



**ADÖLESAN GEBELERE VERİLEN PSİKOSOSYAL DESTEK
TABANLI PSİKOEĞİTİMİN ANKSİYETE, DEPRESYON VE
ALGILANAN SOSYAL DESTEĞE ETKİSİ**

Çiçek EDİZ

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK**

Doktora Tezi-2020

T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ADÖLESAN GEBELERE VERİLEN PSİKOSOSYAL DESTEK
TABANLI PSİKOEĞİTİMİN ANKSİYETE, DEPRESYON VE
ALGILANAN SOSYAL DESTEĞE ETKİSİ**

Çiçek EDİZ

Hemşirelik Anabilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliği Doktor Programı

Doktora Tezi

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK

MALATYA

2020

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Adölesan Gebelik.....	4
2.2. Dünyada ve Türkiye’de Adölesan Gebelikler	4
2.3. Adölesan Gebelik Döneminde Ortaya Çıkan Ruhsal Sorunlar.....	6
2.4. Adölesan Gebeliklerde Anksiyete	8
2.5. Adölesan Gebeliklerde Depresyon	9
2.6. Adölesan Gebeliklerde Algılanan Sosyal Destek	11
2.7. Psikososyal Destekli Psikoeğitim Uygulamaları.....	12
2.8. Adölesan Gebelikler ve Psikososyal Destekli Psikoeğitim Uygulamaları.....	13
2.9. Adölesan Gebeliklerde Anksiyete ve Depresyonu Azaltmada, Sosyal Desteği Arttırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	14
3. MATERYAL VE METOT	16
3.1. Araştırmanın Türü.....	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	16
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	16
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	17
3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	17
3.4. Veri Toplama Araçları	19
3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2).....	19
3.4.2. Beck Anksiyete Envanteri (BAE) (EK-3)	19
3.4.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) (EK-4)	19
3.4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu (ÇBASDÖ) (EK-5)	20
3.5. Verilerin Toplanması	21
3.6. Hemşirelik Girişimi	21

3.6.1. Girişim Materyali.....	24
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	25
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	27
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	28
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA	35
5.1. Anksiyete ile İlgili Bulguların Tartışılması	35
5.2. Depresyon ile İlgili Bulguların Tartışılması	37
5.3. Algılanan Sosyal Destek ile İlgili Bulguların Tartışılması	39
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	42
KAYNAKLAR	44
EKLER.....	55
EK-1. Özgeçmiş.....	55
EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	56
EK-3. Beck Anksiyete Envanteri.....	57
EK-4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ).....	58
EK-5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu (ÇBASDÖ).....	60
EK-6. Psikososyal Destek Tabanlı Psiko eğitim Kitapçığı	62
EK-7. Etik Kurul Onayı.....	63
EK-8. Kurum İzni	64
EK-9. Aydınlatılmış Onam Formu	65

TEŐEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tezimin t¼m aŐamalarında bilimsel ve manevi desteğini esirgemeyen, akademik kimliğini örnek aldığım, özellikle her daim empatik yaklaŐımıyla hayranlık duyduğum, kıymetli hocam Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK'a,

Çalışmanın planlanması, baŐlatılması ve devam ettirilmesi boyunca tecrübe, bilgi ve ön gör¼leri ile yardımcı ve destek olan değerli hocalarım Prof. Dr. Rukuye AYLAZ ve Doç. Dr. Tuba UÇAR'a

Lisansüst¼ eğitimim boyunca bilimsel ve manevi desteğini esirgemeyen, yoluma ıŐık tutan kıymetli hocam Prof. Dr. Nermin GÜRHANNA'a,

ÇalıŐmamın yürüt¼lmesinde iŐbirliđi ve desteklerinden dolayı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi BaŐhekimisi Doç. Dr. Sebahattin ÇELİK'e

Bu süreçte destek, anlayıŐ ve katkılarından dolayı yanımda olduklarımı her daim hissettiğim sevgili arkadaşlarım Dr. Öğr. Üyesi Faruk MİKE'ye, ArŐ. Gör. Nurdilan ŐENER'e ve Hem. Bahar ÇEKİL'e

ÇalıŐmama katılmayı kabul eden t¼m kadınlara ve tabiki yaŐamım boyunca bana hep güvenen, inan, her zaman yanımda olan sevgili aileme,

Sonsuz teŐekk¼rlerimi sunarım...

Çiçek EDİZ

ÖZET

Adölesan Gebelere Verilen Psikososyal Destek Tabanlı Psikoeğitimin Anksiyete, Depresyon ve Algılanan Sosyal Desteğe Etkis

Amaç: Bu araştırma adölesan gebelere verilen psikososyal destek tabanlı psikoeğitimin anksiyete, depresyon ve algılanan sosyal desteğe etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak Ocak 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Hastalıkları Polikliniğinde yürütülmüştür. Araştırma, basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak yaşları 15-19 olan toplam 105 gebe (deney grubu s= 50, kontrol grubu s=55) ile tamamlanmıştır. Veriler “Tanıtıcı Özellikler Formu”, “BAE”, “EDSDÖ” ve “ÇBASDÖ” kullanılarak toplanmıştır. Deney grubundaki adölesan gebelere araştırmacı tarafından 8 oturumdan oluşan psikososyal destek tabanlı psikoeğitim verilmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Verilerin analizinde; sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma, ki kare, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi uygulanmıştır.

Bulgular: Deney grubundaki adölesan gebelerin anksiyete ve depresyon düzeylerinde eğitim sonrası puan ortalamalarında kontrol grubuna göre azalma, algılanan sosyal destek düzeyinde ise artma gösterdiği ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Grup içi karşılaştırmada; deney grubu anksiyete, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyi ön test ve son test puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubu grup içi karşılaştırmasında ise anksiyete, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeylerindeki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Sonuç: Psikososyal destek tabanlı psikoeğitimin adölesan gebelerin anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltmada, algılanan sosyal destek düzeylerini arttırmada etkili olduğu belirlenmiştir. Psikiyatri hemşirelerinin adölesan gebeler için psikososyal müdahaleleri planlama ve uygulamada aktif rol alarak, kültüre özgü müdahaleler geliştirmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan gebelik, algılanan sosyal destek, anksiyete, depresyon, psikiyatri hemşireliği, psikoeğitim, psikososyal destek.

ABSTRACT

The Effect of BPS Psychoeducation Given to Pregnant Adolescents on Anxiety, Depression and Perceived Social Support

Objective: This study was conducted to determine the effect of PSDT psychoeducation given to pregnant adolescents on anxiety, depression and perceived social support.

Material and Method: This study was conducted as an experimental study with a randomized control group between January 2020 and December 2020 in the Outpatient Polyclinics of Gynaecology and Obstetrics at Van Training and Research Hospital of Health Sciences University in Turkey. The study was completed with a total of 105 pregnant women between the age of 15-19 (experimental group n=50, control group n=55) using a simple random sampling method. The data were collected by using the Introductory Features Form, the BAI, the EPDS and the MSPSS. Eight sessions of BPS psychoeducation were given to the pregnant adolescents in the experimental group. No intervention was applied to the control group. t-tests were applied to number, percentage, mean, standard deviation, chi square and dependent and independent groups in the analysis of data.

Results: Results showed that mean scores for anxiety and depression in the adolescents in the experimental group decreased after education compared to the control group, whereas the perceived social support level increased. Thus, it was determined that the difference between groups was statistically significant ($p < 0.05$). In the within-group comparison, mean scores on anxiety, depression and perceived social support differed significantly pre-test and post-test ($p < 0.05$) for the experimental group. The within-group comparison for the control group showed no significant difference in levels of anxiety, depression and perceived social support ($p > 0.05$).

Conclusion: This study indicates that BPS psychoeducation is effective in reducing anxiety and depression in pregnant adolescents and increases their perceived social support levels. It might be suggested that the psychiatric nurses should take an active role in planning and implementing psychosocial interventions for adolescent pregnant women in order to develop culture-specific practices.

Keywords: Adolescent pregnancy, perceived social support, anxiety, depression, psychiatric nursing, psychoeducation, psychosocial support.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
PSDT	: Psikososyal Destek Tabanlı
BEA	: Beck Anksiyete Envanteri
EDSDÖ	: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
BPS	: Based on Psychosocial Support
BAI	: Beck Anxiety Inventory
EPDS	: Edinburgh Postpartum Depression Scale
MSPSS	: Multidimensional Scale of Perceived Social Support

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 3.1. Konsort Şeması.....	18
Şekil 3.2. Deney Grubunun Eğitim Uygulama Planı.....	21



TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. ÇBASDÖ ve Alt Boyutları	20
Tablo 3.2. PSDT Psikoeğitim Uygulama Planı.....	24
Tablo 3.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması	26
Tablo 3.4. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	27
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Adölesan Gebelerin Ön Test BAE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Adölesan Gebelerin Son Test BAE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Adölesan Gebelerin Ön Test EDSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	30
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Adölesan Gebelerin Son Test EDSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	30
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Adölesan Gebelerin Ön Test ÇBASDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Adölesan Gebelerin Son Test ÇBASDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Adölesan Gebelerin Ön Test ve Son Test BAE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.8. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Adölesan Gebelerin Ön Test ve Son Test EDSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.9. Deney ve Kontrol Gruplarındaki Adölesan Gebelerin Ön Test ve Son Test ÇBASDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33

1. GİRİŞ

Adölesan gebelikler, düşük ve orta gelirli ülkelerde anne ölümleri ve olumsuz bebek sonuçları gibi birçok kötü sağlık sonuçları ile önemli bir halk sağlığı sorunudur (1, 2). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre yaşları 15 ile 19 arasında olan yaklaşık 21 milyon kız çocuğu ile 15 yaşından küçük 2 milyon kız çocuğunun her yıl, gelişmekte olan ülkelerde gebe kaldığı bilinmektedir (2, 3). Dünya çapında gerçekleşen tüm doğumların %11'ini 15-19 yaş aralığında olan doğumlar oluşturmaktadır (3-5). Türkiye'de ise kültürel yapı, toplumsal normlar ve birtakım gelenekler nedeniyle küçük yaş evlilikler ve bunun sonucunda meydana gelen adölesan gebelikler bazı bölgelerde yaygın bir şekilde görülmeye devam etmektedir (6). Çocuk sahibi olmaya başlayan adölesanların sayısı 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, 2013 TNSA'dan bu yana geçen süre içinde %5'ten %4'e gerilemiştir (7).

Adölesan gebelik erken doğum, prematüre doğum, sefalopelvik uyumsuzluk, fetal distres, kanama, preeklampsi, idrar yolları enfeksiyonu, fetal anomali, prezentasyon anomalisi gibi birçok fiziksel soruna yol açmaktadır (8, 9). Adölesan gebelikler bu fiziksel sorunların yanı sıra anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı ve travma sonrası stres bozukluğu gibi birçok ruhsal sağlık sorununu da beraberinde getirmektedir (10). Gebelik dönemi biyolojik, fiziksel görünüm ve psikolojik rahatsızlıklar gibi çeşitli değişikliklerle ilişkili olup, bu tür değişikliklerin adölesanların davranış, tutum ve karar verme süreçlerini etkileyen özel bir etkisi olduğu bilinmektedir (11). Gebelerin sosyal desteklerinin yetersiz olması anksiyetenin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (12). Anda ve ark. adölesan gebelerde anksiyete düzeyini %35 olarak belirlemiştir (13). Davis ve ark. adölesan gebelerde stres, anksiyete ve depresyonun yüksek derecede birbiriyle ilişkili olduğuna işaret etmiştir (14). Bazı araştırmalardaki sonuçlar, erken gebelikte anksiyete belirtileri olan kadınlar arasında, prenatal depresyon görülme sıklığının da daha yaygın bir şekilde ortaya çıktığını göstermiştir (15-17).

Adölesan annelerin hem doğum öncesi hem de doğum sonrası yetişkin annelere ve gebe olmayan akranlarına göre önemli ölçüde daha yüksek depresyon oranları yaşadıkları belirtilmiştir (10). Adölesan anneler arasında, depresyon düzeylerinin %16 ile %44 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Buna karşılık, gebe olmayan adölesanlar arasında majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %5 ile %20 arasında olup, yetişkin

gebe kadınlar arasında ise yaşam boyu depresyon riski tahminleri de %6 ile %17 arasında değişmektedir. (10, 18). Osok ve ark. adölesan gebelerle yaptıkları araştırmada, adölesan gebelerin %32.5'inin klinik olarak depresyon belirtileri bildirdiği ve örneklemin %15.9'unun da şiddetli depresif özellikler taşıdığı bildirilmiştir (19). Perinatal depresyon için psikososyal risk faktörlerini değerlendiren birçok çalışmanın sonucunda, hem gebelik hem doğum sonrası dönemlerde sosyal destek eksikliğinin, sıklıkla perinatal depresyona neden olduğu gösterilmiştir (19-22).

Sosyal destek, yaşam stresinin kadının gebelik sırasındaki duygusal refahı üzerindeki etkilerini tamponlayarak koruyucu bir rol oynama potansiyeline sahiptir (23). Gebelerin psikolojik durumu ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda gebenin sosyal destek algısı yükseldikçe anksiyete, depresyon ve stres faktörlerinin azaldığı ortaya konmuştur (12, 21, 24).

Adölesan gebeyi psikososyal risk faktörlerine karşı güçlendirmek, anksiyete, depresyon ve diğer birçok ruhsal bozuklukların gelişme riskini en aza indirmek için psikososyal destekli erken ve etkili müdahalelerin geliştirilerek anne ve bebek için daha iyi biyopsikososyal sonuçlar sağladığı düşünülmektedir (25). Psikososyal tedavi müdahaleleri, adölesan gebelerde gebelik ve doğum sonrası dönemde depresif belirtiler için başarılı tedavilerdir. Stirtzinger ve ark. adölesanlarla yapmış olduğu bir çalışmada psikoeğitimin depresyon belirtilerini azalttığı belirlenmiştir (26).

Bu araştırma için yapılan literatür taramasında, ülkemizde adölesan gebelik oranlarının özellikle bazı bölgelerde hala yüksek olduğu ve bu gebeliklerin erken yaşlarda evlenme, sosyoekonomik durum ve eğitim seviyesinin düşük olması ile ilişkili olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, Türkiye'de adölesan gebeliklerin oranlarına, nedenlerine ve obstetrik sonuçlarına yönelik birçok çalışma olmasına karşın adölesan gebelerin ruhsal sorunlarına yönelik kısıtlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (6, 27). Adölesan gebelerin ruh sağlığını etkileyen sorunların bilinmesi ve tedavi planlarının geliştirilmesi psikiyatri hemşireliğinin görevleri arasındadır (21).

Bu doğrultuda adölesan gebelerin ruh sağlığını geliştirmek ya da var olan sorunlarla ilgili olumlu yönde davranış değişikliği kazandırmak için uygulanacak olan psikososyal destek tabanlı (PSDT) psikoeğitim uygulamasının psikiyatri hemşireliği literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Araştırma adölesan gebelere verilen PSDT psikoeğitimin anksiyete, depresyon ve algılanan sosyal desteğe etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

H_{0a}: Adölesan gebelere verilen PSDT Psikoeğitim anksiyete düzeyini etkilemez.

H_{0b}: Adölesan gebelere verilen PSDT Psikoeğitim depresyon düzeyini etkilemez.

H_{0c}: Adölesan gebelere verilen PSDT Psikoeğitim algılanan sosyal destek düzeyini etkilemez.

H_{1a}: Adölesan gebelere verilen PSDT Psikoeğitim anksiyete düzeyini etkiler.

H_{1b}: Adölesan gebelere verilen PSDT Psikoeğitim depresyon düzeyini etkiler.

H_{1c}: Adölesan gebelere verilen PSDT Psikoeğitim algılanan sosyal destek düzeyini etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Gebelik

Adölesan dönemi; nörobiyolojik gelişim, hormonal değişiklikler, fiziksel değişiklikler ve psikolojik değişiklikleri barındıran biyolojik ve psikososyal geçişlerle damgalanan gelişimsel bir aşamadır (28). Çocukluktan yetişkinliğe geçiş ile karakterize edilen bu gelişimsel aşama, DSÖ tarafından, 10-19 yaşlar arası dönem olarak kabul edilmektedir. Adölesan yaş grubu, dünya nüfusunun %20'sini oluşturmakta ve bunun %85'i gelişmekte olan ülkelerde bulunmaktadır (27). Adölesan gebelikler, bu konuda yapılan farklı tanımlamalar bulunmasına rağmen, genellikle 10-19 yaş arasındaki gebelikler olarak tanımlanmaktadır (29).

Adölesan gebeler, gebelik ve doğum sırasında gelişen tıbbi komplikasyonlar, tekrarlanan gebelikler, ruhsal bozukluklar, psikososyal sorunlar, daha zor ebeveynlik becerileri ve çocuklarında meydana gelen bilişsel ve davranışsal bozukluklar açısından yüksek risk altında olan bir gruptur (30). Adölesan gebelikler küresel olarak acil bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte genellikle yoksulluk ve cehalet gibi sağlığın sosyal belirleyicileriyle ilişkili olan düşük ve orta gelirli ülkelerde daha yaygındır (31, 32).

Adölesan gebelikler son yıllarda yaygın olarak tartışılan bir konu olmakla birlikte, bu durum geçmişte tahmin edilen senaryonun beklenen bir sonucu olarak kabul edilir (33). Bugünlerde Türkiye de dahil olmak üzere birçok ülke, özellikle anne ve bebek için sayısız olumsuz sonuçla ilişkisinden dolayı, üzerinde durulması gereken bir halk sağlığı sorunu olarak görmektedir (33, 34).

2.2. Dünyada ve Türkiye'de Adölesan Gebelikler

Adölesan gebelikler, anne ölümleri ve olumsuz bebek sonuçları gibi birçok kötü sağlık sonuçları ile düşük ve orta gelirli ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur (1, 2). DSÖ'nün verilerine göre yaşları 15 ila 19 arasında olan yaklaşık 21 milyon kız çocuğu ile 15 yaşından küçük 2 milyon kız çocuğunun her yıl, gelişmekte olan ülkelerde gebe kaldığı bilinmektedir (3). Yaşları 15-19 arasında yaklaşık 12 milyon kız çocuğu ve 15 yaş altı en az 777.000 kız çocuğu gelişmekte olan ülkelerde her yıl doğum yapmaktadır (3, 4). Dünya çapında gerçekleşen tüm doğumların %11'ini 15-19 yaşları arasında olan doğumlar oluşturmaktadır (5).

Gelişmekte olan ülkelerde 15-19 yaşları arasındaki kız çocuklarında her yıl istenmeyen en az 10 milyon gebelik meydana gelmekte ve bunun sonucunda yaklaşık 5.6 milyon küretajın 3.9 milyonu son derece güvensiz olup, bu durum anne ölümleri, morbidite ve kalıcı sağlık sorunlarının oluşmasına neden olmaktadır (3). Adölesan gebeliklerde gebelik ve doğum sırasında meydana gelen komplikasyonlar, dünya çapında 15-19 yaşları arasındaki kız çocuklarında önde gelen ölüm nedeni olarak bilinmektedir (35).

Küresel olarak adölesan dönemdeki kadınlarda genel doğurganlık hızı son 20 yılda %11.6 azalmış olsa bile, bölgeler arasında oranlar bakımından büyük farklılıklar vardır. Örneğin Doğu Asya'da adölesan doğurganlık hızı 7.1 iken, Orta Afrika'da bu oran 129.5'tir (36).

Türkiye'de ise kültürel yapı, toplumsal normalar ve birtakım gelenekler nedeniyle küçük yaş evlilikler ve bunun sonucunda meydana gelen adölesan gebelikler bazı bölgelerde yaygın bir şekilde görülmeye devam etse bile, TNSA (2018) verilerinde yaşa göre canlı doğan çocukların dağılımı, Türkiye'de genel olarak erken yaşta çocuk doğurmanın önemli derecede düştüğünü göstermektedir (6, 7). 15-19 yaş grubundaki tüm kadınların yaklaşık %97'si hiç doğum yapmamıştır. Fakat bölgeler arasında oranlar bakımından önemli farklılıklar olup, adölesan dönemde çocuk sahibi olmaya başlayan kadınların özellikle bazı bölgelerde hala yaygın bir şekilde devam ettiğini görmekteyiz. Örneğin adölesan dönemde çocuk sahibi olmaya başlayanların oranı Batı'da %2 iken, bu oran Güney'de %7'dir (7, 36).

TNSA (2018) verilerine göre adölesan dönemde olan kadınların yaklaşık %4'ü çocuk doğurmaya başlamıştır: %3'nün 1 canlı doğumu vardır, %1'i ise araştırma tarihinde ilk çocuğuna gebedir. 15-19 yaş grubundaki kadınların %1'i 15 yaşından önce evlenmiş ve %0,2'si 15 yaşından önce 1 çocuk doğurmuştur (7).

Çocuk sahibi olmaya başlayan adölesanların sayısı 2013 TNSA'dan bu yana geçen süre içinde %5'ten %4'e gerilemiştir. Çocuk yapmaya 17 yaşından önce nadir rastlanmaktadır, ancak 19 yaşındaki kadınların %10'u anne olmuştur veya ilk çocuğuna gebedir. İlkokulu bitirmiş kadınların %20'si adölesan dönemde çocuk sahibi olmaya başlarken, bu oran lise ve üzeri eğitim alan kadınlar arasında %1 düzeyindedir. Bu rakamlar Türkiye'de adölesan gebeliğinin azalmakta olduğunu düşündürse de çocuk sahibi adölesanlar önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Çünkü adölesan

annelerin adölesan olmayan annelere göre olumsuz gebelik sonuçlarına veya annelikle ilişkili ölümlülüğe maruz kalmaları daha yaygındır. Ayrıca, erken yaşta çocuk sahibi olmak adölesanların eğitim ve iş imkanlarına erişimlerini de kısıtlamaktadır (6, 7).

Refah düzeyine göre bakıldığında, en düşük refah seviyesine sahip hanelerde yaşayan adölesanların %9'nun, en yüksek refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan adölesanların ise %1'inden azının çocuk sahibi olmaya başladığı görülmektedir (7).

TNSA (2018) verilerinde Türkiye'de yaşayan Suriyeli göçmen kadınlarda ise adölesan dönemdeki gebeliklerin çok yaygın olduğu görülmektedir. 15-19 yaş grubundaki Suriyeli göçmen kadınların yaklaşık %39'u çocuk doğurmaya başlamıştır. Bunların %31'inin 1 canlı doğumu vardır, %9'u ise araştırma tarihinde ilk çocuğuna gebedir. 15-19 yaş grubundaki kadınların %13'ü 15 yaşından önce evlenmiş ve %2'si 15 yaşından önce 1 çocuk doğurmuştur. 15-17 yaş aralığındaki Suriyeli göçmen kadınların beşte biri ya annedir ya da ilk çocuğuna hamiledir. 18 yaşındaki kadınların yarısından fazlası ve 19 yaşındaki kadınların üçte ikisi çocuk doğurmaya başlamıştır. Eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirmemiş kadınların %35'i adölesan dönemde çocuk sahibi olmaya başlarken, bu oran lise ve üzeri eğitim alan kadınlar arasında %11 düzeyindedir (7).

Adölesan gebelikleri yüksek, orta ve düşük gelirli ülkelerde meydana gelen küresel bir sorun olmakla birlikte, tüm dünyada adölesan dönemdeki gebeliklerin, genellikle yoksulluk, eğitim ve istihdam fırsatlarının yetersizliğinden kaynaklanan marjinal toplumlarda ortaya çıkma olasılığının daha yüksek olduğu görülmektedir (37).

Adölesan gebeliklerine ve doğumlarına çeşitli faktörler katkıda bulunur. Birçok toplumda, kızlar erken evlenme ve çocuk sahibi olma baskısı altındadır (38-40). En az gelişmiş ülkelerde, kızların en az %39'u 18 yaşından önce ve %12'si 15 yaşından önce evlenmektedir (41). Pek çok yerde kızlar, eğitim ve istihdam beklentilerinin sınırlı olması nedeniyle gebe kalmayı tercih etmektedir. Genellikle, bu tür toplumlarda annelik değerli olarak görülür ve evlilik ya da çocuk doğurmak mevcut sınırlı seçeneklerin en iyisi olarak düşünülmektedir (39).

2.3. Adölesan Gebelik Döneminde Ortaya Çıkan Ruhsal Sorunlar

Adölesan gebelerin ruh sağlığını hem gebelik hem doğum sonrası dönemde inceleyen ve çoğunlukla depresif belirtilere odaklanan, çok sayıda literatür vardır (20, 22, 25). Bulgular, gebe ve doğum sonrası adölesanlarda depresif semptom oranlarının,

gebe olmayan adölesanlarla karşılaştırılabilir, ancak yetişkin gebe örneklerinde bildirilenlerden çok daha yüksek olduğunu göstermektedir. Artan madde kullanımı, zayıf sosyal destek, ebeveynlik bozukluğu, doğum komplikasyonları gibi bilinen perinatal depresyon riskleri göz önüne alındığında, bu durum ciddi bir endişe kaynağı oluşturmaktadır (42, 43).

Adölesan gebelerin, yoksul ve sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı olan topluluklarda ve ailelerde ikamet etmesi daha olası olup, bu durum anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı ve travma sonrası stres bozukluğu gibi birçok ruhsal sağlık sorununu da beraberinde getirmektedir (10).

Mitsuhiro ve ark. Brezilya'daki adölesan gebelerin (yaş 11-19) ruhsal bozukluklarını tespit etmek amacıyla gerçekleştirdikleri yapılandırılmış bir klinik görüşmede, adölesan gebelerin %32.5'inin ruhsal bozukluk kriterlerini karşılayan semptomları onayladıklarını bildirmişlerdir. Bildirilen bazı ruhsal bozukluk oranları şöyledir (44):

- Madde kullanım bozuklukları: %13.7
- Psikotik bozukluklar: %3.5
- Majör depresif bozukluk: %12.9
- Bipolar bozukluk: %0.8
- Anksiyete bozuklukları: %15.7
- Yeme bozuklukları: %0.3 (44).

Öte yandan Andersson ve ark. İsveç'te yetişkin gebelerle gerçekleştirdikleri bir araştırmada ise yetişkin gebelerin sadece %14.1'inin ruhsal bozukluk kriterlerini taşıdıklarını bulmuşlardır (45). Bu nedenle, adölesan gebelerdeki ruhsal bozuklukların yaygınlığı (%32.5) yetişkin gebelerle (%14.1) karşılaştırıldığında son derece endişe vericidir (44, 45).

Freitas ve ark. gebe ve gebe olmayan adölesanların intihar davranışını incelediği araştırmada, gebe adölesanların %20'sinin gebelikten önce en az bir kez intihar girişiminde bulunduğunu, gebe olmayan adölesanların ise sadece %6.3'nün intihar girişiminde bulduklarını bildirmişlerdir (46). Yine yetişkin gebelerle aynı takip hizmeti sunulan adölesan gebelerin obstetric ve psikiyatrik sorunlarının karşılaştırıldığı başka bir araştırmada; postravmatik stres bozukluğu ve genel anksiyete bozukluğunun

adölesan gebe grubunda anlamlı derecede daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (47). Adölesan gebelerde gebeliğin her üç ayında prenatal anksiyete ve depresyon prevalansının uluslararası çalışmalarda sırasıyla %18.2–24.6 ve %7.4–12.8 olduğu tahmin edilmiştir (48, 49). Doğum öncesi stres prevalansının çeşitli çalışmalarda %12-84 olduğu bildirilmiş ve ilişkili faktörler arasında sosyal destek eksikliği, aile içi şiddet, uyuşturucu kullanımı ve panik bozukluğu bulunmuştur (50-52).

Adölesan annelerin çocuklarında da yetişkin annelerin çocuklarına göre daha fazla psikopatoloji, daha düşük okul performansı, daha zayıf okuma yeteneği, daha yüksek suç etkinliği ve daha sık tütün kullanımı ile daha sık alkol tüketimi davranışı bulunmuştur (53).

Sonuç olarak adölesan gebeliklerle ilgili hem gebelik döneminde hem doğum sonrası erken dönemlerde ruh sağlığı bakımından geniş bir literatür olup özellikle depresyon belirtileri geniş çapta incelenmiştir (48, 49). Perinatal dönemdeki adölesan gebeler toplumda yetersiz hizmet alan ve sıklıkla ötekileştirilmiş bir nüfus grubunda olmaları bakımından ruhsal hastalıklara karşı savunmasız olanların belirlenmesi ve adölesan anneler için erken ve etkili müdahalelerin geliştirilmesi, anne ve bebek için daha iyi biyopsikososyal sonuçlara doğru atılan önemli adımlar olacaktır (25, 48-53).

2.4. Adölesan Gebeliklerde Anksiyete

Anksiyete, tüm kişilerin hayatları boyunca deneyimleyebilecekleri, hayatı tehdit eden veya tehdit olarak algılanan, genellikle fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, nedeni bilinmeyen bir sıkıntı, endişe, korku ve gerginlik halidir. Anksiyete, genellikle bazı stres verici yaşam olayları karşısında ortaya çıkar (54). Gebelik dönemi de bu olaylardan biri olup hemen hemen tüm kadınlar, bu süre zarfında stres, anksiyete ve depresyonun en yaygın ve genellikle buna eşlik eden farklı neden ve derecelerde zihinsel bozukluklardan muzdarip olurlar (17, 55).

Gebelik, biyolojik değişikliklerden fiziksel görünüm ve psikolojik rahatsızlıklara kadar değişen çeşitli değişikliklerle ilişkili olup, bu tür değişikliklerin adölesanlar üzerinde, davranışları, tutumları ve karar verme süreçlerini etkileyen özel bir etkisi vardır. Adölesanlar genellikle annelik ile birlikte gelen psikolojik, sosyal ve ekonomik sorumlulukları üstlenmeye hazır değildir. Ek olarak, konjuge ilişkilerin dengesizliği, ailenin hamileliğe verdiği tepki ile daha da şiddetlenen duygusal bozuklukların başlamasına katkıda bulunabilir (11). Sosyal desteğinin olmaması, gebelik sırasında bir

takım psikiyatrik bozuklukların, özellikle de üreme çağındaki kadınlarda en sık görülen psikiyatrik rahatsızlık olan anksiyete bozukluğuna neden olmaktadır (12). Anda ve ark. (1992), adölesan gebelerde anksiyete oranını %35 olarak belirlemiştir (13).

Aslında, birçok çalışma stres, anksiyete ve depresyonun yüksek derecede birbiriyle ilişkili olduğuna işaret etmiştir (14). Bazı araştırmalardaki sonuçlar, erken gebelikte anksiyete belirtileri olan kadınlar arasında, prenatal depresyon görülme sıklığının da daha yaygın olduğunu göstermiştir (15-17). Ayrıca prenatal anksiyetenin sıklıkla doğum sonrası depresyonu da öngördüğü göz önüne alındığında, anksiyete semptomlarının zamanlamasını ve gelişimsel kalıplarını belirlemek önemlidir ve gebelikte değerlendirilen anksiyetenin doğum sonrası dönemde değerlendirilen belirtilere göre anne-bebek etkileşimi kalitesindeki eksikliklerle daha yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir (56).

Gebelik sırasında anksiyete semptomlarının yaygın olmasına rağmen, şu ana kadar çok az çalışma adölesan gebelerde psikososyal destek ile ilişkilerini araştırmıştır. Literatür, özellikle adölesanlara değil, daha çok yetişkin gebe kadınlarda anksiyete semptomatolojisi, anksiyete özellikleri ve sosyal destek arasındaki ilişkileri göstermektedir (11, 57, 58).

Psikososyal destek rolünün farklı yaşam evrelerinde olduğu gibi, gebelik sırasında da psikososyal ve fizyolojik değişikliklerin varlığında ortaya çıkan anksiyeteyi en aza indirmek için önemli olduğu bilinmektedir (59).

2.5. Adölesan Gebeliklerde Depresyon

Depresyon; yorgunluk, değersizlik duyguları, tekrarlayan ölüm düşünceleri gibi diğer semptomlarla birlikte depresif bir ruh hali ve / veya aktivitelere ilgi kaybı olarak tanımlanıp, gebelik döneminde kadınları etkileyen en yaygın ruh sağlığı bozukluklarından biridir (60-62)

Gebelik ve doğum sonrası dönem birçok psikososyal ve fizyolojik değişiklikleri içermesi bakımından anneler genellikle, depresyon semptomlarını, bir kadının ebeveynliğe geçişine ilişkin beklenen değişikliklerden ayırt edemeyebilir (63). Yaygın olarak maternal depresyon olarak da adlandırılan perinatal depresyon, gebelik ve doğum sonrası dönemdeki depresyon belirtileri olarak tanımlanmaktadır (63, 64). Perinatal depresyon tanısı, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı* ile güncellenmiştir (5.baskı; DSM-5). Perinatal depresyon DSM-5'te ayrı bir tanı

değildir. Bunun yerine, hastaların, semptomların geliştiği süreyi içeren “peripartum başlangıcı” belirteci ile majör depresyona sahip oldukları tespit edilir. “Peripartum başlangıcı” olarak tanımlanan belirteç, depresyonun gebelik sırasında veya doğumdan sonraki bir ay içinde gerçekleşmesini gerektirir. Depresyon tanısı için depresif duygudurum, zevk veya ilgi kaybına ek olarak: kilo alımı/kaybı, uyku bozukluğu, yorgunluk veya düşük enerji, psikomotor gerilik veya ajitasyon, konsantrasyon güçlüğü, düşük benlik saygısı veya suçluluk ve ölüm veya intihar düşünceleri gibi depresif belirtilerin en az beşi, her gün, iki haftalık bir süre boyunca mevcut olmalıdır (60).

Adölesan gebeliğin yaygın olarak görüldüğü düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan kadınlar, olumsuz yaşam koşulları, yoksulluk ve aile yapısı, düşük eğitim seviyesi, yüksek HIV/AIDS teşhisi oranları, damgalanma ve sosyal destek eksikliğini içerdiğinden depresyon için birçok risk faktörüne maruz kalmaktadır (19).

Yetişkin gebelerle karşılaştırıldığında, adölesan gebelerin depresyon gelişimi için çok daha yüksek risk altında olduğu birçok araştırma tarafından gösterilse de adölesan gebeler arasındaki depresyonu az sayıda çalışma incelemiştir (65, 66). Adölesan annelerin hem doğum öncesi hem doğum sonrası dönemde yetişkin annelere ve gebe olmayan akranlarına göre önemli ölçüde daha yüksek depresyon oranları yaşadıkları belirtilmiştir. Adölesan anneler arasında, depresyon oranları %16 ile %44 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Buna karşılık, gebe olmayan adölesanlar arasında majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %5 ile %20 arasında olup, yetişkin gebe kadınlar arasında ise yaşam boyu depresyon riski tahminleri de %6 ile %17 arasında değişmektedir (10, 18). Osok ve ark. adölesan gebelerle yaptıkları çalışmada adölesan gebelerin %32.5'inin klinik olarak depresyon belirtileri bildirdiği ve örneklemin %15.9'unun da şiddetli depresif özellikleri taşıdığı bildirilmiştir (19).

Ayrıca depresyonun sadece anneler için değil aynı zamanda çocukları için de önemli etkileri vardır. Yapılan araştırmalar bir annenin depresyonunun ebeveynliğinin kalitesi, karakteri ve çocuklarındaki davranış sorunları ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Depresyon geçirmeyen adölesan annelerle karşılaştırıldığında, depresif adölesan annelerin algılanan anne yetkinliklerinin daha düşük olduğu, çocuk yetiştirmeye yönelik daha cezalandırıcı görüşlere sahip oldukları, daha az olumlu beslenme etkileşimlerine sahip oldukları ve çocuklarıyla daha fazla duygusal odaklı başa çıkma stilleri kullandıkları bildirilmiştir (67, 68).

Perinatal depresyon için psikososyal risk faktörlerini değerlendiren birçok çalışmanın sonucunda hem gebelik hem de doğum sonrası dönemlerde sosyal destek eksikliği, önceki depresyon öyküsü, algılanan stres, fiziksel ve cinsel şiddet gibi risk faktörlerinin sıklıkla perinatal depresyona neden olduğu gösterilmiştir. Diğer risk faktörleri arasında adölesanın gebelik algısı, yüksek aile eleştirisi, madde kullanımı, ebeveyn stresi, benlik saygısı, öz-yeterlik, sosyal izolasyon ve toplum şiddeti sayılabilir (20). Adölesan gebeyi bu psikososyal risk faktörlerine karşı güçlendirmek ve depresyon gelişme riskini en aza indirmek için psikososyal destekli erken ve etkili müdahalelerin geliştirilerek anne ve bebek için daha iyi biyopsikososyal sonuçlar sağlayacağı düşünülmektedir (25).

2.6. Adölesan Gebeliklerde Algılanan Sosyal Destek

Sosyal destek, genel olarak bir kişiden (verici) başka bir kişiye (alıcıya) verilen ve alıcıda hemen veya daha sonra olumlu bir duygu oluşmasını sağlayan gönüllü bir eylemdir (69). Sosyal destek kaynaklarını, bireyin ailesi, arkadaşları, komşuları veya öğretmenleri oluşturabilir. Sosyal destek sistemleri, finansal, duygusal ve bilişsel yardım şeklinde her türlü gönüllü kişilerarası ilişki yoluyla verilebilir.

Finansal destek, ev işlerinde para, yiyecek ve yardım sağlamayı içerir.

Duygusal destek, bireylerin sevgi, dikkat, güven ve bir gruba ait olma duygusu gibi temel sosyal ihtiyaçlarını kabul etmeyi ve karşılamayı içerir.

Bilişsel destek, kişinin kişisel ve çevresel sorunlarla başa çıkmak ve sorunlarını çözmelerine yardımcı olmak için bilgi ve destek sağlamayı ifade eder (70).

Sosyal destek, yaşam stresinin kadının gebelik sırasındaki duygusal refahı üzerindeki etkilerini tamponlayarak koruyucu bir rol oynama potansiyeline sahiptir. Araştırmalar, sosyal desteğin gebelik sırasında kaynak, destek ve güç sağlayarak tamponlayıcı bir rol oynadığını göstermiştir (23).

Sosyal destek, depresyon ve ruh sağlığı sorunlarının azaltılmasında bilinen bir koruyucu mekanizmadır (71, 72). Birçok araştırma sosyal desteğin gebelik sırasında depresyon riskini azaltabildiğini göstermiştir ki bu da sağlık ve gebelik sonuçlarının olumlu çıkmasını sağlamaktadır. Gebelik sırasında alınan sosyal destek düzeyi, adölesan anneler (15-19 yaş) ve yetişkin anneler (20+ yaş) için farklıdır. Adölesan anneler, başkalarıyla ilişki kurma ve sürdürme konusunda daha zayıf yetenekleri olduğu

için yetişkin annelere göre daha az sosyal destek aldıklarını bildirmişlerdir (73). Ayrıca adölesan gebeliklerin genellikle gebeliklerini planlamadıkları ve sosyo-ekonomik kaynaklara sınırlı erişimleri olduğu için yetişkin gebelere göre daha fazla sosyal desteğe ihtiyaçları vardır (70).

Adölesan gebeler en çok kendi annelerini ve eşlerini sosyal destek kaynağı olarak belirtmektedir. Hem anne hem de çocuk için olumlu sonuçlar yüksek düzeyde sosyal destek ile ilişkilidir (74). Çalışmalar ayrıca, daha yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip adölesan annelerin daha az psikopatolojiye ve ebeveynliğe karşı daha olumlu tutumlara sahip olduğunu göstermiştir (75, 76). Sosyal destek düzeyi daha yüksek olan adölesan gebeler (örneğin, aile, arkadaşlar) daha az desteğe sahip olanlardan daha iyi zihinsel sağlık sonuçlarına sahiptir ve özellikle annesinden aldığı destek stresin genel olarak azalmasıyla ilişkilendirilmiştir (77, 78). Gebelerin psikolojik durumu ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda gebenin sosyal destek algısı yükseldikçe anksiyete, depresyon ve stres faktörlerinin azaldığı ortaya konmuştur (12, 24).

Literatür, sosyal destekleri adölesan anneler ve çocukları için koruyucu bir faktör olarak gösterirken, adölesan annelerin yetişkin annelere kıyasla yetersiz sosyal desteğe sahip olabileceğini gösteren birçok kanıt bulunmaktadır; örneğin, adölesan annelerin sosyal ağlarında daha az arkadaşı vardır ve yetişkin annelere kıyasla bir partnerin desteğine sahip olma olasılığı daha düşüktür. Sonuç olarak, adölesan gebelerin ruhsal sıkıntılarını azaltmak için sosyal destek ihtiyaçlarının karşılanması kritik öneme sahiptir (79).

2.7. Psikosozal Destekli Psikoeğitim Uygulamaları

Psikoeğitim; fiziksel ya da ruhsal hastalıklarda bireylere hastalıklarını, hastalığa verdikleri duygusal tepkilerini öğretme, baş etme becerilerini geliştirme, hastalığa uyumu ve tedaviye iş birliğini arttırmaya yönelik olarak yapılandırılmış, bireyde istedik davranış değişikliği oluşturmak amacıyla tasarlanan eğitsel ve psikosozal uygulamalardır (80-83). Psikoeğitim uygulamaları belli bir amaca yönelik olarak sistematik ve psikosozal tekniklerle, pek çok hastalık ve zorlu yaşam koşullarında kullanılan büyük bir potansiyele sahiptir (82-85)

Psikoeğitimsel uygulamalar genel olarak hemşirelik müdahalelerinde sıklıkla kullanılan yöntemlerden biri olup hem klinik hem de toplum çalışmalarında en etkili kanıta dayalı uygulama yöntemleridir (86, 87).

Psikoeğitim uygulamaları, fiziksel ya da ruhsal hastalıklarda hastalık ve tedaviye yönelik sadece didaktik bir anlatımı değil aynı zamanda psikososyal desteği de içeren belirli bilişsel ve davranışsal stratejileri de kapsayan müdahalelerdir (88). Psikoeğitimsel müdahalelerin kullanıldığı farklı araştırmalarda temel olarak, anksiyete, depresyon, baş etme ve kontrol odağı gibi psikolojik boyutun ele alındığı çalışmalara sıklıkla rastlanmaktadır (85, 87).

Psikoeğitimsel müdahaleler beş kategori altında sınıflandırılmıştır. Bunlar, danışmanlık/psikoterapi, davranış terapisi, eğitim/bilgilendirme, müzik terapisi ve psikososyal destektir (87).

Psikososyal destek, insanların kendi sosyal dünyaları içinde bütüncül iyi olma halini teşvik eden süreç ve eylemlerdir. Birey, aile ve toplulukların dayanma ve baş etmesini kolaylaştırma süreci olarak da tanımlanabilir (89). Psikososyal destek, bir kriz nedeniyle hayatlarının akışı bozulan insanların toparlanmasına yardım eder ve zor olaylar yaşadktan sonra normale dönme becerilerini güçlendirir. Psikososyal destek, bireyin psikolojik ve sosyal yaşantısı arasındaki dinamik ilişkiyi ve bunların birbirini etkilemesiyle anlamlı bir sosyal role sahip olmak, mutlu ve umutlu hissetmek, ait olunan çevrede tanımlandığı şekliyle temel değerlere göre yaşamak, olumlu sosyal ilişkiler içinde ve destekleyici bir ortamda bulunmak, olumlu becerilerle güçlükleri aşmak ve güven duyarak, korunarak yaşama bileşenlerini kapsar (90).

Psikososyal destek uygulamalarının amacı, hastalara hastalıkları ile başetmeleri için gereken bilgi ve beceriyi kazandırmak, iyilik hali ve fonksiyonel bir uyum sağlamalarında yardım etmek ve yaşam kalitelerini yükseltmektir (91-93).

2.8. Adölesan Gebelikler ve Psikososyal Destekli Psikoeğitim Uygulamaları

İnsanın sosyal çevreye iyi bir şekilde uyum gösteremediği ve yaşadığı sosyal çevrede sağlığını bozabilecek olumsuzlukların olması psikososyal destek gereksinimlerinin artmasına neden olur (94). Yaşamın her döneminde olduğu gibi gebelik dönemi de biyolojik, fizyolojik ve psikososyal alanlarda çeşitli değişimlerle seyreden ve bu değişimlere uyum sağlamayı gerektiren bir süreç olması bakımından, psikososyal destek gereksinimlerinin arttığı bir dönem olarak bilinmektedir (95, 96).

Yüksek riskli grupta olan adölesan gebeliklerde ise psikososyal destek ihtiyacı daha da önem arz etmektedir (96). Psikososyal sağlığın iyi olmadığı adölesan gebeliklerde ruh sağlığı sorunları görülme riski artmaktadır (94, 97, 98). Bu bağlamda literatür incelendiğinde adölesan gebelerde psikososyal sağlığın daha düşük olduğu gebelik sürecindeki psikososyal değişikliklerin anksiyete, depresyon düzeyini ve diğer ruh sağlığı sorunlarını artırdığı belirtilmiştir (94). Gebelerle yapılan bir çalışmada psikoeğitim grubundaki danışmanlık seanslarından sonra anksiyete düzeyinde anlamlı derecede bir azalma olduğu belirtilmiştir (99). Yine başka bir çalışmada da doğum öncesi korku için ebe liderliğindeki doğum öncesi gerçekleştirilen bir psiko-eğitim müdahalesinin ardından kadınların yaşadığı doğum korkularının anlamlı derecede düştüğü belirtilmiştir (100). Başka bir çalışmada da risk altındaki adölesan gebe ve adölesan ebeveynlerin depresyon, benlik saygısı ve ebeveynlik tutumları/inançları üzerine yapılan kapsamlı bir psikoeğitimsel müdahalenin ardında, verilen psikoeğitim depresyon, benlik saygısı tutum ve inançlarının iyileştirilmesinde etkili olmuştur (101). Dolayısıyla gebelik sürecinin ve sonrasında sağlıklı geçirilebilmesi için, gebelerin ruhsal ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve gereksinimlerinin belirlenerek psikososyal destek ihtiyacının karşılanması önemlidir (95).

2.9. Adölesan Gebeliklerde Anksiyete ve Depreyonu Azaltmada, Sosyal Desteği Arttırmada Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Psikososyal olarak birçok sorunun yaşanmasına neden olan gebelik süreci, özellikle adölesan çağda yaşandığı takdirde bireyi fiziksel ve ruhsal yönden oldukça olumsuz yönde etkilemektedir. Adölesan dönemdeki kadınların gebeliğe ilişkin bilgi ve deneyimlerinin yetersiz oluşu, psikolojik durumlarının gelişmemiş olması ve duygusal durumlarının çok değişken olması perinatal bakımın önemini daha da arttırmaktadır (102). Adölesan gebenin hem gebelik döneminde hem doğumdan sonraki dönemde her zaman bilgilendirilmeye, danışmanlığa, yardıma ve desteklenmeye ihtiyacı vardır (103).

Hemşireler, kadınlarla en yakın ve en çok iletişim halinde olmaları bakımından adölesan gebelerin bakımında ön sıralarda olan sağlık profesyonelleridir. Hemşirelerin rolleri arasında; bakım verme, danışmanlık hizmeti sağlama, sağlık eğitimi verme, sağlığı geliştirici ve koruyucu müdahalelerde bulunma, özbakım becerileri geliştirme, psikolojik müdahaleler ve araştırma faaliyetleri yer almaktadır (104, 105). Hemşirelik kuramcılarında Peplau; hemşirelik mesleğinin rollerini; danışmanlık hizmeti vermek,

eğitim aracı olmak ve terapötik iletişim ile hastanın psikolojik güçlenmesini sağlamak olarak belirtmiştir (104-106).

Psikiyatri hemşireleri de terapötik bir varlık olarak, adölesan gebelere bakım ve saygıya layık olduğunu, endişelerinin ve deneyimlerinin ciddiye alındığını hissettirerek kendilerini güvende hissetmelerini sağlamalıdır (107).

Adölesan gebenin hem adölesan çağına uyumu, hem evliliğe uyumu, hem de annelik rolüne uyumu üç önemli ve güç olaydır, bu nedenle adölesan gebeliğin psikolojik riskleri gözardı edilmemelidir (108).

Psikiyatri hemşireleri, adölesan gebelerde en yaygın görölen ruhsal bozukluklar olan anksiyete ve depresyon açısından tarama yaparak ve gerektiğinde psikosoyal müdahalelerle bütüncül bir yaklaşımda bulunmalıdır. Adölesan gebelerin ruh sağlığını etkileyen sorunların bilinmesi ve tedavi planlarının geliştirilmesi psikiyatri hemşireliğinin görevleri arasındadır (21).

Yapılan son çalışmalarla, adölesan gebelerin ruh sağlığını destekleyen adölesan dostu hizmetleri geliştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu gösterilmiştir (109). Profesyonel bir meslek olarak hizmet veren psikiyatri hemşireleri, koruyucu, rehabilite edici, danışmanlık ve eğitim rolleri kapsamında psikosoyal müdahalelerle adölesan gebelerin ruhsal sağlığına olumlu yönde katkıda bulunurlar (110, 111).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma randomize kontrol gruplu deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Ocak 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Hastalıkları Polikliniğinde yürütülmüştür. Hastane yatak sayısı 1500 olup, 350 doktor ve 1300 hemşire görev almaktadır. Araştırmanın yapılacağı hastanenin belirlenmesinde Van ilindeki mevcut adölesan gebe sayılarının Türkiye genelindeki sıralamada ilk 10'da olması, araştırmacıya ulaşılabilirlik durumu ve ekibin araştırmacı ile iş birliği göz önünde bulundurulmuştur (112).

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran yaşları 15-19 olan toplam 750 adölesan gebe oluşturmuştur. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılamayan 75 ve iletişim bilgileri eksik veya yanlış olan 55 gebe olmak üzere toplam 130 gebe araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmanın örneklemi belirlemek için yapılan güç analizi ile örneklem büyüklüğü 0.05 yanılğı ve 0.95 güven aralığında, 0.8 etki büyüklüğünde, 0.95 evreni temsil gücüyle 100 adölesan gebe (50 deney, 50 kontrol) olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya dahil edilen gebeler bilgisayar destekli basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Bilgisayar tarafından yapılan basit rastgele örnekleme yöntemi, kadınları 1: 1 oranında iki gruba atayan rastgele bir liste oluşturmuştur. Poliklinik kayıt numarasına göre oluşturulan iki kümenin deney ve kontrol gruplarına atanması kura yöntemi ile belirlenmiştir.

Araştırma sırasında kayıpların olabileceği düşünülerek 124 gebe (deney grubu n=62, kontrol grubu n=62) araştırmaya dahil edilmiştir. Deney grubundan 9 gebe farklı zamanlarda eğitim uygulamasına katılmadığı için, 3 gebeye ise son test esnasında ulaşamadığı için araştırmadan çıkarılmıştır. Kontrol grubundan 7 gebeye son test

uygulamasında ulaşılamadığı için araştırmadan çıkarılmıştır. Araştırma toplam 105 gebe (deney grubu n= 50, kontrol grubu n=55) ile tamamlanmıştır. Araştırma konsort şeması Şekil 3.1’de verilmiştir.

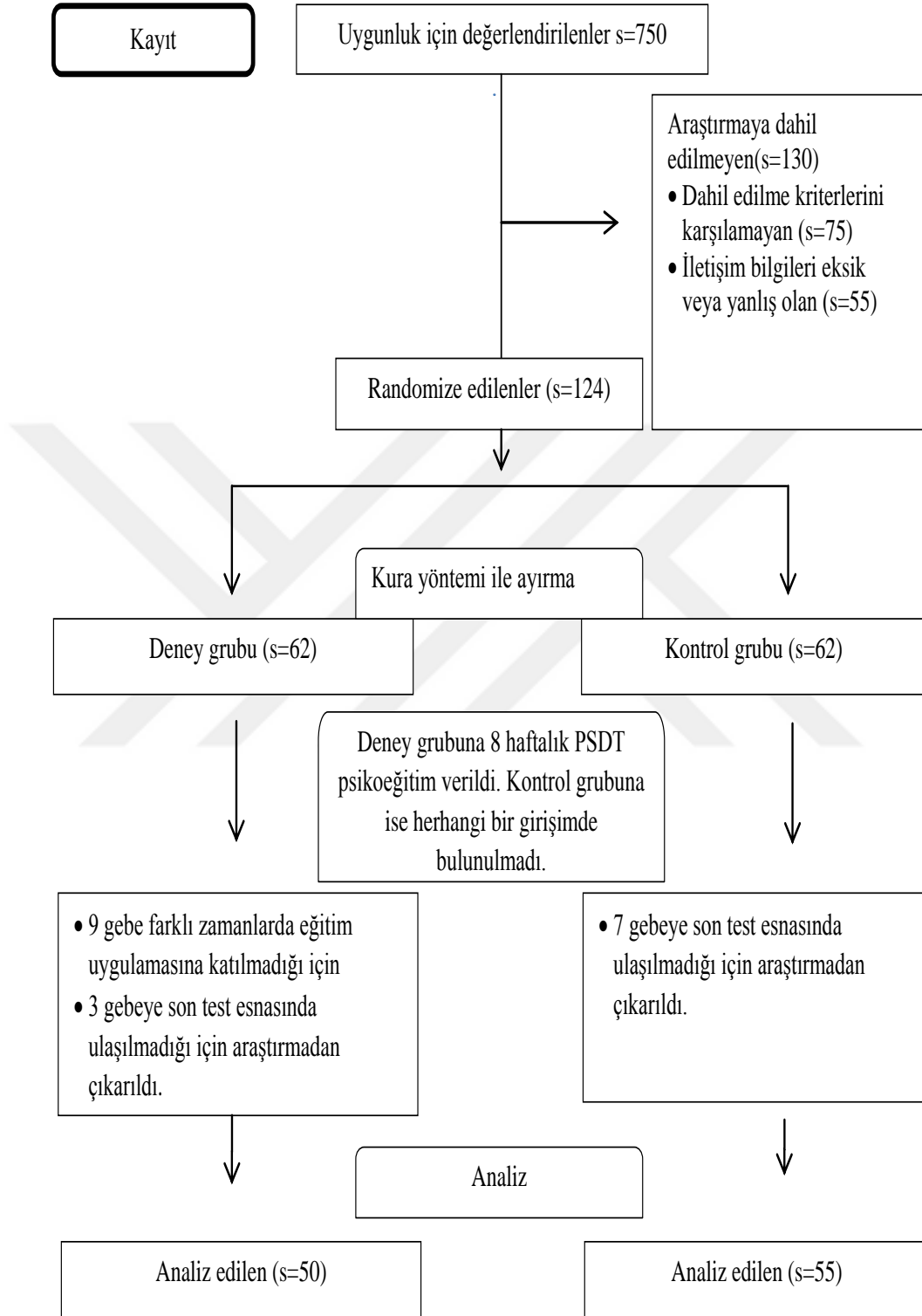
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 15-19 yaş aralığında olma
- Gebelik döneminin 3. trimestrinde olma (3. trimesterde anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olması ve aynı trimester esas alınarak homojenliği sağlama nedeniyle)
- İletişim ve iş birliğine açık olma

3.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Daha önce veya hali hazırda herhangi bir psikoeğitim programına katılmış olma

Araştırma Konsort Şeması



Şekil 3.1. Konsort Şeması

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Beck Anksiyete Envanteri (BAE)”, “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu (ÇBASDÖ)” kullanılmıştır.

3.4.1. Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-2)

Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan form, adölesan gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile adölesan gebelik dönemine ilişkin bilgileri içeren 11 sorudan (yaş, eşinin yaşı, eğitim durumu, eşinin eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, nikah durumu, gebelik sayısı, gebelik planlaması ve gebelik haftası) oluşmaktadır (79, 113).

3.4.2. Beck Anksiyete Envanteri (BAE) (EK-3)

Beck tarafından 1988 yılında geliştirilen envanterin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ulusoy ve ark. tarafından 1989’da yapılmıştır. 21 sorudan oluşan envanterde her madde 0’dan 3’e kadar puanlanan 4 seçenek içermektedir. Envanterden elde edilen puanlar 0-63 arasında değişmektedir. Ölçeğin Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısının 0.93 olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach's alfa kat sayısı 0.92 olarak bulunmuştur. Envanterden alınan puanın artması anksiyete semptomlarının da arttığını göstermektedir. Envanterden elde edilen puanlar <10 puan normal, 10-18 puan hafif anksiyete, 19-29 puan orta düzeyde anksiyete, 30-63 puan şiddetli anksiyete olarak sınıflandırıldı (114-116).

3.4.3. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) (EK-4)

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Cox ve ark. (1987) tarafından geliştirilmiştir. Engindeniz ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçek, doğum sonrası dönemde depresyon riskini belirlemektedir. Ölçek, kendini değerlendirme türünde dördümlü likert tipindedir ve 10 maddeden oluşan ölçeğin soruları 0–3 puan arasında puanlanmaktadır. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 3., 5., 6., 7., 8., 9., ve 10. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Diğer yandan 1., 2. ve 4. İse 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilir ve ölçekten en düşük 0, en yüksek 30 puan alınabilmektedir. Ölçeğin kesme puanının

12/13, Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısının 0.79 olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmada Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar depresyon için risk altında olarak kabul edilmiştir (117).

3.4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu (ÇBASDÖ) (EK-5)

Zimet ve ark. (1988) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ilk olarak Eker ve Arkar (1995) tarafından gerçekleştirilmiştir. İkinci kez ÇBASDÖ'nin geçerlik güvenirlik çalışması Çakır ve Palabıyıkoglu (1997) tarafından bu kez 12-22 yaşları arası gençlere yönelik yapılmıştır. Eker ve Arkar (2001) tarafından tekrar "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu'nun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği" incelenmiş ve ÇBASDÖ ve alt ölçek puanlarının iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeyde (Cronbach alfa katsayıları = 0.80-0.95) bulunmuştur. Bu araştırmada Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısı toplamda 0.90, aile alt boyutu için 0.82, arkadaş alt boyutu için 0.89 ve özel bir insan alt boyutu için 0.90 olarak bulunmuştur. Ölçek 12 maddeden oluşan, özel bir insan (1,2,5 ve 10. sorular), aile (3,4,8 ve 11. sorular) ve arkadaş (6,7,9, ve 12. sorular) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, yedili likert tipinde olup her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin tamamından ise alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir (118-120). ÇBASDÖ ve Alt Boyutları Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1. ÇBASDÖ ve Alt Boyutları

Ölçek	Madde Sayısı	Alınabilecek En Yüksek ve En Düşük Değer
Aile Alt Boyutu	4	4-28
Arkadaş Alt Boyutu	4	4-28
Özel Biri Alt Boyutu	4	4-28
Toplam	12	12-84

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler Ocak 2020-Haziran 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Hastalıkları Polikliniğinde pazartesi ve cuma günleri olmak üzere haftanın iki günü özel görüşmenin yapılabileceği bir odada yüzyüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Kontrol ve deney grubuna ön test için Tanıtıcı Özellikler Formu, BAE, EPDÖ, ÇBASDÖ, son test verileri için ise BAE, EPDÖ, ÇBASDÖ uygulanmıştır.

Veri toplama araçlarının uygulanma süresi yaklaşık olarak 15-20 dakika sürmüştür.

Deney Grubunun Eğitim Uygulama Planı
Hazırlık Oturumu
Katılımcılarla tanışıldı, araştırma ve oturumlar ile ilgili bilgi verildi.
1. Oturum
Katılımcılara ön test ölçümler (Tanıtıcı Özellikler Formu, Beck Anksiyete Envanteri, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu) uygulandı.
2-7. Oturumlar
Psikoeğitim programı içeriği uygulandı.
8. Oturum
Değerlendirme, kapanış ve son test ölçümler (Beck Anksiyete Envanteri, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu) uygulandı.

Şekil 3.2. Deney Grubunun Eğitim Uygulama Planı

3.6. Hemşirelik Girişimi

Deney grubuna uygulanan eğitim, Psikososyal Destek Tabanlı Psikoeğitim kitapçığı destekli interaktif eğitim şeklinde gerçekleştirilmiştir.

Deney grubundaki adölesan gebelere ilk oturumda, araştırmacı tarafından PSDT Psikoeğitim programı hakkında bilgi verilmiş ve eğitim günleri belirlenmiştir. Eğitimler, hastaneye gelebilen adölesan gebeler için pazartesi ve cuma günleri; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Hastalıkları Hastanesi Eğitim Salonunda, hastaneye gelemeyen adölesan gebeler için gebelerin uygun oldukları gün ve saatlerde ev ziyareti yapılarak 4 hafta boyunca haftada 2 kez

toplam 8 oturumda bire bir eğitim olacak şekilde araştırmacı tarafından verilmiştir. Her bir oturum yaklaşık 45 dakika sürmüştür. PSDT Psikoeğitim programının içeriği literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (88, 89, 91-93, 121-124). PSDT Psikoeğitim programı oturumlarının konuları şu şekilde belirlenmiştir:

1. Oturum: Bu oturumdaki temel amaç eğitim ile ilgili bilgilendirme yapmak ve katılımcıları tanımaktı. Bu amaçla eğitimci ve katılımcılar kendini tanıttı. PSDT Psikoeğitiminin içeriğinden ve eğitime düzenli katılımın öneminden bahsedildi. Eğitime katılmak isteyen katılımcılar ile eğitim günleri, saatleri ve grup kuralları belirlendi. Katılımcıların tecrübe ve beklentileri paylaşıldı. Ön değerlendirme yapılarak, ihtiyaç ve sorunları tespit edildi.

2. Oturum: *Psikolojik Destek oturumu:* Gebenin psikolojik ve sosyal yaşantısı arasındaki dinamikler üzerinde durularak, psikosoyal sorunları ve sosyal destek kaynakları belirlendi. Duygusal boşluklarını ifade etmeleri sağlanıp tespit edilen sorunların üstünde durularak beyin fırtınası şeklinde bu boşluklar doldurulmaya çalışıldı. Psikolojik destek kaynaklarına ilişkin bilgi düzeyinin arttırılması sağlandı. Algılanan sosyal desteği arttırmaya yönelik eş, aile ve arkadaşlarından gelebilecek sosyal desteği arttırma yöntemleri hakkında bilgilendirilme yapılarak, psikosoyal sorunlara ilişkin bilgi düzeyinin arttırılması ve psikosoyal stresin en aza indirilmesi amaçlandı.

3. Oturum: *Sosyal Duygusal Öğrenme:* Psikosoyal desteğin önemli bir bileşeni olup, bu oturumda duygu, düşünce ve davranış kavramlarına dair bilgilendirme yapılarak, duyguları tanımak ve yönetmek, olumlu ilişkiler geliştirmek ve sürdürmek, sorumlulukla karar vermek ve kişiler arası ilişkileri güçlendirme yöntemleri anlatıldı. Psikosoyal risk faktörlerini değiştirmek ya da ortadan kaldırmak için davranışsal yaklaşımları içeren yöntemler anlatıldı. Bu oturumun sonunda sosyal ve duygusal öğrenme yoluyla kişinin kendisini tanınması (öz farkındalık), duygu farkındalığı ve yönetimi, bilişsel esneklik, empati, sosyal beceriler ve ilişki kurma becerilerinin geliştirilmesi ile duygusal açıdan iyi olma düzeyinin arttırılması amaçlandı.

4. Oturum: *Dayanma ve Başetme:* Bu oturumda uygun baş etme yöntemlerini kullanmasına yardımcı olma, yeni baş etme yöntemleri geliştirmesini sağlama amaçlandı. Kişinin var olan olumlu baş etme yöntemlerini desteklemek ve bireye- duruma-kültüre özđün ve uygun yeni yöntemleri kullanması için cesaretlendirildi.

Problem çözme, destek arama becerisi, motivasyon, iyimserlik, inanç, karar alabilme ve uygulayabilme becerisi gibi başetme mekanizmaları ve yaşam becerileri kazandırılmaya çalışıldı. Bu beceriler, kültürel olarak uygun başetme mekanizmaları ve çatışma yönetme teknikleri ile kazandırılmaya çalışılarak yapıldı.

5. Oturum: Bu oturumdaki temel amaç katılımcılara stres, anksiyete ve depresyonu tanıtmak ve başa çıkma becerilerini öğretmek amaçlandı. Psikososyal stres etkenleriyle nasıl başa çıkılacağına ilişkin bilgi düzeyinin arttırılması sağlandı. Anksiyete, depresyon ve davranışsal risk faktörleri için gebelere, uygun psikososyal girişimler hakkında bilgilendirme yapıldı. Bu oturumda; Semptomların etkisi ve anlamı hakkında bilgilendirme, günlük aktiviteler ile baş etme yolları, davranışsal risk faktörlerinin (sigara içme, alkol, egzersiz, kilo sorunu gibi) değiştirilmesi, diğer bireyler ile ilişki ve iletişimin düzeltilmesi, uyarılma ve stres tepkilerinin azaltılması, gelecek hakkında düşünme, plan yapma ve hayal kurma düzeyinin arttırılması amaçlandı.

6. Oturum: Bu oturumdaki temel amaç olumlu ebeveynlik algısı oluşturmak. Her bir katılımcının ebeveynlik algısını belirlemek ve gelecekteki ebeveynlik becerilerine yönelik kaygılarının paylaşılması amaçlandı. Grup üyelerinin deneyimleri ile kaygıların giderilmesi amaçlandı. Ebeveynlik rolleri ve baş etme becerileri anlatıldı.

7. Oturum: *Aile üyesi katılımı:* Gebelerin psikososyal destek bakımından yoksunluk yaşadıkları konular doğrultusunda, sosyal destek kaynağı olarak belirlenen gebelerin eş, aile ve arkadaşlarının programa katılımı sağlanarak, gerekli odak eğitim verilip ve sosyal desteğin ve iş birliğinin önemi anlatıldı.

8. Oturum: *Süreç değerlendirmesi ve kapanış:* Programın etkinliğini değerlendirme ve öğrenilenleri pekiştirmenin amaçlandığı son oturumdu. Psikoeğitim ile ilgili katılımcıların kendilerini ve programı değerlendirmeleri istendi. İşleyişle ilgili eleştiri ve öneriler dinlendi. Psikoeğitim uygulama planı Tablo 3.2 'de verilmiştir:

- Adölesan gebelere birinci oturumdan sonra eğitim kitapçığı verilmiştir.
- Kontrol grubundaki adölesan gebelere herhangi bir girişim uygulanmamıştır.
- Eğitim programı süresince adölesan gebeler tedavi ve kontrol izlemlerine devam etmiştir.

Tablo 3.2. PSDT Psikoeğitim Uygulama Planı

<i>1. Oturum: Hazırlık Oturumu</i>	<i>5. Oturum: Stres, Anksiyet ve Depresyonla Başa Çıkma Oturumu</i>
<ul style="list-style-type: none">➤ Hastalarla tanışma➤ Psikoeğitimin içeriğini tanıtmaya➤ Eğitimlere düzenli ve zamanında katılımın önemini vurgulama➤ Eğitim günlerini belirleme➤ Bireylerin tecrübelerini ve beklentilerini paylaşma	<ul style="list-style-type: none">➤ Stres, anksiyet, depresyon nedir?➤ Belirtileri nelerdir?➤ Adölesan gebelerin ruh sağlığına etkileri nelerdir?➤ Baş etme yöntemleri nelerdir?
<i>2. Oturum: Psikolojik Destek Oturumu</i>	<i>6. Oturum: Olumlu Ebeveynlik Algısı Oluşturma Oturumu</i>
<ul style="list-style-type: none">➤ Adölesan gebenin psikolojik ve sosyal yaşantısındaki sorunları belirleme.➤ Adölesan gebenin psikososyal kaynaklarını belirleme.➤ Adölesan gebenin sosyal destek kaynakları belirleme.➤ Psikososyal sorunlara ilişkin bilgi düzeyini artırma.➤ Sosyal desteği artırma yöntemleri hakkında bilgilendirilme.	<ul style="list-style-type: none">➤ Her bir katılımcının ebeveynlik algısını belirlemek.➤ Gelecekteki ebeveynlik becerilerine yönelik kaygılarının paylaşılması.➤ Grup üyelerinin deneyimleri ile kaygıların giderilmesi.➤ Ebeveynlik rolleri ve baş etme becerileri öğretmek.
<i>3. Oturum: Sosyal Duygusal Öğrenme Oturumu</i>	<i>7. Oturum: Aile Üyesi Katılımı Oturumu</i>
<ul style="list-style-type: none">➤ Duygu, düşünce ve davranış kavramları nelerdir?➤ Adölesan gebede duygu farkındalığı ve öz farkındalık oluşturma.➤ Sosyal beceriler ve ilişki kurma becerileri geliştirme.➤ Duygusal açıdan iyi olma düzeyini artırma.	<ul style="list-style-type: none">➤ Adölesan gebenin aile üyelerine (eş, aile, arkadaş) sosyal desteğin ve iş birliğinin önemi anlatıldı.
<i>4. Oturum: Dayanma ve Başetme Oturumu</i>	<i>8. Oturum: Süreç Değerlendirmesi ve Kapanış Oturumu</i>
<ul style="list-style-type: none">➤ Problem çözme, destek arama becerisi kazandırma.➤ Kültürel olarak uygun başetme mekanizmaları ile çatışma yönetme teknikleri öğretme.	<ul style="list-style-type: none">➤ Öğrenilenleri pekiştirme.➤ Programı değerlendirme.➤ Geribildirimlerin alınması.

3.6.1. Girişim Materyali

Hemşirelik girişiminde girişim materyali olarak, “Psikososyal Destek Tabanlı Psikoeğitim Kitapçığı” kullanılmıştır.

3.6.1.1. Psikososyal Destek Tabanlı Psikoeğitim Kitapçık İçeriği (EK-6)

Psikososyal destek tabanlı psikoeğitim kitapçığı içerik olarak şu konuları içermektedir:

- Psikososyal sorunlar nelerdir,
- Psikososyal sorunların adölesan gebelerin ruh sağlığına etkileri nelerdir,

- Psikosoyal destek kaynakları nelerdir,
- Psikosoyal sorunlarla başatme yöntemleri nelerdir,
- Duygu, düşünce ve davranış kavramları nelerdir,
- Etkili ilişki kurma becerileri nelerdir,
- Stresin tanımı, belirtileri, adölesan gebelerin ruh sağlığına etkileri, başa çıkma yöntemleri nelerdir,
- Anksiyetinin tanımı, belirtileri, adölesan gebelerin ruh sağlığına etkileri, başa çıkma yöntemleri nelerdir,
- Depresyonun tanımı, belirtileri, adölesan gebelerin ruh sağlığına etkileri, başa çıkma yöntemleri nelerdir,
- Ebeveynlik rolleri nelerdir ve ebeveynlik kaygılarıyla ilgili başatme yöntemleri nelerdir.
- Sosyal desteğin önemi, sosyal desteğin adölesan gebelerin ruh sağlığı üzerine etkileri ve sosyal desteği arttırma yöntemleri nelerdir,

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Anksiyet, Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek.

Araştırmanın Bağımsız Değişkeni: Psikososyal Destek Tabanlı Psikoeğitim.

Araştırmanın Kontrol Değişkenleri: Gebenin ve eşinin yaşı, gebe ve eşinin eğitim durumları, gebenin mesleği, gelir düzeyi, aile tipi, nikah durumu, gebelik sayısı, gebelik planlaması ve gebelik haftasıdır.

Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması Tablo 3.3'de verilmiştir.

Tablo 3.3. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerinin Karşılaştırılması
(s=105)

	Kontrol	Grubu (s=55)	Deney	Grubu (s=50)	Test ve Önemlilik
Tanıttıcı Özellikler	S	%	S	%	
Gebenin Eğitim Durumu					
Okur-Yazar	13	23.06	8	16.0	
İlkokul	19	34.5	21	42.0	X ² =2.786
Ortaokul	18	32.7	16	32.0	p=0.526
Lise	5	9.01	5	10.0	
Gebenin Eşinin Eğitim Durumu					
Okur-Yazar	4	7.03	2	4.0	
İlkokul	10	18.2	13	26.0	X ² =4.540
Ortaokul	28	50.9	20	40.0	p=0.410
Lise	13	23.6	15	30.0	
Mesleği					
Ev Hanımı	53	96.4	50	100.0	X ² =1.853
Serbest Meslek	2	3.6	0		p=0.270
Gelir Düzeyi					
Gelir Gider Dengeli	10	18.2	6	12.0	X ² =1.376
Gelir Giderden Az	45	81.8	44	88.0	p=0.414
Aile Tipi					
Çekirdek Aile	9	16.4	12	24.0	X ² =5.287
Geniş Aile	46	83.6	38	76.0	p=0.213
Nikah Durumu					
Resmi Nikah	49	89.1	48	96.0	X ² =1.776
Dini Nikah	6	10.9	2	4.0	p=0.183
Kaçıncı Gebelik Olduğu					
Birinci	44	80.0	37	74.0	X ² =0.568
İkinci	9	16.4	11	22.0	p=0.753
Üçüncü	2	3.6	2	4.0	
Gebeliğin Planlanma Durumu					
Evet	34	61.8	30	60.0	X ² =0.036
Hayır	21	38.2	20	40.0	p=0.849
X±S.S					
Yaş					
Gebenin Yaşı	18.18±0.94		18.36±0.77		t=-1.050 p=0.296
Gebenin Eşinin Yaşı	25.21±2.86		25.14±3.20		t=0.132 p=0.895
Gebelik Haftası	32.38±2.13		32.54±2.37		t=1.911 p=0.060

Kontrol ve deney gruplarındaki adölesan gebelerin tanıttıcı özellikleri incelendiğinde; deney grubundaki adölesan gebelerin %42'sinin ilkokul mezunu, adölesan gebelerin eşlerinin ise, %40'nın ortaokul mezunu olduğu belirlenmiştir.

Adölesan gebelerin hepsinin (%100) ev hanımı olduğu, %88'nin gelirinin giderinden az olduğu, %76'sının geniş ailede yaşadığı, %96'sının resmi nikahlı olduğu, %74'nün birinci gebeliği olduğu, %60'nın planlı gebelik olduğu belirlenmiştir. Adölesan gebelerin yaş ortalamalarının 18.36 ± 0.77 , eşlerinin yaş ortalamasının 25.14 ± 3.20 ve gebelik haftası ortalamalarının 32.54 ± 2.37 haftalık olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki adölesan gebelerin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında ise, %34.5'nin ilkökul mezunu, adölesan gebelerin eşlerinin ise %50.09'nun ortaokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Adölesan gebelerin %96.4'nün ev hanımı, %81.8'nin gelirinin giderinden az olduğu, %83.6'sının geniş ailede yaşadığı, %89.1'nin resmi nikahlı olduğu, %80'nin birinci gebeliği olduğu, %61.8'nin planlı gebelik olduğu belirlenmiştir. Adölesan gebelerin yaş ortalamalarının 18.18 ± 0.94 , eşlerinin yaş ortalamasının 25.21 ± 2.86 ve gebelik haftası ortalamalarının 32.38 ± 2.13 haftalık olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada kontrol değişkenleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı, grupların homojen olduğu belirlendi ($p > 0.05$, Tablo 3.3).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi için SPSS 22.0 istatistik programı kullanılmış ve anlamlılık düzeyi için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.4'de verilmiştir.

Tablo 3.4. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Kontrol ve deney grubundaki adölesan gebelerin 'Tanıtıcı Özellikler' verileri	<ul style="list-style-type: none">• Yüzelik dağılım• Aritmetik ortalama• Ki-kare testi• Standart sapma• Min-max (minmum maximum değerleri)
BAE, EDSÖ, ÇBASÖ puan ortalamalarının kontrol ve deney grubunda karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none">• Bağımsız gruplarda <i>t</i> testi
Kontrol ve deney gruplarının BAE, EDSÖ, ÇBASÖ'nin eğitim öncesi ve sonrası toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none">• Bağımlı gruplarda <i>t</i> testi

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan onay (EK-7) ve araştırmanın yapıldığı kurumlardan yasal izin (EK-8) alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen adölesan gebelere çalışmanın amacı açıklanarak katılımcıların soruları yanıtlanmıştır. Adölesan gebelere, verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde kullanılmayacağı ve istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahip oldukları belirtilmiştir. Araştırmaya başlamadan önce adölesan gebe ve yakınlarına araştırmanın amacı açıklanıp, sözel ve yazılı izinleri alınmıştır (EK-9). Kontrol grubunun son test verileri alındıktan sonra isteyen katılımcılara PSDT Psiko eğitim programı uygulanmış ve eğitim kitapçığı verilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma sırasında meydana gelen Covid-19 pandemisi nedeniyle deney grubunun eğitim uygulama planına Nisan ve Mayıs aylarında ara verilmiştir. Haziran itibari ile normalleşme sürecinin başlamasıyla deney grubuna eğitim vermeye devam edilmiştir. Pandemi sürecinde ara verilmesi nedeniyle girişimin sürekliliğinin bozulması ve araştırmanın tek merkezde yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular araştırmanın hipotezleri doğrultusunda sunulmuştur.

Tablo 4.1. Deney ve kontrol gruplarındaki adölesan gebelerin ön test BAE puan ortalamalarının karşılaştırılması (s= 105)

ÖN TEST			
	Deney Grubu (s=50)	Kontrol Grubu (s=55)	*Test ve Önemlilik
BAE	(X±S.S)	(X±S.S)	
	47.30±12.44	46.18±8.76	$t=-3.830$ $p=0.111$

*Bağımsız Gruplarda t testi

Deney ve kontrol gruplarındaki adölesan gebelerin gruplar arası BAE ön test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki adölesan gebelerin 47.30±12.44 (şiddetli anksiyete), kontrol grubundaki adölesan gebelerin ise 46.18±8.76 (şiddetli anksiyete) puan aldığı tespit edilmiştir. Gruplar arası BAE ön test toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0.05$, Tablo 4.1). Deney ve kontrol gruplarının ön test BAE düzeylerinin benzer olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Deney ve kontrol gruplarındaki adölesan gebelerin son test BAE puan ortalamalarının karşılaştırılması (s=105)

SON TEST			
	Deney Grubu (s=50)	Kontrol Grubu (s=55)	*Test ve Önemlilik
BAE	(X±S.S)	(X±S.S)	
	30.52±6.46	48.13±14.16	$t=7.061$ $p=0.000$

*Bağımsız Gruplarda t testi

Deney ve kontrol gruplarındaki adölesan gebelerin gruplar arası BAE son test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki adölesan gebelerin 30.52±6.46 (şiddetli anksiyet), kontrol grubundaki adölesan gebelerin ise 48.13±14.16 (şiddetli anksiyete) puan aldığı tespit edilmiştir. Gruplar arası BAE son test toplam puan

ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p < 0.05$, Tablo 4.2). Deney grubundaki adölesan gebelerin BAE son test toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Deney ve kontrol gruplarındaki adölesan gebelerin ön test EDSÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması ($s=105$)

ÖN TEST			
EDSDÖ	Deney Grubu ($s=50$) ($\bar{X} \pm S.S$)	Kontrol Grubu ($s=55$) ($\bar{X} \pm S.S$)	*Test ve Önemlilik
		15.01 \pm 3.63	15.92 \pm 3.06

*Bağımsız Gruplarda t testi

Deney ve kontrol gruplarındaki adölesan gebelerin gruplar arası EDSÖ ön test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki adölesan gebelerin 15.01 \pm 3.63 (depresyon riski), kontrol grubundaki adölesan gebelerin ise 15.92 \pm 3.06 (depresyon riski) puan aldığı tespit edilmiştir. Gruplar arası EDSÖ ön test toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p > 0.05$, Tablo 4.3). Deney ve kontrol gruplarının ön test EDSÖ düzeylerinin benzer olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Deney ve kontrol gruplarındaki adölesan gebelerin son test EDSÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması ($s=105$)

SON TEST			
EDSDÖ	Deney Grubu ($s=50$) ($\bar{X} \pm S.S$)	Kontrol Grubu ($s=55$) ($\bar{X} \pm S.S$)	*Test ve Önemlilik
		13.01 \pm 3.84	16.34 \pm 2.73

*Bağımsız Gruplarda t testi

Deney ve kontrol gruplarındaki adölesan gebelerin gruplar arası EDSÖ son test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki adölesan gebelerin 13.01 \pm 3.84 (depresyon riski), kontrol grubundaki adölesan gebelerin ise 16.34 \pm 2.73 (depresyon riski) puan aldığı tespit edilmiştir. Gruplar arası EDSÖ son test toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p < 0.05$, Tablo 4.4). Deney grubundaki adölesan gebelerin EDSÖ son test toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Deney ve kontrol gruplarındaki adölesan gebelerin ön test ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (s=105)

ÖN TEST			
	Deney Grubu (s=50) (X±S.S)	Kontrol Grubu (s=55) (X±S.S)	*Test ve Önemlilik
Aile	23.64±5.16	25.03±4.15	t=1.532 p=0.129
Arkadaş	16.64±8.02	15.94±7.91	t=-0.446 p=0.657
Özel Biri	10.42±6.60	7.43±8.67	t=4.625 p=0.103
ÇBASDÖ Toplam Puan	50.70±15.78	48.41±14.42	t=2.618 p=0.113

*Bağımsız Gruplarda t testi

Deney ve kontrol gruplarındaki adölesan gebelerin gruplar arası ÇBASDÖ ön test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki adölesan gebelerin aile alt boyutu toplam puan ortalamasının 23.64±5.16, arkadaş alt boyutu toplam puan ortalamasının 16.64±8.02, özel biri alt boyutu toplam puan ortalamasının 10.42±6.60 ve ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının 50.70±15.78 olduğu, kontrol grubundaki adölesan gebelerin ise aile alt boyutu toplam puan ortalamasının 25.03±4.15, arkadaş alt boyutu toplam puan ortalamasının 15.94±7.91, özel biri alt boyutu toplam puan ortalamasının 7.43±8.67 ve ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının 48.41±14.42 olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası ön test ÇBASDÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi (p>0.05, Tablo 4.5). Deney ve kontrol gruplarının ön test ÇBASDÖ düzeylerinin benzer olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Deney ve kontrol gruplarındaki adölesan gebelerin son test ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (s=105)

SON TEST			
	Deney Grubu (s=50) (X±S.S)	Kontrol Grubu (s=55) (X±S.S)	*Test ve Önemlilik
Aile	25.26±3.37	24.65±3.97	t=1.532 p=0.129
Arkadaş	18.72±6.83	16.76±8.17	t=-0.446 p=0.657
Özel Biri	15.56±6.23	9.72±4.68	t=4.625 p=0.000
ÇBASDÖ Toplam Puan	59±16.06	50.41±11.86	t=1.316 p=0.000

*Bağımsız Gruplarda t testi

Deney ve kontrol gruplarındaki adölesan gebelerin gruplar arası ÇBASDÖ son test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki adölesan gebelerin aile alt boyutu toplam puan ortalamasının 25.26 ± 3.37 , arkadaş alt boyutu toplam puan ortalamasının 18.72 ± 6.83 , özel biri alt boyutu toplam puan ortalamasının 15.56 ± 6.23 ve ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının 59 ± 16.06 olduğu, kontrol grubundaki adölesan gebelerin ise aile alt boyutu toplam puan ortalamasının 24.65 ± 3.97 , arkadaş alt boyutu toplam puan ortalamasının 16.76 ± 8.17 , özel biri alt boyutu toplam puan ortalamasının 9.72 ± 4.68 ve ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının 50.41 ± 11.86 olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası son test ÇBASDÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p < 0.05$, Tablo 4.6). Deney grubundaki adölesan gebelerin ÇBASDÖ son test toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Deney ve kontrol gruplarındaki adölesan gebelerin ön test ve son test BAE puan ortalamalarının karşılaştırılması (s=105)

Gruplar	BAE		*Test ve Önemlilik
	Ön Test ($\bar{X} \pm S.S$)	Son Test ($\bar{X} \pm S.S$)	
Deney Grubu (s=50)	47.30±12.44	30.52±6.46	$t=20.634$ p=0.000
Kontrol Grubu (s=55)	46.18±8.76	48.13±14.16	$t=-0.974$ p=0.335

*Bağımlı Gruplarda *t* testi

Deney ve kontrol gruplarındaki adölesan gebelerin grup içi, BAE ön test ve son test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki adölesan gebelerin ön test BAE puan ortalamasının 47.30 ± 12.44 , son test BAE puan ortalamasının 30.52 ± 6.46 , kontrol grubundaki adölesan gebelerin ise ön test BAE puan ortalamasının 46.18 ± 8.76 , son test BAE puan ortalamasının 48.13 ± 14.16 olduğu tespit edilmiştir. Deney grubundaki adölesan gebelerin BAE ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 4.7). Kontrol grubundaki adölesan gebelerin ise BAE ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$, ablo 4.7). Deney grubundaki adölesan gebelerin son test BAE toplam puan ortalamasında ön teste oranla düşme olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.8. Deney ve kontrol gruplarındaki adölesan gebelerin ön test ve son test EDSDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (s=105)

Gruplar	EDSDÖ		*Test ve Önemlilik
	Ön Test ($\bar{X}\pm S.S$)	Son Test ($\bar{X}\pm S.S$)	
Deney Grubu (s=50)	15.01±3.63	13.01±3.84	$t=-12.805$ p=0.000
Kontrol Grubu (s=55)	15.92±3.06	16.34±2.73	$t=0.181$ p=0.335

*Bağımlı Gruplarda *t* testi

Deney ve kontrol gruplarındaki adölesan gebelerin grup içi EDSDÖ ön test ve son test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki adölesan gebelerin ön test EDSDÖ puan ortalamasının 15.01±3.63, son test EDSDÖ puan ortalamasının 13.01±3.84, kontrol grubundaki adölesan gebelerin ise ön test EDSDÖ puan ortalamasının 15.92±3.06, son test EDSDÖ puan ortalamasının 16.34±2.73 olduğu tespit edilmiştir. Deney grubundaki adölesan gebelerin EDSDÖ ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.7). Kontrol grubundaki adölesan gebelerin ise EDSDÖ ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.8). Deney grubundaki adölesan gebelerin son test EDSDÖ toplam puan ortalamasında ön teste oranla düşme olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.9. Deney ve kontrol gruplarındaki adölesan gebelerin ön test ve son test ÇBASDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (s=105)

Gruplar	ÇBASDÖ	Ön Test	Son Test	*Test ve Önemlilik
		($\bar{X}\pm S.S$)	($\bar{X}\pm S.S$)	
Deney Grubu (s=50)	Aile	23.64±5.16	25.26±3.37	$t=-2.511$ p=0.015
	Arkadaş	16.64±8.02	18.72±6.83	$t=-2.325$ p=0.024
	Özel Biri	10.42±6.60	15.56±6.23	$t=-4.626$ p=0.000
	Toplam Puan	50.70±15.78	59±16.06	$t=-7.777$ p=0.000
Kontrol Grubu (s=55)	Aile	25.03±4.15	24.65±3.97	$t=-1.189$ p=0.240
	Arkadaş	15.94±7.91	16.76±8.17	$t=-2.277$ p=0.285
	Özel Biri	7.43±8.67	9.72±4.68	$t=-1.079$ p=0.027
	Toplam Puan	48.41±14.42	50.41±11.86	$t=-2.019$ p=0.000

*Bağımlı gruplarda *t* testi

Deney ve kontrol gruplarındaki adölesan gebelerin grup içi ÇBASDÖ ön test son test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki adölesan gebelerin ön test aile alt boyutu toplam puan ortalamasının 23.64 ± 5.16 , arkadaş alt boyutu toplam puan ortalamasının 16.64 ± 8.02 , özel biri alt boyutu toplam puan ortalamasının 10.42 ± 6.60 ve ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının 50.70 ± 15.78 , son test aile alt boyutu toplam puan ortalamasının 25.26 ± 3.37 , arkadaş alt boyutu toplam puan ortalamasının 18.72 ± 6.83 , özel biri alt boyutu toplam puan ortalamasının 15.56 ± 6.23 ve ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının 59 ± 16.06 olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki adölesan gebelerin ise ön test aile alt boyutu toplam puan ortalamasının 25.03 ± 4.15 , arkadaş alt boyutu toplam puan ortalamasının 15.94 ± 7.91 , özel biri alt boyutu toplam puan ortalamasının 7.43 ± 8.67 ve ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının 48.41 ± 14.42 , son test aile alt boyutu toplam puan ortalamasının 24.65 ± 3.97 , arkadaş alt boyutu toplam puan ortalamasının 16.76 ± 8.17 , özel biri alt boyutu toplam puan ortalamasının 9.72 ± 4.68 ve ÇBASDÖ toplam puan ortalamasının 50.41 ± 11.86 olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki adölesan gebelerin ÇBASDÖ ön test ve son test toplam puan ortalaması ile her bir alt boyutu toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi ($p < 0.05$, Tablo 4.9). Deney grubundaki adölesan gebelerin son test ÇBASDÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamasında ön teste oranla yükselme olduğu, kontrol grubundaki adölesan gebelerin son test aile alt boyutunda azalma, arkadaş ve özel biri alt boyutlarında ve toplam puan ortalamasında ise ön teste oranla yükselme olduğu belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Yaşamın her döneminde olduğu gibi gebelik dönemi de biyolojik, fizyolojik ve psikososyal alanlarda çeşitli değişimlerle seyreden ve bu değişimlere uyum sağlamayı gerektiren bir süreç olması bakımından, psikososyal destek gereksinimlerinin arttığı bir dönem olarak bilinmektedir (95, 96). Yüksek riskli grupta olan adölesan gebeliklerde ise psikososyal destek ihtiyacı daha da önem arz etmektedir (96). Bu bağlamda literatür incelendiğinde adölesan gebelerde psikososyal sağlığın daha düşük olduğu, gebelik sürecindeki psikososyal değişikliklerin anksiyete, depresyon düzeyini ve diğer ruh sağlığı sorunlarını artırdığı belirtilmiştir (94). Adölesan gebeyi psikososyal risk faktörlerine karşı güçlendirmek, anksiyete, depresyon ve diğer birçok ruhsal bozuklukların gelişme riskini en aza indirmek için psikososyal destekli erken ve etkili müdahalelerin anne ve bebek için daha iyi biyopsikososyal sonuçlar sağladığı düşünülmektedir (25). Bu araştırmada adölesan gebelerde PSDT psikoeğitimin anksiyete, depresyon ve algılanan sosyal desteğe etkisi incelenmiş ve sonuçlar ilgili literatürle tartışılmıştır.

Yapılan taramalarda yetişkin gebelerle ilgili yapılan birçok çalışma mevcut iken, adölesan gebelerle ilgili yapılan, özellikle ruh sağlığının iyileştirilmesine odaklanan çalışmalara rastlanmamıştır. Adölesan gebelerde ruh sağlığını iyileştirme, bozuklukları önleme, kendine zarar verme ve diğer riskli davranışlar için psikososyal müdahalelerin etkinliği ile ilgili kritik bir kanıt boşluğu vardır. Bu araştırmada adölesan gebelere verilen psikososyal destek tabanlı psikoeğitimin anksiyete, depresyon ve algılanan sosyal desteğe etkisini belirlemeyi amaçladık. Bu bakımdan araştırma bulgularının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu bölümde elde edilen sonuçlar benzer literatürle tartışılmıştır.

5.1. Anksiyete ile İlgili Bulguların Tartışılması

PSDT psikoeğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki adölesan gebelerin gruplar arası anksiyete düzeyi puan ortalamalarının yüksek olduğu ve anksiyete puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu bulgu grupların anksiyete düzeyleri bakımından homojen olduğunu göstermektedir. Anda ve ark. adölesan gebelerde anksiyete düzeyini %35 olarak belirlemiştir (13). Balaha ve ark. yetişkin gebelerle aynı takip hizmeti sunulan adölesan

gebelerin obstetric ve psikiyatrik sorunlarını araştırdıkları çalışmada, adölesan gebe grubunda anksiyete bozukluklarını anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır (47). Mitsuhiro ve ark. Brezilya'daki adölesan gebelerin ruhsal bozukluklarını tespit etmek amacıyla gerçekleştirdikleri yapılandırılmış bir klinik görüşmede, anksiyete bozukluğunun %15.7 ile bildirilen ruhsal bozukluklar arasında en yüksek yüzdeliğe sahip olduğunu bildirmişlerdir (44). Peter ve ark. Adölesan gebelerde algılanan sosyal destek ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada; anksiyete bozukluğunun prevalansını %13.6 olarak bulmuşlardır (125). Adölesan gebelerin genellikle annelik ile birlikte gelen psikolojik, sosyal ve ekonomik sorumlulukları üstlenmeye hazır olmamaları ve sosyal desteklerinin yetersiz olması anksiyete düzeylerinin yüksek olmasının nedeni olarak düşünölmektedir. (11, 12). Araştırma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

PSDT psikoeğitim sonrası deney ve kontrol grubundaki adölesan gebelerin gruplar arası son test anksiyete düzeyi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). İstatistiksel olarak ortaya çıkan bu anlamlı fark; uygulanan PSDT psikoeğitimin etkili bir girişim olduğunu göstermektedir. Deney grubundaki adölesan gebelerin son test anksiyete düzeyi toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır. PSDT psikoeğitim sonrası deney grubunda meydana gelen anksiyete düzeyindeki bu düşüş, araştırma hipotezlerinden olan '**H_{1a}: Adölesan gebelere verilen PSDT Psikoeğitim anksiyete düzeyini etkiler.**' hipotezini doğrulamaktadır.

Kontrol ve deney grubundaki adölesan gebelerin grup içi ön test ve son test anksiyete düzeyi toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Deney grubundaki adölesan gebelerin son test anksiyete düzeyi toplam puan ortalamasında ön teste oranla düşme olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu PSDT psikoeğitim uygulamalarının adölesan gebelerin anksiyete düzeyleri üzerinde etkili sonuçlar elde edileceğini göstermektedir. Kontrol grubundaki adölesan gebelerin ise son test anksiyete düzeyi toplam puan ortalamasında ön teste oranla hafif bir artış olduğu belirlenmiştir. Bu duruma adölesan gebelerin 3. Trimestırda olmaları ve doğuma yaklaştıkça kaygı düzeylerinin artmış olması sebep olarak düşünölmektedir. Araştırmada PSDT psikoeğitimin içeriğinde, adölesan gebelerin psikososyal stres etkenleriyle nasıl başa çıkılacağına ilişkin bilgi düzeyinin artırılması, anksiyete ve davranışsal risk faktörleri için uygun psikososyal girişimler hakkında bilgilendirme

yapılması, semptomların etkisi, anlamı ve uygun başetme tekniklerini de içeren yöntemler kullanılmış olması bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca verilen psikoeğitimin içeriğinde; günlük aktiviteler ile baş etme yolları, davranışsal risk faktörlerinin (sigara içme, alkol, egzersiz, kilo sorunu gibi) değiştirilmesi, diğer bireyler ile ilişki ve iletişimin düzeltilmesi, uyarılma ve stres tepkilerinin azaltılması, gelecek hakkında düşünme, plan yapma ve hayal kurma düzeyinin artırılması gibi konularda detaylı bilgiler sunulmuş olması girişimin pozitif yönde etki sağlamasına neden olduğu düşünülmektedir.

Abazarnejad ve ark. gebelerle yaptıkları bir çalışmada psikoeğitim grubundaki terapötik müdahale seanslarından sonra anksiyete düzeyinde anlamlı derecede bir azalma olduğunu bildirmişlerdir (99). Fenwick ve ark. gebelerle yaptıkları bir çalışmada doğum öncesi korku için ebe liderliğindeki doğum öncesi gerçekleştirilen bir psikoeğitim müdahalesinin ardından kadınların yaşadığı doğum korkularının anlamlı derecede düştüğü belirtilmiştir (100). Thomas ve ark. yaptıkları bir çalışmada da risk altındaki adölesan gebe ve adölesan ebeveynlerin depresyon, benlik saygısı ve ebeveynlik tutumları/inançları üzerine yapılan kapsamlı bir psikoeğitimsel müdahalenin ardından, verilen psikoeğitimin depresyon, benlik saygısı tutum ve inançlarının iyileştirilmesinde etkili olmuştur (101). Yapılan çalışmalar araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir.

5.2. Depresyon ile İlgili Bulguların Tartışılması

PSDT psikoeğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki adölesan gebelerin gruplar arası depresyon düzeyi puan ortalamalarının yüksek olduğu ve depresyon puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu bulgu grupların depresyon düzeyleri bakımından homojen olduğunu göstermektedir. Osok ve ark. adölesan gebelerle yaptıkları çalışmada adölesan gebelerin %32.5'inin klinik olarak depresyon belirtileri bildirdiği ve örneklemin %15.9'unun da şiddetli depresif özellikler taşıdığı bildirilmiştir (19). Koniak-Griffin ve ark. 62 adölesan gebe ile depresyonun benlik saygısı, sosyal destek, gebelik rahatsızlıkları ve seçilmiş sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini incelemek istedikleri çalışmada; adölesan gebelerin çoğunluğunun yüksek düzeyde depresyon belirtileri taşıdığı bildirilmiştir (126). da Cunha Coelho ve ark. adölesan gebelerde majör depresif bozukluğun yaygınlığını tanımlamak ve sosyo-demografik özellikler, obstetrik öykü ve

psikososyal değişkenler ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada majör depresif bozukluğun yaygınlığını %17,8 olarak bulmuşlardır (113). Mitsuhiro ve ark. Brezilya'daki adölesan gebelerin ruhsal bozukluklarını tespit etmek amacıyla gerçekleştirdikleri yapılandırılmış bir klinik görüşmede, majör depresyon bozukluğunun %12.9 ile bildirilen ruhsal bozukluklar arasında ikinci en yüksek orana sahip olduğunu bildirmişlerdir (44). Adölesan gebelerin hem doğum öncesi hem doğum sonrası dönemde yetişkin gebelere ve gebe olmayan akranlarına göre önemli ölçüde daha yüksek depresyon oranları yaşadıkları belirtilmiştir. Adölesan gebeler arasında, depresyon düzeyleri %16 ile %44 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Buna karşılık, gebe olmayan adölesanlar arasında majör depresyonun yaşam boyu yaygınlığı %5 ile %20 arasında olup, yetişkin gebe kadınlar arasında ise yaşam boyu depresyon riski tahminleri de %6 ile %17 arasında değişmektedir (10, 18). Perinatal depresyon için psikososyal risk faktörlerini değerlendiren birçok çalışmanın sonucunda hem gebelik hem de doğum sonrası dönemlerde sosyal destek eksikliği, önceki depresyon öyküsü, algılanan stres, fiziksel ve cinsel şiddet, adölesanın gebelik algısı, yüksek aile eleştirisi, madde kullanımı, ebeveyn stresi, benlik saygısı, öz-yeterlik, sosyal izolasyon ve toplum şiddeti depresyon düzeylerinin yüksek olmasının nedeni olarak düşünölmektedir. (11, 12). Araştırma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

PSDT psikoeğitim sonrası deney ve kontrol grubundaki adölesan gebelerin gruplar arası son test depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). İstatistiksel olarak ortaya çıkan bu anlamlı fark; uygulanan PSDT psikoeğitimin etkili bir girişim olduğunu göstermektedir. Deney grubundaki adölesan gebelerin son test depresyon düzeyi toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır. PSDT psikoeğitim sonrası deney grubunda meydana gelen depresyon düzeyindeki bu düşüş, araştırma hipotezlerinden olan '**H_{1b}: Adölesan gebelere verilen PSDT Psikoeğitim depresyon düzeyini etkiler.**' hipotezini doğrulamaktadır.

Kontrol ve deney grubundaki adölesan gebelerin grup içi ön test ve son test depresyon düzeyi toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Deney grubundaki adölesan gebelerin son test depresyon düzeyi toplam puan ortalamasında ön teste oranla düşme olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu PSDT psikoeğitim uygulamalarının adölesan gebelerin depresyon düzeyleri üzerinde etkili sonuçlar elde edileceğini göstermektedir. Kontrol grubundaki adölesan

gebelerin ise son test depresyon düzeyi toplam puan ortalamasında ön teste oranla hafif bir artış olduğu belirlenmiştir. Bu duruma adölesan gebelerin 3. Trimestırda olmaları ve doğuma yaklaştıkça kaygı düzeylerinin artmış olması sebep olarak düşünülmektedir. Araştırmada PSDT psikoeğitimin içeriğinde, adölesan gebelerin psikososyal stres etkenleriyle nasıl başa çıkılacağına ilişkin bilgi düzeyinin artırılması, depresyon ve davranışsal risk faktörleri için uygun psikososyal girişimler hakkında bilgilendirme yapılması, duygu, düşünce ve davranış kavramlarına dair bilgilendirme yapılarak, duyguları tanımak ve yönetmek, olumlu ilişkiler geliştirmek ve sürdürmek, sorumlulukla karar vermek ve kişiler arası ilişkileri güçlendirme yöntemlerinin öğretilmesi bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca verilen psikoeğitimin içeriğinde; sosyal ve duygusal öğrenme yoluyla kişinin kendisini tanıması (özfarkındalık), duygu farkındalığı ve yönetimi, bilişsel esneklik, empati, sosyal beceriler ve ilişki kurma becerilerinin geliştirilmesi ile duygusal açıdan iyi olma düzeyinin artırılması gibi konularda detaylı bilgiler sunulmuş olması girişimin pozitif yönde etki sağlamasına neden olduğu düşünülmektedir.

Thomas ve ark. yaptıkları bir çalışmada da risk altındaki adölesan gebe ve adölesan ebeveynlerin depresyon, benlik saygısı ve ebeveynlik tutumları/inançları üzerine yapılan kapsamlı bir psikoeğitimsel müdahalenin ardında, verilen psikoeğitim depresyon, benlik saygısı tutum ve inançlarının iyileştirilmesinde etkili olmuştur (101). Gebelerin psikolojik durumu ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda gebenin sosyal destek algısı yükseldikçe anksiyete, depresyon ve stres faktörlerinin azaldığı ortaya konmuştur (12, 24). Laurenzi ve ark. adölesan gebeler ve adölesan ebeveynler için ruh sağlığını önlemek ve geliştirmek için psikososyal müdahalelerin randomize kontrollü çalışmalarını sentezledikleri bir meta analiz çalışmasında; adölesan gebelere ve adölesan ebeveynlere yönelik psikososyal müdahalelerin, adölesanların pozitif ruh sağlığı ve okula devamı üzerinde yararlı etkilerle sonuçlandığını bulmuşlardır (127). Yapılan çalışmalar araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir.

5.3. Algılanan Sosyal Destek ile İlgili Bulguların Tartışılması

PSDT psikoeğitim öncesi deney ve kontrol grubundaki adölesan gebelerin gruplar arası algılanan sosyal destek düzeyi toplam puan ortalamaları ve her iki grupta da aile alt boyutu, arkadaş alt boyutu ve özel biri alt boyutu toplam puan ortalamaları

arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu bulgu grupların algılanan sosyal destek düzeyleri bakımından homojen olduğunu göstermektedir. Yurdakul, Türkiyede Mersin bölgesinde adölesan gebelerde algılanan sosyal desteğin düzeyi ve kaynağı ile sosyal destek algılarıyla ilgili faktörleri incelediği çalışmada algılanan sosyal destek düzeyi toplam puan ortalaması ile tüm alt boyutlarda alınan toplam puan ortalamasında bu araştırma ile benzer sonuçlar elde etmiştir (70). Yine Çalışkan'ın adölesan gebelerde özkıyım ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında algılanan sosyal destek düzeyi toplam puan ortalaması ile tüm alt boyutlarda alınan toplam puan ortalamasında bu araştırma ile benzer sonuçlar elde ettiği saptanmıştır (128). Babington ve ark. Dominikli adölesanlar arasında algılanan sosyal destek, benlik saygısı ve gebelik durumlarını araştırdıkları çalışmada; adölesan gebe grubunda benlik saygısı ve sosyal destek düzeylerini daha düşük bulmuşlardır (129). Adölesan gebelerin genellikle düşük gelirli topluluklarda yaşadığı, düşük eğitim ve istihdam kazanımı olan ailelerde doğduğu, çocuk istismarı öyküsü, kişiler arası zayıf ilişkilerle karakterize kaosu olduğu ev ortamlarında ikamet ettiği ve sınırlı sosyal destek ağına sahip olduğu görülmüştür (130-132). Bu faktörler algılanan sosyal destek düzeylerinin yetersiz olmasının nedeni olarak düşünülmektedir. (11, 12). Araştırma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir.

PSDT psikoeğitim sonrası deney ve kontrol grubundaki adölesan gebelerin gruplar arası son test algılanan sosyal destek düzeyi toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). İstatistiksel olarak ortaya çıkan bu anlamlı fark; uygulanan PSDT psikoeğitimin etkili bir girişim olduğunu göstermektedir. Deney grubundaki adölesan gebelerin son test algılanan sosyal destek düzeyi toplam puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. PSDT psikoeğitim sonrası deney grubunda meydana gelen algılanan sosyal destek düzeyindeki bu artış, araştırma hipotezlerinden olan '**H_{1a}: Adölesan gebelere verilen PSDT Psikoeğitim algılanan sosyal destek düzeyini etkiler.**' hipotezini doğrulamaktadır.

Kontrol ve deney grubundaki adölesan gebelerin grup içi ön test ve son test algılanan sosyal destek düzeyi toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Deney grubundaki adölesan gebelerin son test algılanan sosyal destek düzeyi toplam puan ortalamasında ön teste oranla önemli bir yükselme olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu PSDT psikoeğitim uygulamalarının adölesan

gebelerin algılanan sosyal destek düzeyleri üzerinde etkili sonuçlar elde edileceğini göstermektedir. Kontrol grubundaki adölesan gebelerin ise son test algılanan sosyal destek düzeyi toplam puan ortalamasında ön teste oranla hafif bir yükselme olduğu belirlenmiştir. Araştırmada PSDT psikoeğitimin içeriğinde, psikolojik destek oturumu ile adölesan gebenin psikolojik ve sosyal yaşantısı arasındaki dinamikler üzerinde durularak, psikosozal sorunları ve sosyal destek kaynaklarının belirlenmesi, psikolojik destek kaynaklarına ilişkin bilgi düzeyinin artırılması, algılanan sosyal desteği arttırmaya yönelik eş, aile ve arkadaşlarından gelebilecek sosyal desteği artırma yöntemleri hakkında bilgilendirilme yapılması, bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca verilen psikoeğitimin içeriğinde; aile üyesi katılımı oturumu ile adölesan gebelerin psikososyal destek bakımından yoksunluk yaşadıkları konular doğrultusunda, sosyal destek kaynağı olarak belirlenen gebelerin eş, aile ve arkadaşlarının programa katılımının sağlanarak, gerekli odak eğitimin verilip ve sosyal desteğin ve iş birliğinin oluşturulması girişimin pozitif yönde etki sağlamasına neden olduğu düşünülmektedir.

Abazarnejad ve ark. gebelerle yaptıkları bir çalışmada psikoeğitim grubundaki terapötik müdahale seanslarından sonra anksiyete düzeyinde anlamlı derecede bir azalma olduğunu bildirmişlerdir (99). Fenwick ve ark. gebelerle yaptıkları bir çalışmada doğum öncesi korku için ebe liderliğindeki doğum öncesi gerçekleştirilen bir psiko-eğitim müdahalesinin ardından kadınların yaşadığı doğum korkularının anlamlı derecede düştüğü belirtilmiştir (100). Thomas ve ark. yaptıkları bir çalışmada da risk altındaki adölesan gebe ve adölesan ebeveynlerin depresyon, benlik saygısı ve ebeveynlik tutumları/inançları üzerine yapılan kapsamlı bir psikoeğitimsel müdahalenin ardında, verilen psikoeğitim depresyon, benlik saygısı tutum ve inançlarının iyileştirilmesinde etkili olmuştur (101). Laurenzi ve ark. adölesan gebeler ve adölesan ebeveynler için ruh sağlığını önlemek ve geliştirmek için psikososyal müdahalelerin randomize kontrollü çalışmalarını sentezledikleri bir meta analiz çalışmasında; adölesan gebelere ve adölesan ebeveynlere yönelik psikososyal müdahalelerin, adölesanların pozitif ruh sağlığı ve okula devamı üzerinde yararlı etkilerle sonuçlandığını bulmuşlardır (127). Yapılan çalışmalar araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Adölesan gebelere verilen PSDT psikoeğitimin anksiyete, depresyon ve algılanan sosyal desteğe etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- PSDT psikoeğitim öncesi kontrol ve deney grubundaki adölesan gebelerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek, algılanan sosyal destek düzeylerinin ortalama bir değerde olduğu,
- PSDT psikoeğitim sonrası deney grubu adölesan gebelerde anksiyete ve depresyon düzeylerinde kontrol grubu adölesan gebelere oranla düşme olduğu,
- PSDT psikoeğitim sonrası deney grubu adölesan gebelerde algılanan sosyal destek düzeyinde kontrol grubu adölesan gebelere oranla yükselme olduğu,
- PSDT psikoeğitim sonrası grup içi karşılaştırmada; deney grubu adölesan gebelerin anksiyete ve depresyon düzeylerinde ön teste oranla son testte düşme olduğu,
- PSDT psikoeğitim sonrası grup içi karşılaştırmada; deney grubu adölesan gebelerin algılanan sosyal destek düzeyinde ön teste oranla son testte yükselme olduğu,
- Kontrol grubu adölesan gebelerin grup içi karşılaştırmada; son test anksiyete ve depresyon düzeylerinde ön teste oranla hafif bir artış olduğu,
- Kontrol grubu adölesan gebelerin grup içi karşılaştırmada; son test algılanan sosyal destek düzeyinde ön teste oranla bir değişiklik olmadığı,
- PSDT psikoeğitimin adölesan gebelerin anksiyete ve depresyon düzeylerini düşürmede, algılanan sosyal destek düzeylerini arttırmada etkili olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kadın doğum kliniklerinde adölesan gebelerin rutin kontrollerine ek olarak ruh sağlığı tarama programlarının eklenmesi,

- Psikiyatri hemşirelerinin adölesan gebeler için psikososyal müdahaleleri planlama ve uygulamada aktif rol alarak, kültüre özgü müdahaleler geliştirmesi,
- Adölesan gebelerin ruh sağlığına katkıda bulunmak için farklı müdahale türlerinin etkinliğini aydınlatmak amacıyla çalışmalar yapılması,
- Aile ve toplumun adölesan yaşta evliliklere ve gebeliklere bakış açısının değiştirilmesine yönelik, bilinçlendirme çalışmalarının arttırılması,
- Adölesan gebeliklerin genellikle sosyo-kültürel nedenlerin bir sonucu olduğu göz önünde tutularak, kültürel olarak uyarlanmış psikososyal modellerin benimsenmesi önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Liran D, Vardi IS, Sergienko R, Sheiner E. Adverse perinatal outcome in teenage pregnancies: is it all due to lack of prenatal care and ethnicity? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013, 26(5): 469-72.
2. World Health Organization (WHO). 2014 Adolescent pregnancy. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en>. 17 Mayıs 2020.
3. Darroch JE, Woog V, Bankole A, Ashford LS, Points K. Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: *Guttmacher Institute*, 2016.
4. UNFPA. Girlhood, not motherhood: Preventing adolescent pregnancy. New York: UNFPA, 2015.
5. Williamson NE. Motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy. United Nations Population Fund, 2013.
6. Ayyıldız T, Topan A, Öztürk Ö, Kulakçı H. Adölesan gebeliklerin anne ve bebeğe yönelik obstetrik sonuçlar açısından değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2015, 8(2): 61-6.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018.
8. Meydanlı MM, Çalışkan E, Ecemiş T, Arller S, Dölen İ, Haberal A. Adölesanlarda gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics* 2000, 10(2): 98-103.
9. Malabarey OT, Balayla J, Klam SL, Shrim A, Abenhaim HA. Pregnancies in young adolescent mothers: a population-based study on 37 million births. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2012, 25(2): 98-102.
10. Hodgkinson S, Beers L, Southammakosane C, Lewin A. Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. *Pediatrics* 2014, 133(1): 114-22.
11. Sabroza AR, Leal CM, Souza JP, Gama SG. Some emotional repercussions of adolescent pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil (1999-2001). *Cad Saude Publica* 2004, 20: 130-7.
12. Peter PJ, de Mola CL, de Matos MB, Coelho FM, Pinheiro KA, da Silva RA, Castelli RD, Pinheiro RT, Quevedo LA. Association between perceived social support and anxiety in pregnant adolescents. *Braz J Psychiatry (Sao Paulo, Brazil: 1999)* 2017, 39(1): 21-7.

13. Anda D, Darroch P, Davidson M, Gilly J, Javidi M, Jefford S, Morejon Schrobsdorf A. Stress and coping among pregnant adolescents. *J Adolesc Res* 1992, 7(1): 94-109.
14. Davis EP, Glynn LM, Waffarn F, Sandman CA. Prenatal maternal stress programs infant stress regulation. *J Child Psychol Psychiatry* 2011, 52(2): 119-29.
15. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010, 202(1): 5-14.
16. Li Y, Zeng Y, Zhu W, Cui Y, Li J. (2016). Path model of antenatal stress and depressive symptoms among Chinese primipara in late pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016, 16(1): 180.
17. Pampaka D, Papatheodorou SI, AlSeaidan M, Al Wotayan R, Wright RJ, Buring JE, Christophi CA. Depressive symptoms and comorbid problems in pregnancy-results from a population based study. *J Psychosom Res* 2018, 112: 53-8.
18. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord* 2003, 74(1): 5-13.
19. Osok J, Kigamwa P, Vander Stoep A, Huang KY, Kumar M. Depression and its psychosocial risk factors in pregnant Kenyan adolescents: a cross-sectional study in a community health Centre of Nairobi. *BMC psychiatry* 2018, 18(1): 136.
20. Recto P, Champion JD. Psychosocial risk factors for perinatal depression among female adolescents: A systematic review. *Issues in mental health nursing* 2017, 38(8): 633-42
21. Logsdon MC, Gennaro S. Bioecological model for guiding social support research and interventions with pregnant adolescents. *Issues in Mental Health Nursing* 2005, 26(3): 327-39.
22. Pires R, Araújo-Pedrosa A, Canavarro MC. Examining the links between perceived impact of pregnancy, depressive symptoms, and quality of life during adolescent pregnancy: The buffering role of social support. *Matern Child Health J* 2014, 18(4): 789-800
23. Dibaba Y, Fantahun M, Hindin MJ. The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013, 13(1): 135.

24. Shafaie FS, Mirghafourvand M, Rahmati M, Nouri P, Bagherinia M. Association between psychological status with perceived social support in pregnant women referring to Tabriz health centers. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2018, 31(12): 1554-60.
25. Siegel RS, Brandon AR. Adolescents, pregnancy, and mental health. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2014, 27(3): 138-50.
26. Stirtzinger R, McDermid S, Grusec J, Bernardini S, Quinlan K, Marshall M. Interrupting the inter-generational cycle in high risk adolescent pregnancy. *J Prim Prev* 2002, 23(1): 7-22.
27. Güzel Aİ, Tokmak A, Üstün YE. Adolesan gebelikler. *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2016, 13(1): 28-31.
28. Steinberg L. Risk taking in adolescence: what changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences* 2004, 1021(1): 51-8.
29. Braine T. Adolescent pregnancy: a culturally complex issue. World Health Organization, 2009.
30. Elfenbein DS, Felice ME. Adolescent pregnancy. *Pediatr Clin North Am* 2003, 50(4): 781-800.
31. Fleming N, O'Driscoll T, Becker G, Spitzer RF, Allen L, Millar D, Murphy D. Adolescent pregnancy guidelines. *J Obstet Gynaecol Can* 2015, 37(8): 740-56.
32. Bennett IM, Frasso R, Bellamy SL, Wortham S, Gross KS. Pre-teen literacy and subsequent teenage childbearing in a US population. *Contraception* 2013, 87(4): 459-64.
33. Bilginer C, Bag O, Cekin Yilmaz B. Traumatic Childhood Experiences and Psychiatric Outcomes of Adolescent Mothers in Turkey. *J Child Sex Abus* 2019, 1-19.
34. Brindis CD. Advancing the field of teenage pregnancy prevention through community-wide pregnancy prevention initiatives. *J Adolesc Health* 2017, 60(3): 1-2.
35. Neal S, Matthews Z, Frost M, Fogstad H, Camacho AV, Laski L. Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* 2012, 91(9): 1114-8.
36. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, Vogel JP. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2014, 121: 40-8

37. UNICEF. Ending child marriage: Progress and prospects. New York: UNICEF, 2013
38. WHO. Global and regional estimates on violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
39. Bongaarts J. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and United Nations Population Division Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 Geneva: World Health Organization, 2015. *Population and Development Review* 2016, 42(4): 726.
40. Kozuki N, Lee AC, Silveira MF, Victora CG, Adair L, Humphrey J, Katz J. The associations of birth intervals with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. *BMC public health* 2013, 13(3): 3
41. Wodon Q, Male C, Nayihouba A, Onagoruwa A, Savadogo A, Yedan A, Steinhaus M. Economic impacts of child marriage: *global synthesis report* 2017.
42. Li D, Liu L, Odouli R. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Human reproduction* 2009, 24(1): 146-53.
43. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero VH. Prenatal depression restricts fetal growth. *Early human development* 2009, 85(1): 65-70.
44. Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Brief report: Prevalence of psychiatric disorders in pregnant teenagers. *J Adolesc* 2009, 32(3): 747-52.
45. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Åström M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003, 189(1): 148-54.
46. Freitas GV, Cais CF, Stefanello S, Botega, NJ. Psychosocial conditions and suicidal behavior in pregnant teenagers. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008, 17(6): 336.
47. Balaha MH, Amr MA, El-Gilany AA, Sheikh FMA. Obstetric and psychiatric outcomes in a sample of Saudi teen-aged mothers. *TAF-Preventive Medicine Bulletin* 2009, 8(4): 285-90
48. Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology* 2004, 103(4): 698-709.

49. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017, 210(5): 315-23.
50. Kingston D, Heaman M., Fell D, Dzakpasu S, Chalmers B. Factors associated with perceived stress and stressful life events in pregnant women: findings from the Canadian Maternity Experiences Survey. *Matern Child Health J* 2012, 16(1): 158-68.
51. Shishehgar S, Dolatian M, Majd HA, Teimoun Z, Alavi ST, Halvaei P. Social support and maternal stress during pregnancy: A PATH model. *Int. J. Healthc* 2016, 2: 44-50.
52. Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan MY, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2010, 202(1): 61-e1.
53. Shaw M, Lawlor DA, Najman JM. Teenage children of teenage mothers: psychological, behavioural and health outcomes from an Australian prospective longitudinal study. *Social science & medicine* 2006, 62(10): 2526-39.
54. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar 2. Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık, 2010, 130.
55. Furber CM, Garrod D, Maloney E, Lovell K, McGowan L. A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. *Int J Nurs Stud* 2009, 46(5): 669-77.
56. Hipwell AE, Stepp SD, Moses-Kolko EL, Xiong S, Paul E, Merrick N, Keenan K. Predicting adolescent postpartum caregiving from trajectories of depression and anxiety prior to childbirth: a 5-year prospective study. *Arch Womens Ment Health* 2016, 19(5): 871-82.
57. Benute GG, Galletta MA. Gravidez na adolescência: prevalência, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Bras* 2002, 48(3): 198-9.
58. Caputo VG, Bordin IA. Mental health problems among pregnant and non-pregnant youth. *Rev Saude Publica* 2007, 41: 573-81.
59. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *Am J Epidemiol* 1976, 104(2): 107-23.
60. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

61. Orr ST, Miller CA. Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome: review of the literature and preliminary findings. *Epidemiol Rev* 1995, 17(1): 165-71.
62. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Depression during pregnancy. *Clin Drug Investig* 2004, 24(3): 157-79.
63. Santoro K, Peabody H. Identifying and treating maternal depression: Strategies and considerations for health plans. *Washington, DC: National Institute of Health Care Management* 2010, 1-28.
64. American College of Obstetricians and Gynecologists. Screening for perinatal depression. Committee opinion no. 630. *Obstet Gynecol* 2015, 125(630): 1268-71.
65. Huang ZJ, Wong FY, Ronzio CR, Stella MY. Depressive symptomatology and mental health help-seeking patterns of US-and foreign-born mothers. *Matern Child Health J* 2007, 11(3): 257-67.
66. Schoenbach VJ, Garrison CZ, Kaplan BH. Epidemiology of adolescent depression. *Public health reviews* 1984, 12(2): 159.
67. Leadbeater BJ, Bishop SJ. Predictors of behavior problems in preschool children of inner-city Afro-American and Puerto Rican adolescent mothers. *Child development* 1994, 65(2), 638-48.
68. Leadbeater BJ, Bishop SJ, Raver CC. Quality of mother-toddler interactions, maternal depressive symptoms, and behavior problems in preschoolers of adolescent mothers. *Developmental Psychology* 1996, 32(2): 280.
69. Hupcey JE. Clarifying the social support theory-research linkage. *J Adv Nurs* 1998, 27(6): 1231-41.
70. Yurdakul M. Perceived social support in pregnant adolescents in Mersin area in Turkey. *Pak J Med Sci* 2018, 34(1): 115.
71. Rahman A, Iqbal Z, Harrington R. Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychological medicine* 2003, 33(7): 1161-7.
72. van Heyningen T, Myer L, Onah M, Tomlinson M, Field S, Honikman S. Antenatal depression and adversity in urban South Africa. *J Affect Disord* 2016, 203: 121-9.
73. Kim TH, Connolly JA, Tamim H. The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *BMC pregnancy and childbirth* 2014, 14(1): 162.

74. Logsdon MC, Birkimer JC, Ratterman A, Cahill K, Cahill N. Social support in pregnant and parenting adolescents: Research, critique, and recommendations. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2002, 15(2): 75.
75. Colletta ND. At risk for depression: A study of young mothers. *J Genet Psychol* 1983, 142(2): 301-10.
76. Crnic KA, Greenberg MT, Robinson NM, Ragozin AS. Maternal stress and social support: Effects on the mother-infant relationship from birth to eighteen months. *Am J Orthopsychiatry* 1984, 54(2): 224-35.
77. Bunting L, McAuley C. Research review: Teenage pregnancy and parenthood: The role of fathers. *Child & Family Social Work* 2004, 9(3): 295-303.
78. Barth RP, Schinke SP, Maxwell JS. Psychological correlates of teenage motherhood. *J Youth Adolesc* 1983, 12(6): 471-87.
79. Huang CY, Costeines J, Ayala C, Kaufman JS. Parenting Stress, Social Support, and Depression for Ethnic Minority Adolescent Mothers: Impact on Child Development. *J Child Fam Stud* 2014, 23(2): 255-62.
80. Şengün F, Öner Altıok H, Üstün B. Kanıt dayalı uygulama: Psikoeğitim. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2011, 27(3): 66-74.
81. Yurtsever ÜE, Kutlar T, Tarlacı N, Kamberyan K, Yaman M. Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut: Psikoeğitimsel bir model. *Düşünen Adam* 2001, 14(1): 33-40.
82. Reid J, Lloyd C. ve De Groot L. The psychoeducation needs of parents who have an adult son or daughter with a mental illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 2005, 4(2): 1-13.
83. Soykan Ç. Şizofren hastalarının aileleriyle yapılan iletişim becerileri odaklı psiko-eğitim grup programının aile işlevlerindeki etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2000.
84. Tel H. Şizofrenik hasta ailelerinin hastalık semptomlarını ele alma ve stresle baş etmelerine psikoeğitimsel yaklaşımın etkisinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1999.
85. Lukens EP, McFarlane WR. Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment & Crisis Intervention* 2004, 4(3).
86. Song MK, Happ MB, Sandelowski M. Development of a tool to assess fidelity to a psycho-educational intervention. *J Adv Nurs* 2010, 66(3): 673-82.

87. Chan CW. Psychoeducational intervention: a critical review of systematic analyses. *Clin Eff Nurs* 2005, 9(3-4): 101-11.
88. Katz MR, Irish JC, Devins GM. Development and pilot testing of a psychoeducational intervention for oral cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer* 2004, 13(9): 642-53.
89. Güçray S, Kaya A, Saçkes M. Yaşam becerileri: Ergenler için grupla psikolojik danışma uygulamaları. *Pegem Atıf İndeksi* 2018, 001-310.
90. DeLucia-Waack JL. Leading psychoeducational groups for children and adolescents. *Sage Publications*, 2006.
91. Özkan S. Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser, İstanbul: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi 1998-1999. *Kongre Kitabı* 1999: 140-52.
92. Gümüş AB. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2006, 2(3): 108-14.
93. Kunkel EJ, Chen EI, Okunlola TB. Psychosocial concerns of women with breast cancer. *Prim Care Update Ob Gyns* 2002, 9(4): 129-34.
94. Gümüşdaş M, Apay SE, Özorhan E. Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2014, 1(2): 32-42.
95. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2008, 28(4): 525-32.
96. Rezaee R, Framarzi M. Predictors of mental health during pregnancy. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2014, 19 (7 Suppl1): 45.
97. Akbaş E, Vırt O, Savaş AH, Sertbaş G. Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi* 2008, 45(3).
98. Silva RAD, Jansen K, Souza LDDM, Moraes IGDS, Tomasi E, Silva GDGD, Pinheiro RT. Depression during pregnancy in the Brazilian public health care system. *Braz J Psychiatry* 2010, 32(2): 139-44.
99. Abazarnejad T, Ahmadi A, Nouhi E, Mirzaee M, Atghai M. Effectiveness of psycho-educational counseling on anxiety in preeclampsia. *Trends Psychiatry Psychother* 2019, (AHEAD).

100. Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, Scuffham PA, Ryding EL. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC pregnancy and childbirth* 2015, 15(1): 284.
101. Thomas DV, Looney SW. Effectiveness of a comprehensive psychoeducational intervention with pregnant and parenting adolescents: A pilot study. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2004, 17(2): 66-77.
102. Demirgöz M, Canbulat N. Adölesan gebelik. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2008, 28(6): 947-52.
103. Bulut S, Gürkan A, Sevil Ü. Adolescent pregnancies. *Aile ve Toplum Dergisi* 2008, 4: 37-44.
104. Videbeck SL. Psychiatric Mental Health Nursing. *Lippincott Williams & Wilkins*, 2010.
105. Halter MJ. Varcarolis' Foundations of Psychiatric-Mental Health Nursing-E-Book: A Clinical Approach. *Elsevier Health Sciences* 2017.
106. Shives LR. Basic concepts of psychiatric-mental health nursing. *Lippincott Williams & Wilkins*, 2008.
107. SmithBattle L, Leonard V. Inequities compounded: Explaining variations in the transition to adulthood for teen mothers' offspring. *J Fam Nurs* 2012, 18(3): 409-31.
108. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı 2009. S: 243-4.
109. Logsdon MC, Foltz MP, Stein B, Usui W, Josephson A. Adapting and testing telephone-based depression care management intervention for adolescent mothers. *Arch Womens Ment Health* 2010, 13(4): 307-17.
110. Clemmens D. Adolescent motherhood: a meta-synthesis of qualitative studies. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2003, 28(2): 93-9.
111. SmithBattle LI. Reducing the stigmatization of teen mothers. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2013, 38(4): 235-41.
112. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, Doğum İstatistikleri, 2018.
113. da Cunha Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, de Ávila Quevedo L, de Mattos Souza LD, Castelli RD, Pinheiro KAT. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Braz J Psychiatry* 2013, 35(1): 51-6.

114. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988, 56: 893-7.
115. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998, 12: 163-72.
116. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A) *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011, 63: 467-72.
117. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Bahar Sempozyumları 1997, 1(1): 51-2
118. Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995, 10(34): 45-55.
119. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001, 12(1): 17-25.
120. Çakır Y, Palabıyıkoglu R. Gençlerde sosyal destek-çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi* 1997, 5(1): 15-24.
121. Inter-Agency Standing Committee. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. *Geneva, Switzerland: IASC 2006*.
122. Komite, Kuruluşlar Arası Daimi. "IASC Acil Durumlarda Ruh Sağlığı ve Psikolojik Destek Kılavuzu." *Cenevre, IASC 2007*.
123. Tol WA, Bastin P., Jordans MJ, Minas H, Souza R, Weissbecker I, Van Ommeren M. 17 Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings. *Global mental health: Principles and practice* 2013, 295.
124. Edirne T, Can M, Kulusari A, Yildizhan R, Adali E, Akdag B. Trends, characteristics, and outcomes of adolescent pregnancy in eastern Turkey. *Obstet Gynecol Int J* 2010, 110(2): 105-8.
125. Peter PJ, de Mola CL, de Matos M B, Coelho FM, Pinheiro KA, da Silva RA, Quevedo LA. Association between perceived social support and anxiety in pregnant adolescents. *Braz J Psychiatry* 2017, 39(1): 21-7.
126. Koniak-Griffin D, Walker DS, De Traversay J. Predictors of depression symptoms in pregnant adolescents. *J Perinatol* 1996, 16(1): 69-76.

127. Laurenzi CA, Gordon S, Abrahams N, du Toit S, Bradshaw M, Brand A, Melendez-Torres GJ, Tomlinson M, Ross DA, Servili C, Carvajal-Aguirre L, Lai J, Dua T, Fleischmann A, Skeen S. Psychosocial interventions targeting mental health in pregnant adolescents and adolescent parents: a systematic review. *Reproductive health* 2020, 17(1): 65.
128. Çalışkan Y. Adölesan Gebelerde Suisidalite ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı. Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, 2018.
129. Babington LM, Malone L, Kelley BR. Perceived social support, self esteem, and pregnancy status among Dominican adolescents. *Appl Nurs Res* 2015, 28(2): 121-6.
130. Mitchell SJ, Lewin A, Horn IB, Valentine D, Sanders-Phillip, K, Joseph JG. How does violence exposure affect the psychological health and parenting of young African-American mothers? *Social science & medicine* 2010, 70(4): 526-33.
131. Irvine H, Bradley T, Cupples M, Boohan M. The implications of teenage pregnancy and motherhood for primary health care: unresolved issues. *British Journal of General Practice* 1997, 47(418): 323-6.
132. Woodward L, Fergusson DM, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with teenage pregnancy: Results of a prospective study from birth to 20 years. *J Marriage Fam* 2001, 63(4): 1170-84.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş

1989 yılında Batman/Beşiri'de doğdu. İlk ve orta öğretimini Batman'da tamamladıktan sonra 2011 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden mezun oldu. 2014 yılında Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisansını tamamladı. 2012-2014 yılları arasında çeşitli kurumlarda hemşire pozisyonunda çalıştı. 2014 yılı Nisan ayından bu yana Hakkari Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır.

EK-2. Tanıtıcı Özellikler Formu

Anket no:

Tarih:

Katılımcının Adı Soyadı:

Cep Tel:

1. Yaşınız:

2. Eşinizin yaşı

3. Eğitim Durumunuz

- a) Okur-yazar değil
- b) Okur-yazar
- c) İlkokul
- d) Ortaokul
- e) Lise
- f) Üniversite

4. Eşinizin eğitim durumu

- a) Okur-yazar değil
- b) Okur-yazar
- c) İlkokul
- d) Ortaokul
- e) Lise
- f) Üniversite

5. Mesleğiniz nedir?

- a) Ev hanımı
- b) Memur
- c) Serbest Meslek
- d) Diğer

6. Gelir durumunuz nedir?

- a) Gelir giderden fazla
- b) Gelir gider dengeli
- c) Gelir giderden az

7. Aile tipiniz nedir?

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

8. Nikah durumunuz nedir?

- a) Resmi nikah
- b) Dini nikah

9. Bu Sizin Kaçınıcı gebeliğiniz?

- a) Birinci
- b) İkinci
- c) Üçüncü

10. Gebeliğinizi planladınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

11. Gebelik haftanız nedir?

EK-3. Beck Anksiyete Envanteri

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHLİ SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işaretli koyarak belirtiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın-calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

EK-4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

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.

1. (Son 7 gündür) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

0-Her zaman olduğu kadar

1-Artık pek o kadar değil

2-Artık kesinlikle o kadar değil

3-Artık hiç değil

2. (Son 7 gündür) Geleceğe hevesle bakıyorum.

0-Her zaman olduğu kadar

1-Her zamankinden biraz daha az

2-Her zamankinden kesinlikle daha az

3-Hemen hemen hiç

3. (Son 7 gündür) Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

3-Evet, çoğu zaman

2-Evet, bazen

1-Çok sık değil

0-Hayır, hiçbir zaman

4. (Son 7 gündür) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endiseli hissediyorum.

0-Hayır, hiçbir zaman

1-Çok seyrek

2-Evet, bazen

3-Evet, çoğu zaman

5. (Son 7 gündür) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.

3-Evet, çoğu zaman

2-Evet, bazen

1-Hayır, çok sık değil

0-Hayır, hiçbir zaman

6. (Son 7 gündür) Her sey giderek sırtıma yükleniyor.

3-Evet, çoğu zaman hiç basa çıkamıyorum

2-Evet, bazen eskisi gibi basa çıkamıyorum

1-Hayır, çoğu zaman oldukça iyi basa çıkabiliyorum

0-Hayır, her zamanki gibi basa çıkabiliyorum

7. (Son 7 gündür) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

3-Evet, çoğu zaman

2-Evet, bazen

1-Çok sık değil

0-Hayır, hiçbir zaman

8. (Son 7 gündür) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

3-Evet, çoğu zaman

2-Evet, oldukça sık

1-Çok sık değil

0-Hayır, hiçbir zaman

9. (Son 7 gündür) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

3-Evet, çoğu zaman

2-Evet, oldukça sık

1-Çok seyrek

0-Hayır, asla

10. (Son 7 gündür) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

3-Evet, oldukça sık

2-Bazen

1-Hemen hemen hiç

0-Asla

EK-5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formu (ÇBASDÖ)

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daireiçine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet



**ADOLESAN GEBELER İÇİN
PSİKOSOSYAL DESTEK TABANLI
PSİKOEĞİTİM KİTAPÇIĞI**



Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK

Öğr. Gör. Çiçek EDİZ

2020

EK-7. Etik Kurul Onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
24.12.2019	22	2019/136	
<p>Karar No: 2019/136: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 24.12.2019 tarihinde İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Toplantı Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde Doç. Dr. Funda KAVAK BUDAK'ın sorumlu araştırmacı olduğu; Öğr. Gör. Çiçek EDİZ'in; yardımcı araştırmacısı olduğu; "Adölesan Gebelere Verilen Psikososyal Destek Tabanlı Psikoeğitimin Anksiyete, Depresyon ve Algılanan Sosyal Desteğe Etkisi" başlıklı çalışması; üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; <u>çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</p>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Başkanı	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILMADI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILMADI

EK-8. Kurum İzni



SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ VAN EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAĞLIK BİLİMLERİ
ÜNİVERSİTESİ VAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
17/03/2020 15:37 - 36866945 - 514.10 - E.6701



00115007508

T.C.
VAN VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 36866945-514.10
Konu : Çiçek EDİZ, Bilimsel Çalışma HK.

Sn.Dr.Öğ.Üyesi Çiçek EDİZ

İlgi: 12.03.2020 tarih ve 36866945-000-3011 sayılı dilekçe

İlgi dilekçeye istinaden “Adölesan Gebelere Verilen Psikososyal Destek Tabanlı Psikoeğitimin Anksiyete, Depresyon ve Algılanan Sosyal Desteğe Etkisi” isimli çalışmanızın hastanemizde yürütülmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.

Doç. Dr. Sebahattin ÇELİK
Başhekim

ADRES:
Şerefiye Mah.Kültür Sok.Berçem Apt.
Kat:5 No: 36 İpekyolu/VAN
Tel :(0 507 443 56 19)

Bilgi için: HIDIR ERTAŞ

SÜREKLİ İŞÇİ

Telefon No: 23650

Telefon: Faks No:

e-Posta: hidir.ertas@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5fbc21c0-d90c-4e95-9422-c4287dd471c7 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-9. Aydınlatılmış Onam Formu

Lütfen Bu Dökümanı Dikkatlice Okuyunuz.

Sizi Funda KAVAK BUDAK ve Çiçek EDİZ tarafından yürütülen ‘Adölesan gebelere Verilen Psikososyal Destek Tabanlı Psikoğitimin Anksiyete, Depresyon ve Algılanan Sosyal Desteğe Etkisi’ başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Araştırmayla İlgili Bilgiler

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma, Adölesan gebelere Verilen Psikososyal Destek Tabanlı Psikoğitimin Anksiyete, Depresyon ve Algılanan Sosyal Desteğe Etkisi’ni belirlemek amacıyla yapılacaktır.

Katılımcı Sayısı: Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 124’tür.

Araştırmaya Katılım Süresi: Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 4 haftadır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama ve ya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onayverdiğiniz anlamına gelmektedir. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahısa verilmeyecektir.

Bu araştırma kapsamında herhangi bir ilaç ve ya tedavi yöntemi uygulanmayacaktır. Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Çiçek EDİZ tarafından karşılanacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size ve ya yasal temsilcilerinize derhal bildirilecektir. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Çalışmaya Katılım Onayı: Yukarda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı verilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmeden bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve tehdit altında kalmadan katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı:

Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Araştırmacının

Adı:

Soyadı:

İmzası:

Tarih: