



**DÜŞÜK TEHDİDİ OLAN VE OLMAYAN
GEBELERDE BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜĞÜN
PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ HALİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Seher ÇEVİK

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Yurdağül YAĞMUR**

Yüksek Lisans Tezi – 2017

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DÜŞÜK TEHDİDİ OLAN VE OLMAYAN GEBELERDE
BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜĞÜN
PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ HALİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Seher ÇEVİK

Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Yurdagül YAĞMUR

MALATYA

2017

KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Seher ÇEVİK'in "Düşük Tehdidi Olan ve Olmayan Gebelerde Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Psikolojik İyi Oluş Hali Üzerine Etkisi"** konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 07/08/2017

Prof. Dr. Behice ERCİ
İnönü Üniversitesi
Jüri Başkanı

Doç. Dr. Yurdagül YAĞMUR
İnönü Üniversitesi
Tez Danışmanı
Üye

Yrd.Doç.Dr. Semiha AYDIN ÖZKAN
Adıyaman Üniversitesi
Üye

ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../2017 tarih ve 2017/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Düşük (Abortus)	3
2.1.1. Spontan Abortus (miscarriage)	3
2.1.1.1. Etiyoloji	3
2.1.1.2. Spontan Abortus Tipleri.....	5
2.1.1.3. Abortusta Tanı ve Tedavi	7
2.1.1.4. Düşüğün Psikolojik Etkileri.....	8
2.1.1.5. Düşük Riski Olan Gebede Hemşirelik Bakımı	9
2.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük	10
2.3. Psikolojik İyi Oluş	12
2.4. Hemşirenin Düşük Riski, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Psikolojik İyi Oluş Üzerindeki Rolü.....	13
3. MATERYAL VE METOT	14
3.1. Araştırmanın Türü.....	14
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman	14
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	15
3.4. Verilerin Toplanması	15
3.5. Veri Toplama Araçları	15
3.5.1. Katılımcı Tanıtım Formu	16
3.5.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ).....	16
3.5.3. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu (PİOÖ).....	16
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	17
3.7. Verilerin Değerlendirmesi	17
3.8. Araştırmanın Etik ilkeleri	17
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	17

4. BULGULAR.....	18
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
KAYNAKLAR	43
EKLER.....	51
EK.1. Özgeçmiş	51
EK.2. Katılımcı Tanıtım Formu.....	52
EK.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	53
EK.4. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği	55
EK.5. Malatya Devlet Hastanesinden Alınan İzin Formu	56
EK.6. Etik Kurul Onay Sayfası.....	59



TEŞEKKÜR

Tez sürecinde bilimsel bilgi ve deneyimleri ile katkılarını esirgemeyen değerli danıőmanım Doç. Dr. Yurdağul YAğMUR'a,

Engin bilgi birikimi ve tecrübelerini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Behice ERCİ'ye,

Tez süreci dahil bana her zaman yardımcı olan, desteğini hiçbir zaman esirgemen biricik ablam Araştırma Grevlisi Gölin NACAR'a,

Destek ve yardımlarından dolayı değerli akademisyen arkadaőlarım Gürkán ÖZDEN ve Suat TUNCAY'a,

Sevgi ve destekleri ile her daim yanımda olan eşsiz aileme sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Seher ÇEVİK

ÖZET

Düşük Tehdidi Olan ve Olmayan Gebelerde Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Psikolojik İyi Oluş Hali Üzerine Etkisi

Amaç: Araştırma düşük tehdidi olan ve olmayan gebelerde belirsizliğe tahammülsüzlüğün psikolojik iyi oluş hali üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve metot: Araştırma vaka-kontrol çalışması olarak planlanmıştır. Araştırmanın evrenini Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü gebe polikliniklerine 15 Ocak 2017-15 Nisan 2017 tarihleri arasında başvuran gebelik haftası 20 ve altında olan gebeler oluşturmuştur. Örneklemi ise 171 düşük riski olan gebe ve 171 düşük riski olmayan gebe oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan Katılımcı Tanıtım Formu, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Formu kullanılmıştır. Veriler, tanımlayıcı istatistik, bağımsız gruplarda t testi, one way ANOVA, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Bonferroni testi, kolerasyon analizi ve Cronbach Alfa güvenilirlik analiz testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmamıza katılan düşük riski olan gebelerin (110.1±16.5) belirsizliğe tahammülsüzlüğünün düşük riski olmayan gebelerden (69.2±17.7) daha yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.001). Düşük riski olan gebelerin (36.6±8.4) psikolojik iyi oluşunun düşük riski olmayan gebelerden (46.6±6.5) daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0.001). Düşük riski olan ve olmayan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlüklerinin artmasına ters orantılı olarak psikolojik iyi oluşlarının düştüğü görülmüştür (p<0.05).

Sonuç: Araştırmada düşük riskinin gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlüğünü ve psikolojik iyi oluşunu etkilediği bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Düşük riski, Gebelik, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

ABSTRACT

The Impact of Intolerance of Uncertainty on Psychological Well-Being in Pregnant Women Who Have and Don't Have Risk of Miscarriage

Aim: The aim of this research is to determine the impact of intolerance of uncertainty on psychological well-being in pregnant women who have and don't have risk of miscarriage.

Material and Method: The research was planned as a case-control study. The universe of the research consisted of pregnant women who applied to the Malatya State Hospital Campus Beydağı obstetric polyclinic between 15 January 2017 and 15 April 2017 and whose gestational week was between 1-20. The sampling, on the other hand, consisted of 171 pregnant women who had risk of miscarriage in research group and 171 pregnant women who didn't have risk of miscarriage in control group. The Participant Description Form, Intolerance of Uncertainty Scale and Psychological Well-Being Scale, were used in the data collection. The data were evaluated using the descriptive statistics, t test in independent groups, ANOVA, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Bonferroni test, Correlation test and Cronbach's Alpha reliability analysis test.

Results: It was determined that pregnant woman with risk of miscarriage (110.1 ± 16.5) had higher intolerance to uncertainty than those didn't have risk of miscarriage (69.2 ± 17.7) ($p < 0.001$). It was observed that pregnant woman with risk of miscarriage (36.6 ± 8.4) had worse psychological well-being than those didn't have risk of miscarriage ($p < 0.001$). Furthermore, it was found that the psychological well-being decreased in reverse proportion to the increase of intolerance of uncertainty in both the research ve control groups ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that risk of miscarriage affect intolerance of uncertainty and psychological well-being of pregnant women.

Keywords: Intolerance of Uncertainty Scale, Pregnancy, Psychological Well-Being Scale, Risk of Miscarriage

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BT	:Belirsizliğe Tahammülsüzlük
BTÖ	:Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği
MDHBK	:Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü
PIOÖ	:Psikolojik İyi Oluş Ölçeği



TABLULAR DİZİNİ

Tablo No		Sayfa No
Tablo 4.1.	Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	18
Tablo 4.2.	Gebelerin Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı.....	19
Tablo 4.3.	Gebelerin PİOÖ ve BTÖ Puan Ortalamalarının karşılaştırılması.....	20
Tablo 4.4.	Düşük Riski Olan Gebelerin Demografik Özellikleri ile BTÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	22
Tablo 4.5.	Düşük Riski Olmayan Gebelerin Demografik Özellikleri ile BTÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	23
Tablo 4.6.	Düşük Riski Olan Gebelerin Doğurganlık Özellikleri İle BTÖ Puan Ortalamalarının karşılaştırılması.....	24
Tablo 4.7.	Düşük Riski Olmayan Gebelerin Doğurganlık Özellikleri İle BTÖ Puan Ortalamalarının karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.8.	Düşük Riski Olan Gebelerin Düşük Belirtisi Olarak Kanama ve Ağrı Varlığı ile BTÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.9.	Düşük Riski Olan Gebelerin Demografik Özellikleri ile PİOÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.10.	Düşük Riski Olmayan Gebelerin Demografik Özellikleri ile PİOÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.11.	Düşük Riski Olan Gebelerin Doğurganlık Özellikleri İle PİOÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.12.	Düşük Riski Olan Gebelerin Doğurganlık Özellikleri İle PİOÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.13.	Düşük Riski Olan Gebelerin Düşük Belirtisi Olarak Kanama ve Ağrı Varlığı ile PİOÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.14.	Düşük Riski Olan Gebelerin BTÖ ve PİOÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	34
Tablo 4.15.	Düşük Riski Olmayan Gebelerin BTÖ ve PİOÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	34

1. GİRİŞ

Gebelik genel olarak eğlenceli ve iyi beklentiler ile dolu fizyolojik bir dönemdir. Bunun yanı sıra anksiyete ve endişelerle dolu bir süreç de olabilir. Gebelikte meydana gelen fizyolojik farklılıklar, hastalık ve sağlık arasındaki çizgiyi daraltır. Yani her gebelik potansiyel bir risk ve bir kriz dönemidir. Dünya üzerinde her bir dakikada; 380 kadın gebe kalmakta, 110 kadın gebelikle ilgili problem yaşamakta, 40 kadın tehlikeli düşük yapmaktadır (1). Düşük tehdidi, gebeliğin ilk 20 haftası içerisinde servikal açıklık olmadan vajinal kanamanın görülmesi şeklinde tanımlanmıştır (2). Bu durum aile için yoğun bir endişe kaynağı oluşturmaktadır (3). Gebeliği risk altında olan anne, aynı zamanda fiziksel, emosyonel ve sosyal problemleri olan bir annedir (1). Bebeği kaybetme ihtimali ve bu durumun yaratacağı bio-psiko-sosyal komplikasyonlar düşük tehdidi olan gebelerde belirsizlik yaratabilir.

Birçok insan yaşamı boyunca şuna veya geleceğe yönelik belirsizlik durumu yaşamaktadır. Belirsizlik ile ilgili literatür incelendiğinde, birkaç tanım göze çarpmaktadır (4). Crigger'a göre belirsizlik, yaşanan olayları açıklamadaki yetersizliğin sebep olduğu bilişsel bir durum, Sarıçam ve arkadaşlarına göre ise gelecek ile ilgili beklentilerin ya da geleceğin net olmaması şeklinde tanımlanmıştır (5, 6). Belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı ise ilk kez Frenkel-Bruswick tarafından ele alınmıştır (7). Sonrasında Budner, belirsizliğe tahammülsüzlüğü, belirsiz olayları tehlike nedeni şeklinde algılama durumu olarak tanımlarken, Buhr ve Dugas ise belirsiz durumlar karşısında duygusal, bilişsel ve davranışsal negatif tepki verme eğilimi olduğunu belirtmiştir (8-12).

Günlük hayatın birçok belirsizlik içerebileceği göz önüne alındığında, belirsiz durumları tehdit edici olarak algılamak bireyde negatif duygulara ve sıklıkla endişeye neden olacaktır (8).

Gebelikte annelik rolüyle ilgili bütün duygusal, yaşamsal, davranışsal umut ve arzular daha belirgin şekilde görülür. Gebeliğin her trimesterinde kendine özgü psikolojik uyum süreci görülür (13). Düşük tehdidi gibi riskli durumların varlığı bu süreci olumsuz etkileyebilir, gebede psikolojik sıkıntılara sebep olabilir. Psikolojik iyi olma bireyin yaşamındaki amaçları ve potansiyelinin farkında olma durumunu,

kişilerarası ilişkisinin kalitesini kapsamaktadır. Başka bir ifadeyle, kişinin kendini pozitif algılamasını, yetersiz olduğu zaman bile kendinden memnun olmasını, çevredekilerle samimi ilişkiler kurabilmesini, kişisel ihtiyaç ve arzularını karşılayacak biçimde çevreyi düzenlemesini, bireysel ve özgür bir şekilde hareket edebilmesini, yaşam amacının varlığını, kapasitesini bilmesini ve sahip olduğu kapasitesini arttırmaya çalışmasını içermektedir (14, 15).

Literatür incelendiğinde belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik iyi oluşu inceleyen çalışmalar mevcuttur (16-19) fakat daha önce düşük tehdidi olan ve olmayan gebelerde bu iki durumu ve birbiri üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Araştırmanın Amacı: Araştırmanın amacı düşük tehdidi olan ve olmayan gebelerde belirsizliğe tahammülsüzlüğün psikolojik iyi oluş hali üzerine etkisinin belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Düşük (Abortus)

Fetüsün uterus dışında yaşama yeteneği edinmeden gebeliğin sonlanmasına düşük denir. Ağırlığı 500 gr ve altında doğan ve gebeliğin 20'nci haftasına kadar olan fetuslar düşük olarak tanımlanır (20). Spontan abortus insidansı %15-%25' dir ve %80' i gebeliğin ilk 12. haftası içinde gerçekleşir (21).

Birçok gebede düşük annenin henüz gebe olduğunun farkında olmadığı evre olan birinci hafta içinde gerçekleşir. Çoğu zaman gecikmiş bir adet süreci olarak algılanır, kanama miktarı normal menstruasyondan fazla olur (20, 22). Bu nedenle gerçek abortus insidansının bilinenden daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (21).

2.1.1. Spontan Abortus (miscarriage)

Herhangi bir müdahale olmadan kendiliğinden meydana gelen düşüklere (20). Erken spontan abortusların %50 kadarı kromozomal anomali sonucudur ve büyük çoğunluğu trizomilerdir (22).

İkinci trimester abortuslarının nedenlerinin genellikle anormal plasentasyon, maternal sistemik hastalık ve diğer anatomik sebepler olduğu düşünülmektedir (21).

2.1.1.1. Etiyoloji

Kromozomal Nedenler: Abortusun temel kromozomal nedenleri arasında ovumun ya da spermatogonyumun oluşumu veya zigot sırasında oluşan sayısal veya yapısal kromozom sapmaları vardır. Kromozom anomalilerinin yaşayan nüfusta görülme oranı %0.5 civarında iken düşük materyallerinde %50' dir (23).

İmmünolojik Nedenler: Abortusların en önemli sebepleri arasındadır. Otoimmün bozukluk annedeki sellüler ya da hümorale antikorların bebeğe karşı ortaya çıkan immün bir cevabdır. İmmün cevap olarak pıhtılaşma testlerinde uzamaya sebebiyet veren ve bir fosfolipit antikor olan lupus antikoagulanı bunların başında gelir. Bu antikorun (+) olarak bulunduğu kadınların yaklaşık 1/3'ünde hiçbir semptom olmadığı halde bir kısmının anamnezlerinde arteriyel ya da venöz tromboz hikayesi mevcuttur. Fetüse ait dokuların en az yarısının babaya ait heterojen bir antijenik yapısı

olmasından dolayı anne organizması fetüsü yabancı bir cisim olarak kabul edebilir ve bunun sonucunda düşük meydana gelebilir (24, 23).

Endokrin Nedenler: Abortus etiolojisinde endokrin neden çoğunlukla korpus luteum yetmezliği sonucunda oluşan progesteron hormon yetmezliğidir. Fertilizasyondan sonra desiduaya blastokistin implantasyonu, Human Chorionic Hormon stimülasyonu ile korpus luteum progesteron üretimiyle sağlanır. Yetersiz progesteron salınımı durumunda, desiduada implantasyon olgunluğu tam olarak gerçekleşemez ve bu durum abortusa sebep olur (23).

Klinik hipotiroidizm olmasa bile, tiroid antikorları da spontan abortusa sebep olabilir. Ayrıca Tip 1 diabeti olan kadınların erken gebelik döneminde hastalığın metabolik kontrolünün spontan abortusa yol açabileceği saptanmıştır (21).

Uterusa Ait Nedenler: Uterus kavitesini daraltan ve şeklini bozan konjenital kökenli anomaliler gebenin düşük riskini artırır. Konjenital kökenli uterus anomalisi olan kadınlarda geçirilen her gebelik kısmen de olsa uterusun şeklini düzelterek hacmini arttıracığından, sonraki gebeliklerin daha ileri haftalara ulaşmasına olanak sağlar (24).

Büyük ve multiple uterin leiomyomlar da abortusa neden olabilir. Birçok vakada, myomların büyüklüğünden ziyade nereye yerleştikleri daha önemlidir. Submüköz myomlar büyük olasılıkla implantasyona olan etkileri sebebiyle diğer myomlara kıyasla daha önemli bir yere sahiptir (21).

Uterusa bağlı bir diğer abortus sebebi ise servikal yetmezliktir. Geçirilmiş doğum, küretajlar ve düşük sonrasında serviksin yırtılması gibi olaylar nedeniyle fibroelastik yapının bozulması söz konusu olabilir (20).

Enfeksiyonlar: Erken abortusların nadir görülen sebepleri arasında olan enfeksiyonlar erken gebelikte abortuslara geç gebelikte ise preterm doğuma bağlı gebelik kayıplarına sebebiyet verirler (21, 24).

Sistemik Hastalıklar: Bazen renal bazen de ağır kardiyovasküler sistem hastalıkları özellikle hipertansiyon eşliğinde düşük nedeni olmaktadır (25).

Travmalar: Karın duvarı üzerine denk gelen büyük fiziksel travmalar düşük riski yaratabilir. Yüksek radyasyon ve elektrik çarpması düşük nedeni olabilirken, her travma düşüğe neden olmaz (24).

Toksik Nedenler: Folik asit antagonistleri başta olmak üzere antikoagulan ilaçlar, civa, kurşun ve arsenik gibi bazı ağır maden zehirlenmeleri, aşırı sigara, uyuşturucu ve alkol kullanımı ve anestezi maddelere aşırı maruziyet düşük sebepleri arasında sayılabilir (25).

2.1.1.2. Spontan Abortus Tipleri

Düşük Tehdidi (Abortus İmmines): Abortus immines ilk trimesterde doku ya da sıvı kaybı olmadan kanamanın olmasıdır (21). Bu tür düşükler gebeliğin ilk 20. haftasına kadar görülür (24). Düşük tehdidi olan kadınlarda gebeliklerin %50' si düşük ile sonuçlanır (26). Gebeliği devam eden kadınlarda ise düşük doğum ağırlıklı bebek ve erken doğum riski artarken, bu bebeklerin konjenital malformasyon riski artmaz (21).

Bazen kadın gebe kalmış olsa dahi beklenen adet dönemlerinde kanama görülebilir. Bu gebeliğin endometriuma implantasyonu ile ilişkili implantasyon kanaması olabilir. Düşükler genellikle hafif leke şeklinde kanama ile başlar ve birkaç saat ya da birkaç gün içinde kramp tarzı karın ve bel ağrısı eşlik eder (21, 23, 24). Ritmik kramplar şeklinde olan ağrı, alt belde yoğun hissedilebilir, pelvik basınç hissi şeklinde olabilir ya da bazen orta hatta suprapubik bir rahatsızlık şeklinde görülebilir (21). Serviks kapalı olduğundan gebelik ürünü henüz bozulmamıştır ve bu nedenle tedavi edilebilir özelliğe sahiptir (20). Uygun tedavi ve dikkatli bir bakım ile gebeliğin devamı sağlanabilir. Gebe kesin yatak istirahatına alınır ve bütün ihtiyaçları yatakta karşılanır, psişik ve fiziksel travmalardan korunur. Ayrıca cinsel ilişki yasaklanır, maternal ve fetal kontroller ile kanama ve ağrı kontrolü yapılır (27). Fakat kanama ve ağrının devam etmesi gebeliğin devamı açısından kötü prognoz göstergesidir (21). Genellikle anne bebeğin etkilemesinden korkar. Fetusün zarar gördüğü durumlarda anne gebeliğin devam etmeyebileceğine inandırılmalıdır (20).

Durdurulamayan Düşük (Abortus İnsipiens): Servikal dilatasyon, membranların rüptürü ve vajinal kanama mevcuttur. Uterus kontraksiyonları ile başlar (21) ardından buna bağlı kramp tarzında ağrı ve kanama görülür (23). Düşük durdurulamaz ve konsepsiyon ürünlerinin dışarı atılması ile sonlanır. Bu koşullarda gebeliğin viabilite sınırlarına ulaşması mümkün değildir ve gebelik süresini uzatmaya çalışmak enfeksiyon riskini arttıracaktır (21).

Tamamlanmamış Düşük (İnkomplet Abortus): Bebeğe ait doku parçalarının tamamının dışarı atılmadığı abortus çeşididir (20). İnternal servikal os açıktır ve ağrı eşliğinde kanama vardır (20, 21). Belirtiler gebelik ürünü tümüyle dışarı atılincaya kadar devam eder. Bu tür abortuslara genellikle gebeliğin 8-14. haftalarında rastlanır (28).

Tamamlanmış Düşük (Komplet Abortus): Gebelik ürününün tamamının spontan olarak dışarı atılmasıdır (21, 29).

Retansiyon Halinde Bozulmuş Gebelik (Missed Abortus): Başarısız bir intrauterin gebeliğin uzun süren retansiyonudur (21). Genellikle durdurulabilir düşüklerde kanama durur fakat fetüs ölmüş dışarı atılmadan kavum uteri de kalmıştır (20, 24). Sıklıkla gebeliklerin sekizinci haftasından sonra görülür (28). Erken gebelik semptomlarından bazıları kaybolur fakat amenore devam eder (21). Ara ara kahverengi vajinal bir akıntı oluşabilir, gebelik testi negatiftir ve fetal kalp sesi alınmaz. Amnios sıvısının azalması ve fetüsün maserasyonu sonucunda uterus büyümesinin durması, hatta gerilemesiyle karın çevresi küçülür (24).

Missed abortus pek çok vakada spontan atılır, atılmayan vakaların ise acilen boşaltılması gerekir (21, 28).

Anembriyonik Gebelik (Blighted Ovum): Ultrasonografide gestasyonel kese görülür, fakat fetüse ait bir yapı mevcut değildir. Seyri missed abortusa benzer ve tespitinin ardından gecikmeden küretaj yapılmalıdır (24).

Alışkanlık Haline Gelen Düşük (Habitüel Abortus): Gebeliğin ard arda en az üç kez kendiliğinden düşükle sonuçlanmasıdır (30).

Septik Abortus: Septik abortus sıklıkla düşük yapmak isteyen gebelerin vajina ve servikslerine sabun, çengelli iğne, ısırğan otu vb. yabancı cisimleri yerleştirmesi ya da sağlıklı olmayan ortamlarda, uygun olmayan araç-gereçlerle yapılan yasa dışı kürtajlar sonucunda oluşur (31).

Uyarılmış Düşük (İndüklenmiş Abortus): Gebeliğin fetal viabilite öncesinde medikal ya da cerrahi olarak sonlandırılmasıdır (21).

Uyarılmış düşükler 3 ana grupta incelenir.

1. Terapötik abortus: Tedavi amacıyla yapılan düşüklerdir. Endikasyonları;

- a) Gebeliğin sürdürülmesi ile ciddi fiziksel deformiteli ya da mental retardasyonlu bir çocuk doğma riskinin olması,
- b) Gebeliğin devamının anne hayatını tehdit ettiği ya da sağlığını ileri derecede bozduğu durumların varlığı,
- c) Tecavüz ya da ensest gibi olaylar sonucunda oluşan gebelikler.

2. Elektif abortus: Yasal tahliye de denir. Anne babanın isteği doğrultusunda gebeliğin yasal olarak sonlandırılmasıdır. Ülkemizde 10. gebelik haftasına kadar elektif abortus yapılabilir.

3. Kriminal abortus: Hastanın isteği ile fakat sağlık kuruluşları dışında meydana gelen abortuslardır. Uygun olmayan koşullarda veya bazen de hastanın kendi kendine uyguladığı geleneksel yöntemlerle gebeliğin yasal olmayan şekilde sonlandırılmasıdır (24).

2.1.1.3. Abortusta Tanı ve Tedavi

Tanı fizik muayene, laboratuvar verileri ve klinik bulgulara göre konur. İdrar ve kanda koryonik gonadotrop hormon seviyesine bakılarak gebeliğin devamı hakkında yorum yapılabilir. Ayrıca ultrasonografi ile gebelik ürününün varlığı incelenir (24).

Komplet abortuslarda uterus normal ve küçüktür, serviks kapalıdır ve uterus kavitesi boştur. İlave tedaviye ihtiyaç yoktur (21).

İnkomplet, durdurulamayan ve missed abortus vakalarında bekleyici, medikal ya da cerrahi tedavi uygulanır. Cerrahi tedavi kesin tedavi sağlar fakat invaziv bir işlemdir ve bütün hastalar için uygulanmaz. Bu durumda bekleyici ya da prostaglandinler kullanılarak uygulanan medikal tedavi ile küretaj engellenebilir. Fakat her iki durumda belirlenemeyen kanama ihtimali ile beraberdir ve bazı hastalarda yine de uterusun boşaltılması gerekebilir. Şiddetli ağrı, kanama ve enfeksiyon varlığı durumunda abortusun derhal tamamlanması önerilir (21, 29).

İlaçla olan tedavi;

- Abortus riskinde gebeliğin devamını sağlayabilmek amacıyla uterus kontraksiyonlarını azaltan tokolizanlar, sedatifler ve hormonal destek sağlanır.
- Tamamlanmış abortuslarda, uterus kontraksiyonlarını artırarak gebelik ürününün tamamının atılmasını sağlamak için 5-10 ünite oksitosin mai içine eklenerek IV olarak verilir.
- Enfeksiyonu önlemek amacıyla antibiyotik tedavisine başlanır.
- Rh uyuşmazlığı olan annelere düşük sonrası RhoGAM yapılır (23).

Hem kadın hem de eşi için kendilerini iyi hissetmeleri amacıyla destek olmak ve danışmanlık vermek yapılabilecek en önemli müdahalelerdendir (21, 32). Uygun olduğunda çift gebelik kaybının nedeni açısından yeniden değerlendirilmelidir. Ayrıca gebe ve ailesi, düşüğü engellemek için gereken her şeyin yapıldığı konusunda bilgilendirilmelidir (21).

2.1.1.4. Düşüğün Psikolojik Etkileri

Kadının hayatındaki eşsiz dönemlerden biri olan gebelik, kadının görünüşünden sosyal statüsüne kadar büyük değişimlerin olduğu bir dönemdir. Tüm bu farklılıklar aynı zamanda gelişir. Annenin vücudunda oluşan fizyolojik değişiklikler ile anne ve aile üyelerindeki değişiklik aynı zamanda gerçekleşir. Anne ve ailenin diğer üyeleri önemli roller ve yeni yaşam biçimleri ile karşı karşıyadırlar (28).

Annelik, kadınlar için toplumdaki diğer rollerden daha özel bir yere sahiptir. Kadınlar gebelikleri boyunca çeşitli duyguları deneyimlerler ve bu duygulara verdikleri tepkiler onların sosyal ve kültürel geçmişi, gebeliği isteme durumu ve sahip olduğu destek sistemlerinden etkilenir (33). Bu dönemde yaşanan düşük gibi kayıp durumları hem anneyi hem de aileyi psikolojik olarak etkiler. Düşük durumunda bir canlının hayatının sonlanması nedeniyle kadın kendini suçlu hissedebilir (20). İnsan hayatında yeni bir dönem olan anne baba olma, eşler için stres oluşturan bir olaydır. Bu stres, gebelikte her şeyin iyi gitmeyeceği olasılığı ile oluşan anksiyeteye birleştiği zaman ebeveynler için ağır bir yük haline gelebilir. Düşük riski gibi durumlar kadında fiziksel sorunlardan çok psikolojik sorunlar oluşturabilir. Riskli gebelik durumları ailede şok etkisi yaratmakta, annenin ve fetüsün sağlığı, gebeliğin nasıl sonuçlanacağı ile ilgili anksiyeteye sebep olmaktadır. Çiftler bu ilk şoku atlattıktan sonra kendilerini bir hata

yapıp yapmadıkları konusunda sorgulamaya başlarlar. Planlı bir gebelik değil ise başlangıçta bebeği istemedikleri için bu sonucu bir ceza olarak görebilirler (34, 35).

Normal gebeliklerde kadın gebeliği kabul etmeyi bir görev olarak algılamak, düşük riski olan kadınların işi biraz karmaşıktır. Bu durumdaki bir kadın önce kendini riskli bir anne olarak kabul etmek için çaba harcayacak daha sonra ise gebeliği kabullenecektir. Bunun gibi beklenmedik durumlar gebe ve ailesinde hayal kırıklığı yaratabilir, hayata karşı olumlu düşüncelerini etkileyebilir ve gebelik öncesi beklentilerini karşılayamayabilir (34).

2.1.1.5. Düşük Riski Olan Gebede Hemşirelik Bakımı

Düşük riski olan gebelerin bazılarında hastane takibi gerekirken bazılarında ise gebenin evde takibine karar verilir. Hastane takibi gerekli görülmeyen düşük riski olan gebe yatak istirahatine alınmalı, evdeki takibi konusunda gebe ve ailesi eğitilmelidir. Evde takibi devam edecek olan gebeye düşük belirtileri öğretilmeli, kanama ve ağrının artışı ya da farklı belirtilerin görülmesi durumunda derhal hastaneye başvurması konusunda uyarılmalıdır (36).

Eğer gebe düşük riski tanısından sonra hastaneye yatırıldıysa bu süreç, nitelikli bir hemşirelik bakımını, sağlıklı iletişimi, bilgilendirmeyi ve danışmanlığı, uygun fiziki koşulların oluşturulmasını, psikolojik ve sosyal desteği kapsar. Düşük riski olan gebeye bakım veren hemşire, rutin bakım uygulamalarının yanında düşük riskinin gerektirdiği izlemlerle gebeyi takip etme, fetal değerlendirmeye yönelik testlerin yapımında hekime yardımcı olma, kanama, ağrı ve diğer semptomların takibini yapma, gebeyi bilgilendirme ve danışmanlık yapma gibi sorumlulukları vardır. Hastaneye yatmayla birlikte oluşan fiziksel ve sosyal ortam değişikliği, kendisinin ve bebeğin sağlığının riske girmesi, yatak istirahatine bağlı hareket kısıtlaması, aileden uzak kalma ve belirsizlik gibi durumlar gebede psikososyal sıkıntılara sebep olabilir. Bu durumda hemşire, fiziksel ortamın gebenin kendini rahat hissedebileceği şekilde düzenlenmesini sağlamalı, gebenin endişelerini dinlemeli, duygu ve korkularını ifade etmesine fırsat tanımalıdır. Ayrıca gereksinim duyan gebelerin profesyonel yardım alması sağlanmalıdır (36, 37).

Hemşire düşük sonrasında da kadına yardımcı olabilecek en önemli kişidir. kadına anlayışlı davranabilme yapılabilecek en etkili müdahaledir (24).

Düşüğün ardından oluşabilecek enfeksiyonlardan kadını korumak için kadının hijyen alışkanlıkları gözden geçirilir ve eksikler tamamlanır. Oluşabilecek enfeksiyonların erken teşhisi için vajinal akıntıda artma, pis koku, vücut ısısında yükselme, kasıkta oluşan ağrı gibi enfeksiyon belirtileri anneye öğretilmelidir. Giderek artan kanama ve ağrı gibi bulgular da son derece önemlidir ve bu durumlarda doktora başvurması konusunda kadın bilgilendirilmelidir. Bunların yanında kadın düşükten sonra ilk 3-4 gün ağır ve kendini zorlayacak hareketlerden, iki hafta cinsel ilişkiden kaçınması konusunda bilgilendirilir ve düşükten sonraki ilk iki hafta hafif bir kanama olabileceği anlatılır (20).

Düşük sonrası kadına danışmanlık vermek de son derece önemlidir. Danışmanlık, kadının ve ailesinin olaydan daha az etkilenmesine ve sonraki süreçte oluşabilecek istenmeyen gebeliklerin önlenmesine yardımcı olur (37).

Düşükle ilgili danışmanlık veren hemşirenin özellikle üzerinde durması gereken konular:

- Düşüğün ardından kadının suçluluk gibi duygularla ve oluşabilecek anksiyeteye başa çıkmasına yardımcı olmak,
- Sonrası için kontraseptif yöntem seçiminde kadını bilgilendirmek (20).

2.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Birçok insan hayatının herhangi bir döneminde belirsizlik durumu ile karşılaşmaktadır. Bu durum şimdiye ya da geleceğe dair olabilir. Literatür incelendiğinde belirsizlik ile ilgili birkaç tanım göze çarpmaktadır (4). Crigger belirsizliği, herhangi bir olayı kontrol edememekten ötürü oluşan yetersizlik duygusu veya hayattaki olayların anlamını açıklayamamaktan kaynaklanan bilişsel bir durum şeklinde tanımlarken (5), psikopatoloji modelleri belirsizliği stres ile ilişkili olaylarda merkezi bir özellik olarak varsaymaktadır (38). Belirsizlik, karşılaşılan olay ya da durumla ilgili değil, bireyin algısıyla ilgilidir. Psikolojik stres ve baş etme teorisine göre belirsizlikte bir olay/durumdan ziyade o olay/durumun kişide stres yaratma özelliğine odaklanılır. Çünkü o olay/durumun kişinin iyilik haline etkisinin ne olacağı tam olarak bilinemez ve onunla başa çıkmak için neler yapılabileceği konusunda yetersizlik yaşanır (39).

Belirsizliğe tahammülsüzlük (BT) ise, günlük yaşam olaylarındaki belirsizliklere verilen bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkileri yansıtan geniş bir yapı olarak tanımlanmıştır (38, 40). BT bütün bireylerin karşı karşıya olduğu ve bireyin doğasında hoş karşılanmayan bir durum olmakla beraber her bireyin farklı düzeyde tepki verdiği bir süreçtir (41). Belirsizliği tolere edemeyen kişiler bu durumu stresli ve rahatsız edici olarak yaşarlar. Belirsiz durumları daha olumsuz tehdit unsuru olarak yorumlar ve sıklıkla bunlardan kaçmaya çalışırlar. Belirsizlik, son derece stresli olarak yaşanabilir ve yaşam kalitesini hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkiler. Belirsizlikle baş edebilme kabiliyeti çeşitlilik gösterir. Bazı kişiler belirsizliği çok iyi tolere etse de, bazıları belirsizliğe tahammülsüzlük göstermektedir (40).

Belirsizliğe yol açan dikkat çekici durumlardan bir tanesi hastalık durumlarıdır. Bu durum hastalıkla ilgili olayların anlamına ilişkin yetersizlik yaşamak şeklinde tanımlanmıştır. Hastalık sürecinde oluşan belirsizlik algısı çeşitli faktörlerden etkilenebilmektedir. Bunlar; bilinmeyen durumlar, tahmin edilemeyen bulgular, bilgi eksikliği, hayatı kontrol edememe, mevcut durumdaki farklılıklar, tedavi etkinlik düzeyinin ve hastalık gidişatının belli olmamasıdır (39).

Belirsizlik farklı hasta gruplarında araştırılmıştır. Bu çalışmalar, hastalık yaşantısının hastalara belirsizlik yaşattığını ve belirsizliğin aynı zamanda hastaların duygularını da olumsuz etkilediğini açıklamaktadır. Belirsizlikle ilgili değişkenler arasındaki bağlantıların tam olarak saptanmasının genelde zor olabileceği; belirsizliğin stres, psikososyal uyum sorunları ve negatif duygu durumlarıyla doğrudan bağlantılı olduğu; ümit, beklenti, amaç, baş etme yeteneği ve yaşam kalitesiyle de ters ilişkili olduğu belirtilmektedir (39).

Belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan bireyler belirsizlikle bir arada yaşamayı daha zor bulurlar ve böylece durumu kontrol altına almak ya da ortadan kaldırmak için daha fazla çaba harcarlar. Bu da daha kötü sonuçlar alabilecekleri baş etme yöntemleri kullanmalarına sebep olabilir (41). Freeston ve arkadaşları yayınladıkları bir makalede belirsizliğe tahammülsüzlüğü endişe bağlamında sunarken, bireylerin endişe ettikleri birincil nedeni, olumsuz gelecek sonuçlarını önleme umuduyla olaylar üzerinde kontrol uygulamaya çalışmak olduğunu belirtmiştir (42).

2.3. Psikolojik İyi Oluş

Dünya Sağlık Örgütü sağlığın “yalnız hastalık ve sakatlığın olmaması durumu olarak değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerde tam bir iyilik hali” olduğunu belirtmiştir. İyi oluşu tanımlamak için literatürde iki farklı kavram kullanılmaktadır. Bunlardan biri haz diğeri ise psikolojik işlevselliktir. Hazcı bakış açısına göre iyi oluş doyum ve mutlulukken, psikolojik işlevsellik bakış açısına göre iyi oluş kendini gerçekleştirme ve tam fonksiyonda bulunmaktır (14).

Tarihsel olarak psikoloji biliminde yapılan araştırmalar çoğunlukla bireyin iyi oluş düzeyini belirlemek için bireyin olumlu işlevselliğinden ziyade, depresyon düzeyi gibi olumsuz işlevselliğini ölçmektedir (43). Günümüzde ise ruh sağlığının olumsuz yanlarının yanı sıra olumlu yanları da incelenmeye başlanmıştır (14). Bu incelemelerin çoğunu iyi oluş halleri oluşturmaktadır (44). İyi oluş, öznel iyi oluş, psikolojik iyi oluş, yaşam kalitesi, yaşam doyumunu, olumlu ve olumsuz duygulanım gibi kavramları da içinde barındırmaktadır. Bu kavramların tümü kişinin olumlu işlevselliği ve iyi oluşunu gösteren durumlardır (14).

Psikolojik iyi oluş, bireyin hayattaki amaçları, potansiyeli ile ilgili farkındalığını ve diğeri insanlarla ilişkisinin kalitesini kapsamaktadır. Başka bir ifadeyle, bireyin kendini pozitif algılamasını, yetersizliklerinin olduğunu bildiği halde kendinden memnun olmasını, çevresindekilerle samimi ilişkiler içinde olmasını, kişisel gereksinim ve arzularını karşılayacak şekilde çevreyi şekillendirmesini, özerk hareket edebilmesini, yaşam amacının varlığını, kapasitesini bilmeyi ve bu kapasitesini arttırmayı içermektedir (14, 43).

Ryff ve Keyes psikolojik iyi olmanın, kişinin yaşama dönük hedeflerinin farkında olması, diğeriyle nitelikli ilişkiler geliştirmesi ve sürdürmesiyle alakalı olduğunu öne sürmüştür (45).

Araştırmacılar, mutluluğun ve ‘iyi yaşamın’ sadece iyi hissetmek olmadığını belirtmişlerdir. Psikolojik iyi oluş, gerçek mutluluğun, erdemle ve yapmaya değer olan şeyleri yapmakla bulunacağını ve nihai amacın insanın kendisini gerçekleştirmesi olduğunu savunur (46).

Ryff’ in “Psikolojik İyi Oluş Modeli” altı alt boyuttan oluşmaktadır (47). Bu boyutlar kişinin kendisine veya geçmişine ilişkin pozitif değerlendirmelerini (kendini

kabul), kişinin yaşamının anlamı ve amacı olduğuna inancını (yaşam amacı), diğer bireylerle ilişkilerinde sıcaklık ve güveni (diğerleriyle olumlu ilişkiler), kişisel olarak sürekli büyüdüğü ve geliştiği duygusunu (bireysel gelişim), bireyin kendi arzu ve gereksinimleri doğrultusunda çevresindeki hayatı yetkin bir biçimde yönetebilme becerisini (çevresel hakimiyet) ve kendi başına karar alma duygusunu (özerklik-otonomi) kapsamaktadır (14, 43, 46).

Psikanalitik kuram incelendiğinde uyum açısından iyi olan bir kişinin id, ego ve süperegosunun, egonun öncülüğünde uyum içinde çalıştığı görülür. Böylece kişi sebebini bilmediği veya uzun süren bunaltı ve kaygılar geliştirmez. Sağlıklı bir bireyde güçlü bir ego, id ve süperegonun kişilik üzerinde çok fazla kontrol sahibi olmasına imkan vermez. Freud yaşam süresince bazı mutsuzlukların ve birtakım zorlukların yaşanmasının olmazsa olmaz olduğunu ve psikolojik olarak sağlıklı bireylerin en iyi yapabildikleri iki şeyin çalışmak ve sevmek olduğunu belirtmektedir (14).

Adler'in terapisi sorumluluk almayı, bireyin kendi kaderini kendisinin oluşturduğunu ve yaşam gidişatını belirlemek için kişinin hedefleri ve değerleri bulunması gerektiğini belirten gelişimsel bir bakış açıdır (48). Sullivan'ın kuramı insanlar arası ilişkilerdeki davranışları temel alır. Sullivan'a göre kişiliğin oluşması için gerçek veya hayal ürünü bireyler arası bir ilişki olmalıdır. Kişiliğin ana dürtüsü benlik saygısını koruyarak kaygıdan uzak kalmaktır (49). Maslow'a göre bireyin psikolojik olarak iyi olması kişinin kendini gerçekleştirmekte olması demektir (14). Allport psikolojik sağlık ile olgunlaşmayı paralel görmektedir (50).

2.4. Hemşirenin Düşük Riski, Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Psikolojik İyi Oluş Üzerindeki Rolü

Gebelik, kadın hayatının doğal bir olayıdır. Ancak bu dönemde meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişimler kadın yaşamının diğer evreleri ile kıyaslanmayacak kadar fazladır (13). Bu nedenle gebelikte kaygı ve stres oluşturabilecek etkenler artmaktadır (51). Bu etkenlerden maternal ve fetal sağlığı tehdit eden düşük riski gibi durumlar gebe ve ailesinin gebelik boyunca fizyolojik, sosyal ve emosyonel ihtiyaçlarını arttırır (36).

Düşük riski olan bir gebelikte ailenin sorunları karmaşıktır ve anksiyete düzeyi yüksektir. Bu durumda gebe ve ailesinin bireysel ve kapsamlı bir hemşirelik bakımına

ihtiyacı vardır. Gebeye bakım ve hizmet veren hemşire, gebe ve ailesine sorunlarıyla gerçekçi bir şekilde başa çıkabilmede ve uygun destek sistemlerini kullanmada yardımcı olur. Bu süreçte hasta ve hemşire arasında dürüst, açık, karşılıklı güvene dayalı bir ilişkinin kurulup geliştirilmesi önemlidir. Kadın ve fetüsün sağlığını etkilemeyecek şekilde fiziksel egzersizler, uygun solunum ve gerginliğini giderici teknikler, dengeli ve düzenli beslenme, düzenli uyku alışkanlığı gibi stresle başa çıkma teknikleri kullanılarak gebenin bu süreci daha rahat atlattığı sağlanabilir (34).

Düşük riski gebelerde korku, suçluluk, stres ve kaygı gibi duyguların yanında belirsizliğe sebep olur (34). Bu belirsizlik düşük riskinin ne kadar süreceğini, bu sürecin neler getireceğini ve nasıl sonuçlanacağını içerir. Birey belirsizlik karşısında bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler gösterebilir. Belirsizliğin kişinin iyilik haline etkisi ve onunla başa çıkmak için neler yapılabileceği bilinemez (39, 40). Gebenin bu süreçte etkilenmesi muhtemel iyilik hallerinden biri psikolojik iyi oluşudur. Psikolojik iyi oluş içinde bulunulan koşullardan etkilenir (14). Düşük riskinin neden olduğu koşullardan doğan belirsizlik, bu belirsizliğin gebenin psikolojik iyi oluşunu ne ölçüde etkilediği ve bu durumda kullanılacak hemşirelik yaklaşımını belirlemek son derece önemlidir. Bu süreçte hemşire gebe ve kocasını beraber dinlemeli, söylemeye çekindikleri korkularını ve gereksinimlerini anlamaya çalışmalıdır. Ayrıca öncelikle gebede var olan stresi tanımlamalı ve gebenin bunu kabul etmesini sağlamalıdır (34). Düşük riski olan gebenin özverili ve dikkatli bir hemşirelik bakımına ihtiyacı vardır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, Vaka-Kontrol çalışması olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü (MDHBK) gebe polikliniklerinde 15 Ocak 2017- 15 Nisan 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür. Polikliniklerde hafta içi hergün 8-17 saatleri arasında hizmet verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü gebe polikliniklerinde takip edilen düşük riski olan ve olmayan gebeler oluşturmaktadır. Beydağı Kampüsü gebe polikliniklerinde günlük ortalama 500 gebe muayene olmaktadır, muayene olan gebelerden yaklaşık %10'u düşük riski taşımaktadır. Araştırmanın örnekleme için yapılan power analizinde $\alpha = 0.05$ $1-\beta$ (güç) = 0.80 alındığında düşük tehdidi olan gebelerdeki belirsizliğe tahammülsüzlük ortalama ölçek puanının olmayanlara göre ortalama değişiminin 44 puan olması için her bir gruptan en az 171 deneğin alınması gerektiği hesaplanmıştır. Yapılan hesaplama göre 171 düşük riski olan gebe vaka grubuna ve gebeliğinde risk olmayan 171 gebe kontrol grubuna alınmıştır. Gebeler örnekleme alınırken gebeliği ilk 20 haftası içinde olan kadınlardan, doktor tarafından düşük tanısı alan ve düşük tanısı devam eden gebeler vaka grubuna, gebeliğinde herhangi bir problem olmayan gebeler ise kontrol grubuna alınmıştır.

Araştırmada gebe polikliniğine başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan gebeler, evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile örnekleme sayısına ulaşıncaya kadar araştırmaya alınmaya devam edilmiştir.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- Herhangi bir sistemik (diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar vb.) ya da psikiyatrik tanısının bulunmaması.
- Gebeliğin ilk 20 haftasında olması

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler 15 Ocak 2017- 15 Nisan 2017 tarihleri arasında, haftanın Pazartesi, Çarşamba, Cuma günleri Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü gebe polikliniklerinde, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, 'Katılımcı Tanıtım Formu', 'Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği' ve 'Psikolojik İyi Oluş Ölçeği' kullanılmıştır.

3.5.1. Katılımcı Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form gebelerin sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan 4, gebelik özelliklerini ve düşük tehdidini sorgulayan 9 soru olmak üzere toplam 13 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ)

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği ilk olarak Fransızca olarak geliştirilmiştir. Daha sonra Buhr ve Dugas tarafından İngilizceye (The Intolerance of Uncertainty Scale) uyarlanmıştır. Ölçek belirsizlik içeren durumlara verilen davranışsal, bilişsel ve duygusal tepkileri ölçmeyi hedeflemektedir. Ölçek 5’li Likert tipi bir ölçek olup ‘Beni Hiç Tanımlamıyor’ (1) ile ‘Beni Tamamen Tanımlıyor’ (5) arasında değişmektedir (10).

Sarı ve Dağ tarafından uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçeğin, faktör analizi sonucunda dört faktörden oluştuğu saptanmıştır. Bu faktörler sırasıyla “Belirsizlik stres verici ve üzücüdür” (F1), “Belirsizlikle ilgili olumsuz benlik değerlendirmeleri” (F2), “Geleceği bilmemek rahatsız edicidir” (F3) ve “Belirsizlik eyleme geçmemi engelliyor” (F4) şeklindedir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe belirsizliğe tahammülsüzlük artmaktadır. Ölçekten en az 27, en fazla 135 puan alınabilmektedir. Sarı ve Dağ’ın çalışmasında ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.79’dur (11). Araştırmamızda ise ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.95 bulunmuştur.

3.5.3. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu (PIOÖ)

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, pozitif ilişkiler, yeterlik hisleri, anlamlı ve amaçlı bir yaşam sürdürebilme gibi insan fonksiyonunun önemli bileşenlerini tanımlamaktadır. Ölçek sekiz maddeden oluşmaktadır. Diener ve arkadaşları daha önceleri ölçeğin adını Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (Psychological Well-Being Scale) şeklinde kullanmışlardır. Fakat sonraları ölçeğin adını “Flourishing Scale” olarak değiştirmiş ve iyi oluşun içeriğini daha doğru bir şekilde ifade ettiğini belirtmişlerdir (52). Türkçe araştırmalarda “Flourishing” kelimesinin tam olarak Türkçe karşılığı olmadığından dolayı ölçeğin ismi “Psikolojik İyi Oluş Ölçeği” şeklinde kullanılmıştır.

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, soruları kesinlikle katılmıyorum (1) ile kesinlikle katılıyorum (7) arasında değişen 7'li likert tipi bir ölçektir. Bütün maddeler olumlu şekilde ifade edilmektedir. En düşük puan 8, en yüksek puan ise 56'dır. Yüksek puan bireyin pek çok psikolojik kaynağının ve gücünün olduğunu ifade eder. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.87'dir (44). Araştırmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Psikolojik İyi Oluş Ölçeğinden elde edilen puanlar

Bağımsız Değişken: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeğinden elde edilen puanlar, sosyodemografik ve düşük tehdidine ait özellikler.

3.7. Verilerin Değerlendirmesi

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 23.0 paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede veriler, tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, one way ANOVA, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, post hoc Tukey, Bonferroni testi, kolerasyon analizi ve Cronbach Alfa güvenilirlik analiz testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu' ndan (EK.6) ve Malatya Kamu Hastaneler Birliği' nden (EK.5) yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılacak hastalar araştırma hakkında bilgilendirilmiş, bireysel bilgilerinin korunacağı ve istedikleri zaman araştırmayı terk edebilecekleri belirtilerek gönüllü olanlar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada örneklemin sadece Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü polikliniklerinde takibi yapılan gebelerden oluşması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı tablo 4.1’de gösterilmektedir.

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik Özellikler	Düşük Riski Olan Gebe		Düşük Riski Olmayan Gebe		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş*						
18 ve 25	55	32.2	43	25.1	98	28.0
26-34	89	52.0	92	53.8	181	52.9
35 ve üzeri	27	15.8	36	21.1	63	18.4
Eğitim Düzeyi						
Okuryazar değil	6	3.5	10	5.8	16	4.7
İlkokul	60	35.1	61	35.7	121	35.4
Ortaokul	29	17.0	36	21.1	65	19.0
Lise	47	27.5	40	23.4	87	25.4
Yüksekokul/fakülte	29	17.0	24	14.0	53	15.5
Çalışma Durumu						
Çalışan	12	7.0	18	10.5	30	8.8
Çalışmayan	159	93.0	153	89.5	312	91.2
Gelir Durumu						
Geliri giderinden az	47	27.5	64	37.4	111	32.5
Geliri giderini karşılıyor	116	67.8	94	55.0	210	61.4
Geliri giderinden fazla	8	4.7	13	7.6	21	6.1
Toplam	171	100	171	100	342	100

*Yaş ortalaması: 29.0±5.5 (Min:18, Max:43)

Araştırmada gebelerin yaş ortalamasının 29.0±5.5 olduğu ve düşük riski olan gebelerin %32.2’sinin düşük riski olmayanların ise %25.1’inin 18-25 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Düşük riski olan gebelerin % 35.1’inin ilkokul, %27.5’nin lise mezunu olduğu, düşük riski olmayan gebelerin benzer şekilde %35.7’sinin ilkokul, %23.4’ünün lise mezunu olduğu görülmüştür. Araştırmaya alınan düşük riski olan gebelerin %93’ünün, düşük riski olmayan gebelerin ise %89.5’inin çalışmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların gelir durumu incelendiğinde düşük riski olan ve olmayan gebelerin sırasıyla %67.8’i ve %55’inin gelirlerinin giderlerini karşıladığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. Gebelerin Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı

	Düşük Riski Olan Gebe			Düşük Riski Olmayan Gebe		
	Sayı	%	X±SS	Sayı	%	X±SS
Gebelik Sayısı						
1	50	29.2	2.7±1.5	43	25.1	2.9±1.7
2 ve üzeri	121	70.8		128	74.9	
Düşük Sayısı						
Yok	107	62.5		115	67.2	
1 kez yapan	42	24.5	1.5±0.8	38	22.2	1.5±1.1
2 ve üzeri	22	13.0		18	10.6	
Yaşayan Çocuk Sayısı						
Çocuk yok	63	36.8		50	29.2	
1	40	23.4	1.8±0.8	45	26.3	1.9±1.0
2 ve üzeri	68	39.8		76	44.5	
Daha Önce Düşük Tehdidi Yaşama						
Evet	83	48.5		61	35.7	
Hayır	88	51.5		110	64.3	
Psikolojik Desteğe İhtiyacı Olduğunu Düşünme						
Evet	121	70.8		85	49.7	
Hayır	50	29.2		86	50.3	
Kanama						
Evet	140	81.9				
Hayır	31	18.1				
Ağrı						
Evet	121	35.4				
Hayır	50	64.6				
Düşük Riski Tanısı						
Alınılan Süre (Gün)	171	100.0	7.2±9.5			
Toplam	171	100		171	100	

Gebelerin doğurganlık özelliklerinin dağılımı tablo 4.2’de gösterilmektedir. Gebelerin toplam gebelik sayı ortalaması düşük riski olan gebelerde 2.7±1.5, düşük riski olmayan gebelerde ise 2.9±1.7 olup, düşük riski olan gebelerin %70.8’inin, düşük riski olmayan gebelerin %74.9’unun en az ikinci gebeliği olduğu saptanmıştır. Araştırmada düşük riski olan gebelerin %62.5’nin, düşük riski olmayan gebelerin %67.2’sinin daha önce düşük yapmadığı bulunmuştur. Düşük riski olan gebelerin

%39.8'inin, düşük riski olmayan gebelerin %44.5'inin en az iki yaşayan çocuğa sahip oldukları saptanmıştır.

Gebelerin daha önce düşük riski yaşayıp yaşamadığı incelendiğinde, düşük riski olan gebelerin %51.5'inin, düşük riski olmayan gebelerin ise %64.3'ünün daha önce düşük riski yaşamadığı saptanmıştır. Ayrıca düşük riski olan gebelerin %70.8'i gebelik sürecinde psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünürken, düşük riski olmayan gebelerin %29.2'si psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir.

Düşük riski olan gebelerin %81.9'unun düşük riski belirtisi olarak kanama, %35.4'ünün ağrı yaşadığı bulunmuştur. Düşük riski olan gebelerin düşük riski tanısı aldıkları ortalama süre 7.2 ± 9.5 gündür.

Tablo 4.3. Gebelerin Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Düşük Riski Olan (171) X±SS	Düşük Riski Olmayan(171) X±SS	Toplam(342) X±SS	İstatistiksel test ve anlamlılık
BTÖ	110.1±16.5	69.2±17.7	89.7±26.6	t=22.0 p=0.000
F1	38.0±6.45	23.7±6.96	30.9±9.7	t=19.6 p=0.000
F2	31.6±5.7	19.8±5.7	25.7±8.2	t=18.9 p=0.000
F3	16.0±3.3	10.1±3.7	13.0±4.6	t=15.4 p=0.000
F4	20.4±3.1	12.8±4.1	16.6±5.3	t=19.2 p=0.000
PİÖÖ	36.6±8.4	46.6±6.5	41.5±8.9	t= -11.8 p=0.000

t: Student t test, BTÖ: Belirsizliğe Tahammülsüzlük, PİÖÖ: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği F1: Belirsizlik stres verici ve üzücüdür, F2: Belirsizlikle ilgili olumsuz benlik değerlendirmeleri, F3: Geleceği bilmemek rahatsız edicidir, F4: Belirsizlik eyleme geçmemi engelliyor

Gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik iyi oluş ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.3'de gösterilmiştir

Düşük riski olan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlük puanı ortalaması 110.1 ± 16.5 bulunurken, düşük riski olmayan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlük puanı ortalaması ise 69.2 ± 17.7 bulunmuştur. Düşük riski olan ve olmayan gebelerin

belirsizliğe tahammülsüzlük puanları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p<0.001$). Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin belirsizlik üzücü ve stres vericidir (F1) alt boyutu puan ortalaması düşük riski olan ve olmayan gebelerde sırasıyla 38.0 ± 6.45 ve 23.7 ± 6.96 'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p<0.001$). Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin belirsizlik eyleme geçmeyi engeller (F2) alt boyut ortalaması düşük riski olan gebelerde 31.6 ± 5.7 bulunurken, düşük riski olmayan gebelerde 19.8 ± 5.7 bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p<0.001$). Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir (F3) alt boyutu ortalaması düşük riski olan gebelerde 16.0 ± 3.3 , düşük riski olmayan gebelerde 10.1 ± 3.7 olarak saptanmıştır. İki grubun puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin belirsizlik adil değildir (F4) alt boyut ölçeği puan ortalaması düşük riski olan gebelerde 20.4 ± 3.1 olduğu, düşük riski olmayan gebelerde 12.8 ± 4.1 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Araştırmaya katılan düşük riski olan gebelerin psikolojik iyi oluş ölçeği puan ortalaması 36.6 ± 8.4 , düşük riski olmayan gebelerin psikolojik iyi oluş ölçeği puan ortalaması 46.6 ± 6.5 'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p<0.001$).

Tablo 4.4. Düşük Riski Olan Gebelerin Demografik Özellikleri ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik özellikler	BTÖ X±SS	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Yaş		
18-25	111.5±14.3	F=1.125
26-34	110.6±15.8	p=0.327
35 ve üstü	105.9±22.1	
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	107.3±10.1	
İlkokul	113.6±16.5	KW=14.625
Ortaokul	112.8±16.8	p=0.062
Lise	105.7±18.2	
Yüksekokul/fakülte	108.0±12.6	
Çalışma Durumu		
Çalışan	105.7±13.5	U=-1.839
Çalışmayan	110.5±16.7	p=0.066
Gelir Durumu		
Geliri giderinden az	112.8±15.4	KW=1.622
Geliri giderini karşılıyor	108.9±17.2	p=0.444
Geliri giderinden fazla	113.0±11.3	

F: One Way Anova, t: Student t test

Düşük riski olan gebelerin demografik özellikleri ile belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.4’de verilmiştir. 18-25 yaş aralığında olan riskli gebelerin BTÖ puan ortalaması 111.1±14.3 ile en yüksekken, 35 yaş ve üstü gebelerin puan ortalaması 105.9±22.1 ile en düşüktür. Düşük riski olan gebelerin yaşına göre BTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

İlkokul mezunu düşük riski olan gebelerin BTÖ puan ortalaması 113.6±16.5 ile en yüksek ortalamaya sahiptir. Eğitim düzeyine göre düşük riski olan gebelerin BTÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Çalışmayan düşük riski olan gebelerin BTÖ puan ortalaması 110.5±16.7 olup, çalışan düşük riski olan gebelerden daha yüksektir. Ancak düşük riski olan gebelerin çalışma durumu ile BTÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Düşük riskli olan gebelerin gelir durumuna göre BTÖ puan ortalamaları incelendiğinde geliri giderinden fazla olan gebelerin BTÖ puan ortalaması 113.0 ± 11.3 olup, geliri giderine denk ve geliri giderini karşılayan gebelerden daha yüksektir. Düşük riskli olan gebelerin gelir durumuna göre BTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 4.5. Düşük Riskli Olmayan Gebelerin Demografik Özellikleri ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik özellikler	BTÖ X±SS	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Yaş		
18-25	69.6±19.8	F=0.176
25-34	68.6±16.1	p=0.839
35 ve üstü	70.6±19.2	
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	61.0±20.7	KW=7.535 p=0.110
İlkokul	71.3±18.2	
Ortaokul	68.0±18.2	
Lise	71.7±16.5	
Yüksekokul/fakülte	65.4±15.5	
Çalışma Durumu		
Çalışan	69.4±19.7	U=-0.013
Çalışmayan	69.2±17.5	p=0.990
Gelir Durumu		
Geliri giderinden az	70.6±17.5	F=1.278
Geliri giderini karşılıyor	68.7±17.7	p=0.528
Geliri giderinden fazla	66.7±19.7	

F: One Way Anova, t: Student t test

Düşük riskli olmayan gebelerin demografik özellikleri ile belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.5’de verilmiştir. Düşük riskli olmayan 18-25 yaş aralığındaki gebelerin BTÖ puan ortalamasının 69.6 ± 19.8 , 35 yaş ve üstü gebelerin puan ortalamasının 70.6 ± 19.2 olduğu bulunmuştur. Düşük riskli olmayan gebelerin yaş ve BTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Lise mezunu düşük riskli olmayan gebelerin BTÖ puan ortalaması 71.7 ± 16.5 ile en yüksekken, okuryazar olmayanların BTÖ puan ortalaması 61.0 ± 20.7 ile en düşüktür.

Düşük riski olmayan gebelerin eğitim düzeyine göre BTÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Çalışan düşük riski olmayan gebelerin ise BTÖ puan ortalaması 69.4 ± 19.7 olup çalışmayan düşük riski olmayan gebelere göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışan ve çalışmayan düşük riski olmayan gebelerin BTÖ puan ortalamalarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Geliri giderinden az olan düşük riski olmayan gebelerin BTÖ puan ortalaması 70.6 ± 17.5 ile geliri giderini karşılayan ve geliri giderinden fazla olan gebelerden daha yüksektir. Fakat gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Düşük Riski Olan Gebelerin Doğurganlık Özellikleri ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Puan Ortalamalarının karşılaştırılması

Doğurganlığa Ait Özellikler	BTÖ X±SS	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Gebelik Sayısı		
1	111.1±12.2	t=0.460
2 ve üzeri	109.8±18.0	p=0.646
Düşük Sayısı		
Hiç olmayan	108.1±17.3	KW=0.004
1	113.9±11.8	p=0.949
2 ve üzeri	113.1±19.0	
Yaşayan Çocuk Sayısı		
Hiç olmayan	113.1±10.6	F=1.924
1	106.7±20.4	p=0.149
2 ve üzeri	110.0±17.7	
Daha Önce Düşük Riski Yaşamak		
Evet	111.7±16.1	t=1.204
Hayır	108.7±16.8	p=0.203
Psikolojik Desteğe İhtiyaç Olduğunu Düşünmek		
Evet	113.9±12.7	t=4.866
Hayır	101.2±20.8	p=0.000

F: One Way Anova, t: Student t test

Düşük riski olan gebelerin doğurganlık özellikleri ile belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puan ortalamaları tablo 4.6'de gösterilmiştir. Araştırmamızda gebelerin gebelik sayıları ile BTÖ puan ortalamalarına bakıldığında, düşük riski olan grupta ilk gebeliği olan katılımcıların BTÖ puan ortalaması 111.1 ± 12.2 , en az ikinci

gebeliği olan katılımcıların BTÖ puan ortalaması 109.8 ± 18.0 'dir. Yapılan analizde düşük riski olan gebelerin gebelik sayıları ile BTÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Daha önce 1 kez düşük yapan düşük riski olan gebelerin ortalama BTÖ puanları (113.9 ± 11.8) ile en az iki kez düşük yapan gebelerin ortalama BTÖ puanları (113.1 ± 19.0) birbirine yakın olup daha önce hiç düşük yapmayanların ortalama BTÖ puan ortalamalarından (108.1 ± 17.3) daha yüksektir. Ayrıca grupların düşük sayısı ile BTÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görölmüştür ($p > 0.05$).

Düşük riski olan yaşayan çocuğu olmayan gebelerin ortalama BTÖ puanları yaşayan çocuğu olan gebelere göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan analizde düşük riski olan gebelerin yaşayan çocuk sayısı ile BTÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Araştırmamıza katılan düşük riski olan gebelerden daha önce düşük riski yaşayan gebelerin BTÖ puan ortalamaları 111.7 ± 16.1 olup, daha önce düşük riski yaşamayan gebelerden daha yüksektir. Düşük riski olan gebelerin daha önce düşük riski yaşayıp yaşamama durumuna göre BTÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Gebelik sürecinde psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünen düşük riski olan gebelerin BTÖ puan ortalaması 113.9 ± 12.7 , olmadığını düşünen gebelerinki 101.2 ± 20.8 olarak bulunmuştur. Düşük riski olan gebelerin gebelik sürecinde psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünme durumu ile BTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$).

Tablo 4.7. Düşük Riski Olmayan Gebelerin Doğurganlık Özellikleri ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Puan Ortalamalarının karşılaştırılması

Doğurganlığa Ait Özellikler	BTÖ X±SS	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Gebelik Sayısı		
1	71.8±18.6	t=0.096
2 ve üzeri	68.4±17.3	p=0.270
Düşük Sayısı		
Hiç olmayan	67.9±16.9	KW=0.399
1	69.9±16.8	p=0.527
2 ve üzeri	76.4±22.9	
Yaşayan Çocuk Sayısı		
Hiç olmayan	71.8±18.1	F=1.452
1	65.6±16.4	p=0.237
2 ve üzeri	69.2±18.0	
Daha Önce Düşük Riski Yaşamak		
Evet	71.9±19.4	t=1.470
Hayır	67.8±16.6	p=0.143
Psikolojik Desteğe İhtiyaç Olduğunu Düşünmek		
Evet	74.0±18.6	t=3.621
Hayır	64.5±15.5	p=0.000

F: One Way Anova, t: Student t test

Düşük riski olmayan gebelerin doğurganlık özellikleri ile belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puan ortalamaları tablo 4.7’de gösterilmiştir. Düşük riski olmayan gebelerden ilk gebeliği olan katılımcıların BTÖ puan ortalaması 71.8±18.6, en az ikinci gebeliği olanların BTÖ puan ortalaması 68.4±17.3 olarak bulunmuştur. Yapılan analizde iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Düşük riski olmayan gebelerden en az iki kez düşük yapan gebelerin BTÖ puan ortalaması (76.4±22.9) daha önce hiç düşük yapmayan (69.9±16.8) yada bir kez yapan (67.9±16.9) gebelere göre daha yüksektir. Ancak düşük riski olmayan gebelerin düşük sayısı ile BTÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Yaşayan çocuğu olmayan düşük riski olmayan gebelerin ortalama BTÖ puanları 1 çocuğu ya da en az iki çocuğu olan gebelere göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan analizde iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Düşük riski olmayan gebelerden, daha önce düşük riski yaşayan gebelerin BTÖ puan ortalamaları 71.9 ± 19.4 ile daha önce düşük riski yaşamayan gebelere göre daha yüksektir. Düşük riski olmayan gebelerin daha önce düşük riski yaşama durumuna göre BTÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Düşük riski olmayan psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu ve olmadığını düşünen gebelerin BTÖ puan ortalamaları sırasıyla 74.0 ± 18.6 ve 64.5 ± 15.5 'dir. Gebelik sürecinde psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünme durumu ile BTÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 4.8. Düşük Riski Olan Gebelerin Düşük Belirtileri ile BTÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Sayı (n=171)	BTÖ X±SS	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Kanama			
Evet	140	109.6±17.3	t= -0.924
Hayır	31	112.6±12.3	p=0.357
Ağrı			
Evet	121	112.9±12.7	t=3.547
Hayır	50	103.4±22.0	p=0.001

t: Student t test

Düşük riski olan gebelerin düşük belirtisi olarak kanama ve ağrı varlığı ile BTÖ Puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.8'da gösterilmektedir. Araştırmamıza katılan düşük riski olan gebelerden düşük belirtisi olarak kanama yaşayanların BTÖ puan ortalaması 109.6 ± 17.3 olup, düşük belirtisi olarak kanama yaşamayan gruptan daha düşüktür. Düşük riski olan grupta kanama varlığı ile BTÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Düşük belirtisi olarak ağrı yaşayan düşük riski olan gebelerin BTÖ puan ortalaması 112.9 ± 12.7 ile düşük belirtisi olarak ağrı yaşamayan gruptan daha yüksektir. Düşük riski olan grupta ağrı varlığı ile BTÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 4.9. Düşük Riski Olan Gebelerin Demografik Özellikleri ile Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	PİÖÖ X±SS	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Yaş		
18-25	36.8±7.5	F=0.364
25-34	36.3±8.2	p=0.695
35 ve üstü	37.8±8.6	
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	33.6±13.6	
İlkokul	35.1±7.4	KW=4.074
Ortaokul	36.7±7.9	p=0.396
Lise	37.3±9.0	
Yüksekokul/fakülte	39.3±8.5	
Çalışma Durumu		
Çalışan	38.0±11.3	U=-0.088
Çalışmayan	36.5±8.2	p=0.930
Gelir Durumu		
Geliri giderinden az	37.0±7.9	KW= 1.388
Geliri giderini karşılıyor	36.3±8.6	p=0.500
Geliri giderinden fazla	40.0±9.0	

F: One Way Anova, t: Student t test

Düşük riski olan gebelerin demografik özellikleri ile Psikolojik iyi oluş ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.9’da gösterilmektedir. Düşük riski olan gebelerin PİÖÖ puan ortalamaları incelendiğinde, 35 yaş üstü gebelerin PİÖÖ puan ortalaması 37.8±8.6’dır ve diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir. Düşük riski olan grupta gebelerin yaş gruplarına göre PİÖÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Düşük riski olan gebelerden yüksekokul/fakülte mezunu olanların PİÖÖ puan ortalamaları 39.3±8.5 olup, diğer eğitim düzeylerine göre oluşturulmuş gruplara göre daha yüksektir. Yapılan analizde düşük riski olan gebelerin Eğitim düzeyine göre PİÖÖ puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çalışan düşük riski olan gebelerin PİÖÖ puan ortalaması (38.0±11.3) çalışmayan gebelerin PİÖÖ puan ortalamasından (48.2±4.1) daha yüksektir, fakat istatistiksel olarak iki grup arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0.05$).

Düşük riski olan gebelerden geliri giderinden fazla olanların PİÖÖ puan ortalaması 40.0 ± 9.0 , geliri giderini karşılayanların ise PİÖÖ puan ortalaması ise 36.3 ± 8.6 'dir. Yapılan analizde düşük riski olan gebelerin gelir durumuna göre PİÖÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.10. Düşük Riski Olmayan Gebelerin Demografik Özellikleri ile Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik özellikler	PİÖÖ X±SS	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Yaş		
18-25	46.1±7.6	F=0.948
25-34	46.9±5.3	p=0.390
35 ve üstü	45.2±7.7	
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	39.2±11.2	
İlkokul	46.9±5.3	KW=13.963
Ortaokul	44.2±7.5	p=0.040
Lise	48.0±5.2	
Yüksekokul/fakülte	48.5±4.1	
Çalışma Durumu		
Çalışan	48.2±4.1	U=-0.956
Çalışmayan	46.1±6.7	p=0.339
Gelir Durumu		
Geliri giderinden az	44.6±6.6	KW=11.840
Geliri giderini karşılıyor	47.8±5.8	p=0.003
Geliri giderinden fazla	44.3±8.6	

F: One Way Anova, t: Student t test

Düşük riski olmayan gebelerin demografik özellikleri ile Psikolojik iyi oluş ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.10' da gösterilmektedir. Yaş gruplarına göre düşük riski olmayan gebelerin PİÖÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 25-35 yaş aralığında olan gebelerin PİÖÖ puan ortalaması 46.9 ± 5.3 olup, 18-25 yaşa aralığındaki ve 35 yaş üstü gebelere göre daha yüksektir. Yapılan analiz sonucunda düşük riski olmayan gebelerin yaş gruplarının PİÖÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Yüksekokul/fakülte mezunu düşük riski olmayan gebelerin PİÖÖ puan 48.5 ± 4.1 ile en yüksekken, okuryazar olmayanların PİÖÖ puan ortalaması 39.2 ± 11.2 ile en düşüktür. Eğitim düzeyine göre düşük riski olmayan gebelerin PİÖÖ puan ortalamaları

arasındaki farklılık istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Mann-Whitney U testi ve Bonferroni düzeltmesi kullanılarak yapılan ikişerli karşılaştırmalar sonucunda okuryazar olmayan grup ile ortaokul mezunu olan grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çalışmayan düşük riski olmayan gebelerin PİÖÖ puan ortalamaları çalışanlardan yüksek olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Geliri giderini karşılayan düşük riski olmayan gebelerin PİÖÖ puan ortalamalarının 47.8 ± 5.8 iken, geliri giderinden az olan düşük riski olmayan gebelerin 44.6 ± 6.6 , geliri giderinden fazla olan gebelerin 44.3 ± 8.6 'dır ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Yapılan Bonferroni testi sonucunda farklılığı oluşturan grubun geliri giderine denk olan grup olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.11. Düşük Riski Olan Gebelerin Doğurganlık Özellikleri ile Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğurganlığa Ait Özellikler	PİÖÖ X±SS	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Gebelik Sayısı		
1	38.0±8.5	t=1.336
2 ve üzeri	36.1±8.4	p=0.183
Düşük Sayısı		
Hiç olmayan	37.9±7.8	
1	34.4±9.4	KW=7.177
2 ve üzeri	34.7±8.5	p=0.028
Yaşayan Çocuk Sayısı		
Hiç olmayan	37.2±8.2	F=0.190
1	36.0±9.1	p=0.827
2 ve üzeri	36.5±8.3	
Daha Önce Düşük Riski Yaşamak		
Evet	35.7±9.2	t=1.347
Hayır	37.5±7.6	p=0.180
Psikolojik Desteğe İhtiyaç Olduğunu Düşünmek		
Evet	35.3±8.4	t=-3.185
Hayır	39.8±7.6	p=0.002

F: One Way Anova, t: Student t test, KW: Kruskal Wallis

Gebelerin doğurganlık özellikleri ile psikolojik iyi oluş ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.11’de gösterilmektedir. Düşük riski olan gebelerden ilk gebeliği olanların ortalama PİÖÖ puanı 38.0 ± 8.5 olup en az ikinci gebeliği olanlardan yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Daha önce hiç düşük yapmayan düşük riski olan gebelerin PİÖÖ puan ortalaması 37.9 ± 7.8 ile daha önce düşük yapan gebelerden daha yüksektir. Yapılan Kruskal-Wallis testi sonucunda daha önce deneyimlenen düşük sayısı ile PİÖÖ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Mann-Whitney U testi ve Bonferroni düzeltmesi kullanılarak yapılan ikişerli karşılaştırmalar sonucunda daha önce düşük deneyimlemeyen grup ile bir kez düşük deneyimleyen grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Şuan yaşayan çocuğu olmayan düşük riski olan gebelerin PİÖÖ puan ortalaması (37.2 ± 8.2) bir tane yaşayan çocuğu olan düşük riski olan gebelerin (36.0 ± 9.1) ve en az iki tane çocuğu olan düşük riski olan gebelerin (36.5 ± 8.3) PİÖÖ puan ortalamasından yüksektir. Yapılan analizde çocuk sayısına göre ortalama PİÖÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

İlk defa düşük riski yaşayan düşük riski olan gebelerin PİÖÖ ortalama puanı 37.5 ± 7.6 olup daha önce düşük riski yaşayan gebelerden yüksektir. Düşük riski olan gebelerin daha önce düşük riski yaşama durumu ile PİÖÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Gebelik sürecinde psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünen düşük riski olan gebelerin PİÖÖ puan ortalaması 35.3 ± 8.4 ’dür ve gebelik sürecinde psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığını düşünen düşük riski olan gebelerinkinden daha düşüktür. Düşük riski olan gebelerin psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünme durumu ile PİÖÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

Tablo 4.12. Düşük Riski Olmayan Gebelerin Doğurganlık Özellikleri ile Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğurganlığa Ait Özellikler	PİOÖ X±SS	İstatistiksel Test ve Anlamlılık
Gebelik Sayısı		
1	45.4±7.4	t= -1.114
2 ve üzeri	46.7±6.2	p=0.267
Düşük Sayısı		
Hiç olmayan	46.0±6.1	KW=4.017
1	48.1±7.2	p=0.065
2 ve üzeri	44.8±7.1	
Yaşayan Çocuk Sayısı		
Hiç olmayan	46.0±7.1	F=1.012
1	47.6±5.1	p=0.366
2 ve üzeri	45.9±6.8	
Daha Önce Düşük Riski Yaşamak		
Evet	46.6±7.01	t=0.350
Hayır	46.2±6.3	p=0.727
Psikolojik Desteğe İhtiyaç Olduğunu Düşünmek		
Evet	45.6±6.9	t=-1.413
Hayır	47.1±6.0	p=0.160

F: One Way Anova, t: Student t test

Düşük riski olmayan gebelerin doğurganlık özellikleri ile psikolojik iyi oluş puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.12’de gösterilmektedir. Düşük riski olmayan gebelerden en az ikinci gebeliği olanların PİOÖ puan ortalaması 46.7±6.2 olup, ilk gebeliği olanlarınkinden yüksektir. Fakat aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Daha önce 1 kez düşük deneyimleyen düşük riski olmayan gebelerin PİOÖ puan ortalamasının 48.1±7.2 ile, düşük deneyimlemeyen veya en az iki düşük deneyimleyen gebelerden daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05).

Şuan yaşayan bir tane çocuğu olan düşük riski olmayan gebelerin PİOÖ puan ortalaması (47.6±5.1) en az iki çocuğu olan düşük riski olmayan gebelerin (45.9±6.8) ve hiç çocuğu olmayan düşük riski olmayan gebelerin (46.0±7.1) PİOÖ puan

ortalamasından daha yüksektir. Düşük riski olmayan gebelerin yaşayan çocuk sayısına göre ortalama PİÖÖ puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Daha önce düşük riski yaşayan ve yaşamayan şuan düşük riski olmayan gebelerin ortalama PİÖÖ puanları birbirine yakındır ve sırasıyla 46.6 ± 7.01 ve 46.2 ± 6.3 olarak bulunmuştur. Yapılan analizde düşük riski olmayan gebelerin daha önce düşük riski yaşama durumu ile PİÖÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Gebelik sürecinde psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünen düşük riski olmayan gebelerin PİÖÖ puan ortalaması (45.6 ± 6.9), bu süreçte psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığını düşünen gebelerden daha düşüktür. Düşük riski olmayan gebelerin gebelik sürecinde psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünme durumu ile PİÖÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.13. Düşük Riski Olan Gebelerin Düşük Belirtileri ile PİÖÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Sayı (n= 171)	PİÖÖ X±SS	İstatistiksel Test Ve Anlamlılık
Kanama			
Evet	140	36.3±8.4	t= -1.056
Hayır	31	38.1±8.6	p=0.293
Ağrı			
Evet	121	36.0±8.3	t=-1.437
Hayır	50	38.1±8.6	p=0.153

t: Student t test

Düşük riski olan gebelerin düşük belirtisi olarak kanama ve ağrı varlığı ile PİÖÖ Puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.13’de gösterilmektedir. Düşük riski olan düşük belirtisi olarak kanama yaşamayan gebelerin PİÖÖ puan ortalaması 38.1 ± 8.6 olup kanama yaşayan gebelere göre daha yüksektir. Yapılan analizde düşük belirtisi olarak kanama yaşama durumu ile PİÖÖ puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Düşük riski olan, düşük belirtisi olarak ağrı yaşayan gebelerin PİÖÖ puan ortalaması 36.0 ± 8.3 ve ağrı yaşamayan gebelerin PİÖÖ puan ortalaması 38.1 ± 8.6 ’dır.

Ayrıca iki grubun düşük belirtisi olarak ağrı varlığı ile PİOÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

4.14. Düşük Riski Olan Gebelerin Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Psikolojik İyi Oluş Ölçekleri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Düşük Riski Olan Gebeler (n=171)	Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	İstatistiksel test ve anlamlılık
Psikolojik İyi Oluş Ölçeği	$r=-0.434$	$p=0.000$

r: Pearson Korelasyon

Araştırmamızda düşük riski olan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik iyi oluş ölçekleri puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Düşük riski olan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri arttıkça psikolojik iyi oluşları düşmektedir (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Düşük Riski Olmayan Gebelerin Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Psikolojik İyi Oluş Ölçekleri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Düşük Riski Olmayan Gebeler (n=171)	Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	İstatistiksel test ve anlamlılık
Psikolojik İyi Oluş Ölçeği	$r=-0.189$	$p=0.013$

r: Pearson Korelasyon

Araştırmamızda düşük riski olmayan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik iyi oluş ölçekleri puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Düşük riski olmayan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri arttıkça psikolojik iyi oluşları azalmaktadır (Tablo 4.15).

5. TARTIŞMA

Belirsiz bir durum, yeni, çelişkili ya da karmaşık, çözülmesi zor bir durum olarak algılanır (4). Belirsizliğin birey fizyolojisi ve psikolojisi üzerinde etkisinin varlığı ile birlikte güçlü bir stres kaynağı olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (4, 19, 53). Yaşamın yeni bir evresi olan ana-baba olma ailedeki bütün üyeleri etkileyen bir süreçtir. Gebelik döneminde vücutta görülen hormonal değişiklikler kadınlarda büyük ruhsal değişimlere sebep olabilir. Gebelikte ortaya çıkan düşük riski gibi istenmeyen durumlar gebenin ve ailesinin algıladığı stres boyutunu yükseltebilir (34, 54). Stres yaratan durumlar ise bireyin psikolojik olarak kendini iyi hissetmesini engelleyebilir (55-57). Düşük riski olan ve olmayan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlüğü ile psikolojik iyi oluş hallerini incelemek için yapılan bu araştırmamızın bulguları literatür ile tartışılmıştır.

Düşük riski olan gebelerin çoğunluğu (%81.9) düşük belirtisi olarak kanama, üçte biri ise ağrı (%35.4) yaşamıştır. Literatürde ise düşük tehdidinde belirtinin genellikle kanama olduğu birkaç saat ya da gün içinde kramp tarzında ağrı eşlik edebileceği yer almaktadır (20, 21, 24, 58) (Tablo 4.2).

Düşük riski olan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlüğü düşük riski olmayan gebelerinkinden daha yüksektir ($p<0.001$) (Tablo 4.3). Yapılan çalışmalar çeşitli hastalıkların yarattığı endişe durumu ve bilinmezliğin belirsizliğe tahammülsüzlüğü arttırdığını göstermektedir (17, 19, 41). Riskli bir gebeliğin ise gebede stres ve kaygı oluşturduğuna dair çalışmalar mevcuttur (59-61). Araştırmamızda da düşük riskinin sebep olduğu bilinmezlik, stres ve endişe durumunun belirsizliğe tahammülsüzlüğü arttırdığı düşünülmektedir.

Gebelik dönemi kadın hayatında stresli bir dönemdir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşebilmektedir (51, 62, 63). Yapılan çalışmalar bunu destekler niteliktedir (64-67). Düşük riski bu dönemde hissedilen stres ve kaygı düzeyini arttırmaktadır (59, 61, 68). Araştırmamızda düşük riski olan gebelerin psikolojik iyi oluşu düşük riski olmayan gebelerden daha düşüktü ($p<0.001$) (Tablo 4.3). Çalışmamızla farklı doğrultuda olmakla beraber Gümüşdaş ve arkadaşları çalışmalarında riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarını karşılaştırmış, riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal durum ölçeği ortalamaları arasındaki

farkın anlamlı olduğunu bulmuştur. Gebelik döneminde düşük riski gibi endişe ve stres yaratacak durumların psikolojik iyi oluşu etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan düşük riski olan ve olmayan gebelerin yaş grubu, eğitim, çalışma ve gelir durumuna göre belirsizliğe tahammülsüzlüğü incelendiğinde, her iki grupta da yaş grubu, eğitim, çalışma ve gelir durumunun belirsizliğe tahammülsüzlüğü etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.4, tablo 4.5). Ersöz ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde belirsizlikle başa çıkmada etkili olan kriterleri araştırdığı çalışmalarında yaş ve eğitimin belirsizliğe tahammülsüzlüğü etkilemediği bulunurken, Gümüş'ün multiple sklerozlu hastalarla yaptığı çalışmada hastaların çalışma ve gelir durumu ile BTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (19, 69). Bulgularımız literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda primipar düşük riski olan ve olmayan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlüğü multipar olanlardan daha yüksektir. Fakat iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ve gebelik sayısının belirsizliğe tahammülsüzlüğü etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.5, 4.6). Gebeliğin birinci trimesterinde; annenin duyguları gebeliği kabul edip etmemesine bağlı olarak farklılık göstermesiyle birlikte, gebeliğin ilk haftalarında belirsizlik ve ambivalan duygular görülmektedir. Bu dönemde gebenin deneyimlediği davranışsal ve duygusal değişimler “belirsizlik, ambivalan duygular, primer odak olarak ben” dir (70). Her iki grupta da primipar gebelerin puan ortalamalarının yüksek çıkmasının nedeninin birinci gebelikte bu duyguların ilk defa deneyimlenmesi olabileceği düşünülmektedir.

Bireylerin geçmiş yaşam deneyimleri hastalıklara verdikleri tepkileri etkiler (71). Fakat unutma faktörü kişinin geçmiş yaşam deneyimlerinin etkisinin azalmasına sebep olur (72). Düşük riski olan ve olmayan gebelerin daha önce deneyimlediği düşük tehdidi, düşük sayısı ve yaşayan çocuk sayısının belirsizliğe tahammülsüzlüğü etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5, 4.6). Çalışmamızla farklı doğrultuda olmakla beraber Gümüş'ün multiple sklerozlu hastalarla yaptığı çalışmada atak sayısı ve hastalık süresi gibi geçmiş yaşam deneyimlerinin belirsizliğe tahammülsüzlüğü etkilemediği bulunmuştur (19). Bulgularımız Gümüş'ün bulgularıyla paralellik göstermekte ve literatürü desteklemektedir.

Kadınlar gebeliği pozitif bir süreç ve mutluluk kaynağı olarak algıladığı gibi; anksiyete ve kaygı gibi olumsuz ruhsal duygulanımların yaşanabileceği bir dönem gibi

de algılayabilmektedir (51). Gebelik sürecinde yaşanan psikolojik değişimler gebenin psikolojik destek ihtiyacını arttırabilir (13). Bizim çalışmamızda gebelik süresince psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünen düşük riski olan ve olmayan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlüğü bu süreçte psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığını düşünen gebelerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5, 4.6). Gümüldaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada riskli olan gebeliklerde gebelerin psikolojik desteğe ihtiyacı olduğu bulunmuştur (61). Gebelik döneminde kadının psikolojisini etkileyebilecek önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin sebep olduğu kaygı ve stres gibi durumlar belirsizliğe tahammülsüzlüğü etkilemektedir (39, 51). Bulgularımız literatürü desteklemektedir.

Düşük olguları genellikle hafif leke şeklinde kanama ile başlar ve birkaç saat ya da birkaç gün içinde kramp tarzı karın ve bel ağrısı eşlik eder (21, 24, 29). Çalışmamıza katılan düşük riski olan gebelerin beşte dördünün kanama, üçte birinin ağrı şikayeti vardır. Kanama varlığının gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlüğünü anlamlı düzeyde etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Öz hastalık bulgularının bireyde belirsizlik oluşturabileceğini söylemiştir (39). Ancak bizim çalışmamızda kanaması olmayan gebelerin düşük belirtisi olarak ağrısının olması nedeniyle, kanaması olmayan gebelerinde belirsizlik yaşadığı düşünülmektedir.

Düşük tehdidinde ritmik kramplar şeklinde olan ağrı, alt belde yoğun hissedilebilir, pelvik basınç hissi şeklinde olabilir ya da suprapubik bir rahatsızlık şeklinde görülebilir (21, 24, 29). Düşük riski olan gebelerde ağrı varlığının belirsizliği etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Çalışmamızla farklı bağlamda olmakla birlikte Evren ve arkadaşlarının fibromyalji hastalarında ağrı şiddeti ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki isimli çalışmalarında ağrı ile anksiyete arasında doğrusal ilişki bulunmuştur. Anksiyetenin ise belirsizliğe tahammülsüzlüğü arttırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (73). Düşük riski olan gebelerin deneyimlediği ağrının belirsizliğe tahammülsüzlüğü arttırdığı düşünülmektedir.

İlk olarak Wilson 1967'de yaptığı çalışmada genç insanların yaşlı insanlardan daha mutlu olduğunu bulmuştur (74). Fakat sonraki zamanlarda Diener iyi oluş bakımından yaş grupları arasında küçük farklılıklar bulunduğunu ifade etmiştir (75). Yaşın psikolojik iyi oluş ile ilişkisini sorgulayan az sayıda çalışma mevcuttur (15, 77-79). Araştırmamızda düşük riski olan ve olmayan gebelerin her iki grubunda da yaşın psikolojik iyi oluşu anlamlı düzeyde etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.9,

4.10). Edmondson ve arkadaşlarının depresyonda olan ve olmayan bireylerle, Timur'un ise boşanma sürecinde olan ve olmayan çiftlerle yaptıkları çalışmalarda yaş değişkeniyle psikolojik iyi oluş durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (76, 79). Bulgumuz literatürü destekler niteliktedir.

Eğitim düzeyi bireyin hayata bakış açısını, hayattan beklentilerini ve karşılaştığı olaylara verdiği tepkileri etkiler. Literatürde yapılan çalışmalar genellikle belirli bir eğitim düzeyine yöneliktir (80-83) ve eğitim düzeyinin psikolojik iyi oluşu etkilediğini savunan çalışmalar kadar (80, 84) etkilemediğini savunan çalışmalarda mevcuttur (85, 86). Çalışmamızda ise eğitim düzeyinin düşük riski olan gebelerin psikolojik iyi oluşlarını etkilemediği görülürken ($p>0.05$) (Tablo 4.9), düşük riski olmayan gebelerinkini etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Özbek evli bireylerin yaşam doyumları ile psikolojik iyi oluşlarını incelediği çalışmasında eğitim düzeylerinin psikolojik iyi oluşunu etkilemediğini bulmuştur (86). Düşük riski olan gebelerin bulgusu Özbek'in bulgusuyla paralellik göstermektedir. Rıza, Ryff ve Singer eğitim düzeyinin psikolojik iyi oluşu etkilediğini bulmuştur (84, 87). Bulgumuz literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda gelir durumunun düşük riski olan gebelerde psikolojik iyi oluşu etkilemediği bulunurken ($p>0.05$) (Tablo 4.9), düşük riski olmayan gebelerde etkilediği bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Diener ve Ryff'a göre sosyo-ekonomik durum bireyin iyi oluşunu etkiler (88, 89). Gelir durumu ve sosyal statü belki de iyi oluşun en önemli yordayıcısıdır. Tatlılıoğlu üniversite öğrencilerinin aylık gelir ve harcama düzeyi ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkiyi incelediği araştırmasında aylık harcaması fazla olan öğrencilerin psikolojik iyi oluşlarının daha iyi olduğunu bulmuştur ve bireyin gelirinin artışıyla sağladığı imkanların mutluluk düzeyinin artmasına neden olacağını düşünmüştür (77). Göcen'in yaptığı çalışmada da gelir durumu yüksek olan bireylerin sahip olduğu imkanların bireye sahip olduğu gerçeklerle daha iyi uyum sağlama olanağı verdiği ve psikolojik iyi oluşu etkilediği bulunmuştur (90). Samman'ın çalışmasında ise gelir düzeyi ile psikolojik iyi oluş arasında doğrudan bir ilişki bulunmamıştır (91). Benzer şekilde Karabeyeser'in üniversite öğrencilerinin anne-baba tutumları ve stresli yaşam olaylarına göre psikolojik iyi oluşunu incelediği çalışmasında öğrencilerin ailelerinin gelir durumunun öğrencilerinin psikolojik iyi oluşlarını etkilemediği saptanmıştır (92). Bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda düşük riski olan ve olmayan gebelerin gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ile psikolojik iyi oluşları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.11, 4.12). Literatürde benzer şekilde çocuk sayısının psikolojik iyi oluşu etkilemediği belirtilmiştir (85, 86). Bulgularımız literatürü destekler niteliktedir

Çalışmamızda düşük riski olan gebelerin daha önce düşük deneyimlemelerinin psikolojik iyi oluşlarını etkilediği görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.11). Giscombe ve arkadaşlarının çalışmasında daha önce düşük deneyimleyen gebelerin stres düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (93). Bireyin büyüme ve olgunlaşma sürecinde yaşadıkları ile geçmiş yaşam deneyimleri bireyin stres düzeyini ve psikolojik iyi oluşunu etkiler (14, 94). Bulgularımız literatürü destekler niteliktedir

Stresli yaşam olayları bireyin psikolojik iyi oluşunu etkilemektedir (89, 95). Yaşanan olaylar, bireye sıkıntı verir ve yeniden uyum sağlamasını gerektirir (96). Ayrıca unutma faktörünün etkisiyle yaşanan olayların etkileri zamanla azalır ya da ortadan kalkar (72). Çalışmamızda düşük riski olan ve olmayan gebelerin daha önce düşük riski yaşama durumunun psikolojik iyi oluşlarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.11, 4.12). Daha önce düşük riski yaşamının gebenin psikolojik iyi oluşunu etkilemeyişi o süreçte yaşanan duyguların unutulmasıyla açıklanabilir.

Araştırmamıza katılan düşük riski olan ve olmayan gebelerin gebelik sürecinde psikolojik desteğe ihtiyaçları olduğunu düşünme durumu ile psikolojik iyi oluşları karşılaştırıldığında, düşük riski olan grupta gebelik sürecinde psikolojik desteğe ihtiyaçları olduğunu düşünme durumunun psikolojik iyi oluşu etkilediği bulunurken ($p<0.05$) (Tablo 4.11), düşük riski olmayan grupta etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.12). Çankaya araştırmasında temel psikolojik ihtiyaç doyumunun psikolojik iyi oluşu etkilediğini saptamıştır (97). Stevenson ve arkadaşlarının çalışmasında adölesan gebelerin psikososyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyduğu ve bununda iyilik hallerini etkilediği bulunmuştur (98). Ayrıca Gümüşdaş ve arkadaşları riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlığını inceledikleri çalışmada riskli gebelerin daha fazla psiko-sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarını bulmuşlardır. Bulgularımız literatürü destekler niteliktedir (61, 97, 98).

Hastalık dönemindeki belirtiler bireyin yaşadığı stres ve kaygı düzeyini etkileyebilir (39, 99). Çalışmamızda düşük riski belirtileri olan ağrı ve kanamanın varlığı ile bireyin psikolojik iyi oluşu incelendiğinde kanaması olan ve olmayan

gebelerin psikolojik iyi oluşları ile ağrısı olan ve olmayan gebelerin psikolojik iyi oluşları birbirine yakındır ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.13). Gebenin psikolojik iyi oluşunu tek başına ağrı ya da kanama varlığı değil düşük riskinin varlığı etkilemektedir.

Düşük riski olan ve olmayan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlüğü ile psikolojik iyi oluşu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlükleri arttıkça psikolojik iyi oluşlarının azaldığı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.14; Tablo 4.15). Erguvan'ın üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada da belirsizliğe tahammülsüzlüğe ters orantılı olarak psikolojik iyi oluşun azaldığı bulunmuştur (16). Ayrıca Koç ve arkadaşları da çalışmalarında psikolojik iyi oluşun belirsizliğe tahammülsüzlükten etkilendiğini bulmuştur (100). Bulgumuz literatür ile paralellik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Düşük riskli olan ve olmayan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlüğünün psikolojik iyi oluş hali üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada şu sonuçlar elde edilmiştir. Bunlar;

- Düşük riskli olan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlüğünün düşük riskli olmayan gebelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Düşük riskli olan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlük alt boyut puan ortalamaları düşük riskli olmayan gebelerden daha yüksek bulunmuştur.
- Düşük riskli olan gebelerin psikolojik iyi oluşunun düşük riskli olmayan gebelerden daha düşük olduğu görülmüştür.
- Gebelik sürecinde psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünen düşük riskli olan ve olmayan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlüğü psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığını düşünen gebelerden daha yüksek bulunmuştur.
- Düşük riskli olan ve ağrı yaşayan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlükleri ağrısı olmayan gebelerden daha yüksek bulunmuştur.
- Düşük riskli olmayan gebelerin eğitim düzeyinin ve gelir durumunun psikolojik iyi oluşlarını etkilediği saptanmıştır.
- Düşük riskli olan gebelerin deneyimlediği düşük sayısının psikolojik iyi oluşlarını etkilediği bulunmuştur.
- Gebelik sürecinde psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşünen düşük riskli olan gebelerin psikolojik iyi oluşları, psikolojik desteğe ihtiyacı olmadığını düşünen gebelerden daha düşük bulunmuştur.
- Düşük riskli olan gebelerin düşük riskli belirtisi olarak kanama ya da ağrı yaşamasının psikolojik iyi oluş hallerini etkilemediği görülmüştür.
- Düşük riskli olan ve olmayan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlüklerinin artmasına ters orantılı olarak psikolojik iyi oluşlarının düştüğü görülmüştür.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, şu önerilerde bulunulabilir;

- Hemşireler başta olmak üzere sağlık çalışanlarında düşük riski yaşayan gebelerde belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik iyi oluş konularında farkındalık oluşturulması,
- Hemşirelerin özellikle riskli gebelerin rutin izlemlerinde gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini ve psikolojik iyi oluşlarını sorgulamaları,
- Hemşirelerin gebelere bakım verirken bütüncül yaklaşması, sadece fizyolojik olarak değil bireye biyo-psiko-sosyal olarak holistik bakım vermesi,
- Hemşireler başta olmak üzere sağlık çalışanlarının gebeleri psikolojik sağlık açısından değerlendirmeleri ve ihtiyaç duyan gebeleri profesyonel desteğe yönlendirmeleri,
- Kadınların gebelik öncesi, gebelik dönemi ve sonrasındaki süreçler hakkında bilgilendirilmesi,
- Gebe ve ailelerinin düşük belirtileri, düşük riski durumunda yapılması ve dikkat edilmesi gerekenler konusunda bilgilendirilmesi, özellikle düşük riski olan gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlüğünü azaltarak psikolojik iyi oluşlarını yükseltebilmek adına merak ettiklerinin anlatılması ve sorularının cevaplandırılması,
- Gebelikte meydana gelen diğer riskli durumlar ile gebelerin belirsizliğe tahammülsüzlükleri ve psikolojik iyi oluşlarını sorgulayan araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aydemir H, Hazar HU. Düşük riskli olan, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebenin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014, 3: 815-33.
2. Demirel F, Ateş S, Şevket O, Yaşar L, Savan K. Tekrarlayan gebelik kayıpları sonrası oluşan gebeliklerin seyri. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2014, 7: 41-5.
3. Sivashoğlu A, Dilbaz S, Çalışkan E, Meydanlı M, Haberal A. Birinci trimester düşük tehdidi olan olgularda anembriyonik gebelik, intrauterin eksitus ve sağlıklı gebeliğin ayırıcı tanısında transvajinal ultrasonografi ve biyokimyasal parametrelerin yeri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics* 2001, 11: 319-25.
4. Sarıçam H. Belirsizliğe tahammülsüzlüğün mutluluğa etkisi. *Sosyal Bilimler Dergisi* 2014, 4: 1-12.
5. Crigger NJ. Testing an uncertainty model for women with multiple sclerosis. *ANS Adv Nurs Sci* 1996, 18: 37-47.
6. Sarıçam H, Erguvan FM, Akın A. Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği (btö-12) türkçe formu: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *RESS Journal* 2014, 1: 148-57.
7. Frenkel EB. Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *J Pers* 1949, 18: 108-43.
8. Dugas MJ, Freeston MH, Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and Problem Orientation in worry. *Cognit Ther Res* 1997, 21: 593-606.
9. Budner S. Intolerance of ambiguity as a personality variable. *J Pers* 1969, 30: 29-50.
10. Buhr K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the english version. *Behaviour Research and Therapy* 2002, 40: 931-45.
11. Sarı S, Dağ İ. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Endişe ile İlgili Olumlu İnançlar Ölçeği ve Endişenin Sonuçları Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, Geçerliliği Ve Güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009, 10: 261-70.
12. Morriss J, Macdonald B, Reekum C. What Is Going On Around Here? Intolerance of Uncertainty Predicts Threat Generalization. *PloS one* 2016, 11: 1-13.
13. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2001, 23: 61-4.
14. Özen Y. Kişisel sorumluluk bağlamında öznel ve psikolojik iyi oluş (sosyal psikolojik bir değerlendirme). *T.C. Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi* 2010, 2: 46-58.

15. Tatlılıoğlu K. Üniversite öğrencilerinin kardeş sayıları ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Electronic Turkish Studies* 2012, 7: 2858-72.
16. Erguvan FM. Üniversite Öğrencilerinin Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeyleri İle Psikolojik İyi Olma Düzeylerinin İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans, Sakarya, Sakarya Üniversitesi 2015.
17. Yanar M. Organ Transplantasyonu Bekleme Sürecindeki Hasta ve yakınlarının Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Umutsuzluk ve depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans, İstanbul, İstanbul Medipol Üniversitesi 2015.
18. Arslan Y. Belirsizlik Yönetimi (BELYÖN) Programının Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeyine Etkisi: Kadın Öğretmen Adayları Üzerine Deneysel Bir Araştırma. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans, Kocaeli, Kocaeli Üniversitesi 2013.
19. Gümüş K. Multiple Skleroz Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün İntihar Düşüncesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans, Samsun, Ondokuz Mayıs Üniversitesi 2012.
20. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*.13.baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık 2016: 227-35.
21. Ürünsak İF. *Ektopik gebelik ve Abortus*. İçinde: Obstetrik Ve Jinekoloji, Demir C, Güleç ÜK, (Çeviri editörleri). Obstetric and Gynecology, Beckman RBC, Ling FW, Herbert WNP, Laube DW, Smith RP, Gazanova R, Chuang A, Geopfert AR, Hueppchen NA, Weiss PM. 7. Baskı, Ankara, Akademisyen Kitapevi, 2015: 179-88.
22. Pritchard A, MacDonald C, Gant F, *Williams Doğum Bilgisi*. Aydemir V, Yılmaz A (Çeviren). 17. Baskı, Ankara: Günes Kitabevi 1989.
23. Özgünen TF. Abortus; düşükler: sınıflandırma, genel bilgiler ve klinik tablo. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007, 3: 1-6.
24. Çoban A. Riskli gebelikler. İçinde: Şirin A, kavlak O (Editörler). *Kadın Sağlığı*, 2.Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık 2015: 325-6.
25. Wijesiriwardana A, Bhattacharya S, Shetty A, Smith N, Bhattacharya S. Obstetric outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester. *Obstetrics & Gynecology* 2006, 107: 557-62.

26. Tongsong T, Srisomboon J, Wanapirak C, Sirichotiyakul S, Pongsatha S, Polsrisuthikul T. Pregnancy outcome of threatened abortion with demonstrable fetal cardiac activity: a cohort study. *BJOG* 1995, 21: 331-5.
27. Johns J, Jauniaux E. Threatened miscarriage as a predictor of obstetric outcome. *Obstetrics & Gynecology* 2006, 107: 845-50.
28. Günalp GS, Tuncer ZS. *Kadın Hastalıkları ve Doğum, Tanı ve Tedavi*, 1. Baskı. Ankara, Palme Yayıncılık 2007: 124-30.
29. Wu Y. Spontan Abortuslar. İçinde: *Obstetrik Jinekolojinin Sırları*, Erk A, Yılanoğlu C, Demirtürk F, (Çeviri editörleri). *Ob/Gyn Secrets*, Bader TJ. 1. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri 2009: 100-5.
30. Koltan SO. Habitüel Abortusun Araştırılması ve Tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007, 3: 32-8.
31. Ürünsak Fİ, Ünal E, Güzel AB, Kadayıfçı O. Septik Abortus. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2007, 3: 25-31.
32. Bernstein PS, Rosenfield A. Abortion and maternal health. *BJOG* 1998, 63: 115-22.
33. Başer İ, Güngör S. Abortion; Spontan gebelik kaybı. İçinde: Beksaç MS, Demir N, Tuncer ZS, Hassa H, Tıraş MB, Yaralı H (Editörler) *Jinekoloji; Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Jinekolojik Onkoloji*, 1. Baskı. Ankara, Öncü Basımevi 2006: 304-17.
34. Karanisoğlu H. Riskli gebeliklerde ruhsal durum ve hemşirelik yaklaşımı. *Hemşirelik Bülteni* 1991, 19: 47-52.
35. Soderberg H, Janzon L, Slosberg NO. Emotional distress following induced abortion: A study of its incidence and determinants among adoptees in Malmo, Sweden. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998, 79: 173-8.
36. Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. *Perinatoloji Dergisi* 2004, 12: 11-6.
37. Lee VC, Ng EH, Ho PC. Issues in second trimester induced abortion (medical/surgical methods). *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2010, 24: 517-27.
38. Shihata S, McEvoy PM, Mullana BA, Carleton RN. Intolerance of Uncertainty in Emotional Disorders: What Uncertainties Remain? *J Anxiety Disord* 2016, 41:115-24.
39. Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001, 12: 61-8.
40. Wever M, Smeets P, Sternheim L. Neural correlates of intolerance of uncertainty in clinical disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2015, 27: 345-353.

41. Kevin NA, Meghan LB. Intolerance of Uncertainty Shaping an Agenda for Research on Coping with Multiple Sclerosis. *Int J MS Care* 2015,17: 153–8.
42. Freeston M, Rheume J, Letarte H, Dugas M, Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Individ Dif* 1994, 17:791–802.
43. Uğur E. *Psikolojide Kullanılan Güncel Ölçme Araçları*. İçinde: Akın A. 2. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi 2015: 544-71.
44. Telef BB. Psikolojik iyi oluş ölçeği: türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2013, 28: 374-84.
45. Sherry LW, James DR. Psychological well-being in midlife. In: Keyes CM, Ryff CD (eds). *In the middle: Psychological and social development in middle age*, 1nd ed. London, Academic press 1999: 161-80.
46. Hefferon K, Boniwell İ, *Pozitif Psikoloji Kuram, Araştırma ve Uygulamalar*. Doğan T (Çeviren). 1.baskı, Ankara: Nobel 2014.
47. Ryff CD, Essex MJ. “My Children and Me: Midlife Evaluations of Grown Children and Self”. *Psychol Aging* 1991, 9: 195-205.
48. Adler A. Bireysel Psikoloji. Kılıçhoğlu A (Çeviren). 1. Baskı, İstanbul: Say yayınları 2005.
49. İnanç BY, Yerlikaya EE. *Kişilik Kuramları*, 6. Baskı. Ankara, Pegem Akademi yayınları 2012: 131.
50. Allport GW. The open system in personality theory. *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 1960, 61: 301.
51. Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3: 142-62.
52. Diener E, Wirtz D, Diener RB, Tov W, Prieto CK, Choi DW, Oishi S. New Measures of Well-Being. *Soc Indic Res* 2009, 39: 247-66.
53. Boelen PA, Reijntjes A, Carleton RN. Intolerance of uncertainty and adult separation anxiety. *Cogn Behav Ther* 2014, 43: 133-44.
54. Elsworth JD, Roth RH. Pregnancy, a risky time: keep calm, clean, and carry on. *Biol Psychiatry* 2013, 74: 478-9.
55. Sezer F. Psikolojik iyi olma durumu üzerine etkili faktörler. *E-Journal of New World Sciences Academy* 2013, 4: 489-504.

56. Davies EB, Morriss R, Glazebrook C. Computer-delivered and web-based interventions to improve depression, anxiety, and psychological well-being of university students: a systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res* 2014, 16: 130-3.
57. Wang F, Lee EK, Wu T, Benson H, Fricchione G, Wang W, Yeung AS. The effects of tai chi on depression, anxiety, and psychological well-being: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Med* 2014, 21: 605-17.
58. Dogra V, Paspulati RM, Bhatt S. First trimester bleeding evaluation. *Ultrasound Q* 2005, 21: 69-85.
59. Tabur F. Düşük Riskli Olan Kadınlardaki Kaygı Düzeyleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi 2007.
60. Byatt N. Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. *Gen Hosp Psychiatry* 2013, 35: 112-6.
61. Gümüşdaş M, Apay SE, Özorhan EY. Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2014, 1: 32-42.
62. Becker M, Weinberger T, Chandy A, Schmukler S. Depression During Pregnancy and Postpartum. *Curr Psychiatry Rep* 2016, 18: 32.
63. Beji NK, Özkan SA. Gebelikte Görülen Fizyolojik /Psikolojik Değişiklikler. İçinde: Beji NK (Editör). *Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları*, 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri 2016: 238-40.
64. Nacar G. Gebelerin Uyku Özellikleri ve Depresif Semptomlar Arasındaki İlişkinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi 2016.
65. Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi* 2010, 20: 99-108.
66. Pearlstein T. Depression during Pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2015, 29: 254-64.
67. Rallis S, Skouteris H, McCabe M, Milgrom J. A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Women and Birth* 2014, 27:36-42.

68. Soldo V, Cutura N, Zamurovic M. Threatened miscarriage in the first trimester and retrochorial hematomas: sonographic evaluation and significance. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2013, 40: 548-50.
69. Ersöz F, Ersöz T, Konuşkan Ö. Belirsizlikle başa çıkmada etkili olan kriterlerin araştırılması: bir üniversite uygulaması. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2016, 25: 215-32.
70. Özorhan EY, Ejder AS, Şahin AÖ. Gebelikte ruh sağlığı. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi* 2014, 2: 33-42.
71. Kocaman N. Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 11: 101-12.
72. Göksel N. Unutma, parodi ve ironi. *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi* 2006, 47: 131-40.
73. Yook K, Kim KH, Suh SY, Lee KS. Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disord* 2010, 24: 623-8.
74. Wilson W. Correlates of Avowed Happiness. *Psychol Bull* 1967, 67: 294-306.
75. Diener E. Subjective Well-Being. *Psychol Bull* 1984, 95: 542-75.
76. Timur MS. Boşanma sürecinde olan ve olmayan evli bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi 2008.
77. Tatlıoğlu K. Üniversite öğrencilerinin aylık gelir ve harcama düzeyi ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Bingöl Üniversitesi örneği). *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 2015, 14: 1-15.
78. Springer KW, Pudrovska T, Hauser RM. Does psychological well-being change with age?: longitudinal tests of age variations and further exploration of the multidimensionality of ryff's model of psychological well-being. *Soc Sci Res* 2011, 40: 392-8.
79. Edmondson OJH, MacLeod KA. Psychological well-being and anticipated positive personal events: their relationship to depression. *Clin Psychol Psychother* 2015, 22: 418-25.
80. Hamurcu H. Ergenlerin Yetkinlik İnançları ve Psikolojik İyi Oluşlarını Yordamada Psikolojik İhtiyaçlar. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Doktora tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi 2011.

81. Sarı T, Tunç E. Üniversite öğrencilerinde umudun yordayıcısı olarak psikolojik iyi olma. *Soc Sci Res* 2016, 45: 291-302.
82. Doğan T. Üniversite öğrencilerinin iyilik halinin incelenmesi. *Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006, 30: 120-9.
83. Sevimli H. Örgütsel Bağlılık ile Psikolojik İyi Hali Arasındaki İlişkinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul, Kültür Üniversitesi 2015.
84. Rıza SÖ. Evli Bireylerin Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Psikolojik İyi Oluşları ve Evlilik Doyumları ile İlişkisinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul, Işık Üniversitesi 2016.
85. Kaplan K. Evli Bireylerde Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumların, Evlilik Doyumuna ve Psikolojik İyi Oluş Durumuna Etkisinin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul, Beykent Üniversitesi 2016.
86. Özbek M. Evli Bireylerde Yaşam Doyumu ve Psikolojik İyi Oluşlarının Çeşitli Değişkenlerle İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul, Nişantaşı Üniversitesi 2016.
87. Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *J Happiness Stud* 2008, 9:13–39.
88. Diener E, Diener C. Most People are Happy. *Psychol Sci* 1996, 7: 181-5.
89. Ryff CD. Psychological Well-Being Revisited: Advances in Science and Practice. *Acta Psychother Psychosom* 2014, 83: 10-83.
90. Göcen G. Pozitif psikoloji düzleminde psikolojik iyi olma ve dini yönelim ilişkisi: yetişkinler üzerine bir araştırma. *Toplum Bilimleri Dergisi* 2013, 7: 97-130.
91. Samman E. Psychological and subjective wellbeing: A proposal for internationally comparable indicators. *OPHI Working paper Series* 2007, 35: 1-54.
92. Karabeyeser M. Üniversite Öğrencilerinin Anne-Baba Tutumları Ve Stresli Yaşam Olaylarına Göre Psikolojik İyi Oluşu. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi 2013.
93. Giscombe CW, Lobel M, Crandell JL. The impact of miscarriage and parity on patterns of maternal distress in pregnancy. *Res Nurs Health* 2010, 33: 316–28.
94. Bauer JJ, McAdams DP. Personal growth in adults' stories of life transitions. *J Pers* 2004, 72: 573-602.

95. Tomba E, Belaise C, Ottolini F, Ruini C, Bravi A, Albieri E, Rafanelli C, Caffo E, Fava GA. Differential effects of well-being promoting and anxiety-management strategies in a non-clinical school setting. *J Anxiety Disord* 2010, 24: 326–33.
96. Basut E. Stres, başa çıkma ve ergenlik. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2006, 13: 31-36.
97. Çankaya ZC. Öğretmen adaylarında temel psikolojik ihtiyaçların doyumu ve iyi olma. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi* 2009, 7: 691-711.
98. Stevenson W, Maton KI, Teti DM. Social support, relationship quality, and well-being among pregnant adolescents. *J Adolesc* 1999, 22: 109-21.
99. Janmohamed N, Steinhart AH. Measuring Severity of Anxiety and Depression in Patients with Inflammatory Bowel Disease: Low Concordance Between Patients and Male Gastroenterologists. *Inflamm Bowel Dis* 2017, 23: 1168-73.
100. Koç M, İskender M, Çolak TS, Düşünceli B. Affedicilik ve Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkiye Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Öfke Kontrolünün Aracılık Etkisi. *Sakarya University Journal of Education* 2016, 6: 201-9.

EKLER

EK.1. Özgeçmiş

1. Adı Soyadı: Seher ÇEVİK

2. Doğum Tarihi: 05.04.1993

3. Unvanı: Araştırma Görevlisi

4. Öğrenim Durumu: Lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	İnönü Üniversitesi	2008-2012
Y. Lisans	Hemşirelik	İnönü Üniversitesi	2014-...

5. Görevler

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi –Nöroloji Yoğun Bakım-Malatya	2012-2015
Arş. Gör.	Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu- Elazığ	Şubat-Mart 2015
Arş. Gör.	Ankara Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulu-Ankara	Mart-Eylül 2015
Arş. Gör.	İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Bilimleri Fakültesi- Malatya	2015-...

EK. 2. Katılımcı Tanıtım Formu

Bu çalışma ile düşük tehdidi olan ve olmayan Gebelerde Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Psikolojik İyi Oluş Hali Üzerine Etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmaya katılmak veya katılmamak gönüllülük esasına bağlıdır. Araştırmaya katılanlardan herhangi bir ücret alınmayacak ve katılımcılara herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Gönüllülerin kimliği ile ilgili kayıtlar gizli tutulacaktır. Elde edilen veriler bilimsel amaçlı olarak topluca değerlendirilecektir. Görüşmeyi istediğiniz zaman sonlandırma hakkınız vardır. Katılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Anket No:

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Arş. Gör. Seher ÇEVİK

- 1) Kaç yaşındasınız?.....
- 2) Eğitim düzeyiniz nedir?
 1. Okur yazar değil
 2. İlkokul
 3. Ortaokul
 4. Lise
 5. Yüksekokul/Fakülte
- 3) Çalışma durumunuz nedir?
 1. Çalışan
 2. Çalışmayan
- 4) Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
 1. Gelirim giderimden az
 2. Gelirim giderime denk
 3. Gelirim giderimden fazla
- 5) Gebelik sayınız.....
- 6) Düşük sayınız.....
- 7) Doğum sayınız.....
- 8) Yaşayan çocuk sayınız.....
- 9) Daha önceki gebeliklerinizde düşük tehdidi yaşadınız mı?
 1. Evet
 2. Hayır
- 10) Gebelik sürecinde psikolojik yardıma/ desteğe ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?
 1. Evet
 2. Hayır
- 11) Kaç haftalık gebesiniz
- 12) Düşük riski tanısı alalı kaç hafta oldu
- 13) Düşük riskiyle ilgili hangi belirtileri yaşadınız?
 1. Kanama
 2. Ağrı
 3. Diğer.....

EK.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Aşağıda hayatın belirsizliklerine insanların nasıl tepki gösterdiklerini tanımlayan bir dizi ifade yer almaktadır. Bu ifadelerin sizi ne derece doğru yansıttığını, yanındaki rakamlardan size uygun olanı daire içine alarak belirtiniz

1	2	3	4	5
Beni Hiç Tanımlamıyor		Beni kısmen tanımlıyor		Beni tamamen tanımlıyor

1-Belirsizlik, sağlam bir fikre sahip olmamı engelliyor	1	2	3	4	5
2-Emin olamama, kişinin düzensiz olduğu anlamına gelir	1	2	3	4	5
3-Belirsizlik yaşamı katlanılmaz hale getiriyor	1	2	3	4	5
4-Yaşamda bir güvencenizin olmaması adaletsiz bir durumdur	1	2	3	4	5
5-Yarın ne olacağını bilemezsem zihnim rahat olmaz	1	2	3	4	5
6-Belirsizlik beni rahatsız, endişeli ya da stresli yapıyor	1	2	3	4	5
7-Önceden kestirilemeyen olaylar beni alt üst ediyor .	1	2	3	4	5
8-İhtiyaç duyduğum bilginin tümüne sahip olamamak beni engelliyor	1	2	3	4	5
9-Belirsizlik istediğim şekilde bir yaşam sürmemi engelliyor	1	2	3	4	5
10-Beklenmeyen durumlardan kaçınmak için insan hep ileriye bakmalıdır	1	2	3	4	5
11-Çok iyi planlanmışken bile beklenmeyen ufacık bir durum her şeyi bozabilir	1	2	3	4	5
12-Harekete geçme zamanı geldiğinde belirsizlik elimi kolumu bağlıyor	1	2	3	4	5
13-Belirsizlik içinde olmam, benim en iyi olmadığımı gösteri	1	2	3	4	5
14- Emin olmadığım zaman, yapacaklarım konusunda ilerleyemiyorum	1	2	3	4	5
15-Emin olmadığım zaman çok iyi iş çıkartamıyorum	1	2	3	4	5


16-Benim aksime, diğer insanlar ne yapacaklarından emin gözüküyorlar	1	2	3	4	5
17-Belirsizlik beni kırılğan, mutsuz ya da hüzünlü kılıyor	1	2	3	4	5
18-Geleceğın benim için neler getireceğini her zaman bilmek isterim	1	2	3	4	5
19-Beklenmedik olaylara katlanamıyorum	1	2	3	4	5
20-En ufak bir şüphe bile harekete geçmemi engelliyor	1	2	3	4	5
21-Her şeyi önceden organize edebilmeliyim	1	2	3	4	5
22-Emin olamamam, güvensiz olduğum anlamına gelir	1	2	3	4	5
23-Başkalarının kendi geleceklerinden eminmiş gibi görünmeleri adaletsizliktir	1	2	3	4	5
24-Belirsizlik derin uyumamı engelliyor	1	2	3	4	5
25-Bütün belirsiz durumlardan uzaklaşmalıyım	1	2	3	4	5
26.Hayattaki belirsizlikler beni strese sokuyor	1	2	3	4	5
27. Geleceğimle ilgili kararsız olmaya katlanamıyorum	1	2	3	4	5

EK.4. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

Aşağıda katılıp ya da katılamayacağınız 8 ifade vardır. 1–7 arasındaki derecelendirmeyi kullanarak, her bir madde için uygun olan cevabınızı belirtiniz.


1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.	Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum					<input type="text"/>
2.	Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatmin edicidir					<input type="text"/>
3.	Günlük aktivitelereime bağlı ve ilgiliyim					<input type="text"/>
4.	Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıda bulunurum					<input type="text"/>
5.	Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim					<input type="text"/>
6.	Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum					<input type="text"/>
7.	Geleceğim hakkında iyimserim					<input type="text"/>
8.	İnsanlar bana saygı duyar					<input type="text"/>

EK.5. Malatya Devlet Hastanesinden Alınan İzin Formu



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Malatya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

MALATYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - MALATYA İLİ KHİBGS İDARI
HİZMETLER BAŞKANLIĞI
13.01.2017 13:46:54 94346804-771 E 415



00037322014

Sayı : 94346804-771
Konu : Tez Çalışma İzni

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 29/12/2016 tarihli ve 59728196-18954 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Seher ÇEVİK tarafından, 15.01.2017 - 15.06. 2017 tarihleri arasında, Genel Sekreterliğimize bağlı Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü kadın doğum polikliniklerinde yapılacak olan "Düşük Tehdidi Olan ve Olmayan Gebelerde Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Psikolojik İyi Oluş Hali Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmamın, ekte göndermekte olduğumuz protokol hükümleri doğrultusunda yapılması hususunda, Gereğini arz ederim.

Uzm. Dr. Abdulvahap BOZTEPE
Genel Sekreter

EKLER:
Protokol

Hatıl TURHAN
Evrak Kayıt Birim Sorumlusu
Belgenin Aslı Elektronik İmzalıdır
13.10.2017

Malatya Kamu Hastaneleri Birliği
Faks No:4223245301
e-Posta:nesrin.kara2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Malatya Kamu hastaneleri Birliği
Eğitim Birimi N. KARA.khb44.egitim@saglik.gov.tr
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0a43a3d9-b834-47fa-a9a6-ed62885df74d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Nesrin KARA
Unvan:EBE
Telefon No:

PROTOKOL

PARAFLAR: Madde 1

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı Malatya Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ile İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Seher ÇEVİK arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleşeceği kurum/kuruluşlar: **Malatya Devlet Hastanesi**

Çalışmanın adı: "Düşük Tehdidi Olan ve Olmayan Gebelerde Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Psikolojik İyi Oluş Hali Üzerine Etkisi" konulu araştırma çalışması.

Bu çalışmayı yürütecek olan kişi/kişiler: **Seher ÇEVİK**

Konusu: madde 2

Bu protokol ilimiz sınırları içinde Malatya Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri yapılan koruyucu sağlık hizmetleri çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verilerini içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilere yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Malatya Kamu Hastaneler Birliği tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinde de yararlanılacaksa ayrıca Genel Sekreterlikten onay alınacaktır.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmalarına katılan ve protokolle tespit edilen kişilerde değişiklik yapılması ya da yeni kişilerin çalışmaya dahil edilmesi ancak Genel Sekreterliğin onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün Süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda bir hafta süre ile çalışmalarını yürütecektir.
- Başlangıç-Bitiş Tarihleri : **15.01.2017 – 15.06.2017**
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Genel Sekreterlik protokolü daha önce de sonlandırabilir. İhtilafların çözümü: Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük: Çalışmayı yayın/tez halinde getirmeden önce Genel Sekreterlik ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

- Çalışma üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Genel Sekreterliğimize teslim edilecektir.
- Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilemediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/tez/proje... vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirilecekse ayrıca Genel Sekreterlik oluru alınacaktır.
- Her çalışmanın biri Genel Sekreterlik personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.
- Yapılacak çalışmalarda Protokole ek Genel Sekreterlik oluru da alınacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kurulundan onay alınacaktır.

S. 4

M. S.

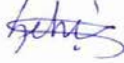
PROTOKOL

- g) Araştırma verileri sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kuruluşların (hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir. Çalışmaya katılan personel isimleri çalışmada belirtilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.
- h) Özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva etmeyecektir.
- İ) Maddi kazanç elde etmek amaçlı yapmamak koşullarına uymak kaydıyla yapılmasına karar verilmiştir.

Taraflar:

11.01/2017

Scher ÇEVİK

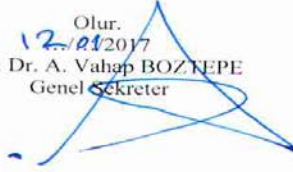


Masul Kurt

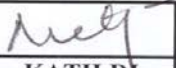
11.01/2017

Dr. Harun KURT
İdari Hizmetler Başkanı

Olur.
12.01/2017
Uzm. Dr. A. Vahap BOZNEPE
Genel Sekreter



EK.6. Etik Kurul Onay Sayfası

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
06.12.2016	16	2016/16-7	
<p>Karar No: 2016/16-7: Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 06.12.2016 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesinde Doç. Dr. Yurdagül YAĞMUR'un sorumlu araştırmacı olduğu; İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesinde Arş. Gör. Seher ÇEVİK'in "Düşük Tehdidi Olan ve Olmayan Gebelerde Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Psikolojik İyi Oluş Hali Üzerine Etkisi" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde çalışmada <u>herhangi bir etik kusur olmadığına</u>; oy birliği ile karar verildi.</p>			
Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı		Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. N. Tülin POLAT Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi	KATILMADI