

**T.C.**  
**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**TR, Balıkesir University, Institute of Health Sciences**

**SURİYELİ VE TÜRK ADÖLESAN GEBELERDE  
PRENATAL ANKSİYETE, DEPRESYONUN  
MATERNAL VE FETAL SAĞLIĞA ETKİSİ VE  
İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**YL-25.**

**NECMİYE YAPRAK**

**Ebelik Anabilim Dalı**  
**Bilim Alan Kodu: 10104.01**



**BALIKESİR**  
**2024**

**T.C.**  
**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SURİYELİ VE TÜRK ADÖLESAN GEBELERDE PRENATAL ANKSİYETE,  
DEPRESYONUN MATERNAL VE FETAL SAĞLIĞA ETKİSİ VE İLİŞKİLİ  
FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**YL-26.**

**NECMİYE YAPRAK**

**TEZ DANIŞMANI**  
**DOÇ. DR. SELDA YÖRÜK**

**Ebelik Anabilim Dalı**  
**Bilim Alan Kodu: 10104.01**

**BALIKESİR**  
**2026**



T.C.  
**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**TEZ KABUL VE ONAY**

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde  
**Necmiye YAPRAK** tarafından yürütülmüş ve tamamlanmış olan  
**“Suriyeli ve Türk Adölesan Gebelerde Prenatal Anksiyete, Depresyonun  
Maternal ve Fetal Sağlığa Etkisi ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi”**  
başlıklı tez çalışması,  
Balıkesir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin  
ilgili maddeleri uyarınca aşağıdaki jüri tarafından

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

olarak kabul edilmiştir.

**Tez Savunma Tarihi:** 27.11.2025

**TEZ SINAV JÜRİSİ**

Dr. Öğr. Üyesi Döndü SEVİMLİ GÜLER

Sakarya Üniversitesi

**(Başkan)**

Doç. Dr. Selda YÖRÜK

Balıkesir Üniversitesi

**(Danışman)**

Dr. Öğr. Üyesi Öznur YAŞAR

(Balıkesir Üniversitesi)

**(Üye)**

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi,  
sınav jüri üyeleri tarafından imzalanarak 14/01/2026 tarihinde teslim  
edilmiştir.

Prof. Dr. Şükrü Metin Pancarcı

Enstitü Müdürü

## BEYAN

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıpları kabullendiğimi **beyan ederim.**

...../...../2026

**İmza**

**NECMİYE YAPRAK**

## İTHAF

Koşulsuz sevgileri, bitmeyen destekleri ve her zaman yanımda olduklarını hissettiren varlıklarıyla bana güç veren sevgili Anneme, Babama ve tüm aileme,

Her ne olursa olsun yanımda olan sevgili Eşime,

Kendisini ararken sağdan sola savrulduğum, bu savrulmanın duraklarından biri olan bu tezde kendimi bulmamı sağlayan mucize bebeğim Küçük Kızıma,

Hayatın zorluklarına rağmen umudu ve direnci öğreten, her şeye rağmen yaşama tutunmaya çalışan tüm adölesan gebelere ve dünyaya getirdikleri geleceğimizin teminatı olan bebeklere...

Sevgi ve minnetle.

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aşamasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, değerli gürüő ve yönlendirmeleriyle tezimi tamamlamamda büyük destek olan kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Selda YÖRÜK'e en içten saygı ve őükranlarımı sunarım.

Tez savunma jürisinde yer alarak çalıőmama değerli katkılarda bulunan Dr. Öğr. Üyesi Döndü SEVİMLİ GÜLER ve Dr. Öğr. Üyesi Öznur YAŞAR hocalarıma teşekkürlerimi arz ederim.

Çalıőmamın yürütülmesine izin veren ve desteklerini esirgemeyen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetimine ve ilgili birimlerindeki tüm çalıőanlara teşekkür ederim. Özellikle veri toplama sürecinde yardımcı olan doğumhane personeline ve çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm Suriyeli ve Türk adölesan gebelere içtenlikle teşekkür ederim. Onların katkıları olmadan bu çalışmanın gerçekleşmesi mümkün olmazdı.

Hayatımın her anında, özellikle bu zorlu süreçte sabırları, koşulsuz destekleri, moral ve motivasyon kaynakları oldukları için sevgili aileme, özellikle eşim Olcay YAPRAK ve babam Recep BİLA, annem Kevser BİLA ve tüm aile üyelerime sonsuz teşekkür ve minnetlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iv
İTHAF .....	v
TEŞEKKÜR .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	i
ÖZET.....	iv
ABSTRACT .....	vi
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	ix
TABLolar DİZİNİ .....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1 Adölesan Dönem Tanımı .....	5
2.1.1 Adölesan Dönemin Önemi.....	5
2.1.2 Adölesan Dönem Sağlık Sorunları.....	6
2.1.3. Adölesan Dönem Gebelikleri ve Sonuçları.....	12
2.2 Dünyada Adölesan Dönem Gebelikleri ve Sonuçları.....	14
2.3 Türkiyede Adölesan Dönem Gebelikleri ve Sonuçları.....	15
2.4 Prenatal Anksiyete ve Depresyon Tanımı.....	16
2.5 Prenatal Anksiyete ve Depresyonun Maternal ve Fetal Sağlığa Etkileri.....	18
2.6 Suriye'deki İç Savaş Nedeniyle Zorunlu Göç Tablosu ve Sağlık Sorunlarına Etkileri .....	19
2.7 Türkiye'deki Suriyeli Göçmenler, Sosyodemografik Özellikleri ve Karşılaştıkları Sorunlar .....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Amacı .....	23
3.2. Araştırmanın Hipotezleri .....	23
3.3. Araştırmanın Tipi .....	23
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	23
3.5. Araştırmanın Evreni, Örnekleme ve Örneklem Belirleme Yöntemi	24
3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri .....	25

3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	25
3.6.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	25
<b>3.7. Araştırmanın Değişkenleri .....</b>	<b>25</b>
3.7.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni (leri): .....	25
3.7.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni(leri): .....	26
<b>3.8. Veri Toplama Araçları ve Yöntemleri .....</b>	<b>26</b>
3.8.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu.....	27
3.8.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	27
3.8.3. Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği (PATÖ) .....	28
3.8.4. Maternal ve Neonatal Sağlık Sonuçları Kayıtları .....	28
<b>3.9. Veri Toplama Yöntemi:.....</b>	<b>29</b>
<b>3.10. İstatistiksel Analiz Yöntemi .....</b>	<b>30</b>
<b>3.11. Kurum / Merkez Onayı.....</b>	<b>31</b>
<b>3.12. Araştırmanın Süresi.....</b>	<b>31</b>
<b>3.13. Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar .....</b>	<b>33</b>
<b>3.14. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları .....</b>	<b>34</b>
3.14.1.Araştırmanın Güçlü Yönleri.....	34
3.14.2.Araştırmanın Sınırlılıkları .....	35
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>36</b>
<b>4.1. Araştırma Grubundaki Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....</b>	<b>36</b>
<b>4.2. Araştırma Grubundaki Kadınların Neonatal ve Obstetrik Sağlık Sonuçlarına İlişkin Bulgular .....</b>	<b>40</b>
<b>4.3. Araştırma Grubundaki Kadınların Beck Depresyon Envanteri ve Perinatal Anksiyete Tarama Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular .....</b>	<b>43</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>52</b>
<b>5.1. Araştırma Grubundaki Adölesanların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....</b>	<b>52</b>
<b>5.2. Araştırma Grubundaki Adölesanların Neonatal ve Obstetrik Sağlık Sonuçlarına İlişkin Bulguların Tartışılması .....</b>	<b>55</b>
<b>5.3. Araştırma Grubundaki Adölesanların Beck Depresyon Envanteri ve Perinatal Anksiyete Tarama Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması .....</b>	<b>57</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>62</b>

<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>69</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>79</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>79</b>
<b>EK-1: Tanımlayıcı Veri Formu .....</b>	<b>80</b>
<b>EK-2: Beck Depresyon Envarteri.....</b>	<b>86</b>
<b>EK-3: Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği.....</b>	<b>91</b>
<b>EK-4: Neonatal ve Maternal Sağlık Sonuçları Anket Formu .....</b>	<b>93</b>
<b>EK-5: Etik Kurul .....</b>	<b>95</b>
<b>EK-6: Ölçek İzinleri .....</b>	<b>98</b>
<b>Ek-7 Helsinki Bildirgesi .....</b>	<b>99</b>

## ÖZET

### SURİYELİ VE TÜRK ADÖLESAN GEBELERDE PRENATAL ANKSİYETE, DEPRESYONUN MATERNAL VE FETAL SAĞLIĞA ETKİSİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Amaç:** Bu çalışma, Suriyeli ve Türk adölesan gebelerde prenatal anksiyete ve depresyon düzeylerini tespit etmeyi ve bu düzeylerin maternal ve fetal sağlığa etkilerini ve ilişkili faktörleri incelemeyi amaçlamıştır.

**Yöntem:** Bu kesitsel çalışma, Eylül 2024 – Mayıs 2025 tarihleri arasında yüz yüze görüşme ve anket uygulamaları ile gerçekleştirildi. Araştırma grubunu 52 Türk ve 202 Suriyeli olmak üzere toplam 254 adölesan gebe oluşturdu. Veriler, Tanımlayıcı Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri, Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği ve Maternal ve Neonatal Sağlık Sonuç Kayıtları kullanılarak toplandı. Veriler SPSS 21.0 programı ile analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama  $\pm$  standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler olarak sunuldu. Ölçeklerin güvenilirliği Cronbach alfa ile değerlendirildi ve normallik çarpıklık basıklık değerleri ile test edildi. İstatistiksel analizde ki-kare analizi, bağımsız örneklem t-testi, varyans analizi ve regresyon analizi ile yapıldı.

**Bulgular:** Suriyeli ve Türk adölesanlar arasında depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). Alt grup analizlerinde, ciddi depresyon Suriyeli adölesanların %6,4'ünde ve Türk adölesanların %5,8'inde gözlemlendi. Türk adölesanlar arasında en yüksek oran minimal depresyonda (%36,5) iken, Suriyeli adölesanlarda en sık görülen depresyon düzeyi hafif depresyon (%36,9) olarak belirlendi. İntrapartum hemoraji ve ekstra uterotonik ilaç kullanımı Türk adölesan annelerde anlamlı olarak daha yüksekti ( $p<0,05$ ). Ortalama doğum ağırlığı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmasa da Türk adölesanların yenidoğanlarının ortalama doğum ağırlığı Suriyeli adölesanların yenidoğanlarına göre daha yüksekti.

**Sonuç:** Doğum öncesi anksiyete ve depresyon düzeyleri Suriyeli ve Türk adölesan gebeler arasında benzerdi. Bununla birlikte, intrapartum hemoraji ve ekstra

uterotonik ajan kullanım gibi bazı maternal sonuçlar gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdi. Bu bulgular, adölesan gebeliklerde kültürel ve klinik farklılıklar göz önünde bulundurularak psikososyal değerlendirme ve perinatal bakımın güçlendirilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır.

***Anahtar Kelimeler:** adölesan gebelik, anksiyete, depresyon, maternal sağlık*

## ABSTRACT

### EVALUATION OF PRENATAL ANXIETY, DEPRESSION AND THEIR EFFECTS ON MATERNAL AND FETAL HEALTH OUTCOMES, AND ASSOCIATED FACTORS IN SYRIAN AND TURKISH ADOLESCENT PREGNANCIES

**Purpose:** This study aimed to evaluate prenatal anxiety and depression levels among Syrian and Turkish adolescent pregnant women, and to examine their effects on maternal and fetal health outcomes, as well as associated factors.

**Methods:** This cross-sectional study was conducted between September 2024 and May 2025 through face-to-face interviews and surveys. The sample consisted of a total of 254 adolescent pregnant women, including 52 Turkish and 202 Syrian participants. Data were collected using a Descriptive Information Form, the Beck Depression Inventory, the Perinatal Anxiety Screening Scale, and Maternal and Neonatal Health Outcome Records. The data were analyzed using SPSS 21.0 software. Descriptive statistics were presented as frequency, percentage, mean  $\pm$  standard deviation, median, minimum, and maximum values. The reliability of the scales was evaluated using Cronbach's alpha, and normality was tested through skewness and kurtosis values. Group comparisons were performed using chi-square tests, independent samples t-tests, and multiple regression analyses.

**Results:** There was no statistically significant difference between Syrian and Turkish adolescents in terms of depression and anxiety levels. In subgroup analyses, 6.4% of Syrian adolescents and 5.8% of Turkish adolescents were identified with severe depression. The highest proportion among Turkish adolescents was minimal depression (36.5%), whereas among Syrian adolescents it was mild depression (36.9%). Intrapartum hemorrhage and additional uterotonic agent use were significantly higher among Turkish adolescents. Although mean birth weight did not differ significantly between groups, infants of Turkish adolescents had a higher mean birth weight compared to those of Syrian adolescents.

**Conclusion:** Prenatal anxiety and depression levels were similar between Syrian and Turkish adolescent pregnant women. However, certain maternal outcomes,

such as intrapartum hemorrhage and uterotonic use, differed significantly between groups. These findings highlight the need to strengthen psychosocial assessment and perinatal care for adolescent pregnancies, considering cultural and clinical variations.

***Keywords:** adolescent pregnancy, anxiety, depression, maternal health*

## SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

**AB:** Avrupa Birliği

**ACOG:** American College of Obstetricians and Gynecologists  
(Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji)

**AFAD:** Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı

**APA:** American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Derneği)

**BDE:** Beck Depresyon Envanteri

**CYBE:** Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

**DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**GİB:** Göç İdaresi Genel Başkanlığı

**HIV:** Human Immunodeficiency Virus

**HPV:** Human Papilloma Virus

**NST:** Non-stress test

**PATÖ:** Prenatal Anksiyete Tarama Ölçeği

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**UNFPA:** United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)

**UNİCEF:** United Nations Children's Fund  
(Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

**WHO:** World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

**YYBÜ:** Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b><u>Sayfa No:</u></b>
<b>Şekil 1.</b> Veri Toplama Araçları.....	<b>23</b>
<b>Şekil 2.</b> Veri Toplama Sürecinin Uygulanma Aşamaları.....	<b>30</b>

## TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No:</u>
<b>Tablo 3.12.1</b> Araştırmanın zamansal süreci. ....	<b>32</b>
<b>Tablo 4.1.1</b> Suriyeli ve Türk adölesan gebelerin sosyodemografik özellikleri. ....	<b>36</b>
<b>Tablo 4.1.2</b> Araştırmaya katılan adölesan gebelerin obstetrik özellikleri. ....	<b>34</b>
<b>Tablo 4.1.3</b> Araştırmaya katılan adölesan gebelerin obstetrik özellikleri ve gebeliğe etki eden risk faktörleri. ....	<b>35</b>
<b>Tablo 4.1.4</b> Araştırmaya katılan adölesan gebelerin gebeliğe etki eden psikososyal faktörleri. ....	<b>37</b>
<b>Tablo 4.1.5</b> Diğer sosyodemografik ve obstetrik özellikler. ....	<b>39</b>
<b>Tablo 4.2.1</b> Araştırmaya katılan katılımcı gruplarına göre neonatal ve maternal sağlık sonuçlarının dağılımı. ....	<b>40</b>
<b>Tablo 4.3.1</b> Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analiz sonuçları. ....	<b>43</b>
<b>Tablo 4.3.2</b> Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları. ....	<b>43</b>
<b>Tablo 4.3.3</b> Gruplara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması. ....	<b>43</b>
<b>Tablo 4.3.4</b> Araştırmaya katılan katılımcıların gruplarına göre ölçeklerin karşılaştırılması. ....	<b>44</b>
<b>Tablo 4.3.5</b> Plasenta anomalisi değişkenine ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları. ....	<b>44</b>
<b>Tablo 4.3.6</b> Ekstra uterotonik ajan kullanımına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları. ....	<b>45</b>
<b>Tablo 4.3.7</b> Doğum haftasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları. ....	<b>45</b>
<b>Tablo 4.3.8</b> Doğum kilosuna ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları. ....	<b>46</b>
<b>Tablo 4.3.9</b> Maternal erkan membran rüptürü tanısına göre beck depresyon envanteri ve perinatal anksiyete ölçeği puanlarının karşılaştırılması. ....	<b>46</b>
<b>Tablo 4.3.10</b> Preeklampsi/eklampsi tanısına göre beck depresyon ölçeği ve perinatal anksiyete ölçeği puanlarının karşılaştırılması. ....	<b>47</b>
<b>Tablo 4.3.11</b> Yenidoğan yoğun bakım ünitesi yatışı durumuna göre beck depresyon envanteri ve perinatal anksiyete ölçeği puanlarının karşılaştırılması. ....	<b>47</b>

<b>Tablo 4.3.12</b>	Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumuna göre beck depresyon envanteri ve perinatal aksiyete leği puanlarının karşılaştırılması.....	<b>48</b>
<b>Tablo 4.3.13</b>	Türk gebelerde gebelikte olumsuz sonuçları olanlar ve olmayanların depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırması. ....	<b>48</b>
<b>Tablo 4.3.14</b>	Türk gebelerde doğumda olumsuz sonuç yaşayanlar ve yaşamayanların depresyon ve anksiyete puanlarının karşılaştırılması.....	<b>49</b>
<b>Tablo 4.3.15</b>	Türk gebelerde yenidoğanlarında olumsuz sonuç alanlar ve olmayanların depresyon ve anksiyete puanlarının karşılaştırılması.....	<b>49</b>
<b>Tablo 4.3.16</b>	Suriyeli gebelerde gebeliklerinde olumsuz sonuç olanlar ve olmayanların depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırılması. ....	<b>50</b>
<b>Tablo 4.3.17</b>	Suriyeli gebelerde doğumda olumsuz sonuç olanlar ve olmayanların durumuna göre depresyon ve anksiyete puanlarının karşılaştırılması. ...	<b>50</b>
<b>Tablo 4.3.18</b>	Suriyeli gebelerde yenidoğanlarında olumsuz sonuç alanlar ve olmayanların depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırması. ....	<b>51</b>

## 1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü tanımı ile ‘adölesan’ terimi genellikle ‘genç’ ile eş anlamlı olarak kullanılır. Bu anlamda ‘adölesan gebeliği’ 10-19 yaş arası bir kadında gebelik anlamına gelmektedir (World Health Organization [WHO], 2024). Demografik açıdan bakıldığında, DSÖ (2024) ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (United Nations Population Fund [UNFPA], 2020) verileri dünya genelinde 1.2 ile 1.8 milyar arasında bir adölesan nüfusa işaret ederken, Türkiye’de Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre bu oran %15,4 ile toplumun dinamik bir kesimini oluşturmaktadır (TÜİK, 2020).

Adölesan dönem, çocukluktan yetişkinliğe geçişi simgeleyen, bireyin gelecek yaşamındaki sağlık statüsünü belirleyen kritik kararların alındığı ve kalıcı davranış örüntülerinin şekillendiği dinamik bir yaşam evresidir. Bu süreçte yaşanan hızlı fiziksel ve cinsel maturasyon, bireyin psikolojik dünyasında bir kırılma yaratarak beden imajı, benlik algısı ve öz saygı üzerinde belirleyici bir rol oynar. UNFPA tarafından 2024 verilerinde vurgulandığı üzere bu dönem, yalnızca biyolojik bir değişim süreci değil, aynı zamanda kişiye özel sağlık gereksinimlerinin ve hassasiyetlerin kristalleştiği bir gelişimsel penceredir.

Adölesan gebelikler, bu hassas dönemin en karmaşık halk sağlığı sorunlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürde, adölesan gebelerin yetişkinlere kıyasla daha yüksek biyolojik ve obstetrik risk taşıdığı belgelenmiştir; nitekim Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan güncel çalışmalar, bu grupta preterm doğum ve gestasyonel yaşa göre küçük (SGA) bebek doğurma insidansının anlamlı derecede yüksek olduğunu kanıtlamaktadır (Katlaps ve ark., 2024). Hem bilişsel hem de fizyolojik gelişimin henüz tamamlanmamış olması, bu popülasyonu morbidite ve mortalite faktörlerine karşı savunmasız kılmaktadır. Özellikle cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, üreme sağlığına ilişkin komplikasyonlar, ruhsal sağlık sorunları (öz-kıyım ve kendine zarar verme), kazalar ve sosyo-politik krizlerin (savaş, göç vb.)

yarattığı travmalar, adölesan sağlığını tehdit eden temel risk spektrumunu oluşturmaktadır (Taghizadeh ve ark., 2016).

Adölesan dönemde deneyimlenen ruhsal sağlık sorunları her ne kadar kronik bir seyir izlemese de yaşanan epizotların ve kısa süreli etkilerin yaşam boyu sürecek izler bırakma potansiyeli yüksektir (Patton ve ark., 2014). Günümüzde teknolojinin hızlı gelişimi ve dijital platformlara erişimin kolaylaşmasıyla birlikte, adölesanlar arasında psikolojik bağımlılık türlerinden biri olan sosyal medya bağımlılığı yaygınlık kazanmıştır. Bu durum depresyon, anksiyete ve çeşitli kaygı bozukluklarının insidansında belirgin bir artışa yol açmaktadır (Düşünceli ve ark., 2022). DSÖ'nün 2024 verilerine göre, 10-19 yaş grubundaki adölesanların %14'ünün ruhsal sağlık sorunları yaşadığı tahmin edilmektedir. Bu popülasyonda özellikle duygusal bozukluklar ön plandadır ve kaygı bozuklukları en yaygın görülen tabloyu oluşturmaktadır. Veriler, 10-14 yaş grubunun %4,4'ünde, 15-19 yaş grubunun ise %5,5'inde kaygı bozukluğu; depresyonun ise sırasıyla %1,4 ve %3,5 oranlarında görüldüğünü ortaya koymaktadır. Ayrıca, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) görülme sıklığı 10-14 yaş grubunda %2,9, 15-19 yaş grubunda ise %2,2 olarak bildirilmiştir.

DSÖ'nün 2020 verilerine göre, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki anne ölümlerinin %99'u 15-49 yaş grubunda gerçekleşmekte olup bu tablonun temel bileşenlerinden birini adölesan gebelikleri oluşturmaktadır. Küresel ölçekte yaklaşık 1,2 milyara ulaşan adölesan nüfusu içerisinde, yıllık 21 milyonu bulan gebelik sayısı günümüzde kritik bir halk sağlığı krizi niteliği taşımaktadır. DSÖ 2020 verilerine göre, gelişmekte olan bölgelerde her yıl 15-19 yaş aralığındaki yaklaşık 12 milyon kız çocuğu ile 15 yaş altındaki en az 777.000 çocuk doğum yapmaktadır. Türkiye'de adölesan doğurganlık hızı, 2001 yılında binde 49 iken 2023 yılı itibarıyla binde 11'e gerileyerek dikkate değer bir düşüş kaydetmiştir (TÜİK, 2024). Ancak bu düşüş eğilimine rağmen Türkiye, 2022 yılı verileri temel alındığında binde 12'lik oranıyla Avrupa Birliği (AB) ortalamasının üzerinde yer almakta ve 27 AB üyesi ülkenin yedisinden daha yüksek bir adölesan doğurganlık hızına sahip olduğu görülmektedir (TÜİK, 2024). Söz konusu dönemde AB genelinde en yüksek hız binde 37 ile Bulgaristan'da, en düşük hız ise binde bir ile Danimarka'da kaydedilmiştir (TÜİK, 2024).

Klinik boyutta ise perinatal depresyon; gebelik sürecinden başlayarak postpartum ilk aylara kadar uzanan, hafiften şiddetliye kadar değişen geniş bir yelpazede depresif semptomlarla karakterize olan duyu durum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Fisher ve ark., 2012). Güncel literatür, prenatal dönemde depresyon, anksiyete ve stres prevalansının %13 ile %25 arasında seyrettiğini belgelemektedir (Obrochta ve ark., 2020; McDonald ve ark., 2021). Maternal psikolojik durumun fetüs üzerindeki etkilerine dair kanıtlar, bu durumun yetişkinliğe kadar uzanan kalıcı nörogelişimsel sonuçlar doğurduğunu göstermektedir. Özellikle gebelik esnasındaki anne anksiyetesi ve depresyonu, çocukların uzun dönemli sağlık parametreleri ve davranışsal çıktılarıyla doğrudan ilişkilendirilmiştir (Ziyi Yang ve ark., 2023). Ayrıca prenatal dönemde yaşanan psikolojik distres; intrauterin gelişme geriliği (IUGR), prematüre doğum eylemi ve düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz obstetrik ve neonatal sonuçların en önemli öngördürücülerinde yer almaktadır (Grote ve ark., 2010).

Temelinde bir yer değiştirme eylemi olan göç olgusu, dinamikleri ve doğurduğu sonuçlar itibarıyla çok boyutlu bir yapıya sahiptir. 2011 yılında Suriye’de patlak veren iç çatışmaların tetiklediği kitlesel göç hareketi; vatan terkini takiben yerleşme, sosyokültürel uyum ve entegrasyon gibi karmaşık süreçleri beraberinde getirmiş; neticede hedef ülkelerin sosyodemografik yapılarında köklü değişimlere yol açmıştır. Zorunlu göçün getirdiği travmatik etkilerle birlikte; sosyal güvence eksikliği, dil bariyeri ve kültürel farklılıklar gibi nedenlerle temel hizmetlere erişimde yaşanan kısıtlılıklar, göçmen popülasyonunda çeşitli sağlık sorunlarının insidansını artırmaktadır. Literatürde, göçle ilişkili bu olumsuz yaşam koşullarının özellikle beslenme yetersizlikleri ve kronik sağlık problemleriyle doğrudan bağlantılı olduğu bildirilmektedir. Nitekim Suriyeli kadınlar üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada; katılımcıların %50’sinde demir eksikliği, %45,6’sında B12 vitamini eksikliği ve %10,5’inde folik asit eksikliği saptanmış olması, bu popülasyonun gebelik ve genel sağlık açısından taşıdığı risk spektrumunu gözler önüne sermektedir (Pekdoğan ve Saygun, 2023).

Üreme sağlığı perspektifinden bakıldığında; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, plansız gebeliklerin önlenememesi, kontraseptif yöntemlere erişim ve kullanım

yetersizliği, antenatal bakım eksikliği, tıbbi denetimden yoksun sonlandırılan gebelikler ve patolojik kanamalar temel sorun alanları olarak dikkat çekmektedir. Bu klinik tabloyu tetikleyen birincil faktörler arasında ise dil bariyeri ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan yapısal güçlükler ilk sırada yer almaktadır. Literatürde, bu engellerin aşılmasına yönelik yürütölen kurumsal çabaların sonuçları da rapor edilmektedir. Nitekim Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından hazırlanan 'Türkiye'deki Suriyeli Kadınlar' raporuna göre, Suriyeli kadınların gerçekleştirdiği doğumların %96 gibi büyük bir çoğunluğunun hastane veya klinik şartlarında yapıldığı, sağlık kuruluğu dışındaki doğumların oranının ise %4 düzeyinde kaldığı bildirilmiştir (AFAD, 2014). Bu veriler, fiziksel erişimin yüksek düzeyde olmasına rağmen, bakım kalitesini ve sürekliliğini etkileyen dil ve iletişim temelli sorunların üreme sağlığı çıktıları üzerindeki belirleyici etkisini koruduğunu göstermektedir.

Bu çalışma ile önemli birer halk sağlığı önceliği olan adölesan sağlığı ve göçmen sağlığı konularına dikkat çekilmesi, literatürdeki ve uygulamadaki mevcut eksikliklerin saptanması hedeflenmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler ışığında; hem göçmenlerin hem de adölesanların biyopsikososyal sağlık sorunları ile bu sorunları tetikleyen risk faktörleri tanımlanmıştır. Belirlenen bu faktörler temelinde; koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, erken tanı süreçlerinin optimize edilmesi ve zamanında müdahale stratejilerinin oluşturulması noktasında öncü bir rehber sunulması planlanmaktadır. Nihayetinde bu çalışma; sağlık çıktılarını iyileştirme, kamu sağlığı harcamalarını minimize etme ve uzun vadede daha sağlıklı bir neslin inşasına katkı sağlama potansiyeli ile klinik uygulama ve politika yapım süreçlerine katma değer sunmayı amaçlamaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Adölesan Dönem Tanımı

DSÖ'ne göre (2024) adölesan dönem 10-19 yaş grubu olarak tanımlanmıştır (WHO, 2024). American Psychological Association (APA) tanımında ise, insan gelişiminin, puberte ile başlayıp (yaklaşık 10 ila 12 yaşları) fizyolojik ve nörobiyolojik olgunluğa ulaşmasıyla sona eren dönemdir (APA, t.y.). Adölesan döneme giriş yaşı bireysel farklılıklar gösterebileceği gibi cinsiyetler arasında da değişkenlik arz edebilir. Fiziksel değişimlerin yaşandığı bu dönemin ilk belirtileri kızlarda 8 ile 13 yaşları arasında ortaya çıkarken, erkeklerde bu süreç 9 ile 15 yaşları arasında başlayabilmektedir. Bu süreçte vücuttaki kas ve yağ oranlarındaki artışa bağlı olarak hacimsel bir büyüme gözlemlenir. Fiziksel, cinsel ve psikososyal gelişim hızı kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte, cinsiyetler arasındaki morfolojik farkların belirginleşmesi bireylerin sosyal yaşama katılımında bazı sorunlara yol açabilmektedir (Özcebe, 2002).

#### 2.1.1 Adölesan Dönemin Önemi

Adölesan dönem, bireyin yaşam boyu sürdüreceği sağlık statüsünü belirleyen kritik kararların alındığı ve temel davranış kalıplarının şekillendiği hayati bir evredir. Bu süreçte fiziksel özelliklerde, cinsel gelişimde ve ilgide meydana gelen hızlı değişimler; beden imajı, benlik kavramı ve öz saygı üzerinde derin etkiler yaratmaktadır. Ayrıca bu dönemde önemli bilişsel ve sosyal sıçramalar gerçekleşmektedir. Adölesanların çoğu; soyut düşünebilme, mantıksal karar verme, varsayımsal akıl yürütme, deneyimleri farklı perspektiflerden değerlendirme ve karmaşık gelecek senaryoları tasarlama becerileri kazanır. Sosyal açıdan ise akran etkileşiminin artması, sosyal kabul görme isteği ve ebeveynlerden bağımsızlık arayışı ön plana çıkmaktadır (APA, t.y.).

Her ne kadar adölesan dönem genel olarak sağlıklı bir yaşam evresi olarak kabul edilse de bilişsel, fiziksel ve psikososyal büyümenin hızlı seyri; yanlış kararlar

sonucu ölümcül hastalıklar, ciddi yaralanmalar veya kronik sağlık sorunları riskini de beraberinde getirebilmektedir. Ancak bu risklerin büyük bir kısmının önlenbilir ya da erken dönemde tedavi edilebilir nitelikte olduğu saptanmıştır. Beslenme, fiziksel aktivite, cinsel sağlık ve tütün/madde kullanımı gibi yaşam tarzı örüntüleri bu dönemde yerleşmekte ve bireyin yaşam boyu sağlık profilini belirlemektedir. Psikososyal büyüme sürecindeki adölesanların hatalı sosyokültürel tercihleri, ruhsal ve bedensel iyilik halinden uzaklaşmalarına neden olabilmektedir (WHO, 2024).

Çocukluktan yetişkinliğe geçiş süreci, yalnızca bireyin kendi sağlığını değil, dolaylı olarak toplumun genel sağlık düzeyini de etkileyen bir seçimler dönemidir. Adölesan sağlığına yapılan yatırımlar, bireyin mevcut ve gelecekteki iyilik halini korumanın ötesinde; sağlıklı, eğitilmiş ve bilişsel düzeyi yüksek toplumların inşası için stratejik bir öneme sahiptir. Bu döneme öncelik verilmesi, gençlerin potansiyellerini tam olarak gerçekleştirmelerini ve toplumsal ilerlemenin sürdürülebilir kılınmasını hedeflemektedir (UNFPA, 2024).

### **2.1.2 Adölesan Dönem Sağlık Sorunları**

DSÖ (2024) verilerine göre dünya nüfusunun 1.2 milyarını, UNFPA (2020) verilerine göre ise 1.8 milyarını adölesan popülasyonu oluşturmaktadır. Türkiye özelinde ise adölesanlar, toplam nüfusun %15,4'ünü teşkil etmektedir (TÜİK, 2020). Bedensel ve bilişsel gelişim süreçlerinin henüz tamamlanma aşamasında olması, bu grubu pek çok sağlık riski karşısında hassas kılmaktadır. Adölesanlarda gözlenen temel mortalite ve morbidite nedenleri arasında; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, üreme sağlığı komplikasyonları, kendine zarar verme davranışları, intihar eğilimi, kaza ve yaralanmalar ile savaş ve çatışma ortamlarının yarattığı travmalar yer almaktadır (Taghizadeh ve ark., 2016). Bu kritik evrede edinilen sağlık alışkanlıkları, bireyin yaşam boyu sürdüreceği sağlık statüsü üzerinde belirleyici bir role sahiptir. Yetersiz sağlık hizmeti ve danışmanlık, hizmetlere erişimde yaşanan bariyerler, çevresel faktörler ve riskli yaşam alışkanlıklarının benimsenmesi, kronik sağlık sorunlarına zemin hazırlayabilmektedir.

Geç çocukluk ve erken adölesan dönemi; pubertal geçişin yönetilmesi, sağlıklı büyüme ivmesinin sürdürülmesi ve ileriki yaşlarda obezite riskinin minimize edilmesi açısından beslenmeye duyarlı bir fırsat penceresi sunmaktadır. Bu süreçteki beslenme

örüntüleri, pubertenin başlangıç yaşını ve seyrini doğrudan etkilemekte; dolayısıyla boy uzaması, vücut kompozisyonu ve diğer fizyolojik sistemlerin maturasyonu üzerinde kalıcı sonuçlar doğurmaktadır. Adölesanlık, hem yetersiz beslenmenin hem de obezitenin fizyolojik sistemlerin olgunlaşma sürecini sekteye uğratabildiği dönüştürücü bir büyüme evresidir. Bu dönemde herhangi bir fizyolojik sistemin beslenme yetersizliğine bağlı olarak etkilenmesi, birbiriyle entegre olan diğer sistemlerin gelişimini de olumsuz yönde etkilemektedir (Norris ve ark., 2022).

Beslenme alışkanlıkları, adölesan dönemde temelleri atılan en kritik davranış kalıplarından biridir. Bu süreçte görülen beslenme yetersizlikleri ve düzensizlikleri; başta obezite ve kronik hastalıklara yatkınlık olmak üzere, demir eksikliği anemisi, vitamin eksiklikleri ve buna bağlı gelişen komplikasyonlar, büyüme-gelişme gerilikleri ile beden algısında bozulma ve anksiyete gibi sorunların insidansını artırmaktadır (Norris ve ark., 2022). Özellikle hazır gıda tüketimi, teknolojik cihaz kullanımı sırasında atıştırma eğilimi ve öğün atlama gibi yanlış beslenme alışkanlıkları bu dönemde yerleşmektedir. Ayrıca, kafein tüketimindeki kontrolsüz artış ve bağımlılık gelişimi, mineral emilim süreçlerini sekteye uğratarak fizyolojik sistemler üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır (Lassi, 2017).

Beslenme alışkanlıklarındaki bu bozulmaya sıklıkla fiziksel aktivite düzeyindeki belirgin azalma eşlik etmektedir (Dumith ve ark., 2011). Adölesan dönemde gelişen obezitenin, yetişkinlik evresindeki morbidite artışının en güçlü öngördürücüsü olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda, kas-iskelet sistemi bütünlüğünün korunması ve vücut kompozisyonundaki yağ-kas oranı dengesinin optimize edilmesi açısından adölesanların fiziksel aktivite düzeyleri hayati bir öneme sahiptir (Pearson ve ark., 2015). Düzenli fiziksel aktivite; postür bozukluklarının önlenmesine yardımcı olmakta, akciğer kapasitesini artırmakta ve bireyin hem fizyolojik hem de psikolojik iyilik halini desteklemektedir. Sosyokültürel ve psikolojik gelişimi olumlu yönde etkileyen bu aktiviteler, aynı zamanda adölesanların öz yeterlilik algısını ve genel yaşam doyumunu hislerini güçlendirmektedir (Kantekin ve ark., 2021). Ancak DSÖ (2022) verileri, adölesanların %80'inden fazlasının sağlık için önerilen minimum egzersiz kriterlerini karşılayamadığını ortaya koymaktadır.

Sürdürülebilir sağlık statüsünün korunması ve günlük yaşam aktivitelerinde konforun sağlanması adına; fiziksel değişimin belirginleştiği ve beden imajı algısının

merkezi bir odak noktası haline geldiği bu dönemde, doğru hijyen alışkanlıklarının kazanılması kritik bir gerekliliktir (Uncu ve ark., 2023). Özellikle tüm vücutta olduğu gibi ağız ve diş yapısında da hızlı değişimlerin yaşandığı bu süreçte; yetersiz ağız hijyeni, beslenme hataları ile asitli ve şekerli hazır gıda tüketimi diş sağlığını tehdit etmektedir. Bunlara ek olarak tütün ürünleri, alkol ve madde kullanımı gibi riskli davranışlar, adölesan dönemde diş çürüğü prevalansının ve periodontal sorunların artmasına neden olan temel faktörler arasında yer almaktadır (Öztürk ve ark., 2022).

Bedensel gelişimin yanı sıra psikososyal olgunlaşma süreçlerinin de ivme kazandığı bu dönemde adölesanlar; kişilik özelliklerinin temellerini atarak, cinsel kimliklerini yapılandırarak ve sosyal çevre tercihlerini belirleyerek yetişkinliğe adım atarlar. Bu evrede beden algısındaki hassasiyet artmakta ve ikincil cinsiyet özellikleri belirginleşmektedir. Özellikle bu değişimleri yaşıtlarından daha erken deneyimleyen adölesanlarda; toplumdaki farklılaşma hissi, sosyal dışlanma algısı ve toplumsal cinsiyet rollerine yönelik baskılar (cinsel kimliğe uygun davranışların dayatılması vb.) çeşitli ruh sağlığı sorunlarının gelişimine zemin hazırlayabilmektedir (Priess ve ark., 2009).

Bu dönemde bireyler, aileden bağımsızlaşma ve sosyalleşme arzusuyla özellikle hemcinslerinden oluşan arkadaş gruplarına yönelmekte; bu süreçte akran onayı ve dostluk kavramları hayati bir önem kazanmaktadır. Bilişsel kapasitedeki artışla birlikte soyut kavramlar üzerine derinlemesine düşünme ve merak duygusu gelişmektedir. Adölesanlar; ölüm, felsefi akımlar, ruhaniyet ve politika gibi ontolojik/sosyal kavramları araştırırken bu süreçte varoluşsal krizler ve ruhsal çatışmalar yaşayabilmektedir. Zaman, yaşam süresi ve gelecek perspektifi üzerine yoğunlaşan düşünceler, bireyde gelecek kaygısının artmasına neden olabilmektedir (Berman ve ark., 2006). Ailelerinden özerk birer birey olduklarını fark eden ve bu bağımsızlıklarını ailelerine kabul ettirme çabasına giren adölesanlarda, eş zamanlı olarak akran yakınlığı ve karşı cinse duyulan ilgi de belirgin bir artış göstermektedir (Derman, 2008).

Adölesanın bilişsel düzeyinde yaşanan bu gelişimsel süreçler ve beraberinde gelen içsel çatışmalar; risk algısının zayıflamasına ve buna bağlı olarak riskli davranışlara yönelimle sonuçlanabilmektedir. Söz konusu durum; tütün, alkol ve madde kullanımı ile korunmasız cinsel etkileşim gibi sağlığı tehdit eden eylemlerin

yanı sıra; yeme bozuklukları, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve çeşitli davranış bozukluklarının insidansında artışa yol açmaktadır (Akbaş ve Yiğitoğlu, 2021). Adölesan dönemde deneyimlenen ruhsal sağlık sorunları her ne kadar kronik bir seyir izlemese de yaşanan epizotların ve kısa süreli etkilerin yaşam boyu sürecek izler bırakma potansiyeli yüksektir (Patton ve ark., 2014).

Günümüzde bağımlılık türleri arasında psikolojik bir bağımlılık olarak sınıflandırılan 'sosyal medya bağımlılığı', adölesanlarda yaygın olarak görülmekte; depresyon, anksiyete ve kaygı bozukluklarının temel tetikleyicilerinden biri haline gelmektedir. Teknolojik imkanların genişlemesi ve sosyal medya platformlarına erişimin kolaylaşması, adölesanlar arasındaki ruhsal bozukluk oranlarını yukarı çekmiştir (Düşünceli ve ark., 2022). Özellikle geceleri uyku öncesi uzun süreli ekran maruziyeti, sirkadiyen ritmin bozulmasına ve uyku kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Bu durum, sadece bedensel gelişimin sekteye uğramasına yol açmakla kalmayıp, çeşitli ruhsal hastalıkların da tetiklenmesine zemin hazırlamaktadır (Kim ve ark., 2022).

DSÖ (2024) verilerine göre, küresel ölçekte 10-19 yaş grubundaki adölesanların %14'ünün ruh sağlığı sorunları yaşadığı tahmin edilmektedir. Bu yaş grubunda en yaygın görülen tabloları duygusal bozukluklar, özellikle de kaygı bozuklukları oluşturmaktadır. Veriler; 10-14 yaş aralığındaki bireylerin %4,1'inin, 15-19 yaş aralığındakilerin ise %5,3'ünün bir kaygı bozukluğu ile mücadele ettiğini göstermektedir. Depresyon prevalansı ise 10-14 yaş grubunda %1,4 iken, 15-19 yaş grubunda %3,5'e yükselmektedir. Nörogelişimsel bozukluklardan biri olan DEHB ise 10-14 yaş grubunda %2,9, 15-19 yaş grubunda ise %2,2 oranında izlenmektedir. Clayborne ve ark. (2019) tarafından yapılan çalışma, adölesan dönemde deneyimlenen depresyonun yetişkinlikte çok sayıda psikososyal sorunla doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Sanrı ve halüsinasyonlarla karakterize olan psikoz ve şizofreni gibi ağır psikiyatrik tablolar adölesan dönemde nadir görülmekle birlikte (15-19 yaş grubunda %0,1), klinik açıdan ihmal edilmemesi gereken durumlardır (WHO, 2024). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2023 yılı verilerine göre, 12-17 yaş arası adölesanların %20,3'üne anksiyete, depresyon veya davranış bozukluğu tanısı konulmuştur. Bu popülasyonda en yaygın durum %16,1 ile anksiyete olurken, bunu %8,4 ile depresyon

ve %6,3 ile davranış bozuklukları izlemektedir (Sappenfield ve ark., 2023). Ayrıca adölesan dönemde; sosyal medya kullanımı ve alkol tüketimi gibi tetikleyici faktörlerin etkisiyle intihar eğiliminde belirgin bir artış gözlenmektedir. Nitekim intihar, geç adölesan ve erken erişkinlik dönemindeki ölüm nedenleri arasında dünya genelinde üçüncü sırada yer almaktadır (WHO, 2021).

Bireyin yetişkinliğe geçiş evresinde olduğunu duyumsadığı bu dönemde; özerkleşme çabası, bağımsız karar alma arzusu ve özellikle akran grupları içerisinde kendini kanıtlama motivasyonu, riskli davranışlara yönelimi artırmaktadır. Bu riskli eylemler arasında; sağlığı olumsuz etkileyen tercihler, korunmasız cinsel etkileşimler ve bağımlılık yapıcı maddelere yönelik eğilimler ilk sırada yer almaktadır. Tütün, alkol, uyuşturucu madde ve internet bağımlılığı ile riskli cinsel davranışlar; yaşam boyu sürdürülebilir sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Nitekim yetişkin sigara kullanıcılarının büyük bir çoğunluğunun bu alışkanlığa 18 yaşından önce başladığı bilinmektedir. DSÖ (2024) verilerine göre, 2019 yılında 15-19 yaş grubu arasındaki alkol kullanım yaygınlığı dünya genelinde %22 olarak saptanmıştır. Ayrıca 2022 yılında adölesanlar arasındaki esrar kullanımı prevalansı (%5,5), yetişkin popülasyonuna oranla (%4,4) daha yüksek bulunmuştur.

Dijitalleşme boyutunda ise TÜİK (2022) Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması sonuçlarına göre, ülkemizde internet kullanım oranının en yüksek olduğu yaş grubu %95,5 ile 16-24 aralığıdır. İnternetin yoğun ve kontrolsüz kullanımıyla gelişen bağımlılık süreci; adölesanlarda DEHB, kaygı bozuklukları, anksiyete, depresyon ve sosyal fobi gibi psikiyatrik tabloların görülme olasılığını belirgin şekilde artırmaktadır (Uncu ve ark., 2024).

Madde bağımlılığı hücreler arası iletişim ve beyin fonksiyonlarında bozulma sonucu anlamsız hareket ve davranışlara, sağlıkta bozulmalara ve refah ve sosyokültürel ilişkilerde bozulmalara neden olabilecek riskli bir davranıştır. Ülkemizde adölesanlar arasında madde bağımlılığına neden olan madde kullanma sıklığı %5 tir (Mete ve ark., 2020). Önlenbilir hastalık ve ölümlerin en önemli nedenlerinden biri olan, psikososyal bir sorun olan sigara kullanma alışkanlığının başlangıcı araştırıldığında adölesan döneme rast gelir (HoSY ve ark., 2019). Sigara ile tanışmada büyük önem taşıyan adölesan dönemdir ve ülkemizde yapılan bir çalışmada lise öğrencilerinde sigara içme oranı %15,8 olarak bulunmuştur (Mete ve ark., 2020).

Tıpkı sigara gibi önlenabilir hastalıklara ve uzun vadede kronik kalp hastalıkları, karaciğer hastalıkları, nörolojik hastalıklara neden olabilen alkol bağımlılığı için de adölesan dönem riskli dönemlerdendir. Erken dönemde alkol tüketimine başlanması nörolojik gelişimden bozukluklara neden olduğu kanıtlar arasındadır (Ewing ve ark., 2014).

Riskli cinsel davranışlar sonucunda gelişen cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE); bireysel sağlığın yanı sıra gelecek nesillerin sağlığını ve genel toplum refahını uzun vadede olumsuz yönde etkilemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024) raporuna göre; klamidyaya, gonore (bel soğukluğu) ve sifiliz (frengi) olgularının yaklaşık yarısı (%48,2), 15–24 yaş aralığındaki adölesanlar ve genç yetişkinler arasında görülmektedir. Benzer şekilde, Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (European Centers for Disease Control and Prevention [ECDC], 2024) verileri de bu enfeksiyonlarda artan bir eğilim olduğunu belgelemektedir. 2024 yılında toplam 434.727 klamidyaya vakası bildirilmiş ve en yüksek insidansın 15–25 yaş arası genç kadınlarda olduğu saptanmıştır. İspanya’da yapılan güncel bir çalışma, adölesanlarda 2016 ile 2022 yılları arasında CYBE prevalansının iki katına çıktığını göstermektedir. Bu popülasyonda klamidyaya, trikomonyazis ve gonore en yaygın enfeksiyonlar olarak kaydedilirken; sifiliz, Human Immunodeficiency Virus (HIV), Human Papilloma Virus (HPV) ve pelvik inflamatuvar hastalık (PID) teşhis edilen vakaların %27,6’sında ciddi komplikasyonlar geliştiği tespit edilmiştir (Berzosa ve ark., 2025).

HIV, HPV ve hepatit gibi bulaşıcı hastalıklar, sadece bireysel yıkımlara yol açmakla kalmayıp, kamu sağlığı harcamalarında da devasa artışlara neden olmaktadır. Riskli cinsel davranışların bir diğer kritik sonucu ise plansız gebeliklerdir. Hazırlıksız yakalanılan bu gebelik süreci; yasa dışı terminasyon çabaları ve gebelik komplikasyonları nedeniyle hem anne hem de yenidoğan sağlığı açısından ciddi riskler barındırmaktadır. Ancak yüksek kaliteli eğitim programları ile cinsel sağlık ve kontraseptif yöntem danışmanlıklarının yaygınlaştırılması sayesinde, hem CYBE insidansında hem de adölesan gebelik oranlarında anlamlı bir azalma sağlanabileceği öngörülmektedir (Chin ve ark., 2012).

Gelişmiş ülkelerde erken yaşta cinsel aktif olma durumu yüksek olduğu gibi, gelişmekte olan ya da gelişmemiş ülkelerde dini inanış veya toplumsal değer yargıları nedeniyle küçük yaşta evlilikler ve gebelikler görülmekte olup bunların sonucunda da adölesan dönem gebelikleri ve buna bağlı komplikasyonlar görülmektedir (Reawley ve ark., 2017).

### 2.1.3. Adölesan Dönem Gebelikleri ve Sonuçları

DSÖ (2024) tanımı ile “adölesan” terimi genellikle “genç” ile eş anlamlı olarak kullanılır. Bu anlamda “adölesan gebeliği” 10–19 yaş arası bir kadında gebelik anlamına gelmektedir. UNFPA’ya göre, 18 yaşından küçük kız çocukları arasındaki gebelikler telafisi mümkün olmayan sonuçlar doğurmaktadır. Kız çocuklarının haklarını ihlal etmekte, cinsel sağlık ve üreme sağlığı açısından hayati tehlike arz eden sonuçlar doğurmakta ve yüksek gelişim maliyetleri oluşturmaktadır (UNFPA, 2013). DSÖ (2024) verilerine göre; 2019 itibarıyla, düşük ve orta gelirli ülkelerde 15-19 yaş adölesanların bir yılda tahmini 21 milyon gebeliği vardı; bunların yaklaşık %50’si istenmeyen gebeliklerdi ve tahmini 12 milyonu doğumla sonuçlandı. 15-19 yaş aralığındaki adölesanlarda istenmeyen gebeliklerin %55’i, düşük ve orta gelirli ülkelerde ve genellikle güvenli olmayan kürtajlarla sonuçlanıyor. Adölesan annelerde (10-19 yaş) 20-24 yaş aralığındaki kadınlara kıyasla eklampsi, postpartum endometriti ve sistemik enfeksiyon riskleri daha yüksektir ve adölesan annelerin bebeklerinde düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve ciddi neonatal hastalık riskleri daha yüksektir. Türkiye’de Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre (2018); adölesan dönemdeki kadınların %4’ü çocuk doğurmaya başlamıştır. 15-49 yaş grubundaki kadınların %1’i 15 yaşından önce evlenmiş, %0,2’si 15 yaşından önce ilk çocuğunu doğurmuştur. Adölesan gebeliklerin başlıca nedenleri arasında; gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde erken yaşta evliliğin uygun görülmesi, uyuşturucu madde ve alkol kullanımı, medya etkisi, kontraseptif yöntemler hakkında bilgi sahibi olmamak veya başarı oranı düşük kontraseptif kullanmak, sosyoekonomik düzey, cinsel istismar gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise erken yaşta cinsel aktif olmak, eğitim düzeyinin düşük olması adölesan gebeliklerinin nedenleri arasında sayılabilir.

Maternal sağlık çıktıları, biyolojik süreçlerin ötesinde, kadının içinde bulunduğu sosyokültürel ekosistem tarafından şekillendirilmektedir. Kültürel faktörler; gebelik algısı, beslenme alışkanlıkları, doğum yöntemi tercihi ve sağlık

hizmeti arama davranışları üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır (Napier ve ark., 2014). Özellikle mülteci ve adölesan gruplarda kültürel normlar, sağlık okuryazarlığı ile birleşerek prenatal bakıma erişimin önünde yapısal bir engel oluşturabilmektedir. Kültürel inanç sistemleri olarak tanımlanan bu olgular, tıbbi müdahalelerin kabul edilebilirliğini etkilemekte ve çoğu zaman geleneksel uygulamaların modern tıp protokollerinin önüne geçmesine neden olmaktadır (WHO, 2022). Arous ve ark. (2023) tarafından yapılan araştırmada, mülteci popülasyonlarda geleneksel doğum algısının ve aile yapısının, modern obstetrik müdahalelere yönelik tutumları doğrudan etkilediği ve bu durumun sıklıkla perinatal anksiyete ile sonuçlandığı vurgulanmaktadır. Benzer şekilde, Bawadi ve ark. (2021), mülteci adölesan gebelerin prenatal bakım süreçlerinde yaşadıkları kültürel uyumsuzluğun, sağlık hizmeti arama davranışlarını baskılayarak önlenebilir komplikasyon riskini artırdığına dikkat çekmektedir.

Adölesan gebeliklerde obstetrik ve neonatal komplikasyonlar görülmekte, yenidoğan yatışlarında artış gözlenmektedir (Kakoo Brioso ve ark., 2022). Adölesan gebeliklerde görülen sağlık sorunları, preterm eylem, düşük doğum ağırlığı, abortus, preeklampsi-eklampsi, anemi, uzamış doğum eylemi, erken membran rüptürü, müdahaleli doğum, vajinal yırtıklar, yetersiz doğum öncesi bakım alma, madde kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar sayılabilir. Başlıca neonatal komplikasyonlar prematürite, düşük veya çok düşük doğum ağırlığı ve perinatal mortalitedir (Azevedo ve ark., 2015). Adölesan gebelikleri düşük ve orta gelirli ülkelerde, 15-49 yaş arası kadınlar anne ölümlerinin %99'unu oluşturuyor (WHO, 2020).

Mevcut literatür, adölesan gebeliklerin erken doğum ve fetal büyüme kısıtlılığı gibi spesifik obstetrik komplikasyonlarla güçlü bir ilişkisi olduğunu doğrulamaktadır. Özellikle 15 yaş altı gebelikler; gebeliğe bağlı hipertansiyon, preterm eylem, respiratuar distres sendromu (RDS), neonatal/infant mortalite ve maternal sepsis açısından çok daha yüksek risk taşımaktadır (Scpioni ve ark., 2025). Türkiye'deki demografik yapı ve sığınmacı nüfus hareketliliği dikkate alındığında, adölesan gebelik prevalansında artış eğilimi öngörülmektedir. Yapılan araştırmalar; bu gebeliklerde düşük doğum ağırlığı (DDA), oligohidramnios, erken doğum, postpartum demir replasmanı ihtiyacı, düşük Apgar skorları, yenidoğan yoğun bakım gereksinimi ve

neonatal mortalite riskinin anlamlı derecede yüksek olduğunu saptamıştır (İşgüder ve ark., 2024).

Adölesanlar aynı zamanda postpartum depresyon, düşük Apgar skorlu bebek dünyaya getirme ve düşük doğum ağırlığı açısından riskli grupta yer almaktadır (Mohammadian ve ark., 2023). Literatürdeki diğer çalışmalar da adölesan gebeliklerin; düşük tehdidi, preeklampsi, hiperemezis gravidarum ve yenidoğan yoğun bakım ünitesine (YYBÜ) yatış oranlarında artış gibi ciddi maternal ve fetal komplikasyonlarla karakterize olduğunu ortaya koymaktadır (Çağlı ve ark., 2025). Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen ve olumsuz perinatal/neonatal sonuçları inceleyen kapsamlı bir çalışma; adölesanların yetişkinlere kıyasla preterm doğum yapma ve gestasyonel yaşa göre küçük bebek dünyaya getirme oranlarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir (Katlaps ve ark., 2024).

Resmi nikahı olmayan adölesan gebelerin damgalanma, reddedilme, ebeveyn, eş veya akran şiddetine maruz kalma olasılığı yüksektir. Gebelik, doğum ve ebeveynlik rolleri nedeniyle eğitim ve istihdama katılmada sorunlar yaşayabilirler. Bazı topluluklarda küçük yaşta evlilik dışı cinsel birliktelik ve gebelik cinayet sebebi olabilir (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2021).

## **2.2 Dünyada Adölesan Dönem Gebelikleri ve Sonuçları**

DSÖ (2024) verilerine göre, dünya genelinde bir milyar adölesan bulunmakta olup, yıllık 21 milyona ulaşan adölesan gebelik sayısı küresel bir halk sağlığı krizi niteliği taşımaktadır. 15-19 yaş grubundaki adölesanlar arasında yıllık en az 10 milyon plansız gebelik meydana gelmektedir. Gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar, dünya çapında 15-19 yaşındaki genç kadınların başlıca ölüm nedenidir. Ayrıca bu yaş grubunda her yıl gerçekleşen tahmini 5.6 milyon kürtajın 3.9 milyonunun güvensiz koşullarda yapıldığı; bunun da maternal mortalite, morbidite ve kalıcı sağlık sorunlarına yol açtığı saptanmıştır (WHO, 2020).

Adölesan doğum oranları coğrafi bölgelere göre büyük farklılıklar göstermektedir. Bu oranların Çin'de %2, Latin Amerika ve Karayipler'de %18, Güney Afrika'da ise %50 seviyelerinde olduğu görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde de adölesan doğum oranları dikkat çekici düzeydedir; Birleşik Krallık'ta %26, İrlanda'da %17 ve Amerika Birleşik Devletleri'nde %63 olarak kaydedilmiştir (WHO, 2009). 2023 yılı

tahminlerine göre 10-14 yaş grubundaki adölesanlar için küresel doğum oranı 1.000 kadında 1.5'tir; bu oran Sahra Altı Afrika'da 4.4, Latin Amerika ve Karayipler'de ise 2.3'e yükselmektedir. Adölesan gebelik düzeyleri, özellikle sosyo-ekonomik ve eğitim seviyesinin düşük olduğu ülkelerde artış göstermektedir. Gelişmemiş toplumlarda adölesan kızlar, evlilik ve çocuk sahibi olma konusunda toplumsal baskı altında kalabilmekte; eğitim ve istihdam olanaklarının yetersizliği nedeniyle annelik, tek geçerli sosyal statü olarak dayatılmaktadır (WHO, 2024). Ayrıca, 20 yaş altındaki yaklaşık 120 milyon kız çocuğunun eşi dışındaki kişiler tarafından cinsel şiddet ve istismara maruz kalması, sorunun insan hakları ve koruyucu hizmetler boyutunu da gözler önüne sermektedir (WHO, 2020).

### **2.3 Türkiye'de Adölesan Dönem Gebelikleri ve Sonuçları**

Türkiye'de adölesan doğurganlık hızı, 2001 yılında binde 49 iken 2023 yılında binde 11'e gerileyerek önemli bir düşüş kaydetmiştir. Ancak 2022 yılı verileri temel alındığında, binde 12'lik adölesan doğurganlık hızı ile Türkiye'nin; AB ortalamasının ve yedi AB üyesi ülkenin üzerinde yer aldığı görülmektedir. Söz konusu dönemde AB üyesi 27 ülke arasında en yüksek hız binde 37 ile Bulgaristan'da, en düşük hız ise binde bir ile Danimarka'da kaydedilmiştir (TÜİK, 2023). TÜİK (2023) verilerine göre, 15-19 yaş grubunda doğum yapan kadınların eğitim düzeyleri incelendiğinde; en yüksek doğum oranlarının ilköğretim veya ortaöğretim mezunu anneler arasında olduğu saptanmıştır. Bölgesel bazda ise adölesan doğurganlık oranının en yüksek olduğu bölge Güneydoğu Anadolu olarak belirlenmiştir.

TNSA (2018) sonuçlarına göre, adölesan dönemdeki kadınların %4'ü doğurganlık sürecine girmiş, %3'ünün ise en az bir canlı doğum yaptığı tespit edilmiştir. 15-49 yaş aralığındaki kadınların %2'sinin 15 yaşından önce evlendiği, 19 yaşındaki kadınların ise %10'unun halihazırda anne olduğu veya ilk gebeliğini yaşadığı görülmektedir. Eğitim ve refah düzeyi, adölesan gebelikleri üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır; eğitim seviyesi ilkokul olan kadınların %20'si adölesan çağında anne olurken, lise ve üzeri eğitim alanlarda bu oran %1'e kadar düşmektedir. Benzer şekilde, düşük refah düzeyindeki ailelerde adölesan gebelik oranı %9 iken, yüksek refah düzeyinde bu oran %1'dir. Coğrafi dağılımda ise adölesan gebelik oranları Türkiye'nin batı bölgelerinde %2, güney bölgelerinde ise %7 olarak tespit edilmiştir (TNSA, 2018).

Literatürdeki güncel çalışmalar, Türkiye’de adölesan gebeliklerin sosyoekonomik ve demografik değişkenlerle olan güçlü korelasyonunu destekler niteliktedir. Türkiye genelinde gerçekleştirilen geniş ölçekli analizlerde, eğitim süresi arttıkça adölesan gebelik insidansının anlamlı düzeyde azaldığı, özellikle lise altı eğitim seviyesine sahip grupta riskin yaklaşık on kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (Kılıç ve ark., 2021). Benzer şekilde, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde erken yaşta evlilik ve doğurganlık oranlarının, batı bölgelerine kıyasla kültürel normlar ve düşük sosyoekonomik statü nedeniyle daha yüksek seyrettiği bildirilmektedir (Yılmaz ve ark., 2022). Sığınmacı nüfusun yoğun olduğu bölgelerde yapılan klinik çalışmalar ise göç faktörünün adölesan gebelik riskini daha da derinleştirdiğini; mülteci adölesanların, yerleşik nüfusa oranla prenatal bakım hizmetlerinden daha az yararlandığını ve daha yüksek oranda obstetrik komplikasyon yaşadığını ortaya koymaktadır (Özdemir ve ark., 2023). Bu bulgular, adölesan sağlığını iyileştirmeye yönelik müdahalelerin yalnızca klinik değil, aynı zamanda eğitimsel ve bölgesel ihtiyaçlara göre özelleştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Türkiye’de adölesan gebeliklerin oluşumunda, bireysel faktörlerin ötesinde geniş bir sosyokültürel çerçeve belirleyici olmaktadır. Yapılan araştırmalar, adölesan yaş grubundaki gebelerin büyük bir kısmının kontraseptif yöntemlere dair bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu ve bu durumun planlanmayan gebelik riskini doğrudan artırdığını göstermektedir (Şahin ve ark., 2022). Özellikle kırsal bölgelerde ve geleneksel aile yapısının korunduğu çevrelerde, erken yaşta evliliğin sosyal bir norm olarak kabul edilmesi, adölesanların eğitim hayatından uzaklaşmasına ve üreme sağlığı üzerindeki özerkliklerini kaybetmelerine yol açmaktadır (Arslan ve ark., 2021). Ayrıca, sağlık kuruluşlarında karşılaşılan iletişim engelleri ve damgalanma korkusu, adölesanların prenatal bakım hizmetlerine başvuru süresini geciktirmekte; bu durum ise preeklampsi ve gestasyonel diyabet gibi önlenemez komplikasyonların tanı ve tedavisini zorlaştırmaktadır (Güneş ve ark., 2023).

#### **2.4 Prenatal Anksiyete ve Depresyon Tanımı**

Gebelik; kadının fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan derin dönüşümler yaşadığı ve yeni bir sosyal statü kazandığı kritik bir yaşam evresidir. Bu süreçte yaşanan stres ve kaygının şiddeti, prenatal depresyon olarak tanımlanan ve en sık rastlanan ruh sağlığı bozukluklarına zemin hazırlayabilmektedir. Literatürde sıklıkla

postpartum depresyon üzerinde durulsa da prenatal dönemdeki anksiyete ve depresyonun da kadınların ruh sağlığı üzerinde önemli bir yük oluşturduğu görülmektedir. Perinatal depresyon; gebelik sürecinde başlayıp doğum sonrası ilk aylara kadar uzanabilen, hafiften şiddetliye kadar değişen semptomlarla karakterize depresif dönemleri kapsamaktadır (Fisher ve ark., 2012). Araştırmalar, prenatal dönemde depresyon, anksiyete ve stres prevalansının %13 ile %25 arasında değiştiğini saptamıştır (Obrochta ve ark., 2020; McDonald ve ark., 2021).

Toplumsal beklentilerin aksine, gebeliğe eşlik eden hormonal değişimler, fetüsün sağlık durumuna ilişkin endişeler, bebek bakımı sorumluluğu, sosyal destek yetersizliği ve çevresel faktörler; kadınlarda stres ve kaygı düzeyini artırabilmektedir. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2023) verilerine göre, gebelik döneminde her beş kadından biri anksiyete, on kadından biri ise depresyon tanısı almaktadır. Sürekli kaygı hali, partner şiddeti, cinsel istismar öyküsü, yetersiz sosyal destek, düşük eğitim düzeyi, göç, düşük sosyoekonomik statü, evlilik dışı ebeveynlik ve plansız gebelikler gibi unsurlar bu tabloyu ağırlaştırıran temel risk faktörleridir. Bennett ve ark. (2004) tarafından yapılan çalışmada, gebelik sırasındaki depresyon oranı %7,4 olarak saptanmış ve trimesterler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak riskli gebeliklerde stres düzeyinin, fizyolojik seyreden gebeliklere oranla anlamlı derecede yüksek olduğu; riskli gebelerin daha çok tıbbi belirsizliklerden, düşük riskli gebelerin ise doğum korkusundan kaynaklı stres yaşadığı saptanmıştır (Baran ve ark., 2020). Doğum korkusu, maternal duygu durumu ve beden algısını negatif yönde etkileyen temel stres kaynaklarından biridir (Aksoy, 2015; Coşkun ve ark., 2020).

Etnik ve ırksal azınlık gruplarındaki kadınlarda depresyon ve anksiyete prevalansı daha yüksek seyretmektedir. Yoksulluk ve kaynaklara erişim kısıtlılığının yanı sıra; ırkçılık, geçmiş travmalar ve kültürel bariyerler, azınlık grubundaki kadınların ruh sağlığı hizmetlerine ulaşmasını güçleştirmektedir (Coburn ve ark., 2018). Olumsuz obstetrik sonuçlar açısından yüksek risk taşıyan bu grupların, uygun ruh sağlığı desteğine erişiminin sağlanması, perinatal morbidite ve mortalite oranlarının azaltılması noktasında hayati önem taşımaktadır (Gelaye ve ark., 2016).

Literatür adölesan gebelerin ruh sağlığı bozuklukları açısından yetişkin gebelere oranla çok daha savunmasız olduğunu tutarlı bir şekilde ortaya koymaktadır.

Yetişkin gebelerde prenatal depresyon ve anksiyete prevalansı genellikle %10-15 aralığında seyrederken, adölesan gebelerde bu oranların %25 ile %50 gibi oldukça yüksek seviyelere ulaştığı bildirilmektedir (Hodgkinson ve ark., 2014). Bu belirgin farkın temelinde, adölesanın henüz tamamlanmamış olan bilişsel gelişimi ve duygusal regülasyon kapasitesi ile gebeliğin getirdiği ağır sorumlulukların çatışması yatmaktadır. Yetişkin gebeler genellikle daha stabil bir sosyal desteğe ve ekonomik güvenceye sahipken; adölesan gebeler sıklıkla eğitim hayatının kesintiye uğraması, sosyal izolasyon, damgalanma ve partner desteğinin yokluğu gibi çok boyutlu stresörlerle karşı karşıya kalmaktadır (Siegel ve ark., 2013).

## **2.5 Prenatal Anksiyete ve Depresyonun Maternal ve Fetal Sağlığa Etkileri**

Gebelik sürecindeki maternal psikolojik durumun, çocuk üzerinde yetişkinlik evresine kadar uzanan kalıcı etkiler bıraktığına dair güçlü kanıtlar saptanmıştır. Özellikle prenatal dönemde deneyimlenen anksiyete ve depresyon; intrauterin gelişme geriliği, prematüre doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz obstetrik sonuçlarla doğrudan ilişkilendirilmiştir (Grote ve ark., 2010; Yang ve ark., 2023). Ruh sağlığına yönelik bu bozukluklar, annenin fiziksel sağlığının bozulmasına, prenatal öz bakımın yetersizleşmesine ve ciddi maternal sağlık sorunlarına zemin hazırlamaktadır (Herbison ve ark., 2017). Ayrıca, prenatal dönemde yaşanan psikolojik güçlüklerin annenin genel iyilik halini ve erken dönem anne-bebek bağlanma süreçlerini sekteye uğrattığı bildirilmiştir (Biaggi ve ark., 2016).

Prenatal ve postnatal süreçlerde stres seviyesini artıran faktörler, maternal psikolojiyi negatif yönde etkileyerek bebeklerin bilişsel, duygusal, sosyal ve davranışsal gelişimi üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Hung ve ark., 2011). Anksiyete yaşayan gebelerin; hiperemesis gravidarum şikayetlerinde artış, hastaneye başvuru sayısında yükselme, yoğun doğum korkusu ve sezaryen oranlarında artış gibi klinik tablolarla daha sık karşılaştığı saptanmıştır (Shisheghar ve ark., 2014). Uzun vadede bu durum; bebekte güvensiz bağlanma stilleri, davranışsal problemler ve anne-çocuk iletişimde bozulmalar gibi gelişimsel sorunlarla ilişkilendirilmektedir (Glasheen ve ark., 2010). Daha ağır tablolarda ise ruh sağlığı sorunları, intihar düşüncesi ve eylemlerine yol açarak maternal mortalite oranlarını artırmaktadır (Ture ve ark., 2022).

Maternal ruh sağlığı sorunlarının türü ne olursa olsun, çocukların okul çağında sosyo-duygusal ve davranışsal gelişim problemleri yaşama riski artmaktadır (Kingston ve Tough, 2014). Depresyon yaşayan gebelerin bebeklerini daha kısa süre emzirdikleri (Figueiredo ve ark., 2014) ve bu bebeklerin düşük doğum ağırlıklı doğma riskinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Flynn ve ark., 2015). Klinik açıdan depresif gebelerde; bitkinlik, migren atakları, üriner inkontinans, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik sağlık sorunları prevalansı daha yüksektir (Woolhouse ve ark., 2013; Cox ve ark., 2016). Bunlara ek olarak; iştah problemleri, uyku bozuklukları, suçluluk ve değersizlik hissi ile gebelik sürecine yabancılaşma gibi semptomlar sıklıkla gözlenmektedir. ACOG (2023) verilerine göre, tedavi edilmeyen ruhsal sağlık sorunları; fetüsün yetersiz gelişimi, preterm eylem ve yenidoğanda uzun süreli kolik gibi ciddi komplikasyonların temel belirleyicileri arasındadır.

## **2.6 Suriye'deki İç Savaş Nedeniyle Zorunlu Göç Tablosu ve Sağlık Sorunlarına Etkileri**

Temelinde bir yer değiştirme eylemi olan göç kavramı; nedenleri ve sonuçları itibarıyla çok boyutlu sosyal ve tıbbi olguları beraberinde getirmektedir. 2011 yılında Suriye'de başlayan iç çatışmalarla tetiklenen zorunlu göç hareketi; yerleşme ve uyum süreçleriyle devam ederek, Türkiye gibi hedef ülkelerin sosyodemografik yapısında köklü değişimlere yol açmıştır. Bireylerin göç etme kararlarında can güvenliği endişesi, terör örgütü tehdidi ve ekonomik yoksulluk 'itici faktörler' olarak rol oynarken; Türkiye'nin coğrafi yakınlığı, açık kapı politikası, kültürel ve dini benzerlikleri ise 'çekici faktörler' olarak sıralanmaktadır (Özbyay ve Karaca, 2025).

Suriye ile olan uzun kara sınırı ve kültürel bağları nedeniyle Türkiye hem sığınma noktası hem de üçüncü ülkelere geçişte bir basamak olarak kullanılmıştır. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) 2022 verilerine göre Türkiye, küresel ölçekte en yüksek sığınmacı nüfusuna ev sahipliği yapan ülkelere biri konumundadır. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Başkanlığı (GİB) verilerine göre, 2018 yılında 3,5 milyon civarında olan geçici koruma altındaki Suriyeli sayısı, 2021 sonu itibarıyla 3.736.799'a ulaşmıştır (GİB, 2022). Bu nüfusun %4,5'lik bir oranla genel nüfus içindeki temsili, toplumsal ve sağlık altyapısı üzerinde önemli etkiler yaratmıştır.

Zorunlu göç sürecinde dil bariyeri, sosyal güvence eksikliği ve ekonomik yetersizlikler; beslenme yetersizlikleri, anemi, vitamin eksiklikleri (B12 ve folik asit) ve malnütrisyon gibi sağlık sorunlarını beraberinde getirmiştir (Doocy ve ark., 2016). Nitekim Şimşek ve arkadaşları (2018) tarafından yürütülen araştırmada, Suriyeli kadınların yarısında demir eksikliği saptanması, mikronütriye eksikliğinin boyutlarını gözler önüne sermektedir. Üreme sağlığı bağlamında ise; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, kontraseptif yöntemlere erişimdeki kısıtlılıklar ve yetersiz prenatal/postnatal bakım temel sorun alanlarını oluşturmaktadır. Yapılan çalışmada, dil farklılığı bu hizmetlere erişimdeki en kritik bariyer olarak tanımlanmaktadır (Şimşek ve ark., 2018).

Göç alan toplumlar için bulaşıcı hastalıkların kontrolü hayati bir öneme sahiptir. Tedaviye erişimdeki güçlükler nedeniyle taşıyıcı hale gelen bireyler; kızamık, kızamıkçık ve kabakulak gibi hastalıklarda insidans artışına neden olabilmektedir. Kalabalık yaşam koşulları ve yetersiz sanitasyon; tüberküloz, uyuz, menenjit ve pnömoni riskini tetikleyerek özellikle göçmen çocuklar arasında morbidite ve mortalite oranlarını yükseltmektedir (Turan ve ark., 2016). DSÖ, bu riskleri minimize etmek adına göçmen popülasyonlarda öncelikli bağışıklama ve spesifik tarama programlarını tavsiye etmektedir.

Zorunlu göçün getirdiği travmalar ve kötü yaşam koşulları, sığınmacıların ruh sağlığını da olumsuz etkilemektedir (Aydoğan ve Metintaş, 2017). Özellikle gelişim dönemindeki adölesanlar; yer değiştirmenin zorlukları, kültürel çatışmalar ve dışlanma hissiyle baş etmeye çalışırken, cinsel sağlık eğitimi ve üreme sağlığı hizmetleri gibi kritik alanlarda desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (Lara ve ark., 2016).

## **2.7 Türkiye'deki Suriyeli Göçmenler, Sosyodemografik Özellikleri ve Karşılaştıkları Sorunlar**

Uluslararası Göç Örgütü'ne göre "göçmen" tanımı konusunda evrensel bir görüş birliği bulunmamaktadır (International Organization of Migration [IOM], 2024). Costa ve ark. (2022) çalışmasında, göçmen, doğduğu ülke dışında, yani başka bir ülkede doğum yapan kadın olarak tanımlanmıştır.

Suriye'de 2011 yılında başlayan iç savaş nedeniyle nüfusunda yüksek oranda çocuk barındıran ülkede sivil halkta yaralanma ve can kayıplarının artması ile büyük

bir göç hareketi başlamıştır. Sınıra yakınlığı ve açık kapı politikası nedeniyle bu göç olayından etkilenen ülkemizde sosyodemografik yapıdan değişiklikler olması öngörülmektedir. Başlarda kamplarda ve sığınma bölgelerinde yerleşen göçmenler zamanlar istedikleri yerde yaşama serbestliği ile evlere yerleşmişlerdir. Maliyetin azalması için üç-dört aile aynı evde ve aynı mahallelerde yaşamaları kentleşme sorunlarına yol açmıştır (Türkiye Büyük Millet Meclisi [TBMM], 2018). TÜİK adrese dayalı nüfus sayım sistemine göre kayıtlı göçmen nüfusu incelendiğinde Suriyeli göçmenlerde kadın nüfusunun erkek nüfusundan az olduğu görülmüştür. Bu durum erkeklerin cezalandırılma ve askere alınma gibi nedenlerle daha fazla göç ettiği sonucunu düşündürebilir. Suriyeli nüfusun Türk nüfusa göre yaş ortalaması daha küçüktür. TÜİK verilerine (2021) göre Suriyeli nüfusun yaklaşık yarısı 18 yaşından küçüktür. Bunların 1.3 milyon kadarı zorunlu eğitim çağındadır. 2021-2022 yıllarında Türkiye’de 754 bin bebek dünyaya gelmiştir. Bu sebeple Suriyeli nüfusun yoğun olduğu semtlerde eğitim ve sağlık kurumlarında ihtiyaç artışı olduğu gözlenmiştir. Suriyeli göçmenleri eğitim seviyeleri de Türk toplumunun altında saptanmıştır. Bunun sebebi olarak eğitim çağındaki çocukların Suriye’de savaş ve göçten sonraki ilk zamanlarda eğitimden zorunlu uzaklaşması ve geri kalınması düşünülmektedir. Geçici koruma kapsamındaki Suriyelilerin %36,43’ü Arapça okuma yazma bilmektedir (GİB, 2019). GİB’nin 2019 yılı Ekim ayı istatistikleri, geçici koruma kapsamında Türkiye’de bulunan Suriyeli nüfusun %65’inin bekar olduğunu ve toplam nüfusun %34’ünün evli olduğu görülmektedir.

Zorunlu göç süreçleri, adölesan bireyler için sadece fiziksel bir yer değişikliği değil, aynı zamanda yasal ve kültürel bir 'arada kalmışlık' durumunu ifade etmektedir. Türkiye’de sığınmacı popülasyonu içerisinde, ekonomik yetersizlikler ve aile güvenliğini sağlama kaygısıyla bir korunma mekanizması olarak görülen erken yaşta evlilikler, adölesan gebelik riskini en çok tetikleyen unsurlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Yılmaz ve ark., 2022). Ancak bu durum, Türkiye Cumhuriyeti’nin mevcut yasal mevzuatındaki çocuk istismarı ve erken yaşta evlilik yasaklarıyla hukuki bir çatışma yaratmaktadır. Sığınmacı ailelerin kendi kültürel normları ile yerleşilen ülkenin yasal normları arasındaki bu uyumsuzluk, adölesan gebelerin yasal yaptırım korkusuyla sağlık kuruluşlarından uzaklaşmasına ve kayıt dışı doğumlara yönelmesine neden olabilmektedir (Demir ve ark., 2023).

Klinik açıdan bu tablo, adölesan gebelerin en temel prenatal izlemlerden dahi mahrum kalmasıyla sonuçlanmakta; bu da maternal mortalite ve neonatal komplikasyon riskini katlamaktadır. Literatür, sığınmacı adölesanların üreme sağlığı hizmetlerine erişiminde dil bariyerinin yanı sıra, sağlık profesyonellerinin yasal bildirim yükümlülüğü nedeniyle duyulan 'güven eksikliğinin' de majör bir engel olduğunu vurgulamaktadır (Kaya ve ark., 2021). Bu bağlamda, sığınmacı adölesanlara yönelik sağlık müdahalelerinin sadece medikal bir hizmet sunumu değil, aynı zamanda güven inşa eden, dil desteği sağlayan ve yasal süreçler hakkında bilgilendirici bir danışmanlık modelini içermesi etik bir zorunluluktur (UNICEF, 2023).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı; Suriyeli adölesan gebeler ile Türk adölesan gebelerin prenatal anksiyete ve depresyon düzeylerini karşılaştırmalı olarak incelemek, bu ruhsal durumların maternal ve fetal sağlık çıktıları üzerindeki etkisini belirlemek ve söz konusu psikopatolojilerle ilişkili ve bu süreçte rol oynayan risk faktörlerini karşılaştırmalı bir perspektifle ortaya koymaktır.

#### 3.2. Araştırmanın Hipotezleri

**H1a:** Suriye doğumlu adölesan gebelerde, Türk adölesan gebelere göre prenatal anksiyete düzeyinin maternal ve fetal sağlığa etkisi vardır.

**H1b:** Suriye doğumlu adölesan gebelerde, Türk adölesan gebelere göre depresyon düzeyinin maternal ve fetal sağlığa etkisi vardır.

**H1c:** Suriye doğumlu adölesan gebeler ile Türk adölesan gebeler arasında sosyodemografik ve obstetrik özellikleri arasında fark vardır.

**H1d:** Suriye doğumlu adölesan gebeler ile Türk adölesan gebeler arasında maternal ve fetal sağlık sonuçları arasında fark vardır.

#### 3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma adölesan gebelerde prenatal anksiyete, depresyonun maternal ve fetal sağlığa etkisi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla kesitsel çalışma tipinde planlanmıştır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi'nde 01.09.2024 – 30.05.2025 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### 3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi'nde 01.09.2024 – 30.05.2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1100

hekim, 145 akademisyen, toplam 5.150 çalışanı ile, 11 ayrı ek hizmet binasında geniş çaplı sağlık hizmeti sunmaktadır. Yatak kapasitesi 1520 olan hastanede üçüncü basamak yenidoğan yoğun bakım, ikinci basamak yenidoğan yoğun bakım, ikinci basamak yenidoğan yoğun bakım, kadın hastalıkları ve doğum yoğun bakımı, antenatal ve perinatoloji servisi, jinekoloji ve onkoloji servisi, kadın doğum servisleri, doğum salonu, gebe okulu, çocuk servisleri, kadın doğum acil ve çocuk acil gibi birçok bölüm ile Güney Marmara Bölgesinde etkin sağlık hizmeti sunmaktadır.

### 3.5. Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Örneklem Belirleme

#### Yöntemi

Araştırmanın evreni Bursa ilinde yaşayan Suriye doğumlu göçmen ve Türk adölesan gebelerin tümü olarak belirlenmiştir. Örneklemi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran adölesan gebeler oluşturmuştur. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne 2022 yılında 7058 doğum gerçekleşmiş olup bu doğumların 2492'sini Suriye doğumlu göçmen anneler tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın yapıldığı kurumda 2022 yılında gerçekleşen tüm doğumların 580'ini adölesan yaş grubundaki anneler oluşturmuştur. Araştırma grubundaki adölesan dönem doğumlarının 368'ini Suriyeli, 212'sini Türk anneler gerçekleştirmiştir.

Araştırmanın örneklem hesabı, Suriyeli ve Türk gebeler için tabakalı örneklem hesabı yapılarak belirlenmiştir. TNSA (2018) verileri esas alınarak adölesan gebelik prevalansı %4 olarak hesaplamaya alınmıştır. Güven düzeyi %95, hata payı %5 ve desing effect 1,0 olarak örneklem hesaplaması yapılmıştır. Bu veriler esas alınarak yapılan hesaplamaya göre araştırmada **en az 47 Türk adölesan** gebeye ulaşılması gerektiği sonucu elde edilmiştir.

TNSA Suriyeli Göçmen Örneklemi Araştırması (2018) verileri esas alınarak Suriyeli adölesanlarda gebelik prevalansı %39 olarak hesaplamaya alınmıştır. Güven düzeyi %95, hata payı %5 ve desing effect 1,0 olarak örneklem hesaplaması yapılmıştır. Bu veriler esas alınarak yapılan hesaplamaya göre araştırmada **en az 184 Suriyeli adölesan** gebeye ulaşılması gerektiği sonucu elde edilmiştir.

Gebelere ulaşamama, araştırmaya katılmayı reddetme, araştırmadan ayrılmayı talep etme gibi nedenler ile %10 yedek eklenerek ulaşmak istediğimiz kişi sayısı en az

202 Suriyeli ve 52 Türk adölesan gebe olmak üzere toplamda 254 kişi belirlenmiştir. Çalışma **202 Suriyeli ve 52 Türk adölesan** gebe ile tamamlanmıştır.

### **3.6. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri**

#### **3.6.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- Araştırmaya katılmaya gönüllü gebeler,
- 18 yaş ve altı gebeler,
- Türkçe iletişim kurabilen Türk ve Suriyeli gebeler,
- Suriye kökenli olan adölesan gebeler (mülteci, şartlı mülteci, uluslararası koruma başvuru sahibi, geçici koruma ve ikincil koruma statüsünde olan)
- Türk kökenli adölesan gebeler,
- Mental rahatsızlığı olmayan ve psikolojik tedavi görmeyen gebeler,
- 28.-38. haftasında gestasyonel yaşa sahip olan gebeler çalışmaya dahil edilmiştir.

#### **3.6.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

- Türkçe okuma-yazması olmayan gebeler,
- İletişim engeli olan gebeler,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan gebeler,
- 19 yaş ve üzeri gebeler,
- Psikiyatrik hastalık tanısı alan gebeler çalışmaya dahil edilmemiştir.

### **3.7. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **3.7.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni (leri):**

Araştırmanın bağımlı değişkenleri maternal ve fetal sağlık sonuçlarıdır.

**Maternal sağlık sonuçları** (Plasenta anomalisi, uzamış doğum eylemi, erken membran rüptürü tanısı, sezaryen/müdahaleli doğum endikasyonu, doğumda indüksiyon uygulaması, intrapartum hemoraji, postpartum hemoraji, ekstra uterotonik ajan kullanımı, doğum haftası, preeklampsi/eklampsi tanısı alma, enfeksiyon bulguları ve teşhisi)

**Fetal sağlık sonuçları** (doğum kilosunu, apgar skoru, yenidoğan yoğun bakım ünitesi yatış endikasyonu)

### 3.7.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni(leri):

Araştırmanın bağımsız değişkenleri Prenatal anksiyete puanı ve Beck depresyon puanıdır.

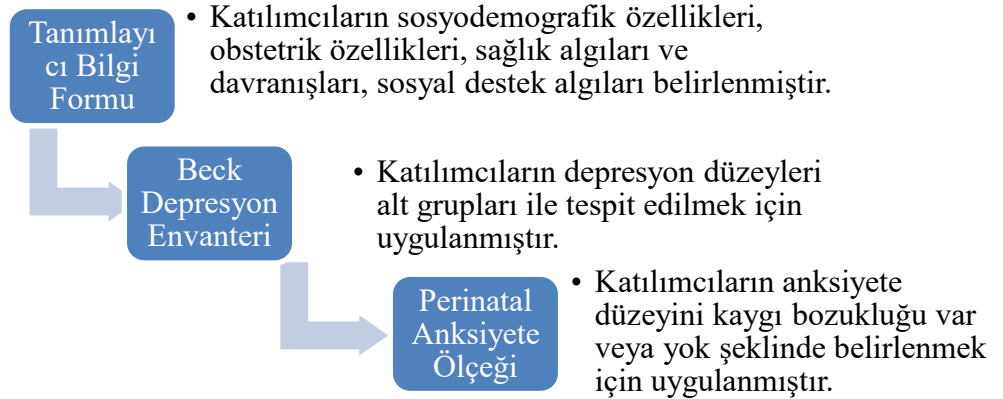
Alt bağımsız değişkenler;

- Gebelerin sosyodemografik özellikleri,
- Gebelerin obstetrik özellikleri,
- Gebelerin tıbbi öyküsü,
- Gebelerin sosyal destek algısı,
- Gebenin sağlık algısı.

### 3.8. Veri Toplama Araçları ve Yöntemleri

Araştırmanın verileri 1- Tanımlayıcı Bilgi Formu, 2- Beck Depresyon Envanteri, 3- Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği, 4- Maternal ve Neonatal Sağlık Sonuçları Kayıt Formu ile toplanmıştır.

Ölçeklerin kullanımı için yazarlardan elektronik posta aracılığı ile yazılı izin alınmıştır (Ek-6).



Şekil 1. Veri Toplama Araçları

Veriler verilen Őemadaki sıra ile toplandıktan sonra gebelerin takibi yapılmış doğum eylemi gerçekteŐiğinde doğum sonuçları hastane kayıtlarından elde edilmiş ve veri toplama aŐaması tamamlanmıştır.

### **3.8.1. Tanımlayıcı Bilgi Formu**

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından ilgili literatür (Brown ve ark., 2018; Eliner ve ark., 2022; Kotoh ve ark., 2022; Yörük ve ark., 2020) taranarak yapılandırılan "Kişisel Bilgi Formu" aracılıŐıyla toplanmıştır. Toplam 46 sorudan oluşan bu kapsamlı form; katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, obstetrik öykülerini, genel sağlık davranışlarını ve sosyal destek algılarını içeren çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Anket sorularının dil geçerliliŐini ve anlaşılabilirliŐini test etmek amacıyla, asıl uygulama öncesinde araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan 25 gebe ile bir ön uygulama gerçekteŐtirilmiŐtır. Bu ön çalışma sonucunda soruların net bir Şekilde anlaŐıldıŐı saptanmış ve form üzerinde herhangi bir yapısal deĐiŐikliĐe gidilmeden veri toplama aŐamasına geçilmiŐtır.

Tanımlayıcı Bilgi Formu, araştırmanın bağımsız değişkenlerini belirlemek üzere sistematik bir dağılım göstermektedir. Formun ilk bölümünde yer alan sosyodemografik özellikler (14 soru); katılımcıların eğitim düzeyi, çalışma durumu, hane yapısı ve eşlerinin demografik-ekonomik verileri ile sağlık kuruluşuna erişim süresi gibi temel bilgileri kapsamaktadır. İkinci bölüm olan obstetrik özellikler (14 soru); gebelik haftası, kaçınıcı gebelik olduğu, kullanılan takviye ilaçlar ve antenatal takip sıklığına odaklanmaktadır. Genel sağlık durumu ve davranışlarını belirlemeye yönelik bölüm (7 soru); kronik hastalık varlıŐı ve madde kullanımı gibi alışkanlıkları sorgularken, sosyal destek algısı ve ruhsal durumu değerlendiren bölüm (9 soru); eş, aile ve arkadaş çevresinden alınan desteğin niteliŐini ve partner Şiddeti varlıŐını incelemektedir. Formun son kısmında ise Suriyeli katılımcılara özel olarak eklenen iki soru ile Türkiye'deki ikamet süresi ve toplam doğum sayısı kayıt altına alınmıştır.

### **3.8.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)**

Bu ölçek Beck ve ark. (1961) tarafından geliŐtirilmiŐtır. Bir öz-bildirim aracı olan BDE tüm dünyada en yaygın kullanılan depresyon ölçeğidir. 0-3 arası puan ile değerlendirilen 21 sorudan oluŐmaktadır. Ölçek 15 yaş ve üzeri adölesan ve erişkinlere

uygulanabilir. Toplam puanlar 0 ila 63 arasında değişmekte ve toplam puanın yüksek olması depresyon şiddetinin yüksekliğini göstermektedir (Beck ve ark., 1961). BDE, Hisli (1989) tarafından Türkçe 'ye uyarlanarak, güvenlik katsayısı 74 olarak bildirilmiştir. Ölçeğin kesme puanı 17 olarak belirlenmiş, 17 ve üzeri puan alanlar depresyon riski var olarak kabul edilmiş. 0-9 arası puan minimal depresyon, 10-16 puan hafif depresyon, 17- 29 puan orta depresyon, 30- 63 puan şiddetli depresyon olarak kabul edilir. Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0.883'tür.

### **3.8.3. Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği (PATÖ)**

Ölçek Somerville ve ark. (2014) tarafından perinatal dönemdeki kadınlar arasında anksiyete bozukluklarını taramak için geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yazıcı ve ark. (2018) tarafından 393 gebenin katılımı ile yapılmıştır. Ölçek ilk oluşturulduğunda kesme puanı 26 olarak belirlenmiş. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında SCID-I ve ICD-10 kullanılarak görüşülen gebelerin yarısından fazlasında en az bir psikiyatrik hastalık olduğu ancak bunların sadece %25,6 sının psikiyatrik tedavi aldığı tespit edilmiş ve bu da perinatal dönem psikiyatrik taramaların önemini açıkça ortaya koymuş. Tutarlılık çalışmasında orijinal PASS ölçeğinde Cronbach-Alpha düzeyi yüksek güvenilirlik düzeyi olan 0,95, PASS-TR de ise Cronbach-Alpha değeri yine yüksek güvenilirlik düzeyi olan 0,96 olarak bulunmuş ve ölçeğin perinatal anksiyete ve depresyonun tespit edilmesinde güvenle kullanılabilir olduğu ortaya çıkmış. Ölçek 31 maddeden oluşan dörtlü likert tiptedir. Ölçeğin kesme puanı duyarlılık ve spesifite açısından daha hassaslaştırılarak 16 olarak belirlenmiş ve alt gruplar puana göre sınıflandırmak yerine kaygı bozukluğu olan ve olmayan olarak kesme puanı ile ayrılmış. Böylelikle düşük puan ile anksiyete bozukluklarını yakalama ihtimali arttırılmış. Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0.918'tir.

### **3.8.4. Maternal ve Neonatal Sağlık Sonuçları Kayıtları**

Maternal ve neonatal sağlıkta başlıca göstergeler ve komplikasyonlar göz önüne alınarak araştırmanın amacı ve ulaşmak istediği sağlık sonuçları birlikte değerlendirilerek oluşturulmuştur. Maternal ve neonatal sağlık sonuçları formu, yenidoğan doğum haftası, kilo, apgar skoru, canlandırma ve yenidoğan yoğun bakım yatış ihtiyacı olup olmadığı, maternal komplikasyonların varlığı (preeklampsi tanısı

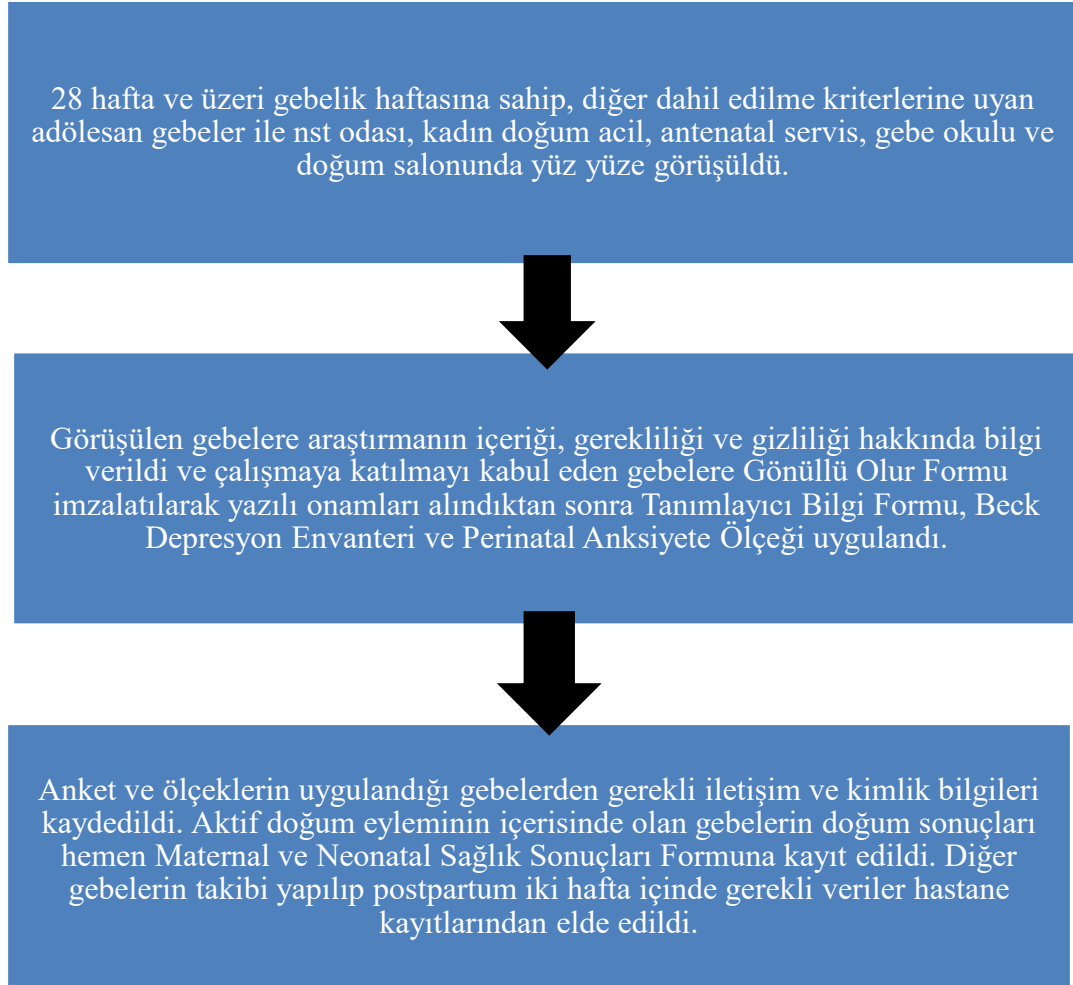
alma uzamış doğum eylemi, postpartum hemoraji, ekstra uterotonik ajan kullanımı, erkan membran rüptürü varlığı, plasenta anomalisi), doğum şekli, sezaryen ise endikasyonu, doğum indüksiyonu uygulaması bilgilerini içerir.

### **3.9. Veri Toplama Yöntemi:**

Araştırmanın uygulama safhası, ilgili etik kurul onayı ve kurumsal izinlerin alınmasını müteakip, 08.11.2024 ile 03.05.2025 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanması; katılımcılardan anket ve ölçekler aracılığıyla prenatal verilerin elde edilmesi ile doğum sonrası süreçte hastane kayıtlarının incelenmesi olmak üzere birbiriyle entegre iki aşamada yürütülmüştür. Araştırma kapsamına dahil edilme kriterlerini karşılayan adölesan gebelere, çalışmanın amacı, yöntemi ve verilerin gizliliği ilkesi hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş; gönüllülük esasına dayalı olarak "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" imzalatılarak yazılı onamları alınmıştır. Suriyeli adölesan katılımcıların büyük bir çoğunluğunun uzun süredir Türkiye'de ikamet etmeleri, eğitim süreçlerini Türkiye'de tamamlamaları veya burada doğmuş olmaları nedeniyle Türkçe dil hakimiyetlerinin yüksek olduğu gözlemlenmiş; bu durum veri toplama sürecinde anlam kaymalarını ve dil bariyerinden kaynaklı metodolojik kısıtlılıkları minimize etmiştir.

Sürecin ilk aşamasında; Tanımlayıcı Bilgi Formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği (PATÖ), 28-36. gebelik haftasındaki katılımcılara yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Veriler; hastanenin Non-Stres Test (NST) odası, kadın hastalıkları ve doğum poliklinikleri, doğum salonu, antenatal servis ve kadın doğum acil servisi gibi birimlerde, gebelerin mahremiyeti gözetilerek ve uygun fiziki koşullar sağlanarak toplanmıştır. Formlar, katılımcıların beyanı doğrultusunda kendi öz-bildirimleri ile veya araştırmacı gözetiminde yapılandırılmış görüşmeler yoluyla doldurulmuştur. Çalışmanın ikinci aşamasında ise araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturan maternal ve neonatal sağlık sonuçları, doğum sonrası dönemde hastane kayıt sisteminden (HBYS) ve kurumsal arşiv verilerinden retrospektif olarak elde edilmiştir. Araştırmacının klinikte aktif görevde bulunduğu mesai saatleri içerisinde gerçekleşen adölesan doğumları anlık olarak kayıt altına alınırken; araştırmacının görevli olmadığı zaman dilimlerinde gerçekleşen doğumlara ait veriler, katılımcıların kimlik bilgileri ve tahmini doğum tarihleri

referans alınarak doğumdan yaklaşık 1-2 hafta sonra sistem üzerinden taranarak veri setine eklenmiştir. Bu çift yönlü veri toplama stratejisi, hem prenatal ruhsal durumun hem de objektif klinik sonuçların eksiksiz bir şekilde eşleştirilmesine olanak tanımıştır.



**Şekil 2.** Veri Toplama Sürecinin Uygulanma Aşamaları

### **3.10. İstatistiksel Analiz Yöntemi**

Araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik, obstetrik ve klinik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı

istatistikler; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler ile sunulmuştur. Veri toplama araçlarının iç tutarlılığını ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla Cronbach's Alpha katsayıları hesaplanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık basıklık değerleri ile incelenmiş; analiz stratejileri bu dağılım özelliklerine göre belirlenmiştir.

Türk ve Suriyeli gebelerin sosyodemografik ve obstetrik değişkenlere göre dağılımlarının karşılaştırılmasında Ki-kare analizi; iki bağımsız grup arasındaki ölçek puan ortalamalarının kıyaslanmasında ise Bağımsız Gruplarda t-testi (Independent Samples t-test) kullanılmıştır. Araştırmanın temel odak noktası olan bağımsız değişkenlerin (anksiyete, depresyon ve demografik faktörler), bağımlı değişkenler (maternal ve fetal sağlık çıktıları) üzerindeki etkisini, yönünü ve miktarını belirlemek amacıyla ileri istatistiksel yöntemlere başvurulmuştur. Bu doğrultuda, tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan bağımsız değişkenler modele dahil edilerek Çoklu Regresyon Analizi (Multiple Regression Analysis) uygulanmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi, çift yönlü olarak  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.11. Kurum / Merkez Onayı**

Çalışmanın etik kurul izni Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (09.07.2024 tarihinde 2024/110 sayılı karar) alınmıştır. Etik kurul izni alındıktan sonra çalışmanın yapıldığı kurum olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinden yazılı kurum izni 08.11.2024'te alınmıştır (Ek-5). Beck Depresyon Envanteri ve Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeklerinin kullanımı için yazarlardan e-posta aracılığı ile izin alınmıştır (Ek-6).

Araştırma sürecinde Dünya Tabipler Birliği Helsinki Bildirgesi Prensiplerine uygun olarak yürütülmüş ve kişisel verilerin korunması prensiplerine bağlı hareket edilmiştir (Ek-7).

### **3.12. Araştırmanın Süresi**

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na 01.07.2024 tarihinde başvuru yapıp 09.07.2024 tarihinde 2024/110 karar numarası ile etik kurul onayı alındıktan sonra çalışmanın bölümleri 01.09.2024

tarihinde oluşturulmaya başlanmış olup Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi'nden kurum izni de 08.11.2024 tarihinde alınmıştır (Ek-5). Veriler kurum izni alındıktan sonra toplanmaya başlanmıştır. 03.05.2025 tarihinde bitirilmesi planlanan çalışma planlandığı süre olan 9 ay içerisinde tamamlanmıştır.

**Tablo 3.12. 1. Araştırmanın zamansal süreci.**

	TARİH						
	2023	2024				2025	
	Ocak- Haziran	Ocak- Temmuz	Temmuz- Ağustos	Eylül- Kasım	Kasım- Mayıs (2025)	Ocak- Ağustos	Ağustos- Kasım
Konu belirleme							
Literatür inceleme							
Ön hazırlıkların yapılması							
Araştırma planının yazılması							
Tanımlayıcı veri toplama formunu hazırlanması ve ön denemenin yapılması							
Etik kurul ve kurum izinlerinin alınması							
Verilerin toplanması							
Analiz							
Yazım							

### 3.13. Araştırmada Karşılaşılan Zorluklar

Bu araştırma, adölesan gebelik ve göç gibi hassas ve çok katmanlı iki olguyu bir arada ele alması bakımından, veri toplama ve uygulama süreçlerinde bazı metodolojik kısıtlılıklarla karşılaşmıştır. Araştırmanın temel sınırlılıkları şu şekilde özetlenebilir:

Öncelikle, sığınmacı popölasyonu içerisinde yer alan Suriye doğumlu adölesan gebe sayısına ulaşma noktasında operasyonel güçlükler yaşanmıştır. Bu grubun sosyal, kültürel veya hukuki yargılanma korkusu nedeniyle anket ve ölçekleri doldurmaktan çekinmesi, örneklem oluşturma sürecini yavaşlatan ve katılım gönüllülüğünü etkileyen temel bir bariyer oluşturmuştur. Katılımcıların büyük bir kısmı Türkçeyi iyi derecede anladığını beyan etmesine rağmen, özellikle ruhsal durumun ölçüldüğü psikometrik araçlardaki soyut ifadelerin ve duygu durum sorularının yorumlanmasında dilsel nüanslardan kaynaklı zorluklar gözlemlenmiştir. Bu durum, araştırmacı tarafından her iki grup için de standardize edilmiş açıklamalar yapılmasını zorunlu kılmıştır.

Klinik uygulama açısından; aktif doğum eylemi başlamış olan adölesan gebelerin şiddetli doğum ağrıları nedeniyle çalışmaya odaklanmakta ve anketleri tamamlamakta güçlük çekmeleri, veri toplama sürecinin zamanlamasını ve sürekliliğini kısıtlamıştır. Ayrıca, araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturan maternal ve neonatal sağlık sonuçlarının doğrulanması için gerçekleştirilen iki haftalık retrospektif kayıt tarama süreci, hastane veri tabanlarındaki yoğunluk ve verilerin titizlikle eşleştirilmesi gerekliliği nedeniyle iş yükü yüksek ve zaman alıcı bir aşama olarak kaydedilmiştir.

Metodolojik açıdan ise araştırmanın tek bir merkezde (Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi) yürütölmüş olması, bulguların Türkiye genelindeki tüm Suriyeli ve Türk adölesan gebelere genellenmesini sınırlandırmaktadır. Ayrıca çalışmanın kesitsel tipte tasarlanmış olması, prenatal anksiyete ve depresyon ile sağlık ıktıları arasındaki ilişkinin gebelik boyunca gösterdiği değişimi kapsamamasına ve değişkenler arasında kesin bir neden-sonuç ilişkisi kurulmasının zorlaşmasına yol açmıştır. Son olarak, verilerin katılımcıların öz-bildirimine dayanması nedeniyle,

bireylerin toplumsal beklentilere uygun yanıt verme eğilimi göstererek semptomlarını maskeleyiş olabileceği ihtimali de bir sınırlılık olarak kabul edilmektedir.

### **3.14. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları**

#### **3.14.1. Araştırmanın Güçlü Yönleri**

Bu çalışma, karşılaşılan tüm saha zorluklarına rağmen metodolojik titizliği ve veri kalitesi bakımından literatüre katkı sunan belirgin güçlü yönleri sahiptir. Çalışmanın en temel gücü, ulaşılması güç ve hassas bir popülasyon olan göçmen adölesan gebelerde istatistiksel açıdan yüksek bir örneklem sayısına ulaşılmış olmasıdır. Bu durum, araştırmanın istatistiksel gücünü ve bulguların temsil kabiliyetini artırarak, elde edilen sonuçların daha güvenilir bir zemine oturmasını sağlamıştır.

Araştırmanın bir diğer önemli gücü, veri setinin eksiksiz ve sistematik bir yapıda olmasıdır. Veri toplama sürecinde hiçbir katılımcıda kayıp veri oluşmaması, araştırmacı tarafından yürütölen veri yönetim sürecinin hassasiyetini ve metodolojik kalitesini kanıtlamaktadır. Ayrıca, prenatal dönemde uygulanan ruh sağlığı ölçeklerinden elde edilen sübjektif verilerin, doğum sonrası süreçte hastane kayıt sisteminden elde edilen objektif maternal ve neonatal sağlık sonuçları ile eşleştirilmesi, çalışmaya veri çeşitlendirmesi kazandırmıştır. Bu yaklaşım, sadece katılımcı beyanına bağlı kalınmayıp klinik kayıtlarla doğrulama yapıldığı için çalışmanın iç geçerliliğini en üst düzeye çıkarmıştır.

Buna ek olarak, araştırmanın yürütöldüğü Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin bölgedeki sığınmacı popülasyonu için ana başvuru merkezlerinden biri olması, örneklemin homojenliğini ve çeşitliliğini desteklemiştir. Suriyeli adölesanların dil hakimiyetlerinin araştırmacı tarafından teyit edilmesi ve her iki grupta da aynı ölçeklerin (BDE ve PATÖ) yüksek güvenilirlikle uygulanabilmiş olması, karşılaşırmalı analizin bilimsel doğruluğunu pekiştiren bir diğer unsurdur. Son olarak, araştırmacının bizzat klinikte aktif görev alması, doğum eylemi sırasındaki gözlemlerin ve sonuçların hata payı olmaksızın, zamanında kaydedilmesine imkân tanımıştır.

### 3.14.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, adölesan gebelik ve zorunlu göç gibi hassas ve çok katmanlı iki olguyu eş zamanlı olarak incelemesi bakımından, uygulama sürecinde bazı metodolojik sınırlılıklarla karşılaşmıştır. Araştırmanın en temel kısıtlılığı, örneklemin yalnızca Bursa ilinde bulunan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran gebelerden oluşması ve çalışmanın kesitsel tipte tasarlanmış olmasıdır. Bu durum, elde edilen bulguların Türkiye genelindeki tüm Suriyeli ve Türk adölesan gebelere genellenmesini sınırlandırmakta ve değişkenler arasında kesin bir neden-sonuç ilişkisi kurulmasını güçleştirmektedir. Ayrıca araştırmanın kesitsel niteliği, prenatal anksiyete ve depresyonun gebelik süreci boyunca gösterdiği değişimin ve bu durumun uzun dönemli maternal-fetal etkilerinin takip edilmesine imkân tanımamıştır.

Metodolojik olarak bir diğer sınırlılık, gebelerin ruh sağlığını ve fetal gelişimi etkileyebilecek olan beslenme alışkanlıkları, uyku düzeni, günlük fiziksel aktivite seviyesi veya ev ortamındaki diğer mikro-çevresel stresörlerin tam anlamıyla kontrol altına alınamamış olmasıdır.

Bu çalışmanın önemli bir sınırlılığı, gebelerin psikolojik durumlarını ölçmek için kullanılan BDE ve PATÖ gibi araçların, her ne kadar geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış olsa da Batı merkezli klinik normlara dayanmasıdır. Mülteci popülasyonlarda kültürel semptom yansımaları farklılık gösterebilmekte; bireyler yaşadıkları psikolojik sıkıntıyı somatik şikayetler veya kültürel metaforlar aracılığıyla ifade edebilmektedir. Bu durum, özellikle düşük eğitim seviyesine sahip Suriyeli adölesan grupta, mevcut ölçeklerin kültürel nüansları ve derinlemesine psikolojik yaşantıları tam olarak yansıtamamış olma ihtimalini beraberinde getirmektedir.

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılmayı kabul eden 254 gebe kadından (Türk adölesan gebe=52, Suriyeli adölesan gebe=202) elde edilen tanımlayıcı ve karşılaştırmalı bulgulara ve bu bulgulara ilişkin yorumlara yer verilmiştir. Araştırmanın temel bulguları çalışmanın hipotezi ve genel amaçları doğrultusunda yorumu yapılmıştır.

##### 4.1. Araştırma Grubundaki Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.1. 1. Suriyeli ve Türk adölesan gebelerin sosyodemografik özellikleri.**

		Türk Adölesan Gebeler (n=52)		Suriyeli Adölesan Gebeler (n=202)		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
<b>Medeni durum</b>	Evli resmi nikâhım var	25	48.1	57	28.1	12.136	<b>0.004*</b>
	Evli dini nikâhım var	25	48.1	144	70.9		
	Bekâr	2	3.8	1	0.5		
	Boşanmış	0	0.0	1	0.5		
<b>Eğitim durumu</b>	Okuryazar	11	21.2	103	50.7	17.849	<b>0.001*</b>
	İlköğretim	33	63.5	90	44.3		
	Lise	8	15.4	10	5		
<b>Gelir getiren bir işte çalışma durumu</b>	Evet	4	7.7	28	13.8	1.404	0.236
	Ev hanımı- hayır	48	92.3	175	86.2		
<b>Eş eğitim durumu</b>	Okuryazar	3	6.0	41	20.4	12.667	<b>0.004*</b>
	İlköğretim	28	56.0	123	61.2		
	Lise	18	36.0	32	15.9		
	Üniversite ve üstü	1	2.0	5	2.5		
<b>Eş çalışma durumu</b>	Çalışmıyor-işsiz	5	10.0	18	9.0	1.213	0.920
	Emekli	1	2.0	4	2.0		
	Memur	1	2.0	3	1.5		

	İşçi	36	72.0	138	68.7		
	Serbest meslek	7	14.0	38	18.9		
<b>Ailenin aylık geliri</b>	Gelirim giderden az	15	28.8	65	32.0		
	Gelirim gidere eşit	21	59.6	125	61.6	1.721	0.424
	Gelirim giderden fazla	6	11.5	13	6.4		

*n: Sayı (Suriyeli adölesan gebeler n=202/ Türk adölesanlar n=52), %: Yüzde \*: chi-square test*

Araştırmaya katılan katılımcıların gruplarına göre sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tabloda verilmiştir. Katılımcıların grupları ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi, farkı test etmek için ise bağımsız t testi uygulanmıştır.

Katılımcıların grupları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Türk katılımcıların %48,1'inin, Suriyeli katılımcıların ise %70,9'unun "Evli dini nikâhım var" olduğu görülmektedir.

Katılımcıların grupları ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Türk katılımcıların %63,5'inin eğitim durumu ilkokul, Suriyeli katılımcıların ise %50,7'sinin okuryazar olduğu görülmektedir.

Katılımcıların grupları ile eşlerinin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Türk katılımcıların %56'sının, Suriyeli katılımcıların ise %61,2'sinin eşlerinin eğitim durumunun ilköğretim olduğu görülmektedir.

Eşin çalışma durumu ve ailenin gelir durumu değişkenleri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.1.1. Suriyeli ve Türk Adölesan gebelerin sosyodemografik özellikleri (Devam).**

		Türk adölesan gebeler (n=52)		Suriyeli Adölesan Gebeler (n=202)		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
<b>Aile tipi</b>	Çekirdek aile	38	73.1	135	66.5	0.950	0.629
	Geniş aile	13	25.0	64	31.5		
	Parçalanmış aile	1	1.9	4	2.0		
<b>Eş/partnerinle aranızda akrabalık varlığı</b>	Hayır	43	86.0	173	86.1	0.000	0.990
	Evet, (kuzen, vb.)	7	14.0	28	13.9		
	Kiralık	34	65.4	134	66.0		
<b>Yaşanılan evin durumu</b>	Kendimize ait	15	28.8	19	9.4	18.887	<b>0.001*</b>
	Ücret talebi olmayan başka birinin evi	3	5.8	50	24.6		
	15 dk ve daha az	10	19.2	33	16.3		
<b>Yaşanılan yerden bir sağlık kuruluşuna ulaşılan süre</b>	16-30 dk	30	57.7	127	62.6	0.696	0.874
	31-45 dk	10	19.2	33	16.3		
	46 dk ve daha fazla	2	3.8	10	4.9		

*n: Sayı (Suriyeli adölesan gebeler n=202/ Türk adölesanlar n=52), %: Yüzde \*: chi-square test*

Katılımcıların grupları ile yaşanılan evin durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p < 0.05$ ). Türk katılımcıların %65,4'ünün, Suriyeli katılımcıların ise %66'sının yaşanılan evin durumunun kiralık olduğu görülmektedir

**Tablo 4.1. 2. Araştırmaya katılan adölesan gebelerin obstetrik özellikleri.**

		Türk adölesan gebeler (n=52)		Suriyeli adölesan gebeler (n=202)		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
<b>Bu gebelik planlı istenen bir gebelik olma durumu</b>	Hayır	22	42.3	73	36.0	0.713	0.398
	Evet	30	57.7	130	64.0		
<b>Daha önce doğum varlığı</b>	Yapmadım	42	80.8	175	86.2	4.368	0.215
	Bir	8	15.4	26	12.8		
	İki	2	3.8	1	0.05		
	Üç	0	0.0	1	0.5		
<b>Düşük yapma durumu</b>	Hayır	48	92.3	175	86.2	1.404	0.236
	Evet	4	7.7	28	13.8		
<b>Gebeliğin ilk üç ayında folik asit vitamini kullanma durumu</b>	Evet	30	57.7	110	54.2	6.860	<b>0.032*</b>
	Hayır	19	36.5	52	25.6		
	Bilmiyorum	3	5.8	41	20.2		
<b>Gebelikte demir ilacı (kan ilacı) kullanma durumu</b>	Evet	36	69.2	126	62.1	15.374	<b>0.001*</b>
	Hayır	14	26.9	25	12.3		
	Bilmiyorum	2	3.8	52	25.6		

n: Sayı (Suriyeli adölesan gebeler n=202/ Türk adölesanlar n=52), %: Yüzde \*: chi-square test

Katılımcıların grupları ile gebeliğin ilk üç ayında folik asit vitamini kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Türk katılımcıların %57,7'sinin, Suriyeli katılımcıların ise %54,2'sinin gebeliğin ilk üç ayında folik asit vitamini kullanma durumuna "Evet" cevabını verdiği görülmektedir. Türk katılımcıların %5,8'i, Suriyeli katılımcıların %20,2'si bilmiyorum cevabını vermiştir.

Katılımcıların grupları ile gebelikte demir ilacı (kan ilacı) kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Türk katılımcıların %69,2'inin, Suriyeli katılımcıların ise %62,1'inin gebelikte demir ilacı

(kan ilacı) kullanma durumuna “Evet” cevabını verdiği görülmektedir. Türk katılımcıların %3,8’i, Suriyeli katılımcıların %25,6’sı bilmiyorum yanıtını vermiştir.

Araştırmaya katılan Suriyeli adölesan gebelerin %13,8’i, Türk adölesan gebelerin %7,7’sinin abortus ile sonlanan gebelik öyküsü olduğu tespit edilmiş.

**Tablo 4.1. 3. Araştırmaya katılan adölesan gebelerin obstetrik özellikleri ve gebeliğe etki eden risk faktörleri.**

		Türk adölesan gebeler (n=52)		Suriyeli adölesan gebeler (n=202)		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
<b>Gebelik takipleriniz için gidilen yer</b>	Aile sağlığı merkezinde ebe tarafından	6	11.5	6	3.0	9.774	0.096
	Aile sağlığın merkezinde hekim tarafından	3	5.8	6	3.0		
	Devlet hastanesinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından	13	25.0	46	22.7		
	Devlet hastanesinde gebe sınıfı tarafından	0	0.0	4	2.0		
	Özel muayenehanede kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından	5	9.6	13	6.4		
	Eğitim araştırma hastanesi-üniversite hastanesinde hekim tarafından	25	48.1	124	61.1		
	Hiç gitmedim	0	0.0	4	2.0		
<b>Son gebeliğinde herhangi bir sağlık sorunu yaşama durumu</b>	Var, (Hyperemesis, Preeklampsi, Diyabet, vb.)	9	17.3	45	22.2	0.586	0.444
	Yok	43	82.7	158	77.8		
	Evet	18	34.6	26	12.8		

<b>Sigara içme durumu</b>	Hayır	31	59.6	169	83.3		
	Bıraktım	3	5.8	8	3.9		
<b>Hayatında hiç alkol kullanma durumu</b>	Evet	12	23.1	2	1.0	31.337	<b>0.001*</b>
	Hayır	39	75.0	200	98.5		
	Bıraktım	1	1.9	1	0.5		
<b>Hayatında keyif verici madde (uyuşturucu) kullanma durumu</b>	Evet	3	5.8	0	0.0	11.851	<b>0.008*</b>
	Hayır	49	94.2	203	100.0		
	Bilmiyorum	5	9.6	39	19.2		
<b>Kronik bir hastalık (şeker hastalığı, kalp hastalığı, epilepsi, tansiyon, vb.) varlığı</b>	Evet	5	9.6	15	7.4	2.771	0.250
	Hayır	42	80.8	149	73.4		
	Bilmiyorum	5	9.6	39	19.2		

*n: Sayı (Suriyeli adölesan gebeler n=202/ Türk adölesanlar n=52), %: Yüzde \*: chi-square test*

Katılımcıların grupları ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Türk katılımcıların %59,6'sının, Suriyeli katılımcıların ise %83,3'ünün sigara içme durumuna "Hayır" cevabını verdiği görülmektedir.

Katılımcıların grupları ile hayatında hiç alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Türk katılımcıların %75'inin, Suriyeli katılımcıların ise %98,5'inin hayatında hiç alkol kullanma durumuna "Hayır" cevabını verdiği görülmektedir.

Katılımcıların grupları ile hayatında keyif verici madde (uyuşturucu) kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Türk katılımcıların %94,2'sinin, Suriyeli katılımcıların ise %100'ünün hayatında keyif verici madde (uyuşturucu) kullanma durumuna "Hayır" cevabını verdiği görülmektedir.

Türk katılımcılarda sigara, alkol ve keyif verici madde kullanımına eğilimin daha fazla olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.1. 4. Araştırmaya katılan adölesan gebelerin gebeliğe etki eden psikososyal faktörleri.**

		Türk adölesan gebeler (n=52)		Suriyeli adölesan gebeler (n=202)		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
<b>Daha önce hiç psikiyatrik tedavi alma durumu</b>	Evet	6	11.5	23	11.3	0.002	0.966
	Hayır	46	88.5	180	88.7		
<b>Şu ana kadar ciddi hastalık, kaza, arkadaş ya da aile bireylerinin ölümü, savaş, doğal afet, gibi stresli yaşam olayları yaşama durumu</b>	Evet	25	48.1	131	64.5	4.719	<b>0.030*</b>
	Hayır	27	51.9	72	35.5		
<b>Genel olarak adet öncesi dönemde ruhsal çökkünlük, sinirlilik, gerginlik, alınganlık gösterme, ağlama gibi belirtiler olma durumu</b>	Evet	34	65.4	133	65.5	0.000	1.000
	Hayır	18	34.6	70	34.5		
<b>Günlük yaşantının stresli olduğunu düşünme durumu</b>	Evet	42	80.8	148	72.9	1.348	0.246
	Hayır	10	19.2	55	27.1		
<b>Eş, aile, arkadaşlar tarafından sosyal destek alma durumu</b>	Evet	37	71.2	148	72.9	0.064	0.801
	Hayır	15	28.8	55	27.1		
<b>Eş tarafından size fiziksel, sözel, duygusal ya da cinsel istismar/şiddet uygulanma durumu</b>	Evet	11	21.2	48	23.6	0.144	0.704
	Hayır	41	78.8	155	76.4		
<b>Eşin ailesiyle ilişki durumu</b>	İyi	26	52.0	146	72.6	8.543	<b>0.014*</b>
	Ne iyi, ne kötü	20	40.0	42	20.9		
	Kötü	4	8.0	13	6.5		
<b>Kendi ailenle (anne, baba, kardeşler) ilişki durumu</b>	İyi	31	59.6	148	72.9	7.044	<b>0.030*</b>
	Ne iyi ne kötü	16	30.8	50	24.6		
	Kötü	5	9.6	5	2.5		

<b>Son gebeliğin sırasında yaşamını etkileyebilecek; yakının/arkadaşın kaybı/hastalığı, eşinizin ya da kendinizin iş değişikliği gibi size stres yaşatan bir durum olma durumu</b>	Evet	6	11.5	43	21.2	2.480	0.115
	Hayır	46	88.5	160	78.8		
<b>Sağlıklı beslendiğini düşünme durumu</b>	Evet	13	25.0	76	37.4	5.560	0.062
	Hayır	12	23.1	24	11.8		
	Kısmen	27	51.9	103	50.7		
<b>Sürekli kullanılan bir ilaç varlığı</b>	Evet, (Ecoprin, İnsülin, vb.)	10	19.2	24	11.8	1.966	0.161
	Hayır	42	80.8	179	88.2		

*n: Sayı (Suriyeli adölesan gebeler n=202/ Türk adölesanlar n=52), %: Yüzde \*: chi-square test*

Katılımcıların grupları ile şu ana kadar ciddi hastalık, kaza, arkadaş ya da aile bireylerinin ölümü, savaş, doğal afet, gibi stresli yaşam olayları yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Türk katılımcıların %51,9'unun şu ana kadar ciddi hastalık, kaza, arkadaş ya da aile bireylerinin ölümü, savaş, doğal afet, gibi stresli yaşam olayları yaşama durumuna "Hayır", Suriyeli katılımcıların ise %64,5'inin "Evet" cevabını verdiği görülmektedir.

Katılımcıların grupları ile eşin ailesiyle ilişki durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Türk katılımcıların %52'sinin, Suriyeli katılımcıların ise %64,5'inin eşin ailesiyle ilişki durumuna "iyi" cevabını verdiği görülmektedir.

Katılımcıların grupları ile kendi ailenle (anne, baba, kardeşler) ilişki durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Türk katılımcıların %59,6'sının, Suriyeli katılımcıların ise %72,9'unun kendi ailenle (anne, baba, kardeşler) ilişki durumuna "iyi" cevabını verdiği görülmektedir.

**Tablo 4.1. 5. Diğer sosyodemografik ve obstetrik özellikler.**

Değişkenler	Türk adölesan gebeler		Suriyeli adölesan gebeler		t	p
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Yaş	17.71	0.98	17.44	1.03	1.725	0.086
Eş yaşı (n=251)	22.76	2.77	22.43	3.30	0.647	0.518
Evlenilen yaş (n=251)	16.52	10.01	16.38	1.21	0.739	0.460
Gebelik haftası	36.69	2.59	39.98	2.35	- 0.758	0.449
Bundan önceki doğum ile son doğum arasında geçen süre (n=38)	13.00	4.03	13.89	6.41	- 0.410	0.684
Gebelik boyunca kontrole gitme sayısı	7.04	2.66	6.96	1.98	0.250	0.803
Boy	159.33	4.85	160.47	8.19	- 0.962	0.337
Gebelik öncesi kilo	61.83	8.87	65.88	8.48	- 3.044	<b>0.003*</b>
Gebelik boyunca alınan kilo	12.21	3.09	12.58	2.86	- 0.819	0.414
Türkiye’de yaşama süresi (n=203)	-	-	8.85	2.19	-	-

\*p<0.05

Katılımcıların gruplarına göre gebelik öncesi kiloları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0.05). Suriyeli katılımcıların gebelik öncesi kilolarının, Türk katılımcılarına göre daha fazla olduğu görülmektedir.

#### 4.2. Araştırma Grubundaki Kadınların Neonatal ve Obstetrik Sağlık Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.2. 1. Araştırmaya katılan katılımcı gruplarına göre neonatal ve maternal sağlık sonuçlarının dağılımı.

		Türk adölesan gebeler		Suriyeli adölesan gebeler		$\chi^2$	p
		n	%	n	%		
YYBÜ yatışı olma durumu	Evet, (Prematüre, solunum sıkıntısı, vb.)	10	19.2	43	21.2	0.096	0.757
	Hayır	42	80.8	160	78.8		
Plasenta anomalisi	Var	1	1.9	3	1.5	0.053	0.818
	Yok	51	98.1	200	98.5		
Uzamış doğum eylemi	Var	3	5.8	17	8.4	0.389	0.533
	Yok	49	94.2	186	91.6		
EMR tanısı	Var	5	9.6	24	11.8	0.200	0.655
	Yok	47	90.4	179	88.2		
Doğum şekli	Normal doğum	10	19.2	24	11.8	4.774	0.092
	Sezaryen doğum	24	46.2	76	37.4		
	Müdahaleli doğum	18	34.6	103	50.7		
Doğumda indüksiyon uygulama	Var	28	53.8	101	49.8	0.277	0.598
	Yok	24	46.2	102	50.2		
İntrapartum hemoraji	Var	7	13.5	9	4.4	5.737	<b>0.025*</b>
	Yok	45	86.5	184	95.6		
Postpartum hemoraji	Var	0	0.0	3	1.5	0.778	0.378
	Yok	52	100.0	200	98.5		
Ekstra Uterotonik ajan kullanımı (rutin kullanım dışında)	Var	7	13.5	11	5.4	4.082	<b>0.043*</b>
	Yok	45	86.5	192	94.6		
Preeklampsi/eklampsi tanısı alma	Var	3	5.8	11	5.4	0.010	0.921
	Yok	49	94.2	192	94.6		

**Tablo 4.2.1. Araştırmaya katılan katılımcıların gruplarına göre neonatal ve maternal sağlık sonuçlarının dağılımı (Devam).**

	Türk adölesan gebeler		Suriyeli adölesan gebeler		t	p
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
<b>Doğum kilosu</b>	3008.17	536.25	2963.87	664.39	0.445	0.657
<b>1. dk. Apgar skoru</b>	7.96	1.36	8.00	1.48	-0.170	0.865
<b>5. dk. Apgar skoru</b>	9.31	0.94	9.38	1.22	-0.422	0.674
<b>Doğum haftası</b>	37.04	1.93	37.05	2.09	-0.034	0.973

\*p<0.05

Araştırmaya katılan katılımcıların gruplarına göre neonatal ve maternal sağlık sonuçlarının dağılımı Tabloda verilmiştir. Katılımcıların grupları ile neonatal ve maternal sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi, farkı test etmek için ise bağımsız t testi uygulanmıştır.

Katılımcıların grupları ile İntrapartum hemoraji varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Türk katılımcıların %86,5'inin, Suriyeli katılımcıların ise %95,6'sının İntrapartum hemoraji varlığı olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların grupları ile Ekstra Uterotonik ajan kullanımı (rutin kullanım dışında) varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Türk katılımcıların %86,5'inin, Suriyeli katılımcıların ise %94,6'sının Ekstra Uterotonik ajan kullanımı (rutin kullanım dışında) varlığı olmadığı görülmektedir.

Suriyeli adölesan gebelerin %21,2'sinin Türk adölesan gebelerin %19,2'sinin bebekleri yenidoğana yatışı olmuştur. Suriyelilerin %11,8'inde, Türklerin %9,6'sında erken membran rüptürü görülmüştür. Analizlerde istatistiksel anlamlılık görülme de yüzde hesaplarında farklar tespit edilmiş geniş örneklemelerle çalışmanın tekrarlanmasında istatistiksel anlamlılık oluşacağı tahmin edilmektedir.

Doğum kilosu ortalamasında da istatistiksel anlamlılık bulunmasa da Türk adölesanların bebeklerinin doğum kilosu ortalaması, Suriyeli adölesan gebelerden fazla bulunmuştur (sırasıyla 3008 gram – 2963 gram).

Katılımcı grupların doğum şekilleri incelendiğinde Türk adölesan gebelerin %19,2'sinin normal doğum, %46,2'sinin sezaryen doğum, %34,6'sının müdahaleli doğum yaptığı, Suriyeli adölesan gebelerin %11,8'inin normal doğum, %37,4'ünün sezaryen doğum yaptığı, %50,7'sinin müdahaleli doğum yaptığı görülmüştür. İstatistiksel anlamlılık görülme de müdahaleli doğum oranının Suriyeli adölesanlarda daha yüksek olduğu görülmüştür.

Adölesan gebeliklerinde literatürde dikkat çeken preeklampsi tanısı alma verisi çalışmamızda incelendiğinde istatistiksel anlamlılık göstermemiş olup, yüzde verileri karşılaştırıldığında da yakın değerler görülmüştür.

#### 4.3. Araştırma Grubundaki Kadınların Beck Depresyon Envanteri ve Perinatal Anksiyete Tarama Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 4.3. 1. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analiz sonuçları.**

Değişkenler	Cronbach's Alpha
Beck Depresyon Envanteri	0.883
Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği	0.918

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçları Tabloda verilmiştir. Ölçek güvenilirlikler hesaplanmış ve iyi derecede güvenilirliğe sahip olduğu tespit edilmiştir. Cronbach Alfa değerlerinin 0.70'ten büyük olması, kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu da çalışmada kullanılan ölçeğin içsel tutarlılıklarının iyi olduğunu göstermektedir.

**Tablo 4.3. 2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik analizi sonuçları.**

Değişkenler	Çarpıklık	Basıklık	Durum
Beck Depresyon Envanteri	0.889	0.048	Normal
Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği	0.716	-0.172	Normal

Araştırmada kullanılan değişkenlerin normallik analizi sonuçları Tabloda verilmiştir. Verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerinin  $\pm 3$  arasında olması normal dağılıma sahip olduğunu göstermektedir.

**Tablo 4.3. 3. Gruplara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması.**

Değişkenler		Min	Maks	$\bar{X}$	SS	t	p
Beck Depresyon Envanteri	Türk	21.00	64.00	36.73	9.75	0.069	0.945
	Suriyeli	24.00	65.00	36.64	7.99		
Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği	Türk	3.00	55.00	25.06	12.76	-0.294	0.769
	Suriyeli	7.00	62.00	25.63	12.47		

\*p<0.05

Gruplara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması Tabloda verilmiştir. Katılımcıların gruplarına göre BDE ve PATÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.3. 4. Araştırmaya katılan katılımcıların gruplarına göre ölçeklerin karşılaştırılması.**

Değişkenler	Türk adölesan gebeler		Suriyeli adölesan gebeler		$\chi^2$	p	
	n	%	n	%			
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	0-9 Minimal depresyon	19	36.5	55	27.1	1.841	0.606
	10-16 Hafif depresyon	16	30.8	75	36.9		
	17-29 Orta depresyon	14	26.9	60	29.6		
	30-63 Şiddetli depresyon	3	5.8	13	6.4		
<b>Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği</b>	16 altında kaygı bozukluğu yok	18	34.6	46	22.7	3.147	0.076
	16 üstünde kaygı bozukluğu var	34	65.4	157	77.3		
<b>Toplam</b>	<b>52</b>	<b>100.0</b>	<b>202</b>	<b>100.0</b>			

\*p<0.05

Araştırmaya katılan katılımcıların gruplarına göre ölçeklerin karşılaştırılması Tabloda verilmiştir. Katılımcıların grupları ile BDE ve PATÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir (p>0.05). Alt gruplara bakıldığında Suriyelilerin %6,4'ü şiddetli depresyon, Türklerin %5,8'i şiddetli depresyon tanısı almış, Türkler %36,5 ile en yüksek oranda minimal depresyon tanısı alırken, Suriyeliler %36,9 ile en yüksek oranda hafif depresyon tanısı almıştır.

**Tablo 4.3. 5. Plasenta anomalisi değişkenine ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları.**

Bağımsız Değişkenler	B	S. Hata	Beta ( $\beta$ )	t	p	TD	VIF
<b>Sabit</b>	1.950	0.040	—	48.916	0.000***	—	—
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	0.002	0.002	0.146	1.402	0.162	0.362	2.765
<b>Perinatal Anksiyete Tarama</b>	-0.002	0.001	-0.180	-1.726	0.086	0.362	2.765

F: 1.490; R<sup>2</sup>: 0.012;  $\Delta$ R<sup>2</sup>: 0.004; Bağımlı değişken: Plasenta Anomalisi; (p<0.05 \* p<0.01 \*\* p<0.001 \*\*\*)

Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda, BDE ve PATÖ puanlarının plasenta anomalisi değişkeni üzerindeki etkileri incelenmiştir. Modelin

genel anlamlılık düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (F (2.252) =1.490,  $p>0.05$ ). Bağımsız değişkenlerden BDE ( $\beta=0.146$ ,  $p=0.162$ ) ve PATÖ ( $\beta=-0.180$ ,  $p=0.086$ ) değişkenlerinin plasenta anomalisi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Modelin açıklayıcılığı düşüktür ( $R^2=0.012$ ). Durbin-Watson katsayısı 2.043 olup, artıklar arasında otokorelasyon tespit edilmemiştir.

**Tablo 4.3. 6. Ekstra uterotonik ajan kullanımına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları.**

Bağımsız Değişkenler	B	S. Hata	Beta ( $\beta$ )	t	p	TD	VIF
Sabit	1.888	0.082	—	23.084	0,000***	—	—
Beck Depresyon Envanteri	0.004	0.003	0.144	1.393	0.165	0.62	2.765
Perinatal Anksiyete Tarama	-0.005	0.002	-0.232	-2.235	<b>0.026*</b>	0.362	2.765

F: 2.709;  $R^2$ : 0.021;  $\Delta R^2$ : 0.013; Bağımlı değişken: Ekstra Uterotonik Ajan Kullanımı; (\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$  \*\*\* $p < 0.001$ )

Yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda model genel olarak anlamlılığa yakın bulunmuştur (F (2.252) =2.709,  $p=0.069$ ) ve Beck Depresyon Envanteri ile Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği puanları birlikte ekstra uterotonik ajan kullanımındaki varyansın %2,1'ini açıklamaktadır ( $R^2=0.021$ ). Bağımsız değişkenlerden Perinatal Anksiyete puanının etkisi negatif ve anlamlıdır ( $\beta=-0.232$ ,  $p=0.026$ ), Beck Depresyon puanının etkisi ise anlamlı değildir ( $p=0.165$ ). Bu bulgu, gebelerde anksiyete düzeyi arttıkça ekstra uterotonik ajan kullanımının azaldığını, depresyon düzeyinin ise bu değişken üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığını göstermektedir.

**Tablo 4.3. 7. Doğum haftasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları.**

Bağımsız Değişkenler	B	S. Hata	Beta ( $\beta$ )	t	p	TD	VIF
Sabit	39.169	0.638	—	61.405	0.000***	—	—
Beck Depresyon Envanteri	-0.047	0.025	-0.192	-1.909	0.057	0.362	2.765
Perinatal Anksiyete Tarama	-0.015	0.017	-0.092	-0.912	0.363	0.362	2.765

F: 10.034;  $R^2$ : 0.074;  $\Delta R^2$ : 0.066; Bağımlı değişken: Doğum Haftası; (\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$  \*\*\* $p < 0.001$ )

Çoklu regresyon analizi sonucunda model genel olarak anlamlı bulunmuştur (F (2.252) =10.034,  $p=0.000$ ) ve Beck Depresyon Envanteri ile Perinatal Anksiyete

Tarama Ölçeği puanları doğum haftasındaki varyansın %7,4'ünü açıklamaktadır ( $R^2=0.074$ ). Bağımsız değişkenlerden Beck Depresyon Envanteri puanının etkisi negatiftir ( $\beta=-0.192$ ,  $p=0.057$ ), Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği puanının etkisi ise anlamlı değildir ( $p=0.363$ ). Bu bulgular, depresyon düzeyindeki artışın doğum haftasını az da olsa düşürme eğiliminde olduğunu, anksiyete düzeyinin ise doğum haftası üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

**Tablo 4.3. 8. Doğum kilosuna ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları.**

Bağımsız Değişkenler	B	S. Hata	Beta ( $\beta$ )	t	p	TD	VIF
Sabit	3877.686	193.989	—	19.989	0.001***	—	—
Beck Depresyon Envanteri	-23.257	7.546	-0.304	-3.082	0.002**	0.362	2.765
Perinatal Anksiyete Tarama	-2.047	5.044	-0.040	-0.406	0.685	0.362	2.765

F:16.124;  $R^2$ :0.113;  $\Delta R^2$ : 0.106; Bağımlı değişken: Doğum Kilosu; (\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$  \*\*\* $p < 0.001$ )

Yapılan çoklu regresyon analizi sonucuna göre, Beck Depresyon Envanteri ve Perinatal Anksiyete Tarama puanlarının birlikte doğum kilosu üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür ( $F(2,252) = 16.124$ ,  $p < 0.001$ ). Model, doğum kilosundaki varyansın yaklaşık %11,3'ünü açıklamaktadır ( $R^2=0.113$ ). Değişkenlerden Beck Depresyon Envanteri puanları doğum kilosunu anlamlı düzeyde etkilemektedir ( $\beta=-0.304$ ,  $p=0.002$ ); bu sonuç, depresyon puanları yükseldikçe doğum kilosunun azaldığını göstermektedir. Perinatal Anksiyete Tarama puanlarının doğum kilosu üzerindeki etkisi ise istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0.685$ ).

**Tablo 4.3. 9. Maternal erkan membran rüptürü tanısına göre beck depresyon envanteri ve perinatal anksiyete ölçeği puanlarının karşılaştırılması.**

Değişkenler	EMR Tanısı	n	Ort.	SS	t	p
Beck Depresyon Envanteri	Var	29	41.48	9.80	3.367	0.001**
	Yok	226	36.04	7.97		
Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği	Var	29	33.28	13.19	3.634	0.001***
	Yok	226	24.52	12.09		

Bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre, maternal EMR tanısı olan annelerin Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları ( $M=41.48$ ,  $SS=9.80$ ), EMR tanısı olmayan annelere ( $M=36.04$ ,  $SS=7.97$ ) göre anlamlı olarak daha yüksektir ( $t(253) = 3.367$ ,  $p=0.001$ ). Benzer şekilde, Perinatal Anksiyete Tarama puanları da EMR tanısı

olan grupta (M=33.28, SS=13.19) EMR tanısı olmayan gruba (M=24.52, SS=12.09) kıyasla anlamlı olarak yüksektir ( $t(253) = 3.634, p < 0.001$ ). Bu bulgular, EMR tanısı alan annelerin hem depresyon hem de perinatal anksiyete düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermektedir ve klinik açıdan psikolojik destek gereksinimi açısından önem taşımaktadır.

**Tablo 4.3. 10. Preeklampsi/eklampsi tanısına göre beck depresyon ölçeği ve perinatal anksiyete ölçeği puanlarının karşılaştırılması.**

Değişkenler	Preeklampsi/Eklampsi Tanısı	n	Ort.	SS	t	p
Beck Depresyon Envanteri	Var	14	43.93	6.27	3.416	<b>0.001**</b>
	Yok	241	36.24	8.28		
Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği	Var	14	32.86	7.98	2.278	<b>0.024*</b>
	Yok	241	25.09	12.60		

Bağımsız örneklem t testi sonuçlarına göre, preeklampsi veya eklampsi tanısı olan annelerin Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları (M=43.93, SS=6.27), tanısı olmayan annelere (M=36.24, SS=8.28) kıyasla anlamlı olarak daha yüksektir ( $t(253) = 3.416, p = 0.001$ ). Benzer şekilde, Perinatal Anksiyete Tarama puanları da tanısı olan grupta (M=32.86, SS=7.98) tanısı olmayan gruba (M=25.09, SS=12.60) göre anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur ( $t(253) = 2.278, p = 0.024$ ). Bu bulgular, preeklampsi veya eklampsi tanısı alan annelerin hem depresyon hem de anksiyete düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermekte olup, psikolojik destek ve izlem açısından klinik öneme işaret etmektedir.

**Tablo 4.3. 11. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi yatışı durumuna göre beck depresyon envanteri ve perinatal anksiyete ölçeği puanlarının karşılaştırılması.**

Değişkenler	YYBÜ Yatışı	n	Ort.	SS	t	p
Beck Depresyon Envanteri	Evet	52	41.75	8.85	5.239	<b>0.001***</b>
	Hayır	202	35.32	7.71		
Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği	Evet	52	32.30	11.46	4.613	<b>0.001***</b>
	Hayır	202	23.73	12.18		

Bağımsız örneklem t testi sonuçları, YYBÜ'ne yatışı olan yenidoğanların annelerinin Beck Depresyon Envanteri puanlarının (M=41.75, SS=8.85) yatışı olmayan annelere (M=35.32, SS=7.71) göre anlamlı biçimde yüksek olduğunu

göstermektedir ( $t(253) = 5.239, p < 0.001$ ). Benzer şekilde, Perinatal Anksiyete Tarama puanları da yatışı olan annelerde ( $M=32.30, SS=11.46$ ) yatışı olmayan annelere ( $M=23.73, SS=12.18$ ) kıyasla anlamlı derecede yüksektir ( $t(253) = 4.613, p < 0.001$ ). Bu bulgular, YYBÜ'ne yatışı olan yenidoğanların annelerinde hem depresyon hem de perinatal anksiyete düzeylerinin belirgin olarak daha yüksek olduğunu ortaya koymakta olup, anne-çocuk sağlığı açısından psikolojik destek ve izlem gereksinimine işaret etmektedir.

**Tablo 4.3. 12. Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumuna göre beck depresyon envanteri ve perinatal anksiyete ölçeği puanlarının karşılaştırılması.**

Değişkenler	Sağlık Sorunu Yaşadı mı?	n	Ort.	SS	t	p
Beck Depresyon Envanteri	Evet	53	39.15	8.00	2.490	0.013*
	Hayır	201	35.99	8.35		
Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği	Evet	53	28.91	12.38	2.264	0.024*
	Hayır	201	24.60	12.41		

Sağlık sorunu yaşayan gebeler ile yaşamayanlar arasında yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçları, her iki psikolojik değişkende de anlamlı farklılıklar bulunduğunu göstermektedir. Beck Depresyon Envanteri puanları sağlık sorunu yaşayan kadınlarda (Ort.=39.15) yaşamayanlara göre (Ort.=35.99) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ( $t=2.490, p=0.013$ ). Benzer şekilde, Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği puanları da sağlık sorunu yaşayan grupta (Ort.=28.91) sağlık sorunu yaşamayanlara (Ort.=24.60) kıyasla anlamlı biçimde daha yüksek düzeyde saptanmıştır ( $t=2.264, p=0.024$ ). Bu bulgular, gebelikte sağlık sorunu deneyimlemenin hem depresyon hem de anksiyete düzeylerini artıran önemli bir risk faktörü olabileceğini ve ilgili psikososyal destek gereksinimlerinin bu grupta daha belirgin olabileceğini göstermektedir.

**Tablo 4.3. 13. Türk gebelerde gebelikte olumsuz sonuçları olanlar ve olmayanların depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırması.**

Değişkenler	Gebelikte Olumsuz Sonuç	n	Ort.	SS	t	p
Beck Depresyon Envanteri	Evet	9	33.22	2.49	-2.347	0.023*
	Hayır	43	37.47	10.53		
Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği	Evet	9	22.67	6.78	-0.940	0.357
	Hayır	43	25.56	13.69		

Türk gebelerde gebelikte olumsuz sonuç yaşayan anneler ile yaşamayan annelerin depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırılmıştır. Beck Depresyon

Envanteri puanları açısından, olumsuz sonuç alan grup anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Evet:  $33.22 \pm 2.49$ ; hayır:  $37.47 \pm 10.53$ ;  $t=-2.347$ ,  $p=0.023$ ). Perinatal anksiyete puanları açısından ise gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (Evet:  $22.67 \pm 6.78$ ; hayır:  $25.56 \pm 13.69$ ;  $t=-0.940$ ,  $p=0.357$ ). Bu sonuçlar, olumsuz gebelik sonuçlarının depresyon üzerinde etkili olabileceğini, anksiyete açısından ise istatistiksel olarak fark yaratmadığını göstermektedir.

**Tablo 4.3. 14. Türk gebelerde doğumda olumsuz sonuç yaşayanlar ve yaşamayanların depresyon ve anksiyete puanlarının karşılaştırılması.**

Değişkenler	Doğumda		n	Ort.	SS	t	p
	Olumsuz	Sonuç					
Beck Depresyon Envanteri	Var		28	36.61	10.77	-0.100	0.921
	Yok		24	36.88	8.62		
Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği	Var		28	25.39	14.72	0.208	0.836
	Yok		24	24.67	10.31		

Türk gebelerde doğumda olumsuz sonuç olan annelerin depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırılmıştır. Beck Depresyon Envanteri puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (Var:  $36.61 \pm 10.77$ ; yok:  $36.88 \pm 8.62$ ;  $t=-0.100$ ,  $p=0.921$ ). Benzer şekilde, Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği puanları açısından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Var:  $25.39 \pm 14.72$ ; yok:  $24.67 \pm 10.31$ ;  $t=0.208$ ,  $p=0.836$ ). 1

**Tablo 4.3. 15. Türk gebelerde yenidoğanlarında olumsuz sonuç alanlar ve almayanların depresyon ve anksiyete puanlarının karşılaştırılması.**

Değişkenler	Yenidoğan		n	Ort.	SS	t	p
	Olumsuz	Sonuç					
Beck Depresyon Envanteri	Evet		10	40.80	9.03	1.561	0.140
	Hayır		42	35.76	9.76		
Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği	Evet		10	28.30	12.70	0.897	0.385
	Hayır		42	24.29	12.80		

Türk gebelerde yenidoğan olumsuz sonuçları ile annelerin depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırılmıştır. Beck Depresyon Envanteri puanları açısından, yenidoğan yatışı olan grup daha yüksek ortalama puan göstermesine rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Evet:  $40.80 \pm 9.03$ ; hayır:  $35.76 \pm 9.76$ ;  $t=1.561$ ,  $p=0.140$ ). Benzer şekilde, Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği puanları

açısından da gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir (Evet:  $28.30 \pm 12.70$ ; hayır:  $24.29 \pm 12.80$ ;  $t=0.897$ ,  $p=0.385$ ).

**Tablo 4.3. 16. Suriyeli gebelerde gebeliklerinde olumsuz sonuç olanlar ve olmayanların depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırılması.**

Değişkenler	Gebelikte Olumsuz Sonuç	n	Ort.	SS	t	p
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Evet	45	40.33	8.21	3.472	<b>0.001**</b>
	Hayır	157	35.59	7.64		
<b>Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği</b>	Evet	45	30.16	12.92	2.702	<b>0.009*</b>
	Hayır	157	24.34	12.08		

Suriyeli gebelerde olumsuz gebelik sonucu yaşayan anneler ile yaşamayan annelerin depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırılmıştır. Beck Depresyon Envanteri puanları açısından, olumsuz sonuç alan grup anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Evet:  $40.33 \pm 8.21$ ; hayır:  $35.59 \pm 7.64$ ;  $t=3.472$ ,  $p=0.001$ ). Benzer şekilde, Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği puanları açısından da olumsuz sonuç alan grup daha yüksek puan göstermiş ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Evet:  $30.16 \pm 12.92$ ; hayır:  $24.34 \pm 12.08$ ;  $t=2.702$ ,  $p=0.009$ ).

**Tablo 4.3. 17. Suriyeli gebelerde doğumda olumsuz sonuç olanlar ve olmayanların durumuna göre depresyon ve anksiyete puanlarının karşılaştırılması.**

Değişkenler	Doğumda		n	Ort.	SS	t	p
	Olumsuz Sonuç						
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Var	100	35.16	6.96	-2.671	<b>0.008**</b>	
	Yok	102	38.11	8.69			
<b>Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği</b>	Var	100	23.80	12.29	-2.096	<b>0.037*</b>	
	Yok	102	27.44	12.45			

Suriyeli gebelerde doğumda, olumlu sonuç yaşayan ve yaşamayan annelerin depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırılmıştır. Beck Depresyon Envanteri puanları açısından, indüksiyon uygulanan grup anlamlı olarak daha düşük puan almıştır (Var:  $35.16 \pm 6.96$ ; yok:  $38.11 \pm 8.69$ ;  $t=-2.671$ ,  $p=0.008$ ). Benzer şekilde, Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği puanları açısından da indüksiyon uygulanan grup daha düşük puan göstermiş ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Var:  $23.80 \pm 12.29$ ; yok:  $27.44 \pm 12.45$ ;  $t=-2.096$ ,  $p=0.037$ ).

**Tablo 4.3. 18. Suriyeli gebelerde yenidoğanlarında olumsuz sonuç alanlar ve almayanların depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırması.**

Değişkenler	Yenidoğan		n	Ort.	SS	t	p
	Olumsuz	Sonuç					
<b>Beck Depresyon Envanteri</b>	Evet	42	41.98	8.91	4.607	<b>0.001**</b>	
	Hayır	160	35.21	7.10			
<b>Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği</b>	Evet	42	33.23	11.10	4.964	<b>0.001**</b>	
	Hayır	160	23.59	12.05			

Suriyeli gebelerde yenidoğan olumsuz sonuç alan ve almayan annelerin depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırılmıştır. Beck Depresyon Envanteri puanları açısından, yenidoğan yatışı olan grup anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır (Evet:  $41.98 \pm 8.91$ ; hayır:  $35.21 \pm 7.10$ ;  $t=4.607$ ,  $p<0.001$ ). Benzer şekilde, Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği puanları açısından da yenidoğan yatışı olan grup daha yüksek puan göstermiş ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Evet:  $33.23 \pm 11.10$ ; hayır:  $23.59 \pm 12.05$ ;  $t=4.964$ ,  $p<0.001$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, Suriye doğumlu ve Türk adölesan gebelerde prenatal anksiyete ve depresyonun maternal ve fetal sağlığa etkisi ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın temel bulguları şöyle sıralanabilir. Suriyeli adölesan gebelerde dini nikah daha fazladır. Türk adölesan gebelerin ise yaklaşık yarısı resmi nikahlıdır. Eşin eğitiminde ise formal eğitim almayan eş grubu Suriyeli gebelerde daha fazladır. Antenatal dönemde demir preparatı ve folik asit kullanımı Türk gebelerde daha fazladır. Sigara, alkol ve madde kullanımı Türk adölesan gebelerde daha fazladır. Olumsuz yaşam olayları Suriyeli gebelerde daha fazladır.

Obstetrik sonuçlar açısından, ekstra uterotonik ajan kullanımı ve intrapartum hemoraji Türk gebelerde daha fazladır.

Suriyeli gebelerde gebelikte, doğumda ve yenidoğanda olumsuz sağlık sonucu olan annelerde Beck Depresyon Envanteri puanları ve Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği puanları daha yüksek bulunmuş ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca doğumda olumsuz sağlık sonucu yaşamayan anneler, olumsuz sağlık sonucu olan annelere göre Beck Depresyon Envanteri puanları daha yüksek bulunmuş ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Türk gebelerde ise Beck Depresyon Envanteri puanları açısından olumsuz sonuç alan grup anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Araştırmanın temel bulguları aşağıda yer alan üç başlık altında tartışılmıştır.

### **5.1. Araştırma Grubundaki Adölesanların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Araştırmadan elde edilen bulgular, DSÖ ve UNICEF gibi uluslararası kuruluşların küresel adölesan ve mülteci sağlığı raporlarıyla önemli ölçüde örtüşmektedir. DSÖ'nün "Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı" stratejileri çerçevesinde,

adölesan gebelikler geliřmekte olan ölkelerde önlenebilir bir halk sađlıđı krizi olarak tanımlanırken; çalıřmamızda saptanan Suriyeli adölesanların dūřuk eđitim dūzeyi (%50,7 okuryazar) ve yaygın dini nikah oranı (%70,9), UNICEF (2023) tarafından vurgulanan çatıřma bölgelerinde erken evliliđin bir hayatta kalma stratejisine dōnūřmesi olgusunu desteklemektedir.

Adölesan göçmenlerde maternal sağlık ıktıları, bireyin geldiği toplumun költürel kodları ile göç ettiği ölkenin sağlık sistemi arasındaki etkileşimin bir ürünüdür. Çalışmamızda Suriyeli adölesanlarda saptanan yüksek müdahaleli doğum oranı (%50,7), Zimmerman ve ark. (2021) tarafından kavramsallaştırılan sağlık sistemine yabancılaşma olgusunu desteklemektedir; buna göre költürel olarak dışlanmış hissedeni adölesanlar, tıbbi yardıma ancak kriz anında başvurmakta ve bu durum müdahaleli doğumu kaçınılmaz kılmaktadır. Ayrıca, alışmamızda elde ettiğimiz Suriyeli gebelerdeki dūřuk eğitim ve yüksek dini nikah oranları, Al-Mughrabi ve ark. (2023)'ın Orta Dođu kökenli mülteci adölesanlar üzerinde yaptığı çalışmada belirttiği gibi, erken yaşta anneliğin költürel bir olgunluk statüsü olarak algılanmasına karşın, biyopsikolojik risklerin bu grup tarafından yeterince kavranamadığını göstermektedir. Gidiri ve ark. (2024) tarafından sunulan güncel veriler ise, göçmen adölesanlarda maternal stresi tetikleyen temel faktörün költürel uyumsuzluk olduğunu ve bu durumun çalışmamızdaki anksiyete skorlarında görölen artışla paralellik gösterdiğini kanıtlamaktadır.

Türkiye'de 2015-2018 yılları arasında retrospektif kohort türünde, 2235 (985 Suriyeli, 1250 Türk) adölesan gebe ile 3485 erişkin gebenin katıldığı çalışmada obstetrik özellikler ile doğum sonuçları karşılaştırılmış, sigara kullanımı ve bekar olma durumu Türk adölesanlarda daha yaygın tespit edilmiş( $p<0.001$ ) (Balkaş ve elen, 2025).

Gebelikte depresyon ve anksiyeteyi artıran faktörler arasında dūřuk eđitim dūzeyi, dūřuk aylık gelir, ev hanımı olma, sigara kullanımı, yüksek gebelik sayısı ve önceki gebelik kayıpları sayılabilir. Adölesan gebeler bu risk faktörlerinin çođunu tařıma eđilimindedir (Fenki ve ark., 2015; Erdal, 2013).

Bishai ve ark. (2021)'nın dūřuk ve orta gelirli ölkelerdeki adölesan anneler üzerine yaptığı meta-analiz ise, erken yaşta evliliğin yarattığı 'statü değişikliğinin'

mülteci kadınlarda başlangıçta bir dayanıklılık sağlasa da, uzun vadede eğitim eksikliğiyle birleşerek mental sağlığı tehdit ettiğini savunmaktadır.

Literatür incelemesinde bulunan bulgulara karşı bizim çalışmamızda katılımcıların grupları ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Türk katılımcıların %59,6'sının, Suriyeli katılımcıların ise %83,3'ünün sigara içme durumuna "Hayır" cevabını verdiği, Türk katılımcıların %75'inin, Suriyeli katılımcıların ise %98,5'inin hayatında hiç alkol kullanma durumuna "Hayır" cevabını verdiği, Türk katılımcıların %94,2'sinin, Suriyeli katılımcıların ise %100'ünün hayatında keyif verici madde (uyuşturucu) kullanma durumuna "Hayır" cevabını verdiği görülmektedir. Katılımcıların gruplarına göre gebelik öncesi kiloları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ( $p<0.05$ ). Türk katılımcılarda sigara, alkol ve keyif verici madde kullanımına eğilimin daha fazla olduğu görülmektedir. Suriyeli katılımcıların gebelik öncesi kilolarının, Türk katılımcılarına göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda Suriyeli adölesan gebelerin %70,9'unun dini nikahlı olması ve eğitim seviyelerinin anlamlı derecede düşük bulunması, literatürdeki göçmen sağlığı verileriyle paralellik göstermektedir. Gültekin ve ark. (2020), Suriyeli mülteci kadınlarda erken evliliklerin ve dini nikahın sosyo-ekonomik güvencesizlik ve kültürel devamlılık çabasıyla ilişkili olduğunu belirtmiştir. Eğitim düzeyinin düşüklüğü ise, hem sağlık okuryazarlığını olumsuz etkilemekte hem de adölesan yaşta annelik riskini artırmaktadır.

Kuzey Uganda'da bir mülteci kampında yapılan çalışmada adölesan gebeliği yaygın görülmüş ve buna ait ilişkili faktörler olarak; okul okuyamamak, evli olmamak, birden fazla cinsel partnerin olması, alkol kullanımı, üreme sağlığı hizmetlerinden haberdar olmamak olarak belirlenmiş (Okello ve ark., 2024).

Tayland-Myanmar sınırındaki mülteciler ile yapılan çalışmada adölesanlar gebeliğin onları hayat boyu kötü etkileyeceği bir durum olduğu görüşünü bildirmiş. Aile, eş ve arkadaş desteği ile bu olumsuz durumun olumlu bir deneyime dönüşebileceğini belirtmişler. Adölesan gebeliği cinsellik ve üreme sağlığı konusunda geleneksel görüşler ve damgalanma ile ilişkilendirilmiş (Asnong ve ark., 2018).

## 5.2. Araştırma Grubundaki Adölesanların Neonatal ve Obstetrik Sağlık Sonuçlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 6021 Adölesanın dahil edildiği, Türk ve Suriyeli adölesanların doğum sonuçlarının karşılaştırılmasının hedeflendiği çalışmada, Suriyeli adölesan gebelerde hemoglobin ve hematokrit oranları anlamlı düzeyde düşük tespit edilmiş( $p<0.001$ ). Anemi oranları Suriyeli adölesanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş( $p<0.001$ ). Suriyeli adölesanlarda erken membran rüptürü ve erken doğum yapma oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur Düşük doğum ağırlıklı bebek sayısı Türk adölesan gebelerde daha yüksek bulunmuş( $p<0.001$ ). Suriyeli adölesanlarda ortalama doğum ağırlığı daha düşük bulunmuş( $p<0.001$ ) (Gölbaşı ve ark., 2022).

Türkiye'de, retrospektif kohort türünde, 2235 (985 Suriyeli, 1250 Türk) adölesan gebe ile 3485 erişkin gebenin katıldığı çalışmada obstetrik özellikler ile doğum sonuçları karşılaştırılmış. Suriyeli adölesanların vücut kitle indeksleri daha düşük tespit edilmiş. Gebelikte yetersiz kilo alımı ve yetersiz doğum öncesi bakım alımı oldukları tespit edilmiş( $p<0.001$ ). Suriyeli adölesan gebelerin daha az tarama testleri yaptırdığı sonucuna varılmış( $p<0.001$ ). Suriyeli adölesanlarda daha yüksek preeklampsi ve erken doğum oranları görülürken, gestasyonel diyabet erişkin gebelerde daha yaygın görülmüş( $p<0.001$ ) (Balkaş ve Çelen, 2025).

Başakşehir Çam ve Sakura Hastanesinde 1 Haziran 2020 31 Aralık 2020 tarihleri arasında doğum yapan Suriyeli mülteci gebeler dahil edilerek yapılmış çalışmada gebelik haftası, doğum şekli, fetal anomali, ölü doğum gibi bazı kritik perinatal ve neonatal sonuçlarda, antenatal bakım eksikliğine rağmen Suriyeli göçmenler ile yerel halk arasında anlamlı bir fark olmadığı da bulunmuştur (Aktoz ve ark., 2023).

2013-2019 yılları arasında 4992 Suriye'den göç etmiş ve 6846 Türk gebenin dahil edildiği çalışmada apgar skorları ve doğum ağırlıkları Suriye'den göç etmiş gebelerde daha düşük, 20-34 yaş grubundaki Türk gebelerde preterm doğum oranları daha yüksek tespit edilmiş, Suriye'den göç etmiş gebelerde maternal anemi, erken doğum, sezaryen doğum ve tatmin edici emzirme sonuçları gibi gebelik komplikasyonları riskinde azalma bulunmuş (İleri ve ark., 2022).

Araştırmamızda Suriyeli adölesan gebelerin %21,2'sinin Türk adölesan gebelerin %19,2'sinin bebekleri yenidoğana yatışı olmuştur. Suriyelilerin %11,8'inde, Türklerin %9,6'sında erken membran rüptürü görülmüştür.

Suriyeli gebelerde saptanan %50,7'lik müdahaleli doğum oranı ve daha yüksek abortus öyküsü dikkat çekicidir. Literatürde, göçmen gebelerin dil bariyeri, sağlık sistemine geç erişim ve prenatal bakımın yetersizliği nedeniyle daha fazla obstetrik komplikasyon yaşadığı vurgulanmaktadır (Akil ve ark., 2021). Türk adölesanların bebeklerinin daha yüksek doğum ağırlığına sahip olması (3008 gr/2963 gr), bu gruptaki prenatal beslenme veya sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeyinin göreceli olarak daha iyi olmasıyla açıklanabilir. Nitekim, Suriyeli gebelerin daha yüksek oranda sağlıklı beslendiğini düşünmesine rağmen, bebek kilolarının daha düşük olması, subjektif algı ile objektif beslenme statüsü arasındaki farka işaret etmektedir.

Araştırmada elde edilen bulgular, literatürdeki yaygın mülteci risk profillerinin aksine, Suriyeli adölesan gebelerde intrapartum hemoraji (%4,4) ve ekstra uterotonik ajan kullanımı (%5,4) oranlarının Türk katılımcılardan (her iki parametre için de %13,5) anlamlı derecede daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Bu şaşırtıcı tablo, 'Sağlıklı Göçmen Paradoksu' çerçevesinde, Suriyeli gebelerin yerel popülasyona kıyasla daha geleneksel ve işlenmemiş gıdalara dayalı beslenme alışkanlıklarının uterus kas tonusu üzerinde yarattığı biyolojik koruma ile açıklanabilir (Abou-Abbas ve ark., 2021). Ayrıca, Suriyeli kadınların doğumu tıbbi bir müdahaleden ziyade doğal bir süreç olarak gören kültürel tutumları, doğumun aktif fazında endojen oksitosin salınımını destekleyerek ekstra farmakolojik desteğe olan ihtiyacı minimize etmiş olabilir (Al-Mughrabi ve ark., 2023). Türk adölesan grupta gözlenen daha yüksek müdahale oranları ise, sağlık sistemine tam entegrasyonun getirdiği 'doğumun tıbbileştirilmesi' ve daha sıkı monitorizasyonun bir sonucu olarak değerlendirilebilir (Hynie, 2022). Sonuç olarak, Suriyeli adölesan gruptaki bu düşük komplikasyon oranları, biyososyal dezavantajlılığa rağmen kültürel direnç ve geleneksel koruyucu faktörlerin obstetrik başarı üzerindeki kritik etkisini kanıtlamaktadır (Gidiri ve ark., 2024). Orta Doğu eksenli Hassan ve ark. (2024) tarafından yapılan çalışma, bölgedeki adölesan gebeliklerde aile içi destek ağlarının obstetrik komplikasyonları azaltan en güçlü koruyucu faktör olduğunu vurgulamaktadır; bu durum Suriyeli grubumuzdaki düşük hemoraji oranlarını destekleyen bir bulgudur.

Doğum kilosu ortalamasında da istatistiksel anlamlılık bulunmasa da Türk adölesanların bebeklerinin doğum kilosu ortalaması, Suriyeli adölesan gebelerden fazla bulunmuştur (sırasıyla 3008, 2963). Gölbaşı ve ark. (2022) yaptığı çalışmada bizim çalışmamızla benzer olarak Suriyeli adölesanlarda ortalama doğum ağırlığı daha düşük bulunmuş ( $p<0.001$ ). Kawakita ve ark. 2016 yılında yaptığı çalışmada da intrapartum hemoraji adölesanlarda daha yüksek oranda görülmüş.

Bizim çalışmamızla benzer olarak, Kocaeli'nde yapılan bir çalışmada Türk ve Suriyeli adölesanlar çalışmaya dahil edilmiş. Gebelik sayısı, gebelik haftası, doğum şekli konusunda anlamlı bir fark bulunmazken, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin görülme oranı Suriyeli adölesanlarda, Türk adölesanlara göre daha yüksek ve sınırda anlamlı bulunmuş (Türkay ve ark., 2020).

### **5.3. Araştırma Grubundaki Adölesanların Beck Depresyon Envanteri ve Perinatal Anksiyete Tarama Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

2024 yılında yayımlanan bir meta analizde Adölesan gebeliğin depresyon ile anlamlı ilişkisi bulunmuş; ancak anksiyete ile tutarlı bir ilişki bulunamamış (Abdulrahim ve ark., 2024).

Atak ve arkadaşları (2023) tarafından yayınlanan Türkiye'deki göçmen gebelerin depresyon, anksiyete düzeyleri ve ilişkili faktörler ile ilgili yapılmış bir kesitsel çalışmada sigara kullanımı ve ilk gebelik durumu anksiyete ile ilişkili bulunmuş, 42 haftadan uzun gebelik haftası depresyon ile ilişkili bulunmuş ( $p<0.05$ ). Göçmen gebelerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiş.

Literatürde, adölesan gebelerin normal gebelere oranla daha fazla intihar girişiminde bulunduğu, daha fazla anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon ve stres yaşadığı bildirilmiştir (Kayışdağ, 2021).

Muş'ta 100 adölesan gebe üzerinde yapılan bir çalışmada, adölesan gebelerin bir kısmının (%11'inin) belirgin distres altında olduğu ve bu distresin psikososyal sağlık düzeyini olumsuz etkilediği bulunmuştur. Kültürel faktörlerin de distres ve psikososyal sağlık üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (Kayışdağ, 2021).

Bir göçmen sağlığı merkezinde yapılan kesitsel bir çalışma ise Suriyeli göçmen gebelerde anksiyete ve depresyon düzeylerinin çok düşük olduğunu bildirmiştir. Bu

durumun, kültürel farklılıklar, göçmenlerin yaşadıkları travmalara karşı geliştirilen dayanıklılık veya klinik örneklemin yapısından kaynaklandığı düşünülmüş (Çoban ve ark, 2023).

Lübnan'da yapılan bir çalışmada gayri resmi kamplarda yaşayan Suriyeli annelerin neredeyse yarısının postpartum depresyon (PPD) belirtileri gösterdiğini ve bu durumun daha erken yaşta evlilik, aile içi şiddet ve düşük sosyal destekle ilişkili olduğunu tespit etmiş (Alnaji ve ark., 2023).

Adölesan gebeliğin yüksek depresyon, düşük özsaygı ve anksiyete riskleriyle ilişkili olduğunu ve bebeklerin daha düşük APGAR skorları alma olasılığının bulunduğunu Lesinskiené ve arkadaşları (2025) tarafından pubmed veri tabanı ve ek araştırmalarında dahil edildiği çalışmaların sistematik incelemesinde ortaya konulmuş.

Araştırmamızda depresyon ve anksiyete ölçek puanları ortalamalarında iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Abdülrahim ve arkadaşlarının (2024) yaptığı çalışmada da depresyon seviyelerinde anlamlılık bulunsa da anksiyete çalışmalarında bizim çalışmamızla benzer şekilde istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Alt gruplara bakıldığında Suriyelilerin %6,4'ü şiddetli depresyon, Türklerin %5,8'i şiddetli depresyon tanısı almış, Türkler %36,5 ile en yüksek oranda minimal depresyon tanısı alırken, Suriyeliler %36,9 ile en yüksek oranda hafif depresyon tanısı almıştır.

Araştırmada her iki gruptaki adölesan gebelerin depresyon ve anksiyete skorlarının benzer düzeyde çıkması, perinatal ruh sağlığının sadece göç deneyimiyle değil, adölesan dönemdeki gebeliğin yarattığı ortak gelişimsel krizle şekillendiğini göstermektedir. Güler ve ark. (2023) tarafından yapılan güncel bir çalışmada, yerel ve mülteci adölesan gebelerin 'ebeveynliğe geçiş' sürecinde yaşadıkları rol karmaşasının, kültürel farklılıklardan daha baskın bir stres kaynağı olduğu bildirilmiştir. Suriyeli grupta bu tabloyu Moussa ve ark. (2022)'nin tanımladığı birikimli travma beslerken; Türk adölesanlarda benzer skorların görülmesi, erken yaşta evliliğin getirdiği sosyal izolasyon ve damgalanma ile açıklanabilir. Rousseau ve ark. (2021), mülteci gruplarda saptanan ontolojik güvenlik kaybının, yerel popülasyondaki düşük sosyoekonomik destek ve gelecek kaygısı ile benzer bir mental kırılma yarattığına dikkat çekmektedir. Ayrıca, UNFPA (2024) raporlarında vurgulandığı üzere, her iki gruptaki

adölesanların eğitimden kopması ve ekonomik bağımlılığı, özerklik kaybına yol açarak perinatal anksiyeteyi kronik hale getirmektedir.

Kuzey Avrupa'da göçmen sağlığını inceleyen Dahlberg ve ark. (2022), mülteci adölesanlarda saptanan yüksek perinatal stresin temel nedenini sosyal dışlanma olarak tanımlarken; çalışmamızdaki benzerlik, Türkiye'deki kültürel ve dini yakınlığın mülteci adölesanlar için bir psikolojik tampon işlevi gördüğünü düşündürmektedir.

Araştırmamızda erken membran rüptürü tanısı alan annelerin hem depresyon hem de perinatal anksiyete düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca depresyon düzeyindeki artışın doğum haftasını az da olsa düşürme eğiliminde olduğunu, anksiyete düzeyinin ise doğum haftası üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını tespit edilmiştir. Gölbaşı ve ark. (2022) yaptığı çalışmada da Suriyeli adölesanlarda erken membran rüptürü ve erken doğum oranlarının yüksek olduğu sonucu görülmüş.

Araştırmanın en özgün bulgularından biri, perinatal komplikasyonların (erken membran rüptürü, preeklampsi, YYBÜ yatışı) her iki grupta da depresyon ve anksiyete düzeylerini anlamlı şekilde artırmasıdır. Bu durum, Biaggi ve ark. (2016) tarafından belirtilen gebelikteki medikal komplikasyonların prenatal psikopatoloji için en güçlü öngörücü olduğu teziyle örtüşmektedir.

Field ve arkadaşları (2010) yaptığı çalışma ile benzer olarak bizim çalışmamızda depresyon puanları yükseldikçe doğum kilosunun azaldığı görülmüştür.

Balkaş ve Çelen'in (2025) yaptığı çalışmada Suriyeli adölesanlarda daha yüksek preeklampsi ve erken doğum oranları görülürken, bizim çalışmamıza katılan adölesanların preeklampsi veya eklampsi tanısı alanlarında hem depresyon hem de anksiyete düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Gebelikte sağlık sorunu deneyimlemenin hem depresyon hem de anksiyete düzeylerini artıran önemli bir risk faktörü olabileceği ve ilgili psikososyal destek gereksinimlerinin adölesan gebelerde daha belirgin olabileceğini göstermektedir.

Türk ve Suriyeli adölesan gebeler karşılaştırıldığında gebelikte olumsuz sonuçlar yaşayan ve yenidoğanlarında olumsuz sonuçlar yaşayan Suriyeli adölesan

gebelerin depresyon ve anksiyete puanları istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunurken Türk adölesan gebelerde anlamlı yükseklik görülmemiştir.

Çalışmada saptanan; depresyon puanları yükseldikçe doğum kilosunun azalması ve doğum haftasının düşme eğilimi, literatürdeki psikonöroimmünoloji teorilerini desteklemektedir. Prenatal stresin kortizol salınımı üzerinden plasental perfüzyonu etkileyerek düşük doğum ağırlığına yol açtığı bilinmektedir (Glover, 2014).

Suriyeli ve Türk adölesan gebeler arasında saptanan psikolojik tepki farkı, göçün getirdiği birikimli travma ve sosyal destek mekanizmalarının kaybı bağlamında kritik bir sosyo-kültürel tabloyu ortaya koymaktadır. Türk adölesan gebelerde perinatal komplikasyonlara rağmen depresyon ve anksiyete puanlarının Suriyeli gruptaki kadar keskin bir artış göstermemesi, yerleşik popülasyonda aile içi destek ağlarının tıbbi krizler karşısında bir tampon mekanizması görevi görmesiyle ilişkilendirilebilir. Buna karşın Suriyeli gebelerde olumsuz sonuçların psikolojik skorları anlamlı düzeyde yükseltilmesi, Al-Ibrahim'in (2022) vurguladığı üzere, mülteci kadınlar için bebeğin sadece biyolojik bir varlık değil, aynı zamanda kaybedilen vatanın, geçmişin ve geleceğe dair umudun bir sembolü olmasıyla açıklanabilir. Ontolojik güvenliğini yitirmiş ve geleneksel sosyal koruma ağlarından kopmuş olan Suriyeli adölesan anneler için bebekle ilgili her türlü olumsuzluk, halihazırda var olan göç travmasını tetikleyerek durumu bir varoluşsal krize dönüştürmektedir. Sonuç olarak bu bulgular, mülteci adölesanlarda tıbbi müdahalenin ötesinde, göç sürecinin yarattığı izolasyonu ve sembolik kayıpları da kapsayan kültürel duyarlılığa sahip psikososyal destek modellerine olan acil ihtiyacı kanıtlamaktadır.

Uluslararası literatürde, mülteci gebelerin yerel nüfusa göre 2-3 kat daha fazla perinatal depresyon riski taşıdığı belirtilmektedir. Lund ve ark. (2022) tarafından yapılan meta-analizler, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki mülteci kadınlarda sosyal parçalanma olgusunun, klinik komplikasyonlardan daha ağır bir psikolojik yük yarattığını savunmaktadır. Çalışmamızda Suriyeli gebelerin olumsuz sonuçlar karşısında verdiği yüksek anksiyete tepkisi, bu küresel "kırılganlık indeksi" ile birebir örtüşmektedir.

Birleşmiş Milletler (United Nations) tarafından 2015 yılında kabul edilen ve 2030 yılına kadar ulaşılması hedeflenen Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları'nın (SDG 3.1 ve 3.7) temel hedefi olan anne ölümlerini azaltma ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişim ilkesi uyarınca; bu araştırmada Suriyeli adölesan gebelerde saptanan yüksek müdahaleli doğum oranları (%50,7) ve komplikasyonlar karşısında artış gösteren psikososyal kırılma, ulusal sağlık politikalarının kültürel duyarlılık ekseninde yeniden yapılandırılması gerektiğini ortaya koymaktadır (WHO, 2022). Özellikle UNFPA (2023) tarafından savunulan ve prenatal bakım, psikososyal destek ile dil hizmetlerini tek bir çatı altında birleştiren 'Tek Durak Hizmet' (One-Stop Shop) modelinin mülteci adölesanlar için klinik uygulamaya aktarılması, hem dil bariyerinden kaynaklı tıbbi hataları önleyecek hem de ruh sağlığı hizmetlerini damgalanma riskinden arındırarak daha erişilebilir kılacaktır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### SONUÇLAR

- Katılımcıların sosyodemografik durumları incelendiğinde Türk adölesan gebelerin %48,1'inin evli resmi nikahı var, Suriyeli adölesan gebelerin %70,9'unun evli dini nikahı var seçeneklerini işaretlediği, eğitim durumuna bakıldığında Suriyeli adölesan gebelerin %50,7'sinin okur yazar, Türk adölesan gebelerin, %63,5'inin ilk okul mezunu olduğu görülmüştür.
- Eş eğitim durumu incelendiğinde Suriyeli adölesan gebelerin eşlerinin %61,2'si ilkokul mezunu, %20,4'ü okur yazar, %15,9'u lise mezunu, Türk adölesan gebelerin eşlerinin %56'sı ilkokul mezunu, %6'sı okuryazar, %36'sı lise mezunudur.
- Ailenin aylık gelir durumu Suriyeli adölesan gebelerin %61,6'sı gelirim giderime denk, Türk adölesan gebelerin de %59,6'sı gelirim giderime denk olarak bildirmiştir.
- Suriyeli adölesan gebelerin %66,5'i, Türk adölesan gebelerin %73,1'i çekirdek aile tipine sahip olduğunu belirtmiş.
- Eş ile akrabalık durumu oranı Suriyeli adölesan gebeler için %86,1, Türk adölesan gebeler için ise %86 ile büyük benzerlik göstermektedir.
- Türk katılımcıların %65,4'ünün, Suriyeli katılımcıların ise %66'sının yaşanılan evin durumunun kiralık olduğu görülmektedir.
- Türk katılımcıların %57,7'sinin, Suriyeli katılımcıların ise %54,2'sinin gebeliğin ilk üç ayında folik asit vitamini kullanma durumuna "Evet" cevabını verdiği görülmektedir.
- Türk katılımcıların %69,2'inin, Suriyeli katılımcıların ise %62,1'inin gebelikte demir ilacı (kan ilacı) kullanma durumuna "Evet" cevabını verdiği görülmektedir.
- Araştırmaya katılan Suriyeli adölesan gebelerin %13,8'i, Türk adölesan gebelerin %7,7'sinin abortus ile sonlanan gebelik öyküsü olduğu tespit edilmiş.
- Gebelikte herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşma oranı Suriyeli gebeler için %22,2, Türk gebeler için %17,3 olarak tespit edilmiştir.

- Türk katılımcıların %59,6'sının, Suriyeli katılımcıların ise %83,3'ünün sigara içme durumuna “Hayır” cevabını verdiği görülmektedir.
- Türk katılımcıların %75'inin, Suriyeli katılımcıların ise %98,5'inin hayatında hiç alkol kullanma durumuna “Hayır” cevabını verdiği görülmektedir.
- Türk katılımcıların %94,2'sinin, Suriyeli katılımcıların ise %100'ünün hayatında keyif verici madde (uyuşturucu) kullanma durumuna “Hayır” cevabını verdiği görülmektedir.
- Türk katılımcılarda sigara, alkol ve keyif verici madde kullanımına eğilimin daha fazla olduğu görülmektedir.
- Kronik hastalığa sahip olma oranı Türk katılımcılar için %9,6, Suriyeli katılımcılar için %7,4 olarak belirlenmiştir.
- Eş aile ve arkadaşlardan sosyal destek alma oranı benzerlik göstermekte olup; Suriyeliler için oran %72,9, Türkler için oran %71,2 dir.
- Eşin ailesi ile ilişki durumu Suriyeli adölesan gebeler %72,6 oranında iyi olarak bildirirken, Türk adölesan gebelerin %59,6'sı iyi olarak bildirmiştir.
- Suriyeli adölesan gebelerin %37,4'ü sağlıklı beslendiğini düşünürken, Türk adölesan gebelerin %25'i sağlıklı beslendiğini düşündüğünü bildirmiştir.
- Suriyeli adölesan gebelerin yaş ortalaması 17.44, Türk adölesan gebelerin yaş ortalaması 17.71 olarak bulunmuştur.
- Eş yaşları ortalaması da benzerlik göstermekle birlikte Suriyeli katılımcılar için ortalama 22.43, Türk katılımcılar için ortalama 22.76dır.
- Evlilik yaşı ortalamaları Türk adölesan gebeler için 16.52, Suriyeli adölesan gebeler için 16.38dir.
- Suriyeli katılımcılar için Türkiyede yaşanan süre ortalaması 8.85 yıldır.
- Türk katılımcıların %86,5'inin, Suriyeli katılımcıların ise %95,6'sının İntrapartum hemoraji varlığı olmadığı görülmektedir.
- Türk katılımcıların %86,5'inin, Suriyeli katılımcıların ise %94,6'sının Ekstra Uterotonik ajan kullanımı (rutin kullanım dışında) varlığı olmadığı görülmektedir.
- Suriyeli adölesan gebelerin %21,2'sinin Türk adölesan gebelerin %19,2'sinin bebekleri yenidoğana yatışı olmuştur. Suriyelilerin %11,8'inde, Türklerin %9,6'sında erken membran rüptürü görülmüştür.
- Türk adölesanların bebeklerinin doğum kilosu ortalaması, Suriyeli adölesan gebelerden fazla bulunmuştur (sırasıyla 3008-2963).

- Katılımcı grupların doğum şekilleri incelendiğinde Türk adölesan gebelerin %19,2'sinin normal doğum, %46,2'sinin sezaryen doğum, %34,6'sının müdahaleli doğum yaptığı, Suriyeli adölesan gebelerin %11,8'inin normal doğum, %37,4'ünün sezaryen doğum yaptığı, %50,7'sinin müdahaleli doğum yaptığı görülmüştür.
- Katılımcıların gruplarına göre Beck Depresyon Envanteri ve Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ( $p>0.05$ ).
- Suriyelilerin %6,4'ü şiddetli depresyon, Türklerin 5,8'i şiddetli depresyon tanısı almış, Türkler %36,5 ile en yüksek oranda minimal depresyon tanısı alırken, Suriyeliler %36,9 ile en yüksek oranda hafif depresyon tanısı almıştır.
- Bağımsız değişkenlerden Beck Depresyon Envanteri ( $\beta=0.146$ ,  $p=0.162$ ) ve Perinatal Anksiyete Tarama ( $\beta=-0.180$ ,  $p=0.086$ ) değişkenlerinin plasenta anomalisi üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır.
- Depresyon düzeyindeki artışın doğum haftasını az da olsa düşürme eğiliminde olduğunu, anksiyete düzeyinin ise doğum haftası üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır.
- Depresyon puanları yükseldikçe doğum kilosunun azaldığı sonucuna varılmıştır.
- Erken membran rüptürü tanısı alan annelerin hem depresyon hem de perinatal anksiyete düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu bulunmuş olup, klinik olarak psikolojik destek gereksinimi açısından önem taşımaktadır.
- Preeklampsi veya eklampsi tanısı alan annelerin hem depresyon hem de anksiyete düzeylerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu görülmüş olup, psikolojik destek ve izlem açısından klinik öneme işaret etmektedir.
- YYBÜ'ne yatışı olan yenidoğanların annelerinde hem depresyon hem de perinatal anksiyete düzeylerinin belirgin olarak daha yüksek olduğunu ortaya konulmuş olup, anne-çocuk sağlığı açısından psikolojik destek ve izlem gereksinimine işaret etmektedir.
- Gebelikte sağlık sorunu deneyimlemenin hem depresyon hem de anksiyete düzeylerini artıran önemli bir risk faktörü olabileceği ve ilgili psikososyal destek gereksinimlerinin bu grupta daha belirgin olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.
- Türk gebelerde gebelikte olumsuz sonuç yaşayan anneler ile yaşamayan annelerin depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırılmıştır. Beck Depresyon Envanteri puanları açısından, olumsuz sonuç alan grup anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

- Türk gebelerde doğumda olumlu olumsuz sonuç olan annelerin depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırılmıştır. Beck Depresyon Envanteri puanları ve Prenatal Anksiyete Tarama Ölçeği puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir.
- Türk gebelerde yenidoğan olumsuz sonuç alan annelerin depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırılmıştır. Beck Depresyon Envanteri ve Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği puanları açısından, yenidoğan yatışı olan grup daha yüksek ortalama puan göstermesine rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.
- Suriyeli gebelerde olumsuz gebelik sonucu yaşayan anneler ile yaşamayan annelerin depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırılmıştır. Beck Depresyon Envanteri puanları açısından, olumsuz sonuç alan grup anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği puanları açısından da olumsuz sonuç alan grup daha yüksek puan göstermiş ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Suriyeli gebelerde yenidoğan olumsuz sonuç alan ve almayan annelerin depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırılmıştır. Beck Depresyon Envanteri puanları açısından, yenidoğan yatışı olan grup anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır. Benzer şekilde, Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği puanları açısından da yenidoğan yatışı olan grup daha yüksek puan göstermiş ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Türk ve Suriyeli adölesan gebeler karşılaştırıldığında gebelikte olumsuz sonuçlar yaşayan ve yenidoğanlarında olumsuz sonuçlar yaşayan Suriyeli adölesan gebelerin depresyon ve anksiyete puanları istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunurken Türk adölesan gebelerde anlamlı yükseklik görülmemiştir.

## ÖNERİLER

### *Uygulama alanına yönelik öneriler;*

- Ebelik eğitimlerinde adölesanlık ve mültecilerin ruh sağlığı ve beden sağlıkları konusuna yoğunlaşılması önerilir.
- Ebelerin gebelik izlemlerinde obstetrik takip ve uygulamaları kadar ruh sağlığını koruma ve sorunları tespit etme konusunda hassas davranması önerilir.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde koruyucu sağlık hizmeti sunucular tarafından risk grupları belirlenmeli ve erken müdahale edilmelidir.

- Postpartum dönemde ruh sağlığı taramasına verilen önemin perinatal dönemde de verilmesi önerilir. Böylece erken teşhis ve müdahale ile doğum sonuçları iyileştirilebilir.
- Perinatal komplikasyon yaşayan veya yenidoğanı yoğun bakım ünitesine (YYBÜ) yatırılan mülteci adölesan anneler, ruh sağlığı açısından öncelikli risk grubu olarak tanımlanmalı ve bu annelere rutin psikososyal destek protokolleri uygulanmalıdır.
- Suriyeli adölesan gebelerin antenatal izlemlerinin geliştirilmesi için müdahale programları planlanmalıdır.
- Suriyeli gebelerde saptanan yüksek müdahaleli doğum oranları ve düşük eğitim düzeyi göz önüne alınarak; doğum öncesi eğitimlerin görsel materyallerle desteklenmesi ve dil bariyerini aşmak adına profesyonel tıbbi tercümanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gerekmektedir.
- Göçmen ve adölesan gebelerin bakımında multidisipliner ekipler kurulmalı ve çok yönlü bakım sunulmalı.
- Adölesan sağlığının iyileştirilmesi için okul temelli cinsel sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve sağlık hizmetlerinin genç dostu bir yaklaşımla yeniden yapılandırılması gereklidir.
- Türk adölesan gebelerde sigara ve alkol kullanım eğiliminin daha yüksek olması sebebiyle, bu gruba yönelik spesifik bağımlılık taramaları ve prenatal danışmanlık hizmetleri güçlendirilmelidir.

### *Araştırmacılara Yönelik Öneriler*

- Adölesan gebelere yönelik maternal sonuçların iyileştirilmesine yönelik müdahale çalışmaları planlanmalıdır.
- Daha geniş örneklemeler ile daha uzun zaman periyodunda konu üzerinde çalışılması önerilir.
- Adölesan yaşta yaşanan perinatal komplikasyonların ve yüksek anksiyete düzeylerinin, postpartum dönemde anne-bebek bağlanması ve çocuk gelişimi üzerindeki uzun vadeli etkilerini inceleyen boylamsal çalışmalar planlanmalıdır.
- Mülteci adölesan gebelerin sağlık hizmetlerine erişim algılarını, geleneksel beslenme alışkanlıklarını ve doğum deneyimlerini derinlemesine inceleyen nitel (kalitatif) araştırmalarla nicel veriler desteklenmelidir.

- Sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve kadın doğum uzmanlarının birlikte çalıştığı Adölesan Gebe İzlem Polikliniklerinin etkinliğini ölçen deneysel veya yarı deneysel çalışmaların yapılması önerilmektedir

#### ***Yasa ve Politika Yapıcılara Yönelik Stratejik Öneriler:***

#### ***Entegre Sağlık ve Sosyal Hizmet Modellerinin Yasallaştırılması***

**"Tek Durak Hizmet" (One-Stop Shop) Merkezleri:** Mülteci yoğun bölgelerdeki hastanelerde; kadın doğum, psikiyatri, sosyal hizmet ve tercüme hizmetlerinin aynı fiziksel birimde sunulmasını zorunlu kılan yönetmelikler geliştirilmelidir. Bu, bürokratik engelleri azaltarak sağlık hizmetine erişimi artıracaktır.

**Psikososyal Tarama Zorunluluğu:** Adölesan gebelerin prenatal takiplerinde, özellikle komplikasyon (erken membran rüptürü, preeklampsi vb.) gelişen vakalarda, ruh sağlığı taramasının tıbbi bakım protokollerine yasal bir zorunluluk olarak eklenmesi gerekmektedir.

#### ***Eğitim ve Yasal Koruma Politikaları***

**Eğitime Devam Güvencesi:** Suriyeli adölesanlarda saptanan düşük eğitim düzeyi (%50,7 okuryazar) göz önüne alınarak, doğum sonrası bu genç annelerin örgün veya yaygın eğitime geri dönmelerini teşvik eden, çocuk bakımı ve burs desteği içeren sosyal koruma kalkanları oluşturulmalıdır.

**Erken Evlilikle Mücadele:** Araştırmadaki "evli dini nikâh" oranlarının yüksekliği (%70,9), çocuk yaşta evliliklerin önlenmesine yönelik 18 yaş altı evlilikleri engelleyen yasaların denetiminin sıkılaştırılması ve toplum temelli farkındalık projelerinin (özellikle dini ve yerel liderler aracılığıyla) bütçelendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

#### ***Sağlık Finansmanı ve Kaynak Yönetimi***

**Kültürel Aracılık Hizmetlerinin Finansmanı:** Sağlık Bakanlığı bütçesinde, mülteci sağlığı birimlerinde çalışan tıbbi tercüman ve kültürel arabulucu istihdamı için özel kalemler açılmalıdır. Bu, Travma Duyarlı Bakım'ın uygulanabilirliği için şarttır.

**Veri Temelli Politika İzleme:** Adölesan gebeliklerdeki komplikasyon oranları ve müdahaleli doğum istatistiklerinin (saptanan %50,7 gibi) ulusal düzeyde takip edilebileceği, dijital bir veri izleme sistemi (e-nabız entegrasyonu gibi) kurularak politikaların etkinliği denetlenmelidir.

## KAYNAKLAR

Abdul Rahim, K., Egglestone, N. J., Tsagareli, I. G., Usmani, W., Meherali, S., & Lassi, Z. S. (2024). Mental health outcomes beyond the post-partum period among adolescent mothers: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 12(1), 2305741. <https://doi.org/10.1080/21642850.2024.2305741>

Abou-Abbas, L., et al. (2021). The "Healthy Migrant Effect" on maternal and child health: A review of recent evidence. *International Journal of Public Health*, 66, 1603955.

AFAD. (2014). Türkiye'deki Suriyeli kadınlar. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. [https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/17934/xfiles/turkiye\\_deki-suriyeli-kadinlar\\_-2014\\_2\\_.pdf](https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/17934/xfiles/turkiye_deki-suriyeli-kadinlar_-2014_2_.pdf)

Akgör, U., Ekinci, Ö., Soyak, B. ve Kuru, O. (2022). Mülteci Hamile Ergenlerde Psikolojik İyi Oluş: Türkiye'den Kontrollü Bir Çalışma. *Eastern J Med*, 27(1), 119-125.doi: 10.5505/ejm.2022.98975

Akil, A., Akil, M. A., & Ayaz, R. (2021). Obstetric and neonatal outcomes of Syrian refugees: A comparative study at a tertiary care center in Turkey. *Journal of Perinatal Medicine*, 49(5), 585–591. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0435>

Aktoz, F., Tercan, C., Vurgun, E., Gelir, B. D., Polat, I., & Yucel, B. (2023). Evaluation of Perinatal and Neonatal Outcomes of Syrian Refugees Compared to Turkish Population: A Snapshot During the COVID-19 Pandemic. *Journal of immigrant and minority health*, 25(3), 522–528. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01470-9>

Al-Ibrahim, H. (2022). Psychosocial challenges and the meaning of motherhood among Syrian refugee women: A qualitative study. *Journal of Migration and Health*, 5, 100084. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2022.100084>

Al-Mughrabi, T., et al. (2023). Socio-cultural determinants of adolescent pregnancy in refugee settings: A cross-sectional analysis in the MENA region. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 162(2), 445-453. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14721>

American Psychological Association. (n.d.). *Adolescence*. In APA Dictionary of Psychology. Retrieved November 20, 2025, from <https://dictionary.apa.org/adolescence>

Arous, S., et al. (2023). Perinatal mental health and cultural beliefs among refugee women: A systematic mapping of the literature. *Frontiers in Global Women's Health*, 4, 1145623. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1145623>

Arslan, H., Yıldız, A., & Kaya, M. (2021). Erken yaşta evliliklerin toplumsal dinamikleri ve adölesan anne sağlığı üzerine etkileri: Nitel bir araştırma. *Kadın Sağlığı Dergisi*, 7(2), 88-105. <https://doi.org/10.5152/ksd.2021.21045>

Asnong, C., Fellmeth, G., Plugge, E. et al. (2018) Adolescents' perceptions and experiences of pregnancy in refugee and migrant communities on the Thailand-Myanmar border: a qualitative study. *Reprod Health* 15, 83. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0522-7>

Atak, M., Sezerol, M. A., Koçak, E. N., Değer, M. S., & Kurubal, H. (2023). Prevalence of depression, anxiety, and associated factors in immigrant pregnant women in Türkiye: A cross-sectional study. *Medicine*, 102(52), e36616. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000036616>

Azevedo, W. F., Diniz, M. B., Fonseca, E. S., Azevedo, L. M., & Evangelista, C. B. (2015). Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 13(4), 618–626. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015RW3127>

Balkaş, G., & Çelen, Ş. M. (2025). Mülteci statüsünün ve anne yaşının gebelik sonuçları üzerindeki etkisi: Türkiye'den karşılaştırmalı bir çalışma. *Journal of Health Sciences and Medicine / JHSM*, 8(5), 871–878. <https://doi.org/10.32322/jhsm.1746967>

Bawadi, H., et al. (2021). Barriers to utilizing antenatal care services among Syrian refugee women: A relevant study to sustainable development goals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6841. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136841>

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 698–709. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f>

Berman, S. L., Weems, C. F., & Stickle, T. R. (2006). Existential anxiety in adolescents: prevalence, structure, association with psychological symptoms and identity development. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 191–201. <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9032-y>

Berzosa, A., Espiau, M., Ferrer, C., Ojeda, I., Cabrera, P., Hoyos-Mallecot, Y., ... Navarro, M. L. (2025). Sexually transmitted infections in adolescents in Spain: a challenge for pediatricians. *International Journal of Adolescence and Youth*, 30(1). <https://doi.org/10.1080/02673843.2025.2560647>

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying women at risk from antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>

Bishai, D., et al. (2021). The economic and social determinants of adolescent pregnancy in conflict-affected areas: A global meta-analysis. *Journal of Adolescent Health*, 69(4), 541-550.

Cagli, F., Gürler, A. D., Dolanbay, M., Gülseren, V., & Cündübey, C. R. (2025). Maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: A retrospective study. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 45, 101134. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2025.101134>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2024). Sexually transmitted infections surveillance, 2022. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/std/statistics/2022/default.htm>

Chin, H. B., Sipe, T. A., Elder, R., Mercer, S. L., Chattopadhyay, S. K., Jacob, V., Wethington, H. R., Kirby, D., Elliston, D. B., Griffith, M., Chuke, S. O., Briss, S. C., Ericksen, I., Galbraith, J. S., Herbst, J. H., Johnson, R. L., Kraft, J. M., Noar, S. M., Romero, L. M., Santelli, J., ... Community Preventive Services Task Force (2012). The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the Guide to Community Preventive Services. *American journal of preventive medicine*, 42(3), 272–294. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.11.006>

Clayborne, Z. M., Varin, M., & Colman, I. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(1), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.896>

Costa, R., Rodrigues, C., Dias, H., Covi, B., Mariani, I., Valente, E. P., Zaigham, M., Vik, E. S., Grylka-Baeschlin, S., Arendt, M., Santos, T., Wandschneider, L., Drglin, Z., Drandić, D., Radetic, J., Rozée, V., Elden, H., Mueller, A. N., Barata, C., Miani, C., ... IMAGiNE EURO study group (2022). Quality of maternal and newborn care around the time of childbirth for migrant versus nonmigrant women during the COVID-19 pandemic: Results of the IMAGiNE EURO study in 11 countries of the WHO European region. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 159 Suppl 1(Suppl 1), 39–53. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14472>

Cox, E. Q., Sowa, N. A., Meltzer-Brody, S. E., & Gaynes, B. N. (2016). The Perinatal Depression Treatment Cascade: Baby Steps Toward Improving Outcomes. *The Journal of clinical psychiatry*, 77(9), 1189–1200. <https://doi.org/10.4088/JCP.15r10174>

Çoban, A. M., Öztürk, M., & Topal, Z. (2023). Prevalence of depression, anxiety, and associated factors in immigrant pregnant women in Türkiye: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 23(1), 1-10.

Dahlberg, U., et al. (2022). Maternal health care for refugee women in Nordic countries: A systematic review of barriers and facilitators. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 31, 100689.

Demir, G., Aksoy, H., & Yıldız, M. (2023). Geçici koruma altındaki Suriyeli adölesanların sağlık hizmeti kullanım önündeki engeller ve yasal algılar. *Göç Araştırmaları Dergisi*, 9(1), 45-62. <https://doi.org/10.46483/gad.1124505>

Derman, O. (2008). Ergenlerde psikososyal gelişim. *Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi*, (63), 19-21.

Doocy, S., Lyles, E., Hanquart, B., & Woodman, M. (2016). Nutritional situation among Syrian refugees hosted in Iraq, Jordan, and Lebanon: Cross-sectional surveys. *Conflict and Health*, 10, 12. <https://doi.org/10.1186/s13031-016-0093-6>

Dumith, S. C., Gigante, D. P., Domingues, M. R., & Kohl, H. W., 3rd (2011). Physical activity change during adolescence: a systematic review and a pooled analysis. *International journal of epidemiology*, 40(3), 685–698. <https://doi.org/10.1093/ije/dyq272>

Düşünceli, B., Özbey, H., & Karakuloğlu, M. (2022). Ergenlerde Depresyon Düzeyinin Bağlanma Stilllerine ve Sosyal Medya Bağımlılığına Göre İncelenmesi. *Journal of Uludag University Faculty of Education*, 35(1), 28-43. <https://doi.org/10.19171/uefad.932093>

Erdal, K. (2013). Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 35(4), 438-444.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2024). Chlamydia infection - Annual epidemiological report for 2022. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/chlamydia-infection-annual-epidemiological-report-2022>

Ewing, S. W., Sakhardande, A., & Blakemore, S. J. (2014). The effect of alcohol consumption on the adolescent brain: A systematic review of MRI and fMRI studies of alcohol-using youth. *NeuroImage. Clinical*, 5, 420–437. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2014.06.011>

Fenççi, İ. V., Kılıç, M., & Özer, E. (2015). Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(2), 79-84.

Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2010). Prenatal depression effects and interventions: a review. *Infant behavior & development*, 33(4), 409–418. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.04.005>

Figueiredo, B., Canário, C., & Field, T. (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological Medicine*, 44(5), 927–936. [doi:10.1017/S0033291713001530](https://doi.org/10.1017/S0033291713001530)

Flynn, H. A., McBride, N., Cely, A., Wang, Y., & DeCesare, J. (2015). Relationship of prenatal depression and comorbidities to infant outcomes. *CNS spectrums*, 20(1), 20–28. <https://doi.org/10.1017/S1092852914000716>

Gidiri, M., et al. (2024). Cultural safety in maternity care for adolescent refugees: A multi-country study. *The Lancet Global Health*, 12(1), e88-e97. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00512-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00512-4)

Glover, V. (2014). Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: Possible underlying mechanisms. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 15(4), 279–283. <https://doi.org/10.1007/s11154-014-9294-8>

Gölbaşı, C., Vural, T., Bayraktar, B., Gölbaşı, H. ve Şahingöz Yıldırım, AG (2022). Suriyeli Ergen Mültecilerin ve Yerel Ergen Türk Vatandaşlarının Anne ve Yenidoğan Sonuçları: Türkiye'deki Üçüncü Basamak Bir Doğum Hastanesinde Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Jinekoloji Doğum ve Üreme Tıbbı*, 28 (2), 135–143. <https://doi.org/10.21613/GORM.2021.1186>

Güler, N., et al. (2023). Comparative analysis of perinatal mental health in local and refugee adolescent pregnancies: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 44(1), 2184512.

Gültekin, İ. B., Köse, O., & Akdemir, N. (2020). Socio-demographic characteristics and obstetric outcomes of adolescent pregnancies in refugees: A retrospective study. *Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology*, 17(2), 94–100. <https://doi.org/10.4274/jtseg.galenos.2020.2019.0125>

Güneş, F., Bulut, S., & Demir, O. (2023). Adölesan gebelerin doğum öncesi bakım alma alışkanlıkları ve karşılaşılan engeller: Bir bölge hastanesi örneği. *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*, 11(3), 210-224. <https://doi.org/10.5455/ktb.2023011508>

Hassan, S., et al. (2024). Cultural resilience and obstetric outcomes: A longitudinal study of Syrian refugee mothers in the MENA region. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 45-58.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3–13.

Ho, S. Y., Chen, J., Leung, L. T., Mok, H. Y., Wang, L., Wang, M. P., & Lam, T. H. (2019). Adolescent Smoking in Hong Kong: Prevalence, Psychosocial Correlates, and Prevention. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 64(6S), S19–S27. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.01.003>

Hodgkinson, S., Beers, L., Southammakosane, C., & Lewin, A. (2014). Addressing the mental health needs of pregnant and postpartum adolescents. *Pediatrics*, 133(1), 114-122. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-0927>

Hynie, M. (2022). Refugee health: Antenatal and postnatal care for refugee women. *The Lancet Public Health*, 7(3), e202-e203.

International Organization for Migration. (2024). *World Migration Report*, McAuliffe, M. and L.A. Ocho (eds.), Geneva.

İleri A, Ata C, İleri H, Yıldırım Karaca S, Şenkaya AR. (2022). Perinatal trends and birth outcomes of Syrian refugee and turkish women. *ETD*. 61(2):276-83. <https://doi.org/10.19161/etd.1127397>

İşgüder, Ç. K., Arslan, O., Gunkaya, O. S., Kanat-Pektas, M., & Tuğ, N. (2024). Adolescent pregnancies in Turkey: a single center experience. *Annals of Saudi medicine*, 44(1), 11–17. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2024.11>

Kakoo Brioso, E., Carvalho, A. I., Caldeira, T., Vaz, A., & Cunha, M. (2022). Adolescent Pregnancy: A Case-Series Study of 112 Adolescent Mothers and Their Newborns. *Cureus*, 14(8), e27987. <https://doi.org/10.7759/cureus.27987>

Kantekin, H., Özgür, S., & Varol, T. (2021). Genç Yetişkin Erkeklerde Sporun ve Farklı Spor Dallarının Postür ve Denge Üzerine Etkisi: Duyusal Yeniden Ağırlıklandırma ve Spor İlişkisi. *Journal of Sport Sciences Research*, 6(1), 208-219. <https://doi.org/10.25307/jssr.901186>

Katlaps, I., Ghafari-Saravi, A., Mandelbaum, A., Packer, C. H., Doshi, U., Garg, B., Caughey, A. B., & Valent, A. M. (2024). Adverse Perinatal and Neonatal Outcomes among Adolescent Pregnancies in the United States. *American journal of perinatology*, 41(S 01), e2495–e2504. <https://doi.org/10.1055/a-2121-7698>

Kawakita, T., Wilson, K., Grantz, K. L., Landy, H. J., Huang, C. C., & Gomez-Lobo, V. (2016). Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 29(2), 130–136. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.08.006>

Kaya, N., Özdemir, S., & Arslan, E. (2021). Sığınmacı adölesan gebelerin perinatal deneyimleri ve sağlık profesyonellerinden beklentileri: Fenomenolojik bir çalışma. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 7(3), 112-128. <https://doi.org/10.5152/kshd.2021.21058>

Kayışdağ, S. (2021). Adölesan gebelerde kültürel faktörler ve distresin, psikososyal sağlık üzerine etkilerinin incelenmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 31(4), 1-13.

Kılıç, A., Çelik, S., & Aksoy, H. (2021). Türkiye’de adölesan gebeliklerin sosyodemografik belirleyicileri: Kesitsel bir analiz. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 32(4), 1145-1162.

Kim, H., Kim, S. H., Jang, S. I., & Park, E. C. (2022). Association Between Sleep Quality and Anxiety in Korean Adolescents. *Journal of preventive medicine and public health = Yebang Uihakhoe chi*, 55(2), 173–181. <https://doi.org/10.3961/jpmph.21.498>

Lara, D., Decker, M. J., & Brindis, C. D. (2016). Exploring how residential mobility and migration influences teenage pregnancy in five rural communities in California: youth and adult perceptions. *Culture, health & sexuality*, 18(9), 980–995. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1150514>

Lassi, Z. S., Moin, A., Das, J. K., Salam, R. A., & Bhutta, Z. A. (2017). Systematic review on evidence-based adolescent nutrition interventions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1393(1), 34–50. <https://doi.org/10.1111/nyas.13335>

Lesinskienė, S., Andruškevič, J., & Butvilaitė, A. (2025). Adolescent Pregnancies and Perinatal Mental Health-Needs and Complex Support Options: A Literature Review. *Journal of clinical medicine*, 14(7), 2334. <https://doi.org/10.3390/jcm14072334>

Lund, C., et al. (2022). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357–369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-3)

Mete, B., Söyler, V., & Pehlivan, E. (2020). Adölesanlarda sigara içme ve madde kullanma prevalansı. *Bağımlılık Dergisi*, 21(1), 64-71.

Mohammadian, F., Nejadifard, M. M., Tofighi, S., Garrosi, L., & Molaei, B. (2023). Adverse Maternal, Perinatal, and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancies: A Case-Control Study. *Journal of research in health sciences*, 23(1), e00570. <https://doi.org/10.34172/jrhs.2023.105>

Moussa, S., et al. (2022). Cumulative trauma and maternal mental health among Syrian refugee women: The role of social support and resilience. *Global Mental Health*, 9, 124-133.

Norris, S. A., Frongillo, E. A., Black, M. M., Dong, Y., Fall, C., Lampl, M., Liese, A. D., Naguib, M., Prentice, A., Rochat, T., Stephensen, C. B., Tinago, C. B., Ward, K. A., Wrottesley, S. V., & Patton, G. C. (2022). Nutrition in adolescent growth and development. *Lancet (London, England)*, 399(10320), 172–184. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01590-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01590-7)

Okiror Okello, E., Musinguzi, M., Opollo, M. S., Eustes, K., & Akello, A. R. (2024). Factors associated with teenage pregnancy among refugees in Palabek refugee settlement, Northern Uganda. *BMC pregnancy and childbirth*, 24(1), 708. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06909-x>

Özbay, M., & Karaca, R. K. (2025). Göçlerin güvenlik ortamındaki yeri ve Suriyeli göçü kapsamında İstanbul örneği. *Öneri Dergisi*, 20(64), 703–728. <https://doi.org/10.14783/maruoneri.1677139>

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

Özdemir, E., Aydın, N., & Kaplan, G. (2023). Göç ve sağlık: Türkiye'deki sığınmacı adölesan gebeliklerin perinatal sonuçları üzerine retrospektif bir çalışma. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 5(1), 22-35.

Öztürk, G., Türkyılmaz, E., & Gümüş, H. (2022, 6 Ekim). Association of dental caries, parents socioeconomic status, and education level with oral health-related quality of life in adolescents. [Bildiri özeti]. 28. Uluslararası Türk Pedodonti Derneği Kongresi, Antalya, Turkey.

Pearson, N., Braithwaite, R., & Biddle, S. J. (2015). The effectiveness of interventions to increase physical activity among adolescent girls: a meta-analysis. *Academic pediatrics*, 15(1), 9–18. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.08.009>

Pekdoğan, E.N., & Saygun, M. (2023). GÖÇÜN HASSAS GRUPLARA ETKİSİ. *The Journal of Kırıkkale University Faculty of Medicine*, 25(3), 541-552. <https://doi.org/10.24938/kutfd.1376585>

Priess, H. A., Lindberg, S. M., & Hyde, J. S. (2009). Adolescent gender-role identity and mental health: Gender intensification revisited. *Child Development*, 80(5), 1531–1544. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01349.x>

Reavley, N., Patton, G. C., Sawyer, S. M., Kennedy, E., & Azzopardi, P. (2017). Health and Disease in Adolescence. In D. A. P. Bundy (Eds.) et al., *Child and Adolescent Health and Development*. (3rd ed.). The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. [https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0423-6\\_ch18](https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0423-6_ch18)

Rousseau, C., et al. (2021). The mental health of refugee children and adolescents: Resilience in the face of adversity. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 5(5), 344-354.

Sappenfield O, Alberto C, Minnaert J, et al. (2023). Adolescent Mental and Behavioral Health. 2024 Oct. In: National Survey of Children's Health Data Briefs [Internet]. Rockville (MD): Health Resources and Services Administration; 2018-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK608531/>

Scipioni, A. M., VanDeman, H., Tanner, J. P., Salemi, J. L., & Duncan, J. R. (2025). Perinatal Outcomes in Adolescent Pregnancies: A Retrospective Analysis of 3.6 Million Deliveries from 2000 to 2019 in Florida. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 38(5), 599–606. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2025.05.001>

Siegel, R. S., & Brandon, A. R. (2014). Adolescents, pregnancy, and mental health. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27(3), 138-150. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2013.09.008>

Somerville, L. H., Jones, R. M., Li, J., Ruberry, E. J., Powers, A., Mehta, N., ... & Casey, B. J. (2014). Adolescent-specific patterns of behavior and neural activity during social reinforcement learning. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 14(2), 129–142. <https://doi.org/10.3758/s13415-014-0257-z>

Şahin, N., Öztürk, R., & Korkmaz, E. (2022). Adölesanların cinsel sağlık okuryazarlığı ve modern kontraseptif kullanımına yönelik tutumları. *Hemşirelikte Akademik Araştırma Dergisi*, 24(1), 55-67. <https://doi.org/10.5222/had.2022.54812>

Şimşek, Z., Yülsük, İ., & Denli, M. (2018). A community-based survey on Syrian refugee women's health and its predictors in Şanlıurfa, Turkey. *Women & Health*, 58(12), 617-631. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1323631>

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2009), *Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar*, Ankara.

Taghizadeh Moghaddam, H., Bahreini, A., Ajilian Abbasi, M., Fazli, F. and Saeidi, M. (2016). Adolescence Health: the Needs, Problems and Attention. *Journal of Pediatric Perspectives*, 4(2), 1423-1438. doi: 10.22038/ijp.2016.6569

Turan, M., Kaya, A. A., & Sezen, İ. (2018). Türkiye'deki Suriyeli Misafirler Ve İlişkilendirilen Bulaşıcı Hastalıklar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4), 119-127.

Turkay, Ü., Aydın, Ü., Çalışkan, E., Salıcı, M., Terzi, H., & Astepe, B. (2020). Comparison of the pregnancy results between adolescent Syrian refugees and local adolescent Turkish citizens who gave birth in our clinic. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 33(8), 1353–1358. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1519016>

Türkiye Büyük Millet Meclisi, İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu, Mülteci Hakları Alt Komisyonu. (2018). *Göç ve Uyum Raporu*. TBMM.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2020). İstatistiklerle gençlik, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Genclik-2023>

Türkiye İstatistik Kurumu. (2022). Hanehalkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması (2004-2022).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye.

Uncu, B., Doğan, E., & Duman, R. (2023). Adölesan Döneminde Sık Görülen Sağlık Riskleri ve Sorunları. *Sakarya University Journal of Holistic Health*, 6(2), 338-352. <https://doi.org/10.54803/sauhsd.1215788>

UNHCR. (2022). Global trends: Forced displacement in 2022. United Nations High Commissioner for Refugees. <https://www.unhcr.org/global-trends-report-2022>

UNICEF. (2023). Child marriage and adolescent pregnancy in humanitarian contexts: A regional evidence synthesis. <https://www.unicef.org/reports/child-marriage-humanitarian-settings-2023>

UNICEF. (2021). Addressing child protection case studies: Adolescent pregnancy and unmarried mothers in ESA region. UNICEF.

United Nations. (2024). World Population Prospects: Adolescent Motherhood and Mental Health Intersections. UNFPA Digital Library.

United Nations. (2015). Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Department of Economic and Social Affairs. <https://sdgs.un.org/goals>

UNFPA, (2013). Adolescent pregnancy: A review of the evidence, New York.

UNFPA. (2023). Motherhood in Childhood: The Unfinished Business of Addressing Adolescent Pregnancy. UNFPA Digital Library.

Yazıcı, E., Mutu Pek, T., Uslu Yuvacı, H., Köse, E., Cevrioğlu, S., Yazıcı, A. B., Çilli, A. S., Erol, A. & Aydın, N. (2018). Perinatal Anxiety Screening Scale validity and reliability study in Turkish (PASS-TR validity and reliability). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 609-617. <https://doi.org/10.1080/24750573.2018.1506247>

Yılmaz, A., & Tanrıverdi, G. (2022). Göçmen popülasyonda erken yaşta evlilikler ve adölesan gebeliklerin sosyokültürel belirleyicileri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 33(2), 560-578. <https://doi.org/10.33417/toshid.984210>

Yılmaz, M., Erdem, R., & Tanrıverdi, G. (2022). Bölgesel eşitsizliklerin adölesan doğurganlık hızı üzerindeki etkisi: Türkiye örneği. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 22(51), 45-68.

Yılmaz, S., & Özkan, S. (2021). The role of social support and acculturation in perinatal mental health among local and refugee populations in Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(8), 980-989. <https://doi.org/10.1177/00207640211003451>

Zimmerman, C., et al. (2021). Migration and health: A framework for 21st century policy-making. *Health Policy*, 125(10), 1251-1258. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.08.003>

Woolhouse, H., Gartland, D., Perlen, S., Donath, S., & Brown, S. J. (2014). Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post partum: results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery*, 30(3), 378–384. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.006>

World Health Organization. (2009). Health-related Millennium Development Goals, Adolescent fertility rate (per 1000 girls aged 15–19 years).

World Health Organization. (2020, 31 Ocak). Adolescent pregnancy.

World Health Organization. (2022). Global Health Estimates 2000-2021.

World Health Organization. (2022). Global status report on physical activity. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059153>

World Health Organization. (2022). World report on the health of refugees and migrants. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054462>

World Health Organization. (2024). Adolescent pregnancy.

World Health Organization. (2024, 10 Ekim). Mental health of adolescents.

World Health Organization. (2024, 5 Haziran). The adolescent health indicators. (UNFPA, PMNCH, UNAIDS, UNESCO, UNICEF, UN Women, WFP, WHO, World Bank Group tarafından ortaklaşa yayımlanmıştır).

World Health Organization. (t.y.). Adolescent Health. Erişim tarihi: 2 Aralık 2022.

## ÖZGEÇMİŞ

<b>Kişisel Bilgiler</b>	
<b>Adı Soyadı</b>	Necmiye YAPRAK
<b>Eğitim</b>	
<b>Lise</b>	Bursa Ahmet Vefik Paşa Anadolu Lisesi (2012)
<b>Lisans</b>	Eskişehir Anadolu Üniversitesi (2016)
<b>Yüksek Lisans</b>	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı (2021-Halen)
<b>Yabancı Dil Bilgisi</b>	
<b>İngilizce</b>	Orta Derece
<b>Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar</b>	
<b>Kuruluş Adı</b>	-

## EK-1: Tanımlayıcı Veri Formu

Değerli Katılımcı,

Bu bilgi formu ‘Suriyeli ve Türk Adölesan Gebelerde Prenatal Anksiyete, Depresyonun Maternal ve Fetal Sağlığa Etkisi ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi’ araştırmasında kullanılacak verilerin toplanması için Ebelik Yüksek Lisans öğrencisi tarafından hazırlanmıştır. Araştırmanın sonuçları mevcut koşulları iyileştirmek için yapılacak yeni çalışmalar açısından önem arz etmektedir. Bu nedenle sorulara doğru ve eksiksiz yanıt vermenizin önemini vurgulayıp, araştırmaya katılmanızın önemli olduğunu bildirerek katılım sağlamanızı rica ederim. Paylaştığınız bilgiler araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak sorular bulunmamaktadır.

TEŞEKKÜRLER.

- 1-Adı-Soyadı:.....
- 2-Doğum Tarihi: ..../..../.....
- 3- Eşinizin Doğum Tarihi: ..../..../.....
- 4 . Medeni durumunuz nedir?
  1. Evli-resmi nikahım var
  2. Evli-dini nikahım var
  3. Bekar
  4. Boşanmış
5. Eğitim durumunuz nedir?
  1. Okur yazar
  2. İlköğretim
  3. Lise
  4. Üniversite ve üstü
6. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?
  1. Evet
  2. Ev hanımı-hayır
7. Eşinizin eğitim durumu nedir?
  1. Okur yazar
  2. İlköğretim

3. Lise
4. Üniversite ve üstü

8. Eşinizin çalışma durumu nedir?

1. Çalışmıyor-İşsiz
2. Emekli
3. Memur
4. İşçi
5. Serbest Meslek

9. Size göre ailenizin aylık geliri nasıldır?

1. Gelirim giderden az
2. Gelirim gidere eşit
3. Gelirim giderden fazla

10. Aile tipinizi belirtiniz.

1. Çekirdek aile (karı-koca-çocuklar)
2. Geniş aile (kayınvalide, kayınpeder, kayın, görümce. Anne, baba, kardeş..)
3. Parçalanmış aile

11. Eşiniz/partnerinizle aranızda akrabalık var mı? (Varsa belirtiniz)

1. Hayır
2. Evet.....

12. Yaşadığınız evin durumunu belirtiniz?

1. Kiralık
2. Kendimize ait
3. Ücret talebi olmayan başka birinin evi

13. Yaşadığımız yerden bir sağlık kuruluşuna ne kadar sürede ulaşabiliyorsunuz?

1. 15 dk ve daha az
2. 16-30 dk.
3. 31-45. dk
4. 46 dk. ve daha fazla

14. Kaç yaşında evlendiniz?.....

15. Bu gebelik planlı istenen bir gebelik miydi?

1. Hayır

2. Evet
16. Şu anki gebeliğiniz dahil kaçınıcı gebeliğiniz? (lütfen belirtiniz) .....
17. Kaç doğum yaptınız? (lütfen belirtiniz)
1. Yapmadım
2. ....
18. Düşük yaptınız mı?
1. Hayır
2. Evet
19. Gebelik haftanızı belirtiniz? .....
20. Bundan önceki doğumunuz ile son doğumunuz arasında geçen süre ne kadar?  
(Ay ya da yıl olarak belirtiniz) .....
21. Gebeliğinizin ilk üç ayında folik asit vitamini kullandınız mı?
1. Evet
2. Hayır
3. Bilmiyorum
22. Gebelikte demir ilacı ( kan ilacı) kullandınız mı?
1. Evet
2. Hayır
3. Bilmiyorum
23. Gebeliğiniz boyunca kaç kez kontrole gittiniz? .....
24. Gebelik takiplerinizi için kime gittiniz? (birden fazla seçenek işaretlenilir)
1. Aile Sağlığı Merkezinde Ebe Tarafından
2. Aile Sağlığın Merkezinde Hekim Tarafından
3. Devlet Hastanesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Tarafından
4. Devlet Hastanesinde Gebe Sınıfı Tarafından
5. Özel muayenehanede Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Tarafından
6. Eğitim Araştırma Hastanesi-Üniversite Hastanesinde hekim tarafından
7. Hiç gitmedim
25. Lütfen boyunuzu belirtiniz.....
26. Gebelik öncesi kaç kiloydunuz? .....
27. Gebeliğiniz boyunca kaç kilo aldınız?
28. Son gebeliğinizde herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı? Cevabınız evet ise hangi sağlık sorunu yaşadınız? (Hyperemezsis, Preeklampsi/Eklampsi, Diyabet...)

1. Evet.....
  2. Hayır
29. Bundan önceki doğumunuz ile son doğumunuz arasında geçen süre ne kadar?  
(Ay ya da yıl olarak belirtiniz) .....
30. Sigara içiyor musunuz?
1. Evet
  2. Hayır
  3. Bıraktım
31. Hayatınızda hiç alkol kullandınız mı?
1. Evet
  2. Hayır
  3. Bıraktım
32. Hayatınızda keyif verici madde (uyuşturucu) kullandınız mı?
1. Evet
  2. Hayır
  3. Bıraktım
33. Kronik bir hastalığınız (şeker hastalığı, kalp hastalığı, epilepsi, tansiyon, v.b) var mı?
1. Evet (belirtiniz.....)
  2. Hayır
  3. Bilmiyorum
34. Daha önce hiç psikiyatrik tedavi aldınız mı?
1. Evet
  2. Hayır
35. Şu ana kadar ciddi hastalık, kaza, arkadaş yada aile bireylerinin ölümü, savaş, doğal afet, gibi stresli yaşam olayları yaşadınız mı?
1. Evet
  2. Hayır
36. Genel olarak adet öncesi dönemde ruhsal çökkünlük, sinirlilik, gerginlik, alınganlık gösterme, ağlama gibi belirtiler oluyor mu?

1. Evet
  2. Hayır
37. Günlük yaşantınızın stresli olduğunu düşünüyor musunuz?
1. Evet
  2. Hayır
38. Eşiniz, aileniz, arkadaşlarınız tarafından sosyal destek alıyor musunuz?
1. Evet
  2. Hayır
39. Eşiniz tarafından size fiziksel, sözel, duygusal ya da cinsel istismar/şiddet uygulanıyor mu? (Yanıtınız evet ise belirtiniz)
1. Evet
  2. Hayır
40. Eşinizin ailesiyle ilişkileriniz nasıldır?
1. İyi
  2. Ne iyi, ne kötü
  3. Kötü
41. Kendi ailenizle (anne, baba, kardeşler) ilişkileriniz nasıldır?
1. İyi
  2. Ne iyi, ne kötü
  3. Kötü
42. Son gebeliğiniz sırasında yaşamınızı etkileyebilecek; yakınınız/arkadaşınızın kaybı/hastalığı, eşinizin ya da kendinizin iş değişikliği gibi size stres yaşatan bir durum oldu mu?
1. Evet
  2. Hayır
43. Sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz?
1. Evet
  2. Hayır
  3. Kısmen
44. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?
1. Evet (.....)
  2. Hayır

(45. ve 46. Soru Suriye uyruklu katılımcılar için )

45. Kaç yıldır Türkiye’de yaşıyorsunuz?.....

46. Türkiye’de kaç doğum yaptınız?....

## **EK-2: Beck Depresyon Envarteri**

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

1)

a. Kendimi üzgün hissetmiyorum

b. Kendimi üzgün hissediyorum

c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum

2)

a. Gelecekte umutsuz değilim

b. Gelecek konusunda umutsuzum

c. Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok d. Benim için bir gelecek olmadığı gibi bu durum değişmeyecek

3)

a. Kendimi başarısız görmüyorum

b. Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır

c. Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum d. Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum

4)

a. Her şeyden eskisi kadar doyum (zevk) alabiliyorum

b. Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum

c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum

d. Bana doyum veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı

5)

- a. Kendimi suçlu hissetmiyorum
- b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor
- c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
- d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum

6)

- a. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim
- b. Sanki bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim
- c. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum
- d. Bazı şeyler için cezalandırılıyorum

7)

- a. Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım
- b. Kendimi hayal kırıklığına uğrattım
- c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum
- d. Kendimden nefret ediyorum

8)

- a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum
- b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
- c. Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum
- d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum

9)

- a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
- b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şey yapamam
- c. Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim
- d. Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm

10)

- a. Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum

- b. Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum
- c. Şimdilerde her an ağlıyorum
- d. Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum

11)

- a. Eskisine göre daha sınırlı veya tedirgin sayılmam
- b. Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim
- c. Çoğu zaman sınırlı ve tedirginim
- d. Şimdilerde her an için tedirgin ve sınırlıyım

12)

- a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
- b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim
- c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
- d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı

13)

- a. Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum
- b. Eskisine kıyasla şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum
- c. Eskisine göre karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum
- d. Artık hiç karar veremiyorum

14)

- a. Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum
- b. Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum
- c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum
- d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum

15)

- a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum

b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha çok çaba harcıyorum

c. Ne olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum

d. Artık hiç çalışmıyorum

16)

a. Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum

b. Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum

c. Eskisine göre bir veya iki saat erken uyanıyor, tekrar uyumakta güçlük çekiyorum

d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum

17)

a. Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum

b. Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum

c. Şimdilerde neredeyse her şeyden, kolayca ve çabuk yoruluyorum

d. Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yorgunum

18)

a. İştahım eskisinden pek farklı değil

b. İştahım eskisi kadar iyi değil

c. Şimdilerde iştahım epey kötü

d. Artık hiç iştahım yok

19)

a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi/aldığımı sanmıyorum

b. Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım

c. Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim/aldım

d. Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim/aldım

20)

a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor

b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var

- c. Ağrı sızı gibi bu sıkıntılarım beni çok endişelendiriyor
  - d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki başka bir şey düşünemiyorum
- 21)
- a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok
  - b. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum
  - c. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim
  - d. Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliği Güvenirliği, Psikoloji Dergisi, 23, 3-13. Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma, Psikoloji Dergisi, 22, 118-126.

### EK-3: Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği

- Antenatal
- Postnatal

İsim:

Soy isim:

Tarih:

Aşağıdakileri geçtiğimiz ay ne sıklıkla yaşadınız? Lütfen her soru için yaşadıklarınıza en yakın olan yanıtı işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
1.Bebek / gebelik ile ilgili endişe	0	1	2	3
2.Bebeğe zarar geleceği ile ilgili korku	0	1	2	3
3.Bir şeylerin kötü gideceğine dair korku hissi	0	1	2	3
4.Pek çok şey hakkında endişelenme	0	1	2	3
5.Gelecek hakkında endişe	0	1	2	3
6.Bir şeylerin üstüne fazla yüklendiğini hissetme	0	1	2	3
7.İğne, kan, doğum, ağrı vb. şeyler konusunda çok şiddetli korkular	0	1	2	3
8.Birden bastıran aşırı korku veya huzursuzluk	0	1	2	3
9.Durdurulması veya kontrol edilmesi zor olan, tekrarlayan düşünceler	0	1	2	3
10.Uyumak için fırsatım olsa bile uyumakta zorlanma	0	1	2	3
11.İşleri belirli bir düzen veya sıra ile yapmak zorunda hissetme	0	1	2	3
12.Her şeyin mükemmel olmasını isteme	0	1	2	3
13.Her şeyi kontrol etme ihtiyacı	0	1	2	3
14.Bir şeyleri defalarca kontrol etmeyi veya yapmayı durdurmakta zorluk	0	1	2	3

15.Diken üstünde hissetme veya kolayca irkilme	0	1	2	3
16.Tekrarlayan düşüncelerin yol açtığı rahatsızlık /sıkıntı	0	1	2	3
17.Bir şeyler için tetikte olma ya da dikkatli olma ihtiyacı	0	1	2	3
18.Tekrarlayan anılar, rüyalar ya da kabuslardan dolayı üzülme, sıkıntı çekme	0	1	2	3
19.Başkalarının önünde kendimi rezil edeceğim endişesi	0	1	2	3
20.Diğer insanların beni olumsuz yargılayacağı korkusu	0	1	2	3
21.Kalabalık içinde fazla rahatsız hissetme	0	1	2	3
22.Huzursuz olacağım korkusu ile sosyal aktivitelerden kaçınma	0	1	2	3
23.Huzursuz eden şeylerden kaçınma	0	1	2	3
24. Kendinizi sanki bir filmde izliyormuş gibi kopuk hissetme	0	1	2	3
25.Zamanın nasıl geçtiğini fark edememe ve ne olduğunu hatırlayamama	0	1	2	3
26.Yakın zamanda olan değişikliklere uyum sağlamakta zorluk	0	1	2	3
27.Bir şeyler yapabilmenize engel olan kaygı	0	1	2	3
28.Konsantre olmayı güçleştiren yarışan düşünceler	0	1	2	3
29.Kontrolünü kaybetme korkusu	0	1	2	3
30.Paniklemiş hissetme	0	1	2	3
31.Tedirgin (ajite) hissetme, kıpırdanma	0	1	2	3

Toplam Puan:

## **EK-4: Neonatal ve Maternal Sağlık Sonuçları Anket Formu**

### **Neonatal Sonuçları**

Doğum Kilosu ..... /gr

1. dk. Apgar skoru .....

5. dk. Apgar skoru .....

YYBÜ yatışı oldu mu?

1. Evet (yatış nedeni).....

2. Hayır

### **Maternal sonuçlar**

Plesanta anomalisi

1. Var

2. Yok

Uzamış doğum eylemi

1. Var

2. Yok

EMR tanısı

1. Var

2. Yok

Doğum şekli

1. Normal doğum

2. Sezaryan doğum

3. Müdahaleli doğum

Sezaryan doğum endikasyonu .....

Doğumda indüksiyon uygulama

1. Var

2. Yok

İntrapartum hemaraji

1. Var

2. Yok

Postpartum hemaraji

1. Var

2. Yok

Ekstra Uterotonik ajan kullanımı (rutin kullanım dışında)

1. Var

2. Yok

Doğum haftası .....

Preeklampsi/eklampsi tanısı alma

1. Var

2. Yok

Diğer .....

## EK-5: Etik Kurul



T.C.  
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı :E-11811414-050.04-410118  
Konu :Etik Kurul Karar Formu

06.08.2024

Sayın Doç. Dr. Selda YÖRÜK

Kurulumuz tarafından kayıtlarımıza uygun olarak düzenlenen Karar Formu yazınız ekinde gönderilmiştir.  
Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Sibel ERGÜN  
Kurul Başkanı

Ek:Etik Kurul Karar Formu (1 Adet)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :B5N6ZHA287 Fia Kodu :39732

Belge Takip Adresi : <https://www.tckyye.gov.tr/balik-esir-universitesi-et>

Adres: Balıkesir Üniversitesi Sakarya Caddesi Yerleşkesi 10043 BALIKESİR

Tel:0266 21400 Faks:2666123412

Web Sayfı :[www.balikesir.edu.tr](http://www.balikesir.edu.tr)

E-posta Adresi: [etikkurul@balikesir.edu.tr](mailto:etikkurul@balikesir.edu.tr)

Belge İmza: Nilgün Kaya  
Ünvanı: Başlatıcı İdari Sorumlusu  
Tel No: 2666121400-192517



T.C.  
BURSA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-31234050-799-259024157  
Konu : Necmiye YAPRAK'ın Etik Kurul Çalışma  
İzin Dilekçesi Hk.

08.11.2024

Sayın Necmiye YAPRAK

Dilekçenize istinaden Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan 09.07.2024 tarih ve 2024/110 karar numarası ile onay alınmış olan "Suriyeli ve Türk Adölesan Gebelerde Perinatal Anksiyete, Depresyonun Maternal ve Fetal Sağlığa Etkisi ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tezinizde kullanmak üzere hastanemiz ilgili kliniklerinde anket yapmak isteginize ilişkin dilekçeniz incelenmiş olup; AR-GE ve Bilimsel Yayın İnceleme Komisyonu tarafından uygun görülmüştür,

Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Hakan DEMİRCİ  
AR- GE ve Bilimsel Yayın İnceleme  
Komisyon Başkanı

Ek:

- 1 - Necmiye YAPRAK'ın Etik Kurul Çalışma İzin Dilekçesi Hk. pdf
- 2 - protokol.docx

**Bu belge, güvenli olarak sana iletilmiştir**

Belge doğrulama kodu: 48F9142D-8AAD-4736-A6F7-8E2E8C4C238D

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-balikesir-gi-obyv>

Mimar Sinan Meh. Ermeniye Cad. Prof. Dr. Okulu Karşısı Yıldırım / BURSA 16000

Tel: 02242955000 Faks No: 02242944246

e-Posta: [burayayin@sa.gov.tr](mailto:burayayin@sa.gov.tr) İnternet Adresi:

<https://burayayinokul@sa.gov.tr/>

Kapı Adresi: burayayin@bulfi.kap.tr

Bilgi için: Ceyda GEMİŞTİREN

Sürekli İşçi

Tel: 02242955000 - 3232



**T.C.**  
**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**  
**SAGLIK BİLİMLERİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Suriyeli ve Türk Adölesan Gebelerde Perinatal Anksiyete, Depresyona Maternal ve Fetal Sağlığa Etkisi ve İlgili Faktörlerin Değerlendirilmesi
ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Balikesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu
	KURUL ADRESİ	Balikesir Üniversitesi Çağış Yerleşkesi 10145 Balikesir
	TELEFON	(0266) 612 14 18
	FAKS	(0 266) 612 14 17
	E-POSTA	sb.etik.kurulu@balikesir.edu.tr
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Selda YÖRÜK
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik	
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Balikesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI, ADI-SOYADI		
DESTEKLEYİCİ		
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ (TÜBİTAK vb kaynaklardan destek alanlar için)		
UNVANI, ADI-SOYADI		
YARDIMCI ARAŞTIRMACI VE BÖLÜMÜ	Necmiye YAPRAK SBÜ Bursa Yüksek İhtisas EAH	
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Kesitsel	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2024/110 Tarih: 09/07/2024	
Başvuru dosyası ile ilgili belgeler, araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve UYGUN BULUNMUŞ olup usulüne uygun gerçekleştirilmesinde bilimsel ve etik sakınca OLMADIGINA oy birliğiyle karar verilmiştir. Araştırmanın tüm süreçleride ilgili kurum, kuruluş ve kişilerden gereken izinlerin alınmasından araştırmacılar sorumludur.		

**ETİK KURUL ÜYELERİ**

Unvanı	Adı-Soyadı	Görevi	Araştırma ile İlgilisi		İmza
			VAR	YOK	
Prof. Dr.	Sibel ERGÜN	Başkan		X	
Doç. Dr.	Sevde AKSU	Üye		X	
Doç. Dr.	Selda YÖRÜK	Üye	X		
Doç. Dr.	Özkan İŞİK	Üye		X	
Doç. Dr.	Hilmi BOLAT	Üye		X	
Dr. Öğr. Üyesi	Oğuzhan KORKUT	Üye		X	
Dr. Öğr. Üyesi	Emrah ÖZDEMİR	Üye		X	
Dr. Öğr. Üyesi	Mehmet ÖZÜÇLİ	Üye		X	

## EK-6: Ölçek İzinleri

Ölçek kullanım izni Gelen Kutusu x



**Necmiye Bilal** Merhaba ben Balıkesire Üniversitesi Ebelik Yüksek Lisans öğrencisiyim. Tez çalışması yapmak istediğim Su... 16 Haz 2023 10:54 (4 gün önce) ☆



**Esra Yazıcı** 16 Haz 2023 12:18 (4 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

Necmiye Hanım merhaba  
Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği (PASS-TR) adlı ölçeği kullanabilirsiniz  
Çalışmanızda başarılar dilerim  
Prof Dr Esra Yazıcı  
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

[Android'de Yahoo Postadan gönderildi](#)

ölçek izni Gelen Kutusu x



**Gulsen T.** [Redacted] 19 Haziran Pzt 18:33 (20 saat önce) ☆ ↶ ⋮

Alıcı: ben ▾

Merhaba Necmiye,  
Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyile gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Nesrin Hisli Sahin, PhD

[E-posta adresi gizlendi](#)

## **Ek-7 Helsinki Bildirgesi**

Dünya Tabipleri Birliği Helsinki Bildirgesi İnsanlar Üzerinde Yapılan Tıbbi Araştırmalarla İlgili Etik İlkeleri 1 Haziran 1964'te Helsinki'de yapılan 18. DTB Genel Kurulunda kabul edilmiş ve daha sonra üzerinde aşağıda belirtilen Genel Kurullarda değişiklik yapılmıştır: 29. DTB Genel Kurulu, Tokyo, Japonya, Ekim 1975 35. DTB Genel Kurulu, Venedik, İtalya, Ekim 1983 41. DTB Genel Kurulu, Hong Kong, Eylül 1989 48. DTB Genel Kurulu, Somerset West, Güney Afrika Cumhuriyeti, Ekim 1996 52. DTB Genel Kurulu, Edinburgh, İskoçya, Ekim 2000 53. DTB Genel Kurulu, Washington DC, ABD, Ekim 2002 (Açıklama notu ekli olarak) 55. DTB Genel Kurulu, Tokyo, Japonya, Ekim 2004 (Açıklama notu ekli olarak) 59. DTB Genel Kurulu, Seul, Kore Cumhuriyeti, Ekim 2008 64. DTB Genel Kurulu, Fortaleza, Brezilya, Ekim 2013 Giriş 1. Dünya Tabipler Birliği (DTB) Helsinki Bildirgesi'ni, tanımlanabilir insan materyali ve verileri de dahil olmak üzere, insanlar üzerindeki tıbbi araştırmalarla ilgili etik ilkelere yer veren bir açıklama olarak hazırlamıştır. Bildirge bir bütün olarak okunup kavranmalı, içerdiği her paragraf ilgili diğer tüm paragraflarla birlikte düşünülerek uygulanmalıdır. 2. Bildirge, DTB'nin göreviyle tutarlı olarak en başta hekimlere yöneliktir. Ancak DTB, insanların söz konusu olduğu tıbbi araştırmalarda yer alan başkalarını da bu ilkeleri benimsemeye teşvik etmektedir. Genel İlkeler 3. DTB Cenevre Bildirgesi hekimi "Hastamın sağlığı birinci önceliğim olacaktır" sözüyle, Uluslararası Tıp Etiği Kuralları ise "Bir hekim sağlık hizmetini, hastası için en iyiyi gözeterek sunacaktır" ifadesiyle bağlamaktadır. 4. Tıbbi araştırmada yer alanlar dahil, hastaların sağlığının, esenliğinin ve haklarının gözetilmesi ve güvence altına alınması hekimin görevidir. Hekimin bilgisi ve vicdanı bu görevin yerine getirilmesine adanmış olmalıdır. 5. Tıpta ilerleme, sonuçta insanlar üzerinde yapılan çalışmaları da içeren araştırmalara bağlıdır. 6. İnsanlar üzerinde yapılan tıbbi araştırmaların başlıca amacı, hastalıkların nedenlerini, gelişimini ve etkilerini anlamak; önlemeye, tanıya ve tedaviye yönelik girişimleri (yöntemleri, işlemleri ve uygulamaları) geliştirmektir. Geçerliği en fazla kanıtlanmış girişimlerin bile 1 bu çeviri; Türk Tabipleri Birliği'nce, Tıp Etiği ve klinik araştırmalar alanlarında uzmanlarca gözden geçirilerek hazırlanmıştır. / 18 Aralık 2013 2 güvenilirlik, etkililik, etkinlik, erişilebilirlik ve niteliklilik açısından sürekli olarak değerlendirilmesi gerekir. 7. Tıbbi araştırmalar, üzerinde araştırma yapılan tüm insanlara saygıyı gözetken, sağlıklarını ve haklarını koruyan etik standartlarına tabidir. 8. Tıbbi araştırmanın

birincil amacı yeni bilgi üretmek iken, bu amaç hiçbir zaman araştırmaya katılan insanların bireysel haklarından ve yararlarından üstün tutulamaz. 9. Üzerinde araştırma yapılan kişilerin yaşamını, sağlığını, onurunu, kişilik bütünlüğünü, kendi kararını verme hakkını, özel yaşamını ve kişisel bilgilerinin gizliliğini korumak, tıbbi araştırmalarda yer alan hekimlerin görevidir. Üzerlerinde araştırma yapılan kişilerin korunması yükümlülüğü her zaman hekime ve diğer sağlık çalışanlarına ait olmalı, kendileri buna onam vermiş olsalar bile bu yükümlülük asla üzerlerinde araştırma yapılan kişilere bırakılmamalıdır. 10. Hekimler, kendi ülkelerinde insanların kullanıldığı araştırmalar için geçerli etik, hukuksal ve düzenleyici normlar ve standartların yanı sıra, ilgili uluslararası norm ve standartları da dikkate almalıdır. Herhangi bir ulusal ya da uluslararası etik, hukuksal ya da idari gereklilik, araştırmalarda kullanılan insanlara bu Bildirge ile sağlanan koruyucu önlemleri zayıflatmamalı ya da ortadan kaldırmamalıdır. 11. Tıbbi araştırmalar, çevreye verilebilecek olası zararı en aza indirecek şekilde yürütülmelidir. 12. İnsanların kullanıldığı tıbbi araştırmalar, yalnızca etik ve bilim açısından yeterli eğitime, yetişmişliğe ve niteliklere sahip kişilerce yapılmalıdır. Hastalar ya da sağlıklı gönüllüler üzerinde yapılacak araştırmalar, yetkin ve gerekli niteliklere sahip bir hekimin ya da sağlık çalışanının denetiminde gerçekleştirilmelidir. 13. Tıbbi araştırmalarda yeterince temsil edilmeyen gruplara araştırmalara katılım için gerekli erişim olanağı sağlanmalıdır. 14. Tıbbi araştırma ile sağlık hizmetini birlikte yürüten hekimler, bunun ancak koruyucu, tanı koydurucu ya da tedavi edici yönden değerli olabileceği durumlarda ve araştırma kapsamına alınan hastaların sağlığının bu durumdan olumsuz etkilenmeyeceği konusunda makul gerekçelere sahip olmaları halinde hastalarını araştırmalarına dahil etmelidirler. 15. Bir araştırmada yer almaları nedeniyle zarar gören kişilere uygun tazminat ve tedavi sağlanması güvence altına alınmalıdır. Riskler, Yükler ve Yararlar 16. Tıbbi uygulamalarda ve tıbbi araştırmalarda, girişimlerin çoğu risk ve yük taşır. İnsanlar üzerindeki tıbbi araştırmalar, ancak, amacın taşıdığı önem, üzerinde araştırma yapılan kişilerin maruz kalacakları risklere ve üstlenecekleri yüklerle ağır bastığında yapılmalıdır. 3 17. İnsanlar üzerinde yapılan tüm tıbbi araştırmalar öncesinde, araştırmada yer alacak kişilere ve gruplara yönelik öngörülebilir riskler ve yükler titizlikle değerlendirilmeli; bu riskler ve yükler, söz konusu kişilerin ve araştırma konusu olan hastalık ya da etmeden etkilenen diğer birey veya grupların araştırmadan sağlayabilecekleri yararlarla karşılaştırılarak karar verilmelidir. Riskleri en düşük düzeyde tutacak

önlemler alınmalıdır. Riskler, araştırmacı tarafından sürekli olarak izlenmeli, değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır. 18. Hekimler, risklerin yeterince değerlendirildiğine ve bunların tatmin edici biçimde yönetilebileceğine kani olmadıkları sürece insanlar üzerinde yapılan araştırmalarda yer almamalıdırlar. Risklerin potansiyel yararlaraya ağır bastığının görüldüğü durumlarda ya da kesin sonuçlara ilişkin yeterli kanıtlar elde edildiğinde, hekimler çalışmaya devam etme, çalışmayı değiştirme ya da hemen durdurma seçeneklerini değerlendirmelidir. Savunmasız Gruplar ve Kişiler 19. Kimi gruplar ve kişiler özellikle savunmasız durumdadır ve bu grup ve kişilerin araştırmacılarca istismar edilme ya da ek zarar görme olasılıkları daha fazla olabilir. Savunmasız durumda bulunan tüm grup ve bireylere özel koruma sağlanmalıdır. 20. Savunmasız durumdaki bir grupla yapılacak tıbbi araştırma, ancak, araştırmanın bu grubun sağlık gereksinimlerine ya da önceliklerine karşılık geleceği ve araştırmanın bu konumda olmayan başka bir grupla yapılmasının mümkün olmadığı durumlarda haklı çıkarılabilir. Ek olarak, söz konusu grup araştırmadan elde edilen bilgilerden, uygulamalardan ya da girişimlerden yararlanabilmelidir. Bilimsel Gereklilikler ve Araştırma Protokolleri 21. İnsanlar üzerinde yapılan tıbbi araştırmalar genel olarak kabul edilen bilimsel ilkelere uygun olmalı; eksiksiz bir bilimsel literatür bilgisine, ilgili diğer bilgi kaynaklarına, yeterli laboratuvar olanaklarına ve ilişkili ise hayvan deneylerine dayanmalıdır. Araştırmada kullanılan hayvanların iyilik halinin sağlanmasına zen gösterilmelidir. 22. İnsanları da kapsayan her araştırmanın tasarımı ve uygulanması, araştırma protokolünde açık olarak belirtilmeli ve gerekçelendirilmelidir. Hazırlanan protokolde, araştırmanın etik boyutlarıyla ilgili bir açıklama yer almalı ve bu Bildirge 'de yer alan ilkelerin nasıl gözetildiği belirtilmelidir. Protokolde; sağlanan finansman, destekleyiciler, kurumsal bağlantılar, potansiyel çıkar çatışmaları, üzerinde araştırma yapılacak kişilere sağlanan zendiriciler ve araştırmaya katılmaları nedeniyle zarara uğrayan kişilerin tedavisi ve/veya tazmini ile ilgili bilgiler yer almalıdır. Klinik denemeler söz konusu olduğunda protokol ayrıca, deneme sonrası sağlanacak olanaklarla ilgili uygun düzenlemeleri de tanımlamalıdır. 4 Araştırma Etik Kurulları 23. Araştırma protokolü, araştırma başlamadan önce, değerlendirmesi, yorumda bulunması, yol göstermesi ve onay vermesi için ilgili araştırma etik kuruluna sunulmalıdır. Bu kurul işleyişinde saydam olmalı; araştırmacıdan, destekleyicilerden ya da başka herhangi bir dış etkiden bağımsız kalmalı ve değerlendirme için gerekli nitelikleri taşımalıdır. Kurul, ilişkili uluslararası norm ve standartları olduğu gibi, araştırmanın yapılacağı lkenin ya da

Ülkelerin yasa ve yönetmeliklerini de göz önünde bulundurmalı, ancak bunların, üzerinde araştırma yapılan kişilere bu Bildirge ile sağlanan korumaları zayıflatmasına ya da ortadan kaldırmasına izin verilmemelidir. Kurul, sürmekte olan çalışmaları izleme hakkına sahip olmalıdır. Araştırmacı, özellikle ortaya çıkan herhangi bir ciddi olumsuz sonuç başta olmak üzere Kurul'a izleme bilgileri sunulmalıdır. Kurul'un incelemesi ve onayı olmaksızın protokolde hiçbir değişiklik yapılmamalıdır. Çalışmanın bitiminde, araştırmacılar, çalışmanın bulgularını ve sonuçlarını içeren bir raporu Kurul'a sunulmalıdırlar. Özel Yaşam ve Gizlilik 24. Araştırmalarda kullanılan kişilerin özel yaşamını ve kişisel bilgilerinin gizliliğini korumak için her tür nlem alınmalıdır. Aydınlatılmış onam 25. Aydınlatılmış onam verme yeterliği olan kişilerin araştırmaya katılmaları, gönüllülük temelinde olmalıdır. Aile yelerine ya da toplum lideri konumunda olan kişilere danışılması uygun olsa bile, aydınlatılmış onam verme yeterliğine sahip kimse, kendi özerk kararı olmadan araştırmaya dahil edilmemelidir. 26. Aydınlatılmış onam verme yeterliğine sahip kişiler üzerinde yapılacak tıbbi araştırmalarda, her potansiyel katılımcı, araştırmanın amaçları, yöntemleri, finansman kaynakları, olası çıkar çatışmaları, araştırmacının kurumsal bağlantıları, çalışmadan beklenen yararlar ve potansiyel riskler, verebileceği rahatsızlıklar, araştırma sonrasında yapılacaklar ve araştırmanın diğer yönleri hakkında uygun biçimde aydınlatılmalıdır. Katılımcı adayı; daha sonra herhangi bir olumsuzlukla karşılaşmadan çalışmada yer almayı reddetme ya da onamını herhangi bir anda geri çekme hakkına sahip olduğu konusunda aydınlatılmalıdır. Bu kişilerin bireysel olarak bilgilenme gereksinimlerine ve aydınlatma yöntemlerine özellikle dikkat edilmelidir. Katılımcı adayının verilen bilgileri kavradığından emin olunduktan sonra hekim ya da uygun nitelikteki başka bir kişi, tercihen yazılı olmak üzere, katılımcı adayının kendi zgr iradesiyle vereceği aydınlatılmış onamını almalıdır. Eğer onamın yazılı olarak verilmesi mümkün değilse, yazılı olmayan onam tanıklar huzurunda resmen belgelenmelidir. Tıbbi araştırmalarda kullanılan herkese, çalışmanın genel çıktısı ve sonuçları hakkında bilgilendirilme seçeneği sunulmalıdır. 27. Hekim, bir araştırmada kullanılacak kişilerden aydınlatılmış onam alırken, katılımcı adayının kendisiyle bağımlılık ilişkisi olup olmadığı ya da onayın belirli bir zorunlulukla istemeden verilip verilmediği gibi konulara özellikle dikkat etmelidir. Böyle durumlarda 5 aydınlatılmış onam, bu tür ilişkilerin tamamen dışındaki, uygun niteliklere sahip bir başkası tarafından alınmalıdır. 28. Aydınlatılmış onam verme yeterliği olmayan bir katılımcı adayı söz konusu olduğunda, hekim bu kişinin yasal temsilcisinden onam almalıdır.

Araştırmanın katılımcı adayı tarafından temsil edilen bir grubun sağlık açısından yararını gözetmesi, aynı araştırmanın aydınlatılmış onam verme yeterliği olan kişilerle yapılmasının mümkün olmaması ve araştırmanın katılımcıya sadece en az derecede risk ve yük getirmesi koşullarının sağlandığı durumlar dışında, onam verme yeterliği bulunmayan bireyler üzerinde araştırma yapılmamalıdır. 29. Aydınlatılmış onam verme yeterliği olmadığı değerlendirilen bir katılımcı aday, yine de kendi görüşünü açıklayabiliyorsa, hekim, yasal temsilcinin vereceği onamın yanı sıra bu görüşü de dikkate almalıdır. Katılımcı adayının araştırmaya katılmama yönündeki görüşüne saygı gösterilmelidir. 30. Bilinci kapalı hastalar gibi fiziksel ve zihinsel açıdan aydınlatılmış onam verme yeterliği olmayan bireyler üzerinde araştırma, ancak, aydınlatılmış onam vermeyi engelleyen fiziksel ya da zihinsel durum araştırma grubunun sahip olması zorunlu bir özelliğiye yapılabilir. Böyle durumlarda hekim, yasal temsilcinin aydınlatılmış onamını almalıdır. Eğer hastanın yasal temsilcisi yoksa ve araştırma ertelenmesi mümkün değilse; aydınlatılmış onam verme yeterliği olmayan bireyler üzerinde araştırma yapmayı gerektiren özel gerekçelerin araştırma protokolünde belirtilmesi ve araştırmanın bir araştırma etik kurulunca onaylanması koşuluyla, araştırma aydınlatılmış onam almadan yapılabilir. Böyle bir durumda, mümkün olan en kısa sürede, üzerinde araştırma yapılan hastadan ya da yasal temsilciden araştırmada kalmaya ilişkin aydınlatılmış onam alınmalıdır. 31. Hekim, tedavisinin hangi yönlerinin araştırmayla ilişkili olduğu konusunda hastayı eksiksiz biçimde aydınlatmalıdır. Bir hastanın araştırmada yer almak istememesi ya da daha sonra araştırmadan çekilme kararını vermesi, hasta-hekim ilişkisini hiçbir biçimde olumsuz etkilememelidir. 32. Biyo-bankalarda ya da benzeri yerlerde bulundurulmuş materyal ya da veriler gibi tanımlanabilir insan materyali ya da verileri kullanılarak yapılacak tıbbi araştırmalar söz konusu olduğunda hekimler, bunların toplanması, depolanarak saklanması ve/veya yeniden kullanımı için aydınlatılmış onam almalıdır. Bu tür araştırmalar için onam almanın olanaksız ya da gerçekleştirilmesi çok güç olduğu bazı istisnai durumlar olabilir. Böyle durumlarda araştırma, ancak araştırma etik kurulunun konuyu incelemesi ve onayı üzerine yapılabilir. Plasebo Kullanımı 33. Yeni bir tıbbi girişimin yararları, riskleri, yükleri ve etkililiği, aşağıda belirtilen durumlar dışında, kanıtlanmış en iyi yöntemle karşılaştırılarak denenmelidir: Kanıtlanmış bir girişimin bulunmadığı durumlarda, plasebo kullanımı ya da hiç girişimde bulunmama kabul edilebilir; veya 6 kanıtlanmış en iyi yöntemden daha az etkili bir girişimde bulunmanın ya da plasebo kullanmanın ya da hiç girişimde

bulunmamanın, bir girişimin etkililiği veya güvenliğini saptamak için gerekli olduğuna ilişkin ikna edici ve bilimsel açıdan sağlam yöntemsel gerekçeler bulunduğu ve kanıtlanmış en iyi yöntemden daha az etkili girişim uygulanacak ya da plasebo verilecek ya da hiç girişimde bulunulmayacak hastaların, kanıtlanmış en iyi girişimin uygulanmamasına bağlı olarak ek bir ciddi ya da geri-dönüşsüz zarara uğramayacak olmaları halinde. Bu seçeneğin kötüye kullanılmaması için azami dikkat gösterilmelidir. Araştırma Sonrasına İlişkin Hükümler 34. Klinik bir deneme öncesinde; destekleyiciler, araştırmacılar ve ev sahibi ülke hükümetleri, tüm katılımcıların deneme sırasında yararlı olduğu saptanan girişimlere araştırma sonrasında da erişmelerini sağlayacak düzenlemeler yapmalıdır. Bu bilgi katılımcılara, aydınlatılmış onam alma sürecinde açıklanmalıdır. Araştırmaların Kayıt Edilmesi, Bulguların Yayınlanması ve Yaygınlaştırılması 35. İnsanlar üzerinde yapılacak her araştırma, ilk katılımcı araştırmaya alınmadan önce kamuya açık bir veritabanına kaydedilmelidir. 36. Araştırmacıların, yazarların, destekleyicilerin, editörlerin ve yayıncıların tümünün, araştırma sonuçlarının yayınlanmasına ve yaygınlaştırılmasına ilişkin etik yükümlülükleri bulunmaktadır. Araştırmacıların görevi, insanlar üzerinde yaptıkları araştırmaların sonuçlarını kamuoyunca erişilebilir kılmaktır ve bu konudaki raporlarının eksiksizliği ve doğruluğu kendi sorumluluklarındadır. Tüm taraflar araştırma raporunda, etik kurallarını gözetmede genel kabul gören kılavuzlara bağlı kalmalıdır. Olumsuz sonuçlar kadar olumsuzlar ve yetersiz sonuçlar da yayımlanmalı ya da bir başka şekilde kamuoyu bilgisine sunulmalıdır. Yayında, finansman kaynakları, kurumsal bağlantılar ve çıkar çatışmaları da belirtilmelidir. Bu Bildirge’de belirtilen ilkelerle uyumlu olmayan araştırma raporları, yayına kabul edilmemelidir. Klinik Uygulamalarda Kanıtlanmamış Girişimlerin Kullanımı 37. Kanıtlanmış bir girişimin bulunmadığı ya da bilinen diğer girişimlerin etkisiz kaldığı bir hastanın tedavisinde hekim, uzman görüşünü aldıktan sonra, hastanın ya da yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamıyla, yaşam kurtarabileceğini, sağlığı geri getirebileceğini ya da acıları hafifletebileceğini düşündüğü henüz kanıtlanmamış bir girişimi uygulayabilir. Böyle bir girişim daha sonra, güvenliliği ve etkililiği açısından araştırma konusu yapılmalıdır. Her durumda, yeni bilgiler kayda geçirilmeli ve uygun olduğunda kamuoyunun erişimine açık kılınmalıdır.





Eğitimde, bilimde, sanatta çağdaş...

