



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



SPONTAN VE YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ İLE GEBE KALAN KADINLARDA PSİKOSOSYAL SAĞLIK, GEBELİĞE VE ANNELİĞE UYUM

Yüksek Lisans Tezi

Kübra DEMİR

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**İzmir
2022**



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



SPONTAN VE YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ İLE GEBE KALAN KADINLARDA PSİKOSOSYAL SAĞLIK, GEBELİĞE VE ANNELİĞE UYUM

Yüksek Lisans Tezi

Kübra DEMİR

Danışman

Doç. Dr. Sezer ER GÜNERİ

Dr. Öğr. Üyesi Özlem GÜNER

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İZMİR
2022

Tez Değerlendirme Kurulu Üyeleri

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Doç. Dr. Sezer ER GÜNERİ

(Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Özlem GÜNER

(İkinci Danışman)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Duygu GÜLEÇ ŞATIR

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Adeviye AYDIN

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 28/04/2022

Önsöz

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecimin her aşamasında yardımını ve katkısını esirgemeyen, anlayışlı yaklaşımıyla yönlendiren, bilgi birikimiyle tez çalışmamı kolaylaştıran çok değerli hocam Doç.Dr. Sezer ER GÜNERİ ve Dr.Öğr. Üyesi Özlem GÜNER'e,

Değerli tez değerlendirme jürilerim Dr. Öğr. Üyesi Duygu GÜLEÇ ŞATIR ve Dr. Öğr. Üyesi Adeviye AYDIN'a,

Çalışmamı gerçekleştirmem için desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, iş hayatımın ilk gününden itibaren her zaman sabır ve anlayışla yol gösteren, iyi bir eğitim almam ve iyi bir insan olabilmem için bugünüme gelmemde sonsuz emeği olan Batı Anadolu Hastanesi Central Hospital Yönetim Kurulu Başkanı Op.Dr. Özer GÜRBÜZ'e,

Tez sürecimde veri toplarken bana zaman ayıran, sabır ve anlayış gösteren anne adaylarına,

Beni hayatım boyunca yalnız bırakmayan, Yüksek Lisans eğitimim ve tez sürecimde de her zaman beni destekleyen çok değerli annem Gülseren KONUK, babam Levent DEMİR ve kız kardeşim Kader DEMİR'e,

Sadece tez sürecimde değil hayatımın her anında her zaman yanımda olan iyiki var dediğim değerli arkadaşlarım “Dilan MEMİŞOĞLU, Sıdika ATASEVER Şenay YILDIZ ve Esra KILIÇ'a”

Burada ismini geçirememiş olduğum tüm sevdiklerime,

En içten sevgilerimle teşekkürlerimi sunarım.

Özet

Amaç: Bu araştırma; spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda psikososyal sağlık ile gebeliğe ve anneliğe uyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlanan araştırmanın evrenini, Kasım 2021 - Şubat 2022 tarihleri arasında Bayraklı ilçesinde Batı Anadolu Hastanesi Central Hospital'a başvuran spontan gebe kalan kadınlar ile yardımcı üreme tekniği sonrası gebe kalan kadınlar oluşturmuştur. Çalışmaya kuruma gelen ikinci trimestrdaki spontan yolla gebe kalan 111, yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan 68 kadın olmak üzere toplamda 179 gebe katılmıştır. Veriler "Gebe Tanıtım Formu", "Gebelikte Psikososyal Değerlendirme Ölçeği" ve "Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)" nin "Gebeliğin Kabulü" ve "Annelik Rolünün Kabulü" alt ölçekleri kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde Social Package for Statistical Science 20.0 (SPSS 20.0) programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov analizi ile test edilmiş verilerin normal dağılıma uymadığı belirlenmiş ve test yöntemlerinde nonparametrik testler kullanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri için ortanca, minimum ve maksimum değerler ve yüzdelik sayılar kullanılmıştır. Karşılaştırmalara yönelik Ki-kare testi, Fisher ki-kare testi ve Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Sayısal verilerin karşılaştırılmasında Spearman korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05$ düzeyinde kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan spontan gebeliği olan kadınların yaş ortanca değeri 27.00 (18-45) yıl, tedaviyle gebeliği olan kadınların yaş ortanca değeri 30.50 (20-47) yıldır. Spontan ve tedaviyle gebe kalan kadınların yaş, eğitim, meslek, eş eğitim durumu, eş meslek durumu, aile tipi, destek alınan kişiler, alınan desteğin yeterlilik düzeyi dışında sosyo demografik özellikler açısından anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir. Spontan yolla gebe kalan kadınların %67.6'sının, tedaviyle gebe kalan kadınların ise %83,8'inin eşinden destek aldığı belirlenmiştir. Spontan gebe kalan kadınlarda psikososyal sağlığın daha yüksek olduğu belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Spontan ve tedaviyle gebe kalan kadınlarda gebeliğin kabulü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Spontan gebe kalan kadınlarda anneli k rolünün kabulünün daha yüksek olduğu belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

bulunmuştur ($p<0,05$). Spontan ve tedaviyle gebe kalan kadınlarda psikososyal sağlık yükseldikçe gebeliğin ve annelik rolünün kabulünün de arttığı belirlenmiştir. Spontan gebeliği olan kadınların **“Gebeliğin Kabulü”** ile **“Annelik Rolünün Kabulü”** durumları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,733$ $p<0,005$)

Sonuç: Sonuçlarımıza göre; spontan gebe kalan kadınların gebelik ve annelik rolünün kabulünün daha yüksek olduğu, ancak iki grubun da psikososyal sağlıklarının yükseldikçe gebelik ve annelik rolünün kabulünün arttığı belirlenmiştir.



Abstract

Aim: This study was carried out as a descriptive and relation-seeker in order to determine the relationship between psychosocial health and adaptation to pregnancy and maternity levels in women who became pregnant with spontaneous and assisted reproductive techniques.

Method: The population of the study, which was planned as a descriptive and relationship-seeking study, consisted of women who applied to the Central Hospital of Batı Anadolu Hospital in Bayraklı district between November 2021 and February 2022 and became pregnant spontaneously, and women who became pregnant after assisted reproductive technique. A total of 179 pregnant women, 111 of whom became pregnant spontaneously in the second trimester and 68 women who became pregnant by assisted reproductive technique, participated in the study. The data were collected by using the "Pregnant Identification Form", "Psychosocial Assessment Scale in Pregnancy" and "Prenatal Self-Assessment Scale (PCSS)" subscales of Acceptance of Pregnancy and Acceptance of Motherhood Role". Social Package for Statistical Science 20.0 (SPSS 20.0) program was used to evaluate the research data. The suitability of the data for normal distribution was determined by the Kolmogorov Smirnov analysis, and it was determined that the data did not comply with the normal distribution, and nonparametric tests were used in the test methods. Median, minimum and maximum values and percentiles were used for the descriptive statistics of the data. Chi-square test, Fisher chi-square test and Mann Whitney-U test were used for comparisons. Spearman correlation analysis was used to compare numerical data. The significance level was accepted as $\alpha=0.05$.

Results: The median age of women with spontaneous pregnancy who participated in the study was 27.00 (18-45) years, and the median age of women who had pregnancy with treatment was 30.50 (20-47) years. It was determined that there was no significant relationship in terms of age, education, occupation, spousal education status, spouse occupational status, family type, people who received support, and socio-demographic characteristics other than the adequacy level of the support received of women who became pregnant spontaneously and with treatment. It was determined that 67.6% of the women who became pregnant spontaneously and 83.8% of the women who became pregnant with treatment received support from their husbands. It was determined that psychosocial health was higher in women who conceived spontaneously and a

statistically significant difference was found between the groups ($p < 0.05$). It was determined that the adherence to pregnancy was higher in women who conceived spontaneously, but there was no statistically significant difference between the groups ($p > 0.05$). It was determined that the adaptation to motherhood was higher in women who conceived spontaneously and a statistically significant difference was found between the groups ($p < 0.05$). It has been determined that as psychosocial health increases in women who become pregnant spontaneously and with treatment, adaptation to motherhood and pregnancy also increases. It was found that there was a positive high level of significant relationship between "Acceptance of **Pregnancy**" and "Acceptance of **Motherhood Role**" of women with spontaneous pregnancy ($r = 0.733$ $p < 0.005$)

Conclusion: According to our results; It was determined that women who conceived spontaneously had higher adaptation to pregnancy and motherhood, but as the psychosocial health of both groups increased, their adaptation to motherhood and pregnancy increased.

İçindekiler

Önsöz	II
Özet.....	III
Abstract.....	V
İçindekiler	VII
Tablolar Dizini.....	IX
Kısaltma Listesi	X
1.1. Araştırmanın Problemi ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Tanımlar	3
1.5. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
2.Genel Bilgiler	6
2.1. Spontan Gebelik	6
2.2.1. İnfertilite Nedenleri.....	7
2.2.1.1. Kadın İnfertilitesi	7
2.2.1.3. Açıklanamayan İnfertilite	9
2.2.2. İnfertilite Tedavisi	9
2.2.2.1. Yardımcı Üreme Teknikleri.....	10
2.3. Gebelikte Psikolojik Değişiklikler.....	11
2.3.1. Birinci Trimestrda Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler.....	13
2.3.2. İkinci Trimestrda Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler.....	13
2.3.3. Üçüncü Trimestrda Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler.....	14
2.4. Gebelikte Anneliğe Uyum	14
3.1. Araştırmanın Tipi	18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	18
3.3.2. Dışlama Kriterleri	19
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	19
3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	19
3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	19
3.6.1. Gebe Tanıtım Formu (EK-II)	20
3.6.2. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) (EK-III). 20	
3.6.3. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) (EK-IV)	20

3.7. Verilerin Analizi	21
4.2. Spontan ve Tedaviyle Gebe Kalan Kadınların “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği” Alt Boyutları ve “Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği” Ortancaları ile İlgili Bulgular	29
7.Kaynaklar	4211
EK I. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU	4716
EK II. GEBE TANITIM FORMU.....	5019
EK III. GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GPSDÖ)	5221
EK IV. PRENATAL KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (PKDÖ) ...	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.24
EK V. GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İZNİ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.26
EK VI. PRENATAL KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İZNİ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.27
EK VII. ETİK KURUL ONAYI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.28
EK VIII. KURUM İZNİ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.31
EK IX. TEZ ONAYI	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.32
ÖZGEÇMİŞ.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.33

Tablolar Dizini

Tablo 1. Spontan ve Tedaviyle Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular.....	23
Tablo 2. Spontan ve Tedaviyle Gebe Kalan Kadınların Obstetrik Özelliklerine Ait Bulgular.....	26
Tablo 3. Tedaviyle Gebe Kalan Kadınların İnfertilite ve Tedavi Özelliklerine Ait Bulgular.....	28
Tablo 4. Spontan ve Tedaviyle Gebe Kalan Kadınların “ <i>Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ)</i> ” ve “ <i>Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)</i> ” Alt Boyutları Ortanca Değerleri	29
Tablo 5. Spontan ve Tedaviyle Gebe Kalan Kadınların “ <i>Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ)</i> ” ve “ <i>Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)</i> ” Alt Boyutları Ortanca Değerlerinin Karşılaştırılması.....	30
Tablo 6. Spontan ve Tedaviyle Gebe Kalan Kadınların “ <i>Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği</i> ” ve “ <i>Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği</i> ” Alt Boyutları ve Arasındaki Korelasyon Katsayılarının Dağılımı.....	32

Kısaltma Listesi

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
PKDÖ	: Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği
GPSDÖ	: Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
YÜT	: Yardımcı Üreme Teknikleri
IVF	: İn Vitro Fertilizasyon
IUI	: İntrauterin İnseminasyon
ICSI	: İntrastoplazmik Sperm İnjektasyonu
ET	: Embriyo Transferi

1.GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Problemi ve Önemi

Bir kadının yaşamı boyunca belli dönüm noktaları bulunmaktadır. Bunlardan en önemli olanları; menstruasyon başlangıcı, ilk cinsel ilişki deneyimi, ilk gebelik ve menopoza dönemi denilebilir (Bekmezci, 2015). Bu dönemlerden gebelik döneminde bir takım fizyolojik, psikolojik ve ruhsal değişiklikler yaşanmaktadır (Keskin, 2014; David ve Narayan, 2020). Her toplumda olduğu gibi bizim toplumumuzda da çocuk sahibi olmak soyun devamlılığı için çok önemlidir. Evlilik sonrası çiftlerden hemen çocuk sahibi olmaları beklentisine girilebilmektedir (Keskin, 2014). Genel olarak geleneksel toplumlarda doğurganlık kadının aile ve toplumdaki rolü ile doğru orantılıdır. Bu nedenle kadın, çocuk sahibi olamadığında utanç duyar, hayal kırıklığı yaşar ve suçluluk hisseder. Çiftler birbirlerini suçlayabilir ve psikolojik baskı sebebiyle bu durum boşanmaya sebep olabilir. İnfertilite sadece infertil çifti değil, tüm aileyi etkileyebilecek bir kriz dönemidir (Kuş, 2008).

İnfertilite, çocuk sahip olmak isteyen bir çiftin minimum bir yıl herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmaksızın düzenli aralıklarla cinsel ilişkiye rağmen gebelik meydana gelmemesi olarak tanımlanır (Şirin ve Kavlak, 2015). Bilinen veya bilinmeyen bir çok sebepten kaynaklanabilen infertilite, aile yaşamına, sosyal hayata ve psikolojik sağlığa olumsuz etkide bulunarak bir yaşam krizi haline gelebilmektedir (Şirin ve Kavlak, 2015; Kamışlı ve ark., 2021; Dilbaz, 2021; Keskin, 2014). Bu nedenle kadınların psikososyal açıdan değerlendirilmesi gerekmektedir.

Psikososyal sağlık; bir kişinin sosyal çevresine uyum sağlayabilmesi ve bu çevrede sağlığını etkileyebilecek olumsuzlukların olmamasıdır. Kadınların gebelikteki psikososyal sağlıkları yaş, eğitim düzeyi, istenmeyen gebelik, ekonomik durum vb. birçok faktörden etkilenebilmektedir (Özşahin ve ark., 2018).

Gebeliğin her dönemine özel psikolojik olarak uyum süreci yaşanmaktadır. Birinci trimesterde genel olarak gebeliğin varlığına, yeni bir duruma uyum sürecidir ve bu süreçte ambivalan (zıt) duygular-dalgalanmalar yaşanabilmektedir (Keskin, 2014; Kuğu ve Akyüz, 2001). İkinci trimester fetus ile oluşan bağın daha derin ve yakın hissedildiği, daha huzurlu ve rahat olunan, gebelik ve bebek ile ilgili birşeyler öğrenmeye istekliliğin olduğu dönemdir (Keskin, 2014; Kuğu ve Akyüz, 2001). İkinci trimesterde, gebe artık bebeği için endişelenmeye başlar. Vücudundaki fiziksel

değişiklikler gebede olumlu duygular yaratır. Son trimestr yorgunluk veya bitkinlik dönemi olarak bilinmektedir. Fiziksel değişimler ve artan sorumlulukla beraber doğuma hazırlık ihtiyacı başlar. Gebe kendini bu dönemde yorgun hisseder (Keskin, 2014).

Tedavi sonrası gebe kalmak çiftlerin kendilerini daha iyi hissetmesini sağlayabilmektedir. Fakat tedavi sürecinin uzun sürmesi, beklemek ve sarf edilen çabalar sonucu gebe kalındığında bebeğini kaybetme korkusu ve komplikasyonlar açısından endişeler artabilmektedir (Keskin, 2014). Bu uzun bekleyişin ardından gebeliğin oluşmasıyla birlikte annelik ve babalık rolüne alışılması kolay olamayabilmektedir (Koç ve Kızılkaya, 2016).

Gebelik, annelik rolüne uyum sürecinde kişilere toplum tarafından yüklenmiş olan görevlerdendir (Demirbaş, 2013). Gebelikte yaşanan hormonal ve kimyasal değişikliklerle birlikte psikolojik ve duygusal değişimlere her gebe farklı yanıt verebilmektedir (Özkan ve ark., 2020; Türk Delibalta ve ark., 2021). Gebenin uyum sürecinde kendinde gerçekleşen fiziksel değişiklikleri kabullenmesi ve olumlu duygularını bebeğe hissettirmesi anne-bebek bağlanmasındaki ilk adımdır (Kaya, 2020). Gebeliğin 10. haftasından itibaren annenin bebeğin hareketlerini hissetmesiyle bu bağ kurulmaya başlar (Özkan ve ark., 2020).

Tedavi sonrası gebe kalan kadınlar doğum gerçekleşip bebeklerini kucaklarına alana kadar bir çok sorun ile karşı karşıya kalabilmektedir. Bir yandan bebeğin doğması için sabırsız bekleyiş bir yandan bebeğini kaybetme korkusu gibi zıt duygular yaşanabilmektedir. Bu durum gebenin annelik rolü kazanımını geciktirebilmektedir. Tedavi sonrası gebe kalmış bir kadının öncelikle bir bebeğe sahip olacağını kabullenmesi ve inanması zaman alabilir. Tedaviyle gebe kalan kadınlar daha fazla psikolojik sorunlara sahiptir ve bu süreçte psikolojik destek ve danışmanlık önemli rol oynar (Koç ve Kızılkaya, 2016) .

Ülkemizde spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların psikososyal sağlıkları ile gebeliğe ve anneliğe uyum düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan ilişki arayıcı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu görüşler doğrultusunda bu çalışma spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda psikososyal sağlık ile gebeliğe ve anneliğe uyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda psikososyal sağlık ile gebeliğe ve anneliğe uyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

1.3. Tanımlar

Sağlıklı Gebelik: “Fertilizasyondan doğuma kadar yaklaşık 267 günlük bir sürede herhangi bir rahatsızlık veya antenatal komplikasyon olmadan, canlı bir fetüsün doğumuyla sonuçlanan fizyolojik bir olaydır (Arslan, 2010).”

Yardımcı Üreme Teknikleri: “Spontan olarak gebelik elde edemeyen çiftlerin, gebelik elde edebilmeleri için yapılan tüm işlemleri içeren ileri tekniklerdir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013).”

Prenatal Dönem: “Gebelik başlangıcından doğuma kadar bebeğin uterus içinde gelişip olgunlaştığı, kadın vücudunda bir takım fizyolojik ve psikolojik değişimlerin görüldüğü bir dönemdir (Atasever ve Çelik, 2018; Usta ve Balıkcı, 2012).”

Psikososyal Sağlık: “Travma, zorlu yaşam olayları ya da risk faktörleri altında etkili bir baş etme gösterme, çevre ile uyum halinde olma ve kişinin kendini geliştirebilmesi olarak tanımlanabilir (Derman, 2020).”

Uyum: “Bireyin kendisi ve çevresi ile iyi ilişkiler kurabilme ve bu ilişkileri geliştirebilme ve sürdürebilme yeteneğidir (Paşalak,2016).”

1.4. Araştırmanın Soruları

- 1) Spontan gebe kalan kadınların psikososyal sağlık düzeyleri nasıldır?
- 2) Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların psikososyal sağlık düzeyleri nasıldır?
- 3) Spontan gebe kalan kadınların anneliğe uyum düzeyleri nasıldır?
- 4) Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların anneliğe uyum düzeyleri nasıldır?
- 5) Spontan gebe kalan kadınların gebeliğe uyum düzeyleri nasıldır?
- 6) Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların gebeliğe uyum düzeyleri nasıldır?

- 7) Spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların psikososyal sağlık düzeyleri arasında fark var mıdır?
- 8) Spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların anneliğe uyum düzeyleri arasında fark var mıdır?
- 9) Spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların psikososyal sağlık ve anneliğe uyum düzeyleri arasında ilişki var mıdır? Varsa nasıl bir ilişkidir?

1.5. Araştırmanın Hipotezleri

Bu çalışmanın hipotezleri:

1. **H₀:** Spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların psikososyal sağlıkları arasında fark yoktur.

H₁: Spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların psikososyal sağlıkları arasında fark vardır.

2. **H₀:** Spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların gebeliğe uyumları arasında fark yoktur.

H₁: Spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların gebeliğe uyumları arasında fark vardır.

3. **H₀:** Spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların anneliğe uyumları arasında fark yoktur.

H₁: Spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların anneliğe uyumları arasında fark vardır.

4. **H₀:** Spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların psikososyal sağlıkları ile gebeliğe ve anneliğe uyumları arasında anlamlı ilişki yoktur.

H₁: Spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların psikososyal sağlıkları ile gebeliğe ve anneliğe uyumları arasında anlamlı ilişki vardır.

1.6. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmanın örnek ölçütleri ve büyüklüğü, veri toplama yöntemi, analiz yöntemleri, kullanılacak araç ve gereçlerin, araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek kapasitede olduğu düşünülmektedir.

1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Özel Batı Anadolu Hastanesi Central Hospital'a başvuran ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde araştırmaya katılmayı kabul edip belirlenen tarihlerde hastane polikliniğine başvuran gebeleri kapsamaktadır. Araştırma tek kurumda yapıldığı için sonuçlar tüm gebeler için genellenemez.

- Çalışmanın maliyeti araştırmacıya aittir.
- Bu çalışma ilişki arayıcı bir çalışma olup nedenselliğe yönelik bilgi vermemektedir.



2.Genel Bilgiler

2.1. Spontan Gebelik

Neslin sürdürülebilirliği, aile bağlarının oluşması, kültürün nesilden nesile aktarılması açısından gebelik ve anne olmak kadın yaşamında çok önemli bir yere sahiptir (Keskin, 2014; Demirbaş, 2013). Gebelik süreci toplamda 40 hafta veya 280 gün sürer ve bu süre son menstruasyonun ilk gününden hesaplanır (Bekmezci, 2015; Demirbaş, 2013). Doğurganlık özellikle eğitimin ve çalışma koşullarının daha az geliştiği ülkelerde çok önemli bir yere sahiptir. Kadının toplumsal statüsünü belirleyen en önemli etmenlerden biri olmasıyla birlikte kadınlık kimliğine ayrı bir nitelik katmaktadır (Özdemir, 2016; Keskin, 2014).

Gebelik dönemi hem anne hem de bebekte fizyolojik veya psikolojik bir çok değişikliğin birlikte görüldüğü bir süreçtir (Davis ve Narayan, 2020; Çağlayan, 2019). Gebeliğin ilk trimestrı yorgunluk hissi, uyuma hissi, ambivalan (zıt) duyguların yaşandığı, ikinci trimestrda uyum, kabullenmenin, kendisi ve bebeğiyle ilgili öğrenme isteğinde artış süreçlerinin yaşandığı, üçüncü trimestr ise doğuma hazırlanma, kendisi ve eşi için doğum korkusu, bebeğini kaybetme korkusu gibi duyguların yaşandığı dönemdir (Şirin ve Kavlak, 2015; Çağlayan, 2019). Bu açıdan bakıldığında aslında gelişimsel bir kriz veya kritik bir dönem olan gebelik sürecinde, çiftin doğum ve postpartum döneme sağlıklı bir şekilde hazırlanması, gebelikte yaşanan değişikliklere uyumun sağlayabilmeleri çok önemlidir (Bekmezci, 2015; Davis ve Narayan,2020).

2.2.İnfertilite

İnfertilite, çocuk sahip olmak isteyen bir çiftin minimum bir yıl herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmaksızın düzenli olarak cinsel ilişkiye rağmen gebelik meydana gelmemesidir (Şirin ve Kavlak, 2015). Çocuk sahibi olmak isteyen çiftte daha önce hiç gebelik meydana gelmemesi primer infertilite, daha önce canlı doğum olsun veya olmasın en az bir defa gebelik oluşması ve sonrasında 12 ay boyunca korunmasız ilişkiye rağmen gebelik meydana gelmemesi sekonder infertilite olarak tanımlanmaktadır (Şirin ve Kavlak, 2015; Çavuşoğlu, 2015). Kadın veya erkek üreme sisteminde olan herhangi bir anormallik infertiliteye sebep olabilir. İnfertilitenin dışında etkileyen stres, beslenme, mesleki riskler, yaşam tarzı, sigara-alkol tüketimi vb. bir çok etmen bulunmaktadır. İnfertilite, kadın veya erkeğe bağlı sebeplerle

olabileceği gibi hem kadın hem erkeğe de bağlı sebeplerle de olabilmektedir (Dilbaz, 2021).

Dünyada 70 milyondan fazla kişi infertilite ile karşı karşıya kalmaktadır. İnertilitenin tedavi edilebilmesi için yardımcı üreme teknikleri kullanılmaktadır (Ombelet ve ark., 2008). Gelişmiş ülkelerde ileri teknoloji infertilite tanı ve tedavi yöntemleri kullanılarak infertilitenin tedavisi mümkün kılınırken, gelişmekte olan ülkelerde ya ileri teknoloji tedavi yöntemleri bulunmamakta ya da çok maliyetli olmaktadır (Ombelet ve ark., 2008; Kamışlı ve ark., 2021).

2.2.1. İnertilite Nedenleri

Bilinen ve bilinmeyen birçok sebep döllenebilme veya dölleyebilme yeteneği üzerinde etkili olmaktadır (Şirin ve Kavlak, 2015). Kadının yaşı, erkeğin yaşı, zamanlama ve koitus sıklığı fertilitiyi etkileyen temel faktörlerdendir. Kadında ve erkekte 24-25'li yaşlar, fertilitenin en yüksek olduğu yaşlardır. Kadında 30 ve erkekte 40 yaştan sonra fertilitite hızı düşmektedir. Fakat erkeğin üreme yaşı, kadına göre daha ileri yaşlara kadar sürmektedir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). İnertilite %35 kadın, %30 erkek, %20 her iki cinsiyet ve %10'da açıklanamayan sebeplerden kaynaklanmaktadır (Şirin ve Kavlak, 2015).

2.2.1.1. Kadın İnertilitesi

İnfertilite nedeniyle başvuru yapan bir kadının anamnezinde, cinsel yaşam ve sıklığı, menstruasyon öyküsü, kullandığı doğum kontrol yöntemleri, daha önceki gebelikleri ve nasıl sonuçlandığı, alkol-tütün kullanımı, enfeksiyonlar ve üreme sistemiyle ilgili geçirmiş olduğu ameliyatlar sorgulanmalıdır (Dilbaz, 2021). Bu değerlendirmeler sonucunda infertilitenin nedenleri belirlenmelidir. Kadında infertiliteye sebep olabilecek nedenler şu şekilde sıralanabilir:

- Vulva ve vajene ait nedenler
- Servikse ait nedenler
- Uterusa ait nedenler
- Tubalara ait nedenler
- Over ve hipotalamo-hipofize ait nedenler
- Metabolik hastalıklar ve diğer nedenlere bağlı infertilite

• **Vulva ve vajene ait nedenler:** Vulvada veya vajendeki herhangi bir anatomik bozukluk, cinsel ilişkiyi önlemektedir. İmperfore hymen, vajende enine veya boyuna septum varlığı, kısmi ya da tam vajen yokluğu bu anatomik bozuklukların başında gelmektedir (Şirin ve Kavlak, 2015).

• **Servikse ait nedenler:** Servikal etkenler, infertilite vakalarının %3.1'inden sorumludur (Saadat, 2017). Servikte anatomik bir bozukluk ve serviksten salgılanan mukusta meydana gelen her türlü bozukluğun sonucunda infertilite görülmektedir (Şirin ve Kavlak, 2015). Ejekülasyondan sonra spermeler hızlı bir şekilde mukus içine girer, karbonhidrat yönünden zengin olan mukus spermelerin hayatta kalabilmelerine olanak sağlar. Ovulasyona yakın zamanda artmış olan mukusun enflamatuar değişikliklerden etkilendiği durumlarda yapısı spermelerin geçişini etkileyerek infertilite sebebi olabilmektedir (Çavuşoğlu, 2015).

• **Uterusa ait nedenler:** Uterus anomalileri embriyo implantasyonu, fetal büyüme ve gelişme yönünden önemlidir. Uterus korpusuna bağlı infertilite sebepleri kesin ve sürekli değildir. Fakat genellikle düşüğe sebep olurlar (Şirin ve Kavlak, 2015; Saadat, 2017). Sekonder infertiliteye sebep olan uterin faktörlerin başında ise; servikal dilatasyon, intrauterin araç, geçirilmiş endometrit, geçirilmiş uterin cerrahi sebebiyle oluşan yapışıklıklar veya obstrüksiyon gelmektedir (Hazine,2020).

• **Tubalara ait nedenler:** Tubaların kapanmış veya hasar görmesi sonucu normal fonksiyonlarını gösterememesine bağlı oluşan infertilite tubal faktör olarak adlandırılmaktadır (Çavuşoğlu, 2015). Tuba enfeksiyonu, polipler, distrofiler ve endometriozis tubalardan kaynaklı infertilite nedenleridir. İnfertilite nedenlerinin büyük kısmını tubal nedenler oluşturur (Şirin ve Kavlak, 2015).

• **Over ve hipotalamo-hipofize ait nedenleri:** Overler bağımsız çalışan organlar değildir ve yukarı merkezler tarafından kontrol edilerek fonksiyon gösterirler. Bu durumda overlerde oluşan bir patoloji, infertiliteye sebep olabileceği gibi, overlerin kontrolü altında olduğu üst merkezlerde oluşan herhangi bir patoloji de infertiliteye sebep olabilmektedir. Ovaryal endometriozis, polikistik over sendromu, over tümörleri, over hipoplazisi, sheehan sendromu gibi hastalıklar bu gruptaki infertilite nedenleridir (Şirin ve Kavlak, 2015).

• **Metabolik hastalıklar ve diğer nedenlere bağlı infertilite:** Karaciğer sirozu, tiroid hastalıkları, surrenal hastalıklar, kronik nefrit, diyabet, gibi hastalıklar infertiliteye

sebepe olabilir. Aynı zamanda ağır beslenme bozuklukları, zayıflama kürleri, keyif verici ilaçlar, depresyon, ağır ruhsal stresler de infertilite sebepleri arasında sayılabilir (Şirin ve Kavlak, 2015).

2.2.1.2. Erkek İnfertilitesi

Erkek fertilitesi, daha çok spermin yoğunluğu ve kalitesiyle ilgilidir (Dilbaz, 2021). İnfertilite ile başvuran çiftlerde erkek faktörünü göz ardı edebilmek için öncelikle ayrıntılı bir anamnez, fizik muayene ve semen analizi testi yapılmalıdır (Mert, 2020). Erkek infertilitesi; genital enfeksiyonlardan, varikosel, hormon bozukluklarından, konjenital ya da ürogenital bozukluklardan, immunolojik faktörlerden ve genetik hastalıklardan kaynaklanabilmektedir. İnfertilite görülen olguların %60-75'inde herhangi sorumlu bir faktör bulunmamaktadır (idiyopatik erkek infertilitesi) (Şirin ve Kavlak, 2020).

2.2.1.3. Açıklanamayan İnfertilite

Açıklanamayan infertilite, infertilite şikayeti ile başvuran bir çifte, ovulasyon, sperm analizi ve bilateral tubal açıklığın değerlendirildiği standart testlerin yapılması ve infertilite sebeplerinin araştırılması sonucu herhangi bir neden bulunamamasıdır (Dilbaz, 2021). Bir çifte açıklanamayan infertilite tanısını koymak için, kadın nedenlerine ve erkek nedenlerine bağlı infertilitenin olmadığı gösterilmelidir (yeterli ovum sayısı, normal uterus vb.) (Görmez, 2020). Açıklanamayan infertilite tanısı kriterlere bağlı ve infertil bir toplumda değişken olarak %10-30 oranlarında görülmektedir. Açıklanamayan infertiliteye rastlanan vakaların geneli, herbiri tek başına önemli ölçüde fertilitiyi azaltmayan, birden çok etkenin varlığından kaynaklanmaktadır ancak bu etkenler birleştiklerinde fertilitiyi düşürebilmektedir (Mert, 2020).

2.2.2. İnfertilite Tedavisi

İnfertilite tedavisi infertilitenin nedenine yönelik planlanır (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013). İnfertiliteye sebep olan belli bir faktör varsa ortadan kaldırılarak tedavi yapılır (Taşkın, 2005). Tedaviye başlamadan önce infertiliteye sebep olan faktörleri anlamak uzun zaman alabilir. Bazen infertiliteye sebep olan birden fazla faktör olabilir ve bu durumlarda tedavi daha zorlaşır.

Örneğin; eğer kadında ovulasyon ile ilgili bir problem varsa ilaç tedavisine başlanır veya kadının tüplerinde tıkanıklık varsa tüpleri açmak için işlem uygulanır. Bu sayede, sorun ortadan kaldırılarak kadının spontan olarak gebe kalması sağlanmaya çalışılır. Ancak tüm çabalara rağmen spontan olarak gebelik oluşmıyorsa yardımcı üreme tekniklerine başvurulur. İnfertilite problemi yaşayan çiftlerin %85-%90'ında infertiliteye neden olan faktör ortadan kaldırılarak çiftin çocuk sahibi olması sağlanır. Geriye kalan %10-%15'inde ise farklı yardımcı üreme teknikleri kullanılır (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013).

2.2.2.1. Yardımcı Üreme Teknikleri

Spontan olarak gebeliğin oluşmadığı çiftlerde, gebeliğin elde edilebilmesi için overlerden oosit alımı ile başlayan ve bunu takiben yapılan işlemleri içeren ileri tekniklere yardımcı üreme teknikleri denir (Kırca ve Pasinlioğlu, 2013; Durgun ve Duman, 2018). Yardımcı üreme teknikleri ile ilgili teknolojinin gelişmesiyle birlikte infertilite tedavisinde önemli gelişmeler sağlanmaya başlamıştır (Er, 2019). Aynı zamanda yardımcı üreme tekniklerindeki bu gelişme ve daha fazla infertil çift tarafından tercih edilmesi ve yaygınlaşması, bu çiftlerin çocuk sahibi olabilmeleri için bir imkan sağlamıştır (Keskin, 2014).

Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların çoğunda tekil gebelik oluşsa dahi, spontan gebe kalan kadınlara göre birden fazla embriyo transferi sağlanabileceğinden, çoğul gebe kalma olasılıkları daha fazladır. Çoğul gebelik; komplikasyonlar, prematüre bebek (<2500 gr), erken doğum (< 37 hafta) gibi anne ve bebeği etkileyebilecek önemli riskler oluşturabilmektedir (Kissin ve ark., 2020).

Yardımcı üreme tekniklerinin uygulanması birden fazla adımdan oluşan bir döngüden meydana gelir. Bu adımlardan birinin yanlış uygulanması sonucu gebelik oluşmayabilir. Bu durum göz önünde bulundurularak her adım iyi bir şekilde planlanmalı ve kanıtlarla desteklenmelidir. En sık kullanılan yardımcı üreme teknikleri; in vitro fertilizasyon, embriyo transferi, intrauterin inseminasyon, intrastoplazmik sperm enjeksiyonudur (Er, 2019).

İntrauterin İnseminasyon (IUI)

Yardımcı üreme tekniklerinden biri olan intrauterin inseminasyon (IUI), infertilite tedavisinde sıklıkla tercih edilen yöntemlerden biridir (Duran ve ark., 2002). IUI, bir

kadının ovulasyon zamanı geldiğinde, laboratuvar ortamında hazırlanmış olan spermin ince bir kanül ile uterusu enjekte edilmesidir (Er, 2019). İki tip inseminasyon yöntemi bulunmaktadır. Bunlardan ilki intraservikal inseminasyon (ICI), ikincisi intrauterin inseminasyon (IUI)'dur (Keskin, 2014). Spermin hiçbir işlem görmeden kanül ile servikal kaviteye bırakılmasına intraservikal inseminasyon, laboratuvarda yıkanan spermlerin kanül ile uterin kaviteye bırakılmasına intrauterin inseminasyon denir (Er, 2019; Keskin, 2014). Maliyeti düşük bir yöntemdir (Duran ve ark., 2002).

In Vitro Fertilizasyon (IVF) ve Embriyo Transferi (ET)

Bu yöntemde; vajinal yoldan veya laparoskopik olarak ultrason yardımıyla yönlendirilen bir iğne ile olgunlaşmış oosit, overlerden aspire edilir. Erkekten alınmış olan spermlerle birlikte laboratuvarda 2-3 gün süre ile doku kültürüne bırakılır. Fertilizasyon gerçekleşikten sonra ovum morula safhasındayken embriyo, transservikal bir katater yardımı ile endometriuma yerleştirilir. Embriyo transferi çok ağrılı olmamakla birlikte yaklaşık 20-30 dk içerisinde gerçekleşmektedir. IVF, maliyeti yüksek bir yöntemdir (Şirin ve Kavlak, 2015; Keskin, 2014).

İntrastoplazmik Sperm İnjesiyonu (ICSI)

Bu yöntem Palermo tarafından 1992 yılında erkek infertilitesine yönelik bulunmuştur ve devrim yaratmıştır (Saadat, 2017). İntrastoplazmik sperm injeksiyonu, in vitro fertilizasyona oranla %70'e varan başarı oranlarıyla erkek infertilitesi etiyolojinde başarı sağlamıştır (Abbas ve ark., 2020).

Transvajinal ultrasonla yönlendirilen bir iğne ile olgunlaşmış olan oositlerden en sağlıklıları aspire edilerek alınır (Şirin ve Kavlak, 2021). Mikromanipülatör aleti ile hazırlanan en iyi kalitedeki sperm ovum içerisine enjekte edildikten 18-20 saat sonunda fertilizasyon değerlendirilir. Fertilizasyon olduktan sonra, ovum morula safasındayken katater ile endometriuma yerleştirilir (Şirin ve Kavlak, 2015; Keskin, 2014). Bu yöntem sayesinde en az sperm sayılarında bile fertilizasyon imkanı oluşmaktadır (Keskin, 2014).

2.3. Gebelikte Psikolojik Değişiklikler

Dünya geneline bakıldığında gebelik süreci, anne ve bebek sağlığı için kritik bir dönemdir (Choi ve ark., 2019). Gebelik döneminde psikososyal sağlığın bozulması hem anne hem de bebek için olumsuz sonuçlar (sigara içme, sağlıksız beslenme, erken

doğum, düşük ağırlıklı doğum vb.) doğurabilir (Eick ve ark., 2020). Gebelik tanısı konulan kadınların gebeliğe verdikleri ilk tepki (çok mutlu olması/üzülmesi gibi), kişiden kişiye değişebilen ve bu tepkiyi etkileyebilecek bazı faktörler nedeniyle farklılık gösterir (Şirin ve Kavlak, 2015). Bu faktörler; kişinin kendi bireysel deneyimleri, hayata bakış açısı, kültür farklılıkları veya kültür seviyesi, daha önceki gebelik deneyimi, çocuk sayısı, sosyo-ekonomik durum, diğer aile fertlerinin gebeliğe bakış açısı, ailedeki mutluluk seviyesi, istismar, çocukluk çağında yaşamış olduğu sıkıntılar, aileden görülmüş kötü muamele, doğum (fiziksel/psikolojik) korkusu, ölüm korkusu, gebeliğin planlı/planlanmamış istenmeyen gebelik, eğitim seviyesi, kadının geçmişteki ruhsal bir rahatsızlığının olması ve cinsel yolla bulaşan hastalığının olmasıdır (Şirin ve Kavlak,2015; Davis ve Narayan, 2020; Kuğu ve Akyüz, 2001; Özşahin ve ark., 2018; Choi ve ark., 2019).

Gebelik dönemi boyunca psikososyal sağlığın iyi olması hem anne hem de bebek sağlığı için çok önemlidir. Gebelikte psikolojinin iyi olmaması ve bu durumun postpartum dönemde de devam etmesi, doğan bebeğin daha sonraki yaşamında olumsuz etkiler (anne-bebek bağlanmasında yaşanabilecek sorunlar, davranış bozuklukları gibi) yaratma riskini de artıracaktır (Özşahin ve ark., 2018; Harron ve ark., 2021). Ayrıca psikososyal sağlığın bozulması doğum sürecini de olumsuz etkileyebilmektedir. Kadının doğum korkusunu çok fazla yaşaması, doğum esnasında kontraksiyonların şiddetinin artmasına, kontraksiyonların etkisiz olmasına ve bu nedenle doğumun uzamasına sebep olabilir (Körükçü ve ark., 2017). Ayrıca psikososyal sağlığın bozulması morbidite ve mortalite hızını da artırmaktadır. Gebelikte psikososyal sağlığın üzerinde önemle durulması ve erken tanı-tedavisinin sağlanması gerekmektedir. Gebelik sırasında sosyal destek bu konuda önemli rol oynamaktadır. Sosyal destek kadının stresinin azalmasına yardımcı olur, doğum ve sonrasındaki süreçte olumlu etkiler yaratır. Gebenin bu süreçte en çok ihtiyacı olan kişiler ailesidir. Gebelik süresince kadının ailesinden ve sosyal çevresinden göreceği ilgi, sevgi, anlayış ve bakım, gebeliğinin daha sağlıklı geçmesine katkı sağlayacaktır (Uçar, 2014; Özşahin ve ark., 2018; Harron ve ark., 2021).

Bu durumda gebelik sürecinde ilk üç trimestrda meydana gelen psikolojik değişikliklerin farkına varılması çeşitli önlemler açısından gereklidir.

2.3.1. Birinci Trimestrda Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler

Birinci trimestr, gebeliğin ilk üç ayını kapsayan süreçtir. Gebeliğin başlangıcı ve vücudun gebeliğe uyum sağlama dönemi de denilebilir (Uçar, 2014). Bu dönemde gebeliği kabullenmiş ve güven duygusu oluşmuş kadınlar uyum sürecini rahat geçirebilmektedir. Bu dönemde gebenin eşiyle arasındaki ilişki, eşinin gebeliği istediğinden emin olması da gebeliği kabullenmesini ve uyum sürecini etkilemektedir (Uçar, 2014; Taşkın, 2005).

Birinci trimestrda en sık yaşanan psikolojik değişiklikler şu şekildedir:

- Özellikle ilk haftalarda gebe olup olmadığından emin olamamaya bağlı belirsizlik vardır. Kadın, gebelik belirtilerini kendi vücudunda takip edebilir. Gebeliğin istenmesine bağlı olarak kadın belirtileri doğrulamak açısından istekli veya üzgün olabilir (Uçar, 2014).
- Duygusal tepki olarak içe kapanma, pasif kalma, stres, korku, yorgunluk ve uyku hali yaşayabilir (Şirin ve Kavlak, 2015; Keskin, 2014).
- Ambivalan (zıt) duygular: Genellikle oluşan gebeliklerin istenilmemesinden kaynaklanır fakat planlı gebelik olsa dahi, ilk zamanlarda bu duygular yaşanabilir (Bekmezci, 2015).
- ‘Primer Odak Olarak Benlik’ duygusu kadının sürekli kendisiyle ilgilenmesi anlamına gelir. Bu süreçte gebedeki hormonal ve fiziksel değişiklikler duygusal halinde dalgalanmalara sebebiyet verebilir. Gebenin ailesi bu duruma hazırlıklı olmalıdır (Uçar, 2014; Bekmezci, 2015).

2.3.2. İkinci Trimestrda Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler

İkinci trimestrda anne ve bebeğin vücutları birbirine uyum sağlamış ve çoğu kadın gebeliği kabullenmiştir. Denge dönemi olarak da adlandırılmaktadır (Şirin ve Kavlak, 2015; Uçar, 2014). Gebeliğin kabullenilmesini sağlayan faktörlerden biri bebeği dışarıdan palpe edilerek ve bebeğin hareketi esnasında hissedebilmesidir. Bu durum prenatal bağlanmanın artmasını da sağlamaktadır (Bekmezci, 2015). Bu dönemde gebe daha çok merak içindedir. Gebeliği ve kendisi ile ilgili yeni bilgiler öğrenmeye isteklidir (Şirin ve Kavlak, 2015). İkinci trimestrda, gebe kendisi için değil, bebeği için endişelenir. Yaşanılan fiziksel değişimler olumlu duygular yaratır. Karnın genişlemesi, bel kalınlığının artması, memelerdeki büyüme gibi değişimler gebe ve eşinde

bebeklerinin büyümesi hissi ile gurur duygusu meydana getirir (Uçar, 2014; Keskin, 2014; Bekmezci, 2015).

2.3.3. Üçüncü Trimestrde Meydana Gelen Psikolojik Değişiklikler

Gebeliğin son dönemi olan üçüncü trimestr yorgunluk ve bitkinlik dönemi olarak adlandırılabilir. Fiziksel değişimlerin (uterus hacminin artması, bebeğin daha da büyümesi, varisler gibi.) ve artan sorumluluğun etkisiyle doğuma hazırlık ihtiyacı başlar. Beden imajı tamamen değişmiştir. Kendini yorgun hisseder. Vücuduna uyum sağlamakta zorluk çekebilir ve daha çabuk yorulur (Uçar, 2014; Keskin, 2014; Bekmezci, 2015).

Üçüncü trimestrde kadınlar daha duyarlı bir hale gelir ve bebeğini kaybetmekten veya ona zarar gelmesinden korkarlar, çok dikkatli davranırlar (Uçar, 2014; Bekmezci, 2015). Özellikle ilk gebeliğini yaşayan kadınlar bu dönemde doğum ağrıları ve doğumun nasıl olacağına dair endişeleri giderek yoğunlaşır. Bunun yanı sıra postpartum dönemde annelik rolünü nasıl yerine getirebileceği ile ilgili de endişeleri vardır (Uçar, 2014; Keskin, 2014).

2.4. Gebelikte Anneliğe Uyum

Gebelik ve doğum fizyolojik bir dönem olmasına karşın kadınlarda stres yaratabilen bir olaydır (Uçar, 2014; Türk Delibalta ve ark., 2021). Fiziksel değişimlerin yaşanmasının yanı sıra hormonal (östrojen, prolaktin, progesteron gibi) ve kimyasal değişikliklerin de yaşanmasıyla birlikte psikolojik ve duygusal değişimler de yaşanabilmektedir. Her gebe yaşanan bu değişikliklere farklı yanıtlar verebilmektedir (Özkan ve ark., 2021; Zengin, 2019; Türk Delibalta ve ark., 2021). Gebe ve her aile bireyi gebelik sürecindeki psikolojik ve sosyal değişiklikleri yaşamaktadır. Gebeliğe ve bebeğe karşı sorumluluklar ve yeni rollerin olması sebebiyle ailedeki tüm bireyler bir uyum süreci yaşamaktadır. Bu süreçte gebenin psikososyal sağlığının iyi olmasıyla birlikte uyum sürecini rahat geçirmesi, bebek açısından oluşabilecek komplikasyonları azaltarak uyum sürecini olumlu yönde etkilemektedir (Türk Delibalta ve ark., 2021).

Gebenin bu süreçte gerçekleşen fiziksel değişiklikleri kabul etmesi ve olumlu duygularını bebeğe hissettirmesi anne-bebek bağlanmasındaki ilk adımdır. Gebelik süresince annenin yaşamış olduğu duyguları bebek hissetmekte ve buna karşı tepkiler vermektedir (Kaya, 2020). Gebeliğin 10. haftasından itibaren annenin bebeğin hareketlerini hissetmesiyle bu bağ kurulmaya başlar (Özkan ve ark., 2020). Gebelik

sürecinde anne ve bebek arasında oluşan bu bağ doğum sonrası dönemde anne bebek ilişkisini, bebeğin gelişim süresini ve günlük etkileşimleri olumlu etkilemektedir (Çağlayan, 2015).

Gebenin annelik rolünü kazanma sürecinde, rutin kontrollerine gitmeme, sağlıksız beslenme, alkol ve sigara tüketimi, bebeğin cinsiyetine önem verme, planlanmayan gebelik, kötü doğum tecrübesi, anksiyete, sosyal destek, gibi anne bebek bağlanmasını etkileyecek risk faktörleri vardır (Çağlayan, 2015; Kaya, 2020). Gebelik sürecinde anne ve bebek arasında oluşan bağ, doğum sonrasında anne ve bebeğin ilişkisine yön vermektedir. Annenin bebeğini merak etmesini, sevgi ve ilgi göstermesini sağlamaktadır. Bağlanma ile anne postpartum süreçte bebeğini emzirmeye daha istekli olur ve bebeğin tüm bakımını istekli olarak kendisi üstlenir (Kaya, 2020). Doğum sonrasında, annenin gebelik sürecinde yaşamış olduğu tüm değişiklikleri kabul edip, bebeğini kabullenmesi ve tüm bakımını yerine getirmek istemesi beklenmektedir (Zengin, 2019). Gebelik döneminde anneliğe uyum ve bağlanma; aile içindeki bağ artırma, postpartum depresyon riskini azaltma ve pozitif ruh hali sağlama, kendini savunmasız hissetmeme ve özgüveni artırmaya sebep olarak anneye yarar sağlamaktadır. Gebeliğin başlangıcından doğuma kadar olan bu süreçte annenin periyodik kontrollerine gitmesi, antenatal eğitim alması annenin ve bebeğin sağlığı açısından önemlidir. Bu sayede annenin zararlı alışkanlıkları varsa düzeltilebilir, süreç ile ilgili yeni bilgiler öğrenir ve yeni sorumluluklara hazırlanabilir (Türk Delibalta ve ark., 2021).

2.5. Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınlarda Psikolojik Değişiklikler ve Anneliğe Uyum

İnfertilite tedavisi boyunca infertilitenin fiziksel özelliklerine daha fazla odaklanılmakta, duygusal tepkiler arka plana atılmakta ve tedavi uygulanmamaktadır. İnfertilite, yaşamı tehdit eden bir problem değildir ancak kişiyi, aileyi ve toplumu etkileyen psikososyal bir problemdir. İnfertilitenin sebebi erkek olsa dahi karışık tedavilere ve yapılan farklı işlemlere maruz kalan kadınlardır. Özellikle geleneksel toplumlarda kadın bu durumdan daha fazla etkilenebilir ve utanç duyabilir. Kadınlarda doğurganlığın baskısı erkeklere göre daha fazla yaşanır. İnfertilite tedavisi sonucu gebe kalan birçok çiftin duygusal iyilik halinde iyileşme görülebilir ancak bu sorunu yaşayan kadınların çoğunda gebelik oluştuktan sonra daha mutlu hissedememe ve

infertil olduğunu öğrendiğinde yaşadığı utanç ile öfke duygusunda güçlenme olabilir (Keskin, 2014).

İnfertil olan kadınlar, tedavi sonucu istenen gebelik gerçekleşmesine rağmen doğum gerçekleşip bebeklerini kucaklarına alana kadar psikolojik ve fiziksel bir çok sorunla karşı karşıya kalır. Uzun bir infertilite tedavisi sonucu gebeliğin oluşumu, ebevenyliğe uyum ve psikolojik açıdan kimliğin değerlendirilip duyguların şekillenmesini içeren bir süreci beraberinde getirir. Bir yandan bebeğinin doğmasını sabırsızlıkla bekleyen ancak bir yandan da gebeliğinin sonlanmasından endişe eden bir anne vardır. Uzun ve karmaşık bir tedavi sonrası gebe kalan kadınların spontan gebeler gibi hissetmeleri çok zor bir durumdur. İnfertilite tedavisi sonucu gebe kalmış bir kadının öncelikle bir bebeğe sahip olacağını kabullenmesi ve inanması zaman alabilir. Bu gebelerde duruma inanabilmek için tekrar eden gebelik testi, ultrason ve kontrol süreci başlar. Bu süreci kabullenme kişiden kişiye farklılık gösterebilir (Keskin, 2014; Koç ve Kızılkaya, 2016).

İnfertilite sonrası gebe kalan çiftlerin sağlık çalışanları tarafından depresyon açısından iyi izlenmeleri önemlidir. Çünkü tedavi sonucu gebe kalan kadınlarda uzun bir bekleyiş sonucu gebeliğin oluşması, kadının yorgun düşmesine sebep olabilir ve bu da depresyona yol açabilir (Koç ve Kızılkaya, 2016). Ayrıca tedaviyle gebe kalan kadınlarda stres ve anksiyeteye doğal yoldan gebe kalan kadınlara göre daha fazla oranda rastlanır. Tedaviyle gebe kalan kadınlar bebeğinin hayatta kalmasına yönelik ve doğum sırasında bir aksilik yaşanacağına dair daha fazla endişe duyar (Hammarberg ve ark., 2008). Tedaviyle gebe kalan kadınlar daha fazla psikolojik sorunlara sahiptir ve bu süreçte psikolojik destek ve danışmanlık önemli rol oynar (Koç ve Kızılkaya, 2016) .

2.6. Hemşirelik Yaklaşımı

Gebelik süresi boyunca gebelere verilen prenatal bakımda, gebenin ve bebeğinin sağlığını korumak, gelişimini sürdürmek, yanlış alışkanlıkları düzeltmek, doğruları güçlendirmek, yeni bilgiler öğrenilmesini sağlamak, gebelikte oluşabilecek sorunları önlemek ve gebeyi postpartum döneme hazırlamak amaçlanmaktadır. Bu süreçte hemşirelerin rolü büyüktür. Fakat yapılan gebelik izlemlerinde gebelerin daha çok fizyolojik ve biyolojik değişimleri üzerinde durulmaktadır. Oysa ki prenatal bakımda yer alan hemşire ve ebeler, fiziksel ve psikososyal sağlığın bir arada değerlendirilmesi

gerektiğini unutmamalıdır. Bu sebeple hemşire gebeyi çevresiyle bir bütün olarak, kültürel değerleri ve sosyoekonomik durumu ile birlikte güven ilişkisi içerisinde değerlendirip bilgi vermeli, destek sağlamalı ve danışmanlık yapmalıdır (Keskin, 2014). İnfertilite tedavisi sonrası gebe kalmış kadınlarda bu süreç daha zordur ve hemşire bu süreçte ebeveynliğe geçişleri boyunca aktif rol oynamaktadır. Bu süreçte hemşirelerin uyumu kolaylaştırma, prenatal bakım verme, hastalıklarla baş etmede destekleme, var olan sorunlarda yardımcı olma ve yönlendirme, destek kaynaklarını artırma ve hasta haklarını savunma rolleri vardır. Hemşirelerin etkin olarak rollerini gerçekleştirmesi çiftin, sorunlarla başa etmelerine yardımcı olacak ve ebeveynliğe geçiş sürecini kolaylaştıracaktır (Koç ve Kızılkaya, 2016).



3. Gereç ve Yöntem

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların psikososyal sağlıkları ile gebeliğe ve anneliğe uyum düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 15/11/2021-15/02/2022 tarihleri arasında Özel Batı Anadolu Hastanesi Central Hospital Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde yürütülmüştür.

Çalışmanın yapıldığı kurum İzmir'in Bayraklı ilçesinde yer almaktadır ve 1999 yılında kurulmuştur. Toplamda 110 yataklı bir hastanedir. Hastanede üç adet Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve bir adet Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği bulunmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanları tarafından gebelerin rutin kontrolleri yapılmakta ve ebeler tarafından gebelerin NST, kilo ve tansiyon takibi yapılarak gebelere eğitim verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlanan araştırmanın evrenini, Kasım 2021 - Şubat 2022 tarihleri arasında Bayraklı ilçesinde Batı Anadolu Hastanesi Central Hospital'a başvuran spontan gebe kalan kadınlar (N=210) ile yardımcı üreme tekniği sonrası gebe kalan (N=164) kadınlar oluşturmuştur. Araştırmada, evreni bilinen örneklem yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü, belirlenen hastaneye gelen gebeler temel alınarak, evreni bilinen örneklem yöntemi ile %95 güven aralığında hesaplanmıştır. Çalışmaya, belirlenen kuruma gelen spontan gebelerden en az 137, yardımcı üreme tekniği sonrası gebe kalanlardan en az 116 gebenin alınması gerektiği belirlenmiştir.

Araştırmamıza spontan yolla gebe kalan 111, yardımcı üreme tekniği ile gebe kalan 68 kadın olmak üzere toplamda 179 gebe katılmış ve pandemi şartları sebebiyle belirlenen sayıda gebeye ulaşım sağlanamamıştır.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 18 yaş üstü olan,
- Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde olan (14 hafta ve üzeri),
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,
- Anket formunu doldurabilecek herhangi bir ruhsal hastalığa sahip olmayan,

- Poliklinikte sağlıklı gebelik takibine gelen gebeler araştırma kapsamına alınacaktır.

3.3.2. Dışlama Kriterleri

Dahil olma kriterleri dışında kalan gebeler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler; Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin gebeliğin kabulü ve annelik rolünün kabulü alt ölçeklerinin toplam puanıdır.

Bağımsız değişkenler; gebelerin sosyodemografik özellikleri (doğum yeri, yaşı, eğitim durumu, mesleği, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, sosyal güvence türü, aile tipi, ailenin gelir durumu, evlilik süresi), obstetrik öyküsü (gebeliğin planlı olup olmadığı, gebelik sayısı, önceki gebelik özellikleri, yaşan çocuk sayısı), psikososyal sağlık düzeyidir.

3.5. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Örnekleme oluşturan gebeler ile görüşme öncelikle uygun bir zaman diliminde poliklinik önünde yapılmıştır. Veriler, anket formu ile araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırma kapsamına seçilen gebelere ilk olarak çalışmanın amacı ve uygulama şekli anlatılıp gönüllü onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmak istemeyen gebeler çalışma kapsamı dışında tutulurken araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler çalışmaya alınmıştır. Veriler, “Gebe Tanıtım Formu”, “Gebelikte Psikososyal Değerlendirme Ölçeği” ve “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)’nin Gebeliğin Kabulü ve Annelik Rolünün Kabulü alt ölçekleri” kullanılarak toplanmıştır. Gebelerin formları doldurulmasının yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında;

- Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK I)
- Gebe Tanıtım Formu (EK II)
- Gebelikte Psikososyal Değerlendirme Ölçeği (EK III)
- Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)’nin alt ölçekleri olan ‘Gebeliğin Kabulü’ ve ‘Annelik Rolünün Kabulü’ (EK IV) kullanılmıştır.

3.6.1. Gebe Tanıtım Formu (EK-II)

Araştırmacı tarafından literatür dikkate alınarak oluşturulan formda, gebenin tanıtıcı bilgileri (*doğum yeri, yaşı, eğitim durumu, mesleği, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, sosyal güvence türü, aile tipi, ailenin gelir durumu, evlilik süresi*) ve obstetrik öyküsü (*gebeliğin planlı olup olmadığı, gebelik sayısı, önceki gebelik özellikleri, yaşayan çocuk sayısı, infertilite tedavi özellikleri*) sorulmuştur (Çavuşoğlu, 2015; Saadat, 2017; Keskin, 2014; Bekmezci, 2015).

3.6.2. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) (EK-III)

Yıldız (2011) tarafından geliştirilen GPSDÖ’i, psikososyal sağlığı bir bütün olarak ele alıp değerlendirmeyi sağlamaktadır. Ölçek 46 madde ve altı alt boyut içerir. “Ölçekte; birinci alt boyut (1,2,3,4,5,6,7,8,18,19,20,32,34) “Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler”i, ikinci alt boyut (9,10,11,12,36,37,38,40) “Kaygı ve strese ait özellikler”i, üçüncü alt boyut (21,22,23,24,25,26,27,43) “Aile içi şiddete ait özellikler”i, dördüncü alt boyut (16,17,28,29,30,41,45) “Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler”i, beşinci alt boyut (31,33,35,42) “Ailesel özellikler”i (gebenin kendi ailesi ile ilişkisine yönelik) ve altıncı alt boyutta yer alan maddeler ise (13,14,15,39,44,46) “Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler”i değerlendirmektedir. Ölçekteki her madde 5 dereceli değerlendirmeye ölçülmektedir (çok fazla 5, fazla 4, orta 3, az 2, hiç 1). Sonuçta toplam puan 5’ten uzaklaşıp 1’e yaklaştıkça gebelikte psikososyal sağlıkta o düzeyde problem olduğunu gösterir ve 1 puan psikososyal sağlığın çok kötü olduğunu ifade eder. Alt boyutlarda da aynı değerlendirme söz konusudur ve puan 1’e yaklaştığı ölçüde o faktöre ait problem olduğunu gösterir.

Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.938,, altı faktörün Cronbach Alpha değerlerinde .76 ile .92 arasında değiştiği bildirilmiştir (Yıldız, 2011).” Bizim çalışmamızda Cronbach Alpha değeri 0.92 olarak bulundu.

3.6.3. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) (EK-IV)

Prenatal dönemdeki kadınların anneliğe uyumlarını değerlendirmek amacıyla 1979 yılında Lederman’ın geliştirmiş olduğu ölçek, toplamda 79 madde ve 4’lü likert tipi bir ölçektir. Ölçek Beydağ ve Mete tarafından 2006 yılında Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0.81, alt grupların iç tutarlık güvenilirlik katsayıları 0.72 ile 0.85 arasında bulunmuştur. Ölçek, prenatal dönemde kadınların gebeliğe uyumlarını değerlendiren yedi alt ölçek içermektedir. Her bir alt ölçekte 10 ile 15 arası

madde bulunmaktadır. “Alt ölçekler; gebeliğin kabulü, annelik rolünün kabulü, kendi annesi ile ilişkisinin durumu, eşi ile ilişkisinin durumu, doğuma hazır oluş, doğum korkusu, kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili düşünceleri olarak gruplandırılmıştır.”

“Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği’ndeki maddelerden 47’si ters yönlü maddedir (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 47, 48, 49, 50, 53, 55, 56, 59, 60, 61, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 79). Ölçekteki her madde 4 dereceli değerlendirmeye ölçülmektedir (4: “Çok fazla tanımlıyor, 3: “Kısmen tanımlıyor”, 2: “Biraz tanımlıyor”, 1: Hiç tanımlamıyor”) Ters maddelerde puanlama tam tersi olacak şekilde yapılmaktadır. Ölçeğin tamamı için en az 79, en fazla 316 puan alınabilmektedir. Düşük puanlar gebeliğe uyumun yüksek olduğunu göstermektedir (Beydağ & Mete, 2008).” Bu çalışmada ölçeğin “gebeliğin kabulü” ve “annelik rolünün kabulü” alt ölçekleri kullanılmıştır. “Gebeliğin Kabulü” alt ölçeği 14 madde olup ölçekten en düşük 14, en yüksek 56 puan alınmaktadır. “Annelik Rolünün Kabulü” alt ölçeği 15 madde olup ölçekten en düşük 15, en yüksek 60 puan alınmaktadır (Beydağ ve Mete, 2008). Çalışmamızda “Gebeliğin Kabulü” alt ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0.93, “Annelik Rolünün Kabulü” alt ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0.84 olarak bulundu.

3.7. Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde Social Package for Statistical Science 20.0 (SPSS 20.0) programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov Smirnov analizi ile test edilmiş verilerin normal dağılıma uymadığı belirlenmiş ve test yöntemlerinde nonparametrik testler kullanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri için ortanca, minimum ve maksimum değerler ve yüzdelik sayılar kullanılmıştır. Karşılaştırmalara yönelik Ki-kare testi, Fisher ki-kare testi ve Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Sayısal verilerin karşılaştırılmasında Spearman korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0.05$ düzeyinde kabul edilmiştir.

3.8. Süre ve Olanaklar

Araştırma Takvimi								
İş No	İşlerin adı, tanımı	Aylar (doktora için 24, yüksek lisans için 12 ay kullanılmalıdır)						
		2021-2022						
		Şubat	Mart-Nisan	Mayıs-Haziran	Temmuz-Ağustos	Eylül-Ekim	Kasım-Aralık	Ocak
1	Araştırma konusu için literatür tarama, problemin belirlenmesi							
2	Araştırma konusu için öneri ve hazırlıklar							
3	Etik kurul başvurusu, ölçek izni, araştırma izni							
4	Verilerin toplanması							
5	Verilerin analizi							
6	Araştırmanın rapor olarak sunumu							

3.9. Etik Açıklamalar

Araştırmanın yürütülmesi için; Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden tez konusu (17.11.2021) onaylanmıştır (EK IX). İzmir Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (852-22.11.2021) (EK VII). Araştırmanın yapılması planlanan hastanenin yönetiminden gerekli yasal izinler alındıktan sonra, araştırma kapsamına alınan gebelere çalışmanın amacı araştırmacı tarafından açıklanıp katılımları için yazılı onamları alınmıştır (21-618-06.12.2021) (EK VIII).

Araştırmanın planlama aşamasında, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini yapan Dr. Kerime Derya BEYDAĞ'dan ve Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği'ni geliştiren Dr. Hatice Yıldız'dan e-mail yoluyla kullanım izni alınmıştır (09.02.2021) (EK V/VI).

4. Bulgular

Çalışma bulguları, spontan ve tedaviyle gebe kalan kadınların tanıtıcı ve obstetrik özellikleri, “*Prenetal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)*” alt boyutları ve “*Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ)*” ortancaları ile ilgili bulgular başlıkları altında sunulmuştur.

4.1. Spontan ve Tedaviyle Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı ve Obstetrik Özellikleri ile İlgili Bulgular

Bu bölümde spontan ve tedaviyle gebe kalan kadınların tanıtıcı özellikleri tablolar ve alt açıklamaları şeklinde sunulmuştur.

Tablo 1. Spontan ve Tedaviyle Gebe Kalan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Tanıtıcı Özellikler	SPONTAN (n:111)		TEDAVİYLE (n:68)		Test İstatistiği	p
	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
Yaş grubu						
18-27 yaş	60	54,1	22	32,4	9,122	0,010
28-37 yaş	39	35,1	39	57,4		
38 ve üzeri yaş	12	10,8	7	10,3		
Yaş Medyan, (Min.-Max.)	27 (18-45)		30,50 (20-47)		2745,000*	0,002
Evlilik süresi (medyan (Min.-Max.))	4 (1-17)		4,5 (2-14)		3116,500*	0,049
Eğitim durumu						
İlk ve orta öğretim mezunu	18	16,2	12	17,6	12,073	0,002
Lise mezunu	65	58,6	23	33,8		
Yükseköğretim ve üstü mezunu	28	25,2	33	48,5		
Çalışma durumu						
Ev hanımı	24	21,6	13	19,1	0,160	0,420
Çalışan	87	78,4	55	80,9		
Meslek						
Ev hanımı	24	21,6	13	19,1	9,993* ^f	0,019

Memur	27	24,3	31	45,6		
İşçi	58	52,3	22	32,4		
Serbest meslek	2	1,8	2	2,9		
Eş eğitim durumu						
İlköğretim	18	16,2	-	-	12,754* ^f	0,011
Lise	42	37,8	27	39,7		
Yükseköğretim ve üstü	51	45,9	41	60,3		
Eş meslek						
Memur	37	33,3	41	60,3	15,310	0,000
İşçi	48	43,2	12	17,6		
Serbest meslek	26	23,4	15	22,1		
Sosyal Güvence						
SGK	90	81,1	52	76,5	0,547	0,289
Özel sağlık sigortası	21	18,9	16	23,5		
Aile tipi						
Çekirdek	79	71,2	60	88,2	7,433* ^f	0,024
Geniş	30	27,0	8	11,8		
Parçalanmış	2	1,8	-	-		
Aile gelir durumu						
Gelir giderden düşük	13	11,7	5	7,4	1,305* ^f	0,521
Gelir gidere denk	89	80,2	59	86,8		
Gelir giderden fazla	9	8,1	4	5,9		
Evlilik süresi						
1-4 yıl	69	62,2	34	50,0	2,079	0,075
5 yıl ve üzeri	42	37,8	34	50,0		
Destek Aldığı Kişiler						
Eşi	75	67,6	57	83,8	9,094* ^f	0,011
Aile bireyleri	25	22,5	11	16,2		
Arkadaşlar	11	9,9	-	-		
Alınan Desteğin Yeterlilik Düzeyi						
Yeterli	75	67,6	61	89,7	11,323	0,001
Kısmen Yeterli	36	32,4	7	10,3		
TOPLAM	111	100,0	68	100,0		

*Man Whitney U testi; *^f= Fisher ki kare testi

Araştırmaya katılan spontan gebeliği olan kadınların yaş ortanca değeri 27.00 (18-45) yıl, evlilik yılı ortanca değeri 4.00 (1-17) yıl, %54.1'i 18-27 yaş grubunda, %58.6'sı lise mezunu, %78.4'ü çalışmakta, %52.3'ü işçi olarak çalışmakta, %81.1'i SGK sosyal güvencesine sahip, %71.2'si çekirdek aile yapısında, %80.2'sinin geliri

giderine denktir. Gebelerin %62.2'sinin evlilik süresi 1-4 yıl, eşlerinin %45.9'u yükseköğretim ve üstü mezunu ve %43.2'si işçi olarak çalışmaktadır. Spontan gebeliği olan kadınların %67.6'sı eşlerinden destek almakta ve %67.6'sı bu desteğin yeterli olduğunu ifade etmektedir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan tedaviyle gebeliği olan kadınların yaş ortanca değeri 30.50 (20-47) yıl, evlilik yılı ortanca değeri 4,5 (2-14) yıl, %57.4'ü 28-37 yaş grubunda, %48.5'i yükseköğretim ve üstü mezunu, %80.9'u çalışmakta, %45.6'sı memur olarak çalışmakta, %76.5'i SGK sosyal güvencesine sahip, %88.2'si çekirdek aile yapısında, %86.8'sinin geliri giderine denktir. Gebelerin %50'sinin evlilik süresi 1-4 yıl, eşlerinin, %60.3'ü yükseköğretim ve üstü mezunu ve %60.3'ünün eşi memur olarak çalışmaktadır. Tedaviyle gebeliği olan kadınların %83.8'i eşlerinden destek almakta ve %89.7'si bu desteğin yeterli olduğunu ifade etmektedir (Tablo 1).

Spontan gebeliği olan gebeler ile tedaviyle gebe kalan gebelerin demografik özellikleri arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi varsayımı sağlamadığı durumlar için Fisher ki kare analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda gebelerin dahil oldukları grupları ile demografik özelliklerinden çalışma durumu, sosyal güvence, aile gelir durumu, evlilik süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Bunun sonucunda gebelerin dahil oldukları grupları ile demografik özelliklerinden yaş, eğitim, meslek, eş eğitim, eş meslek, aile tipi, destek alınan kişiler, alınan desteğin yeterlilik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 1).

Tablo 2. Spontan ve Tedaviyle Gebe Kalan Kadınların Obstetrik Özelliklerine Ait Bulgular

Tanıtıcı Özellikler	SPONTAN		TEDAVİYLE		Test İstatistiği	p
Gebelik hafta Ortancası	21,00 (Min:14-Max:38)		24,50 (Min:15-Max:38)		2996,500*	0,021
	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
Şimdiki Gebelik Dönemi						
2. trimester	75	67,6	43	63,2	0,352	0,553
3. trimester	36	32,4	25	36,8		
Çoğul Gebelik Durumu						
Evet	5	4,5	11	16,2	7,058	0,008
Hayır	106	95,5	57	83,8		
Gebelik Sayısı						
Bir gebelik	51	45,9	32	47,1	6,170* ^f	0,218
İki gebelik	42	37,8	33	48,5		
Üç ve üzeri gebelik	18	16,2	3	4,4		
Yaşayan Çocuk Sayısı						
Bir	69	62,2	42	61,8	0,003	0,958
İki ve üzeri	42	37,8	26	38,2		
Doğum Sayısı						
Bir	66	59,5	45	66,2	0,808	0,369
İki ve üzeri	45	40,5	23	33,8		
Gebeliğinde Sağlık Problemi Yaşama						
Yaşayan	78	70,3	50	73,5	0,220	0,639
Yaşamayan	33	29,7	18	26,5		
Önceki Gebeliğinde Sağlık Problemi Yaşama						
Yaşayan	96	86,5	50	73,5	3,868	0,049
Yaşamayan	14	12,6	16	23,5		
Gebeliğin Planlı Olma Durumu						
Planlı gebelik	41	36,9	67	98,5	66,843* ^f	0,000
Planlı olmayan gebelik	70	63,1	1	1,5		
Eşin Gebeliğe Karşı Tutumu						
İstiyor	99	89,2	65	95,6	9,253* ^f	0,010
İstemiyor	1	0,9	3	4,4		
Kararsız	11	9,9	-	-		
Gebelikte Eğitim Alma Durumu						
Almayan	64	57,7	31	45,6	2,466	0,116
Alan	47	42,3	37	54,4		
Eğitim Alınan Kaynaklar						

Doğuma hazırlık sınıfı	3	2,7	1	1,5	0,813* ^f	0,846
Online eğitim	14	12,6	13	19,1		
Kitaplar	4	3,6	4	5,9		
İnternet ve sosyal medya	19	17,1	16	23,5		
TOPLAM	111	100,0	68	100,0		

*Man Whitney U testi; *^f= Fisher ki kare testi

Spontan gebeliği olan kadınların gebelik haftası ortanca değeri 21.00 (14-38) hafta, %67.6'sı gebeliğinin 2. trimesterinde, %95.5'inin tekil gebeliği, %45.9'unun ilk gebeliği, %59.5'i bir kez doğum yapmış, %62.2'si bir çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %70.3'ü bu gebeliğinde bir problem yaşadığını, %86.5'i önceki gebeliğinde problem yaşadığını, %63.1'i planlanmamış gebelik olduğunu, %89.2'si eşinin gebeliği istediğini ifade etmiştir. Gebelerin %57.7'si gebeliğe yönelik herhangi bir eğitim almadığını, %17.1'i aldığı eğitimi internet ve sosyal medyadan aldığını bildirmiştir (Tablo 2).

Spontan gebeliği olan kadınların gebelik haftası ortanca değeri 24.50 (15-38) hafta, %63.2'si gebeliğinin 2. trimesterinde, %83.8'inin tekil gebeliği, %48.5'inin ikinci gebeliği, %66.2'si bir kez doğum yapmış, %61.8'i bir çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Gebelerin %73.5'i bu gebeliğinde bir problem yaşadığını, %73.5'i önceki gebeliğinde problem yaşadığını, %98.5'i planlanmış gebelik olduğunu, %95.6'sı eşinin gebeliği istediğini ifade etmiştir. Gebelerin %54.4'ü gebeliğe yönelik eğitim aldığını, %23.5'i aldığı eğitimi internet ve sosyal medyadan aldığını bildirmiştir (Tablo 2).

Spontan gebeliği olan gebeler ile tedaviyle gebe kalan gebelerin obstetrik özellikleri arasındaki ilişkiyi test etmek için ki kare analizi varsayımı sağlamadığı durumlar için Fisher ki kare analizi uygulanmıştır. Bunun sonucunda gebelerin dahil oldukları grupları ile obstetrik özelliklerinden şimdiki gebelik dönemi, gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelikte sağlık problemi yaşama, gebelikte eğitim alma, alınan eğitimin kaynağı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Bunun sonucunda gebelerin dahil oldukları grupları ile obstetrik özelliklerinden çoğul gebelik durumu, önceki gebeliğinde sağlık problemi yaşama, gebeliğin planlı olma durumu, eşin gebeliğe karşı tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 2).

Tablo 3. Tedaviyle Gebe Kalan Kadınların İnfertilite ve Tedavi Özelliklerine Ait Bulgular

	Ortalama±Ss	Min.-Max.
İnfertilite Tedavi Süre Ortalaması (yıl)	1,62±0,66	2-4
	Sayı	%
İnfertilite tedavi süresi		
1 yıl	37	54,4
2 yıl ve üzeri	31	45,6
İnfertilite Sebebi		
Kadın faktörü	32	47,1
Erkek faktörü	12	17,6
Kadın ve erkek	15	22,1
Tedavi Yöntemi		
İnseminasyon	31	45,6
In Vitro Fertilizasyon	37	54,4
Kaçıncı Tedavi		
Birinci	14	20,6
İkinci	34	50,0
Üç ve üzeri	20	29,4
TOPLAM	68	100,0

Tedavi sonrası gebe kalan kadınların infertilite tedavi süresi ortalaması 1.62±0,66 yıl, %54.4'ünün 1 yıldır tedavi gördüğü, %47.1'inin kadın faktörlü infertiliteye sahip olduğu, %54.4'ünün invitro fertilizasyon tedavisi gördüğü ve %50'sinin ikinci tedavisi olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

4.2. Spontan ve Tedaviyle Gebe Kalan Kadınların “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği” Alt Boyutları ve “Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği” Ortancaları ile İlgili Bulgular

Bu bölümde “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği” alt boyutlarından “Gebeliğe Uyum” ve “Anneliğe Uyum” ile “Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği”ne ilişkin bulgular, tablolar ve alt açıklamaları şeklinde sunulmuştur.

Tablo 4. Spontan ve Tedaviyle Gebe Kalan Kadınların “Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ)” ve “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)” Alt Boyutları Ortanca Değerleri

Ölçekler	Madde	Spontan (n:111)		Tedaviyle (n:68)		Cronbach Alfa
	Sayısı	Medyan	Min-Max	Medyan	Min-Max	
Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği	46	87,00	54-154	82,00	57-103	0,92
Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ) Gebeliğe Uyum	14	51,00	20-56	52,00	46-56	0,93
Anneliğe Uyum	15	54,00	28-60	56,00	45-67	0,84

Spontan gebeliği olan kadınlarda Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği ortanca değeri 87.00 (54-154), PKDÖ ölçeğinin “Gebeliğin Kabulü” alt boyut ortanca değeri 51,00 (20-56), “Annelik Rolünün Kabulü” alt boyut ortanca değeri 54.00 (28-60) olarak hesaplanmıştır. Tedaviyle gebe kalan kadınlarda Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği ortanca değeri 82.00 (57-103), PKDÖ ölçeğinin “Gebeliğin Kabulü” alt boyut ortanca değeri 52.00 (46-56), “Annelik Rolünün Kabulü” alt boyut ortanca değeri 56.00 (45-67) olarak

hesaplanmıştır. Her iki ölçek puanları normal dağılım özelliği göstermemektedir (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk) ($p<0,05$). Ölçeklerin Cronbach Alfa değerlerinin bu çalışmada yüksek düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 5. Spontan ve Tedaviyle Gebe Kalan Kadınların “Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ)” ve “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)” Alt Boyutları Ortanca Değerlerinin Karşılaştırılması

				Spontan (n:111)		Tedaviyle (n:68)		Test	P
				Medyan	Min-Max	Medyan	Min-Max	İstatistiği*	
Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği				87,00	54-154	82,00	57-103	2906,000	0,010
Prenatal Kendini Değerlendirme (PKDÖ)	Gebeliğin Kabulü			51,00	20-56	52,00	46-56	3132,000	0,055
	Ölçeği	Annelik	Rolünün Kabulü	54,00	28-60	56,00	45-67	3014,000	0,023
		Kabulü							

*Mann Whitney U Test

Gebelerin spontan ve tedaviyle gebe kalma durumlarına göre, “Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği” arasında yapılan farklılık incelendiğinde; spontan gebe kalan kadınların ortanca puanı, tedaviyle gebe kalan kadınların ortanca puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5).

Spontan gebe kalan kadınların “Gebeliğin Kabulü” ortanca değeri tedaviyle gebe kalan kadınların ortanca puanlarından daha düşük olduğu saptanmış, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 5).

Gebelerin spontan ve tedaviyle gebe kalma durumlarına göre, “*Annelik Rolünün Kabulü*” arasında yapılan Mann Whitney U analizinde spontan gebe kalan kadınların ortanca değeri tedaviyle gebe kalan kadınların ortanca puanlarından daha düşük yani spontan gebe kalan kadınlarda anneliğe uyumun daha yüksek olduğu saptanmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5).

Tablo 6. Spontan ve Tedaviyle Gebe Kalan Kadınların “Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği” ve “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği” Alt Boyutları ve Arasındaki Korelasyon Katsayılarının Dağılımı

Gruplar	Ölçekler	Gebeliğin Kabulü		Annelik Rolünün Kabulü	
		r	p	r	p
Spontan	Annelik Rolünün Kabulü	0,733	0,000	-	
	Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği	-0,694	0,000	-0,735	0,000
Tedaviyle	Annelik Rolünün Kabulü	0,437	0,000	-	
	Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği	-0,442	0,000	-0,278	0,022

Spontan gebeliği olan kadınların GPSDÖ ile “Gebeliğin Kabulü” ve “Annelik Rolünün Kabulü” durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan Spearman’s rho korelasyon analizinde sırasıyla negatif yönde orta düzeyde ve negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,694$; $r=-0,735$ $p<0,005$). Bu sonuç, spontan gebe kalan kadınlarda psikososyal sağlıkları yükseldikçe anneliğe ve gebeliğe uyumun da arttığını göstermektedir. Spontan gebeliği olan kadınların “Gebeliğin Kabulü” ile “Annelik Rolünün Kabulü” durumları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,733$ $p<0,005$) (Tablo 6).

Tedaviyle gebeliği olan kadınların GPSDÖ ile “Gebeliğin Kabulü” ve “Annelik Rolünün Kabulü” arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan Spearman’s rho korelasyon analizinde sırasıyla negatif yönde orta düzeyde ve negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,442$; $r=-0,278$ $p<0,005$). Bu sonuç, tedaviyle gebe kalan kadınlarda psikososyal sağlıkları yükseldikçe anneliğe ve gebeliğe uyumun da arttığını göstermektedir. Tedaviyle gebeliği olan kadınların “Gebeliğin Kabulü” ile “Annelik Rolünün Kabulü” durumları

arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,733$ $p<0,005$) (Tablo 6).



5.Tartışma

Spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların psikososyal sağlıkları ile anneliğe uyumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmış olan araştırmadan elde edilen veriler bu bölümde araştırmanın hipotezleri de dikkate alınarak iki başlıkta tartışılmıştır:

- Gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin tartışılması
- Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği ve Prenetal Kendini Değerlendirme Ölçeği'nin "*Gebeliğin Kabulü*" ile "*Annelik Rolünün Kabulü*" alt boyutları arasındaki ilişkinin tartışılması

5.1. Gebelerin Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan gebelerin tanımlayıcı özelliklerine ait bulgular incelendiğinde; Araştırmaya katılan spontan gebeliği olan kadınların yaş ortanca değeri 27.00 (18-45) yıl, tedaviyle gebeliği olan kadınların yaş ortanca değeri 30.50 (20-47) yıldır. TNSA 2018 verilerinde ülkemizdeki doğurganlık hızının yaşa göre en fazla 25-29 yaş grubu olduğu bildirilmiştir (TNSA, 2018). Araştırmamızın bulguları Türkiye'deki veriler benzerlik göstermektedir.

Hem spontan hem de yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınların 4/5'i lise ve üzeri eğitim aldığı ve aynı oranda çalıştığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin eğitim seviyelerinin ve çalışma durumlarının yüksek değerlerde olduğu görülmüştür. Saadat'ın yaptığı araştırmada gebelerin %65.1'inin çalışmadığı, %34.9'unun çalıştığı bulunmuştur (Saadat, 2017). Bu veriler bizim araştırma bulgularımız ile farklılık göstermektedir. Aksu ve Şatır'ın (2022) yapmış olduğu çalışmada infertilite tedavisi alan gebelerin %45.1'inin lise ve altı eğitim aldığı ve %54.9'unun çalıştığı, spontan gebe kalan kadınların ise yarısından fazlasının üniversite mezunu olduğu ve çalıştığı görülmüştür.

Araştırmamızın bulgularına göre spontan yolla gebe kalan kadınların %71.2'sinin, tedaviyle gebe kalan kadınların ise % 88.2'sinin çekirdek aile tipine sahip olduğu bulunmuştur. Uçar (2014) ve Demirbaş (2013)'ün yaptıkları çalışmalarda araştırmalarına katılan gebelerin çoğunluğunun çekirdek aile tipine sahip olduklarını bulmuşlardır. Bu araştırma sonuçları bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Araştırmamıza katılan gebelerde; spontan yolla gebe kalan 1/4'ünden azının gelirin

giderden düşük, yarısından fazlasının gelirinin gidere denk ve 1/4'ünden azının ise gelirinin giderden fazla olduğu görülmüştür. Tedaviyle gebe kalan kadınların ise %7.4'ünün gelirinin giderden düşük, % 86.8'inin gelirinin gidere denk, %5.9'unun gelirinin giderden fazla olduğu görülmüştür. Bu sonuç bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir (Yıldız, 2011).

Araştırmamıza katılan spontan yolla gebe kalan kadınların %67.6'sının eşinden, %22.5'inin aile bireylerinden ve %9.9'unun arkadaşlarından destek aldığı görülmüştür. Bu gebelerin yarısından fazlası aldığı desteği yeterli görmekte iken %32.4'ü kısmen yeterli görmektedir. Tedaviyle gebe kalan kadınların %83.8'inin eşinden ve %16.2'sinin aile bireylerinden destek aldığı görülmüştür. Bu gebelerin yarısından fazlası aldığı desteği yeterli görmekte iken %10.3'ü kısmen yeterli görmektedir. Bu bulgulara göre tedaviyle gebe kalan kadınların, spontan gebe kalan kadınlara göre eş desteklerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Kuş'un (2008) yapmış olduğu çalışmaya göre infertilite sürecinde kadınların en çok eşi ya da aile bireylerinden destek aldığı saptanmıştır (Kuş, 2008). Keskin'in (2014) yaptığı çalışmada gebelerin gebelik süresince en fazla desteği eşinden aldığı bulunmuştur (Keskin, 2014). Dağlar ve arkadaşlarının (2019) yapmış olduğu çalışmada gebelerin sosyal destek alması ile refah düzeylerinin doğru orantılı olduğu, sosyal destek eksikliği olan gebelerin yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (Dağlar ve ark., 2019). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine ait bulgular incelendiğinde;

Gebelerin yarısından fazlasının spontan olarak gebe kaldığı görülmüştür. Aynı zamanda spontan gebe kalan kadınların 1/4'ünden fazlasının gebeliği planlı iken tedaviyle gebe kalan kadınların 3/4'ünden fazlasının gebeliğinin planlı olduğu görülmüştür. Saadat'ın (2017) yapmış olduğu çalışmada ve Aksu ve Şatır'ın (2022) yapmış olduğu çalışmada da kadınların yarısından fazlasının spontan olarak gebe kaldığı görülmüştür. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan spontan gebe kalan kadınların %4.5'inin tedaviyle gebe kalan kadınların ise %16.2'sinin çoğul gebeliğe sahip olduğu görülmüştür. Yıldız'ın (2018) çalışmasında tedaviyle gebe kalan kadınların çoğul gebelik oranının, diğer gebelerden anlamlı oranda fazla olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan spontan gebe kalan kadınların eşlerinin 3/4'ünden fazlasının gebeliği istediği, 1/4'inden azının gebeliği istemediği ve 1/4'inden azının kararsız olduğu görülmüştür. Tedaviyle gebe kalan kadınları eşlerinin 3/4'ünden fazlasının gebeliği istediği, 1/4'inden azının gebeliği istemediği görülmüştür. Uçar'ın (2014) yapmış olduğu çalışmada gebelerin eşlerinin yarısından fazlasının gebeliği istediği görülmüştür. Keskin'in (2014) yapmış olduğu çalışmada en fazla tedavi sonrası gebe kalan kadınların ve eşlerinin gebeliği istediği görülmüştür.

Araştırmaya katılan tedaviyle gebe kalan kadınların infertilite ve tedavi özelliklerine ait bulgular incelendiğinde;

Tedavi sonrası gebe kalan kadınların %54.4'ünün bir yıldır tedavi gördüğü, %45.6'sının iki yıl veya daha fazla süredir infertilite tedavisi gördüğü belirlenmiştir. Bunların %47.1'inin kadın faktörlü infertiliteye sahip olduğu, %54.4'ünün invitro fertilizasyon tedavisi gördüğü, %50'sinin ikinci tedavisi olduğu belirlenmiştir. Öztürk Kuş'un (2008) yapmış olduğu çalışmada tedaviyle gebe kalan kadınların infertilite nedenleri araştırıldığında %46.3'ünün kadın faktörü ve %26.9'unun erkek faktörü olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

5.2.Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği ile Gebeliğin Kabulü ve Annelik Rolünün Kabulü Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

5.2.1. Psikososyal Sağlık Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmamızda spontan gebe kalan kadınlarda, tedaviyle gebe kalan kadınlara göre psikososyal sağlığın daha yüksek olduğu belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda **1.H1 hipotezi doğrulanmıştır.** Özdemir'in (2016) yapmış olduğu çalışmada infertilite tedavisi görmüş gebelerin kaygı düzeylerini fertil gebelere oranla daha yüksek bulmuştur. Ataman ve Arslan'ın (2010) tedaviyle gebe kalan kadınlar ile spontan gebe kalan kadınlarda psikososyal bakım gereksinimlerinin farklarını belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada; infertilite sonrası gebe kalan kadınların kaygı düzeylerinin yüksek bulduklarını belirtmişlerdir. Aksu ve Şatır'ın (2022) yapmış oldukları çalışma sonucunda infertilite sonrası gebe kalan kadınların kendileri ve bebekleri için daha fazla endişeli oldukları görülmüştür. Çalışma sonuçları tedavi ile gebe kalan kadınların psikososyal sağlık ve kaygı düzeyleri açısından sorun yaşadıklarını ortaya koymuştur. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin bu konuda farkındalıklarının sağlanıp tedavi ile

gebe kalan annelerde psikososyal sağlığa yönelik girişimsel yaklaşımların uygulamaya yansıtılması ve bu konuya önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

5.2.2. Gebeliğin Kabulü Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Bir kadının yaşamı boyunca en önemli dönüm noktalarından biri gebelik dönemidir. Gebelik döneminde bir takım fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşanmakta ve gebelik aile için bir çok sorumluluğu da beraberinde getirmektedir. Bu değişikliklere uyum süreci kriz dönemi olarak da görülmektedir. Annenin karnında bir bebeğin varlığını kabul etmesi ve buna alışması farklı tepkiler sonrasında gerçekleşebilir. Kabul sürecini sosyo demografik özellikler, kişisel deneyimler, obstetrik özellikler, aile ilişkileri, eş desteği gibi bir çok faktör etkileyebilmektedir (Bekmezci, 2015; Tokgöz, 2018). Bunlar haricinde gebe kalan kadının kendisine ait veya gebeliğine ait özellikler de kabul sürecini etkileyebilmektedir (Tokgöz, 2018). Bizim çalışmamızda spontan ve tedaviyle gebe kalan kadınlar gebeliğin kabulü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Bu sonuç doğrultusunda **2.H₀ hipotezi doğrulanmıştır**. Aksu ve Şatır'ın (2022) çalışmasında spontan gebe kalan kadınlarda tedavi ile gebe kalan kadınlara göre gebeliğin kabulünün daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ranjbar ve ark. (2015) tedaviyle gebe kalan 12 kadının gebeliğe dair tecrübelerini araştırmak ve tanımlamak amacıyla yapmış olduğu bir çalışmada, gebelerde gebe olup olmadıkları hakkında belirsizlik ve korku hissettikleri saptanmıştır. Koç ve Kızılkaya'nın (2016) yapmış oldukları çalışmada tedaviyle gebe kalan kadınların bir taraftan mutluluk hissederken bir taraftan da bebeğini kaybetme korkusunu hissedebileceklerini belirtmiştir. Ayrıca bu kadınlarda gebe olduğuna kuşkucu bir yaklaşım görülebilmesi sebebiyle bebeğin varlığını reddetme görülebilmekte ve gebeliğin kabulü gecikebilmektedir (Koç ve Kızılkaya, 2016). Tedavi ile gebe kalan kadınların, spontan gebe kalmada ve tedavi sürecinde yaşadığı zorluklar ile daha önceki yaşamış olduğu gebelik kayıplarının gebeliklerini kabul etmede etkili olabileceği düşünülmektedir.

5.2.3. Annelik Rolünün Kabulü Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmamızda spontan gebe kalan kadınlarda **annelik rolünün kabulünün** tedaviyle gebe kalan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu sonuç doğrultusunda **3.H₁ hipotezi doğrulanmıştır**. Ataman ve Arslan'ın (2010) yapmış oldukları çalışmada spontan

gebeliklerde annelik duygusunun daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Aksu ve Şatır'ın (2022) yapmış oldukları çalışmada tedaviyle gebe kalmış olan kadınların spontan gebe kalan kadınlara oranla anneliğe uyumlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Zengin'in (2019) normal ve riskli gebelerin doğum sonrası anneliğe uyumlarını değerlendirmek için yapmış olduğu çalışmada iki grubun anneliğe uyumlarının benzer olduğu belirtilmiştir. Tedaviyle oluşan gebeliklerin asıl anlamı daha çok “*bir bebek sahibi olmak ve mucize*” olarak ifade edilirken, spontan oluşan gebeliklerdeki asıl anlam “*annelik ve sevinç duygusu*” olarak ifade edilmektedir (Boz, Özçetin, Teskereci, 2018). Ladores ve Aroian'ın (2015) yapmış olduğu çalışmada tedaviyle gebe kalan kadınların “*anneliği kabullenememe*” ve “*infertilite kimliğinden kurtulamama*” gibi duygular hissettikleri saptanmıştır. Saadat'ın (2017) çalışmasında, spontan ve IVF ile gebe kalan kadınlarla yapılan ilk ve ikinci görüşmelerde “*Prenatal Bağlanma Envanteri*” puanları, spontan gebe kalan kadınlarda daha yüksek bulunmasına rağmen aralarında istatistiksel anlamda anlamlı fark bulunamamıştır. Buna göre tedaviyle gebe kalan kadınlardaki asıl ilginin bebeğe olması yüksek ihtimaldir. Çünkü uzun süren infertilite tedavisi sonucu asıl beklenen gebeliğin oluşması ve sağlıklı bir bebeği dünyaya getirmektir. Gebeliğin sonlanmasıyla birlikte ilginin ve desteğin daha çok bebeğe yönelmesi sebebiyle tedaviyle gebe kalan kadınların anneliğe uyum sürecinin uzayabileceğini düşündürmektedir.

5.3. Spontan Gebe Kalan ve Tedaviyle Gebe Kalan Kadınların Ölçekler Arasındaki İlişisinin Karşılaştırılması

Gebelik, anneliğe uyumu etkileyebilecek önemli fiziksel ve psikolojik değişikliklerle bağlantılıdır. Gebeliğin oluşmasından postpartum döneme kadar olan süreç anneliğe uyum için çok önemlidir (Bekmezci, 2015). Çalışmamızda spontan gebe kalan ve tedaviyle gebe kalan kadınlarda psikososyal sağlık yükseldikçe gebeliğin ve annelik rolünün kabulünün de arttığı saptanmıştır. Bu sonuç doğrultusunda **4.H1 hipotezi doğrulanmıştır**. Bekmezci'nin (2015) gebelerin psikososyal sağlık durumları ve prenatal bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, gebelerin psikososyal sağlık durumları ve prenatal bağlanma düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Yardımcı üreme tekniği ile oluşan gebelikler ve spontan oluşan gebelikler biyolojik açıdan baktığımızda aynı görünmektedir. Fakat infertilite ve tedavi süreci kadınlar için çok yönlü bir kriz dönemi olarak önemli psikososyal ve biyolojik değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir (Boz ve ark., 2018).

İnfertilite sonrası gebe kalan kadınlar, psikolojik bir karmaşıya içerisindedirler. Bir yandan bir an önce bebeklerinin dünyaya gelmesini beklerlerken diğeryandan bebeklerini kaybetme korkusu yaşıyabilirler. İnfertilite sonrası gebe olan kadının gebe olduğuna, anne olacağına inanması uzun sürebilmekte ve bu süre kişiden kişiye farklılık göstererek zor olabilmektedir (Koç ve Kızılkaya Beji, 2016).



6. Sonuç ve Öneriler

6.1. Sonuç

Spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda psikososyal sağlık ile anneliğe uyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçlarına göre;

- Spontan ve tedaviyle gebe kalan gebelerin çalışma durumu, sosyal güvence durumu, aile gelir durumu, evlilik süresi açısından fark bulunamamıştır. Bu sosyo-demografik özellikler açısından gruplar benzerdir.
- Spontan ve tedaviyle gebe kalan kadınların yaş, eğitim, meslek, eş eğitim durumu, eş meslek durumu, aile tipi, destek alınan kişiler, alınan desteğin yeterlilik düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.
- Araştırmamıza katılan spontan gebe kalan kadınların %54,1'inin 18-27 yaş gruba sahip olduğu ancak tedaviyle gebe kalan kadınların %57,4'ünün 28-37 yaş grubuna sahip olduğu görülmüştür.
- Araştırmamıza katılan spontan gebe kalan kadınların %58,6'sının lise mezunu olduğu, tedaviyle gebe kalan kadınların %48,5'inin yüksek öğretim ve üstü mezunu olduğu görülmüştür.
- Spontan yolla gebe kalan kadınların %52,3'ünün işçi, tedaviyle gebe kalan kadınların %45,6'sının memur olduğu görülmüştür. Aynı zamanda spontan yolla gebe kalan kadınların eşlerinin %43,2'sinin işçi, tedaviyle gebe kalan kadınların eşlerinin ise %60,3'ünün memur olduğu görülmüştür.
- Spontan yolla gebe kalan kadınların %67,6'sının eşinden destek aldığı tedaviyle gebe kalan kadınların ise %83,8'inin eşinden destek aldığı görülmüştür.
- Spontan gebe kalan kadınların psikososyal sağlık puanı, tedaviyle gebe kalan kadınların puanlarından daha yüksek olarak yani spontan gebe kalan kadınlarda psikososyal sağlığın daha yüksek olduğu saptanmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuç doğrultusunda **1.H₁ hipotezi doğrulanmıştır.**
- Spontan ve tedaviyle gebe kalan kadınların gebeliği kabülü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç doğrultusunda **2.H₀ hipotezi doğrulanmıştır.**

- Spontan gebe kalan kadınların annelik rolünün kabülü puanı tedaviyle gebe kalan kadınların puanlarından daha düşük yani spontan gebe kalan kadınlarda anneliğe uyumun daha yüksek olduğu saptanmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuç doğrultusunda

3.H1 hipotezi doğrulanmıştır.

Spontan ve tedaviyle gebe kalan kadınlarda psikososyal sağlık yükseldikçe anneliğe ve gebeliğe uyum da artmaktadır. Spontan gebeliği olan kadınların **“Gebeliğin Kabulü”** ile **“Annelik Rolünün Kabulü”** durumları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,733$ $p<0,005$). Tedaviyle gebeliği olan kadınların **“Gebeliğin Kabulü”** ile **“Annelik Rolünün Kabulü”** durumları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,437$ $p<0,005$) Bu sonuç doğrultusunda **4.H1 hipotezi doğrulanmıştır.**

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- Daha geniş bir örneklem grubu ile araştırma yapılması,
- Tedavi sonrası gebe kalan kadınların, gebeliğe ve anneliğe uyumlarının artırılması için eğitim programlarına katılımının sağlanması,
- Tedavi sonrası gebe kalan kadınların psikososyal sağlıklarının yükselmesi için profesyonel destek sağlanması,
- Spontan yolla gebe kalan kadınların eş desteğinin artırılması için gebelik sürecinde eşin de etkin katılımının sağlanması,
- Danışmanlık sürecinde eş desteğinin öneminin vurgulanması önerilmektedir.
- Spontan yolla ve tedaviyle gebe kalan kadınların gebelik ve annelik rollerinin kabül durumlarına yönelik müdahaleli çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7.Kaynaklar

- Abbas, A. M., Hussein, R. S., Elsenity, M. A., Samaha, I. I., El Etriby, K. A., Abd El-Ghany, M. F., ... Khodry, M. M. (2020). Higher clinical pregnancy rate with in-vitro fertilization versus intracytoplasmic sperm injection in treatment of non-male factor infertility: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 49(6), 101706.
- Aksu, H, Güleç Şatır, D. (2022). Comparison of the Adaptation to Pregnancy in Women Who Received Infertility Treatment and Those Who Didn't. *Journal of Basic and Clinical Health Science*, 6, s.260-267.
- Arbağ, E. (2015). İn Vitro Fertilizasyon (IVF) Tedavisi Sırasında Kadınların Fiziksel Aktivite Durumları ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Ataman, H. & Arslan, H. (2010). Doğal Gebelikler ile İnfertilite Tedavisi Sonucu Oluşan Gebeliklerde Psiko-Sosyal Bakım Gereksinimleri. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 23(6), 75-86.
- Bekmezci, H. (2015). Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumlarının Prenatal Bağlanma ile İlişkisi Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Beydağ, K.D. & Mete, S. (2008). Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 16-24.
- Boz, İ., Özçetin, E., Teskereci, G. (2018). Infertilitede Anne Olma: Kuramsal Bir Analiz. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(4), 506-521.
- Çağlayan, N. (2019). Gebelikte Prenatal Bağlanma Davranışları ve İlişkili Faktörler. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Çavuşoğlu, İ. (2015). İnfertilite Tedavileri Sonrası Gebe Kalan Kadınların Yaşam Kalitesi ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Choi, K. W., Smit, J. A., Coleman, J. N., Mosery, N., Bangsberg, D. R., Safren, S. A., & Psaros, C. (2019). Mapping a Syndemic of Psychosocial Risks During Pregnancy

- Using Network Analysis. *International journal of behavioral medicine*, 26(2), 207–216.
- Dağlar, G., Nur, N., Bilgiç, D., Aydın Özkan, S. (2019). Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Çukurova Medikal Journal*, 44(3), 1-9.
- Davis, E. P., & Narayan, A. J. (2020). Pregnancy as a period of risk, adaptation, and resilience for mothers and infants. *Development and psychopathology*, 32(5), 1625–1639.
- Demirbaş, H. (2013). Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Derman, G. (2020). Son Trimesterdeki Gebe Kadınların Psikososyal Sağlık Durumunun Doğum Korkusu ve Eş Desteği ile İlişkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Dilbaz, K. (2021). Hipogonadotropik Hipogonadizm Nedeni ile İn Vitro Fertilizasyon Uygulanan Hastaların Tedavi Sonuçlarının Açıklanamayan İnfertilite Hastalarının Sonuçları ile Karşılaştırılması. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Duran HE, Morshedi M, Kruger T, Oehninger S. (2002). Intrauterine İnsemination: a Systematic Review on Determinants of Success. *Hum Reprod Update*, 8(4):373-84. doi: 10.1093/humupd/8.4.373.
- Durgun,O. & Duman,M. (2018). İnfertilite Tedavi Sürecindeki Kadınların Fertilite Uyumları ile Öz-Yeterlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(2), 43-46.
- Eick, S. M., Meeker, J. D., Swartzendruber, A., Rios-McConnell, R., Brown, P., Vélez-Vega, C., ... Ferguson, K. K. (2020). Relationships Between Psychosocial Factors During Pregnancy and Preterm Birth in Puerto Rico. *Plos One*, 15(1), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227976>.
- Er, Ö. (2019). İnfertilite Tedavisi Alan Çiftlerin Fertiliteye Uyumunu ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Farquhar C, Marjoribanks J. (2018). Assisted Reproductive Technology: An overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. Aug 17;8(8):CD010537. doi: 10.1002/14651858.CD010537.pub5. PMID: 30117155; PMCID: PMC6953328.
- Gökdoğan Keleş, M., Taşpınar, A. & Altınkaya, S. Ö. (2020). Özel Durumlara Sahip Ebeveynlerin Doğum Sonu Döneme Uyumları ve Ebelerin Sorumlulukları. *KSU Medical Journal*, 15(2), 94-100.
- Görmez, S. (2020). Açıklanamayan İnfertilite ile Tiroid Fonksiyon Bozukluğu İlişkisi. *Trakya Üniversitesi Uzmanlık Tezi*. Edirne.
- Hammarberg K., Fisher J.R.W., Wynter K.H. (2008). Psychological and Social Aspects of Pregnancy, Childbirth and Early Parenting After Assisted Conception: a Systematic Review, 14(5), 395–414.
- Harron K, Gilbert R, Fagg J, Guttmann A, van der Meulen J. (2021). Associations between pre-pregnancy psychosocial risk factors and infant outcomes: a population-based cohort study in England. *Lancet Public Health*. Feb;6(2):e97-e105. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30210-3. PMID: 33516292; PMCID: PMC7848754.
- Hazine, B. (2020). Açıklanamayan İnfertilite Olgularında Erken Foliküler Fazdaki LH Seviyesinin Kontrollü Ovaryen Hiperstimülasyon Protokolündeki İlaç Seçimine Etkisi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi*. İstanbul.
- Kamışlı, S., Terzioğlu, C. & Bozdağ, G. (2021). İnfertil kadınların ruhsal durumları: Umutsuzluk, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(1), 43-49.
- Kaya, A. (2020). Gebelerde Doğum Korkusu ve Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi*. Konya.
- Kazemi, F., Nahidi, F., Kariman, N. (2017). Exploring Factors Behind Pregnant Women's Quality of Life in Iran: A Qualitative Study. *Electronic Physician*, (12) 9, 5991-6001.
- Keskin, G. (2014). Doğal Ya da Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınların Trimesterlere Göre Psikososyal Sağlıkları. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul.
- Kırca, N. & Pasinlioğlu, T. (2013). İnfertilite Tedavisinde Karşılaşılan Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 5(2), 162-178.

- Kissin, D. M., Zhang, Y., Jewett, A., Boulet, S. L., Warner, L., Kroelinger, C. D., & Barfield, W. D. (2020). Assisted Reproductive Technology Surveillance - United States, 2017. Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries 69(9), 1–20.
- Koç, E. & Kızılkaya Beji, N. (2016). Başarılı İnfertilite Tedavisi Sonrası Gebelerin Yaşadığı Problemler ve Danışmanlık. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6(3), 201-206.
- Körükçü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukcuoğlu, K. (2017). Investigation of the Relationship Between the Psychosocial Health Status and Fear of Childbirth in Healthy Pregnancies. Clin Exp Health Sci, 7, 152-8.
- Kuğu, N.& Akyüz, G. (2001). Gebelikte Ruhsal Durum. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 23(1), 61-64.
- Kuş, C. (2008). İnfertilite Durumunda Kadınların Yaşam Kalitesi ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Ladores S., Aroian K. (2015) The Early Postpartum Experience of Previously Infertile Mothers. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 44, 370-379.
- Malina A, Pooley JA. (2017). Psychological Consequences of IVF Fertilization - Review of Research. Ann Agric Environ Med., 23;24 (4):554-558. doi: 10.5604/12321966.1232085. Epub 2017 May 11. PMID: 29284223.
- Mert, S.N. (2020). İntra Uterin İnseminasyon Yapılacak Açıklanamayan İnfertilite Tanılı Hastalarda Diagnostik Ofis H/S nin Gebelik Sonuçlarına Etkisi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Bursa.
- Ombelet, W., Cooke, I., Dyer, S., Serour, G., Devroey, P. (2008). Infertility and the Provision of Infertility Medical Services in Developing Countries. Hum Reprod Update, 14(6), 605-21. doi: 10.1093/humupd/dmn042. Epub 2008 Sep 26. PMID: 18820005; PMCID: PMC2569858.
- Özdemir, Ö. (2016). İnfertilite Tedavisi Görmüş Gebeler ile Fertil Gebelerin Prenatal Dönemde Anksiyete ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarının Karşılaştırılması. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Özkan Koç, T., Şimşek Küçükkelepçe D. & Aydın Özkan, S. (2020). Gebelikte Prenatal Bağlanma ve Vücut Algısı Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(1),49-54.

- Özşahin, Z., Erdemoğlu, Ç. & Karakayalı, Ç. (2018). Gebelikte Psikososyal Sağlık Düzeyi ve İlişkili Faktörler. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(2),34-4
- Ranjbar F., Akhondi M.M. , Borimnejad L, Ghaffari S.R. , Behboodi Moghadam Z. (2015). Paradox of Modern Pregnancy: a Phenomenological Study of Women's Lived Experiences from Assisted Pregnancy. *Journal of Pregnancy*, s.1-8. [doi: 10.1155/2015/543210](https://doi.org/10.1155/2015/543210)
- Saadat, A. (2017). Doğal Yolla ve İn Vitro Fertilizasyon ile Gebe Kalan Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Shapiro, G. D., Fraser, W. D., Frasch, M. G., & Séguin, J. R. (2013). Psychosocial Stress in Pregnancy and Preterm Birth: associations and mechanisms. *Journal of Perinatal Medicine*, 41(6), 631–645.
- Şirin, A.& Kavlak, O. (Ed.) (2015). Kadın Sağlığı. İzmir: Nobel Tıp Kitap Evleri.
- Taşkın, L. (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
- Tokgöz, M.G. (2018). Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe ve Annelik Rolüne Uyumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Tunç, Ş. (2014). Spontan Yoldan ve Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Hastaların Maternal, Fetal ve Perinatal Özelliklerinin Karşılaştırılması. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Doktora Tezi, Malatya.
- Türk Delibalta, R., Bölükbaşı, H., Tezcan, E., Gözükar, İ., Hakverdi, U. A. & Özer, H. (2021). Prenatal Dönemdeki Gebe Kadınların Gebeliğe ve Anneliğe Uyumu ile İlişkili Faktörler. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 11(1), 45-51.
- Uçar, H. (2014). Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumları ile Annelik Rolü Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Yıldız, H. (2011). Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 4(1), 63-74.
- Zengin, S. (2019). Normal ve Riskli Gebelerin Doğum Sonrası Dönemde Anneliğe Uyumlarının Değerlendirilmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

EK I. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU
LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!! Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.
Bu çalışmanın adı ne? Spontan ve Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınlarda Psikososyal Sağlık ve Anneliğe Uyum
Bu çalışmanın amacı ne? Bu araştırmanın amacı, spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda psikososyal sağlık ile anneliğe uyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemektir.
Size nasıl bir uygulama yapılacak? Bu araştırma kapsamında sizden iki adet anket formu doldurmanız istenecektir.
Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir? Herhangi bir tedavi söz konusu değildir.
Ne kadar zamanınızı alacak? Anketleri doldurmanız 20 dakikanızı alacaktır.
Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır? 253
Sizden alınacak biyolojik materyallere ne olacak ve analizler nerede yapılacak? (analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması), Sizden herhangi biyolojik materyal alınmayacaktır.
Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir? Sizden anketteki soruları doğru ve eksiksiz olarak doldurmanız beklenmektedir.
Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacak? Çalışmadan elde edilecek sonuçlar, sağlık hizmeti veren kişilerin yaklaşımları için yol gösterici olacak ve daha nitelikli bakım almanızı sağlayabilecektir.
Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir? Araştırmaya katılımın sona erdirilmesi gereken herhangi bir durum yoktur.
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi? Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar vermeyecektir.
Eğer katılmak istemezseniz ne olur? Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Eğer istemiyorsanız çalışmaya katılmayabilirsiniz.
Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir? Size uygulanabilecek herhangi alternatif bir yöntem yoktur.
Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi?

Hayır, bu çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.		
Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim?		
Hayır, bu çalışmaya katıldığınız için herhangi bir ücret ödemeyeceksiniz. Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.		
Bilgilerin gizliliği: Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.		
Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri		
Adı, soyadı: Kübra DEMİR		
Ulaşılabilir telefon numarası:		
Görev yeri: Batı Anadolu Hastanesi Central Hospital		
Çalışmaya Katılma Onayı:		
Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum. Bilgilendirilmiş gönüllü olurunun imzalı ve tarihli bir kopyasının bana verileceğini biliyorum.		
GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		

TELEFONU		
TARİH		
Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

EK II. GEBE TANITIM FORMU

1. Kaç yaşındasınız?

2. Öğrenim durumunuz nedir?

- a) Okuma-yazma biliyor b) İlkokul c) Ortaokul
d) Lise ve dengi e) Üniversite/yüksekokul f) Lisansüstü

3. Mesleğiniz nedir?

- a) Ev Hanımı b) Memur c) İşçi d) Serbest Meslek e) Diğer.....

4. Eşinizin öğrenim durumu nedir?

- a) Okuma-yazma biliyor b) İlkokul c) Ortaokul
d) Lise ve dengi e) Üniversite/yüksekokul f) Lisansüstü

5. Eşinizin mesleği nedir?

- a) İşsiz b) Memur c) İşçi d) Serbest Meslek e) Diğer.....

6. Sosyal güvence türünüz nedir?

- a) Yok b) SGK c) Özel sağlık sigortası d) Diğer

7. Evlilik süreniz nedir?:

8. Aile tipiniz nedir?

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

9. Ailenizin gelir durumu sizce nasıldır?

- a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

10. Gebeliğiniz isteyerek, planlanarak mı oldu?

- a) Evet b) Hayır

11. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?

12. Şu anki gebeliğiniz çoğul gebelik mi?

- a) Evet b) Hayır

13. Şu anki gebeliğiniz süresince herhangi bir sorun yaşadınız mı?

- a) Hayır b) Evet

14. Kaç kez gebe kaldınız?

- a) İlk gebelik b) 2 c) 3 d) 4 ve üzeri

15. Kaç kez doğum yaptınız?

- a) Yapmadım b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 ve üzeri

16. Yaşayan kaç çocuğunuz var?

- a) Yok b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 ve üzeri

17. Daha önce doğum yaptıysanız gebeliğinizde problem yaşadınız mı?

- a) Hayır b) Evet

18. Eşinizin gebeliğe karşı tutumunu nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Gebeliğimi istiyor b) Gebeliğimi istemiyor c) Kararsız

19. Gebelik süresince en fazla destek aldığınız kişi kimdir?

- a) Eşiniz b) Kendi aile bireyleriniz c) Eşinizin ailesindeki bireyler
d) Aile dışındaki akrabalarınız e) Arkadaşlarınız f) Komşularınız
g) Sağlık personelleri h) Diğer

20. Bu desteği nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Yeterli b) Kısmen yeterli c) Yetersiz

21. Gebelikle ilgili eğitim aldınız mı?

- a) Hayır b) Evet

22. Cevabınız evet ise nereden eğitim aldınız?

- a) Doğuma hazırlık sınıfları b) Online eğitim c) Kitaplar
d) İnternet ve sosyal medya e) Yazılı-görsel materyal f) Diğer.....

Yardımcı Üreme Tekniği ile Gebe Kalan Kadınlara Yönelik Sorular

23. İnfertilite sebebiniz neydi?

- a) Kadın faktörü b) Erkek faktörü
c) Hem kadın hem erkek faktörü d) Sebebi açıklanamayan infertilite

24. Ne kadar süre infertilite tedavisi gördünüz?

25. Kaçınıcı tedavi sonucu gebe kaldınız?

26. Hangi tedavi yöntemi sonucu gebe kaldınız?

EK III. GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME
ÖLÇEĞİ (GPSDÖ)

<i>Aşağıdaki maddeler “çok fazla”dan “hiç” ifadesine kadar derecelendirilmiştir. Lütfen her bir maddede sizin duygu, düşünce ve genel durumunuzu en iyi- en uygun olarak tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz</i>					
	Çok fazla	Fazla	Orta	Az	Hiç
1. Gebeliğinizin planlı/istenilen bir gebelik olduğuna ilişkin inancınız					
2. Gebe olduğunuzu öğrendiğinizdeki mutluluk düzeyiniz					
3. Gebeliğinize ilişkin şu andaki mutluluk düzeyiniz					
4. Gebeliğinizde yaşadığınız sorun/sıkıntılarınız					
5. Eşinizin gebeliğinizle ilgili mutluluk düzeyi					
6. Eşinizin gebeliğinizde size gösterdiği ilgi					
7. Ailelerinizin gebeliğinize yönelik davranışlarının sizi olumsuz etkilemesi					
8. Gebeliğinizde eşinizin sizi her yönden desteklediği/destekleyeceği inancınız					
9. Gebeliğinizde duygusal destek ihtiyacınız					
10. Gebeliğinize yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
11. Anne olmaya yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
12. Gebeliğinize ya da anne olmanıza yönelik korku/panik duygusu					
13. Gebeliğinizden dolayı yaşamınızdaki değişim düzeyi					
14. Gebeliğinizden dolayı yaşamınızda yaptığınız değişikliklerden olumsuz etkilenme düzeyiniz					
15. Gebeliğinizde vücudunuzda oluşan değişikliklerin sizde yarattığı stres/kaygı düzeyi					
16. Doğumdan sonra bebeğinizin bakımında alabileceğiniz destek düzeyi					

17. Doğumdan sonra kendi bakım ve ihtiyaçlarınızda alabileceğiniz destek düzeyi					
18. Evlilik ilişkinizde kendinizi mutlu hissetme düzeyiniz					
19. Bebeğin doğumuyla birlikte evlilik ilişkinizin daha iyi olacağına inancınız					
20. Eşinizin size değer vermesi/ saygı göstermesi					
21. Evliliğinizin devamına ilişkin kaygı/korku düzeyiniz					
22. Eşinizden çekinme, korkma düzeyiniz					
23. Eşinizden fiziksel şiddet (itme, vurma vb.) görme					
24. Eşinizden sözel, psikolojik şiddet (aşağılama, hakaret, küçük düşürme vb.) görme					
25. Eşinizden cinsel şiddet (zorla cinsel ilişki, zarar verme vb) görme					
26. Eşinizin aile, akraba, arkadaş vb. ile görüşmelerinizi kısıtlaması					
27. Eşinizin sizi rahatsız eden/kaygılandıran zararlı alışkanlıkları (sigara, alkol, kumar vb)					
28. Şu anda yaşamınızdaki stres, sıkıntı düzeyi					
29. Şu anda maddi/ekonomik sorun yaşama durumunuz					
30. Gebelik öncesi veya şu anda tedavi gerektirecek düzeyde yaşadığınız psikolojik (ruhsal) sorunlar					
31. Kendi ailenizle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
32. Eşinizin ailesiyle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
33. Aileniz tarafından sevildiğiniz inancı					
34. Eşiniz tarafında sevildiğiniz inancı					
35. Ailenizin size her konuda destek olduğu/ olacağı düşüncesi					
36. Çocuğunuza iyi bir bakım verebilme kaygısı					
37. Çocuğunuza iyi bir gelecek sağlama kaygısı					

38. Eşinizin iyi bir baba (ilgili, sorumluluk sahibi vb.) olacağına yönelik kaygınız					
39. Doğumdan sonra sosyal yaşantınızın olumsuz etkileneceği endişesi					
40. Her şeyin kötü gittiği/gideceği düşüncesi (inancı)					
41. Nedenini bilemediğiniz sıkıntı, endişe, üzüntü, mutsuzluk hissi					
42. Gebeliğinizde rahat ve güvende olma hissiniz					
43. Gebeliğinizde sorunlarla baş etme yolu olarak sigara, alkol vb madde kullanmanız					
44. Gebeliğiniz nedeniyle iş yaşamınızda olumsuz değişikliklerin (<i>işinizi ya da işinizdeki statüyü kaybetme vb</i>) olduğuna/ olacağına ilişkin endişeniz					
45. Eşinizin iş değiştirme, bırakma ya da iş kaybı yaşamasına yönelik endişeniz					
46. Gebeliğiniz nedeniyle sosyal yaşamınızın (arkadaşlık, eğlence, gezi, tatil vb.) olumsuz etkileneceği/ etkilendiği inancınız					

EK IV. PRENATAL KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (PKDÖ)

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
1. Gebe olmak için iyi bir zaman.				
2. Gebeliğim süresince ortaya çıkabilecek rahatsızlıkların üstesinden gelebilirim.				
3. Gebeliğim nedeniyle meydana gelen değişikliklere alışmakta zorlanıyorum.				
4. Gebeliğimden zevk alıyorum.				
5. Hamile olmaktan memnunum.				
6. Bu hamileliği kabul etmek benim için zor.				
7. Şimdiye kadar bu gebelikle ilgili her şey iyiydi.				
8. Bebeğe şuan sahip olmayı istemezdim.				
9. Bu gebeliğe uyum sağlamak konusunda sorun yaşıyorum.				
10. Bu hamilelik benim için bir hayal kırıklığı oldu.				
11. Bu hamilelik benim için doyum verici.				
12. Şuan hamile olmaktan üzüntü duyuyorum.				
13. Hamileliğin hoş olmayan bir çok yönü var.				
14. Hamile olduğum için mutluyum.				
15. Anne-babaları, çocukları ile birlikteyken izlemek hoşuma gidiyor.				
16. İçimde bir çocuk büyütmenin bir ödül olduğunu düşünüyorum.				
17. Bebeğime bakmayı dört gözle bekliyorum				
18. İyi bir anne olup olamayacağım konusunda kuşkularım var.				
19. Etrafımda çocukların olması hoşuma gidiyor.				
20. Çocuk bakımı ile diğer sorumluluklarımı ve işlerimi dengelemem zor olacak.				
21. Bebek bakımının o kadar da eğlenceli olmadığını düşünüyorum.				
22. Bebeğe yeterli dikkati / özeni göstermek benim için zor olacak.				
23. Bebeğin, bana bir yük olacağını düşünüyorum.				
24. Nasıl bir anne olmak istediğim konusunu düşünüyorum.				
25. Bebek bakımı için ayırdığım zaman nedeniyle kendime çok az zaman kalacağından endişeliyim.				
26. Bebeğimin bana benzememesinden korkuyorum.				

27. Bebeđimi şimdiden sevmeye başladığım.				
28. İyi bir anne olacağıma inanıyorum.				
29.Bebeđimle olmaktan hoşlanacağımı hissediyorum.				



EK V. GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İZNİ



heryilmaz

Alıcı: ben ▼

2021-02-09 12:35, Kübra DEMİR yazmış:

- > Sayın Hatice ERYILMAZ,
- >
- > Merhabalar ben İzmir Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- > hemşirelik ana bilim dalı kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği
- > yüksek lisans programı öğrencisiyim.
- >
- > "Tedavi ile ve spontan gebe kalan kadınların psikososyal
- > sağlıkları ve anneliğe uyumlarının karşılaştırılması"
- > isminde yüksek lisans tezimi danışanım Öğretim Üyesi Sezer Er
- > Güneri ile planlıyoruz. Bu tez çalışmasında Gebelikte Psikososyal
- > Sağlığı Değerlendirme ölçeğini izniniz ile kullanmak
- > istiyoruz. İzin ile ölçek maddelerini içeren ölceğin yönergesini
- > çok mutlu olacağım şimdiden teşekkürler .
- >
- > _Saygılarımla , İyi Çalışmalar_
- >
- > Kübra DEMİR
- > Batı Anadolu Hastaneleri Kalite Direktörü
- > <http://www.batanadolu.com.tr> [1]
- > Adres : Fuat Edip Baksı Mahallesi, Zeki Yavaş Sk. 2/2, 35540
- > Bayraklı/İzmir
- > Telefon : (0232) 341 67 67 Dahili:
- > Fax : (0232) 341 68 68
- > Gsm :
- >
- >
- >
- > Links:
- > -----
- > [1] <http://www.centralhospital.com.tr/>

Sayın Kübra Demir,
Öncelikle Soyadım Eryılmaz değil, bunu belirtmek isterim.
Geliştirmiş olduğum "Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme
ölçeği"ni YL tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek ve
değerlendirmesi ektedir.
Başarılar dilerim.

EK VI. PRENATAL KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İZNİ

Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği

Gelen Kutusu x



Kerime Derya Beydağ

30 Nis 2020 Per 14:54



Alıcı: ben

Merhaba Kübra Hanım,

Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ekte ölçek ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Sevgilerimle

Bu elektronik postanın içeriği ve varsa ekindeki dosyalar sadece göndericisini bağlar. Okan Üniversitesi Hastanesi bu mesaj ve eklerinden hukuken sorum değildir. Eğer bu mesaj yanlışlıkla size gönderilmişse, lütfen gönderen kişiyi derhal bilgilendiriniz ve mesajı sisteminizden siliniz.

The information contained in this e-mail and any files transmitted with it bind the sender only. Okan University Hospital does not accept legal responsibility for the contents. If you are not the intended recipient, please immediately notify the sender and delete the message from your system.



Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ
Öğretim Üyesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

İstanbul Okan Üniversitesi Tuzla Kampüsü
34959 Akfırat-Tuzla / İSTANBUL

0 (216) 677 16 30 - 3849
0 (216) 677 16 47

EK VII. ETİK KURUL ONAYI

Ege Univ. Evrak Tarih ve Sayısı: 22.11.2021-E.424319



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-99166796-050.06.04-424319 **852**
Konu : Onay Kararı 21-11.1T/8

Doç. Dr. Sezer ER GÜNERİ
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız " Spontan ve Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınlarda Psikososyal Sağlık ve Anneliğe Uyum " konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz onay kararı ekte sunulmaktadır.

Başvuru dosyasının araştırmanın yürütüleceği kuruma iletilerek kurum iznini gösterir belgenin alınmasından sonra çalışmaya başlanması ve süreç içinde bu belgenin (daha öncesinde sunulmamış ise) Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir.

Ayrıca ilgili mevzuat gereği araştırmaya başlama bildiriminin, bir yıllık süreyi aşması durumunda Yıllık Bildirimlerin, Ciddi Advers Olay bildirimlerinin, bitirme tarihinin ve sonuç raporunun kurulumuza sunulması ve her türlü yazışmanın araştırma tam adı/kodu, karar, tarih ve sayısı bildirilerek Etik Kurul Bilgilendirme formu ile yapılması gerekmektedir.

Varsa **Biyolojik Materyal Transfer Formu'nun** imzaları tamamlanarak Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir. 10.04.2016 tarih ve 29680 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 34. maddesinde "**yurtdışına tetkik amaçlı numune gönderme yetkisi sadece ruhsatlı tıbbi laboratuvarlara aittir**" ifadesi yer almakta olup bu madde Klinik Araştırmalar için de yürürlüğe girmiştir. Gönderilen insan kaynaklı biyolojik materyal klinik araştırma için gönderilse bile ruhsatlı bir tıbbi laboratuvar aracılığı ile <http://numunetransfer.saglik.gov.tr> adresindeki numune transfer yazılımı kullanılarak gönderilmesi konusuna dikkat edilmelidir.

Yazımızın bir örneğinin diğer araştırma merkezlerine ve destekleyiciye iletilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Güzide AKSU
Kurul Başkanı

Ek:İlgili Etik Kurul Kararı (1 Adet aslı gibidir örneği elden gönderilecektir)



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel : 0 232 390 2134 e-mail: egetanik@gmail.com

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

Microsoft Teams Programı ile Teletoplantı gerçekleştirilmiştir.

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Spontan ve Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınlarda Psikososyal Sağlık ve Anneliğe Uyum
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Sezer ER GÜNERİ
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR	Hemşire Kübra DEMİR
	KOORDİNATOR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
	DESTEKLEYİCİ	-
	ARAŞTIRMA TİPİ	Tanımlayıcı ve Korelasyonel

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi
	ARAŞTIRMA BAŞVURU FORMU	☒
	BİLGİLENDİRME FORMU	☒
	VERİ İZLEME FORMU/ ANKET	☒
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒
	DİĞER	☒

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 21-11.1T/8	Tarih: 18.11.2021
	Yukanda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğu toplantıya katılan etik kurul üyelerince oy birliği ile karar verilmiştir.	

EGE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Güzide AKSU					
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeligi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Güzide AKSU Başkan	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. Ceyda KABAROĞLU (Başkan Yardımcısı)	Klinik Biyokimya	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya A.D. Klinik Biyokimya B.D.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Dr. Öğr. Üyesi Aysun EKŞİOĞLU Üye (Raportör)	Ebelik A.D.	Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. Zeliha KERRY Üye	Farmakoloji	Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU Üye	Halk Sağlığı A.D.	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Döşanlı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel: 0 232 390 2134 e-mail: egetaek@gmail.com
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI Spontan ve Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınlarda Psikososyal Sağlık ve Anneliğe Uyum

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu: 21-11.1T/8				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Onaylı	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Çağdaş EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	ONLINE KATILMADI (****) Kuşçuoğlu
Prof. Dr. H. Oya TÜRKÖĞLU Üye	Periodontoloji	Ege Üniversitesi Diş Hek. Fakültesi Periodontoloji A.D.	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	ONLINE KATILMADI (**)
Prof. Dr. Meltem SEZİŞ DEMİRCİ Üye	İç Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D.	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	ONLINE KATILMADI (**)
Prof. Dr. Şafak DAĞHAN Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	ONLINE KATILMADI (****)
Doç. Dr. Ahmet ÖZGÜR YENİEL Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Doç. Dr. Banu Sarsık KUMBARACI	Patoloji	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Doç. Dr. Gülbün Rudarlı NALÇAKAN	Hareket ve Antrenman Bilimleri	Ege Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi Hareket ve Antrenman Bilimleri AD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI
Doç. Dr. Mustafa Nuri DENİZ	Anestezi	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	E	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H	ONLINE KATILMADI (****)
Doç. Dr. Tahir ATİK Üye	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları A.D.	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	ONLINE KATILDI

* Araştırma ile ilişkili
** Toplantıya Katılmadı
*** Raporlu
****İzinli

EK VIII. KURUM İZNİ



ÖZEL
BATI ANADOLU HASTANESİ
CENTRAL HOSPITAL



Egehem Özel Sağlık ve Özel Eğitim Hizmetleri Turizm Tıbbi Mlz.San.Tic.AŞ

Sayı : 21-618

Tarih: 06.12.2021

Konu : Kübra DEMİR- Tez İzni Hakkında

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Kurul İşleri

İLGİ:23.11.2021 tarih ve E-86991637-100-424173 sayılı yazınız,
23.11.2021 tarih ve E-86991637-100-424173 sayılı yazınıza istinaden; enstitünüz Kadın
Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Kübra
DEMİR'in "Spontan ve Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınlarda Psikososyal
Sağlık ve Anneliğe Uyum" başlıklı tez çalışması verilerini 15/11/2021-15/02/2022 tarihleri
arasında hastanemizde toplayabilmesi uygun görülmüştür. Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

EK IX. TEZ ONAYI

Ege Üniv. Evrak Tarih ve Sayısı: 17.11.2021-E.419409



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Kurul İşleri

Sayı : E-86991637-302.14.01-419409
Konu : Kübra DEMİR'in tez konusu

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz Yönetim Kurulu'nun 16.11.2021 tarih ve 46/12 sayılı kararı ile Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Kübra DEMİR'in tez konusunun "Spontan ve Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınlarda Psikososyal Sağlık ve Anneliğe Uyum" olarak belirlenmesi uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Mahmut TÖBÜ
Müdür V.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSN1701NRZ
Adres:Ege Üniversitesi Kampüsü 35100 Bornova /İzmir
Telefon:0 (232) 311 44 93 Faks:0 (232) 311 44 86
e-Posta:sekunul@mail.ege.edu.tr Web:www.ege.edu.tr
Kep Adresi:egeuniversitesi@egeuniversitesi.ho3.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/ege-universitesi-ehys>

Bilgi için: Berrin UNALIR
Unvanı: Şef
Tel No: 3114495



Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

ADI	KÜBRA	SOYADI	DEMİR
DOĞUM YERİ		DOĞUM TARİHİ	
UYRUĞU	T.C.	TC. NO	
E-MAİL		TEL	

Eğitim Düzeyi

	MEZUN OLDUĞU KURUM	MEZUNİYET YILI
LİSANS	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ	2016
LİSE	MANİSA DEMİRCİ ANADOLU ÖĞRETMEN LİSESİ	2012

İş Deneyimi

GÖREVİ	KURUM	SÜRE
KALİTE DİREKTÖRÜ	BATI ANADOLU HASTANELERİ CENTRAL HOSPİTAL	2016-Halen devam ediyor

Yabancı Dilleri

YABANCI DİL	KONUŞMA	YAZMA	ANLAMA
İNGİLİZCE	ORTA	ORTA	ORTA

Bilgisayar Bilgisi

PROGRAM	KULLANMA BECERİSİ
Microsoft Office	İyi
SPSS	Orta
Prezi	İyi