



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, KEÇİÖREN SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**GEBELERİN GÜÇLÜKLERE KARŞI TUTUMLARININ
BELİRLENMESİ**

Dr.Gülnihal ŞİMŞEK

Doç. Dr.Tijen ŞENGEZER

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2020

TEŞEKKÜR

Çalıőmam ve uzmanlık eğitimim sırasında değerli yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren danışmanım Sayın Doç. Dr. Tijen ŞENGEZER'e, eğitim sürecime değerli katkılarından dolayı tüm hocalarıma, yardım ve desteğini esirgemeyen arkadaşım Dr. Emine UYAR'a, Att. Makbule Işık'a, tüm asistan arkadaşlarıma, aile sağlığı merkezindeki çalışma arkadaşlarıma ve araştırmaya katılmayı kabul ederek kıymetli zamanlarını ayıran hastalarıma, manevi desteğiyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan tüm aileme ve annem Emine ŞİMŞEK'e teőekkürü bir borç bilirim.

Dr.Gülnihal ŞİMŞEK

ANKARA,2020

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar LİSTESİ	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. AİLE HEKİMLİĞİ	3
2.2. KADIN SAĞLIĞI	3
2.3. RUHSAL DURUM	5
2.3.1 Gebelerde Görülebilen Ruhsal Bozukluklar	7
2.3.1.1 Genel Anksiyete Bozukluğu	7
2.3.1.2 Kaygı.....	7
2.3.1.3 Depresyon	7
2.4. HAYATIN GÜÇLÜKLERİNE KARŞI TUTUMLAR.....	8
2.4.1. Hayata Bakış	10
2.4.2. Hayatın Güçlüklerine Karşı Düşünceler.....	11
2.4.3. Problem Çözebilme	12
2.4.4. Sosyal Durum.....	13
2.4.5. Hedef ve İdealler	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE ÖRNEKLEM.....	16
3.1.2. Veri Toplama Tekniği ve Araçları	16
3.1.2.1. Veri Toplama Formu	16
3.1.2.2. Bursa-Güçlüklere Karşı Tutum Ölçeği.....	16
3.1.3. İstatistiksel Analiz	17
3.1.4. Örneklem Büyüklüğü	17
Etik Kurul Onayı ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü İzni	17
4. BULGULAR	18
5. TARTIŞMA	38
5.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları:	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	43
7. KAYNAKLAR	44
8. EKLER	49
EK 1: ETİK KURUL ONAYI	49

EK 2: VERİ TOPLAMA FORMU	53
EK 3: BURSA-GÜÇLÜKLERE KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ	55
ÖZGEÇMİŞ.....	58



TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1.	Katılımcıların Yaş Analizi	18
Tablo 4.2.	Katılımcıların Eğitim Yılı Analizi	18
Tablo 4.3.	Katılımcıların Çalışma Durumu ve Gelir Düzeyi	19
Tablo 4.4.	Katılımcıların Diğer Sosyodemografik Veri Analizi	20
Tablo 4.5.	Katılımcıların Sigara Kullanım Durumu	20
Tablo 4.6.	Gebelikle ilgili tanımlayıcı bilgiler	21
Tablo 4.7.	Güçlükler Karşısında Düşünceler Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	22
Tablo 4.8.	Güçlükler Karşısında Düşünceler Puanlarının Gebelikle İlgili Özelliklere Göre Karşılaştırılması	23
Tablo 4.9.	Hayata Bakış Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	25
Tablo 4.10.	Hayata Bakış Puanlarının Gebelikle İlgili Özelliklere Göre Karşılaştırılması	26
Tablo 4.11.	Problem Çözebilme Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	28
Tablo 4.12.	Problem Çözme Puanlarının Gebelikle İlgili Özelliklere Göre Karşılaştırılması	29
Tablo 4.13.	Hedef ve İdealler Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	30
Tablo 4.14.	Hedef ve İdealler Puanlarının Gebelikle İlgili Özelliklere Göre Karşılaştırılması	31
Tablo 4.15.	Sosyal Durum Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	33
Tablo 4.16.	Hedef ve İdealler Puanlarının Gebelikle İlgili Özelliklere Göre Karşılaştırılması	34
Tablo 4.17.	Güçlüklerle Karşı Tutum Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması	36
Tablo 4.18.	Güçlüklerle Karşı Tutum Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanların Gebelikle İlgili Özelliklere Göre Karşılaştırılması	37

ÖZET

AMAÇ: Gebelik her kadını ruhsal ve fiziksel açıdan zorlayan uzun bir süreçtir. Sağlıklı bir gebelik ve doğum en ideali olsa da her zaman mümkün değildir. Halk sağlığının temel ilkelerine göre, toplumun sağlık sorunları ile mücadelede risk oluşturan faktörlerin oluşmadan önlenmesi, tedavi edilmesinden daha etkindir. Bu ilkedен hareketle gebe kadınlar için de tüm risk faktörleri önceden çeşitli yöntemlerle değerlendirilip koruyucu önlemlerin alınması toplum sağlığı için faydalı olacaktır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre ülkemizde anne ölüm oranı 1990 da 68/100 Bin iken 2018 de 13,6/ 100 Bine kadar düşmüştür. Bu düşüş sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylığının artması, devlet tarafından güçlü bir şekilde desteklenen doğum öncesi bakım programları ile gerçekleşmiştir. Bu araştırmanın amacı, Bursa-Güçlüklere Karşı Tutum Ölçeği (BGKTÖ) kullanılarak, gebe kadınların güçlükler karşısında tutumunun belirlenmesi ve bu konuda yapılacak rehberlik hizmetlerine ışık tutmaktır.

YÖNTEM: Çalışma gözlemsel, analitik ve kesitsel olarak dizayn edilmiş ve Kasım 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında Kahramankazan Şehit Samet Cantürk Aile Sağlığı Merkezine başvuran gebe ve gebe olmayan kadınlarda toplamda 317 kişi ile yapılmıştır. Gebe kadınların ve gebe olmayan kadınların sosyo-demografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla veri toplama formu ve hayatın güçlükleri karşısında tutumunu belirlemek için BGKTÖ kullanılmıştır. Veriler IBM SPSS26.0 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. Sayısal veriler Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Ki-Kare, Spearman korelasyon, testleriyle değerlendirilmiştir. Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilmiştir ve $p < 0.05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Anket çalışması 317 kişi ile yapılmıştır. 12 kişi analize dâhil edilmemiştir. Analize katılan 305 kişinin 158'i (%51,8) gebe olup 147'si (%48,2) gebe değildir. Katılımcıların yaş ortalaması $29,59 \pm 5,81$ 'dir, ortalama eğitim yılı süresi $10,78 \pm 4,39$ yıldır. Gebe olanlarla olmayanlar arasında eğitim yılı, çalışma durumu ve gelir düzeyleri açısından istatistiksel anlamlı bir fark yoktur. Çalışmamızda; Gebe kadınların güçlükler karşısında tutumları değerlendirilmiştir.

SONUÇ: Araştırmamızda BGKT ölçeği skorları üzerine gebeliğin, planlı

gebeliğin, eğitim yılının ve gelir düzeyinin etkili olduğunu bulduk. Eğitim yılında ve gelir düzeyindeki artışla birlikte kadınların güçlükler karşısında tutumları güçlenmektedir. Bu bulgular sonrası çalışmaya başlarken kurduğumuz H1 hipotezimiz (güçlüklere karşı dşnceler üzerine gebelik etkindir) kabul edilmiştir (p:0,006). Gebe kadınların genel ruhsal durumlarını değerlendirmede BGKT linin kullanılması faydalı olabilir.

ANAHTAR KELİMELELER: Gebe, glk, hayat, tutum,



ABSTRACT

AIM: Pregnancy is mentally and physically challenging period for women. Although a healthy pregnancy and birth is the ideal, it is not always possible. According to the basic principles of public health, prevention of risk factors before they occur is more effective than treating the health problems of the society. Based on this principle, it will be beneficial for the public health to evaluate all risk factors for pregnant women in advance using various methods and take preventive measures. According to the data of the World Health Organization, the maternal mortality rate in our country was 68/100 thousand in 1990 and decreased to 13.6 / 100 thousand in 2018. This decline has been brought about by the increase in the ease of access to health services and the prenatal care programs strongly supported by the state. The aim of this study is to determine the attitude of pregnant women against difficulties and to shed light on the counseling services to be done in this regard, using the Bursa-Attitude towards Difficulties Scale (BGKTÖ).

METHOD: The study was designed as an observational, analytical and cross-sectional and was conducted with a total of 317 people in pregnant and non-pregnant women who applied to Kahramankazan Şehit Samet Cantürk Family Health Center between November 2019 and February 2020. Data collection form was used to evaluate the socio-demographic characteristics of pregnant women and non-pregnant women, and BGKTÖ was used to determine their attitudes towards the difficulties of life. The data were analyzed by IBM SPSS26.0 statistical package program. Numerical data were evaluated with Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Chi-Square, Spearman correlation tests. Results were evaluated at 95% confidence interval and $p < 0.05$ values were considered statistically significant.

RESULTS: The survey was conducted with 317 people. 12 people were not included in the analysis. Of the 305 people participating in the analysis, 158 (51.8%) are pregnant and 147 (48.2%) are not pregnant. The average age of the participants is 29.59 ± 5.81 ; the average education year is 10.78 ± 4.39 years. There is no statistically significant difference between pregnant women and those who are not in terms of education year, employment status and income levels. In our study; the attitudes of pregnant women against difficulties were evaluated.

CONCLUSION: In our study, we found that pregnancy, education year, planned pregnancy and income level are effective on BGKT scale scores. Women's attitudes towards difficulties are getting stronger with increase of education an income's level. After these findings, our H1 hypothesis that we established when starting the study (pregnancy is effective on thoughts against difficulties) was accepted (p: 0.006). It may be beneficial to use BGKT to evaluate the general mental state of pregnant women.

KEY WORDS: Attitude, difficulty, life, pregnant



KISALTMALAR

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologist

BGKTÖ : Bursa Güçlüklere Karşı Tutum Ölçeği

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

GKD : Güçlüklere Karşı Düşünceler

HB : Hayata Bakış

Hİ : Hedef ve İdealler

JAOG :Japan Association of Obstetricians and Gynecologists

JSOG : Japan Society of Obstetrics and Gynecology

NICE :National Institute for Health and Care Excellence

PÇ : Problem Çözme

SD : Sosyal Durum

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

WONCA : Word Organization of Family Doctors,

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlıklı bir gebelik ve anne sağlığı tüm ülkelerde beklenen ve belirli disiplinlerce yönetilen bir durumdur. Dünyada ve ülkemizde gebe kadın sağlığı rehberler doğrultusunda izlenmektedir. Ülkemizde sağlık bakanlığı tarafından aile hekimlerine bu konuda ciddi ve önemli görevler verilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre ülkemizde anne ölüm oranı 1990 da 68/100 Bin, 2010 da 20/100 Bin ve 2018 de 13,6 /100 Bine kadar düşmüştür (1). Anne ölüm oranlarındaki bu düşüş sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylığının artması, devlet tarafından güçlü bir şekilde desteklenerek yürütülen doğum öncesi bakım programları ile gerçekleşmiştir.

Aile hekimliğini World Organization of Family Doctors (WONCA) şu şekilde tanımlamıştır; “Aile Hekimi, disiplininin prensipleri doğrultusunda eğitim almış uzman doktordur. Tıbbi bakım isteyen kişiye, yaş, cinsiyet ve hastalıktan bağımsız kapsamlı, bütüncül ve sürekli sağlık bakımı sunmakla sorumludur. Bu bakımı, hastalarının otonomisine saygı göstererek kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında verir. Yetenek ve değerlerini etkin ve güvenli bir sağlık bakımı vermek üzere geliştirmekle yükümlüdür” (2).

Ülkemizde kişilerin sağlık danışmanlığındaki ilk başvuru yeri aile hekimidir. Gebelik şüphesi ile aile hekimine başvurular olmaktadır. Kolay ve ulaşılabilir olmak bunda en önemli etkidir(3). Aile hekimliğinin temel görevleri arasında birinci basamak sağlık hizmetleri en önemli yeri alır. Yeni doğan, sağlam çocuk, gebe, lohusa ve 15-49 yaş kadın izlemleri gibi birçok izlem ülkemizde aile hekimlerinin görev tanımlaması içindedir (4).Bizler de bakanlığımızın 2014 Doğum Öncesi Bakım Rehberleri kılavuzluğunda gebe izlemlerini yapmaktayız (5).

Günümüz de birçok insan yüksek bir yoğunlukta kaygı, stres yaşamaktadır. Kadınlar için de gebelik ayrıca ciddi bir kaygı ve stres faktörü oluşturmaktadır. Bu çalışmada gebe kadınların güçlükler karşısında tutumlarında farklılık olup olmadığı ve gebeliğin ek riskler getirip getirmediği araştırılmıştır. Çalışma yapılırken ile aile hekiminin birinci basamaktaki rolü, önemi ve aile hekimliğinin bütüncül, biyopsikososyal ilkeleri hedef alınmıştır. Bu araştırmanın amacı, Bursa-Güçlüklere

Karşı Tutum Ölçeği kullanılarak, gebe kadınların güçlükler karşısındaki tutumunun belirlenmesi ve bu konuda yapılacak rehberlik hizmetlerine ışık tutmaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE HEKİMLİĞİ

Aile hekimliğini WONCA şu şekilde tanımlamıştır; “Aile Hekimi, disiplininin prensipleri doğrultusunda eğitim almış uzman doktordur. Tıbbi bakım isteyen kişiye, yaş, cinsiyet ve hastalıktan bağımsız kapsamlı, bütüncül ve sürekli sağlık bakımı sunmakla sorumludur. Bu bakımı, hastalarının otonomisine saygı göstererek kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında verir. Yetenek ve değerlerini etkin ve güvenli bir sağlık bakımı vermek üzere geliştirmekle yükümlüdür” (2).

Aile hekimi herkes için sağlık sistemine ilk giriş noktasıdır (6). Sağlıklı bir nesil ve gelecek için aile hekimliği disiplini ve birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik güçlü yatırımlar yapılmalıdır. Aile hekimliği kişilerin en yakın ve kolaylıkla hizmet alabildiği bir sağlık kuruluşudur. Aynı zamanda kişinin tüm çevresi, sağlık durumu, hastalık durumu ve tüm şikâyetleriyle bütüncül olarak değerlendirmesi de önem arz etmektedir. Sağlık kaynaklarını etkin ve uygun kullanabilmenin en uygun yolu aile hekimliği disiplininin temel almalıdır.

Aile hekimleri, hastalık, test sonuçlarından daha çok bireye odaklanmıştır(7). Bu bakış açısıyla hastalık tipi ve tanımlanmış bir zaman ile sınırlanmamışlardır. Kendine kayıtlı bireyleri risk durumları açısından da değerlendirir. Bu ilkelerle gebe kadınlarda aile hekimleri için özellikli bir gruptur(8). Sağlıklı bir gebelik için kadınlar fiziksel ve ruhsal yönden aile hekimleri tarafından takip edilmektedirler.

2.2. KADIN SAĞLIĞI

2.2.1. 15-49 Yaş Kadın İzlemleri Programı

Aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları kapsamında; birinci basamak sağlık yönetimi ve koruyucu hekimlik ön plandadır (9) Dünyada ve ülkemizde anne ve bebek sağlığı en önemli toplum sağlığı göstergeleri arasındadır. Aile hekimliği

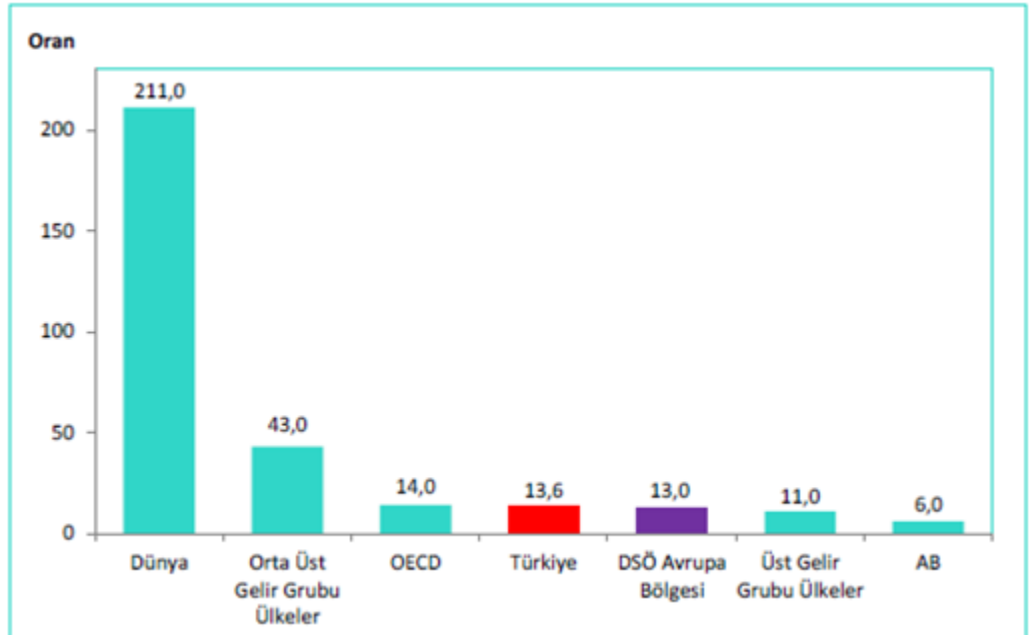
disiplinin görev ve sorumlulukları dikkate alındığında gebe ve kadın izlemleri dikkati çekmektedir. Bu bağlamda çeşitli rehber ve yönergeler hazırlanmıştır.

Tespit edilemeyen gebeliklerin tespit edilmesi, istenmeyen gebeliklerin modern yöntemlerle önlenmesi, tetanoz bağışıklamasının tamamlanması ve erken dönem kanser taramalarının yapılması amacıyla 15-49 yaş grubu kadınlar için yılda 2 kez izlem alınması bakanlık yönergeleri ile aile hekimlerinin koruyucu sağlık hizmetleri kapsamındadır.

2.2.2. Doğum Öncesi Bakım Programı-Gebe izlemleri

Gebelik, doğum eylemi ve lohusalık esnasındaki komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık çağındaki kadınlar arasında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenleridir. Bir gelişmişlik göstergesi olarak anne ölüm düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile yakından ilişkilidir. Ülkemizde anne ölüm düzeyi 2018 yılında 100 bin canlı doğumda 13,6 dır (1). Anne ölüm oranının uluslararası karşılaştırması Şekil 1 de verilmiştir.

Şekil 1: Anne Ölüm Oranının Uluslararası Karşılaştırılması, (100.000 canlı doğumda), 2017



*Türkiye verisi 2018 yılına aittir.

Sağlıklı bir gebelik ve anne sağlığı tüm ülkelerde beklenen ve belirli disiplinlerce yönetilen bir durumdur. Risk durumlarının oluşmadan engellenmesi ve iyilik halinin devamı için tüm dünyada protokoller oluşturulmuştur. Ülkemizde ise 2014 yılında güncellenen ve halen uygulanmakta olan Doğum Öncesi Bakım rehberleri kullanılmaktadır (5).

2.2.3. Dünyada Gebe İzlemleri

1. Amerika (American College of Obstetricians and GynecologistACOG): Daha önce sorunsuz gebelik öyküsü olan, medikal ve obstetrik problemi olmayan multipar gebelerde takip sıklığı azaltılabileceği önerilmektedir (10).

2. İngiltere (National Institute for Health and Care Excellence-NICE): Kilo takibi, ödem bakılması ve D vitamini desteği sadece riskli gebelerde yapılır. Rubella ve hemoglobinopati bakılması rutin olarak önerilir.

3. Japonya (Japan Association of Obstetricians and Gynecologists JSOG, JAOG): Toplamda 16 izlem önerilmektedir. Pap smear taraması rutin olarak önerilir.

4. Dünya Sağlık Örgütü: Gebelik boyunca sekiz izlem önermektedir. Her izlemde kan basıncı ölçümü, gerekirse proteinüri bakılması önerilmektedir. Aile içi şiddet konusunda değerlendirilme yapılması önerilmektedir. Tüm gebelere demir, folik asit replasmanı ve riskli gruptaki gebelere A vitamini ve kalsiyum takviyesi önerilmektedir. Ayrıca tetanoz aşısı uygulanması yeterli bağışıklığı olmayan her gebeye önerilmektedir (11).

2.3. RUHSAL DURUM

Yaşam boyunca stres faktörü hayatımızın önemli bir kısmını yönetmekte ve hayatımızı şekillendirmektedir. Toplumsal ya da kişisel olarak karşılaştığımız strese karşı uyum ve stresi yönetim şeklimiz önemlidir. Kişiden kişiye zor durumlarla baş etme ve yönetim şekilleri değişir ve değişik faktörlerden etkilenir (12).

Gebelik kadınlar için doğal ama stresli ve sonu doğum eylemi gibi zor bir süreçle biten bir yaşam olayıdır. Gebelik esnasında önemli psikososyal ve biyolojik değişiklikler olmaktadır. Kadının hem evlilik hem de aile ve toplumsal rollerdeki

hızlı değişime uyum sağlaması gerekmektedir. Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci olduğu bildirilmektedir (13).

Tüm kılavuzlarda gebe kadınların fiziksel durumu rutinde ve her vizite değerlendirilmekte ama gebe kendisi iletmedikçe ruhsal durumu göz ardı edilmektedir. Anksiyete ve ruhsal durum değişikleri gebede normal karşılanmakta ve gebeliğe bağlı fizyolojik bir durum ile bağdaştırılmaktadır. Bu durum gebelerde anksiyete, depresyon gibi ruhsal durum değişikliklerinin erken tanı ve tedavisini geciktirmektedir (10).

Gebe bir kadını ruhsal açıdan değerlendirirken şu iki soru öncelikle düşünölmelidir. Gebelik ve getirdiği sorunlar ruhsal durumu nasıl etkileyebilir? Ruh sağlığındaki bozulma gebe kadını ve fetüsü nasıl etkileyebilir? Bu riskler düşünölerek gebe kadınların en az bir kez gebelikte veya doğum sonrası dönemde depresyon ve anksiyete belirtileri açısından bir tarama aracı kullanılarak değerlendirilmelisi önerilmektedir (10).

Aile hekimliği sağlık sistemine giriş noktası olduğu için ruhsal bozuklukları önlemede diğer sağlık kurumlarından ayrı bir öneme sahiptir. Aile hekimi; kolay ulaşılabilmesi, diğer hizmet veren kurumlara göre daha fazla insanla etkin iletişim kurabilmesi nedeniyle önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle erken tanı ve tedavideki rolü nedeniyle de oldukça önemlidir. On dört ölkeden 26.000 kişinin katıldığı bir çalışmada birinci basamakta depresyonun %10,4 oranında, anksiyete bozukluğun %7,4 oranında görölmesi ruhsal bozuklukları önlemede birinci basamağın rolünün ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Dünyanın çoğu ölkesinde her 3-4 tedavi edilebilir ruhsal sorunları olan kişiden birinin birinci basamağa başvurduğu düşünölürse birinci basamağın erken teşhis ve tanıdaki rolü yeterince anlaşılacaktır. Bu ruhsal sorunlar; çocukluk çağı ruhsal problemleri, doğum sonu depresyon, yas, alkolle ilişkili problemler, özkıyım vb. dir (14).

2.3.1. Gebelerde Görülebilen Ruhsal Bozukluklar

2.3.1.1. Genel Anksiyete Bozukluğu

Genel anksiyete bozukluğu kontrolü zor olan, günlük yaşamı olumsuz etkileyen, yaşam kalitesini bozan ve altı aydan daha uzun olmayan aşırı ve sürekli endişe ile karakterizedir. Günlük yaşamında, iş hayatında bozulmaya kadar gidebilen sürekli endişe halidir(15). Diğer özellikler arasında endişe ve sinirlilik gibi psikolojik anksiyete belirtileri ve artan yorgunluk ve kas gerginliği gibi fiziksel (veya somatik) anksiyete belirtileri bulunur. Gebenin doğum kaygısı, bebeğinin sağlığı ya da başka nedenlerle tetiklenen endişeleri sürekli bir hal alarak ruh sağlığını bozabilir(16).

2.3.1.2. Kaygı

Kaygı, bariz bir uyararla oluşan korku ve endişe ile belirli bir duygu durumudur. Normalde bireyi olası bir tehlikelere karşı harekete geçmesi için hazırlayan biyolojik bir uyarıcıdır. Kaygı tehdide karşı gelişen bir tepki olup geleceğe yöneliktir. Kaygı ve korku arasında ince bir sınır vardır. Kaygı; korkuya benzer ama korkudan farklıdır. Kaygı, bir olay ya da nesneden bağımsız da olabilen sürekli alarm durumudur (17). Makul bir kaygı gerekli durumlarda yaşamsal öneme sahipken aşırı olması hayatı yaşanmaz bir hale de sokabilmektedir. Kaygı ile depresif duygurum farkını şöyle açıklayabiliriz; depresif duygu durumlarında dış dünyaya kapılarımızı kaparken kaygı bozukluklarında aksine sonuna kadar açar ve olası bile olmayan en kötü senaryoları zihnimize çevirip dururuz. Gebelik süresince kadınlar hem kendi hem de bebeği için endişe duymakta, duygu karmaşaları yaşayabilmektedirler (18)

2.3.1.3. Depresyon

Depresyon ise her yaşta görülebilen kişinin biyopsikososyal yaşam alanını olumsuz yönde etkileyen sürekli üzüntülü duygu durumudur (19). Depresyon genel toplumda ve birinci basamakta en sık görülen ruh sağlığı durumudur. Her ne kadar birinci basamak hastalarında depresyon belirtileri yaygın olsa da, az sayıda hasta bu semptomları doğrudan aile hekimleriyle konuşmaktadır. Bunun yerine, depresyonu olan birinci basamak hastalarının üçte ikisi somatik semptomlarla (örn. Baş ağrısı,

sırt problemleri veya kronik ağrı) ortaya çıkararak depresyonun saptanmasını güçleştirmektedir. Üstüne gebe olmak tanıyı daha da zorlaştırmaktadır (20). Bu da etkin bir tarama yöntemini gerekli kılmaktadır. Depresyonda görülen uyku bozukluğu, enerji kaybı, iştah durumundaki artış ya da azalma gibi pek çok belirti ve bulgu gebelikte de görülmektedir. Bu durum tanı ve tedaviyi geciktirebilir (21).

Gebelik sürecindeki depresyona erken tanı konmaz ve tedavi edilmezse; günlük aktivitelerde zorlanmalar, prenatal bakımdaki başarısızlıklar, yetersiz diyet uygulamaları, tütün ve alkol gibi madde kötüye kullanımı, kendine zarar verme veya intihar düşüncelerine kadar gidebilen olumsuz davranış modellerine neden olabilir. Annedeki depresyonun fetal büyüme yanında, erken çocukluk döneminde mizaç oluşumunda ve geç çocukluktaki davranışlarda etkili olduğu düşünülmektedir. Gebelik dönemi fizyolojik belirtileri ile depresif semptomlar karışabileceğinden tanı koymak güçleşmektedir.

Doğum öncesi izlemler ve loğusa izlemleri aile hekimlerinin kadınlarla ruh sağlığı durumlarını konuşmak ve oluşabilecek sorunları önceden tanımlayarak riskleri azaltmak için kullanılacak fırsatlardır. Ayrıca gebe kadınlara doğum korkusu, önceki bebek kayıpları, geçirilmiş travmatik doğumlar, kötü doğum öyküleri gibi geçmiş deneyimler hakkında konuşma fırsatı verebilir.

Hamilelik sırasında veya doğumdan sonraki ilk 12 ayda meydana gelen majör ve minör depresif atakları içeren perinatal depresyon, yedi kadından birini etkileyen hamilelik ve doğum sonrası dönemde en sık görülen tıbbi komplikasyonlardan biridir. Tedavi edilmeyen perinatal depresyon ve diğer duygu durum bozuklukları yıkıcı etkilere sahip olabileceğinden, depresyonlu hamile ve doğum sonrası kadınları tanımlamak önemlidir. ACOG, kadın doğum uzmanlarının, perinatal dönemde en az bir kez depresyon ve anksiyete belirtileri için hastaları taramalarını önermektedir (22).

Kadını depresyona maruz hale getirebilecek faktörler onu izole eden, yalnızlaştıran, destek ve özgüvenini azaltan durumlardır (8). Geniş ve kapsamlı bir ruh sağlığı değerlendirilmesi, hamilelik süresince veya doğum sonrası dönemde bir ruh sağlığı sorununun doğru teşhisini destekleyebilir ve kadınlara en uygun fırsatta

en uygun tedavinin sunulmasını sağlayabilir. Önceki travmatik doğum, çocuk kaybı ve diğer bireysel durumlar gibi hamileliğe veya doğum sonrası döneme özgü faktörler, ek destek ihtiyaçlarının belirlenmesine yardımcı olabilmektedir.

Ruh sağlığını koruyucu önlem ve uygulamalar ülkelerin ihtiyaçlarına, kültürüne, sosyo-ekonomik durumlarına göre ayarlanmalıdır. Önleyici uygulamalar risk faktörlerini azaltma ve koruyucu faktörleri artırmayı amaçlamaktadır. Risk faktörleri, koruyucu faktörler ve bunların ilişkisinin ruhsal bozuklukların gelişmesine yol açtığına dair güçlü kanıtlar vardır. Hem risk hem de koruyucu faktörler kişisel, aileyle ilişkili, sosyal, ekonomik ve çevresel etmenler olabilir (14).

2.4. HAYATIN GÜÇLÜKLERİNE KARŞI TUTUMLAR

Stres, bir olayın ya da durumun kişi üzerinde meydana getirdiği ruhsal gerilimdir (23). Kaygı, endişe, korku, heyecan, öfke, bıkkınlık, karamsar, ümitsizlik, yaşamdan zevk almama gibi durumlar ise stres sırasında yaşadığımız duyguların değişiklikleri olarak karşımıza çıkar(24). Stres bir noktaya kadar yapıcı, onarıcı, gelişimi yönlendiren bir yaşamsal bir durumdur. Ancak kişinin normal yaşantısının sürdürmesine engel olup zarar verici boyuta gelebilir. Stresle başa çıkma yöntemleri herkes için farklıdır. Kimi insan ailesinden, sosyal çevresinden, inancından ya da bilgi ve becerilerinden destek alarak stres kaynağını yönetir.

Bir yaşam krizi olarak tanımlayabileceğimiz gebelikte ayrıca kadınlar için bir stres faktörü olabilmektedir. Gebe kadınlar yaşam koşulları, aile ve kişilik yapılarıyla birlikte ele alınmalıdır. Kadınların çoğunluğu gebelikte birlikte değişen fizyolojik, psikolojik, sosyolojik değişimlere uyum sağlayabilirken bir kısmında ruhsal sorunlar oluşabilmektedir (25). Bu uyum için gebe bilgi birikiminden, deneyimlerinden, aile ve sosyal çevresinden destek alabilmektedir. Gebe kadınların pozitif bir ruh halinde olması yaşam kalitelerini olumlu etkileyebilir(26). Aile hekimliği uygulamalarında kullanılması önerilen yaklaşım biyopsikososyal yaklaşımdır.(27) Bu yaklaşım, biyomedikal yaklaşımın karşısında bireyi yaşantısı, duyguları, çevresi, hastalıklara bakış açısı, fiziksel koşulları ile değerlendirir. Bireye özgü sağlık bakım planı hazırlanması yine bu faktörler göz önünde bulundurularak yapılır (28). Aile

hekimliğini diğer disiplinlerden farklı kılan bu yaklaşım sayesinde hasta ve hekim memnuniyetinin ve sonrasında sağlıkta kalitenin artması beklenmektedir.

Biyopsikososyal model 1977 yılında Amerikalı bir psikiyatrist olan George Engel tarafından tanımlanan bir yaklaşımdır. Hekimlere hastalarında emosyonel durumlarına, yaşam amaçlarına, hastalıklara karşı tutumlarına, sosyal çevrelerine ve inançlarına bağlı biyokimyasal ve morfolojik değişiklikler olabileceğini anlatır. Engel'e göre beyin ve periferik organlar karmaşık, karşılıklı etkileşim içerisindedir. Bu etkileşimin fiziksel uyarıların yanı sıra sosyal değişikliklerden de etkilendiğini ileri sürmektedir. Bu modele göre, çevresel ve psikolojik stres birey için potansiyel patojen olarak görülmektedir (29).

Biyopsikososyal boyutta kapsamlı değerlendirme basamakları

1. Fizyolojik fonksiyonları etkileyebilecek genetik, biyolojik faktörler
2. Duygular, beklentiler, inançlar, kişilik yapısı, yaşam biçimi(egzersiz ve beslenme alışkanlığı, sigara içme vb.)
3. Sağlık hizmetlerine ulaşımı, aldığı sağlık hizmetinin kalitesi, sosyal ortamlar (aile, okul, iş vb.), sosyal değerleri ve sosyal destek gibi sosyal faktörler olarak özetlenebilir.

Gebelik kadının biyolojik olarak etkiledi kadar psikolojik ve sosyal açıdan da etkilemektedir. Bu nedenle doğum öncesi izlemlerde gebenin biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesi uygun olacaktır (30). Hayatın güçlüklerine karşı tutumların belirlenmesini sağlayan BGKTÖ, aile hekimliği uygulamasında benimsenen biyopsikososyal yaklaşım başlığı altında gebelerin değerlendirilmesinde kullanılabilecek özgün bir ölçektir (12).

2.4.1. Hayata Bakış

İnsan hayatı dümdüz bir çizgi gibi ya da siyah beyaz değildir, arada griliklerde vardır. Zaman zaman kötü hissettiğimiz, yaşadıklarımızla baş etmekte zorlandığımız dönemler olabilir. Zor durumlar karşısında yaşadığımız strese karşı verilen cevap her zaman patolojik olmayabilir ve kişiden kişiye savunma

mekanizmalarına bağlı olarak değişir (31). Hayatımızdaki her şeyi her zaman kontrol edemeyiz, ancak yapabileceklerimizi de kaygı ve endişelerimiz yüzünden geciktirmemeli ve yapmaktan kaçınmamalıyız. Albert CAMUS gibi ‘Kışın en soğuk zamanında, ben nihayet içimde yenemediğim bir yaz olduğunu öğrendim’ demeliyiz. Hayatına bir anlam verip yaşam amacını bulan insanların zorluklar karşısında motive edici güçleri vardır. Anksiyete ve depresif düşünceleri daha iyi yönetebilirler. Bu anlam bazı kişilerde aile, çocuk, eş, iş, kariyer, başarı ahlaki ve etik değerler ya da inanç olabilir. Ancak maddi ve fiziksel değerlere saplanıp kalması da olasıdır. Hayatı tercih ettiğimiz değerlerle sürdürüz. Bununla beraber kişinin yaşamsal temel destekleri barınma, yemek, dinlenme, sevgi, sağlık gibi temel ihtiyaçları her şeyin önündedir.

Olumlu düşünme becerileri, kişinin hem ruh sağlığını iyi yönde etkilemekte, kendine güvenini arttırabilmekte hem de stresle baş etmede kolaylaştırıcı rol oynayabilmektedir(32). Yaşamın devamı için insanoğlunun umuda ihtiyacı vardır(33). Karamsar ve depresif düşüncelerle başa çıkılmadığında ve normal hayatını sürdürmesine engel olduğunda kişi profesyonel sağlık çalışanlarından yardım almaz.

2.4.2. Hayatın Güçlüklerine Karşı Düşünceler

Kaygı; kötü bir sonuç doğacak diye duyulan üzüntü, tasa olarak Türk Dil Kurumu (TDK)’da tanımlanmıştır. Kaygıyı belli bir düzeye kadar yaşamımızın normal bir parçası olarak görebiliriz. Ancak bu durumlar anlık olup, olması gerekenleri önceden planlayarak ön hazırlıklar yapılmalıdır. Mesela sabah içe, otobüse metroya geç kalmaktan endişe duyabiliriz ama erken kalkmak için önceden plan yapmak, çalar saati kurmak gibi hayatımızı kolaylaştırıp bir düzen vermemizi ve başarılı olmamızı sağlayabilir.

Gebelik ve annelik dönemi kadınlarda ruhsal sorunların arttığı, kadının fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşadığı bir dönemdir. Doğuma hazırlanan anne adayında sosyal izolasyon, aşırı endişe olabilir. Bu süreçte destek ve yardıma ihtiyacı vardır (34).

Aşırı endişe, kaygı ise hep en kötüyü düşünmeye meyillidir ve olağan yaşantımızı sürdürmemizi olumsuz etkiler. Stres ya da problemler oluştuğunda baş etme gücü herkeste her zaman yeterli olmayabilir. Olumlu ve iyi düşünceler stres karşısında daha iyi baş edebilme gücü verir. Oluşan probleme daha net bir bakış açısıyla bakıp kişi kendi yapabileceklerine odaklanıp yapması gerekenleri yapmalıdır. Bunun yerine daha kötüsü olacak deyip kaygılanmak sorunları çözmez aksine kısır bir döngüye girilmiş olur. Aşırı karamsarlık kişiyi intihara gibi çok olumsuz ve kötü düşüncelere kadar sürükleyebilir.

2.4.3. Problem Çözebilme

Problem Latince bir kavramdır. Problema sözcüğünden gelmektedir. Bu sözcük Proballo - öne çıkan engel - sözcüğünden türetilmiştir. TDK'de problem, teoremler veya kurallar yardımıyla çözülmesi istenen soru, mesele olarak tanımlanmıştır. Günümüz Türkçesinde ise, problem kavramına karşılık olarak sor kökünden türetilen sorun kavramı kullanılmaktadır. Sorun kavramı araştırılıp öğrenilmesi, düşünülüp çözümlenmesi, bir sonuca bağlanması gereken durum, mesele, problem anlamlarına gelen bir durumu ifade eder. Bireyler, günlük ve mesleki yaşantılarında, sürekli olarak problemlerle iç içe yaşarlar (35).

Günlük yaşantımızda karşılaştığımız pek çok şeyi problem olarak görebiliriz. Birinin bize yöneltmiş olduğu bir soru, yaptığımız kaza, sınavlar, savaş, salgın hastalıklar, çevremizdeki insanlarla yaşadığımız çatışmalar, öğretmenin öğrencisine verdiği bir ödev gibi birçok şey problem olabilir. Kişi için problem hem zihinsel hem de fiziksel olabilir. Karşılaşılan sorun yâda güçlükleri ortadan kaldırılmaya ve belirsizliklerin giderilmeye çalışılması ise problemin çözümü olarak adlandırılabilir. İster zihinsel isterse fiziksel olsun tüm problemlerin çözümü zihinsel bir süreç gerektirmektedir.

Eğer insan bir problem ile daha önceden karşılaşmış ve onu daha önceden çözmüş ise, o problem kişi için bir sorun olmaktan çıkabilir. İnsan karşılaşmış olduğu problemleri çözmek için değişik bilgi kaynaklarından yararlanır. Genellikle gelenekler, otorite figürleri, kişisel deneyimler ve bilim ve günümüz dünyasında internet, sosyal medya bu kaynaklar arasında yer alır.

Problem çözüme, belirli bir durumla başa çıkabilme için uygun, etkin seçenekleri oluşturmayı, birini seçmeyi ve uygulamayı içeren bilişsel ve davranışsal bir süreçtir. Belirli bir problemle karşılaşıldığında, analiz etme ve karar verme becerisi önem kazanır. Bununla birlikte, bireyler farkında olmadan kendi kişilikleri, deneyimleri, yetiştirilme tarzları ve okulda öğrendikleri ile kendi kişisel problem çözme ve karar verme yöntemlerini geliştirirler. Aslında problem çözme becerisi, diğer beceriler gibi öğrenilebilir bir beceridir. Bu nedenle, kişisel ve örgütsel problemlerin çözümünde gerekli olan ilk şey, problem çözme sürecinin bilinmesidir. Problem çözme sürecinin gerektirdiği davranış kategorisi, problemden probleme ve bireyden bireye farklı olsa bile problem çözme sürecinin belli genel ve temel aşamaları vardır. Genel olarak problem çözme süreçleri için kullanılan modeller, John Dewey'in 1910'dan beri kullanılan modelinin az çok değiştirilmiş biçimleridir(35).

Problem çözümede bilimsel yöntemin kullanılması birbirini takip eden aşamalar zincirini izler. Bu aşamalardan birincisi, problemin farkında olmaktır. Yani bir durumun problem olabilmesi için, o durumun kişiyi rahatsız etmesi ve bu rahatsızlık durumunun farkına varılması gerekir. Eğer kişinin ayağına yapışan sakız, kişiyi rahatsız etmiyor ve kişi onu fark etmiyorsa problem olmaz. İkinci aşamada ise problemin ne olduğu tanımlanır; problem ile ilgili durum ortaya konulur. Problemin kaynakları belirlenir. Üçüncü aşamada ise problemin çözümü için alternatif yollar ortaya atılır. Problem çözümenin son aşaması ise alternatif çözüm yollarından bir veya bir kaçını kullanarak problem durumunun ortadan kaldırılmasına çalışmaktır (35).

2.4.4. Sosyal Durum

Doğumdan ölüme kadar tüm yaşam boyunca sosyal destek kişinin yaşamında etkilidir. Sosyal destek rahimde başlar, annenin göğsünde devam eder ve bebeğin kucakta tutulmasıyla iletişimsel hale gelir. Farklı yaşam dönemlerinde sosyal destek kaynağı ve desteğin kişiler üzerindeki etkisi değişmektedir. Doğumdan itibaren annenin desteği etkiliyken daha sonra yerini aileden gelen desteğe bırakır. İlerleyen yıllarda kişinin yaşamında, akranlar, toplum, yardım çalışanları gibi farklı sosyal destek kaynakları rol alır. Ergenlikte psikolojik ya da diğer problemler üzerinde arkadaş desteği aile desteğinden daha fazla etkiliyken, ilerleyen yaşlarda bu durum

tersine dönmektedir. Bir sağlık sorunu olduğunda birincil destek kaynağı yine aile olmaktadır. Evlilik, eş, çocuklar da önemli bir sosyal destek kaynağıdır. Diğer kaynaklardan gelen desteğin eşten gelen desteğin yerini doldurmadığı belirtilmiştir (36).

Kişinin sorunlarla başa çıkma becerileri, özgüveni, uyum sağlaması, psikolojik iyi oluşu ile ilgili öz değerlendirme yapabilmesi, gelişim gösterebilmesi için kendi becerileriyle karşılaştırma yapabileceği bir kaynak gereklidir ve sosyal destek bu işlevi yerine getirmektedir (36).

Sosyal bir bağ kuramamak, bir arkadaş ya da bir aile üyesinin eksikliğini hissetmek, sağlık üzerinde günde 15 sigara içmek kadar olumsuz bir etkiye sahiptir. Diğer taraftan, yalnızlık ve sosyal izolasyon hem ruh hem de beden sağlığına obezitenin neredeyse iki katı kadar zarar vermektedir (37) .

2.4.5. Hedef ve İdealler

İnsanı yaşayan diğer canlılardan farklı kılan şey yaşam amacı hedef ve idealleridir. İdeal, her konuda en iyiye ulaşmayı, erdemi ifade eder. Erdemli olmak, erdemli yaşamaktan geçer. Sosyal yaşamın içinde insana, hayvana canlı cansız her şeye karşı düzgün ve erdemli davranışları içerir. İnsan haklarında, çocuk haklarında, kadın-erkek haklarında, hayvan haklarında, geçmiş ve gelecek nesillerin haklarında, insan ilişkilerinde, barınmada, beslenmede, üretimde, paylaşımında, pazarlamada en iyiye ulaşmak için en iyiye bilmek, en iyiye bilmek için en iyiye aramaya çalışıp paylaşmak ve başarmak. İdeal herkes için iyi olandır. Bu ideallere ulaşmak için herkes kendine hedefler belirler. Doktor olmak bir hedef iken alanında yeni gelişmelere ulaşmak, bilimsel bir buluş bir idealdir.

Her varlığın doğru bir amaca hizmet ettiğini düşünüyoruz. Bunun farkına varan herkes, kendi var oluş amacını da keşfetmeye ve buna uygun bir tutum içine girmeye çalışıyor Kant'ın eleştirel felsefesi bugün felsefi önemi olan dört temel soruyu yanıtlama girişimi olarak görülebilir: Ne bilebilirim? Ne yapmalıyım? Ne umut edebilirim? İnsan nedir? Bana göre insan yaşam amacına ulaşmadan ne mutlu

olabilir ne de kendini başarılı hissedebilir. Ancak herkesin hedef ve idealleri farklıdır ve herkes için özeldir.

İnsanın yaşadığı her zorluk karşısına çıkan her problem ve onları çözme yolları kişiye bir takım beceriler, kazanımlar katar ve hayat tecrübesi dediğimiz öğretiler kazandırır.



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE ÖRNEKLEM

Çalışma gözlemsel, analitik ve kesitsel dizayn edilip; Kasım 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında Kahramankazan Şehit Samet Cantürk Aile Sağlığı Merkezine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul edenlerin yazılı onamları alındıktan sonra yüz yüze anket uygulanarak yürütülmüştür. Çalışma gebe olan ve olmayan toplamda 317 kadın ile yapılmıştır. Çalışmaya katılan 317 kişiden psikiyatrik, nörolojik veya herhangi bir kronik hastalığı bulunan 12 kişi analizlere dâhil edilmemiştir. Analize katılan 305 kişinin 158'i gebe olup 147'si gebe değildir.

3.1.2. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Bu çalışma kapsamında veriler, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Gebe kadınların ve gebe olmayan kadınların sosyo-demografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla veri toplama formu ve hayatın güçlükleri karşısında tutumunu belirlemek için BGKTÖ kullanılmıştır

3.1.2.1. Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda gebe olan ve olmayan kadınların yaşı, eğitim yılı, mesleği, gelir düzeyi, aile yapısı, medeni durumu, evlilik yılı, çocuk sayısı, doğum şekli, önceki gebelik sonlanmaları, sigara içme durumu ve gebelere ise ilave olarak gebelik haftası, planlı bir gebelik olup olmadığı, gebelik için tedavi alıp almadığı, gebelik muayenelerine gitme durumu ve gebelikle ilgili kaygı durumunu belirlemeye yönelik 25 soru oluşturuldu. (Bkz. Ek-2)

3.1.2.2. Bursa-Güçlüklere Karşı Tutum Ölçeği

Bu ölçek, hayatın güçlüklerine karşı bireylerin tutumlarının belirlenmesi amacıyla 2009 yılında Tekin ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ölçeğin genel Cronbach-alpha değeri 0,810'dur. Ölçeğin 5 alt faktörü olup bunlar; Güçlükler Karşısında Düşünceler (GKD), Hayata Bakış (HB), Problem Çözebilme (PÇ), Hedef ve İdealler (Hİ) ve Sosyal Durum (SD) faktörleridir. Ölçek, toplam 26 sorudan oluşmakta ve 5'li Likert tipi skorlama ile sayısal hale getirildi. Her biri için en az 1

puan ve maksimum 5 puan verildi. Olumsuz soruların (3,5,8,10,13,14,16,20,23,24) puanı hesaplanırken 6'dan çıkarıldı. (41).(Bkz. Ek- 3)

3.1.3. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi IBM SPSS26.0 paket programı aracılığıyla yapılmıştır. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testleriyle değerlendirilmiştir. Sayısal verilerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama, standart sapma ve ortanca, çeyrekler arası aralık (CAA); kategorik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri oran olarak ifade edilmiştir. İki grup arasında sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grupta Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin korelasyonu normal dağılım kriterlerine uymadıkları için Spearman korelasyon testiyle incelenmiştir. Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilmiştir ve $p < 0.05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.1.4. Örneklem Büyüklüğü

G power programı ile yapılan güç analizinde örneklem büyüklüğü 257 olarak bulunmuş ve buna %10 eklenerek 282 kişiye ulaşmak hedeflenmiştir. Örneklem sayısına ulaşmak için eksik anket olabileceği ihtimaline karşı %10 eklenmiştir. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda değişkenlerin normal dağılımdan gelmediği, $p > 0,05$ olması durumunda ise değişkenlerin normal dağılımdan geldikleri belirtildi.

Etik Kurul Onayı ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü İzni

Anket çalışması, S.B.Ü. Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'nun 09.10.2019 tarihli ve 1972 Karar numaralı onayı ve HSGM' nün 09.01.2020 tarihli ve 49654233-604.02 sayılı Karar numaralı onayı ile yürütülmüştür (Bkz. EK 1).

4.BULGULAR

Çalışmaya katılan 317 kişiden psikiyatrik, nörolojik veya herhangi bir kronik hastalığı bulunan 12 kişi analizlere dâhil edilmemiştir. Analize katılan 305 kişinin 158'i (%51,8) gebe olup 147'si (%48,2) gebe değildir.

305 katılımcının yaşları ortalaması 29,59 ($\pm 5,81$)'dir. Gebe olanların yaşı gebe olmayanlara göre istatistiksel olarak daha düşüktür ($p < 0,001$). Tablo 4.1 de bu veriler bulunmaktadır.

Tablo 4.1. Katılımcıların Yaş Analizi

Sosyodemografik Bilgiler		Tüm Katılımcılar	Gebelik Durumu		p
			Var	Yok	
Yaş Grubu	24 yaş ve altı	67 (%22,0)	48 (%30,6)	19 (%12,9)	<0,001 ^a
	25-29 yaş	96 (%31,6)	49 (%31,2)	47 (%32,0)	
	30-34 yaş	86 (%28,3)	45 (%28,7)	41 (%27,9)	
	35-39 yaş	37 (%12,2)	13 (%8,3)	24 (%16,3)	
	40 yaş ve üzeri	18 (%5,9)	2 (%1,3)	16 (%10,9)	

^aKi-kare testi

Katılımcıların ortalama eğitim yılı süresi 10,78 ($\pm 4,39$) yıldır. Gebe olanlarla olmayanlar arasında eğitim yılı açısından bir fark yoktur, $p=0,290$ dır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların Eğitim Yılı Analizi

Sosyodemografik Bilgiler	Tüm Katılımcılar	Gebelik Durumu		p
		Var	Yok	
Eğitim Yılı (Ortalama \pm SS ¹)	10,78 \pm 4,39	10,44 \pm 4,12	10,21 \pm 4,24	0,290 ^b

^bMann-Whitney U testi

Katılımcıların %35,2'si çalışmaktadır. Gebelerde çalışma sıklığı %30, gebe olmayanlarda ise %40'tır. Katılımcıların %46,7'si asgari ücretlidir. Gebelik durumları arasında gelir dağılımı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,323$). Gebelik durumları arasında çalışma durumları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,069$). Katılımcıların %46,7'si asgari ücretlidir. %34,5'i 2500-5000; %15,5'i 5000-10000 gelire sahipken 10000 üzerinde geliri olanlar yalnızca %3,7'dir. Gebelik durumları arasında gelir dağılımı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,323$). Bu bulgular tablo 4.3 de verilmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların Çalışma Durumu ve Gelir Düzeyi

Sosyodemografik Bilgiler		Tüm Katılımcılar	Gebelik Durumu		p
			Var	Yok	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	103 (%35,2)	46 (%30,3)	57 (%40,4)	0,069 ^a
	Çalışmıyor	190 (%64,8)	106 (%69,7)	84 (%59,6)	
Gelir Düzeyi	<2500	137 (%46,3)	72 (%47,7)	65 (%44,8)	0,323 ^a
	2500-5000	102 (%34,5)	55 (%36,4)	47 (%32,4)	
	5000-10000	46 (%15,5)	21 (%13,9)	25 (%17,2)	
	>10000	11 (%3,7)	3 (%2,0)	8 (%5,5)	

^aKi-kare testi

Katılımcıların %83,9'unda çekirdek aile tipinde yaşamaktadır. Gebe olanlar ve olmayanlarda oranlar benzer olup istatistiksel açıdan da fark yoktur ($p=0,897$). Çalışmaya dâhil edilen gebelerin tamamı evlidir. Katılımcıların %68,5'i eşiyile olan aile ilişkisine 5 üzerinden 5 puan vermiştir. Yüzdeler incelendiğinde gebelerin %78'inin bu soruya 5 puan verdiği görülürken gebe olmayanlarda bu oran %55'tir. Gebe kadınların aile ilişkilerine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan verdikleri saptanmıştır ($p=0,001$). Gebe kadınlarda daha önce sezaryen doğum sıklığı (%29,7) gebe olmayanlara göre (%41,4) düşüktür ($p=0,046$). Tüm kadınların %34,7'si daha önce sezaryen doğum geçirdiğini ifade etmiştir. Normal vajinal doğum sıklığı ise %42,5'tir. Gebelerin %29,7'sinde normal vajinal doğum öyküsü bulunurken gebe olmayanlarda bu oran %59,8'dir ve istatistiksel olarak daha fazladır ($p<0,001$). Tablo 4.4 de bu bulgular gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların Diğer Sosyodemografik Veri Analizi

Sosyodemografik Bilgiler		Tüm Katılımcılar	Gebelik Durumu		p
			Var	Yok	
Aile Tipi	Çekirdek	255 (%83,9)	134 (%84,8)	121 (%82,9)	0,897 ^a
	Geniş	35 (%11,5)	17 (%10,8)	18 (%12,3)	
	Diğer	14 (%4,6)	7 (%4,4)	7 (%4,8)	
Medeni Durum	Evli	277 (%90,8)	158 (%100,0)	119 (%81,0)	<0,001 ^a
	Bekar	28 (%9,2)	0 (%0,0)	28 (%19,0)	
Evlilik Süresi(Ortanca-ÇAA ¹)		7 (9)	4 (7)	10 (9)	<0,001 ^b
Aile İlişkisi Puanı	0-2 puan	4 (%1,6)	0 (%0,0)	4 (%4,0)	0,001 ^a
	3 puan	39 (%15,5)	19 (%12,8)	20 (%19,6)	
	4 puan	36 (%14,3)	14 (%9,4)	22 (%21,6)	
	5 puan	172 (%68,5)	116 (%77,9)	56 (%54,9)	
Çocuk Sayısı (Ortanca-ÇAA ¹)		1 (2)	1 (2)	2 (2)	<0,001 ^b
Sezaryen Doğum Öyküsü	Var	95 (%34,7)	47 (%29,7)	48 (%41,4)	0,046 ^a
	Yok	179 (%65,3)	111 (%70,3)	68 (%58,6)	
Normal Doğum Öyküsü	Var	117 (%42,5)	47 (%29,7)	70 (%59,8)	<0,001 ^a
	Yok	158 (%57,5)	111 (%70,3)	47 (%40,2)	
Gebelik Sonlandırma Öyküsü	Var	71 (%26,1)	44 (%28,0)	27 (%23,5)	0,399 ^a
	Yok	201 (%73,9)	113 (%72,0)	88 (%76,5)	

¹Çeyrekler arası aralık^aKi-kare testi^bMann-Whitney U testi

Katılımcıların %9'u sigara kullanmaktadır. %81'i kullanmadığını, %7'si bıraktığını, %2,7'si ise bırakmayı düşündüğünü ifade etmiştir. Sigara kullanım durumları arasında gebelik durumuna göre anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,023). Farkın sigara kullananlarla sigara bırakanlar arasında olduğu saptanmıştır. Gebe olmayanlarda sigara kullanımı bir miktar daha fazlayken gebelerde sigara bırakma oranı daha yüksektir(Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Katılımcıların Sigara Kullanım Durumu

Sigara Kullanımı		Tüm Katılımcılar	Gebelik Durumu		p
			Var	Yok	
Var	Var	27 (%9,0)	10 (%6,4)	17 (%11,8)	0,023 ^a
	Yok	245 (%81,4)	126 (%80,3)	119 (%82,6)	
	Bırakmış	21 (%7,0)	17 (%10,8)	4 (%2,8)	
	Bırakmayı düşünüyor	8 (%2,7)	4 (%2,5)	4 (%2,8)	

^aKi-kare testi

158 gebenin 58'inin (%36,7) ilk gebeliğidir. Gebelerin %81,9'u planlı olarak gebe kalmışlardır. Gebelerin %97,5'i aile hekimi ya da kadın doğum uzmanına takip ve kontrol muayenelerine gitmektedir. 158 gebenin 37'si (%26,4) gebelikle ilgili bir kaygı yaşamaktadır. 9'u doğumla ilgili, 9'u düşük yapmayla ilgili ve 8'i bebekle ilgili kaygı yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Gebelikle ilgili tanımlayıcı bilgiler

Gebelikle İlgili Özellikler	n (%)	
İlk Gebeliği Olanlar	58 (%36,7)	
Daha Önce Gebeliği Olanlar	100 (%63,3)	
Gebelik Haftası	İlk 13 hafta 14-26 hafta 27 hafta sonrası	32 (%20,3) 67 (%42,4) 59 (%37,3)
Planlı Gebelik Durumu	Var Yok	127 (%81,9) 28 (%18,1)
Gebelik İçin Tedavi Alma Durumu	Var Yok	14 (%8,9) 144 (%91,1)
Düzenli Kontrol Muayenesi	Var Yok	153 (%97,5) 4 (%2,5)
Gebelikle İlgili Kaygı Durumu	Var Yok	37 (%26,4) 103 (%73,6)
Kaygının Nedeni	Doğumla ilgili Bebekle ilgili Düşük yapma kaygısı Diğer	9 (%24,3) 8 (%21,6) 9 (%24,3) 11 (%29,7)

Tüm kadınların Güçlükler Karşısında Düşünceler puanlarının ortalaması $3,92 \pm 0,79$ 'dur. Kadınların yaş gruplarına göre Güçlükler Karşısında Düşünceler puanları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p=0,272$). Çalışma durumuna ve gelir düzeylerine göre de puanlar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,457$ ve $p=0,173$). Evli ve bekarlar arasında da Güçlükler Karşısında Düşünceler puanları istatistiksel olarak farklı değildir ($p=0,504$). Evlilik süresi ile Güçlükler Karşısında Düşünceler arasında anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($p=0,017$). Evlilik süresi arttıkça ölçekten alınan puan bir miktar azalmaktadır. Ancak bu korelasyon çok düşük düzeydedir ($r=-0,14$). Kadınların eşleriyle olan aile ilişkilerine verdikleri puan arttıkça Güçlükler Karşısında Düşünceler puanlarının bir miktar arttığı görülmüştür ($p=0,032$). İki değer arasındaki bu korelasyon da çok düşük düzeydedir ($r=0,13$). Çocuk sayısı ile Güçlükler Karşısında Düşünceler arasında evlilik süresine benzer bir korelasyon vardır ($p=0,025$). Çocuk sayısı arttıkça alınan puan azalmakla birlikte bu ilişki çok düşük düzeydedir ($r=-0,14$). Sezaryen doğum öyküsü olan hastaların Güçlükler Karşısında Düşünceler puanları bir miktar yüksek olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır ($p=0,164$). Normal vajinal doğum öyküsü olmayan kadınların puanları normal vajinal doğum öyküsü olanlara göre istatistiksel

açından yüksektir (p=0,013). Gebe olanların gebe olmayanlara göre Güçlükler Karşısında Düşünceler puanları istatistiksel olarak daha yüksektir (p=0,006). Bu veriler tablo 4.7 da verilmiştir.

Tablo 4.7. Güçlükler Karşısında Düşünceler Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		Güçlükler Karşısında Düşünceler		p
		Ortanca (ÇAA ¹)	Ortalama±SS ²	
Toplam Puan		4 (1,1)	3,92±0,79	
Yaş Grubu	24 yaş ve altı	4,1 (1,4)	3,93±0,84	0,272 ^c
	25-29 yaş	4 (0,8)	3,98±0,70	
	30-34 yaş	4 (1)	3,88±0,73	
	35-39 yaş	3,7 (1,1)	3,74±0,82	
	40 yaş ve üzeri	4,4 (1)	3,96±1,23	
Eğitim Yılı		Korelasyon yoktur.		0,596 ^a
Çalışma Durumu	Çalışıyor	4,1 (1,0)	3,98±0,71	0,457 ^b
	Çalışmıyor	4 (1,3)	3,88±0,83	
Gelir Düzeyi	<2500	3,8 (1,3)	3,80±0,87	0,173 ^c
	2500-5000	4,1 (1)	4,29±0,70	
	5000-10000	3,9 (1)	4,14±0,79	
	>10000	3,8 (1,1)	3,86±0,64	
Aile Tipi	Çekirdek	4 (1,3)	3,88±0,83	0,551 ^c
	Geniş	4 (0,8)	4,07±0,59	
	Diğer	4,1 (0,8)	4,09±0,50	
Medeni Durum	Evli	4 (1,1)	3,92±0,80	0,504 ^b
	Bekar	3,9 (0,9)	3,87±0,70	
Evlilik Süresi		Korelasyon katsayısı r:-0,14		0,017 ^a
Aile İlişkisi Puanı		Korelasyon katsayısı r:+0,13		0,032 ^a
Çocuk Sayısı		Korelasyon katsayısı r:-0,14		0,025 ^a
Sezaryen Doğum Öyküsü	Var	4,1 (1)	4,03±0,71	0,164 ^b
	Yok	3,9 (1,2)	3,86±0,84	
Normal Doğum Öyküsü	Var	3,8 (1,1)	3,78±0,83	0,013 ^b
	Yok	4,1 (1)	4,02±0,76	
Gebelik Sonlandırma Öyküsü	Var	4 (1)	3,99±0,70	0,638 ^b
	Yok	4 (1,1)	3,89±0,83	
Sigara Kullanımı	Var	4,1 (1,2)	3,94±0,81	0,996 ^c
	Yok	4 (1,1)	3,93±0,77	
	Bırakmış	4 (1,5)	3,88±0,90	
	Bırakmayı düşünüyor	4,1 (0,6)	3,80±1,17	
Gebelik Durumu	Var	4,3 (1)	4,03±0,75	0,006 ^b
	Yok	3,8 (1,1)	3,79±0,82	

¹Çeyrekler arası aralık

²Standart sapma ^aSpearman korelasyon testi ^bMann-Whitney U testi ^cKruskal Wallis testi

Kadınların gebelik hastasına göre de Güçlükler Karşısında Düşünceler puanları farklı değildir ($p=0,965$). Planlı gebelik sahibi olanların Güçlükler Karşısında Düşünceler puanları istatistiksel açıdan yüksektir ($p=0,009$). Bu veriler tablo 4.8 de verilmiştir

Tablo 4.8. Güçlükler Karşısında Düşünceler Puanlarının Gebelikle İlgili Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Gebelikle İlgili Özellikler		Güçlükler Karşısında Düşünceler		p
		Ortanca (CAA ¹)	Ortalama±SS ²	
Gebelerin Toplam Puanı		4,3 (1)	4,03±0,75	
İlk Gebeliği Olanlar		4,3 (1)	4,05±0,71	0,929 ^a
Daha Önce Gebeliği Olanlar		4,3 (1)	4,02±0,77	
Gebelik Haftası	İlk 13 hafta	4,1 (0,8)	4,03±0,69	0,965 ^b
	14-26 hafta	4,2 (1,1)	4,06±0,72	
	27 hafta sonrası	4,3 (1)	4,00±0,81	
Planlı Gebelik Durumu	Var	4,3 (1)	4,12±0,71	0,009 ^a
	Yok	4 (1,1)	3,74±0,74	
Gebelik İçin Tedavi Alma Durumu	Var	4,4 (0,9)	4,26±0,45	0,351 ^a
	Yok	4,2 (1)	4,01±0,76	
Düzenli Kontrol Muayenesi	Var	4,3 (1)	4,04±0,74	0,709 ^a
	Yok	3,9 (1,8)	3,82±0,97	
Gebelikle İlgili Kaygı Durumu	Var	4,4 (0,8)	4,20±0,62	0,288 ^a
	Yok	4,1 (1)	4,00±0,79	
Kaygının Nedeni	Doğumla ilgili	4,7 (0,9)	4,40±0,81	0,146 ^b
	Bebekle ilgili	4,2 (0,8)	4,00±0,66	
	Düşük yapma kaygısı	4,4 (0,8)	4,28±0,46	
	Diğer	4,3 (1)	4,12±0,53	

¹Çeyrekler arası aralık ²Standart sapma ^aMann-Whitney U testi ^bKruskal Wallis testi

Tüm kadınların Hayata Bakış puanları ortalama 3,09±0,92'dur. 35-39 yaş grubunda puanlar daha düşük, 40 yaş ve üzerinde ise daha yüksek görülmekle birlikte yaş gruplarına göre puanlar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,269$). Eğitim yılı ile Hayata Bakış puanı arasında aynı yönde, çok düşük kuvvette bir korelasyon mevcuttur ($p=0,031$). Eğitim yılının artışıyla Hayata Bakış puanı bir miktar artmakla beraber bu ilişki çok düşük düzeydedir ($r=0,13$ $p=0,350$). Herhangi bir işte çalışan kadınların Hayata Bakış puanları çalışmayanlara göre daha yüksektir ($p=0,050$). Medeni duruma göre bekâr olanların puanları daha yüksek olmakla birlikte anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($p=0,246$). Evlilik süresi ile Hayata Bakış puanı arasında ters yönlü ve çok düşük kuvvetli ($r=-$

0,18) bir korelasyon saptanmıştır ($p=0,003$). Evlilik süresi arttıkça Hayata Bakış puanları düşük bir miktar azalmaktadır. Kadınların eşleriyle olan aile ilişkilerine verdikleri puan arttıkça Hayata Bakış puanları bir miktar artmakla beraber bu ilişki de çok düşük kuvvettedir ($r=0,13$ ve $p=0,027$). Çocuk sayısı ile de evlilik süresine benzer biçimde Hayata Bakış puanı arasında ters yönlü, çok düşük kuvvetli ve anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,013$). Normal vajinal doğum öyküsü ise puanlar arasında istatistiksel anlamlı bir fark oluşturmuştur ($p=0,028$). Normal vajinal doğum öyküsü olmayanların puanları daha yüksektir. Gebe olanların puanları gebe olmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksektir ($p=0,046$). Bu veriler tablo 4.9 de verilmiştir.

Tablo 4.9. Hayata Bakış Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		Hayata Bakış		p
		Ortanca (ÇAA ¹)	Ortalama±SS ²	
Toplam Puan		3,2 (1,4)	3,09±0,92	
Yaş Grubu	24 yaş ve altı	3,2 (2)	3,10±1,10	0,269 ^c
	25-29 yaş	3,2 (1,2)	3,11±0,86	
	30-34 yaş	3,2 (1)	3,12±0,78	
	35-39 yaş	3 (1,6)	2,89±0,99	
	40 yaş ve üzeri	3,4 (1,7)	3,22±1,04	
Eğitim Yılı		Korelasyon katsayısı r:+0,13		0,031 ^a
Çalışma Durumu	Çalışıyor	3,4 (1,4)	3,24±0,88	0,050 ^b
	Çalışmıyor	3,1 (1,2)	3,01±0,95	
Gelir Düzeyi	<2500	3,2 (1,6)	3,02±0,97	0,084 ^c
	2500-5000	3 (1,6)	3,02±0,94	
	5000-10000	3,5 (1,2)	3,35±0,74	
	>10000	3,6 (1,6)	3,43±0,84	
Aile Tipi	Çekirdek	3,2 (1,4)	3,10±0,93	0,609 ^c
	Geniş	3,1 (1,4)	3,13±0,90	
	Diğer	2,7 (1,5)	2,84±0,94	
Medeni Durum	Evli	3,2 (1,4)	3,07±0,93	0,246 ^b
	Bekar	3,4 (1,5)	3,29±0,91	
Evlilik Süresi		Korelasyon katsayısı r:-0,18		0,003 ^a
Aile İlişkisi Puanı		Korelasyon katsayısı r:+0,14		0,027 ^a
Çocuk Sayısı		Korelasyon katsayısı r:-0,14		0,013 ^a
Sezaryen Doğum Öyküsü	Var	3 (1,3)	3,05±0,90	0,543 ^b
	Yok	3,2 (1,4)	3,09±0,95	
Normal Doğum Öyküsü	Var	3 (1,4)	2,91±0,99	0,028 ^b
	Yok	3,2 (1,2)	3,20±0,86	
Gebelik Sonlandırma Öyküsü	Var	3 (1,4)	2,94±0,96	0,183 ^b
	Yok	3,2 (1,2)	3,13±0,91	
Sigara Kullanımı	Var	2,4 (1,8)	2,70±1,10	0,088 ^c
	Yok	3,2 (1,2)	3,15±0,88	
	Bırakmış	2,8 (1,9)	2,83±1,13	
	Bırakmayı düşünüyor	3,3 (1,1)	3,42±0,80	
Gebelik Durumu	Var	3,2 (1,2)	3,20±0,88	0,046 ^b
	Yok	3 (1,6)	2,98±0,96	

¹Çeyrekler arası aralık ²Standart sapma ^aSpearman korelasyon testi ^bMann-Whitney U testi ^cKruskal Wallis testi

İlk gebeliği olan kadınların Hayata Bakış puanları diğer gebelere göre yüksektir($p=0,047$). Gebelik haftasına göre puanlar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,038$). Farkın 14-26 haftalık gebelerden kaynaklandığı görülmüştür. Planlı gebelik sahibi olanların Hayata Bakış puanları, plansız olanlara göre istatistiksel daha yüksektir ($p=0,018$). Bu veriler tablo 4.10 da verilmiştir.

Tablo 4.10. Hayata Bakış Puanlarının Gebelikle İlgili Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Gebelikle İlgili Özellikler		Hayata Bakış		p
		Ortanca (ÇAA ¹)	Ortalama±SS ²	
Gebelerin Toplam Puanı		3,2 (1,2)	3,20±0,88	
İlk Gebeliği Olanlar		3,4 (1,2)	3,36±0,92	0,047 ^a
Daha Önce Gebeliği Olanlar		3,2 (1,4)	3,11±0,84	
Gebelik Haftası	İlk 13 hafta	3,7 (1,7)	3,43±0,99	0,038 ^b
	14-26 hafta	3 (1,3)	3,00±0,87	
	27 hafta sonrası	3,4 (0,8)	3,30±0,78	
Planlı Gebelik Durumu	Var	3,4 (1)	3,30±0,83	0,018 ^a
	Yok	2,8 (1,4)	2,82±0,99	
Gebelik İçin Tedavi Alma Durumu	Var	3,1 (1,5)	3,28±0,88	0,816 ^a
	Yok	3,2 (1,2)	3,20±0,88	
Düzenli Kontrol Muayenesi	Var	3,2 (1,2)	3,20±0,88	0,883 ^a
	Yok	3,5 (1,7)	3,20±0,97	
Gebelikle İlgili Kaygı Durumu	Var	3,2 (1,5)	3,10±0,99	0,508 ^a
	Yok	3,2 (1,1)	3,24±0,88	
Kaygının Nedeni	Doğumla ilgili	3,4 (1,5)	3,26±1,01	0,737 ^b
	Bebekle ilgili	2,9 (1,3)	2,80±0,90	
	Düşük yapma kaygısı	3 (2,6)	3,08±1,26	
	Diğer	3,4 (1,4)	3,20±0,88	

Tüm kadınların Problem Çözme puanları ortalama 4,28±0,70'tir. Yaş gruplarına göre Problem Çözme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,038$). Farkın 35-39 yaş grubundan kaynaklandığı görülmüş olup bu grupta puanlar diğer yaş gruplarına göre belirgin biçimde daha düşüktür. Eğitim süresiyle Problem Çözme puanları arasında doğru yönde, düşük kuvvette, istatistiksel bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Çalışan kadınların puanları çalışmayanlar kıyasla yüksektir ($p=0,005$). Gelir düzeyine göre alınan puanlar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,013$). 2500 lira altında geliri olan kadınların Problem çözme

puanları daha düşükken 5000-10000 arası geliri olanlarda en yüksektir. Fark bu iki grup arasında saptanmıştır. Gelir düzeyi arttıkça 10000 liraya kadar puanlar artarken 10000 üzerinde geliri olanların puanı düşmüştür. Aile tipine göre Problem Çözme puanları arasında istatistiksel fark vardır ($p=0,054$). Farkın çekirdek ailede yaşayanlarla geniş ailede yaşayanlar arasından kaynaklanabileceği görülmüştür. Geniş ailede yaşayanların puanları çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksektir. Medeni duruma göre evlilerle bekârlar arasında Problem Çözme puanları istatistiksel açıdan farklı değildir ($p=0,159$). Evlilik süresi ile Problem Çözme puanı arasında ters yönlü, düşük kuvvetli, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$). Evlilik süresi arttıkça Problem Çözme puanı bir miktar azalmaktadır. Çocuk sayısı ile de ters yönlü ve düşük kuvvetli bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Aile ilişkisi puanı ile Problem Çözme puanı arasında anlamlı korelasyon saptanmakla birlikte ($p=0,042$) bu ilişki çok düşük kuvvettedir ($r=0,12$). Normal vajinal doğum öyküsüne göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$). Normal vajinal doğum öyküsü olmayan kadınların Problem Çözme puanları daha yüksektir. Gebe olanların puanları gebe olmayanlara göre istatistiksel olarak daha yüksektir ($p=0,039$). Bu veriler tablo 4.11 da verilmiştir.

Tablo 4.11. Problem Çözme Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		Problem Çözme		p
		Ortanca (CAA ¹)	Ortalama±SS ²	
Toplam Puan		4,5 (1)	4,28±0,70	
Yaş Grubu	24 yaş ve altı	4,7 (1,2)	4,26±0,85	0,038 ^c
	25-29 yaş	4,5 (0,7)	4,41±0,55	
	30-34 yaş	4,5 (1,2)	4,28±0,70	
	35-39 yaş	4 (0,7)	4,00±0,65	
	40 yaş ve üzeri	4,5 (0,9)	4,22±0,81	
Eğitim Yılı		Korelasyon katsayısı r: +0,20		<0,001 ^a
Çalışma Durumu	Çalışıyor	4,7 (0,7)	4,42±0,65	0,005 ^b
	Çalışmıyor	4,2 (1)	4,20±0,70	
Gelir Düzeyi	<2500	4,2 (1,2)	4,10±0,80	0,013 ^c
	2500-5000	4,5 (0,7)	4,39±0,57	
	5000-10000	4,7 (0,7)	4,51±0,50	
	>10000	4,5 (1,5)	4,25±0,81	
Aile Tipi	Çekirdek	4,5 (1)	4,24±0,71	0,054 ^c
	Geniş	4,7 (1)	4,50±0,62	
	Diğer	4,6 (0,4)	4,39±0,66	
Medeni Durum	Evli	4,5 (1)	4,26±0,69	0,159 ^b
	Bekar	4,6 (0,7)	4,38±0,82	
Evlilik Süresi		Korelasyon katsayısı r: -0,22		<0,001 ^a
Aile İlişkisi Puanı		Korelasyon katsayısı r: +0,12		0,042 ^a
Çocuk Sayısı		Korelasyon katsayısı r: -0,23		<0,001 ^a
Sezaryen Doğum Öyküsü	Var	4,2 (1)	4,23±0,65	0,339 ^b
	Yok	4,5 (0,8)	4,29±0,70	
Normal Doğum Öyküsü	Var	4 (1,2)	4,08±0,72	<0,001 ^b
	Yok	4,8 (1)	4,40±0,64	
Gebelik Sonlandırma Öyküsü	Var	4,5 (1)	4,25±0,70	0,700 ^b
	Yok	4,5 (1)	4,28±0,70	
Sigara Kullanımı	Var	4,2 (0,7)	4,06±0,73	0,155 ^c
	Yok	4,5 (0,8)	4,30±0,69	
	Bırakmış	4,8 (0,7)	4,38±0,74	
	Bırakmayı düşünüyor	4 (0,9)	3,97±0,93	
Gebelik Durumu	Var	4,5 (1)	4,36±0,68	0,039 ^b
	Yok	4,2 (1)	4,20±0,72	

¹Çeyrekler arası aralık ²Standart sapma ^aMann-Whitney U testi ^bKruskal Wallis testi

Gebeler arasında ilk gebeliği olanların Problem Çözme puanları diğerlerine göre daha yüksektir (p=0,005). Gebelik haftasına göre puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,755). Planlı gebelik sahibi olanların puanları daha yüksek

olmakla beraber istatistiksel açıdan anlamlı fark oluşmamıştır ($p=0,178$). Bu veriler tablo 4.12 da verilmiştir

Tablo 4.12. Problem Çözme Puanlarının Gebelikle İlgili Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Gebelikle İlgili Özellikler		Problem Çözebilme		p
		Ortanca (ÇAA ¹)	Ortalama±SS ²	
Gebelerin Toplam Puanı		4,5 (1)	4,36±0,68	
İlk Gebeliği Olanlar		4,8 (0,5)	4,53±0,65	0,005 ^a
Daha Önce Gebeliği Olanlar		4,2 (1)	4,26±0,67	
Gebelik Haftası	İlk 13 hafta	4,5 (0,9)	4,27±0,75	0,755 ^b
	14-26 hafta	4,5 (0,8)	4,40±0,64	
	27 hafta sonrası	4,6 (1,2)	4,35±0,68	
Planlı Gebelik Durumu	Var	4,8 (1)	4,42±0,63	0,178 ^a
	Yok	4,2 (1,5)	4,14±0,84	
Gebelik İçin Tedavi Alma Durumu	Var	4,6 (1)	4,36±0,63	0,838 ^a
	Yok	4,5 (1)	4,36±0,68	
Düzenli Kontrol Muayenesi	Var	4,5 (1)	4,36±0,68	0,266 ^a
	Yok	4,1 (1,1)	4,13±0,60	
Gebelikle İlgili Kaygı Durumu	Var	4,8 (1,2)	4,43±0,62	0,410 ^a
	Yok	4,5 (0,7)	4,34±0,65	
Kaygının Nedeni	Doğumla ilgili	4,5 (1,1)	4,42±0,52	0,373 ^b
	Bebekle ilgili	4,9 (0,6)	4,56±0,77	
	Düşük yapma kaygısı	4,8 (1)	4,60±0,50	
	Diğer	4 (1)	4,20±0,67	

¹Çeyrekler arası aralık ²Standart sapma

^aMann-Whitney U testi ^bKruskal Wallis testi

Tüm kadınların Hedef ve İdealler puanları ortalama 4,09±0,85'tir. Yaş gruplarına göre puanlar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p=0,129$). Eğitim yılı ile Hedef ve İdealler puanları arasında doğru yönlü, düşük kuvvetli ve anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$). Çalışan kadınların Hedef ve İdealler puanları daha yüksek bulunmuştur ($p=0,009$). Gelir düzeyine göre puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır ($p=0,004$). Farkın gelir düzeyi 2500 altında olan kadınlardan kaynaklandığı saptanmış olup bu grupta puanlar daha düşüktür. Çekirdek ailede yaşayanlarda puanlar bir miktar düşük olmakla birlikte istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($p=0,360$). Medeni duruma göre de Hedef ve İdealler puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,428$). Çocuk sayısı ile puanlar arasında ters yönlü, çok düşük anlamlı ilişki kuvvetli, anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,14$ ve $p=0,022$). Geçmişte normal vajinal doğum öyküsü olmayan kadınların puanları daha yüksektir

(p=0,004). Gebelerin puanları bir miktar yüksek olmakla beraber istatistikî anlamlılık düzeyinde değildir (p=0,222). Veriler tablo 4.13. dedir.

Tablo 4.13. Hedef ve İdealler Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		Hedef ve İdealler		p
		Ortanca (CAA ¹)	Ortalama±SS ²	
Toplam Puan		4,2 (1,2)	4,09±0,85	
Yaş Grubu	24 yaş ve altı	4,2 (1,4)	3,99±0,89	0,129 ^c
	25-29 yaş	4,3 (1)	4,13±0,86	
	30-34 yaş	4,3 (1)	4,22±0,71	
	35-39 yaş	4 (1,5)	3,83±0,83	
	40 yaş ve üzeri	4,6 (1)	4,21±1,02	
Eğitim Yılı		Korelasyon katsayısı r: +0,21		<0,001 ^a
Çalışma Durumu	Çalışıyor	4,6 (1)	4,24±0,81	0,009 ^b
	Çalışmıyor	4,2 (1)	4,00±0,87	
Gelir Düzeyi	<2500	4,2 (1,4)	3,87±0,98	0,004 ^c
	2500-5000	4,4 (1)	4,29±0,69	
	5000-10000	4,2 (0,8)	4,29±0,66	
	>10000	4,4 (1)	4,18±0,68	
Aile Tipi	Çekirdek	4,2 (1,2)	4,05±0,89	0,360 ^c
	Geniş	4,3 (1)	4,31±0,59	
	Diğer	4,4 (1,2)	4,24±0,66	
Medeni Durum	Evli	4,2 (1,2)	4,08±0,85	0,428 ^b
	Bekar	4,2 (1)	4,20±0,81	
Evlilik Süresi		Korelasyon katsayısı r: -0,13		0,039 ^a
Aile İlişkisi Puanı		Korelasyon yoktur.		0,080 ^a
Çocuk Sayısı		Korelasyon katsayısı r: -0,14		0,022 ^a
Sezaryen Doğum Öyküsü	Var	4,4 (1,1)	4,14±0,89	0,254 ^b
	Yok	4,2 (1,2)	4,05±0,84	
Normal Doğum Öyküsü	Var	4,2 (1,2)	3,88±0,96	0,004 ^b
	Yok	4,4 (1)	4,20±0,74	
Gebelik Sonlandırma Öyküsü	Var	4,2 (1,2)	4,09±0,88	0,981 ^b
	Yok	4,2 (1,2)	4,09±0,85	
Sigara Kullanımı	Var	4 (1,4)	3,85±1,00	0,168 ^c
	Yok	4,4 (1,2)	4,13±0,83	
	Bırakmış	4,2 (1)	4,07±0,97	
	Bırakmayı düşünüyor	3,8 (1,3)	3,70±0,70	
Gebelik Durumu	Var	4,4 (1,1)	4,17±0,77	0,222 ^b
	Yok	4,2 (1,2)	4,00±0,94	

¹Çeyrekler arası aralık ² Standart sapma ^aSpearman korelasyon testi ^bMann-Whitney U testi ^cKruskal Wallis testi

İlk gebeliği olan gebelerin Hedef ve İdealler puanları bir miktar yüksek olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,244$). Gebelik haftasına ve tedavi alma durumuna göre puanlar arasında anlamlı fark görülmemiştir ($p=0,450$ ve $p=0,130$). Düzenli kontrollerine giden gebelerin Hedef ve İdealler puanları daha yüksek olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,157$). Bu veriler tablo 4.14. de verilmiştir.

Tablo 4.14. Hedef ve İdealler Puanlarının Gebelikle İlgili Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Gebelikle İlgili Özellikler		Hedef ve İdealler		p
		Ortanca (ÇAA ¹)	Ortalama±SS ²	
Gebelerin Toplam Puanı		4,4 (1,1)	4,17±0,77	
İlk Gebeliği Olanlar		4,4 (1)	4,28±0,65	0,244 ^a
Daha Önce Gebeliği Olanlar		4,2 (1,2)	4,11±0,81	
Gebelik Haftası	İlk 13 hafta	4,4 (1)	4,20±0,64	0,450 ^b
	14-26 hafta	4,2 (1,4)	4,10±0,79	
	27 hafta sonrası	4,6 (0,8)	4,34±0,78	
Planlı Gebelik Durumu	Var	4,4 (1)	4,22±0,72	0,130 ^a
	Yok	4,2 (1,2)	3,95±0,91	
Gebelik İçin Tedavi Alma Durumu	Var	3,9 (1,2)	3,87±0,71	0,061 ^a
	Yok	4,4 (1)	4,20±0,76	
Düzenli Kontrol Muayenesi	Var	4,4 (1)	4,18±0,76	0,157 ^a
	Yok	3,7 (1,2)	3,75±0,66	
Gebelikle İlgili Kaygı Durumu	Var	4,6 (1,1)	4,28±0,84	0,084 ^a
	Yok	4,2 (1,2)	4,13±0,71	
Kaygının Nedeni	Doğumla ilgili	4,8 (0,7)	4,66±0,46	0,190 ^b
	Bebekle ilgili	4,8 (1,3)	4,13±1,38	
	Düşük yapma kaygısı	4,2 (1,7)	3,97±0,86	
	Diğer	4,4 (0,8)	4,35±0,47	

¹Çeyrekler arası aralık ²Standart sapma ^aMann-Whitney U testi ^bKruskal Wallis testi

Tüm kadınların Sosyal Durum puanları ortalama 3,80±1,00'dir. Yaş gruplarına göre puanlar karşılaştırıldığında 35-39 yaş grubundaki kadınların puanlarının belirgin biçimde daha düşük olduğu görülmektedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak fark saptanmış olup ($p=0,049$) bu farkın 35-39 yaş grubundan kaynaklandığı doğrulanmıştır. Eğitim yılı ile Sosyal Durum puanları arasında düşük kuvvetli bir ilişki saptanmıştır ($r=0,21$ ve $p<0,001$). Eğitim yılı arttıkça alınan puan bir miktar artmıştır. Çalışan kadınların Sosyal Durum puanları daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,004$). Gelir düzeyine göre gruplar arasında anlamlı

fark görülmüştür ($p=0,010$). Bu farkın 2500 altında geliri olan gruptan kaynaklandığı saptanmış olup bu kadınlarda Sosyal Durum puanları daha düşüktür. Aile tiplerine göre de puanlar arasında anlamlı fark vardır. Bu farkın geniş aile ve diğer aile tipi arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır ($p=0,024$). Geniş ailede yaşayanlarda puanlar daha yüksek, diğer aile tiplerinde ise daha düşüktür. Bekâr kadınların Sosyal Durum puanları istatistiksel açıdan anlamlı daha yüksektir ($p=0,009$). Sosyal Durum puanı ile sırasıyla evlilik süresi, aile ilişkisi puanı ve çocuk sayısı ile anlamlı korelasyonlar saptanmakla birlikte üç özellekle de ilişki çok düşük kuvvettedir ($r=-0,15$; $r=+0,16$ ve $r=-0,17$). Diğer puanlarda olduğu gibi Sosyal Durum puanı için de sezaryen doğum öyküsüne göre anlamlı fark bulunmamış, normal vajinal doğum öyküsüne göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,640$ ve $p<0,001$). Normal vajinal doğum öyküsü olan kadınların puanları Sosyal Durum puanları daha düşüktür. Gebelik sonlandırma öyküsüne göre puanlar arasında fark yoktur ($p=0,738$). Sigara kullanım durumuna göre puanlar arasında anlamlı fark saptanmış ve farkın sigara kullanmayanlardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p=0,018$). Sigara kullanmayan kadınların Sosyal Durum puanları daha yüksektir. Gebe kadınların Sosyal Durum puanları daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,103$). Bu veriler tablo 4.15. de verilmiştir.

Tablo 4.15. Sosyal Durum Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		Sosyal Durum		p
		Ortanca (CAA ¹)	Ortalama±SS ²	
Toplam Puan		4 (1,4)	3,80±1,00	
Yaş Grubu	24 yaş ve altı	4,2 (1,4)	3,77±1,13	0,049 ^c
	25-29 yaş	4 (1,4)	3,86±0,93	
	30-34 yaş	4 (1,1)	3,97±0,80	
	35-39 yaş	3,6 (1,5)	3,31±1,13	
	40 yaş ve üzeri	4,2 (2)	3,81±1,28	
Eğitim Yılı		Korelasyon katsayısı r:+0,21		<0,001 ^a
Çalışma Durumu	Çalışıyor	4,2 (1,2)	4,03±0,90	0,004 ^b
	Çalışmıyor	3,8 (1,6)	3,68±1,03	
Gelir Düzeyi	<2500	3,6 (1,4)	3,58±1,06	0,010 ^c
	2500-5000	4,2 (1,6)	3,94±0,96	
	5000-10000	4,2 (0,8)	4,02±0,91	
	>10000	4 (1)	3,90±0,84	
Aile Tipi	Çekirdek	4 (1,4)	3,77±1,01	0,024 ^c
	Geniş	4,3 (1,2)	4,12±0,94	
	Diğer	3,2 (1,5)	3,44±0,92	
Medeni Durum	Evli	4 (1,4)	3,75±1,02	0,009 ^b
	Bekar	4,4 (1,3)	4,27±0,69	
Evlilik Süresi		Korelasyon katsayısı r:-0,15		0,011 ^a
Aile İlişkisi Puanı		Korelasyon katsayısı r:+0,16		0,013 ^a
Çocuk Sayısı		Korelasyon katsayısı r:-0,17		0,005 ^a
Sezaryen Doğum Öyküsü	Var	4 (1,4)	3,76±1,08	0,640 ^b
	Yok	4 (1,4)	3,75±1,00	
Normal Doğum Öyküsü	Var	3,6 (1,4)	3,53±1,02	<0,001 ^b
	Yok	4,2 (1,2)	3,92±1,00	
Gebelik Sonlandırma Öyküsü	Var	4 (1,4)	3,76±1,10	0,738 ^b
	Yok	4 (1,4)	3,76±1,00	
Sigara Kullanımı	Var	3,6 (1,6)	3,38±1,09	0,018 ^c
	Yok	4,2 (1,6)	3,88±0,99	
	Bırakmış	3,8 (1,5)	3,56±1,09	
	Bırakmayı düşünüyor	3,4 (0,8)	3,45±0,60	
Gebelik Durumu	Var	4,2 (1,2)	3,92±0,90	0,103 ^b
	Yok	4 (1,6)	3,68±1,10	

¹Çeyrekler arası aralık ²Standart sapma

^aSpearman korelasyon testi ^bMann-Whitney U testi ^cKruskal Wallis testi

Gebeler arasında ise ilk gebeliği olanların Sosyal Durum puanları daha yüksektir (p=0,041). Gebelik haftasına göre puanlar arasında fark yoktur (p=0,731). Planlı gebelik sahibi olan gebelerin Sosyal Durum puanları yüksektir (p=0,002). Gebelerden kontrol muayenesine düzenli gidenlerin Sosyal Durum puanları daha

yüksek olmakla beraber bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,269$). Gebelikle ilgili kaygı yaşamayan gebelerin puanları daha düşüktür. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,163$). Kaygı yaşayanlar gebelerde kaygı nedenine göre puanlar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,979$). Bu veriler tablo 4.16. de verilmiştir.

Tablo 4.16. Sosyal Durum Puanlarının Gebelikle İlgili Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Gebelikle İlgili Özellikler		Sosyal Durum		p
		Ortanca (CAA ¹)	Ortalama±SS ²	
Gebelerin Toplam Puanı		4,2 (1,2)	3,92±0,90	
İlk Gebeliği Olanlar		4,2 (1,2)	4,06±0,93	0,041 ^a
Daha Önce Gebeliği Olanlar		4 (1,2)	3,83±0,87	
Gebelik Haftası	İlk 13 hafta	4,2 (1,1)	3,88±1,08	0,731 ^b
	14-26 hafta	4,2 (1,4)	3,94±0,91	
	27 hafta sonrası	4 (1,2)	3,90±0,78	
Planlı Gebelik Durumu	Var	4,2 (1,2)	4,04±0,82	0,002 ^a
	Yok	3,6 (1,4)	3,46±0,93	
Gebelik İçin Tedavi Alma Durumu	Var	3,9 (1)	3,91±0,69	0,610 ^a
	Yok	4,2 (1,2)	3,92±0,92	
Düzenli Kontrol Muayenesi	Var	4,2 (1,2)	3,93±0,89	0,269 ^a
	Yok	3,5 (2)	3,40±1,07	
Gebelikle İlgili Kaygı Durumu	Var	4 (1,5)	3,74±0,99	0,163 ^a
	Yok	4,2 (1,2)	4,03±0,81	
Kaygının Nedeni	Doğumla ilgili	3,6 (0,9)	3,77±0,70	0,979 ^b
	Bebekle ilgili	4,1 (1,1)	3,80±1,05	
	Düşük yapma kaygısı	4,2 (2,7)	3,66±1,32	
	Diğer	4 (1,6)	3,72±0,99	

¹Çeyrekler arası aralık ²Standart sapma ^aMann-Whitney U testi ^bKruskal Wallis testi

Tüm sorulara verilen yanıtların ortalaması 3,82±0,60'tır. Yaş grubuna göre puanlar arasında anlamlı bir fark vardır ($p=0,049$). Farkın 35-39 yaş grubundan kaynaklandığı görülmüş olup bu grupta puanlar daha düşüktür. Eğitim yılı ile puanlar arasında doğru yönde, düşük kuvvette, istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Çalışan kadınların puanları daha yüksektir ($p=0,001$). Gelir düzeyine göre de anlamlı fark bulunmuş olup 2500 altında geliri olanların puanları daha düşüktür ($p<0,001$). Geniş ailede yaşayanların puanları bir miktar yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,187$). Bekârların puanları bir miktar

yüksek olmakla beraber bu fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,165$). Evlilik süresi ve çocuk sayısı ile puanlar arasında ters yönlü, düşük kuvvetli, istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır ($p<0,001$ ve $p<0,001$). İki özelliğin de artışı puanlarda bir miktar azalmayla ilişkilidir. Aile ilişkisi ile puanlar arasında ise anlamlı fakat çok düşük kuvvetli bir korelasyon vardır ($r=0,19$ ve $p=0,003$). Sezaryen doğum öyküsü tüm puanlarda olduğu gibi genel puanlar arasında da fark oluşturmamıştır ($p=0,640$). Normal vajinal doğum öyküsü olmayanların puanları daha yüksektir ($p<0,001$). Gebelik sonlandırma öyküsüne göre puanlar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,816$). Sigara kullanımına göre puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,029$). Sigara kullanmayanların puanları sigara kullananlara göre yüksektir. Gebelerin puanları gebe olmayanlar göre istatistiksel açıdan anlamlı yüksektir ($p=0,006$). Bu veriler tablo 4.17. de verilmiştir.

Tablo 4.17. Güçlükler Karşı Tutum Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanların Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		Ölçekten Alınan Ortalama Puan		p
		Ortanca (CAA ¹)	Ortalama±SS ²	
Toplam Puan		3,9 (0,7)	3,82±0,60	
Yaş Grubu	24 yaş ve altı	3,8 (1)	3,80±0,69	0,049 ^c
	25-29 yaş	4 (0,6)	3,89±0,56	
	30-34 yaş	3,8 (0,6)	3,88±0,47	
	35-39 yaş	3,7 (0,8)	3,56±0,61	
	40 yaş ve üzeri	4,2 (0,8)	3,88±0,84	
Eğitim Yılı		Korelasyon katsayısı r:+0,24		<0,001 ^a
Çalışma Durumu	Çalışıyor	4 (0,7)	3,97±0,53	0,001 ^b
	Çalışmıyor	3,7 (0,7)	3,75±0,62	
Gelir Düzeyi	<2500	3,7 (0,7)	3,67±0,62	<0,001 ^c
	2500-5000	4 (0,8)	3,94±0,57	
	5000-10000	4,1 (0,6)	3,99±0,52	
	>10000	4 (0,4)	3,96±0,59	
Aile Tipi	Çekirdek	3,9 (0,8)	3,80±0,63	0,187 ^c
	Geniş	4,1 (1,5)	4,01±0,41	
	Diğer	3,7 (0,7)	3,80±0,40	
Medeni Durum	Evli	3,9 (0,7)	3,81±0,61	0,165 ^b
	Bekar	4 (0,7)	3,98±0,48	
Evlilik Süresi		Korelasyon katsayısı r:-0,25		<0,001 ^a
Aile İlişkisi Puanı		Korelasyon katsayısı r:+0,19		0,003 ^a
Çocuk Sayısı		Korelasyon katsayısı r:-0,25		<0,001 ^a
Sezaryen Doğum Öyküsü	Var	3,9 (0,6)	3,84±0,57	0,640 ^b
	Yok	3,8 (0,8)	3,79±0,63	
Normal Doğum Öyküsü	Var	3,7 (0,7)	3,63±0,63	<0,001 ^b
	Yok	4 (0,6)	3,94±0,56	
Gebelik Sonlandırma Öyküsü	Var	3,8 (0,6)	3,80±0,62	0,816 ^b
	Yok	3,9 (0,8)	3,82±0,61	
Sigara Kullanımı	Var	3,7 (0,7)	3,59±0,59	0,029 ^c
	Yok	3,9 (0,7)	3,86±0,60	
	Bırakmış	3,8 (0,5)	3,73±0,66	
	Bırakmayı düşünüyor	3,7 (0,7)	3,67±0,49	
Gebelik Durumu	Var	4 (0,6)	3,92±0,53	0,006 ^b
	Yok	3,8 (0,8)	3,72±0,65	

¹Çeyrekler arası aralık ²Standart sapma

^aSpearman korelasyon testi ^bMann-Whitney U testi ^cKruskal Wallis testi

Gebeler içerisinde ilk gebeliği olanların puanları anlamlı yüksektir (p=0,022). Gebelik haftasına göre ise anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,728). Planlı gebelik sahibi olanların puanları istatistiksel açıdan daha yüksektir (p=0,001). Gebelik için

tedavi alma durumuna göre puanlar arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,712$). Düzenli kontrollere giden gebelerin puanları bir miktar yüksek görülmekle beraber istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,463$). Gebelikle ilgili kaygı durumuna göre ve kaygı nedenlerine göre puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p=0,683$ ve $p=0,781$). Bu veriler tablo 4.18. de verilmiştir.

Tablo 4.18. Güçlükler Karşı Tutum Ölçeğinden Alınan Ortalama Puanların Gebelikle İlgili Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Gebelikle İlgili Özellikler		Ölçekten Alınan Ortalama Puan		p
		Ortanca (CAA ¹)	Ortalama±SS ²	
Gebelerin Toplam Puanı		4 (0,6)	3,92±0,53	
İlk Gebeliği Olanlar		4,2 (0,9)	4,04±0,56	0,022 ^a
Daha Önce Gebeliği Olanlar		3,9 (0,6)	3,86±0,51	
Gebelik Haftası	İlk 13 hafta	4 (0,7)	3,96±0,56	0,728 ^b
	14-26 hafta	3,9 (0,7)	3,90±0,53	
	27 hafta sonrası	4 (0,6)	3,95±0,53	
Planlı Gebelik Durumu	Var	4,1 (0,7)	4,02±0,49	0,001 ^a
	Yok	3,8 (0,8)	3,61±0,59	
Gebelik İçin Tedavi Alma Durumu	Var	4 (0,5)	3,94±0,30	0,712 ^a
	Yok	4 (0,7)	3,93±0,55	
Düzenli Kontrol Muayenesi	Var	4 (0,6)	3,94±0,53	0,463 ^a
	Yok	3,8 (1,4)	3,65±0,77	
Gebelikle İlgili Kaygı Durumu	Var	4 (0,7)	3,95±0,58	0,683 ^a
	Yok	3,9 (0,6)	3,94±0,51	
Kaygının Nedeni	Doğumla ilgili	4,2 (0,9)	4,11±0,49	0,781 ^b
	Bebekle ilgili	4,1 (0,8)	3,84±0,87	
	Düşük yapma kaygısı	3,8 (0,8)	3,92±0,51	
	Diğer	4 (0,6)	3,92±0,51	

¹Çeyrekler arası aralık ²Standart sapma ^aMann-Whitney U testi ^bKruskal Wallis testi

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda; gebe kadınların güçlükler karşısında tutumları değerlendirilmiştir. Gebelik faktörünün ölçek skorları üzerine diğer faktörlerle birlikte etkin olduğu görülmüştür. Böylece çalışmaya başlarken kurduğumuz H1 hipotezimiz (gebelik güçlükleri karşı düşünceler üzerine etkindir) kabul edilmiştir (p:0,006). Gelir düzeyi ve eğitim yılındaki artışın etkin olduğu görülmüştür. Gebe olan katılımcılar arasında ilk gebeliğin ve planlı gebeliğin, ölçek skorları üzerine olumlu yönde etkin olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda gebeliğin ölçeğinin alt faktörlerini olumlu yönde etkilediği gözlenmiştir. Bu veri bize gebe kadınların geleceğe ve hayata daha olumlu baktıklarını ve kendileri ve bebekleri için güçlü olduklarını düşündürebilir. Gebelik sırasında gelişen maternal bağlanma ile kadında anne rolü güçlenebilir. Zümrüt BİLGİN ve arkadaşlarının 2016 yılında Kadınların Maternal Bağlanma Algısı ve Anneliğe İlişkin Görüşleri üzerine yaptıkları çalışmada doğru maternal bağlanma için gebe kadınlara özel bireysel yaklaşımlar önermişlerdir (38).

Çalışmamızda Eğitim yılının ile Hİ, SD, HB ve PÇ skorları üzerine istatistiksel olarak etkin olduğu görülmüştür. Bu durumu eğitimin kendine güveni artırması ve insanın hedef ve ideallerine ulaşmak için gerekli olması ile açıklayabiliriz. Demir ve arkadaşlarının Evde Hasta Bakımı Yapan Kişilerin Karşılaştığı Zorluklar üzerine yaptığı benzer bir çalışmada da eğitim yılı etkin bulunmuştur. Eğitimin, alan skorlarını, olumlu veya olumsuz yönde, en çok etkileyen değişken olduğu görülmüştür(39) .Gebelik ve anksiyete ve depresyon üzerine Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi artıkça kadının kendi yaşamı üzerinde söz sahibi olduğu, özgüveninin arttığı ve depresyon oranının azaldığı bildirilmiştir (40). Her durumda olduğu gibi eğitim yaşamın temel yapıtaşlarından biridir ve ülke politikaları ile desteklenmelidir.

Çalışmamızda çalışan kadınların HB, PÇ, Hİ, SD puanlarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Çalışma hayatına katılarak ekonomik özgürlüğünü kazanan kadınlar sorunlarını daha kolay çözüme ulaştırabilir ve maddi imkânları elverdiği sürece hayal

ve isteklerini yapabilirler. Kendine güven ve saygıları artabilir. Bu sayede hem ekonomiye hem de kendilerine katkıları olabilir. Çalışmamızda yüksek gelir düzeyinin PÇ, Hİ, SD puanlarını olumlu etkilediği gözlenmiştir. Mustafa Kara ve arkadaşlarının 2011 yılında Yozgat ilinde yaşayan gebelerin sosyoekonomik ve demografik faktörler açısından değerlendirilmesi üzerine yaptıkları çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan gebelerin gebelik parametreleri ve yaşam kalitesi skorları sosyoekonomik düzeyi yüksek olan gebelerden anlamlı şekilde daha düşük tespit edilmiştir (41). Beji ve arkadaşlarının yaptığı benzer bir çalışmada da çalışmayan, öğrenim düzeyi düşük, plansız gebeliği olan kadınların prenatal bağlanma düzeyleri düşük ve düşük gelir düzeyi ve öğrenim düzeyine sahip kadınların stresle başa çıkma tarzlarının boyun eğici ve çaresiz yaklaşımlar olduğunu bulmuşlardır (42). Kadınların çalışma hayatına katılmaları ve gebelik durumuna uygun koşullarda çalışmaları desteklenerek sosyoekonomik olarak daha bağımsız olmaları sağlanabilir.

Çalışmamızda normal vajinal doğum öyküsü olan tüm katılımcıların ölçeğin tüm alt faktörlerinde olumsuz etkisi olduğunu gözlemledik. Zor, travmatik vajinal doğum öyküsü ya da sezaryen için kadınların önceden daha net bilgilendirilmeleri bu duruma neden olmuş olabilir. Gebelere, vajinal doğumu teşvik için bu konuda aile hekimlerince bilgi verilebilir. Özkan ve arkadaşlarını 2013 yılında Kadınların Doğum Yöntemi Tercihi ve İlişkili Faktörler adlı çalışmasında kadının gebeliğinde doğum şekilleri hakkında bilgi edinmemiş olması, sezaryen doğumu artıran faktör olarak bulunmuştur (43). Bir kadının doğum deneyimi memnuniyetini kişisel beklentisi, aldığı destek, sağlık personeli ile ilişkisi, aldığı sağlık hizmetinin devamlılığı ve karar sürecine katılımı etkileyebilir (44).

Çalışmamızda SD skorları değerlendirildiğinde eğitim yılı, gelir düzeyi ve çalışma durumu etkin bulunmuştur. Özşahin ve arkadaşlarının gebelerin psikososyal sağlığı üzerine yaptıkları çalışmada da eğitim ve gelir düzeyi etkili bulunmuştur (45). Bu durumu eğitimin kişinin kendine güveni sağlamada etkin olması ve kadının çalışma hayatına katılarak kendine etkin sosyal ve maddi destek bulması ile açıklayabiliriz. Virit ve arkadaşlarının gebeler üzerinde yaptığı diğer bir çalışmada

yetersiz sosyal destek gebe kadınlarda depresyon için risk faktörü olarak tanımlanmıştır(46).

Çalışmamızda SD, HB, GKD skorları üzerine planlı gebelik etkin bulunmuştur. Hayatın önemli bir parçası olan gebelik zamanını planlamak kadınlar için annelik, aile kurmak gibi önemli değişimlerin başlangıcıdır. Aile planlaması için danışmanlık ve rehberlik verilebilecek en yakın ve kolay ulaşılan sağlık birimi olarak birinci basamak desteklenmelidir. Sel ve arkadaşlarının gebelerde anksiyete üzerine yaptıkları çalışmada da plansız gebeliğin olumsuz etki ettiğini bulmuşlardır (47). Dağlar ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı benzer çalışmada kendine güvenen olumlu düşünen ve sosyal desteğini iyi kullanabilen kadınlarda anksiyete ve depresyon riskinin düştüğü gözlenmiştir(25). Özcan ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı meta analizde post partum depresyonda sosyal desteğin önemi vurgulanmıştır (48).

Çalışmamızda PÇ ve SD puanları üzerine geniş ailede yaşamak olumlu etkide bulunmuştur. Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelerin en büyük sosyal desteği aileden, özellikle kendi annesinden aldığı gözlenmiş, gebenin aldığı sosyal destek artıka gebeliğin ve anneliğin kabulü kolaylaşmaktadır. Bu durum gebe kadını duygusal olarak rahatlatılabilir, doğuma yönelik endişe ve kaygılarını azaltılabilir (49).

Çalışmamızda PÇ puanları üzerine gebelikle birlikte eğitim yılı, çalışma durumu, gelir düzeyi, geniş aile yapısı etkin bulunmuştur. Şahin ve arkadaşlarının Son Trimester Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri üzerine yaptığı çalışmada da sosyoekonomik durum ve eğitim düzeyi etkin bulunmuştur (50). Özcan ve arkadaşlarının yaptığı gebelerin stresle başa çıkma tarzları üzerine yaptığı benzer bir çalışmada da eğitim yılı etkin bulunmuştur (51).

Çalışmamızda HB skorları üzerine gebelikle birlikte eğitim yılı, çalışma durumu etkin bulunmuştur. Mortazavi ve arkadaşlarının İran'da Annenin iyilik hali üzerine yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi gebeliğin son 3 ayına etkin tek faktör olarak bulunmuştur(52). N. Elkin'in yaptığı benzer bir çalışmada da gebelerin stres yönetiminde çalışma durumunun etkin olduğu bulunmuştur (53).Bu durumu eğitimin ve çalışmanın kendine güven vermesi, yeni insanlar tanımaya olanak sağlayarak

sosyal desteğin artması ve sorunların çözümü için yeni imkânlar oluşturarak ile hayata bakışı olumlu etkilenmesi ile açıklayabiliriz.

İ.Arslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anksiyete ve depresyon skorlarının, güçlülere karşı tutum ölçeğindeki hayata bakış faktörünü olumsuz yönde etkilediği saptanmış ve ailedeki birey sayısı' arttıkça 'Hayata Bakış' faktör ortalama puanlarının kötüleştiği gözlenmiştir (54). HB için tüm kadınlara ve gebelere kişi merkezli, biyopsikososyal yaklaşımlarla rehberlik hizmeti verilmesi faydalı olabilir.

Katılımcıların %9'u sigara kullanmaktadır. %81'i kullanmadığını, %7'si bıraktığını, %2,7'si ise bırakmayı düşündüğünü ifade etmiştir. Sigara kullanım durumları arasında gebelik durumuna göre anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,02). Farkın sigara kullananlarla sigara bırakanlar arasında olduğu saptanmıştır. Gebe olmayanlarda sigara kullanımı bir miktar daha fazlayken gebelerde sigara bırakma oranı daha yüksektir. Bu durum gebeliğin sigarayı bırakmayı kolaylaştıran bir motivasyon ve gebelerde sigaranın zararlı etkileri konusunda farkındalığın daha yüksek olduğunu düşündürebilir. Koruyucu hekimlik kapsamında aile hekiminin öneri ve mesajları, bağımlılık sorununun yaygınlaşmasını önleyici etkenlerden biridir. Gebesini takip eden bir aile hekiminin gebenin bağımlılık yapıcı bir madde kullanıp kullanmadığını sorması, kullanıyorsa gereğini yapması sorumluluğu dâhilindedir (55).

Araştırmaya dâhil edilen kadınların yaşları ortalaması 29,59(±5,81)'dur. Gebe olanların yaşı gebe olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha düşüktü. Bu durum ülkemizdeki kadınların doğurganlık yaşı ile benzer çıkmıştır. Ülkemizde yaşa özel doğurganlığın 2003 (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) ya kadar 20-24 yaş grubunda en yüksek olduğunu göstermektedir. 2018 TNSA sonuçlarına göre yaşa özel doğurganlık 25-29 yaş grubunda en yüksek olup, bu durumun 2008 TNSA'dan beri değişmediği görülmektedir (56). Gebe katılımcıların yaş ortalaması TNSA verileriyle uyumlu çıkmıştır.

Çalışmamızdaki gebelerin tamamına yakını aile hekimi ya da kadın doğum uzmanına takip ve kontrol muayenelerine gitmektedir. Çalışmamızda da görüldüğü

üzere doğum öncesi ve lohusalık izlemleri, aile hekimlerine gebe kadınlar için ruh sağlığını izlemek ve erken tanı ve teşhis için gözlem imkânı sunar. Bu süreçten en üst düzeyde yararlanmalı ve erken tanı ve teşhislerde aile hekimleri ön planda rol alabilir. Özcan ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı meta analizde Türkiye’de postpartum depresyon oranı 23,8 çıkmış ve tüm kadınların gebelik süresince ve doğum sonrası bir tarama yöntemiyle depresyon açısından değerlendirilmesi önerilmiştir(48).

5.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları:

Araştırmadaki katılımcılar Ankara ili Kahramankazan Şehit Samet Cantürk Aile Sağlığı Merkezine başvuran kadınlar ile sınırlıdır. Çok merkezli ve daha büyük katılımcı grubunun olduğu bir araştırmada daha farklı sonuçlar elde edilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda; gebe kadınların güçlükler karşısında tutumları değerlendirilmiştir. Araştırmamızda güçlükler karşı tutum ölçeği skorları üzerine gebeliğin, ölçeğin diğer alt faktörlerinin, eğitim yılının, gelir düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı etkin olduğu bulunmuştur. Gebelik güçlükler karşı düşünceler üzerine etkindir hipotezimiz kabul edilmiştir. Bu bulgular göz önüne alınarak gebe kadınlara biyopsikososyal yaklaşımla kişi merkezli danışmanlık yapmak ve doğum öncesi bakım izlemleri arasında BGKTÖ kullanmak uygun olabilir.

Çalışmamızda gelir düzeyi ve eğitim yılının etkin olduğu görülmüştür. Kadınlar için eğitim ve çalışma hayatında pozitif ayrımcılık politikalarının desteklenmesi gerektiğini düşünüyorum, Gebe kadınlar için esnek çalışma saatleri planlanması ile çalışma hayatına katkıları artırılabilir. Gebe kadınların ekonomik açıdan bağımsız olmaları için desteklenmeleri faydalı olabilir.

Çalışmamızdaki gebelerin tamamına yakını aile hekimine gitmekteydi. Bu durumun hekimler için gebe kadınların ruh sağlığını izlemede önemli fırsatlar oluşturduğunu düşünmekteyim.

Gebe kadınlar için sosyal destek önemlidir. Sosyal desteği olmayan ya da yetersiz olan gebe kadınlar için güncel sağlık politikaları ile özel sosyal destekler planlanmasının iyi olacağı kanaatindeyim.

Çalışmamızda planlı gebelik ölçek skorlarına etkin bulunmuştur. Kadınların hayatlarının bir dönüm noktası olan gebelik sürecini sağlıklı ve istedikleri zamanda geçirmeleri için aile planlaması eğitimlerini gebelik öncesi her sağlık başvurusunda almaları faydalı olabilir.

Çalışmamızda vajinal doğum öyküsü ölçek puanları üzerine olumsuz etkin bulunmuştur. Vajinal doğumu teşvik için gebe kadınlara bu konuda daha ayrıntılı bilgi vermek faydalı olabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Berrak BB, İrem SÇ, Asiye A, Tuğcan A. Ö. T.C. Sağlık Bakanlığı SAĞLIK İstatistikleri Yıllığı 2018. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>
2. 19. WONCA (World Organization of Family Doctors) (2011) The European Definition of General Practice / Family Medicine. WHO Europe Office, Spain. 2011;
3. Öztora S. Aile Hekimliğinde Ulaşılabilirlik. Türkiye Klin J FamMed-Special Top. 2016;7(6):29–31.
4. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi>. Aile Hekiminin Tanımı. 2020;6–8.
5. “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü,925,Ankara,2018.
6. Ungan M, Özdemir K. Aile Hekimliği Ağacı. Türkiye Klin J Fam Med-Special Top. 2016;7(6).
7. Şahin G, İğde FAA. Hasta Merkezli Bakım-Ortak Karar Alma Süreci ve Kalite. Türkiye Klin Fam Med Top. 2014;5(3):38–43.
8. Thomas R. F. Aile Hekimliğinin İlkeleri-Depresyon.Güldal D., Günvar T., Başak O. Çeviri Editörleri. Mc Whinney’in Aile Hekimliği.Dördüncü Baskı.Adana,Çukurova Nobel Tıp Kitapevi;2017:18-324
9. Yarış F. Koruyucu Hekimlikte Klinik Yöntem. Türkiye Klin J Fam Med-Special Top. 2013;4(5):24–8.
10. Charles J Lockwood, Magriples U. Prenatal care: Second and third trimesters. UpToDate. 2020;1–7.
11. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience WHO Library Cataloguing-in-Publication Data WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. IWorld Heal Organ from World Heal Organ. 2016;
12. Tekin O, Göktaş O, Cebeci S. Yaşamın Güçlüklerine Karşı Tutumların Değerlendirilmesi-Bursa’da 298 Kişi Üzerinde Pilot Çalışma. Yeni Tıp Dergisi; 2009. p. 26:79-84.
13. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte Ruhsal Durum. CU Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2001;23(1):61–4.

14. Gültekin BK. Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(4):583–94.
15. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastan Tıp Bülteni*. 2011;45(2):65–74.
16. Tekgöz İ, Sunay D, Çaylan A, Kısa C. Assessment of anxiety disorders and related factors at the third trimester of pregnancy. *Türkiye Aile Hekim Derg*. 2009;13(3):132–6.
17. Çetinay Aydın P. Kaygı ve Endişe. *Turkiye Klin J Psychiatry-Special Top* 2017;10(4)228-36.
18. Yılmaz Doğru H, Özsoy AZ, Gözdemir E, Gülücü S, Demirtürk F. İlk Trimestrda Depresyon Ve Anksiyetenin Değerlendirilmesi. *Medeni Med J*. 2015;30(4):153–8.
19. Tamam L, Namlı Z, Karaytuğ MO. Depresyon Kliniği. *Turkiye Klin J Psychiatry-Special Top*. 2012;5(2):34–8.
20. Williams J, Jason Nieuwsma. Screening for depression in adults. *UpToDate*. 2020;
21. Özdamar Ö, Yılmaz O, Beyca HH, Muhcu M. Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar (Common Psychiatric Disorders in Pregnancy and Postpartum Period). *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2014;45(2):71.
22. ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol*. 2018;132(5):E208–12.
23. Savcı, Mustafa & Aysan, Ferda. (2014). Relationship between the perceived stress level and coping with stress strategies in university students. *Journal of International Turkish Education Sciences*. 44-56.
24. Paşa M. Stresin bireysel performans üzerindeki etkileri ve bir uygulama. 2007; Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Doktora Tezi, Bursa
25. Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhur Med J*. 2014 Dec 25;36:429.
26. Çoşkun B. Koruyucu Psikiyatri Açısından Ruh Sağlığının Güçlendirilmesi. *Turkiye Klin J Psychiatry-Special*. 2011;4(4):110–9.

27. Ateş E, Set T. Biyopsikososyal Yaklaşım. *Turkiye Klin J Fam Med-Special Top.* 2017;8(2):93–5.
28. Kiyunat Z, Dağdeviren HN. Hasta Merkezli Yaklaşım. *Turkiye Klin J Fam Med-Special Top.* 2017;8(2):89–92.
29. O’Handley JG, Tobin EJ, Shah AR. Textbook of Family Medicine Ninth Edition. *Textbook of Family Medicine Ninth Edition.* 2016. 328–35 p.
30. UÇAR H. Gebelerin Psikososyal Durumları ile Annelik Rolü Arasındaki İlişki Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2014, Erzurum
31. Kovess-Masfety V, Murray M, Gureje O .Pozitif Ruh Sağlığı Taycan O, Coşkun B.Çeviri Editörleri. *Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar DSÖ.*Ankara. 1.Baskı. Bayt yayınevi.2020-34
32. Karadağ Ş. Üniversite Öğrencilerinde Olumlu Düşünme Becerisinin Kişilerarası İletişim Becerisi ile İlişkisi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sos Bilim Derg.* 2019;7:131–6.
33. Shabani M, Hasan S. The Impact of Positive Skills Training and Positive Thinking on Organizational Commitment. *World Sci News.* 2016;42:245–55.
34. Gül E. Yaşam Boyu Kadın Ruh Sağlığı. *Turkiye Klin J Psychiatr Nurs-Special Top.* 2015;1(1):25–31.
35. Güçlü N. Lise Müdürlerinin Problem Çözme Becerileri. *Milli Eğitim Dergisi.* 2003;160:1–23.
36. Tanış BB. Depresyon ve sosyal destek ilişkisinde sosyal beceri ve duygusal farkındalığın aracı rolünün incelenmesi. *Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi.* 2019; İstanbul
37. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspect Psychol Sci.* 2015;10(2):227–37.
38. Bilgin Z, Ecevit Alpar Ş. Kadınların Maternal Bağlanma Algısının Annelik Rolü İle İlişkisi. *Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg.* 2018;5(1):6–15.

39. Demir N, Evmez M, Tekin O. The Challenges Facing in-home Caregivers: an Analyses of the Results of a Survey Using a Validated Questionnaire. *Konuralp Tıp Derg.* 2020;12(2):191–9.
40. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan MT. Risk Factors For Pregnancy Anxiety And Depression: Assessment In 452 Cases. *J Tepecik Educ Res Hosp.* 2011;21(2):79–84.
41. Kara M, Çağlayan EK, Karaçavuş S, Erdoğan Y. Yozgat ilinde yaşayan gebelerin sosyoekonomik ve demografik faktörler açısından değerlendirilmesi. *Cumhur Med J.* 2012;34(2):158–63.
42. Yılmaz Dereli S, Beji Kızılkaya N. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Derg.* 2010;20(3):99–109.
43. Sakal FN. Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler/Delivery methods: choices for women and related factors. *Turkish J Public Heal.* 2013;11(2):59–71.
44. Funai EF, Norwitz ER. Mechanism of normal labor and delivery. *UpToDate [Internet].* 2014;1–19. Available from: https://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery/print?search=vaginal-delivery&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
45. Özşahin Z, Erdemoğlu Ç, Karakayalı Ç. Psychosocial Health Level and Related Factors in Pregnancy. *J Turkish Fam Physician.* 2018;9(2):34–46.
46. Virit, O., Akbaş, E., Savaş, HA, Sertbaş G ve K. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin destek ile ilişkisi. / Gebelikte depresyon ve anksiyete düzeyi ile sosyal destek arasındaki ilişki. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45 (1), 9–13. 2008;45.
47. Sel G, Barut A, Solak S, Uslu S, Gedik Y, Uzunoğlu S, et al. Gebelerde anksiyeteye etkisi bulunan faktörler. *STED / Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 2019;28(5):334–9.
48. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017;31(4):420–8.

49. Pasinlioğlu T, Yılmaz F. Examination of the Relationship Between Perceived Social Support and Adaptation To Motherhood in Pregnants. *Int Ref J Gynaecol Dis Matern Child Heal.* 2014;01(01):14–14.
50. Şahin EM, Suna Kılıçarslan. Son Trimester Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Bunları Etkileyen Etmenler. *Trak Üniv Tıp Fak Derg* 2010; 27(1):(51-58)
51. Ozcan H, Ustundag MF, Yılmaz M, Aydinoglu U, Ersoy AO, Yapar Eyi EG. The relationships between prenatal attachment, basic personality traits, styles of coping with stress, depression, and anxiety, and marital adjustment among women in the third trimester of pregnancy. *Eurasian J Med.* 2019;51(3):232–6.
52. Mortazavi F, Mousavi SA bbas, Chaman R, Khosravi A. Dünya Sağlık Örgütü-5 İyilik Hali Endeksi Geçerliği:Annenin İyilik Hali ve Bununla İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Turk Psikiyatri Derg.* 2015;26(1):48–55.
53. Elkin N. Gebelerin Stresle Başa Çıkma Düzeyleri Ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2015;8(1):22-31–31.
54. Arslan İ, Gülmez G, Uçkan M, Yengil Taci D, Nurlu D, Yıldırım E, et al. The Effect Of Anxiety And Depression Scores On Attitudes To The Challenges. *Konuralp Tıp Derg.* 2017;9(2):9–17.
55. Şengezer T. Aile Hekimliğinde Madde Bağımlılığına Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2012;3(2):46-50
56. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

8. EKLER

EK:1.1 ETİK KURUL ONAYI

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebe Kadınlarda Güçlükler Karşısında Tutumlarının Belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2012-KAEK-15
	AÇIK ADRESİ:	Pınarbaşı Mah. Sanatoryum Cad. Ardahan Sok. No:25 06380 Keçiören / Ankara
	TELEFON	0312 356 90 00-1065
	FAKS	
	E-POSTA	etikkurulkeah@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr Gülnihal ŞİMŞEK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Keçiören Eğitim Ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1		<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2		<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3		<input type="checkbox"/>	
FAZ 4			<input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaç çalışması			<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik araştırması			<input type="checkbox"/>		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları			<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma			Uzmanlık tezi		
Diger ise belirtiniz Anket Çalışması					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Op.Dr.Ömer Faruk TANER
İmza:

Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi
Etik Kurul Başkanı
Hacer SELAMOĞLU

ASLI GİBİDİR

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Gebe Kadınlarda Güçlükler Karşısında Tutumlarının Belirlenmesi	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DİĞER:	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:1972	Tarih:09.10.2019	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurulu üyelerin tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Op.Dr.Ömer Faruk TANER							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Op.Dr.Ömer Faruk TANER Bşk.	Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahi	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr. S. Ş. Erkmen GÜLHAN Bşk.Yrd.	Göğüs Cerrahisi	Atatürk Göğüs Hst. Ve Göğüs Cer. E. A. H.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ahmet ERGÜN	Fizyoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İsmet Faruk ÖZGÜNER	Çocuk Cerrahisi	Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları E. A. H.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr.Üyesi İşıl ÖZAKÇA	Farmakoloji (PhD)	Ankara Üniv. Ecz. Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Selma UYSAL RAMADAN	Radyodiagnostik	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mustafa ALTAY	Endokrinoloji ve Metabolizma Hst.	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Aşlı ÇELEBİ LAYFUR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/Çocuk Nefroloji	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülşin GÜLER ŞİMŞEK	Patoloji	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Osman KORUCU	Nöroloji	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Volkan MİLDENİ	Halk Sağlığı	Atatürk Göğüs Hst. Ve Göğüs Cer. E. A. H.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Emine EMEKTAR	Acil tıp	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Mutlu ŞAHİN	Genel Cerrahi	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Abdullah Emin TEKİN	Avukat	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Necmeddin TEKİN	Din Görevlisi	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Op.Dr.Ömer Faruk TANER
İmza:

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Etik Kurul Başkanı
Hacer SELAMOĞLU

ASLI GİBİDİR

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK:1.2. Halk Sağlığı Onayı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ - HSGM TOPLUM
SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE EĞİTİM DAİRESİ BAŞKANLIĞI
09/01/2020 18:10 - 49654233 - 604.02 - E.36



Sayı : 49654233-604.02
Konu : Araştırma izin Talebi (Doç. Dr. Tijen
ŞENGEZER)



ANKARA VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi : 12/11/2019 tarihli ve 51381736-604.02-60 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde görevli Doç. Dr. Tijen ŞENGEZER sorumluluğunda, Asistan Dr. Gülnihal ŞİMŞEK tarafından yapılmak istenen “Gebelerin Güçlüklere Karşı Tutumların Belirlenmesi” konulu araştırma için Genel Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Genel Müdürlüğümüzce yapılan değerlendirilmesi neticesinde;

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz” öte yandan 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete’ de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu” hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılacağı -hükmü yer almaktadır.

Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, aile sağlığı merkezi sorumlu hekiminin ve katılımcıların onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi ve araştırmacının kendi imkanları ile katılımcılara ulaşması durumunda araştırmanın yapılabileceği kararına varılmıştır.

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 Çankaya / Ankara 03125655892
Telefon: 312 565 5854 Faks No:

e-Posta:zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Z.KÖSEOĞLU 0312 565 58 92

Bilgi için:ZEYNEP KÖSEOĞLU
TIBBİ TEKNOLOG

Telefon No:312 565 5892

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a09229e1-f2b7-4433-ba91-b33dd2eed4d4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Genel Mdrlğimize gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Muhammet ME
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

Adnan Saygun 2 Cad. No: 55 ankaya / Ankara 03125655892
Telefon: 312 565 5854 Faks No:
e-Posta:zeynep.koseoglu@saglik.gov.tr İnt. Adresi: Z.KöSEOğLU 0312 565 58 92

Bilgi için: ZEYNEP KöSEOğLU
TIBBİ TEKNOLOG
Telefon No:312 565 5892

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a09229e1-f2b7-4433-ba91-b33dd2eed4d4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 2: VERİ TOPLAMA FORMU

Bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı, Gebelerin Güçlüklere Karşı Tutumlarının Belirlenmesi'dir. Çalışma gönüllü gebe olan ve olmayan kadınlar ile yapılacaktır. Çalışmaya **katılmak gönüllülük esasına** dayanmaktadır. Bu çalışma 26 sorudan oluşan bir yaklaşık 10 dakikalık anket çalışması olup herhangi bir **tedavi ve girişimsel işlem yapılmayacaktır**. Bu çalışma ile gebe kadınlara verilebilecek rehberlik hizmetlerine ışık tutmak amaçlanmaktadır..Bu çalışmada **herhangi bir tetkik ve tedavi uygulanmayacaktır**.**Çalışmaya katılmamanız halinde size verilen hizmetle ilgili hiç bir değişiklik olmayacaktır**.Toplanan veriler sadece bilimsel amaç ile kullanılacak olup, kişisel mahremiyetiniz tümüyle korunacaktır.İlgili mevzuat gereğince araştırma kayıtlarınız **ve kimliğiniz gizli tutulacaktır**.

Anketi istediğiniz zaman sonlandırabilirsiniz.

Ankete katılmayı kabul ediyor musunuz? **EVET()** **HAYIR()**

Teşekkür ederiz.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: GÜLNİHAL ŞİMŞEK

Görevi: Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanı

Adresi: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ/

KAHRAMANKAZAN ŞEHİT SAMET CANTÜRK AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ

Tel.0 5332573715

Tarih ve İmza:

Araştırma Yürütücüsü

İmza

Tarih

Dr. GÜLNİHAL ŞİMŞEK

Yaşınız:

Eğitim yılınız(Öğrenim durumunuz):

Psikiyatrik, nörolojik ya da kronik, sürekli tedavi ve kontrol gerektiren bir hastalığınız var mı? **Evet Hayır**

Geçmiş de psikiyatrik hastalık nedeniyle tedavi gördünüz mü: **Evet Hayır**

Mesleğiniz nedir:

Aylık gelir düzeyiniz nedir?1.**Asgari ücret 2.2500-5000TL 3.5bin-10binTL 4.10bin üstü**

Ailenizi nasıl tanımlarsınız? 1.**Çekirdek**(anne, baba, çocuk) 2.**Geniş** (anne, baba, çocuk, diğer aile bireyleri) 3.**Diğer**

Medeni durum

Kaç yıldır evlisiniz?

Eşinizle aile ilişkinize puan verseniz kaç olurdu(0:kötü 3eh işte 5 mükemmel)

Çocuk sayısı:

1.sezaryen **Evet Hayır ya da** 2.normal doğum **Evet Hayır yaptınız** mı?

Düşük ya da kürtaj nedeniyle gebeliğiniz sonlandı mı: **Evet Hayır**

Sigara içiyor musunuz: 1. **Evet** 2. **Hayır** 3.Bıraktım 4.Bırakmayı düşünüyorum

Gebe misiniz? **Evet Hayır cevabınız Evet** ise lütfen aşağıdaki sorulara devam ediniz.

İlk gebeliğiniz mi?

Gebelik haftanız:

Bu gebeliği planlamış mıydınız?(istiyor musunuz)?

Gebe kalmak için tedavi gördünüz mü?

Aile hekimi/kadın doğum uzm takip/kontrol muayenelerine gidiyor musunuz: **Evet Hayır**

Hayır, ise nedeni:

Gebeliğinizle ilgili sizi düşündüren, kaygılandıran bir durum var mı?

Varsa nedir?

EK:3 BURSA-GÜÇLÜKLERE KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ

1.Halledemediğim problemlerde daha güçlü birisinden yardım isterim

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

2.İnsan topluma hizmet etmelidir

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

3.Hayat ağır bir yüküdür

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

4.İdealler hayata hayata katar

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

5.Sosyal olarak yalnız ve kendi başıma bir insanım

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

6.Güçlükler, hayata renk katarlar

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

7.Ailemden her zaman sosyal destek alıyorum

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

8.Hayat çekilmez bir şeydir

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

9. Hayatın problemlerini çözmekten zevk alırım

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

10.Kendimi sosyal olarak yalnız hissediyorum

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

11.Güçlüklerle karşılaşmak insanın kişiliğini geliştirir

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

12.İnsanlığa hizmet edebilmek en büyük idealimdir

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

13.Başım sıkışsa çalacak kapım yok

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

14.Bir zorluk karşısında çok stres yaşarım

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

15.Hayatta zorluklarla karşılaşmak normaldir

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

16.İnsanlar hayatta ayaklarından zincirli mahkum gibidir

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

17.Problemler karşısında sakince çare bulmaya çalışırım

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

18.Arkadaş çevrem bana hep destek olur

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

19.Kişi engellerle karşılaştıkça yeni şeyler öğrenir

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

20.İnsanlar hayata dolu başlar ve tükenişe doğru gider

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

21.Güçlükler insanı güçlendirir

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

22.Zor problemlerimi halletmek için dua ederim

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

23.İnsanlığa hizmet etmek gerekli bir şey değildir

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

24.Sosyal çevremi hiç sevmiyorum

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

25.Güçlükler hayatın tuzu biberidir

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

26.İnsan, çaresiz kaldığı zaman her şeye gücü yeten kudrete başvurmalıdır

- I () Hiç Katılmıyorum II()Katılmıyorum III () Kararsızım
IV() Biraz katılıyorum V()Kesinlikle Katılıyorum

Not: 3,5,8,10,13,14,16,20,23,24 Numaralı soruları puanlarken bulunan değer 6 dan çıkarılacak

*Tekin O,Göktaş O,Cebeci S,"Yaşamın Güçlüklerine Karşı Tutumların Değerlendirilmesi (Bursa'da 298 kişi üzerinde pilot çalışma)", Yeni Tıp Dergisi, 26(2) 79-84 (2009)

BURSA GÜÇLÜKLERE KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ PUANLAMA TABLOSU

SORU NO		1-Güçlükler Karşısında Düşünceler	2-Hayata Bakış	3-Problem Çözebilme	4-Hedef ve İdealler	5-Sosyal Durum
1						
2						
3	6-					
4						
5	6-					
6						
7						
8	6-					
9						
10	6-					
11						
12						
13	6-					
14	6-					
15						
16	6-					
17						
18						
19						
20	6-					
21						
22						
23	6-					
24	6-					
25						
26						
	TOPLAM PUAN					
	ORTALAMA PUAN					
	PERSANTİL					

		G.Karşısında Düşünceler	Hayata Bakış	Problem Çözebilme	Hedef ve İdealler	Sosyal Durum
Persantiller	10	3,28	2,00	3,00	3,58	3,00
	20	3,85	2,60	3,50	3,80	3,40
	30	3,85	2,80	3,75	4,20	3,80
	40	4,14	3,00	4,00	4,40	4,00
	50	4,28	3,40	4,25	4,40	4,20
	60	4,42	3,60	4,35	4,60	4,40
	70	4,57	3,80	4,50	4,80	4,60
	80	4,71	4,00	4,75	4,80	4,80
	90	4,85	4,40	4,77	5,00	5,00

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Gülnihal ŞİMŞEK

Doğum yeri ve Tarihi : Yozgat/ Yerköy 1974

İletişim Bilgileri : gnihalsimsek@gmail.com Tel: 5332573715

EĞİTİM BİLGİLERİ

Etlik İlkokulu

Hüseyin Güllüoğlu Ortaokulu

Keçiören Lisesi

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 1999

S.B.Ü. Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği halen devam ediyor.

İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Pazarköy Sağlık Ocağı-Bolu 1999-2001

İsmet Ayturan Sağlık Ocağı 2001-2010

Evren Aile Sağlığı Merkezi 2010

Kahramankazan Şehit Samet Cantürk Aile Sağlığı Merkezi 2010-halen devam ediyor

S.B.Ü. Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Asistanlığı halen devam ediyor.