olumlu bağlanma davranışlarıdır. Bebeğe takma isim ile seslenilmesi, yetersiz kilo alması, bakımsız ve hijyenin kötü olması ya da bebeğin ciddi pişiklerinin olması annenin bebeğine bağlanmasının yetersiz olduğunu düşündürmelidir. Bu durumda hemşire anneye danışmanlık yapmalı, anne ile bebeği hakkındaki duygu ve düşüncelerini konuşmalı, annenin bebek bakımı ile ilgili davranışlarını desteklemeli ve yetersiz olduğu konularda öğretici olmalıdır (Çoban ve Saruhan, 2005; Franklin, 2006; İşler 2007; Kavlak ve Şirin, 2009).

Annelerin doğum sonu dönemde evlerinde ziyaret edilmesinin depresif belirtilerin erken tanınmasında önemli bir yeri bulunmaktadır. Bu nedenle anneler kendi evlerinde ziyaret edilmeli depresif semptomlar ve bebekleri ile olan iletişimlerini açısından değerlendirilmelidir. Annenin bebeğine yaklaşım tarzı, kullanmış olduğu sözel ifadeler, bebeğin kilo olması ve fiziksel görüntüsü yakından izlenmeli ve depresyonla birlikte gelişebilecek olan ihmal durumunda engellenmelidir. Bu konuda gereksinimi olan anneler yardım alabileceklere kuruluşlara yönlendirilmelidir (Çalışır, 2003; Güleç ve ark, 2014).

Hemşire bağlanma sorunu yaşayan anne ve aileleri yakından izlemeli böylece yaşanabilecek ihmal ve istismar durumları önlenmelidir. Sosyal destekleri yetersiz olan anneler için sosyal destek grupları oluşturmalı, annelerin bir araya gelerek yalnız olmadıklarını hissetmelerini sağlanmalıdır (Infurna ve ark, 2016).

Ayrıca çocuklar yasal olarak korunmalı, aileler çocuk hakları konusunda mutlaka bilgilendirilmelidir. İhmal ve istismar konusunda halk bilinçlendirilmeli ve caydırıcı özellikte cezalar getirilmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma analitik- kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma 01.12.2014-29.02.2016 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde doğum yapan adölesan olan ve olmayan annelerde yapılmıştır. Adnan Menderes Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında yedi öğretim üyesi, altı asistan, bir sorumlu hemşire ile birlikte on hemşire görev yapmaktadır. Klinik 30 yataklı olup, her odada iki yatak bulunmaktadır. Polikliniğin çalışma saatleri sabah 09:00-12:00, öğleden sonra 13:30- 16:00 arasında olup poliklinikte 2 iki asistan görev yapmakta, iki hemşire bulunmaktadır.

Çalışmaya başlamadan önce Adnan Menderes Üniversitesi Başhekimliğinden gerekli izinler alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Örneklem seçiminde rasgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma 01.12.2014- 29.02.2016 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde doğum yapan ve doğumdan sonra kontrole gelen adölesan olan ve olmayan annelerde yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü G power analiz programında %95 güven aralığında, etki düzeyi 0.5, α hatası 0.05, gücü 0.80 ve adölesan annelerin oranının adölesan olmayan annelere oranı üçte biri olmak alındığında ulaşılması hedeflenen adölesan anne sayısı 43 ve adölesan olmayan anne 127 olarak belirlenmiştir. Belirlenen katılımcıların %10 fazlasının çalışmaya alınmıştır. Örneklemi oluşturacak adölesan anne sayısı 47 adölesan olmayan anne sayısı 139 olarak belirlenmiştir. Ancak toplanan anket formları değerlendirildiğinde adölesan annelerden 2, adölesan olmayan annelerden 21 kaybın olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle adölesan annelerin 45, adölesan olmayan annelerin ise 118 kişinin verisi değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmaya katılma kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya istekli olmak,
- Okur-yazar olmak,
- Araştırmanın yönergesini takip edecek zihinsel kapasiteye sahip olmak,
- 10-35 yaş arasında olmak.

Araştırmadan dışlanma kriterleri;

- Okur-yazar olmamak,
- Herhangi bir kronik hastalığa sahip olmak,
- Tanı konmuş ruhsal bir hastalığa sahip olmak,
- Erken doğum öyküsü olmak,
- Bebeğin yoğun bakım gereksinimi olması.

3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.3.1. Anket Formu

Anket Formu annelerin sosyo demografik özelliklerini içeren ve bebekleri ile etkileşimlerini etkileyeceği düşünülen yapılmış benzer çalışmaların (Kavlak, 2004; Karakulak, 2009; Öztürk, 2010; Melekoğlu, 2012) sorularının incelenerek hazırlandığı toplam 33 sorudan oluşmuştur. Anket formu anneye ait özellikler (8 soru), annenin gebeliği ve doğumuna ait özellikleri (8 soru), annenin eşilişkisi ve sosyal desteklerini içeren sorular (5 soru), çocukluk yaşantısı özelliklerini içeren (7 soru), annelerin bebeklerine ait özelliklerini içeren (5 soru) sorulardan oluşmaktadır. Bütün formlar annelere doğumdan sonraki 4.-6. haftalar arasında uygulanmıştır.

3.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin (ÇÇTÖ) Türkçe uyarlaması Şar ve ark. (2011) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 28 sorudan oluşmaktadır. ÇÇTÖ puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2,5,7,13,19,26,28) elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür). Beş alt puanın toplamı ÇÇTÖ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyonla ilgili (madde 10, 16, ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunların hepsi 1 puan olarak sayılır. Bunların toplanması ile 0-3 puan arasın da bir minimizasyon puanı elde edilir. Duygusal istismar 3,8,14,18,25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar 9,11,12,15,17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1,2,4,6,26 numaralı maddelerle, duygusal ihmal 5,7,13,19,28 numaralı maddelerle, cinsel istismar 20,21,23,24,27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir. Toplam ölçek puanının yüksek olması çocukluk çağı travmalarının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri 0,93 olarak bulunmuştur. Bizim yaptığımız çalışmada Cronbach Alpha değeri 0.91 olarak bulunmuştur.

3.3.3. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması Engindeniz (1996) tarafından gerçekleştirilmiştir. Engindeniz' in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında bu ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı 0.79, iki yarım güvenilirliği 0.80; kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılık 0.84, özgüllüğü 0.88, pozitif yordama değeri 0.69, negatif yordama değeri 0.94 olarak bulunmuştur. 10 maddeden oluşan, 4'lü likert biçiminde kendini bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten en düşük 0 ve en yüksek 30 puan alınmaktadır. Değerlendirmede 1.,2., ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken 3.,5.,6.,7.,8.,9., ve 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. Toplam puanın yüksek olması depresyon riskinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bizim yaptığımız çalışmada Cronbach Alpha değeri 0.81 olarak bulunmuştur.

3.3.4. Maternal Bağlanma Ölçeği

Mary E.Muller tarafından 1994 yılında geliştirilen Maternal Bağlanma Ölçeği, anne-bebek bağlanmasını ölçmek için geliştirilmiştir. Muller bağlanmayı iki fazda incelemiş ve bu fazların belirlenmesinde Merce'in maternal rol adaptasyon teorisinden yararlanmıştır. Bu teori 3 fazdan oluşmaktadır. Birinci faz iyileşme fazı olarak adlandırılan doğumdan sonraki ilk bir aylık süreyi kapsar. Bu fazda anne, sosyal ve psikolojik olarak anneliğe uyum sağlarken diğer taraftan kendi bakımı ve bebeğinin bakımı ile ilgilenmektedir. İkinci faz doğumdan sonraki dört veya beşinci aylarda tamamlanan ve maternal kimliğin kazanıldığı ve annenin maternal davranışları ile bebeğe bağlanma duygusu ve maternal yeterliliğin en üst düzeyde olduğu başarı fazı olarak adlandırılmaktadır. Doğumdan sonraki sekizinci ayda tamamlanan üçüncü faz ise kopma fazı olarak tanımlanmaktadır. Muller, Maternal Bağlanma ölçeğinin güvenirlik katsayısını Cronbach alfa 0.85 olarak bulmuştur.

Maternal Bağlanma Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Kavlak (2004) tarafından yapılmıştır. Kavlak (2004), bu ölçeği ilk olarak postpartum 30–40 gün arasında bebeği olan 165 anneye uygulamıştır. Maternal Bağlanma Ölçeği'nin güvenirlik katsayısı Cronbach Alpha 0.77 olarak bulunmuştur. İkinci aşamada Kavlak, Maternal Bağlanma Ölçeği'nin postpartum periyottan sonra da kullanılıp kullanılmayacağını incelemek amacıyla, bu 165 annenin bir grubuna (n=78) doğumdan sonraki dördüncü ayda da uygulamıştır. Doğum sonrası dördüncü ayda Cronbach Alpha 0.82 bulmuştur. Ölçek 26 maddeden oluşmakta olup en düşük 26 en yüksek 104 puan alınmaktadır. Puanın yüksek olması maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. Bizim yaptığımız çalışmada Cronbach Alpha değeri 0.76 olarak bulunmuştur.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Annelerin adölesan olma ve olmama durumu

Bağımsız değişkenler: Maternal Bağlanma ölçeği, Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden alınan toplam ve alt toplam puanlarıdır.

3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Araştırma 4-6 haftalık sağlıklı bebeği olan annelere poliklinik kontrolü için hastaneye geldiğinde yapılmıştır. Araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan anneler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelerden Anket formunu kendisi doldurabileceğini ifade eden anneler kendileri doldurmuştur ya da anneler ile yüz yüze görüşülerek Anket formu doldurulmuştur. Maternal Bağlanma Ölçeği, Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nde eş zamanlı annelere uygulandı. Annelerin en çok Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğini doldurmakta zorlandığı görülmüştür.

Araştırmada veri toplama formlarının (Anket formunun doldurulması ortalama 10 dakika; Maternal Bağlanma Ölçeği'nin doldurulması ortalama 15 dakika; Doğum sonrası depresyon ölçeğinin doldurulması ortalama 10 dakika, Çocukluk çağı Travmaları Ölçeğinin doldurulması ortalama 15 dakika) doldurulması toplam 40-45 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın İstatistiksel Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS 19.0 programında ve bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel analizler, Korelasyon Analizi, Bağımsız gruplarda t testi, Pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

3.7. Etik Açıklamalar

Araştırmanın verilerinin toplanabilmesi için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Ek 6), Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden (Ek 7) izin alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden annelere çalışmanın amacı, sağlayacağı yararları, anket ve ölçekler için harcayacağı zaman ile ilgili bilgi verilmiş ve sözel onam alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Sosyo Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sosyo Demografik Özellikler	Adölesan olan		Adölesan olmayan		Test	p
	n	%	n	%	χ^2	p
Yaş (ort±ss)	16,5±1,3		27,3±4,3			
10-18 yaş	45	100	-	-	163	0,000
19-30 yaş	-	-	84	71,2		
31-35 yaş	-	-	34	28,8		
Eğitim						
İlkokul	29	64,4	31	26,3	25,37	0,000
Ortaokul	12	26,7	33	28		
Lise	2	4,4	26	22		
Üniversite ve üstü	2	4,4	28	23,7		
Meslek						
Ev hanımı	41	91,1	80	67,8	10,88	0,012
Memur	-	-	12	10,2		
İşçi	1	2,2	15	12,7		
Serbest meslek	3	6,7	11	9,3		
Eşin yaşı (ort±SS)	24,08±4,5		31,85±4,9			
15-25 yaş	31	68,8	12	10,2	85,17	0,000
26-35 yaş	13	28,9	83	70,3		
36-45 yaş	1	2,2	23	19,5		
Eşin eğitimi						
İlkokul	15	33,3	30	25,4	11,56	0,009
Ortaokul	21	46,7	31	26,3		
Lise	5	11,1	27	27,9		
Üniversite ve üstü	4	8,9	30	25,4		
Aylık gelir durumu						
Gelir giderden az	29	64,4	36	30,5	17,09	0,000
Gelir gidere denk	15	33,3	64	54,2		
Gelir giderden fazla	1	2,2	18	15,3		
Aile yapısı						
Çekirdek aile	16	35,6	93	78,8	27,51	0,000
Geniş aile	29	64,4	25	21,2		
Evlilik süresi (ort±SS)	1,42± 0,78		5,5±,17			
1-5 yıl	45	100	66	55,9		0,000
6-10 yıl	-	-	35	29,7		
11-15 yıl	-	-	16	13,6		
16-20 yıl	-	-	1	0,8		
Toplam	45	100	118	100		

Çalışmamızda yer alan annelerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde annelerin % 27,6'sı (n=45) adölesan olup, %72,4'ü (n=118) yetişkin annelerden oluşmaktadır. Adölesan annelerin yaş ortalamaları $16,5\pm 1,3$ iken yetişkin annelerin yaş ortalamasının $27,3\pm 4,3$ olduğu bulunmuştur.

Adölesan annelerin %64,4'ünün (n=29) ilkokul, %26,7'sinin (n=12) ortaokul, %4,4'ünün (n=2) lise, %4,4'ünün (n=2) üniversite ve üstü eğitime sahip olduğu, adölesan olmayan annelerin ise %26,3'ünün (n=31) ilkokul, %28'inin (n=33) ortaokul, %22'sinin (n=26) lise, %23,7'sinin (n=28) üniversite ve üstü eğitime sahip olduğu bulunmuş olup, adölesan olan ve olmayan anneler arasında eğitim durumu açısından ($\chi^2=25,37$; p= 0,000) istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (Tablo 1).

Adölesan annelerin %91,1'inin (n=41), adölesan olmayan annelerin %67,8'inin (n=80) ev hanımı olduğu, adölesan annelerde memur olarak çalışan kişinin olmadığı, adölesan olmayan annelerde ise %10,2'sinin (n=12) memur olarak çalıştığı, adölesan annelerin %2,2'sinin (n=1), adölesan olmayan annelerin %12,7'sinin (n=15) işçi olduğu, adölesan annelerin %6,7'sinin (n=3), adölesan olmayan annelerin %9,3'ünün (n=11) serbest meslek sahibi olduğu saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin meslekleri arasında ($\chi^2 =10,88$; p=0,012) istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (Tablo 1).

Adölesan annelerin eşlerinin yaş ortalamaları $24,08\pm 4,5$ iken adölesan olmayan annelerin eşlerinin yaş ortalamalarının $31,85\pm 4,9$ olduğu belirlenmiştir. Annelerin eşlerinin yaş dağılımlarına baktığımızda ise adölesan annelerin eşlerinin %68,8'inin (n=31), adölesan olmayan annelerin ise eşlerinin %10,2'sinin (n=12) 15-25 yaş aralığında olduğu, adölesan anneleri eşlerinin %28,9'unun (n=13), adölesan olmayan annelerin eşlerinin %70,3'ünün (n=83) 26-35 yaş aralığında olduğu, adölesan annelerin %2,2'sinin (n=1), adölesan olmayan annelerin eşlerinin %19,5'inin (n=23) 36-45 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin eşlerinin yaşları arasında ($\chi^2 =85,17$; p=0,000) istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (Tablo 1).

Adölesan annelerin eşlerinin %33,3'ünün (n=15), adölesan olmayan annelerin eşlerinin %25,4'ünün (n=30) ilkokul, adölesan annelerin eşlerinin %46,7'sinin (n=21), adölesan olmayan annelerin eşlerinin %26,3'ünün (n=31) ortaokul, adölesan annelerin eşlerinin %11,1'inin, adölesan olmayan annelerin eşlerinin %27,9'unun (n=27) lise, adölesan annelerin eşlerinin %8,9'unun (n=4), adölesan olmayan annelerin %25,4'ünün

(n=30) üniversitesi ve üstü eğitime sahip olduğu tespit edilmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin eşlerinin eğitim durumları arasında ($\chi^2 = 11,56$; $p=0,009$) istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (Tablo 1).

Anneleri aylık gelir durumları açısından ele aldığımızda adölesan annelerin %64,4'ünün (n=29), adölesan olmayan annelerin %30,5'inin (n=36) aylık geliriningiderinden az olduğu, adölesan annelerin %33,3'ünün (n=15), adölesan olmayan annelerin %54,2'sinin (n=64) gelirinin giderine denk olduğu, adölesan annelerin %2,2'sinin (n=1), adölesan olmayan annelerin %15,3'ünün (n=18) aylık gelirinin giderinden fazla olarak ifade ettiği tespit edilmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin aylık gelir durumları arasında ($\chi^2 = 17,09$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlılık vardır (Tablo 1).

Adölesan annelerin %35,6'sı (n=16), adölesan olmayan annelerin %78,8'i (n=93) çekirdek aile yapısında, adölesan annelerin %64,4'ünün (n=29), adölesan olmayan annelerin %21,2'sinin (n=25) geniş aile yapısında olduğu saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin aile yapıları arasında ($\chi^2 = 27,51$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlılık olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Adölesan annelerin ortalama evlilik süreleri $1,42 \pm 0,78$ iken adölesan olmayan annelerin ortalama evlilik sürelerinin $5,5 \pm 1,7$ olduğu saptanmıştır. Adölesan annelerin %100'ü (n=45), adölesan olmayan annelerin ise %55,9'unun (n=66) 1-5yıl arasında evlilik süresi olduğu, adölesan annelerin 6-10 yıl arasında evlilik süresine sahip olan olmadığı, adölesan olmayan annelerin %29,7'sinin (n=35) 6-10 yıl arasında evlilik süresi olduğu, adölesan annelerin 16-20 yıl aralığında evlilik süresine sahip olan olmadığı, adölesan olmayan annelerin %0,8'inin (n=1) 16-20 yıl arasında evlilik süresine sahip olduğu saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin evlilik süreleri arasında ($\chi^2 = 50,83$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlılık vardır (Tablo 1).

Tablo 2. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Gebelik ve Doğuma İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

Gebelik ve doğuma İlişkin Özellikler	Adölesan olan		Adölesan olmayan		Test χ^2	p p
	n	%	n	%		
Toplam gebelik sayısı						
1- 5 gebelik	45	100	113	95,8	22,10	0,002
6-10 gebelik	-	-	5	4,2		
Gebeliği isteme durumu						
İstemedен gebe kalma	12	28,7	11	9,3	10,95	0,004
İsteyerek gebe kalma	28	62,2	101	85,6		
Önce istemeyip sonra isteme	5	11,1	6	5,1		
Gebelik süresince kontrollere gitme						
Hayır	17	37,8	2	1,7	41,19	0,000
Evet	28	62,2	116	98,3		
Gebelikte sorun yaşama durumu						
Hayır	39	86,7	80	67,8	5,89	0,015
Evet	6	13,3	38	32,2		
Doğumda sorun yaşama durumu						
Hayır	41	91,1	89	75,4	4,97	0,026
Evet	4	8,9	29	24,6		
Doğum şekli						
Sezeryan	18	40	66	55,9		
Normal doğum	22	48,9	21	17,8	4,79	0,091
Epidural sezeryan	5	11,1	3	2,5		
Müdahaleli doğum	-	-	1	0,8		
Bebęini doğum sonrası kucağına alma						
30 dakika içinde	25	55,6	35	29,7		
1 saat içinde	11	24,4	37	31,4	10,58	0,014
ilk gün	8	17,8	34	28,8		
ilk günden sonra	1	2,2	12	10,8		
Bebęi doğum sonrası emzirme zamanı						
30 dakika içinde	19	42,2	31	26,3		
1 saat içinde	13	28,9	41	34,7	5,37	0,147
ilk gün	12	26,7	35	29,7		
ilk günden sonra	1	2,2	11	9,3		
TOPLAM	45	100	118	100		

Adölesan annelerin %100'ünün (n=45), adölesan olmayan annelerin %95,8'inin (n=113) toplam 1-5 gebeliğinin olduğu, adölesan annelerde 6-10 gebelik yaşayanın olmadığı, adölesan olmayan annelerin %4,2'sinin (n=5) 6-10 arasında toplam gebeliğinin olduğu tespit edilmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin yaşamış oldukları toplam gebelik sayısı arasında ($\chi^2 =22,10$; $p=0,002$) istatistiksel anlamlılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Adölesan annelerin %28,7'sinin (n=12), adölesan olmayanların %9,3'ünün (n=11) istemeden gebe kaldığı, adölesan annelerin %62,2'sinin (n=28), adölesan olmayan annelerin %85,6'sının (n=101) isteyerek gebe kaldığı, adölesan annelerin %11,1'inin (n=5), adölesan olmayan annelerin %5,1'inin (n=6) gebeliği önce istemeyip sonradan istediği bulgulanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin gebeliği isteme durumu karşılaştırıldığında ($\chi^2 =10,95$; $p=0,004$) istatistiksel olarak anlamlılık olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Adölesan annelerin %37,8'i (n=17), adölesan olmayan annelerin %1,7'sinin gebelik süresince düzenli kontrole gitmediği, adölesan annelerin %62,2'sinin (n=28), adölesan olmayan annelerin %98,3'ünün (n=116) gebelik süresinde kontrollere gittiği belirlenmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin gebelik süresince düzenli olarak kontrole gitme durumları arasında ($\chi^2 =41,19$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 2).

Adölesan annelerin %86,7'sinin (n=39), adölesan olmayan annelerin %67,8'inin (n=80) gebelik süresince sorun yaşamadığı, adölesan annelerin %13,3'ünün (n=6), adölesan olmayan annelerin %32,2'sinin (n=38) gebelik süresince sorun yaşadığı tespit edilmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin gebelikte sorun yaşama durumları arasında ($\chi^2 =5,89$; $p=0,015$) istatistiksel anlamlılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Adölesan annelerin %91,1'inin (n=41), adölesan olmayan annelerin %75,4'ünün (n=89) doğumda sorun yaşamadığı, adölesan annelerin %8,9'unun (n=4), adölesan olmayan annelerin %24,6'sinin (n=29) doğumda sorun yaşadığı bulgulanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin doğumda sorun yaşama durumları arasında ($\chi^2 =4,97$; $p=0,026$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 2).

Adölesan annelerin %40'ının (n=18), adölesan olmayan annelerin %55,9'unun (n=66) sezeryanla doğum yaptığı, adölesan annelerin %48,9'unun (n=22), adölesan olmayan

annelerin %17,8'inin (n=21) normal doğum yaptığı, adölesan annelerin %11,1'inin (n=5), adölesan olmayan annelerin %2,5'inin (n=3) epidural sezeryan olduğu, adölesan annelerden müdahaleli doğum yapan olmadığı, adölesan olmayan annelerin %0,8'inin (n=1) müdahaleli doğum yaptığı saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin doğum şekilleri arasında ($\chi =4,79$; $p=0,091$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 2).

Adölesan annelerin %55,6'sının (n=25), adölesan olmayan annelerin %29,7'sinin (n=35) bebeklerini doğumdan sonraki ilk 30 dakika içinde, adölesan annelerin %24,4'ünün (n=11), adölesan olmayan annelerin %31,4'ünün (n=37) ilk bir saat içinde, adölesan annelerin %17,8'inin (n=8), adölesan olmayan annelerin %28,8'inin (n=34) ilk gün içinde, adölesan annelerin %2,2'sinin (n=1), adölesan olmayan annelerin %10,8'inin (n=12) bebeklerini ilk günden sonra kucaklarına almış oldukları belirlenmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin bebeklerini kucaklarına alma durumları arasında ($\chi^2 =10,58$; $p=0,014$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulgulanmıştır (Tablo 2).

Adölesan annelerin %42,2'sinin (n=19), adölesan olmayan annelerin %26,3'ünün (n=31) bebeklerini doğumdan sonraki ilk 30 dakika içinde emzirdikleri, adölesan annelerin %28,9'unun (n=13), adölesan olmayan annelerin %34,7'sinin (n=41) bebeklerini ilk bir saat içinde emzirdikleri, adölesan annelerin %26,7'sinin (n=12), adölesan olmayan annelerin %29,7'sinin (n=35) ilk gün içinde, adölesan annelerin %2,2'sinin (n=1), adölesan olmayan annelerin %9,3'ünün (n=11) bebeklerini doğumdan sonraki ilk günden sonra emzirdiği tespit edilmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin bebeklerini emzirme durumları arasında ($\chi^2 =5,37$; $p=0,147$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 2).

Tablo 3. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Sosyal Destek Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sosyal Destek Özellikleri	Adölesan olan		Adölesan olmayan		Test χ^2	p
	n	%	n	%		
Bebek bakımında destek alıyor musunuz ?						
Hayır	16	35,6	52	44,1	0,971	0,324
Evet	29	64,4	66	55,9		
Kimden destek alıyorsunuz ?*						
Eş	8	27,6	23	34,9	3,65	0,161
Ebeveyn(anneanne/babaanne)	20	69	36	53		
Diğer	1	3,4	8	12,1		

Sayı ve yüzdeler bakımında destek aldığını belirten anneler üzerinden alınmıştır. Adölesan annelerde n=29, adölesan olmayan annelerde n=66'dır.

Adölesan annelerin %35,6'sının (n=16), adölesan olmayan annelerin %44,1'inin (n=52) bebek bakımında destek almadığı, adölesan annelerin % 64,4'ünün (n=29), adölesan olmayan annelerin %55,9'unun (n=66) bebek bakımında destek aldığı tespit edilmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin bebek bakımında destek alma durumları arasında ($\chi^2 = 0,971$; $p=0,324$) istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (Tablo 3).

Adölesan annelerin %27,6'sı (n=8), adölesan olmayan annelerin %34,9'unun (n=23) eşlerinden destek aldığı, adölesan annelerin %69'unun (n=20), adölesan olmayan annelerin %53'ünün (n=36) ebeveynlerinden destek aldığı, adölesan annelerin %3,4'ünün (n=1), adölesan olmayan annelerin %12,1'inin (n=8) diğer bir kişiden destek aldığı bulgulanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin bebek bakımında destek aldıkları kişiler açısından bakıldığında ($\chi^2 = 3,65$; $p=0,161$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmamıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Eş ilişkilerinin Karşılaştırılması

Eş İlişkileri	Adölesan olan		Adölesan olmayan		Test	p
	n	%	n	%	χ^2	p
Eşinizle ilişkiniz						
Kötü	3	6,7	1	0,8	17,45	0,000
Orta	20	44,4	22	18,6		
İyi	22	48,9	95	80,5		
Doğumdan sonra eşinizle olan ilişkinizde değişiklik oldu mu?						
Hayır	32	71,1	91	77,1	0,635	0,426
Evet	13	28,9	27	22,9		
İlişkinizde ne yönde bir değişme oldu ? *						
Olumsuz	4	30,8	4	14,8	1,82	0,177
Olumlu	9	69,2	23	85,2		

Sayı ve yüzdeler doğumdan sonra eşleri ile olan ilişkilerinde değişiklik olduğunu belirten anneler üzerinden alınmıştır. Adölesan annelerde n=13, adölesan olmayan annelerde n=27'dir.

Adölesan annelerin %6,7'si (n=3), adölesan olmayan annelerin %0,8'i (n=1) eşleri ile olan ilişkilerinin kötü olduğunu, adölesan olmayan annelerin %44,4'ü (n=20), adölesan olmayan annelerin %18,6'sı (n=22) eşleri ile ilişkililerinin orta olarak, adölesan annelerin %48,9'u (n=22), adölesan olmayan annelerin %80,5'inin (n=95) eşleri ile olan ilişkilerini iyi olduğu bildirmişlerdir. Adölesan olan ve olmayan annelerin eşleri ile olan ilişki durumları açısından ($\chi^2 = 17,45$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 4).

Adölesan annelerin %71,1'i (n=32), adölesan olmayan annelerin %77,1'i (n=91) doğumdan sonraki dönemde eşleri ile olan ilişkilerinde değişiklik olmadığını, adölesan annelerin %28,9'unun (n=13), adölesan olmayan annelerinin %22,9'unun (n=27) eşleri ile olan ilişkilerinde doğum sonu dönemde değişiklik olduğunu ifade ettiği saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin eşleri ile olan ilişkilerinin doğum sonrası dönemde değişiklik olma durumları arasında ($\chi^2=0,635$; $p=0,426$) istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 4).

Eşleri ile ilişkilerinde doğum sonu dönemde değişikliklik olduğunu belirten adölesan annelerin %30,8'i (n=4), adölesan olmayan annelerin %14,8'inin (n=4) eşleri ile olan ilişkilerinin olumsuz yönde değiştiğini, adölesan annelerin %69,2'sinin (n=9), adölesan olmayan annelerin %85,2'sinin ise eşleri ile olan ilişkilerinin olumlu yönde

değişiklik gösterdiğini bildirmişlerdir. Adölesan olan ve olmayan annelerin eşleri ile olan ilişkilerinin değişme yönleri arasında ($\chi^2 = 1,82$; $p=0,177$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Çocukluk Yaşantısı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Çocukluk Yaşantısı Özellikleri	Adölesan olan		Adölesan olmayan		Test χ^2	p
	n	%	n	%		
Çocukluğunuzu kimlerle geçirdiniz?						
Anne ve babamla	29	64,4	105	89	18,09	0,001
Annemle	9	20	10	8,5		
Babamla	5	11,1	1	0,8		
Anneanne ve dede ile	2	4,4	1	0,8		
Diğer	-	-	1	0,8		
Ailenizden ayrı kaldınız mı?						
Hayır	35	77,8	106	89,8	4,05	0,044
Evet	10	22,2	12	10,2		
Aileden ayrı kalma süresi?*						
3 ay	-	-	2	16,7	3,29	0,349
6 ay	-	-	2	16,7		
1 yıl	3	30	3	25		
1 yıldan fazla	7	70	5	41,6		
Toplam	45	100	118	100		

*Sayı ve yüzdeler ailesinden ayrı kaldığını belirten anneler üzerinden alınmıştır. Adölesan annelerde n= 10, adölesan olmayan annelerde n=12'dir.

Adölesan annelerin %64,4'ünün (n=29), adölesan olmayan annelerin %89'unun (n=105) çocukluk dönemini anne ve babaları ile geçirdiğini, adölesan annelerin %20'sinin (n=9), adölesan olmayan annelerin %8,5'inin (n=10) çocukluk dönemini anneleri ile geçirdiğini, adölesan annelerin %11,1'inin (n=5), adölesan olmayan annelerin %0,8'inin (n=1) çocukluk dönemlerini babaları ile geçirdiğini, adölesan annelerin %4,4'ünün (n=2), adölesan olmayan annelerin %0,8'inin (n=1) çocukluk dönemlerini anneanne ve dedeleri ile geçirdiğini, adölesan annelerinden çocukluk dönemini diğer kişilerle geçiren olmadığı, adölesan olmayan annelerin %0,8'inin (n=1) çocukluk dönemini diğer bir kişi ile geçirdiği tespit edilmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin çocukluk dönemlerini geçirdikleri kişiler açısından ($\chi^2 = 18,09$; $p=0,001$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 5).

Adölesan annelerin %77,8'inin (n=35), adölesan olmayan annelerin %89,8'inin (n=106) çocukluk döneminde ailelerinden ayrı kalmadığı, adölesan annelerin %22,2'sinin (n=10), adölesan olmayan annelerin %10,2'sinin (n=12) çocukluk döneminde ailelerinden ayrı kaldığını ifade ettiği saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin çocukluk dönemlerinde aileden ayrı kalma durumları arasında ($\chi^2 = 4,05$; $p=0,044$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir (Tablo 5).

Anneler ailelerinden ayrı kalma süreleri açısından değerlendirildiğinde adölesan annelerin ailelerinden 3 ay ayrı kalanın olmadığı, adölesan olmayan annelerin %16,7'sinin (n=2), çocukluk dönemlerinden ailelerinden 3 ay ayrı kaldığı, adölesan annelerinden 6 ay ailelerinden ayrı kalanın olmadığı, adölesan olmayan annelerin %16,7'sinin (n=2) ailelerinden 6 ay süre ile ayrı kaldığı, adölesan annelerin çocukluk döneminde ailelerinden ayrı kaldığını belirten annelerin %30'unun (n=3), adölesan olmayan annelerin ise %25'inin (n=3) 1 yıl süre ile ailelerinden ayrı kaldığı, adölesan annelerin %70'inin (n=7), adölesan olmayan annelerin %41,6'sinin (n=5) 1 yıldan daha uzun süre ailelerinden ayrı kaldığı tespit edilmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin çocukluk dönemlerinde aileden ayrı kalma süreleri açısından ($\chi^2 = 3,29$; $p=0,349$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Çocukluk Dönemlerinde Anne ve Baba İlişkilerinin Karşılaştırılması

Çocukluk döneminde anne ve baba ilişkisi	Adölesan olan		Adölesan olmayan		Test χ^2	p
	n	%	n	%		
Çocukluk döneminde anne ile olan ilişkisi						
Kötü	7	15,6	2	1,7	15,91	0,000
Orta	19	42,2	36	30,5		
İyi	19	42,2	79	66,9		
Çocukluk döneminde baba ile olan ilişki						
Kötü	12	26,7	8	6,8	23,97	0,000
Orta	15	33,3	15	12,7		
İyi	18	40	90	76,3		
Toplam	45	100	45	100		

Adölesan annelerin %15,6'sının (n=7), adölesan olmayan annelerin %1,7'sinin (n=2) çocukluk dönemlerinde anneleri ile olan ilişkilerinin kötü olduğu, adölesan annelerin %42,2'sinin (n=19), adölesan olmayan annelerin %30,5'inin (n=36) çocukluk dönemlerinde anneleri ile olan ilişkilerinin orta olduğu, adölesan annelerin %42,2'sinin (n=19), adölesan

olmayan annelerin %66,9'nun (n=79) çocukluk döneminde anneleri ile olan ilişkilerinin iyi olduğu saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin çocukluk dönemlerinde anneleri ile olan ilişkileri açısından ($\chi^2 =15,91$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Adölesan annelerin %26,7'sinin (n=12), adölesan olmayan annelerin %6,8'inin (n=8) çocukluk döneminde babaları ile olan ilişkilerinin kötü olduğu, adölesan annelerin %33,3'ünün (n=15), adölesan olmayan annelerin %12,7'sinin (n=15) babaları ile olan ilişkilerinin orta olduğu, adölesan annelerin %40'ının (n=18), adölesan olmayan annelerin %76,3'ünün (n=90) çocukluk döneminde babaları ile olan ilişkilerinin iyi olduğu tespit edilmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin çocukluk dönemlerinde babaları ile olan ilişkileri arasında ($\chi^2 =23,97$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 7. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Anne Olmadan Önce Bebek Bakma Durumlarının Karşılaştırılması

	Adölesan olan		Adölesan olmayan		Test	p
	n	%	n	%	χ^2	p
Anne olmadan önce bir bebeğe baktınız mı?						
Hayır	26	57,8	69	58,5	0,007	0,936
Evet	19	42,2	49	41,5		
Toplam	45	100	118	100		

Adölesan annelerin %57,8'i (n=26), adölesan olmayan annelerin %58,5'inin (n=69) anne olmadan önce bir bebeğe bakmadığı, adölesan annelerin %42,2'si (n=19), adölesan olmayan annelerin %41,5'inin (n=49) anne olmadan önce bir bebeğe baktığı tespit edilmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin anne olmadan önce bir bebeğe bakma durumları arasında ($\chi^2 =0,007$; $p=0,936$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Kendilerini Anneliğe Hazır Hissetme Durumlarının Karşılaştırılması

	Adölesan olan		Adölesan olmayan		Test	p
	n	%	n	%	χ^2	p
Anneliğe hazır hissediyor musunuz?						
Hayır	14	31,1	7	5,9	18,40	0,000
Evet	31	68,9	111	94,1		
Toplam	45	100	118	100		

Adölesan annelerin %31,1'inin (n=14), adölesan olmayan annelerin %5,9'unun (n=7) kendilerini anneliğe hazır hissetmediği, adölesan annelerin %68,9'unun (n=31), adölesan olmayan annelerin %94,1'inin (n=111) kendilerini anneliğe hazır hissettiği tespit edilmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin kendilerini anneliğe hazır hissetme durumları arasında ($\chi^2 = 18,40$; p=0,000) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 9. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Bebeklerine Ait Özelliklerinin Karşılaştırılması

Bebeye ait özellikler	Adölesan olan		Adölesan olmayan		Test	p
	n	%	n	%	χ^2	p
Bebegin cinsiyeti						
Kız	25	55,6	47	39,8	3,27	0,071
Erkek	20	44,4	71	60,2		
Bebegin doğum kilosu						
2000-2999 gr	26	57,8	52	44,1	71,66	0,620
3000-3999 gr	19	42,2	63	53,4		
4000-5000 gr	-	-	3	2,5		
Bebegin kilosu						
2500-3499 gr	15	33,3	49	41,5	58,95	0,748
3500-4499 gr	30	66,7	64	54,3		
4500-5500 gr	-	-	5	4,2		
İstedığınız cinsiyet mi?						
Hayır	6	13,3	11	9,3	0,561	0,454
Evet	39	86,7	107	90,7		
Besleme şekli						
Anne Sütü	21	46,7	72	61	22,70	0,000
Hazır Mama	12	26,7	3	2,5		
Anne Sütü ve Hazır Mama	12	26,7	43	36,5		
Toplam	45	100	118	100		

Adölesan annelerin bebeklerinin %55,6'sının (n=25), adölesan olmayan annelerin bebeklerinin %39,8'inin (n=47) cinsiyetinin kız olduğu, adölesan annelerin bebeklerinin %44,4'ünün (n=20), adölesan olmayan annelerin bebeklerinin %60,2'sinin (n=71) cinsiyetlerinin erkek olduğu bulgulanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin bebeklerinin cinsiyetleri açısından ($\chi^2 =3,27$; $p=0,071$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 9).

Adölesan annelerin bebeklerinin %57,8'inin (n=26), adölesan olmayan annelerin %44,1'inin (n=52) doğum kilolarının 2000-2999gr aralığında olduğu, adölesan annelerin bebeklerinin %42,2'sinin (n=19), adölesan olmayan annelerin bebeklerinin %53,4'ünün (n=63) doğum kilolarının 3000-3999gr aralığında olduğu, adölesan annelerin bebeklerinin doğum kilosu 4000-5000gr aralığında doğan olmadığı, adölesan olmayan annelerin bebeklerinin %2,5'inin (n=3) doğum kilosunun 4000-5000gr aralığında olduğu tespit edilmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin bebeklerinin doğum kiloları arasında ($\chi^2 =71,66$; $p=0,620$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 9).

Adölesan annelerin bebeklerinin araştırmanın yapıldığı dönemdeki kiloları açısından değerlendirildiğinde adölesan annelerin bebeklerinin %33,3'ünün (n=15), adölesan olmayan annelerin bebeklerinin %41,5'inin (n=49) 2500-3499gr aralığında olduğu, adölesan annelerin %66,7'sinin (n=30), adölesan olmayan annelerin bebeklerinin %54,3'ünün (n=64) 3500-4499gr aralığında olduğu, adölesan annelerin bebeklerinden 4500-5500gr aralığında olan olmadığı, adölesan olmayan annelerin %4,2'sinin (n=5) 4500-5500gr aralığında olduğu tespit edilmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin bebeklerinin araştırmanın yapıldığı dönemdeki kiloları arasında ($\chi^2 =58,95$; $p=0,748$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 9).

Adölesan annelerin bebeklerinin %13,3'ünün (n=6), adölesan olmayan annelerin bebeklerinin %9,3'ünün (n=11) istedikleri cinsiyette doğmadıkları, adölesan annelerin bebeklerinin %86,7'sinin (n=39), adölesan olmayan annelerin bebeklerinin %90,7'sinin (n=107) istedikleri cinsiyette doğduğu bulgulanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin bebeklerinin istedikleri cinsiyette doğmaları açısından ($\chi^2 =0,561$; $p=0,454$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 9).

Adölesan annelerin %46,7'sinin (n=21), adölesan olmayan annelerin %61'inin (n=72) bebeklerini anne sütü ile beslediği, adölesan annelerin %26,7'sinin (n=12),

adölesan olmayan annelerin %2,5'inin (n=3) hazır mama ile bebeklerini beslediği, adölesan annelerin %26,7'sinin (n=12), adölesan olmayan annelerin %36,5'inin (n=43) bebeklerini anne sütü ve hazır mama ile beslediği saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin bebeklerini besleme şekilleri açısından ($\chi^2 =22,70$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 10. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerde Çocukluk Çağı Travmaları, Maternal Bağlanma ve Doğum Sonu Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Adölesan olan (n=45)			Adölesan olmayan (n=118)			Test t	p
	\bar{X}	min	max	\bar{X}	min	max		
Çocukluk Çağı travmaları ölçeği alt grupları								
Duygusal istismar	9,26± 4,84	5	23	6,55 ±2,64	5	25	-3,564	0,001
Fiziksel istismar	6,62±2,59	5	15	5,72±2,38	5	21	-2,009	0,048
Fiziksel ihmal	10,13±3,76	5	21	7,40±2,85	5	23	-4,401	0,000
Duygusal ihmal	13,91±6,42	5	25	10,61±5,01	5	25	-3,105	0,003
Cinsel istismar	5,82±2,21	5	14	5,49±1,33	5	11	-0,937	0,353
Çocukluk çağı travmalar ölçeği toplam	45,75±16,08	25	78	35,78±10,66	25	88	-3,847	0,000
Maternal bağlanma ölçeği toplam	73,91±5,93	65	88	77,95±9,52	53	94	3,247	0,001
Doğum sonu depresyonölçeği toplam	14,18±5,2	3	26	11,14±4,7	3	24	-3,558	0,000

Adölesan olan ve olmayan annelerde çocukluk çağı travmaları, maternal bağlanma ve doğum sonu depresyon ortalamalarının karşılaştırılması Bağımsız gruplarda t testi ile yapılmıştır. Buna göre; adölesan annelerin çocukluk çağı travmalar ölçeği alt gruplarından olan duygusal istismar puanı ortalamalarının ($\bar{x}=9,26\pm4,84$), adölesan olmayan annelerin duygusal istismar puan ortalamalarından ($\bar{x}=6,55\pm2,64$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin duygusal istismar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($t=-3,564$, $p=0,001$) (Tablo 10).

Adölesan annelerin fiziksel istismar puan ortalamalarının ($\bar{x}=6,62\pm2,59$) adölesan olmayan annelerin fiziksel istismar puan ortalamalarından ($\bar{x}=5,72\pm2,38$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin fiziksel istismar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-2,009$, $p=0,048$) (Tablo 10).

Adölesan annelerin fiziksel ihmal puan ortalamalarının ($\bar{x}=10,13\pm 3,76$) adölesan olmayan annelerin fiziksel ihmal puan ortalamalarından ($\bar{x}=7,40\pm 2,85$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin fiziksel ihmal puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir ($t=-4,401$, $p=0,000$) (Tablo 10).

Adölesan annelerin duygusal ihmal puan ortalamalarının ($\bar{x}=13,91\pm 6,42$) adölesan olmayan annelerin duygusal ihmal puan ortalamalarından ($\bar{x}=10,61\pm 5,01$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin duygusal ihmal puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($t=-3,105$, $p=0,003$) (Tablo 10).

Adölesan annelerin cinsel istismar puan ortalamalarının ($\bar{x}=5,82\pm 2,21$) adölesan olmayan annelerin cinsel istismar puan ortalamalarından ($\bar{x}=5,49\pm 1,33$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin cinsel istismar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($t=-0,937$, $p=0,353$) (Tablo 10).

Adölesan annelerin çocukluk çağı travmalar ölçeği toplam puanlarının ortalamalarının ($\bar{x}=45,75\pm 16,08$) adölesan olmayan annelerin toplam puan ortalamalarından ($\bar{x}=35,78\pm 10,66$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir ($t=-3,847$, $p=0,000$) (Tablo 10).

Adölesan annelerin maternal bağlanma ölçeği toplam puan ortalamalarının ($\bar{x}=73,91\pm 5,93$) adölesan olmayan annelerin maternal bağlanma ölçeği toplam puan ortalamalarından ($\bar{x}=77,95\pm 9,52$) daha düşük olduğu saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin maternal bağlanma ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=3,247$, $p=0,001$) (Tablo 10).

Adölesan annelerin doğum sonu depresyon ölçeği toplam puan ortalamalarının ($\bar{x}=14,18\pm 5,2$) adölesan olmayan annelerin doğum sonu ölçeği toplam puan ortalamalarından ($\bar{x}=11,14\pm 4,7$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin doğum sonu depresyon ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($t=-3,558$, $p=0,000$) (Tablo 10).

Tablo 11. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerde Doğum Sonu Depresyon Riskinin Karşılaştırılması

	Doğum sonu depresyon riski var		Doğum sonu depresyon riski yok		Test χ^2	p
	n	%	n	%		
Adölesan Anneler	29	64,4	16	35,6	9,72	0,000
Adölesan olmayan anneler	44	37,3	74	62,7		

Araştırma kapsamında yer alan adölesan anneler ile adölesan olmayan annelerin doğum sonu depresyon ölçeği toplam puanları Pearson ki-kare testine göre karşılaştırılmış olup karşılaştırma sonucunda adölesan annelerin %64,4'ünde (n=29), adölesan olmayan annelerin %37,3'ünde (n=44) doğum sonu depresyon riskinin olduğu, adölesan annelerin %35,6'sında (n=16), adölesan olmayan annelerin %62,7'sinde (n=74) doğum sonu depresyon riskinin olmadığı saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin doğum sonu depresyon riskleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir ($\chi^2=9,72$, $p=0,000$).

Tablo 12. Annelerin Çocukluk Çağı Travmaları Puanları, Doğum Sonu Depresyon Puanları ve Maternal Bağlanma Puanlarının İlişkisel Dağılımı

		DSDÖ	MBÖ	ÇÇTÖ
DSDÖ	r	-	-0,16*	0,46**
	p	-	0,04	0,000
MBÖ	r	-	-	-0,16*
	p	-	-	0,03
ÇÇTÖ	r	-	-	-
	p	-	-	-

* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Annelerin doğum sonu depresyon ölçek puan ortalamaları ile maternal bağlanma ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan kolerasyon analizinde negatif yönde, çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,16$, $p<0,05$) (Tablo 12).

Annelerin depresyon ölçek puan ortalamaları ile çocukluk çağı travmaları ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan kolerasyon analizinde pozitif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,46$, $p<0,05$) (Tablo 12).

Annelerin maternal bağlanma ölçek puan ortalamaları ile çocukluk çağı travmaları ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan kolerasyon analizinde negatif yönde, çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,16$, $p<0,05$) (Tablo 12).



5. TARTIŞMA

Araştırma adölesan olan ve olmayan annelerde çocukluk çağı travmaları, depresyon ve maternal bağlanmayı incelemek için yapılmıştır.

5.1. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Sosyo Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması

Çalışmamızda adölesan annelerin %64,4'ünün (n=29) ilkokul, adölesan olmayan annelerin ise %28'inin (n=33) ortaokul eğitime sahip olduğu saptanmış olup adölesan olan ve olmayan anneler arasında eğitim durumu açısından ($\chi^2=25,37$; $p= 0,000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 1). Ayrıca adölesan annelerin %91,1'inin (n=41), adölesan olmayan annelerinde %67,8'inin (n=80) ev hanımı olduğu, adölesan olan ve olmayan annelerin meslekleri arasındada ($\chi^2 =10,88$; $p=0,012$) istatistiksel anlamlılık saptanmıştır (Tablo 1).

Yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde adölesan olmayan annelerin genellikle 22-32 yaş aralığında olduğu, ilkokul eğitime sahip oldukları, genellikle ev hanımı oldukları, eşlerinin genellikle 28-32 yaş aralığında olduğu belirtilmiştir (Kavlak, 2004; Şen, 2007; Demiröz, 2008). Çalışmamızda yer alan adölesan olmayan annelerin özellikleri yapılmış olan çalışmamalarla benzerlik göstermektedir.

Kalpalp (2006)'in adölesan annelerle yapmış olduğu çalışmada annelerin %50'sinin ortaokul mezunu, %86,7'sinin ev hanımı, eşlerinin %36,7'sinin 23-27 yaş aralığında, %56,7'sinin ilkokul mezunu olduğu belirtilmiştir.

Aillelo ve Lancaster (2007)'in adölesan annelerle yapmış oldukları çalışmada 71 anne yer çalışmada annelerin yarısından fazlasının düşük eğitim seviyesinde oldukları ve gelir getiren bir işte çalışmadıkları belirtilmiştir.

TNSA 2013 verilerine göre canlı doğum yapmış adölesan annelerin %5,5'i ilkokul, % 3,7'si ortaokul, %0,6'sında lise ve üzeri eğitime sahip olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızla benzer şekilde eğitim düzeyi ile erken yaşta çocuk sahibi olma arasında ters yönlü bir ilişki olduğu ifade edilmiştir.

Çalışmamızda yer alan adölesan annelerin düşük eğitim seviyesinde olmaları ve gelir getiren bir işte çalışmamaları açısında yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir (Kalpalp, 2007; Ailello ve Lancaster, 2007).

Demiröz'ün (2008) çalışmasında doğum yapan adölesan kadınların %42.9'unun gelir getiren bir işte çalıştığı belirtilmiştir. Çalışmamızda adölesan annelerin yaklaşık %10'unun, adölesan olmayan annelerin ise yaklaşık %30'unun çalıştığı görülmektedir. Bizim çalışmamızda adölesan annelerin daha az gelir getiren bir işte çalışmaları eğitim durumlarının düşüklüğüylede açıklanabilir. Erken yaşta evleniyor olmaları hem iş yaşamlarına girmelerini hemde okullarını tamamlayamamalarına neden oluyor olabilir. Adölesan annelik kadının eğitim hakkını elinden almaktadır. Bir toplumun gelişmesi için en önemli etkenlerden olduğu düşünülen yoksulluğun azaltılması, eğitimin yaygınlaştırılması, cinsiyet eşitliğinin sağlanması, çocuk yaşamlarının korunmasının en önemli engellerinden birinin eğitim olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda adölesan olan ve olmayan annelerin eşlerinin yaşları ($\chi^2=85,17$; $p=0,000$) ve eğitim durumları arasında ($\chi^2=11,56$; $p=0,009$) istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır (Tablo 1).

Ülkemizde adölesan evliliklerinin gerçekleşmesinde kültürel etmenlerinde önemli bir yeri vardır. Çok erken yaşlar da çalışmaya başlayan erkeklerin elinin ekmek tutmasıyla birlikte artık ailesi erkeği bir yük gibi algılıyor olabilirler. Bazen de kayınvalidelerin gelinlerini kendi istekleri doğrultusunda eğitmek istemesinden kaynaklanan nedenlerle erken evlilik hem kadın hem de erkek için erken yaşlarda gerçekleşebilmektedir. Oysa daha yüksek eğitim seviyesine sahip adölesan olmayan anneler eşlerini kendileri seçmekte ve eşleri kendi statülerine uygun olmaktadır.

Çalışmamızdaki katılımcıların aylık gelir durumları incelendiğinde, adölesan annelerin %64.4'ünün geliri giderinden az, adölesan olmayan annelerin ise %54,2'sinin gelirinin giderine denk olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Kalpalp (2006)'in çalışmasında adölesan annelerin yarısının gelirinin giderinden az olduğu belirtilmiş olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Kavlak (2004)'ın yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %63'ünün gelirinin giderine denk olduğu belirtilmiş olup çalışmamızdaki adölesan olmayan grupla benzerlik göstermektedir.

Adölesan annelerin eğitim düzeylerinin düşük olması eğitim gerektiren işlerde çalışmalarını engellemektedir. Çalışmamızda yer alan adölesan annelerin adölesan olmayan annelere oranla gelir getiren bir işte çalışma oranları daha düşüktür. Bu durumun aile bütçesini olumsuz etkilediği düşünülmüştür.

Çalışmamızda adölesan annelerin %64,4'ünün geniş aile yapısında, adölesan olmayan annelerin ise %78,8'inin çekirdek aile yapısında olduğu bulunmuştur. Adölesan olan ve olmayan annelerin aile yapıları arasında ($\chi^2=27,51$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlılık olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Öztürk (2010)'ün çalışmasında annelerin %80,7'si, Kavlak (2004) 'ın çalışmasında %73,3'ü, Şen (2007)'in çalışmasında %81,4'ü, Demiröz'ün çalışmasında %51,6'sı, Alan'nın (2011) çalışmasında %64,4'ünün çekirdek aile yapısında olduğu belirtmiş olup bahsedilen çalışma bulguları adölesan olmayan grubun özellikleri ile benzerlik göstermektedir.

Özsoy (2014)'un adölesan annelerle yapmış olduğu çalışmada annelerin %50,6'sı, Karakaya ve Gençalp (2009)'in çalışmasında %67'si, Kalpalp'in (2006) çalışmasında %83,3'ü geniş aile yapısında olduğunu belirtmişlerdir.

Bizim çalışma bulgularımız Özsoy'un (2014) çalışma bulguları ile benzer sonuçlar içermektedir. Adölesan olan annelerin neredeyse tamamının çalışmadığı, adölesan olmayan annelerin %18'inin çalıştığı, adölesan annelerin yarısının, adölesan olmayan annelerin yaklaşık %37'sinin geniş aile yapısında olduğu belirtilmiştir. Erken yaşta evliliklerde kadın kocasının yanına taşınarak kayınvalidenin yardımcısı rolünü üstlenmekte ve ev dışında bir kimliği olmamaktadır. Bu nedenle erken yaşta evlilikler kültürel olarak destek bulmaktadır (Boran ve ark, 2013).

Adölesan annelerde ekonomik yetersizlikler, ev işleri, bebek bakımı konularında yeterli bilgiye sahip olmama gibi nedenler daha fazla oranda geniş aile yapısına sahip olmayı gerektiriyor olabilir. Ayrıca daha geleneksel aile yapılarına sahip, eğitim düzeyleri düşük bireylerin çocuklarını erken yaşta evlendiriyor olmalarıda bu sonuçta etkili olmuş olabilir. Adölesan annelerde geniş aile yapısının fazla görülmesinin nedeninin ekonomik yetersizliklerden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda adölesan annelerin evlilik süreleri incelendiğinde %100'ünün, adölesan olmayan annelerin ise %55,9'unun 1-5 yıl aralığında olduğunu bulunmuştur.

Adölesan olan ve olmayan annelerin evlilik süreleri arasında ($\chi^2 =50,83$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (Tablo 1).

Karakaya ve Gençalp (2009)'in adölesan annelerle yapmış oldukları çalışmada %82,3'ünün 1-5 yıl aralığında olduğu, Demiröz (2008)'ün çalışmasında ise annelerin tamamının evlilik sürelerinin 1-4 yıl arasında olduğu belirtilmiş olup, çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Kavlak (2004)'in çalışmasında annelerin evlilik sürelerine bakıldığında, % 55,2'si 1-4 yıl arasında, Şen (2007)'in çalışmasında %58,6'sı 1-5yıl arasında, Öztürk (2010)'ün çalışmasında ise %60,7'sinin 1-5 yıl arasında olduğu belirtilmiş olup çalışma sonucumuz diğer alanyazın çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Annelerin erken yaşta evlenmesinin evlilik sürelerinin daha uzun olmasına neden olduğu düşünülmüştür. Adölesan annelerle ilgili bu konuda yeterli kaynağa ulaşılammıştır.

5.2. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Gebelik ve Doğuma İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması

Çalışmamızda adölesan annelerin tamamında toplam gebelik sayısının 1-5 arasında olduğu, adölesan olmayan annelerde ise %95,8'inin 1-5 arasında gebeliğinin olduğu saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin yaşamış oldukları toplam gebelik sayısı açısından ($\chi^2 =22,10$; $p=0,002$) istatistiksel anlamlılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Adölesan annelerin %62,2'si, adölesan olmayan annelerin %85,6'sının isteyerek gebe kaldığı saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin gebeliği isteme durumu karşılaştırıldığında ($\chi^2 =10,95$; $p=0,004$) istatistiksel olarak anlamlılık olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Alan (2011)'in adölesan olmayan annelerle yaptığı çalışmasında annelerin % 70,4'ünün gebeliği istediği belirtilmiştir. Özsoy (2014)'un adölesan olan ve olmayan annelerle yapmış olduğu çalışmada adölesan annelerin %71,4'ü, adölesan olmayan annelerin ise %82,5'i isteyerek gebe kaldığını belirtmiştir. Kavlak (2004)'in çalışmasında ise annelerin %82,4'ünün gebeliği planladığı belirtilmiştir.

Çöl ve ark (1994) yapmış oldukları çalışmada 20 yaş altında evlenen annelerin 20 yaş üstünde evlenen annelere göre daha fazla gebeliğinin olduğu belirtilmiştir. Anne yaşı ile toplam gebelik sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olması çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Adölesan annelerin adölesan olmayan annelere oranla daha erken yaşta cinselliğe başlamaları ve gebelikten korunma yöntemleri konusunda yeterli bilgilerinin olmaması gebelik sayılarını artırmaya neden olduğu düşünülmüştür.

Özsoy'un (2014) çalışmasında adölesan olan ve olmayan annelerde gebeliği isteme durumları arasında anlamlı farklılık olduğu belirtilmiştir.

Aydın ilinde yapılmış olan bir çalışmada doğumla sonuçlanan son gebeliğini isteme durumu ile adölesan olma arasında anlamlı bir ilişki bulgulanmamıştır. İstemedenden hamile kaldığını belirten adölesan anne oranının %20 olduğu ifade edilmiştir (Demiröz, 2008).

Ergin ve ark (2005) Aydın ilinde 20 yaş altı evli kadınlarla yapmış oldukları çalışmada istemedenden gebe kalan kadınların oranı %9,5 olarak belirtilmiş olup çalışmamızda istemedenden gebe kalan adölesan anne oranı (%28,7) daha yüksek bulgulanmıştır.

Kadının toplumda kabul edilmesinin en önemli etkenlerinden biride doğurganlığıdır. Birey olarak saygınlık görme çabaları, büyüklerin torun baskısı erken gebeliklere neden olabilmektedir. Birey olarak kabul edilme çabası içinde olan adölesan için bu durumun adölesan anneliğini artırmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda adölesan annelerin %62,2'sinin, adölesan olmayan annelerin ise %98,3'ünün gebelik süresince düzenli olarak kontrole gittiği bulunmuştur. Annelerin gebelikte sorun yaşama durumları ele alındığında adölesan annelerin %86,7'sinin, adölesan olmayan annelerin ise %67,8'inin gebelik boyunca sorun yaşamadığı tespit edilmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin gebelik süresince düzenli olarak kontrole gitme durumları arasında ($\chi^2=41,19$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 2).

Karakaya ve Gelçalp (2009) adölesan annelerle yaptığı çalışmasında annelerin %77,9'unun gebeliği süresince düzenli kontrole gittiğini belirtmiştir. Özsoy (2014)'un

çalışmasında doğum öncesi bakım alan adölesan annelerin oranı % 97,4 iken adölesan olmayan annelerde bu oran %99,6 olarak belirtilmiştir.

Şen (2007)'in çalışmasında gebelikte sorun yaşama oranı %14,3, Kavlak (2004)'in çalışmasında %21,8, Alan (2011)'in çalışmasında %16,3 olarak belirtilmiştir. TNSA (2013) verilerine göre ise 20 yaş altında olan kadınların doğum öncesi bakım alma oranı % 94 iken 20-34 yaş aralığında olan kadınların bakım alma oranı % 97'dir. Çalışmamız sonuçları yapılan çalışmalarla benzer sonuçlar içermektedir. Adölesan annelerin daha az doğum öncesi bakım almasının sosyal güvencelerinin olmaması, bilgi eksikliklerinin olması veya ekonomik nedenlerle olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca adölesan annelerin eğitim seviyelerinin daha düşük olduğuda dikkate alındığında anneler doğum öncesi bakımın gerekliliğini de önemsemiyor olabilirler.

Annelerin gebelikte sorun yaşama durumları ele alındığında adölesan annelerin %86,7'sinin, adölesan olmayan annelerin ise %67,8'inin gebelik boyunca sorun yaşamadığı saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin gebelikte sorun yaşama durumları arasında ($\chi^2 = 5,89$; $p=0,015$) istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir (Tablo 2).

Adölesan annelik bebek ve anne sağlığı için başlıca risklerdendir. Gelişim dönemini tam olarak tamamlamamış olan adölesanın birde hamile kalması fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak sorun yaşama riskini artırmaktadır (Boran ve ark, 2013). Adölesan anneliğin gebelikte sorun yaşama ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda adölesan annelerin %91,1'inin, adölesan olmayan annelerin %75,4'ünün doğumda sorun yaşamadığı saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin doğumda sorun yaşama durumları arasında ($\chi^2 = 4,97$; $p=0,026$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 2).

Annenin tam bir fiziksel olgunluk içinde olmaması doğum eylemini de zorlaştırmaktadır. Anne yaşının doğumda yaşanan sorunlarla doğrudan ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Adölesan annelerin %48,9'u normal doğum yaparken, adölesan olmayan annelerin %55,9'unun sezeryan ile doğum yaptığı, adölesan olan ve olmayan annelerin doğum şekilleri arasında ($\chi^2 = 4,79$; $p=0,091$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Özsoy'un (2014) adölesan olan ve olmayan annelerle yapmış olduğu çalışmada doğum şekilleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Araştırma bölgemizde yapılan bir çalışmada adölesan annelerde sezaryenle doğum oranı %8,6 iken adölesan olmayanlarda %14,9 olarak belirtilmiştir (Demiröz 2008).

Çalışmamızda yer alan adölesan annelerin yaklaşık yarısı normal doğum yaparken adölesan annelerin yarıdan fazlası sezaryenle doğum yapmıştır. Adölesan annelerin doğuma yönelik çok fazla bilgilerinin olmaması, adölesan olmaları nedeniyle riskli davranış alabilmeleri, doğum şekilleri konusunda yeterince bilgi sahibi olmamaları bunda etkili olmuş olabilir. Oysa adölesan olmayan anneler doğuma ilişkin daha fazla hikaye dinledikleri için doğuma ilişkin daha fazla korku yaşıyor olabilirler.

Annelerin bebeklerini doğumdan sonra kucağına alma zamanları açısından incelendiğinde, adölesan annelerin 30 dakika içinde %55,6'sı bebeğini kucağına almış iken, adölesan olmayan annelerin çoğunluğunun (%31,4'ü) ilk bir saat içinde kucağına aldığı, adölesan olan ve olmayan annelerin bebeklerini kucaklarına alma durumları arasında ($\chi^2=10,58$; $p=0,014$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulgulanmıştır (Tablo 2).

Alan'ın (2011) yapmış olduğu çalışmada bebeklerini ilk 30 dk içinde kucağına alanların oranı %40,7 iken 31.dk'dan itibaren kucağına alanların oranı %59,2'dir.

Adölesan annelerin %42,2'si ilk 30 dakika içinde bebeğini emzirirken, adölesan olmayan annelerin %26,3'ü ilk 30 dakikada bebeğini emzirdiği saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin bebeklerini emzirme durumları arasında ($\chi^2=5,37$; $p=0,147$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 2).

Özsoy (2014) çalışmasında adölesan annelerin %55,8'inin bebeklerini ilk bir saatten sonra emzirdiği, yetişkin annelerin ise %56'sının ilk bir saat içinde bebeklerini emzirdiğini belirtmiştir.

Kavlak (2004)'ın çalışmasında annelerin %91,5'inin doğumda sorun yaşamadığı, %46,7'sinin normal doğum yaptığı, %65,5'i bebeğini hemen ya da ayıldığında kucağına aldığı belirtilmiştir.

Alan (2011) çalışmasında annelerin %59,2'sinin bebeklerini ilk bir saat içinde kucağına aldığı, %61,5'inin ilk bir saat içinde emzirdiğini bildirmiştir.

Yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde annelerin bebeklerini kucağına alma ve emzirme süreleri arasında farklılıklar olduğu saptanmıştır. Bu farklılığın adölesan annelerde normal doğumun adölesan olmayan annelerde ise sezaryenin daha fazla görülmesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Çünkü normal doğum sonrası annenin bebeği ile daha erken buluşması sağlanabilmekte ve annenin bebeğini kucağına alma ve emzirme süresinin kısaltılmakta olduğu düşünülmektedir. Ayrıca adölesan olmayan annelerde sezaryenin daha fazla tercih ediliyor olmasında yaş, yaşın ilerlemesi ile birlikte doğuma ilişkin korku, doğum ile ilgili olarak fazla hikayeler dinlemiş olmaları, oysa adölesanların adölesan davranışının getirdiği özellikle risk alma davranışlarının fazla olması bunda etkili olmuş olabilir (Kavlak, 2004; Alan, 2011; Özsoy, 2014).

Adölesan olan ve olmayan annelerin doğumdan sonraki dönemde emzirme davranışının başlatılmasında önemli bir farklılığın olmamasının hastanede sağlık personeli tarafından desteklenmesinin önemli düzeyde etkilediği düşünülmüştür. Bu durum anneler arasında farklılık oluşmasını engellemekte ve emzirmeyi başlatmayı hızlandırmaktadır. Bu sağlık çalışanlarının emzirmedeki rolünü vurgulaması açısından önemli bir bulgudur. Adölesan anne emzirmenin kendi sağlığı ve bebeğin gelişimi için ne kadar önemli olduğunu kavrayamamaktadır. Emzirmenin geç dönemde başlatılması ve annenin emzirme açısından yeterince desteklenmemesi anne ve bebek arasında oluşması beklenen bağın gecikmesine neden olmaktadır (Breech ve Quint, 2006).

5.3. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Sosyal Destek Özelliklerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması

Çalışmamızda adölesan annelerin %64,4'ü bebek bakımında destek alırken, adölesan olmayan annelerin %55,9'unun bebek bakımı konusunda destek aldığı belirlenmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin bebek bakımında destek alma durumları arasında ($\chi^2=0,971$; $p=0,324$) istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır (Tablo 3).

Çoban'ın (2003) çalışmasında bebeklerinin bakımında destek alan annelerin oranı %66,5, destek almayanların oranı ise %33,5 olarak belirtilmiştir. İstanbul'da yapılmış olan diğer bir çalışmada anneler sosyal destek durumlarını %30,6'sı var, % 48,6'sı yok, % 20,8'i de yetersiz olarak tanımlamıştır (Aydemir, 2007). Annelerin sosyal desteklerinin yetersiz olması bebek bakımında destek almalarını da doğrudan etkilemektedir.

Berlin'de yapılan bir çalışma 14 ay boyunca adölesan annelerin bebekleri ile arasındaki etkileşimi incelenmiş; adölesan annelerin yetişkin annelere göre daha az sosyal desteğinin olduğu, daha bağımsız hareket ettikleri ve ebeveynlik için yetersiz oldukları bulunmuştur (Crugnola ve ark, 2014).

Adölesan annelerin %69'u anneanne veya babaanneden destek alırken, %27,6'sı eşinden destek almaktadır. Adölesan olmayan annelerde ise %53'ü anneanne veya babaanne den destek alırken %34,9'u eşinden destek almakta olduğunu belirtmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin bebek bakımında destek aldıkları kişiler açısından bakıldığında ($\chi^2=3,65$; $p=0,161$) istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır (Tablo 3).

Çoban'ın (2003) çalışmasında annelere bebek bakımında %73,1 oranında aile büyüklerinin yardımcı olduğu belirtilmiştir. Çalışır'ın (2003) çalışmasında ise çalışmaya katılan annelerin tamamı doğumdan sonraki ilk günlerde en az bir kişi tarafından kendisine yardım sağlandığını; bunlardan % 66,5'i bir veya iki kişiden yardım aldığını belirtmiştir.

Kavlak (2004) çalışmasında annelerin %65,5'inin bebek bakımı konusunda destek aldığını, %55,5'inin kendi annelerinden ya da eşinin annesinden, %35,2'sinin de eşinden destek aldığı belirtilmiştir. Şen (2007)'in çalışmasında ise annelerin %57,9'unun bebeklerine bakım verirken destek aldıkları, destek alanların %45,7'sinin eşinden destek aldığı, %54,3'ünün ebeveynlerinden destek aldığı belirtilmiştir.

Tarkka ve Paunonen (1996) doğum sonrası dönemde annelerin %98 oranında en fazla desteği eşlerinden aldıklarını, %96 oranında kendi anne-babalarından, %88 oranında arkadaşlarından aldıklarını bildirmişlerdir.

Bebek bakımı konusunda aile büyüklerinden destek alma geleneksel özelliklerimiz arasında gibi görünmektedir. Özellikle adölesan döneminde daha fazla çocuk bakımı konusunda destek alınmasının nedeni olarak zaten kendilerinin yetişkin olmamalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

5.4. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Eş İlişkilerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması

Çalışmamızda yer alan adölesan annelerin %48,9'unun adölesan olmayan annelerin ise %80,5'inin eşleri ile olan ilişkilerinin iyi olduğu saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin eşleri ile olan ilişki durumları açısından ($\chi^2 =17,45$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 4).

Alan'ın (2011) çalışmasın da annelerin %77,8'i eşleri ile olan ilişkilerini iyi olarak tanımlarken, % 22,2'si orta ve kötü olarak tanımlamıştır. Şen (2007)'in araştırma bulgusuna göre; araştırma kapsamına alınan annelerin, %81,4'ü genel eş ilişkilerini iyi olarak ifade etmişlerdir. Çalışmamızda adölesan olmayan annelerde eş ilişkisine bakılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Adölesan annelerde eş ilişkilerinin daha düşük düzeyde iyi olmasının adölesan annelerin yetersiz iletişim becerileri ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Yapmış olduğumuz çalışmada doğumdan sonraki dönemde annelerin eşleri ile olan ilişki durumlarında değişiklik olma durumu incelendiğinde, adölesan olan annelerin %28,9'unda, adölesan olmayan annelerin %22,9'unda eşleri ile olan ilişkilerinde değişiklik olduğu sonucuna varılmıştır. Eşleri ile olan ilişkilerinde değişiklik olduğu saptanan adölesan annelerin %69,2'sinde, adölesan olmayan annelerin %85,2'sinde olumlu yönde değişiklik olmuştur. Adölesan olan ve olmayan annelerin eşleri ile olan ilişkilerinin doğum sonrası dönemde değişiklik olma durumları arasında ($\chi^2=0,635$; $p=0,426$) istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (Tablo 4).

Şen (2007)'in yapmış olduğu çalışmada annelerin doğumundan sonra eş ilişkilerindeki değişikliğe bakıldığında, annelerin %27,1'i doğumdan sonra eşleri ile olan ilişkilerinde değişim olduğunu eş ilişkilerinde değişim olanların, %89,5'i olumlu yönde bir değişim olduğunu bildirmişlerdir.

Eşleri ile olan ilişkilerinde değişiklik olduğu saptanan adölesan annelerin %69,2'sinde, adölesan olmayan annelerin %85,2'sinde olumlu yönde değişiklik olduğu tespit edilmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin eşleri ile olan ilişkilerinin değişme yönleri arasında ($\chi^2=1,82$; $p=0,177$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4).

Şen (2007), bebeğin doğumundan sonra, eş ilişkilerindeki değişikliğe baktığında, annelerin %27,1'i doğumdan sonra eşleri ile olan ilişkilerinde değişim olduğunu, eş ilişkilerinde değişim olanların, %89,5'i olumlu yönde bir değişim olduğunu, %10,5'i olumsuz yönde bir değişim olduğunu belirtmişlerdir.

Kavlak'ın 2004 yılında yaptığı çalışmada, bebeğin doğumundan sonra annelerin %31,5'inin eş ilişkilerinde değişim olduğunu ifade ettikleri ve %76,9'unun değişimin olumlu yönde olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir.

Elde edilen veriler doğrultusunda bebeğin doğumuyla eşler arasındaki ilişkinin olumlu yönde değiştiğini söylemek mümkündür. Yapmış olduğumuz çalışmada adölesan olan ve olmayan anneler arasında eş ilişkileri açısından fark olmaması her iki grupta da doğumdan sonra eşleri ile ilişkilerinin olumlu yönde değiştiğini göstermekte olduğu söylenebilir.

Yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde (Şen, 2007; Öztürk, 2010) annelerin eşleri ile olan ilişkilerinin doğumdan sonraki dönemde çok fazla değişiklik göstermediği ve değişiklik olduğunda ise olumlu yönde değişiklik göstermesi yapılmış olan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Kültürümüzde çocuk ailenin ayakta kalması ve sürdürülmesi için gerekli olan öğelerden biri gibi görünmektedir. Çocuk olduğunda sağlıklı olmayan evlilik ilişkisinin bile sağlıklı olacağına yönelik inanış kültürel bir gerçeğimizdir. Bu nedenle çocuğun evlilik ilişkisini olumlu etkiliyor olması beklenen bir bulgudur.

5.5. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Çocukluk Yaşantısı Özelliklerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması

Çalışmamızda yer alan adölesan annelerin %64,4'ü çocukluklarını anne ve babaları ile, %31,1'i tek ebeveynli olarak, %4,4'ü anneanne ve dede ile geçirdiğini, adölesan olmayan annelerin ise %89'unun anne ve babaları ile, %9,3'ü tek ebeveyni ile, %0,8'i anneanne ve dede ile, %0,8'i diğer bir kişi ile geçirdiğini belirtmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin çocukluk dönemlerini geçirdikleri kişiler açısından ($\chi^2=18,09$; $p=0,001$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 5).

Zeck ve ark (2007) Avusturya'da adölesan annelerle yapmış oldukları çalışmada annelerin %60'ının tek ebeveynli ve ya ebeveynsiz olduğunu bildirmişlerdir.

Şen (2007)'in çalışmasında annelerin %94,3'ü çocukluklarını ailesi ile, %3,6'sı annesi ile ve %2,1'i anneanne\babaanne ile birlikte geçirdiklerini, Kavlak (2004) çalışmasında annelerin %90,3'ü çocukluk dönemlerini aileleri ile, %6,1'i yalnız anne/baba ile, %3,9'u anneanneyle/babaanneyle geçirdiğini belirtmiştir.

Çalışmamızda ise adölesan annelerin adölesan olmayan annelere oranla tek ebeveynli ya da aile büyükleri (anneanne/babaanne) ile yaşama oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun adölesan annelik için önemli bir risk faktörü olduğu düşünülmüştür.

Adölesanlar sağlıklı ilişkileri olan her iki ebeveynin birarada yaşadığı ortamda kendilerini daha güvende, destekleniyor ve anlaşılıyor hissediyor olabilirler. Ayrıca sağlıklı ebeveynler yanında iken okula devam etmeleri ve okula devam etmeyi sürdürmeyi başarıyor olmaları daha mümkün oluyor olabilir. Bu da adölesanların erken yaşta evden ayrılıp kendilerinin daha sevilip kabul edildiklerini düşündükleri kendisi gibi adölesan başka adölesanlarla birlikte olmalarını engelliyor olabilir.

Çalışmamızda adölesan annelerin %22,2'sinin, adölesan olmayan annelerin %10,2'sinin çocukluk döneminde ailesinden ayrı yaşadığı saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin çocukluk dönemlerinde aileden ayrı kalma durumları arasında ($\chi^2=4,05$; $p=0,044$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir (Tablo 5).

Adölesan annelerde aileden ayrı kalma durumunun tek ebeveyni olma yada ekonomik nedenlerden kaynaklandığı düşünülmüştür. Çünkü çalışmamızda adölesan anneler yetişkin annelere göre dört kat daha fazla her iki ebeveyninin yanında çocukluklarını geçirmediklerini bildirmişlerdir. Ekonomik kaynaklı nedenlerde kız çocuklar aile için yük olarak algılanabilmekte yada ekonomik kaygılarla başlık parası karşılığı evlendirilmektedirler. Aileden ayrı kalma adölesan annelik için önemli bir etken iken sürenin adölesan anneliği etkilemediği düşünülmüştür.

Çalışmamızda yer alan anneleri ailelerinden ayrı kalma süreleri açısından değerlendirdiğimizde ailesinden ayrı kaldığını belirten adölesan annelerin %70'i, adölesan olmayan annelerin %41,1'i 1 yıldan daha uzun süre ailesinden ayrı kaldığı tespit edilmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin çocukluk dönemlerinde aileden ayrı kalma süreleri açısından ($\chi^2=3,29$; $p=0,349$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 5).

Literatür gözden geçirildiğinde bu konu ile ilgili yeterli çalışmaya ulaşılamamıştır. Şen (2007) 'in çalışmasında annelerin %16,4'ünün ailesinden ayrı yaşadığı belirlenmiş, ailesinden ayrı yaşayanların %52,2'sinin 1-2 yıl arası ayrı yaşadığı belirtilmiş olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

5.6. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Çocukluk Döneminde Anne ve Baba İle Olan İlişkilerinin Tartışılması

Çalışmamızda yer alan adölesan annelerin yaklaşık yarısının (%42), adölesan olmayan annelerin ise yarısından fazlasının (%67) çocukluk dönemlerinde anneleri ile olan ilişkilerinin iyi, adölesan olan ve olmayan annelerin çocukluk dönemlerinde anneleri ile olan ilişkileri açısından ($\chi^2 = 15,91$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (Tablo 6).

Adölesan annelerin %40'ının adölesan olmayan annelerin ise %76,3'ünün çocukluk dönemlerinde babaları ile olan ilişkilerinin iyi olduğu tespit edilmiştir. Adölesan olan ve olmayan annelerin çocukluk dönemlerinde babaları ile olan ilişkileri açısından ($\chi^2 = 23,97$; $p=0,000$) aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir (Tablo 6).

Şen'in (2007) çalışmasında annelerin %89,3'ünün çocukluk döneminde anneleri ile olan ilişkilerini iyi, %80,7'sinin çocukluk döneminde babaları ile olan ilişkilerini iyi olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmada annelerin ebeveynleri ile olan ilişkileri incelendiğinde adölesan annelerin adölesan olmayan annelere oranla daha az iyi ilişkilere sahip olduğu görülmüştür. Anne ve babaların çocukları ile iyi düzeyde ilişkilerinin olmaması ihmal ve istismarla sonuçlanabilmektedir. Bu durum adölesan annelik için risk oluşturabilmektedir. Ayrıca annenin doğum sonu dönemde depresyon riskini artırmakta ve bebeği ile bağlanmasını olumsuz etkilemektedir.

5.7. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Anne Olmadan Önce Bebek Bakma Durumlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Yapmış olduğumuz çalışmada adölesan annelerin %42,2'si, adölesan olmayan annelerin %41,5'inin daha önceden bir bebeğe baktığı görülmüştür. Adölesan olan ve olmayan annelerin anne olmadan önce bir bebeğe bakma durumları arasında ($\chi^2 = 0,007$; $p=0,936$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir (Tablo 7).

Kavlak (2004)'ın çalışmasında annelerin %27,6'sı, Kalpalp (2006)'ın adölesan annelerle yapmış olduğu çalışmada annelerin %26,7'sinin anne olmadan önce bir bebeğe baktığı bildirilmiştir. Çalışır'ın (2003) çalışmasında ise ilk kez anne olan 182 kadın ile yaptığı araştırmada ilk kez anne olan kadınların %34,1'inin daha önce bebek bakmadığı belirtilmiştir.

Adölesan olan ve olmayan annelerde anne olmadan önce bir bebeğe bakma oranları açısından yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde, yapmış olduğumuz çalışmada yapılmış diğer çalışmalardan daha yüksek sonuç elde edilmiştir (Çalışır, 2003; Kalpalp, 2006; Kavlak, 2004). Annelerin daha önceden bir bebeğe bakma deneyiminin olması bebek bakımı konusunda bilgi ve becerisini artırdığı ve böylece kendi bebeğinin bakımında daha aktif rol alabilmesi ve bebeği ile iyi ilişkiler kurabilmesi açısından önemli olduğu düşünülmüştür.

5.8. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Kendilerini Anneliğe Hazır Hissetme Durumlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Adölesan annelerin %68,9'unun adölesan olmayan annelerin %94,1'inin kendilerini anneliğe hazır hissettiği sonucuna varılmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin kendilerini anneliğe hazır hissetme durumları arasında ($\chi^2 = 18,40$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo 8).

Anneler arasındaki bu farklılık adölesan annelerin fiziksel, sosyal ve biyolojik olarak gelişimlerini tamamlamamış olmasından, bebek bakımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmamalarından, sosyal destek yetersizliğinden ve ekonomik yetersizliklerden kaynaklanıyor olabilir.

5.9. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerin Bebeklerine Ait Özelliklerinin Karşılaştırılmasının Tartışılması

Adölesan annelerin bebeklerinin %55,6'sının kız, %44,4'ünün erkek olduğu, adölesan olmayan annelerin bebeklerinin %39,8'inin kız, %60,2'sinin erkek olduğu saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin bebeklerinin cinsiyetleri açısından ($\chi^2 = 3,27$; $p=0,071$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 9).

Çoban'ın (2003) çalışmasında bebeklerin %49,7'si kız, %50,3'ünün erkek olduğu belirtilmiştir. Özsoy'un (2014) adölesan olan ve olmayan anneleri karşılaştırdığı çalışmasında bebeklerin cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık belirtilmemiştir. Çalışma bulgularımız diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda adölesan annelerin bebeklerinin %57,8'inin doğum kilosunun 2000-2999 gr aralığında, adölesan olmayan annelerin bebeklerinin %53,4'ünün doğum kilosunun 3000-3999 gr aralığında olduğu görülmüştür. Adölesan olan ve olmayan annelerin bebeklerinin doğum kiloları arasında ($\chi^2 = 71,66$; $p=0,620$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 9).

Çoban'ın (2003) çalışmasında yer alan yeni doğanların %38,5'inin ağırlığının 3000-3498gr aralığında olduğu, Kavlak'ın (2004) çalışmasında ise %40'ının 3000-3499 gr aralığında olduğu belirtilmiştir.

Adölesan annelerle yapılan bir çalışmada ise adölesan annelerin bebeklerinin doğum kiloları adölesan olmayan annelerin bebeklerine oranla daha düşük olduğu belirtilmiştir (Demiröz, 2008). Çalışmamızda doğum kiloları arasında bir farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızın yapıldığı dönemde (doğumdan sonra 4-6 hafta) adölesan annelerin bebeklerinin %66,7'si, adölesan olmayan annelerin bebeklerinin %54,3'ünün kilosunu 3500-4499 gr aralığında olduğu bulgulanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin bebeklerinin araştırmanın yapıldığı dönemdeki kiloları arasında ($\chi^2 = 58,95$; $p=0,748$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 9).

Kavlak'ın (2004) çalışmasında 1 aylık yenidoğanların %32,1'inin kilosunun 4500-4999 gr aralığında olduğu belirtilmiştir. Demiröz (2008)'ünün adölesan olan ve olmayan

annelerle yapmış olduğu çalışmada bebeklerin bir aylık kiloları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamış olup çalışmamız bu noktada benzerlik göstermektedir.

Adölesan annelerin bebeklerinin %86,7'sinin, adölesan olmayan annelerin %90,7'sinin bebeklerinin istedikleri cinsiyette doğmuş olduğu saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerin bebeklerinin istedikleri cinsiyette doğmaları açısından ($\chi^2=0,561$; $p=0,454$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 9).

Alan'ın (2011) çalışmasında annelerin bebeklerinin %91,9'unun, Kavlak'ın (2004) çalışmasında ise % 72,1'inin bebeklerinin istenilen cinsiyette doğmuş olduğu ifade edilmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmada adölesan annelerin %46,7'si bebeklerini anne sütü ile beslemekte olup, adölesan olmayan annelerin %61'inin bebeklerini anne sütü ile beslemekte olduğu bulunmuştur. Adölesan olan ve olmayan annelerin bebeklerinin besleme şekilleri açısından ($\chi^2=22,70$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 9).

Balkaya ve ark (2009) yapmış oldukları çalışmada doğumdan sonraki altıncı haftada adölesan annelerin %10,6'sı bebeklerini emzirirken, adölesan olmayan annelerde bu oran %87,1'e yükselmektedir.

Özsoy (2009)'un çalışmasında adölesan annelerin %67,5'i, adölesan olmayan annelerin %72,6'sının ilk altı ay içinde bebeklerini anne sütü ile beslemedikleri görülmüştür.

Kavlak (2004)'ın çalışmasında adölesan olmayan annelerin %89,1'inin, Şen (2007)'in çalışmasında ise %76,4'ünün bebeklerini anne sütü ile besledikleri belirtilmiştir.

Özsoy'un (2014) çalışmasında ilk altı ayda sadece anne sütü ile besleme adölesan annelerde adölesan olmayan annelere göre daha az olduğu belirtilmiş ancak anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir. Adölesan annelerin anne sütünün önemini yeterince bilmemesi, sosyal desteklerinde yetersizlik olması gibi nedenlerle adölesan olan annelerde emzirmenin daha az olduğu düşünülmüştür.

Adölesan anne emzirmenin kendi sağlığı ve bebeğin gelişimi için ne kadar önemli olduğunu kavrayamamaktadır. Emzirmenin geç dönemde başlatılması ve annenin emzirme

açısından yeterince desteklenmemesi anne ve bebek arasında oluşması beklenen bağın gecikmesine neden olmaktadır (Breech ve Quint, 2006).

Yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde çalışma sonucumuzla benzerlik göstermektedir. Anne yaşı ve emzirme davranışı arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Bu farkın annenin sosyal destek eksikliği, düşük eğitim seviyesi gibi etkenlerden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

5.10. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerde Çocukluk Çağı Travmaları, Maternal Bağlanma ve Doğum Sonu Depresyon Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Çocukluk çağı travmalarının alt gruplarından olan duygusal istismar puan ortalamaları adölesan annelerde, adölesan olmayan annelerden daha yüksek bulunmuştur. Adölesan annelikle duygusal istismar arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($t=-3,564$, $p=0,001$).

Keser ve ark (2010) çalışmalarında duygusal istismarın diğer alt gruplara oranla daha az görüldüğünü bildirmişlerdir. Çocuğun ana-babası tarafından sürekli eleştirilip, aşağılanmasının duygusal istismar olmadığını belirtmişlerdir. Şimşek ve Önder' de (2011) cinsiyetler açısından duygusal istismar bakımından fark olmadığını bildirmişlerdir.

Smith ve ark (2014) çocukluk çağı travması olan annelerin çocuklarında travmaya neden olma potansiyellerinin incelendiği çalışmalarında duygusal, fiziksel ve cinsel istismar öyküsü olan annelerde kendi çocuklarını istismar etme riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Duygusal istismar öyküsünün çocuğun ailesinden uzaklaşmasına neden olabileceği ve bu durumun erken yaşta kaçarak evlenmeler için önemli bir sorun oluşturabileceği düşünülmüştür. Ayrıca adölesan annelerin yaklaşık 1/3'ünün tek ebeveynle yada büyüklerle büyüdüğü göz önüne alındığında bu beklendik bir bulgu olarak yorumlanmıştır.

Adölesan annelerin fiziksel istismar puanının ortalamalarının adölesan olmayan annelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Annelerin adölesan olma durumları ile fiziksel istismar puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($t= -2,009$, $p=0,048$).

Adölesan anneliğin doğasında var olan risk faktörleri annenin etkileşim stillerini etkilemekte ve yetişkin annelere göre bebeklerini daha az benimsemelerine neden olabilmektedir. Adölesan anneler yetişkin annelere göre daha az sevgilerini göstermekte ve daha çok bebeğin fiziksel ihtiyaçları (beslenme, giydirme) ile ilgilenmektedirler. Adölesan anneler ilerleyen dönemlerde sert annelik tarzını benimseyebilmekte ve bu durum fiziksel ve duygusal istismarı beraberinde getirebilmektedir (Zeitlin ve ark, 1999; Aiello ve Lancaster 2007).

Adölesan annelik için önemli bir sorun oluşturan çocukluk çağı travmaları kendi içinde tam bir kısır döngüye sebep olmakta ve adölesan annelik oranını artırabilmektedir. Adölesan annelerin fiziksel ihmal puan ortalamalarının adölesan olmayan annelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($t = -4,401, p = 0,000$).

Bert ve ark (2009) annelerin çocukluk çağı travması öyküsü ile ebeveynlik bilgisi ve davranışlarına etkisini incelemek için yaptıkları çalışmada yaş aralığı 14-36 arasında olan 681 anne yer almış ve çalışma doğumdan sonra altıncı ayda gerçekleştirilmiştir. Yapmış oldukları çalışmaya göre adölesan annelerde adölesan olmayan annelere göre fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın daha yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca adölesan annelerin kendi çocuklarını istismar etme riskinin daha yüksek olduğu da ifade edilmiştir. Fiziksel ihmal öyküsü olan annelerin bebeklerine ilişkin negatif duygularının olduğu ve bebeklerine daha düşmanca davranışlar sergileyebildikleri bildirilmiştir (Ruht ve Block, 1996).

Bailey ve ark (2007) adölesan annelerle yaptıkları çalışmada çocukluk çağında fiziksel ve cinsel istismara uğrayan adölesan annelerin yaşamları boyunca güvensiz bir şekilde bağlandıkları bildirilmiştir. Çalışmalarında katılımcıların %84'ünün güvensiz bağlanma stili olduğu ifade edilmiştir. Adölesan annelerin duygusal ihmal puan ortalamaları adölesan olmayan annelerden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Annelerin adölesan olup olmama durumları ile duygusal ihmal arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($t = -3,105, p = 0,003$).

Okado ve Azar'ın (2011) anne bebek ilişkisinde duygusal uzaklığın ilerleyen yıllarda bebekte kötüye kullanım riskini araştırmak amacıyla üniversite öğrencileri ile yapmış oldukları çalışmada anne ve bebek arasında duygusal uzaklığın olmasının annenin bebeğine bağlanmasını olumsuz etkilediğini ve bu durumun annenin duygusal

tepkisizliğine neden olduğunu belirtmiştir. Ayrıca anne bebekten gelen iletişim sinyallerine daha duyarsız kalmakta ve bebeğini duygusal olarak ihmal etmektedir (Bowlby, 2012).

Pamerleau ve ark (2003) adölesan annelerin bebekleri ile olan iletişimlerini izledikleri çalışmalarında; annelerin bebekleriyle ilk aylarda çok az iletişimlerinin olduğunu ve annelerin bebeklerin iletişim sinyallerine duyarsız olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Anne ve bebek arasında oluşması beklenen duygusal bağın zarar görmesi sonucunda ise anne ve bebek arasında duygusal uzaklık meydana gelmektedir. Bu duygusal uzaklık annenin empati yeteneğini azaltmakta ve bebek için ihmal ve istismar riskini artırmaktadır (Ruht ve Block, 1996; Okado ve Azar, 2011).

Adölesan annelerin cinsel istismar puan ortalamalarının adölesan olmayan annelerden daha yüksek olduğu belirlenmiş ancak annelerin adölesan olma durumları ile cinsel istismar puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($t=0,937$, $p=0,353$).

Cinsel istismar öyküsü olan kadınlarda erken başlangıçlı cinsel yaşama başlama riski daha fazladır. Bu durum beraberinde adölesan annelik kavramının gelişmesine de zemin hazırlamaktadır (Taner ve Gökler, 2004).

Bailey ve ark (2007) adölesan annelerde çocukluk çağı travmalarının bebekleri ile bağlanmasına etkilerini inceledikleri çalışmalarında annelerin %34'ünün cinsel istismar, %35'inin ise fiziksel istismar öyküsü olduğunu bildirmişlerdir.

Bartlett ve ark (2014) yapmış oldukları çalışmada adölesan annelerin bebeklerini daha çok ihmal ettiği sonucuna ulaşmışlardır. Bartlett ve ark yaptığı çalışmada yer alan adölesan annelerin %84' ünde çocukken kötüye kullanım ve ihmal öyküsü, düşük eğitim seviyesi, madde kötüye kullanımı özellikleri bildirilmiştir.

Yapmış olduğumuz çalışmada adölesan annelerde adölesan olmayan annelere oranla çocukluk çağı travmaları toplam puanının daha yüksek olduğu ve aralarında anlamlı farklılığın olduğu saptanmıştır ($t=3,847$, $p=0,000$).

Adölesan annelik beraberinde hızlı bir şekilde yetişkinlik dönemine geçişi getirir. Bu durum anne için ebeveynlik ve ebeveynliğin önemini çözmeye, bebeğin beslenmesi, fiziksel bakımı ve duygusal gereksinimlerini kapsamaktadır. Bu önemli konular annelerin adölesanlığın doğasında var olan bağımsızlık gereksinimi ile çatışmaktadır. Bunun

sonucunda ise annede artan bir depresyon, ebeveynlik stresi, düşük öz saygı, bebeğin fiziksel ve duygusal gereksinimlerin ihmaline neden olabilmektedir.

Çalışmamızda adölesan olan annelerde cinsel istismar hariç çocukluk çağı travmaları alt ölçek ve toplam puanlarında adölesan olmayan annelere göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Adölesanların çocukluk çağındaki travmalarının fazla olması nedeniyle evden kaçısı bir çözüm yolu olarak görerek biran önce evleniyor olabilirler. Ayrıca adölesanların ev içi ilişkilerini kötü olarak tanımlamaları, eğitim düzeylerinin düşük olması gibi adölesanlara ait sosyo demografik değişkenlerde bu sonucu destekliyor olabilir. Çocukluk çağı travmaları adölesan evliliği için risk gibi görünmektedir. Bu nedenle hemşirelerin toplum sağlığını koruyucu çalışmalar yapması, “kol kırılır yen içinde kalır” gibi kültürel değerlerin kırılması için geleneksel değerlerle mücadele etmesi, adölesan evliliklerin önlenmesi için medyanın kullanılması için gerekli çalışmaların başlatılması okul sağlığı ve toplum ruh sağlığı hemşiresinin görev ve sorumlulukları içinde olmalıdır.

Adölesan annelerde maternal bağlanma puan ortalamaları ($\bar{x}=73,91\pm5,93$) adölesan olmayan annelere ($\bar{x}=77,95\pm9,52$) göre daha düşüktür. Adölesan olan ve olmayan annelerde maternal bağlanma puanları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur ($t=3,247$, $p=0,001$).

Yapılan çalışmalar adölesan annelerin yetişkin annelere göre bebeğine karşı negatif duygularını daha fazla paylaştığını, olumlu duygularını ise daha az ifade ettiğini göstermektedir. Bu tutum annelerin zaten yetersiz olan iletişim kapasitelerini etkilemekte ve bebeği ile yeterli iletişime geçememektedir. Bu nedenle adölesan anneler bebekleriyle güvensiz bağlanmaktadır (Crugnola ve ark, 2014).

Aiello ve Lancaster (2007) adölesan annelerde maternal bağlanmanın bebek gelişimine etkisini incelemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada adölesan annelerin bağlanmalarının adölesan olmayan annelerden daha düşük olduğunu bulmuştur. Yapılan çalışmada anne yaşının anne bebek arasında oluşan bağlanmada önemli bir değişken olduğu ve anne yaşı arttıkça bağlanmalarında arttığı belirtilmiştir. Crugnola ve ark (2014) adölesan annelerde ilk üç ayda maternal bağlanma, anne- bebek bağlanma tarzları ve duygusal değişiklikleri incelemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada adölesan annelerin adölesan olmayan annelere göre bebeklerine daha düşük düzeyde bağlandığı, adölesan olan ve olmayan anneler arasında anlamlı farklılık olduğu belirtilmiştir.

Çalışma bulgularımızın diğer alanyazın çalışma bulguları ile benzeştiği görülmektedir. Adölesan annelerde maternal bağlanmanın daha az olmasının nedeni bildirilen açıklamalar yanında annelerin kendilerinde de yeterince maternal bağlanma geliştirememiş olmalarından kaynaklanmış olabilir. Her ne kadar biz çalışmamızda adölesan annelerin bağlanma stillerini sorgulamamış olsakta bağlanma stili güvenli olmayan adölesanlar daha erken evden ayrılmayı tercih ediyor olabilirler.

Adölesan annelerin doğum sonu depresyon puan ortalamalarının ($\bar{x}=14,18\pm5,2$), adölesan olmayan annelerin puan ortalamalarından ($\bar{x}=11,14\pm4,7$) daha yüksek olduğu ve adölesan olan ve olmayan annelerde doğum sonu depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($t= 3,558, p=0,000$).

Chen'in (1996) adölesan ve yetişkin anneler arasında doğum sonu depresyonu karşılaştırmak için yapmış olduğu çalışmada doğum sonu depresyonun adölesan annelerde daha yüksek oranda olduğu belirtilmiştir. Figuerrede ve arkadaşlarının (2007) Portekizli adölesan annelerle yapmış oldukları çalışmada adölesan annelerde doğum sonu depresyon görülme oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışma bulgularımız diğer alan yazın çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Adölesan annelerin sosyal desteklerinin yetersizliğinin, düşük özgüvenin, maddi imkansızlıkların, yaşam ve ebeveynlik streslerinin fazla olmasının doğum sonu depresyonun görülme oranını arttırdığı bildirilmektedir (Birkeland ve ark, 2005; Yozwiak, 2010).

5.11. Adölesan Olan ve Olmayan Annelerde Doğum Sonu Depresyon Görülme Oranının Tartışılması

Adölesan annelerin %64,4'ünde doğum sonu depresyon görülürken, adölesan olmayan annelerin %37,3'ünde doğum sonu depresyon görüldüğü saptanmıştır. Adölesan olan ve olmayan annelerde doğum sonu depresyon görülme oranı arasında anlamlı fark saptanmıştır ($\chi^2=9,72, p=0,000$).

Adölesan annelerde doğum sonu depresyon ile ilgili yapılan çalışmalarda doğum sonu depresyon oranı %25,9-%61 arasında değişiklik göstermektedir (Chen, 1996; Figuerredo, 2007; Secco ve ark, 2006).

Chen (1996)'in yapmış olduğu çalışmada adölesan annelerde doğumdan sonraki altı haftalık dönemde depresyon görülme oranı %61, adölesan olmayan annelerde bu oran %37,7 olup yapmış olduğumuz çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Bodur ve ark (2010) ülkemizde yapmış oldukları çalışmada 135 adölesan anne yer almıştır. Tamamı ev hanımı olan annelerin doğum sonu depresyon puanları 13 ve üstünde olanlar %56'dır. Depresyon riski açısından çalışmamızla paralellik göstermektedir. Portekizli annelerle yapılan çalışmada adölesan annelerde doğum sonu 2.-3. ayda doğum sonu depresyon oranı %25,9, adölesan olmayan annelerde ise %9,3 olduğu görülmüştür (Figuerredo, 2007).

Secco ve ark (2006)'nın adölesan annelerde doğum sonu depresyonu etkileyen faktörleri incelemek için yapmış olduğu çalışmada düşük sosyo ekonomik statünün ve bebek bakımına ilişkin olumsuz duyguların doğum sonu depresyon için önemli bir faktör olduğu, ayrıca aile desteğinin de doğum sonu depresyonla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Doğum sonu depresyonda aile ve arkadaşın sosyal desteği, bebek bakımında destek olma durumu ya da bebeğine kendi bakabilme durumu arasında pozitif bir ilişki vardır.

Phipps ve ark (2013) adölesan annelerde doğum sonu depresyonu önlemek için yapmış oldukları çalışmada yaşları 17 ve altı olan 106 hamile anne yer almıştır ve anneler iki gruba ayrılmıştır. Bir gruba gevşeme, iletişim, cesaretlendirme konulu eğitimler ve kişisel psikoterapi uygulanmış ve anneler 6. hafta, 3. ve 6. aylarda ziyaret edilmiştir. Eğitim yapılan annelerin doğumdan sonra 6. aylarında depresyon oranı %12,5 iken, hiç bir eğitim almayan grupta bu oranın %25 olduğu belirtilmiştir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda annelerde doğum sonu depresyon riski %12,5- 41 arasında değişiklik göstermektedir (Durat ve Kutlu, 2010; Durukan ve ark, 2010; Battaloğlu ve ark, 2012; Ceber ve ark, 2010; Efe ve ark, 2009; Arslantaş ve ark, 2009; Nur ve ark, 2004).

Ceber ve ark (2010)'nın İzmir'de aynı ölçeği kullanarak yapmış oldukları çalışmada kesme noktası ≥ 13 olarak alınmış olup annelerin doğum sonu depresyon riski %22 olarak bulunmuştur.

Efe ve ark (2009) doğum sonu depresyon ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada annelerin %23,4'dünde depresyon açısından risk olduğu belirtilmiştir.

Arslantaş ve ark (2009) Aydın ilinde doğum sonu depresyon sıklığı ve ilişkili etmenleri inceledikleri çalışmalarında doğumdan sonraki 6-8 haftalık sürede araştırmayı gerçekleştirmişlerdir. Annelerin depresyon riskini %12,5 olarak belirtmişlerdir.

Sivas ilinde 0-12 aylık bebeğe sahip annelerle yapılan çalışmada annelerin doğum sonu depresyon riski %28 olarak bulunmuştur (Nur ve ark, 2004).

Durukan ve ark (2010) çalışmasında 16-25 yaş aralığında doğumdan sonraki 2-18 aylık dönemde olan annelerde depresyon riski %15,1 iken, 25-36 yaş aralığında olan annelerin depresyon riski %16 olduğu belirtilmiştir. Battaloğlu ve ark (2012) ise çalışmasında depresyon riskini %30,6 olarak belirtmiştir.

Çalışmamızda adölesan olan annelerde depresyon riski %64,4 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde adölesan olan annelerle yapılmış olan yeterli veriye ulaşılamamaktadır. Bodur'un (2010) adölesan annelerle yapmış olduğu çalışmada annelerde doğum sonu depresyon riski %41 olarak bildirilmiştir.

Çalışma bulgularımızdaki doğum sonu depresyon oranları diğer çalışmaların bulgularının oranlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni olarak demografik ve ekonomik nedenlerin doğum sonu dönemi giderek daha fazla etkilemesi, ülkemizin son yıllarda hızlı bir sosyo-ekonomik değişim sürecinden geçiyor olması, çalışmanın birebir araştırmacı tarafından yapılmış olması nedeniyle verilerin güvenilir olması, ölçeğin doğumdan sonra 4.-6. haftalar arasında uygulanmış olması gibi faktörlerden etkilemiş olabilir. Çünkü diğer çalışmaların 6. haftadan itibaren doğum sonu depresyon ölçeği uygulamasının gerçekleştirilmiş olduğu görülmektedir.

5.12. Annelerin Çocukluk Çağı Travmaları Puanları, Doğum Sonu Depresyon Puanları ve Maternal Bağlanma Puanlarının İlişkisel Dağılımının Tartışılması

Annelerin doğum sonu depresyon ölçeği puan ortalamaları ile maternal bağlanma ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan kolerasyon analizinde negatif yönde, çok zayıf

düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,16$, $p<0,05$) (Tablo 12). Başka bir deyişle annelerde doğum sonu depresyon arttıkça maternal bağlanma azalmaktadır.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde doğum sonu depresyon riski arttıkça maternal bağlanmanın azaldığı görülmüştür (O' Higgins ve ark, 2013; Wilkson ve Mulcahy, 2010; Poobalan ve ark, 2007). Yapmış olduğumuz çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Annelerin doğum sonu depresyon ölçeği puan ortalamaları ile çocukluk çağı travmaları ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan kolerasyon analizinde pozitif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=0,46$, $p<0,05$) (Tablo 12). Başka bir anlatımla annelerde çocukluk travmalarının varlığı doğum sonu depresyon görülme olasılığını artırmaktadır.

Annelerin çocukluk çağı travmasının olması depresyon görülme riskini artırmaktadır. Travma öyküsü olan annelerin kişiler arası ilişkileri etkilenmekte ve sosyal destek sistemlerini zayıflatmaktadır. Bu durum annenin daha çok kendi içine dönmesine neden olabilmekte ve annede depresyon riskini artırmaktadır (Buist, 1998; Ruth ve Block, 1996; Buist ve Jonson, 2001; Torteya ve ark, 2014; Schaffer ve ark, 2015; Tezel ve ark, 2015; Infurna ve ark, 2016).

Annelerin maternal bağlanma ölçek puan ortalamaları ile çocukluk çağı travmaları ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan kolerasyon analizinde negatif yönde, çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,16$, $p<0,05$) (Tablo 12). Başka bir anlatımla annelerde çocukluk travmalarının artması maternal bağlanmayı azaltmaktadır.

Annenin çocukluk çağı travmasının olması bebeğine karşı benimsemiş olduğu annelik tarzını etkileyebilmekte daha sert ve iletişime daha kapalı bir ilişki içinde olmasına neden olabilmekte ya da anne bebeğinin sadece fiziksel gereksinimlerine odaklanmakta ve bebeğin duyuşsal gereksinimlerini göz ardı edebilmektedir. Bu nedenlerden dolayı anne ve bebek arasında oluşması beklenen sevgi bağı olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca annelerin çocukluk çağı travmasının olmasının depresyon riskinin artırmasına buna bağılı olarakta anne bebeğin bakımında yeteri kadar yer alamamakta ve bebeği ile duyuşsal bir bağı kuramamasına neden olabilmektedir (Poobalan ve ark, 2007; Tezel ve ark, 2015; Schaffer, 2015).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde adölesan olan ve olmayan annelerde çocukluk çağı travmaları, doğum sonu depresyon ve maternal bağlanma ile ilgili sonuçlar verilmiş ve bu sonuçlar doğrultusunda gelecekte yapılacak araştırmalara yönelik önerilerde bulunulmuştur.

6.1. Sonuçlar

Çalışmamızda yer alan annelerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde annelerin % 27,6'sı (n=45) adölesan olup, %72,4'ü (n=118) yetişkin annelerden oluşmaktadır. Adölesan annelerin yaş ortalamaları $16,5\pm 1,3$ iken yetişkin annelerde yaş ortalaması $27,3\pm 4,3$ dür.

Çalışmada yer alan adölesan annelerin yarısından fazlası ilkokul düzeyinde eğitime sahipken adölesan olmayan annelerin çoğu ortaokul mezunudur. Adölesan annelerin tamamına yakını (%91,1), adölesan annelerin yarısından fazlası (%67,8) ev hanımıdır.

Adölesan annelerin eşlerinin %68,8'inin 15-25 yaş aralığında ve yaş ortalamasının $24,08\pm 4,5$, adölesan olmayan annelerin %70,3'ünün 26-35 yaş aralığında olduğu ve adölesan olmayan annelerin eşlerinin yaş ortalaması ise $31,85\pm 4,9$ olduğu belirlenmiştir. Adölesan annelerin eşlerinin çoğunluğu ortaokul mezunu iken, adölesan olmayan annelerin eşleri lise düzeyinde eğitime sahiptir.

Adölesan annelerin aylık gelir durumları giderlerini karşılamazken, adölesan olmayan annelerin çoğunun aylık gelir durumları giderlerine denk olduğu bulunmuştur. Yani adölesan annelerin ekonomik durumları daha kötüdür. Adölesan annelerin çoğu geniş aile yapısında iken, adölesan olmayan anneler çekirdek aile yapısına sahiptir.

Çalışmada yer alan adölesan annelerin tamamının evlilik süreleri 1-5 yıl aralığında iken adölesan olmayan annelerin yaklaşık yarısı 1-5 yıl aralığında evlilik süresine sahiptir.

Adölesan annelerin tamamının (n=45) 1-5 arası gebelik yaşamış olduğu, yetişkin annelerin ise %95,8'inin (n=113) 1-5 arası gebelik, %4,2'sinin (n=5) 6-10 arası gebelik yaşamış oldukları saptanmıştır.

Adölesan olan ve olmayan annelerin çoğunun isterek gebe kaldığı belirlenmiş olup istemeden gebe kalmanın adölesan annelerde daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Gebelik süresinde adölesan annelerin adölesan olmayan annelere göre düzenli olarak kontrollere gitme oranının daha düşük olduğu, adölesan annelerin kontrollere daha az oranla gittiği belirlenmiştir.

Adölesan annelerin gebelikte sorun yaşama oranları adölesan olmayan annelere göre daha düşük olduğu ve adölesan olmayan annelerin daha fazla gebelikte sorun yaşadığı belirlenmiştir. Anneleri doğumda sorun yaşama durumlarına göre değerlendirdiğimizde ise adölesan olmayan annelerin daha fazla doğumda sorun yaşadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda yer alan adölesan annelerin çoğunun normal doğum yaptığı, adölesan olmayan anneler ise sezeryan ile doğumun daha fazla olduğu saptanmıştır.

Annelerin bebeklerini kucaklarına alma zamanları açısından değerlendirdiğimizde adölesan annelerin yarısının ilk yarım saatte adölesan olmayan annelerin ise çoğunun ilk bir saat içinde bebeklerini kucaklarına aldıkları görülmüştür. Adölesan annelerin çoğunun bebeklerini ilk yarım saat içinde, adölesan olmayan annelerin çoğunun ise bebeklerini ilk bir saat içinde emzirdikleri belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan annelerin bebek bakımı konusunda destek alma durumlarına bakıldığında adölesan annelerin adölesan olmayan annelere oranla daha fazla destek aldığı, her iki grupta da ebeveynlerin anneleri bebek bakımı konusunda desteklediği görülmektedir.

Adölesan olmayan annelerin eşleri ile olan genel ilişkilerinin adölesan annelere göre daha iyi olduğu ve her iki grupta da doğum sonu dönemde çok fazla ilişkilerinde değişiklik olmadığı, değişik olduğunu belirten adölesan olan ve olmayan annelerde de olumlu yönde bir değişiklik olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda yer alan annelerin çocukluklarını ebeveynleri ile geçirme durumları incelendiğinde adölesan annelerin %64,4'ü (n=29) çocukluklarını anne ve babaları ile, %20'si (n=9) anne ile, %11,1'i (n=5) baba ile, %4,4'ü (n=2) anneanne ve dede ile geçirdiğini, adölesan olmayan annelerin ise %89'u (n=105) anne ve babaları ile, %8,5'i (n=10) anne ile, %0,8'i (n=1) baba ile, %0,8'i (n=1) anneanne ve dede ile, %0,8'i (n=1) diğer bir kişi ile geçirdiğini bildirmiştir.

Adölesan olan ve olmayan annelerin ailelerinden ayrı kalma durumları açısından değerlendirdiğimizde adölesan annelerin aileden ayrı kalma durumlarının adölesan olmayan annelere oranla 2 kat fazla olduğu görülmüştür. Ailesinden 1 yıldan daha uzun süre ayrı kaldığını belirten adölesan annelerin oranı %70 iken, adölesan olmayan annelerin oranı %41,6'dır.

Annelerin çocukluk dönemlerinde anne ve babaları ile olan ilişkilerine bakıldığında adölesan annelerin, adölesan olmayan annelere göre iyi ilişkilere sahip olanların daha az olduğu tespit edilmiştir.

Adölesan olan ve olmayan annelerin anne olmadan önce bir bebeğe bakma durumları değerlendirildiğinde her iki grubunda yarısından fazlasının bir bebeğe baktığı ve aralarında bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Adölesan annelerin adölesan olmayan annelere göre kendilerini anneliğe hazır hissetme oranlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Adölesan annelerin bebeklerinin %55,6'sı (n=25), adölesan olmayan annelerin bebeklerinin ise %60,2'sinin (n=71) erkek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda bebeklerinin doğum kilolarına bakıldığında adölesan annelerin bebeklerinin %57,8'inin (n=26) 2000-2999 gr aralığında olduğu, adölesan olmayan annelerin bebeklerinin ise %53,4'ünün (n=63) 3000-3999 gr aralığında olduğu tespit edilmiştir. Adölesan annelerin bebeklerinin doğum kilolarının adölesan olmayan annelere göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamında yer alan annelerin bebeklerinin araştırmanın yapıldığı dönemdeki kilolarına bakıldığında adölesan annelerin bebeklerinin %66,7'sinin (n=30) 3500-4499 gr aralığında olduğu, adölesan olmayan annelerin bebeklerinin %54,3'ünün (n=64) 3500-4499 gr aralığında olduğu saptanmıştır.

Adölesan annelerin bebeklerinin %13,3'ü (n=6) istedikleri cinsiyette doğmamış, %86,7'si (n=39) istedikleri cinsiyette doğmuş, yetişkin annelerin bebeklerinin ise %9,3'ü (n=11) istedikleri cinsiyette doğmamış iken %90,7'si (n=107) istedikleri cinsiyette doğduğunu belirtmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan adölesan olan ve olmayan annelerin bebeklerini anne sütü ile besledikleri ancak adölesan annelerde bu oranın daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Adölesan annelerde çocukluk çağı travmalar ölçeği alt gruplarından olan duygusal istismar ve duygusal ihmalin daha fazla görüldüğü ve adölesan annelikle duygusal istismar ve ihmalin ilişkili olduğu saptanmıştır (Sırasıyla $t=-3,564$, $p=0,001$; $t=-3,105$, $p=0,003$).

Adölesan annelerde adölesan olmayan annelere oranla daha fazla fiziksel istismar ve fiziksel ihmalin görüldüğü ve adölesan annelik ile fiziksel istismar ve ihmalin ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Sırasıyla $t=-2,009$, $p=0,048$; $t=-4,401$, $p=0,000$).

Adölesan annelerde adölesan olmayan annelere oranla cinsel istismar puanlarının daha yüksek olmasına rağmen adölesan annelik ile cinsel istismar arasında bir ilişki saptanmamıştır ($t=-0,937$, $p=0,353$).

Adölesan annelerde çocukluk çağı travmalarının adölesan olmayan annelerden daha fazla olduğu belirlenmiştir (Sırasıyla $\bar{X}=45,75\pm 16,08$; $\bar{X}=35,78\pm 10,66$). Adölesan anneliğin çocukluk çağı travmalarınınından etkilendiği tespit edilmiştir ($t=-3,847$, $p=0,000$).

Annelerin maternal bağlanma puanlarına bakıldığında adölesan annelerin adölesan olmayan annelere göre daha az bebeklerine bağlandığı ve adölesan annelik ile maternal bağlanmanın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=3,247$, $p=0,001$).

Adölesan annelerin, adölesan olmayan annelere göre doğum sonu depresyon riskinin daha fazla olduğu ve adölesan annelik ile doğum sonu depresyonun anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=-3,558$, $p=0,000$).

Çalışmamızda adölesan annelerde doğum sonu depresyon görülme riski oranının adölesan olmayan annelere göre 1,7 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2 =9,72$, $p=0,000$).

Adölesan olmayan annelerde doğum sonu depresyon riski olanlarda maternal bağlanma puanı depresyon riski olmayan annelere oranla daha düşük olmakla birlikte maternal bağlanma ve doğum sonu depresyon arasında anlamlılık belirlenmemiştir ($t=0,982$, $p>0,05$).

Annelerin doğum sonu depresyon riski ile maternal bağlanma arasında yapılan kolerasyon analize göre doğum sonu depresyon arttıkça annelerde maternal bağlanmanın azaldığı belirlenmiştir ($r=-0,16$, $p<0,05$)

Annelerin çocukluk çağı travmalarının artması ile doğum sonu depresyon riski arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu yani çocukluk çağı travmaları arttıkça doğum sonu depresyon riskinde arttığı tespit edilmiştir ($r=0,46$, $p<0,05$).

Annelerin çocukluk çağı travmalarının artmasının maternal bağlanmayı azalttığı belirlenmiştir ($r=-0,16$, $p<0,05$).

6.2. Öneriler

Sağlıklı nesiller yetiştirmenin ana unsurlarından olan annenin doğum sonrası dönemde yeterince desteklenmesi önemlidir. Fiziksel, sosyal ve toplumsal olarak tam bir değişim içinde olan anne yeterince desteklenmez ise depresyon riski artmakta olup bu durum bebeği ile olan ilişkisini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle gebelere doğum öncesi dönemde bebek bakımı, stresle baş etme yöntemleri gibi eğitimler planlanıp sosyal destek grupları oluşturulabilir.

Doğum sonu depresyon ile çocukluk çağı travmaları arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır. Bu nedenle koruyucu ruh sağlığı hizmetleri bu konudaki çalışmalarını daha sıkı sürdürmelidirler.

Anne yaşının doğumdan sonraki dönemde yaşanan sorunlar açısından risk oluşturduğu göz önüne alındığında adölesan evlilikler ile ilgili aileler bilgilendirilmeli ve adölesan gebeliklerin önüne geçilmesi için okullarda gebelikten korunma yöntemleri ile ilgili eğitimler yapılmalıdır. Erken evlilikler/ çocuk yaşta evlilikler konusunda kültürel değişimlerin sağlanması için kamu spotları hazırlanabilir.

Çocukluk çağı travmalarının ilerleyen dönemlerde depresyon riskini arttırdığı ve çocuklara sadece fiziksel olarak değil ruhsal olarak zarar verdiği bildirilmektedir. Bu nedenle ailelere, okul yöneticilerine ve çalışanlarına, çocukların kendilerine cinsel istismar ile ilgili eğitimler yapılabilir. Çocuğa şiddet uygulamanın çocuğu terbiye etmede yeri olmadığı anlatılabilir.

Okullarda çocukların kendilerine mahremiyet eğitimleri planlanabilir. Bu konu ile ilgili afişler, posterler yada yardım için başvurabilecekleri yerin isimleri olan panolar oluşturulabilir.

Aydın ilinde sadece Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan bu çalışma daha büyük bir evren ve örnekleme Aydın ilinin tamamında ya da farklı il ve coğrafi bölgelerde yapılarak çalışmamızdan elde edilen bulgularla karşılaştırılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

Abasi E, Tahmasebi H, Zafari M, Takami N. Assessment on Effective Factors of Maternal-Fetal Attachment in Pregnant Women. *Life Science Journal* 2012, 9 (1), 68-75.

Abbasoğlu A, Atay G, İpekçi AM, Gökçay M, Candoğan ÇB, Şahin E, Toklu T, Tarcan A. Annenin bebeğe bağlanması ile infantil kolik arasındaki ilişki. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2015, 58, 57-61.

Aiello R, Lancaster S. Influence of adolescent maternal characterisric on infant development. *Infant Mental Healt Journal* 2007, 28 (5), 496-516.

Ainsworth, MDS. Attachments beyond infancy. *American Psychologist* 1989, 44, 709-716.

Akman I, Kuşçu K, Ozdemir N.. Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Arch Dis Child* 2006, 91, 417-419.

Akbaş E, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008, 45, 85-91.

Alan H. Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Desteğin Anne Bebek Bağlılığına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya 2011, 36.

Alan H, Ege E. The influence of social support on maternal-infantattachment in turkish society. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013,16 (4), 234-240.

Altıntaş I. Dissosiyatif bozuklukta psikiyatrik eş tanılar. Uzmanlık Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2008.

Arslantaş H, Ergin F, Balkaya NA. Aydın il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2009, 10(3), 13 - 22.

Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, Tanrıverdi A, Kaya E. Doğum sonrası dönemde depresif belirti düzeyini etkileyen klinik ve sosyodemografik risk etkenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obstetri*, 2004, 14, 252-257.

Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006, 17(4), 243-251.

Aydemir N. Beah Sağlam Çocuk Polikliniğine Başvuran 0-1 Yaş Bebeği Olan Annelerde Depresyon Taraması Ve Depresyonda Etkili Risk Faktörlerini Belirleme, Uzmanlık Tezi, Aile Hekimliği, İstanbul 2007, 34-57.

Aydın D. Adölesan gebelik ve adölesan annelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013, 16 (4), 250-254.

Balçık M, Can HÖ. Sağlıklı Gebelikten, Sağlıklı Doğuma. 1. Ege Ebelik ve Doğum Kongresi, 58-59, 21-22 mart 2014, İzmir.

Bahadır GB, Oral A, Güven A. Çocukluk çağı travmaları ve önlenmesinde koruyucu hekimliğin rolü. *TAF Preventive Medicine Bülleten* 2011, 10(2), 243-250.

Balkaya NA, Vural G, Eroğlu K. Factors affecting exclusive breastfeeding in the first six weeks postpartum in Bolu, Turkey. *Türkiye Klinikleri Journal Gynecol Obstetri* 2009,19(3),142-149.

Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Türkiye'de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması, TNS Piar, 2010,18-39.

Başer M. Adölesan cinselliği ve gebelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2000, 4 (1): 50-54.

Başterzi AD. Kadın ve Annelik: Psikanalitik bir yaklaşım. In: Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı, Yüksel Ş, Gülseren L, Başterzi AD (edt), Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2013,439-443.

Battaloğlu B, Aydemir N, Hatipoğlu S. Sağlam çocuk polikliniğine başvuran 0-1 yaş bebeği olan annelerde depresyon taraması ve depresyonda etkili risk faktörlerini belirleme. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2012, 8, 12-21.

Bailey NH, Moran G, Pederson DR. Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers. *Attachment & Human Development*, 2007, 9(2), 139 –161.

Bartlett JD, Raskin M, Kotake C, Nearing K. An ecological analysis of infant neglect by adolescent mothers. *Child Abuse & Neglect*, 2014, 38, 723-734.

Bayraktar S. İnsanlığın Kanayan Yarası Çocuk İstismarı Ve İhmali, Nobel Tıp Kitapevi, 2015, İstanbul, 38-90.

Beck CT. A Meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nursing Reserch*, 1996, 45(5), 297-303.

Beyca HH, Mutlu HH, Özdamar Ö. Postpartum depresyon açısından riskli annelerin bebeklerinin doğum sonrası ilk iki aylık dönemde boy ve kilo ölçümlerinin değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2014, 45 (3), 124-130.

Breech L, Quint E. Case 2005: managment of an adolescent mother and breastfeeding, *Journal Pediatrigh Adolescent Gynecol* 2006, 19, 419-421.

Briere J, Jordan CE. Childhood maltreatment, intervening variables, and adult psychological difficulties in women. *Trauma, Violence, & Abuse* 2009,10(4), 375-388.

Brody SM, Mansori SEB, Johnson N, Killian C, Hamer RM, Jackson C, Wessel J, Thorp J. A prospective study of perinatal depression and trauma history in pregnant minority adolescents. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2013, 208, 211- 218.

Bingöl TY, Tel H. Postpartum dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyleri ile etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007, 10(3), 1-6.

Bodur S, Özdemir S, Ayvaz K. Risk factors for postpartum depressionin a group of teenage mothers. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2010, 20(1), 22-8.

Boath EH, Henshaw C, Bradley E. Meeting the challenges of teenage mothers withpostpartum depression: overcoming stigma through support. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2013, 31(4), 352–369.

Boran P, Gökçay G, Devocioğlu E, Eren T. Çocuk gelinler. *Marmara Medical Journal* 2013, 26, 58-62.

Buist A, Jonson H. Childhood sexual abuse, parenting and postpartum depression a 3-year follow-up study. *Child Abuse & Neglect* 2001,25,7, 909–921.

Buist A. Childhood abuse, parenting and postpartum depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1998, 32(4), 479-87.

Buist A. Pregnancy And Mental Health, Women Mental Health, A Life Cycle Approach (edt) Romans SE, Seeman MV, Philadelphia, Lippincott Williams& Wilkins, 2006, 269-282.

Bulut, I. Genç Anne ve Çocuk İstismarı, Ankara, 1996.

Bulut S. Çocuk cinsel istismarı hakkında bir derleme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2007, 3(28), 139-156.

Bretherton I. The Origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth, *American Psychological* 1992, 28 (5), 759-775.

Breech L, Quint E. Case 2005: managment of an adolescent mother and breastfeeding. *Journal Pediatrigh Adolescent Gynecol* 2006, 19, 419-421.

Briere J, Jordan CE. Childhood maltreatment, intervening variables, and adult psychological difficulties in women. *Trauma, Violence & Abuse* 2009, 10 (4), 375-388.

Bowlby J. Bağlanma, Beyaz A. (Edt), Pinhan Yayıncılık, İstanbul, 2012, 295-360. (a)

Bowlby J. Güvenli Bir Dayanak- Ebeveyn-Çocuk Bağlanması Ve Sağlıklı İnsan Gelişimi, **Özakkaş T. (edit)**, Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, İstanbul,2012, 156-180. (b)

Bowlby J. Sevgi Bağlarının Kurulması ve Bozulması, **Özakkaş T. (edit)**, Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, İstanbul, 2012, 163-207. (c)

Browne CJ, Shlosberg E. Attachment theory, ageing and dementia: a review of the literature, *Aging & Mental Healt* 2006, 10 (2), 134-142.

Can M, Öncül S, Deşdemir A. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı: Strateji Geliştirme Başkanlığı , "Erken Yaşta evlilikler hakkında inceleme yapılmasına dair TBMM raporu" , Ankara, 2012.

Christiansen CS, Gibbs S, Mouli VC. Preventing early pregnancy and pregnancy-related mortality and morbidity in adolescents in developing countries: the place of interventions in the prepregnancy period. *Hindawi Publishing Corporation Journal of Pregnancy* 2013, 1-5.

Chen CH. Postpartum depression among adolescent mothers and adult mothers. *Kaohsiung Journal Medicine Science.* 1996, 12(2), 104-113.

Castro1 F, Ayala NH, Prado BH. Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology,* 2011, 32(4), 210–217.

Crugnola CR, Lerardi E, Gazzotti S, Albizzati A. Motherhood İn Adolescent Mother: Maternal Attachment, Mother- İnfant Styles Of İnteraction And Emotion Regulation At Three Months. *Infant Behavior & Development,* 2014, 37, 44-56.

Crowell, J. A., Fraley, R. C. ve Shaver, P. R. Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. J. Cassidy ve P. R. Shaver, (Ed.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications New York: Guilford Press* 2009, 599-634.

Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3(1), 142-162.

Çalışır H. İlk Kez Anne Olan Kadınların Annelik Rolü Başarımlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2003, 55-60.

Çeber E, Bilge A, Mermer G, Yücel U. İzmir'in Bornova ilçesinde gebelik ve doğum sonrası depresyon riski. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2010, 20(1),1-9.

Çeçen AR. Çocuk cinsel istismarı: sıklığı, etkileri ve okul temelli önleme yolları. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2007 4(1), 1-17.

Çelik F, Köken GN, Yılmaz M. Gebelikte depresyon semptomlarının sıklığı ve depresyon gelişimini etkileyen faktörler. *Anatolioun Journal Clin Investig* 2013, 7(2), 110-117.

Çolak Ü. Türkiye’deki adölesan gebelikler, *Eğitim Dergisi* 2012, 33: 1-9.

Çoban A. Doğum Sonrası Anne-Yenidoğan Etkileşimini Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi, Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2003, 40-45.

Çoban A, Saruhan A. Anne etkileşiminde hemşirenin rolü, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005, 21 (2), 89-96.

Çöl M, Çalışkan D, Akdur R. Genç yaş evliliklerinin anne ve çocuk sağlığı üzerine etkileri, *Ankara Tıp Mecmuası* 1994, 47, 95-108.

Deniz ME. Ergenlerde bağlanma stilleri ile çocukluk istismarları ve suçluluk-utanç arasındaki ilişki. *Eurasian Journal of Educational Research* 2006, 22, 89-99.

Demirkapı EŞ. Çocukluk Çağı Travmalarının Duygu Düzenleme Ve Kimlik Gelişimine Etkisi Ve Bunların Psikopatolojiler İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın 2013, 56-68.

Demiröz H. Adölesan Gebeliklerin Yaygın Olduğu Bir Bölgede Anne Ve Yenidoğan Sağlığı, Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın 2008, 30-36.

Derman O. Çocuk İstismarı Ve İhmaline Yaklaşım. Akademisyen Tıp Kitap Evi, Ankara, 2014, 35-49.

Demirgöz M, Canbulat N. Adölesan gebelik, *Türkiye Klinikleri Dergisi* 2008, 28 (6), 947-952.

Deveci E, Açıık Y. Çocuk İstismarı Nedenlerinin İncelenmesi. *Arşiv* 2003, 12,396, 405.

Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Medicen Journal* 2011, 28, 385-393.

Durat G, Kutlu Y. Sakarya’da doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili faktörler. *New/Yeni Symposium Journal* 2010, 48(1), 63-68.

Efe ŞY, Taşkın L , Eroğlu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. *Journal Turkish-German Gynecol Assoc* 2009, 10, 14-20.

Ercan O. Adölesanın psikososyal gelişimi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etkinliği; *Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi* 2005, 43, 17-21.

Erdem Ö, Çelepkolu T. Postpartum depresyonun risk faktörleri ve nedenleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2014, 8(3), 93-99.

Erdeve Ö, Atasay B, Arsan S, Türmen T. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış deneyiminin aile ve prematüre bebek üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008, 51, 104-109.

Ergin F, Beşer E, Okyay P. Aydın il merkezinde istenmeyen gebelikler ve risk faktörleri. *Sağlık Ve Toplum Dergisi* 2005, 4, 82-88.

Else-Quest N M, Hyde JS, Clark R. Breastfeeding, bonding, and the mother-infant relationship. *Merrill-Palmer Quart Erly* 2003, 49(4), 495-517.

Figueiredo B, Dias CC, Brandão S, Canário C, Costa RN. Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *Journal de Pediatria* 2013, 89(4), 332-338.

Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of Womens Mental Health* 2007 10, 103–109.

Flaherty SC, Sadler L. A Review of Attachment Theory in the Context of Adolescent Parenting, *Journal of Pediatric Health Care* 2011, 25 (2), 114-121.

Fraley, RC, Shaver, PR. Adult romantic attachment: theoretical developments, Emerging Controversies, and Unanswered Questions. *Review of General Psychology* 2000, 4 (2), 132-154.

Franklin C. The neonatal nurse's role in parental attachment in the nicu, *Crit Care Nursq* 2006, 29 (1), 81-85.

Giustardi A, Stablum M, Martino A. Mother infant relationship and bonding myths and facts, *The Journal Of Maternal- Fetal And Neonatal Medicine* 2011, 5 (1), 59-60.

Gümüş AB, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsak A. Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler. *Yeni Symposium Journal* 2012, 50(3), 145-154.

Güner Şİ, Güner Ş, Şahan MH. Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem; istismar. *Van Tıp Dergisi* 2010, 17 (3), 108-113.

Güner T. Vajinal Yol ve Sezeryenla Doğum Yapan Adölesan Annelerin Postpartum Dönemde Kendilerinin ve Bebeklerinin Bakımında Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2007, 34-45.

Güneş A. Güvenli bağlanma, Timaş Yayınları, İstanbul, 2014, 15-45.

Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihtmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Van Tıp Dergisi* 2010, 17(3), 108-113.

Güleşen A, Yıldız D. Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2013, 12 (2): 177-182.

Gölbaşı Z, Eğri G. Doğum sonu dönemde annenin bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2010, 32, 276-282.

Goulet C, Bell L, Paul D, Lang A. A concept analysis of parent-infant attachment, *Journal of Advanced Nursing* 1998, 28 (5), 1071-1081.

Glover V, Onozawa K, Hodgkinson A. Benefits of infantmassage for mothers with postnatal depression. *Seminars in Neonatology* 2002, 7, 495-500.

Hergüner S, Çiçek E, Annagür A , Hergüner A , Örs A. Doğum şeklinin doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2014,27,15-20.

Hamarta E, Deniz ME, Saltalı ND. Bağlanma stillerinin duygusal zekâyı yordama düzeyi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri* 2009, 197-229.

Horowitz J. A Bell M, Trybulski J. Promoting responsiveness between mothers with depressive symptoms and their infants. *Journal of Nursing Scholarship* 2001, 33, 323-329.

Ijzendoorn MH, Vereijken CM, Riksen JM . Assessing attachment security with the attachment q sort: meta-analytic evidence for the validity of the observer aqs. *Child Development* 2004, 75 (4), 1188-1213.

Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2016,190, 47–55.

Irmak TY. Çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ve dayanıklılıkla ilişkili faktörler, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir 2008, 55-68.

İşler A. Prematüre bebeklerde anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında yenidoğan hemşirelerinin rolü, *Perinatoloji Dergisi* 2007, 15 (1), 1-6.

Infurna MR, Reichl C, Parzer P, Schimmenti A, Bifulco A, Kaess M. Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2016, 190, 47–55.

Kalpalp B. Adölesan Annelere Verilen Eğitiminin Öz Güven ve Öz Bakım Güçlerine Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2006, 47-53.

Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2004, 47, 140-151.

Kara B, Çakmaklı P, Nacak E, Türeci F. Doğum sonrası depresyon. *Sted*, 10, 333-334. (www.ttb.org.tr/sted/sted0901/dogum.pdf Erişim Tarihi: 25.01.2016)

Karakaya E, Gençalp NS. Sosyoekonomik düzeyi düşük bölgede yaşayan adölesan evli kadının üreme sağlığı sorunları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2009, 6 (1), 34-40 .

Karen R. Becoming attached, *The Atlantic Monthly* 1994, 1-18.

Karakulak H. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması (Aydın Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas 2009.

Kavlak O. Maternal Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2004.

Kavlak O, Şirin A. Maternal bağlanma ölçeği'nin türk toplumuna uyarlanması, *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009, 6 (1), 188-202.

Kesebir S, Kavzoğlu SÖ, Üstündağ MF. Bağlanma ve psikopatoloji. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3(2), 321-342.

Keser N, Odabaş E, Elibüyük S. Ana-babaların çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2010, 4(3), 150-157.

Keser İ. Çocuk Cinsel İstismarı- Diyarbakır Örneği, Karahan Kitapevi, Ankara, 2011, 10-17.

Keene A, Epps J. Childhood physical abuse and aggression: Shame and narcissistic vulnerability. *Child Abuse & Neglect* 2016, 51, 276–283.

Kenny M, Conroy S, Pariente MC, Seneviratne G, Pawlby S. Mother infant interaction in mother and baby unit patients: before and after treatment. *Journal of Psychiat Research* 2013, 47: 1192-1198.

Keskinoglu P, Bilgic N, Picakiefe M, Giray H, Karakuş, Gunay T. Perinatal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mother. *Pediatric And Adolescent Gynecology* 2007, 20,19-24.

Kostak MA, Vatansever C. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili görüş ve düşünceleri. *Journal of Health Science and Profession* 2015, 2(1), 1-11.

Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3(1), 67-99.

Köse D, Çınar N, Altınkaynak S. Yenidoğanın anne ve baba ile bağlanma süreci. *Sted* 2013, 22 (6), 238.

Kütük S. Adölesan gebelik riskleri ve sorunları, *Türk Aile Hekimleri Dergisi* 2012, 16: 31-34.

Landy S, Montgomery J, Walsh S. Postpartum depression: A clinical view. *Matern Child Nursing* 1989, 18(1), 1-29.

Manav G, Yıldırım F. Term ve preterm bebek annelerinin bebeklerini algılama durumları, *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2010, 32, 149-157.

Marcuse FR, Oberlander SE, Papas MA, McNaryc SW, Hurley KM, Black MM. Stability of maternal depressive symptoms among urban, low-income, African American adolescent mothers. *Journal of Affective Disorders* 2010, 122, 68–75.

Meager I, Milgrom J. Group treatment for postpartum depression: A pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1996, 30, 852-860.

Melek M, Çobanoğlu U, Bilici S, Ceylan A, Beğner B, Epçaçan S. Çocukluk çağı travmalarına genel yaklaşım. *Van Tıp Dergisi* 2013, 20(4), 266-273.

Melekoğlu R. Adölesan Gebelikler: Maternal ve Fetal Sonuçlar, Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 2012, 46-55.

Maimburg RD, Væth M. Postpartum depression among first-time mothers – results from a parallel randomised trial. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2015, 6, 95–100.

Morsünbül Ü, Çok F. Bağlanma ve ilişkili değişkenler, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3 (3), 553-570.

Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004, 26(2), 55-59.

O’Higgins M, Roberts IJ, Glover V, Taylor A. Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Arch Womens Ment Health* 2013,16, 381–389.

Orhon FŞ, Bingöler B, Gülnar SB. Attitudes of Turkish parents, pediatric residents, and medical students toward child disciplinary practices. *Child Abuse & Neglect* 2006, 30(10), 1081–1092.

Onozawa K, Glover V, Adams, D. Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. *Journal of Affective Disorders* 2001, 63, 201-207.

Önal SÇ, Celbiş O, Özdemir B, Özdemir MY. Çocuk istismarı. *Türk Noroşirurji Dergisi* 2013, 23(2), 124-127.

Örün E, Yalçın SS, Mutlu B. Relations of maternal psychopathologies, social-obstetrical factors and mother-infant bonding at 2-month postpartum: a sample of Turkish mothers. *World J Pediatr* 2013, 9, 350-355.

Öztürk R. Prematüre Bebeği Olan Annelerin Depresyon ve Maternal Bağlanma İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2010, 84.

Öztürk R, Kavlak O, Sevil Ü. Postpartum depresyonda kültürel faktörlerin önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2012, 28 (3), 107-116.

Özcebe H. Birinci basamakta adölesan sorunlarına yaklaşım. *Haccettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2002, 11 (10), 374-377.

Özsoy S. Adölesan annelerin emzirmeye yönelik düşünce ve uygulamaları. *Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2014, 22(2), 84-93.

Öztürk R. Prematüre Bebeği Olan Annelerin Depresyon ve Maternal Bağlanma İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2010.

Panzarine S, Slater E, Sharps P. Coping, social support, and depressive symptoms in adolescent mothers. *Journal Of Adolescent Health* 1995,17,113-119.

Pomerleau A, Scuccimarri C, Malcuit. Mother–infant behavioral interactions in teenage and adult mothers during the first six months postpartum: relations with infant development, *Infant Mental Health Journal* 2003, 24 (5): 495- 509.

Pelendecioglu B, Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi* 2009, 9 (1), 49-62.

Polat O. Tüm boyutları ile çocuk istismarı 2-önleme rehabilitasyon, Seçkin yayıncılık, Ankara, 2007, 209-221.

Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ, William JHG. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development. *British Journal Of Psychiatry* 2007, 191, 378 -386 .

Phipps MG, Raker CA, Ware CF, Zlotnick C. Randomized controlled trial to prevent postpartum depression in adolescent mothers. *American Journal of Obstetrics& Gynecology* 2013, 208, 192-196.

Patterson D. Adolescent mothering: child- grandmother attachment, *Journal of Pediatric Nursing* 1997, 12 (4), 228-237.

Posmontier B, Horowitz AJ. Postpartum practices and depression prevalences: technocentric and ethnokinship cultural perspectives. *Journal of Transcultural Nursing* 2004, 15(1), 34-43.

Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith CS, Helms PJ, Williams HG. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development. *British Journal Of Psychiatry* 2007, 191, 378-386.

Reid V, Oliver MM. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *Journal Of Pediatric Health Care* 2007, 21(5), 290-296.

Ruth KL, Block D. The disturbed caregiving system: relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachmen. *Maternal Caregiving and Infant Attachment* 1996, 17(3), 257- 275.

Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma biçemi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye’den bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2006, 17 (4), 252-258.

Secco ML, Sheila P, Kennedy E, Walsh A, Letourneau N, Stewart M. Factors affecting postpartum depressive symptoms of adolescent mothers. *Journal Obstetric Genecology Neonatal Nursing* 2007, 36,47-54.

Seng j, Sperlich M, Low LK, Ronis DL, Muzik M, Liberzon I. Childhood abuse history, posttraumatic stress disorder, postpartum mental health, and bonding: a prospective cohort study. *Journal Midwifery Womens Health* 2013, 58, 57–68.

Soysal Ş, Ergenekon E, Aksoy E. Yenidoğan döneminde hastanede uzun süreli tedavi görmeyen bağlanma örüntüsü üzerindeki etkileri: bir olgu sunumu, *Klinik Psikiyatri* 1999, 2, 266-270.

Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin türk örnekleme üzerinde psikometrik değerlendirilmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999, 14 (43), 71-106.

Schaffer MM, Liu RT, Kraines MA, Choi JY, Alloy LB. Elucidating the relation between childhood emotional abuse and depressive symptoms in adulthood: The mediating role of maladaptive interpersonal processes. *Personality and Individual Differences* 2015, 74, 106–111.

Schmidt RM, Wiemann CM, Rickert VI, Smith EO. Moderate to severe depressive symptoms among adolescent mothers followed four years postpartum. *Journal of Adolescent Health* 2006, 38, 712–718.

Shaver PR, Miculincer M. Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development* 2002, 4 (2), 133-161.

Şen S. Anneanne Anne Bebek Bağlanmasının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2007, 55-65.

Şimşek S, Önder FC. Ergenlerde davranış problemlerinin, anne-babadan ve öğretmenlerden algılanan duygusal istismar açısından incelenmesi. *İlköğretim Online* 2011, 10(3), 1124-1137.

Taner Y, Gökler B. Çocuk istismar. ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004, 35,82-86.

Taner CE, Kırmızı DA, İriş A, Başoğlu Ö. Adölesan gebeliklerin sonuçları, *Göztepe Tıp Dergisi* 2012, 27 (1), 6-10.

Tarkka MT, Paunonen M. Social support and its impact on the mothers' experiences of childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 1996, 23,70-75.

Taşdemir S, Kaplan S, Bahar A. Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2006, 1 (2), 106-117.

Tezel FK, Kışlak ŞT, Boysan M. Relationships between childhood traumatic experiences, early maladaptive schemas and interpersonal styles. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2015, 226-232.

Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk İstismarı ve İhmali. *Dicle Tıp Dergisi* 2007, 34(1), 70-74.

Tosbaş M. İnsanlığın büyük bir ayıbı: çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2004, 3(4), 76-80.

Törüner EK, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı, Temel Hemşirelik Yaklaşımları, Göktuğ Yayıncılık, Amasya, 2012, 30-45.

Tonmyr L, Dracaa J, Craina J, MacMillan HL. Measurement of emotional/psychological child maltreatment: A review. *Child Abuse & Neglect* 2011, 35, 767-782.

Torteya CM, Dayton CJ, Beeghly M, Seng JS, McGinnis E, Broderick A, Rosenblum K, Muzik M. Maternal parenting predicts infant biobehavioral regulation among women with a history of childhood maltreatment. *Development and Psychopathology* 2014, 26, 379-392.

Tüzün O, Sayar K. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji, *Düşünen Adam* 2006, 19 (1), 24-39.7

United Nations Children's Fund, Early Marriage: A harmful traditional practice: A statistical exploration, UNICEF, (2005), 12-13. http://www.unicef.org/publications/files/Early_Marriage_12.lo.pdf (05.05.2016).

Ünal F. Ailede çocuk istismarı ve ihmali. *TSA* 2008, 12(1), 9-18.

Üstündağ A, Şenol FB, Mağden D. Ebeveynlerin çocuk istismarına yönelik bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve bilinçlendirilmesi. *Haccettepe University Faculty of Health Sciences Journal* 2015, 1(2), 212-227.

Yolcuoğlu Gİ. Çocukların ihmal-istismara uğramasında aile ve çocuklara yönelik risk faktörleri ve sosyal hizmet müdahalesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2010, 21(1), 73-83.

Yücesoy G, Özkan S, Yıldız M, Çakıroğlu Y, Bodur H. Postpartum depression: prevalence and contributing risk factors. *Turkiye Klinikleri Journal Gynecol Obstetri* 2011, 21(1), 6-12.

Yozwiak JA. Postpartum depression and adolescent mothers: a review of assessment and treatment approaches. *Pediatric and Adolescent Gynecology* 2010, 23, 172-178.

Yılmaz SD. Prenatal anne-bebek bağlanması, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013, 10 (3): 28-33.

Weissman MM, Feder A, Pilowsky DJ, Olfson M, Fuentes M, Blanco C, Lantigua R, Gameroff MJ, Shea S. Depressed mothers coming to primary care: maternal reports of problems with their children. *Journal Affect Disorder* 2004, 78(2), 93-100.

Widom CS, DuMont K, Czaja SJ. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry* 2007, 64, 49-56.

Wilkinson RB, Mulcahy R. Attachment and interpersonal relationships in postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2010, 28, 3, 252-265.

Wolff M, Ilzendoorn M. Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment, *Child Development* 1997, 68 (4), 571-591.

Zeck W, Radisic VB, Haas J, Greimel E. Impact of adolescent pregnancy on the future life of young mothers in terms of social, familial, and educational changes. *Journal of Adolescent Health* 2007, 41, 380-388.

Zeren C, Yengil E, Çelikel A, Arık A, Arslan M. Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı istismarı sıklığı. *Dicle Tıp Dergisi* 2012, 39 (4), 536-541.

Zeitlin D, Dhanjal T, Colmsee M. Maternal-Fetal bonding: the impact of domestic violence on the bonding process between a mother and a child, *Women's Mental Health* 1999, 2, 183-189.

Zoroğlu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kora ME, Alyanak ME. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001, 2(2), 69-78.

Z-Page A. Çocuk cinsel istismari: cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. *Türk Psikoloji Yazıları* 2004, 7 (13), 103-113.



EKLER

Ek 1. Anket Formu

Bu çalışma “Adölesan olan ve olmayan annelerde çocukluk çağı travmaları, depresyon ve maternal bağlanmayı incelemek” amacı ile planlanmıştır. İsmınızı belirtmenize gerek yoktur. **Bu araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları araştırmayı yürüten Şule KARADAĞ’a uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yolu ile veya telefonla sorabilirsiniz.**

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

Adnan Menderes Üniversitesi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Yüksek Lisans Öğrencisi

Şule KARADAĞ

0 505 922 70 09

sule_karadag@hotmail.com

ANNEYE AİT ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız? (belirtiniz)
2. Eğitim durumunuz nedir?
 - a) Okur - yazar
 - b) İlkokul
 - c) Ortaokul
 - d) Lise ve dengi okul
 - e) Fakülte / yüksek okul mezunu
 - e) Yüksek lisans ve üstü
3. Mesleğiniz nedir?
 - a) Ev Hanımı
 - b) Memur
 - c) İşçi
 - d) Serbest Meslek
 - e) Diğer (belirtiniz)
4. Eşiniz kaç yaşında ? (belirtiniz).....
5. Eşinizin eğitim durumu nedir ?
 - a) Okur - yazar
 - b) İlkokul
 - c) Ortaokul
 - d) Lise ve dengi okul
 - e) Fakülte / yüksek okul mezunu
 - e) Yüksek lisans ve üstü
6. Ailenizin aylık ortalama gelirini nasıl tanımlarsınız?
 - a) Gelir giderden az
 - b) Gelir gidere denk
 - c) Gelir giderden fazla
7. Evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
8. Kaç yıllık evlisiniz?.....
9. Bu güne kadar kaç kez gebe kaldınız ? (belirtiniz).....

10. Bu bebeğinize isteyerek mi gebe kaldınız?
a) İsteyerek gebe kaldım b) İstemedemden gebe kaldım
c) İlk önce istemedim daha sonra istedim.
11. Gebeliğiniz süresince düzenli olarak kontrollerinize gittiniz mi?
a) Hayır b) Evet
12. Son gebeliğiniz süresince herhangi bir problem yaşadınız mı?
a) Hayır b) Evet (belirtiniz).....
13. Son doğumunuzda herhangi bir problem yaşadınız mı?
a) Hayır b) Evet
14. Son doğum şekliniz nedir?
a) Sezaryen b) Normal doğum c) Epidural Sezaryen
d) Epidural Normal Doğum e) Müdahaleli Doğum
15. Bebeğiniz doğduktan ne kadar süre sonra kucağınıza aldınız? (belirtiniz)
16. Bebeğiniz doğduktan ne kadar süre sonra emzirdiniz (belirtiniz).....
17. Bebeğinize bakım verirken destek alıyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 19. soruya geçiniz)
a) Hayır b) Evet
18. Evet ise kimden destek alıyorsunuz ?
a)Eşim ve ben b) Ebeveyn (anneanne\babaanne) ve ben c) Diğer (belirtiniz).....
19. Genel olarak eşinizle ilişkilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?
a) Kötü b) Orta c) İyi
20. Bebeğiniz doğduktan sonra eşinizle ilişkilerinizde değişme oldu mu? (Cevabınız hayır ise 22. soruya geçiniz)
a) Hayır b) Evet
21. Evet ise eşinizle ilişkilerinizde ne yönde değişme oldu?
a) Olumsuz b) Olumlu

ANNENİN ÇOCUKLUK YAŞANTISI ÖZELLİKLERİ

22. Siz çocukluğunuzu kiminle birlikte geçirdiniz?
a) Anne ve babamla b) Annemle c) Babamla
d)Anneanne ve dede ile e) Diğer (belirtiniz)
23. Çocukluğunuzda her hangi bir nedenle ailenizden belirli bir süre için uzak kaldınız mı?
(Cevabınız hayır ise 25.soruya geçiniz)
a) Hayır b) Evet
24. Evet ise ne kadar bir süre için ayrı kaldınız? (belirtiniz)
25. Çocukluk döneminizde annenizle ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?
a) Kötü b) Orta c) İyi

Ek 2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (18 yaşından önce)başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

	HİÇ BİRZAMAN	NADİREN	KİMİ ZAMAN	SIK OLARAK	ÇOK SIK
1.Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.					
2.Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3.Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
4.Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6.Yırtık, sökkük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
7. Sevdiğimi hissediyordum.					
8.Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9.Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10.Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11.Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12.Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13.Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					
14.Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15.Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					

16.Çocukluğum mükemmeldi.					
17.Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
18.Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19.Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederdilerdi.					
20.Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
21.Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
22.Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23.Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24.Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25.Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.					
26.İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27.Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
28.Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					

Ek 3. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

2. Geleceğe hevesle bakıyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

3. Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

4. Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- Hayır, hiçbir zaman
- Çok seyrek
- Evet, bazen
- Evet, çoğu zaman

5. İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Hayır, çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- Hayır, her zaman ki gibi başa çıkabiliyorum

7. Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

8. Kendimi üzüntülü yada çökkün hissediyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok sık değil
- Hayır, hiçbir zaman

9. Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok seyrek

Hayır, asla

10. Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

Evet, oldukça sık

Bazen

Hemen hemen hiç

Asla



Ek 4. Maternal Bağlanma Ölçeği

Aşağıdaki yeni annenin durumu ile ilgili tecrübeleri, hisleri ve duygularını tanımlamaktadır. Lütfen her ifadeye tanımlanan duygu ve düşüncüyü ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

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

Ek 5. Çizelge 1. Araştırmanın Uygulama Planı Takvimi

ÇALIŞMA PLANI/TAKVİMİ:

ARAŞTIRMANIN UYGULAMA PLANI (Ekim 2014 - Temmuz 2016)

1-2-3. ay	Ekim-Kasım-Aralık	<ul style="list-style-type: none">• Kurum İzni Alınması• Literatür Taraması
4-5-6. ay	Ocak-Şubat-Mart	<ul style="list-style-type: none">• Literatür Taraması• Anket Formu- EDSÖ- MBÖ- ÇÇTÖ uygulanması
7-8-9. ay	Nisan-Mayıs-Haziran	<ul style="list-style-type: none">• Literatür Taraması• Anket Formu- EDSÖ- MBÖ- ÇÇTÖ uygulanması
10- 11-12. ay	Temmuz-Ağustos-Eylül	<ul style="list-style-type: none">• Literatür Taraması• Anket Formu- EDSÖ- MBÖ- ÇÇTÖ uygulanması
13-14. ay	Ekim-Kasım	<ul style="list-style-type: none">• Veri Girişi Yapılması• Literatür Taraması
15- 16. ay	Aralık-Ocak	<ul style="list-style-type: none">• Genel Bilgilerin Yazılması• Literatür Taraması
17- 18. ay	Şubat-Mart	<ul style="list-style-type: none">• Verilerin analizi• Bulguların yazılması• Danışman incelemesi
19-20. ay	Nisan-Mayıs	<ul style="list-style-type: none">• Verilerin analizi• Bulguların yazılması• Danışman incelemesi
21-22.ay	Haziran-Temmuz	<ul style="list-style-type: none">• Tez yazımı ve basımı, ilgili kurum-kuruluşlara sunulması
<p>ÇALIŞMA OLANAKLARI: Araştırmanın yürütülmesi sırasında ihtiyaç duyulan (literatür temini, soru formunun çoğaltılması kırtasiye, tez yazımı, basımı gibi) giderlerin karşılanması için Üniversitemiz Bilimsel Araştırma Projeler Biriminden ASYO-15002 proje kodu ile destek alınmıştır.</p>		
<p>ETİK KURUL KARARI: Araştırma için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2014/468 numaralı izni alınmıştır.</p>		

Ek 6. Etik Kurul Çizelgesi



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : 56989545/050.04-314
Konu : Çalışmanız hk.

28.11.2014
AYDIN

Sayın, Doç.Dr. Hülya ARSLANTAŞ
ADÜ ASYO/Hemşirelik Bölümü
Ruh Sağ. ve Hast. Hemş. AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.11.2014 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 14 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. Nefati KIYLIOĞLU
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR 14

Protokol No : 2014/468
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr. Hülya ARSLANTAŞ
ADÜ ASYO/Hemşirelik Bölümü
Ruh Sağ. ve Hast. Hemş. AD

ADÜ/Aydın Sağlık Yüksekokulu/ Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Hülya ARSLANTAŞ'ın "Adölesan olan ve olmayan annelerde çocukluk çağı travmaları, depresyon ve maternal bağlanma" başlıklı klinik araştırmasının 13.11.2014 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 21.11.2014 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta, yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (ADÜBAP başvurusu bütçe onayının (hizmet sözleşmesinin) dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 11.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/> e-posta: goetik@adu.edu.tr

Ek 7. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



SAYI : 63364346/804.01-
KONU : Tez Çalışma hk.

9967

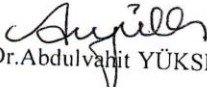
AYDIN
03.11.2014

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İLGİ: 22.10.2014 tarih ve 844 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda adı geçen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Şule KARADAĞ'ın "Adölesan Olan ve Olmayan Annelerde Çocukluk Çağı Travmaları, Depresyon ve Maternal Bağlanma" konulu tez çalışması ile ilgili Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı ile gerekli yazışma yapılmış olup, söz konusu çalışmasını ilgili bölümde yapmasının uygun olduğu 03.11.2014 tarih ve 546 sayılı yazısı ile bildirilmiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Prof. Dr. Abdulvahit YÜKSELEN
Başhekim V.

EKİ
1-Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı'nın
03.11.2014 tarih ve 546 sayılı yazısı (1 adet)

Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Adres : Merkez Kampus Girişi Aytepe Mevkii AYDIN 09010
Tel: 0 (256) 214 77 51
Web: <http://www.idari.adu.edu.tr/hastane/>

Faks : 0 (256) 213 60 64
E-mail: hastane@adu.edu.tr

Ek 8. Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği Kullanım İzni

12.06.2016

Outlook.com İletiyi Yazdır

[Yazdır](#)

[Kapat](#)

RE: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğini kullanma isteği

Kimden: **Dr.Vedat Sar** (vsar@istanbul.edu.tr)
Gönderme tarihi: 25 Eylül 2014 Perşembe 10:17:37
Kime: 'sule karadag' (sule_karadag@hotmail.com)
2 ek
CTQ-28-Turkce-2.0.pdf (200,3 KB) , CTQ-Turkcemakale.pdf (320,8 KB)

Tabii, çok kullanan var, ortaya çıkan bilgiler arttıkça bakalım ne gibi düşünceler gelişecek.

Ekteki makalede hafifçe düzeltilmiş son versiyonu ve bazı psikometrik özellikleri var. Biz bir çok çalışmamızda kullandık,

Zamanla ihtiyacınız olursa oralardan hangi popülasyonlarda ne gibi ortalamalar çıkmış bakarsınız.

Ölçeğin girişinde 20 yaş öncesindeki olaylar diyor ama bunu 18 yaş olarak düzeltmek daha iyi olabilir. Orijinalinde ilk gençlik gibi bir ifade kullanılıyorsa da Türkçede bu 35 yaşına kadar gidebileceği için

Başarılar,

Vedat Şar

Prof.Dr.Vedat Sar (www.vedatsar.com)

Private Practice, İstanbul

Consultant Psychiatrist, V.K.V. American Hospital, İstanbul

President, European Society for Traumatic Stress Studies (www.estss.org)

From: sule karadag [mailto:sule_karadag@hotmail.com]
Sent: Thursday, September 25, 2014 10:09 AM
To: vsar@istanbul.edu.tr
Subject: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğini kullanma isteği

Sayın Vedat Şar Hocam

Ben Adnan Menderes Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisan tezimi " Adölesan olan ve olmayan annelerde maternal bağlanma" olarak planlamaktayım. Eğer izniniz olursa geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğini" kullanmak istiyorum. Şimdiden teşekkür ediyorum. İyi çalışmalar

Bu elektronik posta ve beraberinde iletilen butun dosyalar sadece gondericisi tarafından alınmasi amaclanan

<https://dub125.mail.live.com/d/mail.mvc/PrintMessages?mkt=tr-tr>

1/2

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : ÇINAKLI, Şule
Uyruk : TC
Doğum yeri ve tarihi : Milas / 29.06.1987
Telefon : 0505 922 70 09
E-mail : sule_karadag@hotmail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Y. Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	2016
Lisans	Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	2010

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2010-2011	Özel Bodrum Hastanesi	Hemşire
2011-.....	Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi	Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi

AKADEMİK YAYINLAR

1.MAKALELER

Çınaklı S, Arslantaş H, Abacıgil F. Premenstrual Sendrom ve Temel Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişki: Cross-Sectional Analytic Study. 6thWord Nursing And Healthcare Congres, 15-17 Agust 2016, London, England (Sözel Bildiri).

2. PROJELER

3. BİLDİRİLER

A) Uluslararası Kongrelerde Yapılan Bildiriler

Karadağ Ş, Çalık H, Arslantaş H, Adana F. Hemşirelik bölümünde öğrenim gören 1. ve 4. sınıf öğrencilerin ruhsal hastalıklara bakış açılarının belirlenmesi. III. Uluslararası ve VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 1-3 Eylül 2014, Ankara (Poster).