

**T.C.**  
**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**



**EŞİ GEBE OLAN ERKEKLERDE ANKSİYETE DÜZEYİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Celal KUŞ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI**

**KAHRAMANMARAŞ-2016**

**T.C.**  
**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**



**EŞİ GEBE OLAN ERKEKLERDE ANKSİYETE DÜZEYİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Celal KUŞ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI**

**KAHRAMANMARAŞ-2016**

## K.S.Ü TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

CELAL KUŞ tarafından hazırlanan 'EŞİ GEBE OLAN ERKEKLERDE ANKSİYETE DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ' adlı bu tezin Tıpta Uzmanlık/Yandal Uzmanlık tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Ünvan .....

Danışman

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği / oy çokluğu ile Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalında Tıpta Uzmanlık Uzmanlık tezi olarak... .. tarihinde kabul edilmiştir.

Başkan : Ünvan .....

Üye : Ünvan .....

Üye : Ünvan .....

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tarih : ... / ... / 2016

**DEKAN**

Prof.Dr. ....

Bu tez, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi tez yazım ve basım yönergesine uygundur.

## ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim ve tez yazım sürecinde bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, katkılarına esirgemeyen tez danışman hocam ve Ana Bilim Dalı Başkanımız sayın Doç. Dr. Mustafa Haki SUCAKLI'ya

Uzmanlık eğitimimin önemli bir sürecinde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, ancak uzmanlık eğitimimin son döneminde üniversitemizden ayrılması nedeniyle eksikliğini hissettiğim sayın Prof. Dr. Mustafa ÇELİK'e

Uzmanlık eğitimim süresince eğitimime olan katkıları ve her türlü desteğinden dolayı Yrd. Doç. Dr. Yaşar KOŞAR'a

Uzmanlık eğitimimin önemli bir bölümünü oluşturan rotasyonlarda hoşgörüle bilgi ve deneyimlerini paylaşan değerli hocalarıma ve asistan doktor arkadaşlarıma,

Birlikte çalışmaktan onur ve mutluluk duyduğum asistan doktor arkadaşlarıma,

Beni bugünlere getiren hayatımın her aşamasında desteklerini esirgemeyen anne, babama ve tüm aileme,

Beni her koşulda destekleyen ve her zaman yanımda olan meslektaşım sevgili eşim Dr. Mine Müjde Kuş'a ve saygıdeğer ailesine,

Beni her koşulda gülümseten ilk göz ağrım kızım Yaren'e

Sevgi, saygı ve şükranlarımı sunarım.

HAZİRAN-2016

Dr. CELAL KUŞ

## ÖZET

Baba adayının gebelik boyunca sağlıklı bir dönem geçirmesinin kendisi ile birlikte anne ve bebeğin yaşam kalitesini de artıracığı düşünülerek bu çalışma planlandı. Bu çalışmada eşi gebe olan erkeklerde anksiyete düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma Mart - Haziran 2016 tarihleri arasında Kahramanmaraş'ta sağlık hizmeti veren kuruluşlarda takipteki gebelerin eşlerinde yapıldı. Çalışmaya bilinen kronik veya psikiyatrik bir hastalığı olmayan eşi gebe olan 232 erkek ve eşi gebe olmayan 316 erkek olmak üzere toplam 548 kişi alındı. Çalışma öncesinde bilgilendirilen bireylerden onam veren erkekler çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara STAI-1 (State-Trait Anxiety Inventory), STAI-2 formu ile araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu dolduruldu. STAI yani Durumluk/ Sürekli Kaygı ölçeği Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği alınmış yaygın kullanılan anksiyete değerlendirme ölçeğidir. Eşi gebe olan erkeklerin (EGE) yaş ortalaması 33,76 idi. Eşi gebe olmayanların (Kontrol) yaş ortalaması 36,55 idi. STAI-1 formda %7,2 katılımcı 50 ve üzeri puan almıştır. STAI-1 formda EGE'ler 41,25 puan, Kontrol'ler 38,03 puan almıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Eşleri ilk çocuğuna gebe olan erkekler STAI-1 formda %10,1'i 50 ve üzeri puan almıştır. EGE grubunun STAI-2 ortalama puanı 1. trimesterde 43,85 düzeyinde, 2. trimesterde 41,61 düzeyinde, 3.trimesterde 39,67 düzeyindedir. Eşleri 1. trimester döneminde olanların daha yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Eşi gebe olan erkeklerde anksiyete bozuklukları ortaya çıkabilir. Özellikle eşinin ilk gebeliği ve 1. trimesterde olan baba adaylarında daha sık, daha şiddetli anksiyete bozukluklarına rastlanabilir. Gebelik döneminde sadece anneyi değil babayı da yakından takip etmek birinci basamakta ruhsal hastalıkların erken tanı ve tedavisi için çok önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Baba, Gebe, Anksiyete, Aile Hekimliği, Durumluk-Sürekli Kaygı

**Sayfa Adedi:** 60

**Danışman:** Doç. Dr. Mustafa Haki SUÇAKLI

## ABSTRACT

This study was planned taking into consideration that father candidate's spending a healthy period throughout the pregnancy improves the life quality of him, mother and baby. In this study, it is aimed that the determination of anxiety level of men whose wives are pregnant. This study was performed in the period of March - June 2016 with the husbands of pregnancies followed by health organizations in Kahramanmaraş. 232 men with pregnant wife without any known chronic or psychiatric illnesses and 316 men with non-pregnant wife were included in this study. The approval men, informed before the work, were included to this work. STAI-1, STAI-2 and the survey form, improved by researcher, were filled by the participants. STAI form, Turkish validity and reliability is approved, is commonly used to assess the scale of anxiety. The mean age of men with pregnant wife was 33,76. The mean age of men with non-pregnant wife (control group) was 36,55. %7.2 of participants filled the STAI-1 form took 50 points and above. For the STAI-1 form, men with pregnant wife took 41.25 points, control group members took 38.03 points and the difference was statistically significant ( $p<0,05$ ). %10.1 of men with wives having first pregnancy took 50 points and above from STAI-1. The mean score of men with pregnant wife from STAI-2 form was 43,85 for the first trimester, 41,61 for the second trimester, 39,67 for the third trimester. It has been found that men whose wives were in the first trimester have higher levels of anxiety ( $p<0,05$ ). Anxiety disorders can occur in men with pregnant wife. Anxiety disorder can be encountered more often and more severe, especially in the father candidates that their wives' first pregnancy and in the first trimester. Not only following closely the mother during pregnancy and the postpartum period, but also following the father is very important for early diagnosis and treatment of mental disorders in primary care.

**Keywords:** Father, Pregnant, Anxiety, Family Medicine, State-Trait Anxiety Inventory

**Page Number:** 60

**Advisor:** Assoc. Prof. Mustafa Haki Sucakli

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

|  |  |
|--|--|
| ÖNSÖZ .....  | <b>iHata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>   |
| ÖZET .....   | ii   |
| İNGİLİZCE ÖZET.....  | iii  |
| İÇİNDEKİLER .....  | <b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b> iv |
| SİMGELER VE KISALTMALAR.....   | vi   |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ.....  | 1  |
| 2. GENEL BİLGİLER .....  | 3  |
| 2.1. Anksiyete.....  | 3  |
| 2.1.1. Anksiyetenin Tanımı .....   | 3  |
| 2.1.2. Anksiyete Bozukluklarının Güncel Sınıflandırmaları .....              | 4  |
| 2.1.3. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi .....                       | 6  |
| 2.1.4. Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi .....                           | 8  |
| 2.1.4.1. Psikanalitik Kuramlar .....   | 8  |
| 2.1.4.2. Davranışçı ve Bilişsel Kuramlar.....                                | 9  |
| 2.1.4.3. Biyolojik Kuramlar.....   | 9  |
| 2.2. Günümüzde Babalık Rolü Ve Erkek Sağlığına Etkileri .....                | 11   |
| 2.2.1. Günümüzde Babalık Rolü .....  | 11   |
| 2.2.2. Gebelerin Eşlerinde Görülen Psikolojik ve Fizyolojik Değişimler ..... | 15   |
| 2.2.3. Couvade Sendromu (Sempatik Gebelik) .....                             | 18   |

|  |    |
|--|----|
| 2.3. Birinci Basamakta Ruhsal Hastalıklar.....   | 20 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEMLER .....                      | 23 |
| 3.1. Çalışma dizaynı .....                       | 23 |
| 3.2. Verilerin elde edilmesi .....               | 23 |
| 3.2.1. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI)..... | 24 |
| 3.3. İstatistiksel Analiz .....                  | 25 |
| 4. BULGULAR.....                                 | 26 |
| 5. TARTIŞMA .....                                | 39 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....                        | 45 |
| 7. KAYNAKLAR .....                               | 46 |
| 8. TABLOLAR DİZİNİ .....                         | 54 |
| 9. ŞEKİLLER DİZİNİ .....                         | 55 |
| 10. EKLER.....                                   | 56 |
| 11. ÖZGEÇMİŞ .....                               | 60 |



## **SİMGELER VE KISALTMALAR**

- SPSS** : Statistical Package for the Social Sciences
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders
- ICD** : International Classification of Diseases
- ECA** : Epidemiologic Catchment Area Program
- NCS** : The National Comorbidity Survey Replication
- ESEMeD** : The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
- WONCA** : World Organization of Family Doctors
- STAI** : State-Trait Anxiety Inventory (Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği)
- LH** : Luteinizan hormon
- n** : Sayı
- SS** : Standart sapma
- EGE** : Eşi gebe olan erkekler
- HADS-A** : Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete (bunaltı, kaygı) bozuklukları, bedensel belirtilerin eşlik edebildiği nedensiz bir korku ve endişe durumu olarak tanımlanır. Anksiyete aslında strese, üzüntüye ya da bir tehde karşı verilen normal bir yanıtıdır ancak uyararla karşılaştığında çok şiddetli oluyorsa, zamanla azalmak yerine artış gösteriyorsa ve en önemlisi kişinin işlevselliğini bozuyorsa anksiyete patolojik kabul edilmelidir (1).

Anksiyete belirtileri kişiden kişiye değişir. Bir kişi aynı anda birden fazla sayıda anksiyete bozukluğu yaşıyor olabilir. Üstelik bunun yanı sıra, bazen depresyon gibi bir duygudurum bozukluğu da tabloya eşlik edebilir. Ruhsal, bedensel, bilişsel ve davranışsal belirtiler sergileyebilir. Bu belirtilerin en önemlileri endişe, gerginlik, huzursuzluk, kolay öfkelenme, ölüm korkusu, çarpıntı, göğüs ağrısı, nefes darlığı, boğulma hissi, terleme, baş ağrısı, bulantı, sık idrara çıkma, yoğunlaşma güçlüğü, bellek sorunları, anksiyeteyi uyaran ortam ve nesnelere kaçınma, motor huzursuzluk sayılabilir (1).

Anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı %13,6 ile %28,8 arasında bildirilmiştir. Türkiye Ruh Sağlığı Profiline anksiyete bozukluklarının 12 aylık yaygınlığı %6,7 olarak bulunmuştur (2).

Anksiyete bozukluklarının sebep olduğu işlevsellik kaybı ya da hayat kalitesinde düşme kronik hastalıklardakine eş değer düzeydedir. Sık görülmelerine ve önemli işlevsellik kaybına neden olmalarına karşın, bu hastaların çoğu psikiyatri yerine genel tıbbın diğer bölümlerine müracaat ettiklerinden tanı alma olasılıkları düşüktür ve tanı dışı kalan anksiyete bozukluğu olguları yüksek sağlık harcamalarına neden olur (1).

Sık görülme, ciddi işlevsellik kaybına sebep olma ve tedavi harcamalarında artışa yol açma gibi önemli sonuçları olan anksiyete bozukluklarının tanı ve tedavisinde birinci basamakta çalışan hekimlerin rolü önemlidir (1).

Toplumumuzda geleneksel aile yapısının çekirdek aileye dönüşmesi, çekirdek aile yapısı içindeki bireylerin yükümlülüklerinin değişmesi, kadının eğitim düzeyinin artması ve ekonomik yönden erkeklerden bağımsız olmaya başlaması kadının toplum içindeki statüsünde değişmelere sebep olmuştur. Erkeklerin ev işi, çocuk bakımı hatta ev temizliğiyle ilgili yükümlülükleri paylaşmaya başlaması babalık olgusuna ait tutum ve davranışlarda değişime ve babalık olgusuna yeni anlamlar yüklenmesine neden olmuştur.

Günümüz toplumlarında artık geleneksel kültürel inanç ve değerlere sahip annelik-babalıkla birlikte modern annelik-babalık uygulamalarının bir arada yaşatıldığı görülmektedir (3).

Toplumda gebelik boyunca baba adayının rolünün anne adayının rolü kadar önemli olmadığı düşünülür. Baba adayının gebelik boyunca eşine destek olması ve ailenin maddi, manevi huzurunu koruması beklenir. Bu beklentilerle birlikte ve evladın getireceği yükümlülükler babada stres, endişe ve anksiyeteye sebep olabilir (4).

Dünya genelinde babaların gebelik, doğum ve doğum sonu dönemdeki rol ve sorumlulukları ve babalığın erkek sağlığına etkilerine ait araştırmalar yaygın olmasına rağmen, ülkemizde oldukça sınırlıdır. Artan beklenti ve yükümlülükler nedeniyle babada anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın sonucunda aile sağlığı merkezlerinde ve hastanelerde gebe ile birlikte babaya da danışmanlık hizmeti verilmesinin toplum sağlığına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Anksiyete

#### 2.1.1. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete (anxiety) terimi Latince "boğulma" anlamına gelir "anxi" kelimesinden köken alır (5). Anksiyete, Türkçede kaygı, bunaltı, iç sıkıntısı, can sıkıntısı veya hoş gitmeyen heyecansal bir endişe hali gibi ifadelerle eş anlamlıdır (6).

Anksiyete; nedeni bilinmeyen, içten gelen, korku, kaygı, can sıkıntısı, başına kötü bir şey geleceği endişesi ile yaşanan bir bunaltı duygusudur. Kişinin kendisini tehlikeyeymiş gibi hissettiren bir çeşit alarm duygusudur. İçten ya da dıştan gelen tehlikeler ya da tehlike beklentilerine karşı hissedilen bir tepkidir (5). Anksiyete ile korku kavramları bazen birbirinin yerine kullanılmaktadır. Fakat anksiyeteye korku farklı kavramlardır. Korku, bir nesneye karşı hissedilir ve hedefe yöneliktir, anksiyetenin ise nesnesi yoktur. Anksiyete korkudan farklı olarak daha çok iç tehlikeler ile oluşan bir duygudur (7). Kişi bir nesneye karşı korkuya kapıldığında kaçma ve sakınma gibi özgün davranış örüntüleri sergiler. Anksiyeteden ise kaçınılamaz ve kontrol edilemez. Çünkü bir tehdit algısının sonucunda hissedilen duygudur (8).

Anksiyete, kişinin yeni koşullara adaptasyonunu sağlamada yardımcı olur. Kişinin ruhsal gelişiminde itici bir işlev görebilir. Fakat anksiyete kişide engelleyici işlev de görebilir. Anksiyetenin ne zaman maladaptif, nerede adaptif olduğunun tespiti çok önemlidir. Anksiyetenin performansı olumlu etkilediği belirli bir aralık vardır (9). Anksiyeteyi patolojik kabul etmek için, uyarının şiddeti ile anksiyetenin orantılı olmaması, zamanla azalmak yerine değişmemesi ya da şiddetlenmesi, klinik tabloya ağırlıklı olarak anksiyetenin fiziksel belirtilerinin hakim olması, anksiyeteye katlanılamaması ve en önemlisi işlevselliğin bozulması gerekir. Bu durumda anksiyete kişinin ailevi ve mesleki yaşantısını etkilemeye başlar, kişilerarası ilişkilerinde bozulmalara sebep olur, gün içinde sık sık ortaya çıkar ve günün büyük bir kısmını etkiler, kişi bu durumu kontrol edemez ve başa çıkamaz. Bu belirtilerin yanında tedirginlik, gerginlik, huzursuzluk, sıkıntı, daralma, çabuk yorulma, odaklanma güçlüğü, kolay irkilme ve tetikte olma da gözlenir. Anksiyetede görülebilecek psikosomatik reaksiyonlar arasında baş ağrısı, baş dönmesi, kulak çınlaması, ağız kuruluğu, nefes darlığı, çarpıntı, kas güçsüzlüğü, yorgunluk, çeşitli ağrılar ve gastrointestinal yakınmalar sayılabilir. Anksiyete yukarıda değinildiği gibi aşırı boyutlara ulaşırsa, patolojik

anksiyete olarak değerlendirilmelidir (10). Anksiyetenin belirti ve bulguları tablo 2.1’de özetlenmiştir.

**Tablo 2.1. Anksiyetenin bilişsel, bedensel ve davranışsal belirtileri (1,7)**

| Ruhsal belirtiler  | Bedensel belirtiler   | Bilişsel belirtiler  | Davranışsal belirtiler   |
|--|---|--|--|
| Endişe<br>Gerginlik<br>Huzursuzluk<br>Kötü bir şey<br>olacakmış hissi<br>Kolay Öfkelenme<br>Denetimi Yitirme<br>Çıldırma<br>Ölüm Korkusu | Baş Dönmesi<br>Baş Ağrısı<br>Çarpıntı<br>Göğüs Ağrısı<br>Nefes Darlığı<br>Hiperventilasyon<br>Boğulma Hissi<br>Hipertansiyon<br>Terleme<br>Titreme<br>Kolay Yorulma<br>Bulantı<br>İshal<br>Karın Ağrısı<br>Sık İdrara Çıkma<br>Kas ağrıları<br>Uyuşukluk Hissi<br>Pupil Dilatasyonu | Yoğunlaşma Güçlüğü<br>Bellek Sorunları<br>Olayların Yanlış<br>Değerlendirme<br>Yer ve Zamana İlişkin<br>Yanılsamalar<br>Obsesyonlar İstemsiz<br>Düşünceler<br>Geçmişe Geri Dönüş<br>Halüsyonları | Motor Huzursuzluk<br>Güvenlik ya da<br>Yardım Sağlamaya<br>İlişkin Yanılsamalar<br>Anksiyete uyaran<br>nesnelere ya da<br>ortamdan kaçınma<br>Kompulsiyonlar |

### **2.1.2. Anksiyete Bozukluklarının Güncel Sınıflandırmaları (DSM ve ICD)**

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistik kitabının Türkçe çevirisinde (DSM-V TR) Anksiyete Bozuklukları agorafobi, özgül fobi, sosyal fobi, panik bozukluğu, yaygın anksiyete ve aşırı anksiyete duyma bozukluğu, ayrılma anksiyetesi, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve antisosyal bozukluk olarak sınıflandırılmıştır. DSM-V-TR’ de tanımlanan şekli ile anksiyete bozukluklarının ana özellikleri Tablo 2.2’de yer almaktadır (11,12).

**Tablo 2.2. Anksiyete bozukluklarının güncel sınıflandırmaları (11,12)**

| <b>DSM-V-TR Sınıflandırması</b>                 | <b>ICD-10 Sınıflandırması</b>  |
|---|--|
| Ayrılma kaygısı bozukluğu                       | <u>Fobik bunaltı bozuklukları:</u>   |
| Seçici konuşmazlık (Mutizm)                     | Agorafobi, panik bozukluğu yok   |
| Özgül fobi                                      | Agorafobi, panik bozukluğu var   |
| Toplumsal kaygı bozukluğu (Sosyal fobi)         | Sosyal fobi  |
| Panik bozukluğu                                 | Özgül fobiler  |
| Agorafobi                                       | Başka fobik bunaltı bozuklukları   |
| Yaygın kaygı bozukluğu                          | Fobik bunaltı bozukluğu, belirlenmemiş   |
| Maddenin/ ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu     | <u>Başka bunaltı bozuklukları:</u>   |
| Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu | Panik bozukluğu  |
| Tanımlanmış digger bir kaygı bozukluğu          | Yaygın bunaltı bozukluğu   |
| Tanımlanmamış kaygı bozukluğu                   | Karışık tip bunaltı ve depresyon bozukluğu                                       |
|   | Başka karışık tip bunaltı bozuklukları   |
|   | Başka belirlenmiş bunaltı bozuklukları   |
|   | Bunaltı bozukluğu, belirlenmemiş   |
|   | <u>Obsesif-kompulsif bozukluk:</u>   |
|   | Obsesyonel düşünceler ve ruminasyonların baskın olduğu tip                       |
|   | Kompulsif hareketlerin baskın olduğu tip   |
|   | Obsesyonel düşüncelerin ve kompulsif hareketlerin birlikte bulunduğu karışık tip |
|   | Obsesif-kompulsif bozukluk, belirlenmemiş  |
|   | <u>Ağır strese tepki ve uyum bozuklukları:</u> Akut stres tepkisi                |
|   | Travma sonrası stres bozukluğu   |
|   | Uyum bozuklukları  |
|   | Ağır strese karşı başka tür tepkiler   |
|   | Ağır strese karşı tepki, belirlenmemiş   |

### **2.1.3. Anksiyete Bozukluklarının Epidemiyolojisi**

Anksiyete bozuklukları toplumda yaygın görülmesi, ciddi işlevsellik kaybına neden olması ve yüksek tedavi maliyetlerine neden olmasından dolayı önemli bir sağlık sorunudur. Bu hastalığın tanı ve tedavisinde birinci basamakta çalışan hekimlerin rolü ve yaklaşımı önemlidir (1).

Anksiyete bozuklukları hakkında veri toplamak için kapsamlı epidemiyolojik araştırmalar yapılmıştır. *Epidemiologic Catchment Area Program* (ECA), *The National Comorbidity Survey Replication* (NCS) ve *The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMeD) bu alandaki önemli araştırmalardandır. Bu çalışmalardan elde edilen epidemiyolojik veriler Tablo 2.3’de yer almaktadır (13,14).

**Tablo 2.3. Epidemiyolojik çalışmalardaki prevalans ve insidans oranları (13,14)**

| <b>Anksiyete Bozuklukları</b>           | <b>ECA</b>   |                   | <b>NCS-R<br/>18-64 Yaşları</b> |                   | <b>ESEMeD</b> |                   | <b>Wittchen ve arkadaşları</b> |
|---|--------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|---------------|-------------------|--------------------------------|
|   | <b>12 ay</b> | <b>Yaşam boyu</b> | <b>12 ay</b>                   | <b>Yaşam boyu</b> | <b>12 ay</b>  | <b>Yaşam boyu</b> | <b>12 ay</b>                   |
| Panik Bozukluğu                         | 0,9          | 1,6               | 3,1                            | 5,2               | 0,7           | 1,6               | 0,7-3,1                        |
| Yaygın kaygı bozukluğu                  | -            | -                 | 2,9                            | 6,2               | 0,9           | 2,8               | 0,2-4,3                        |
| Agorafobi                               | -            | -                 | 1,7                            | 2,6               | 0,3           | 0,8               | 0,1-10,5                       |
| Toplumsal kaygı bozukluğu (Sosyal fobi) | -            | -                 | 8,0                            | 13,0              | 1,6           | 2,8               | 0,6-7,9                        |
| Özgül fobi                              | 8,8          | 12,6              | 10,1                           | 13,8              | 5,4           | 8,3               | 0,8-11,1                       |
| Anksiyete bozuklukları (hepsi)          | 10,1         | 14,6              | 21,3                           | 33,7              | 8,4           | 14,5              | 11,1-13,0                      |

Anksiyete bozuklukları en yaygın görülen psikiyatrik hastalıklardandır. ECA verilerine göre bir yıllık sıklığı %10,1 iken yaşam boyu sıklığı %14,6'dır. NCS-R verilerine göre bir yıllık sıklığı %21,3 iken yaşam boyu sıklığı %33,7'dir. ESEMeD verilerine göre bir yıllık sıklığı %8,4 iken yaşam boyu sıklığı %14,5'dir (13,14).

Türkiye Ruh Sağlığı Profiline ise anksiyete bozukluklarının 12 aylık yaygınlığı %6,7 bulunmuştur (2).

Anksiyete bozuklukları kadınlarda yaşam boyu erkeklere oranla ECA verilerine göre 1,5 kat iken, NCS-R verilerine göre 1,8 kat görülmüştür. Tablo 2.4'de anksiyete bozukluklarının kadın / erkek görülme oranları yer almaktadır (13,14).

**Tablo 2.4. Anksiyete bozukluklarının kadın: erkek görülme oranları (13,14)**

| Çalışmalar                              | ECA     | NCS-R      | ESEMeD   |            | Wittchen ve arkadaşları |
|---|---------|------------|----------|------------|-------------------------|
|   | 1 aylık | Yaşam boyu | 12 aylık | Yaşam boyu | 12 aylık                |
| Panik Bozukluğu                         | 2,3     | 2,1        | 1,7      | 1,6        | 1,8                     |
| Yaygın kaygı bozukluğu                  |         | 1,7        | 2,6      | 1,8        | 2,1                     |
| Agorafobi                               |         | 1,6        | 3,0      | 1,8        | 3,1                     |
| Toplumsal kaygı bozukluğu (Sosyal fobi) |         | 1,2        | 1,6      | 1,5        | 2,1                     |
| Özgül fobi                              | 2,2     | 1,8        | 2,6      | 2,1        | 2,4                     |
| Anksiyete bozuklukları (hepsi)          | 2,1     | 1,5        | 2,3      | 1,8        | 2,1                     |



Erkeklerde eşinin perinatal döneminde görülen anksiyete bozuklukları hakkında yurt içi çalışma çok az iken yurt dışında çok sayıda çalışma yapılmıştır. Leach ve arkadaşlarının yaptığı derlemede 43 çalışma değerlendirilmiştir. Derlemenin sonucunda erkeklerde prenatal anksiyete bozukluğu prevalansı %4,1 ile %16,0 arasında bulunmuştur (15).

Bir kişi aynı anda başka bir anksiyete bozukluğu ya da depresyon gibi bir duygu durum bozukluğu yaşıyor olabilir. Anksiyete tanısı konulanların  $\frac{3}{4}$ 'ünde yaşam boyu başka bir ruhsal hastalık daha görülmektedir (16). Major depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu birlikteliği *National Comorbidity Survey Prevalence* çalışmasında %1,8 bulunmuşken, *Midlife in the U.S. Survey Prevalence* çalışmasında %2,3 bulunmuştur (17).

#### **2.1.4. Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi**

Eski çağlardan beri insanlar anksiyeteyi anlamaya, açıklamaya ve onunla başa çıkmaya çalışmıştır. 1800'lü yıllarda psikoanalitik ve bilişsel teoriler anksiyete bozukluklarının açıklamasında kullanılmıştır. Günümüzde etiyojolojiye yönelik bu teoriler hala önemini korurken, özellikle 1980'li yıllardan itibaren etiyojijide genetiğe odaklanılmıştır (18).

##### **2.1.4.1. Psikanalitik kuram**

İnsan davranışlarının gelişiminde anksiyetenin önemini vurgulayan ilk kuramcı Sigmund Freud'dur. Freud'a göre anksiyete insanların içgüdüsel dürtülerinden kaynaklanan fizyolojik bir tablodur. Fiziksel veya çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürme çabasına yardımcı olur (19,20). Freud anksiyetenin üstbenlik (super ego), benlik (ego) ve altbenliğin (id) ruhsal çatışması sonucunda ortaya çıktığını öne sürmüştür. Buna göre altbenlikten kaynaklanan bilinçdışı cinsel ve saldırganca dürtüler üstbenlik tarafından engellenmeye çalışılır (21).

Spielberger, iki faktörlü kuramında ise anksiyete kavramını durumluk (süreksiz) ve sürekli anksiyete olarak sınıflandırmıştır. Durumluk anksiyete, fizyolojik uyarılma ile bilinçli bir korku, endişe ve gerilim oluşumuyla karakterize bir emosyonel haldir. Daha çok anlık, akut biçimde ortaya çıkan anksiyete düzeyini gösterir (7). Durumluk anksiyete, bireyin içinde bulunduğu sıkıntılı durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur ve sıkıntının yoğun olduğu zamanlarda durumluk anksiyete düzeyinde yükselme, sıkıntı ortadan kalkınca anksiyete düzeyinde düşme meydana gelir. Sürekli anksiyete ise, bireyin içinde bulunduğu durum ve şartlardan bağımsız olarak bireyin kendisini nasıl hissettiğini gösterir (22). Sürekli anksiyete

kişinin zor durumlarda anksiyete ile tepki verme yatkınlığı olup onun yapısı ya da kişiliği ile yakından ilişkili olan ve süreklilik gösteren bir emosyonel haldir. Bu nedenle sürekli anksiyete genel anksiyeteye yatkınlık oluşturan bir etken olarak görülebilir. Sürekli anksiyete; benliği tehdit altına sokacak durumlarda, endişe gibi belirtileri daha şiddetli yaşamaya karakter itibariyle daha yatkın olmaya dayalı bir özelliktir (7).

#### 2.1.4.2. Davranışçı ve bilişsel kuramlar

Davranışçı kurama göre öğrenilmiş koşullanmalar sonucu anksiyete ortaya çıkar. Mowrer iki basamaklı öğrenme kuramı ile anksiyete bozukluklarını açıklamıştır. Bu kuramın birinci ayağı korku ikinci ayağı ise korkuya karşı yapılan kaçınma davranışıdır. Klasik koşullanma ile ortaya çıkan korku, edimsel kaçınma davranışları ile pekişir. Bu kısır döngüde tekrarlayan kaçınma davranışı ile anksiyete azalır ama bu davranış korkunun pekişmesine neden olur (23).

Bilişsel kurama göre ise olayların nasıl algılandığı ve sonrasında nasıl yorumlandığı duygularımızı belirler. Yani, duygularımızı belirleyen olaylardan ziyade onlara yüklenen anlamdır. Kişinin olayla ilgili yorumu; olayın olduğu ortamın özelliklerine, ortaya çıkan duyguduruma ve geçmiş tecrübelerine bağlıdır. Sonuçta aynı olay farklı kişilerde farklı duygulara sebep olabileceği gibi, aynı kişide farklı zamanlarda farklı duyguları açığa çıkarabilir. Bilişsel hatalar ve yanlış yorumlar düzeltilmezse anksiyete bozukluğu devamlı bir hal alıp kronikleşir (24).

#### 2.1.4.3. Biyolojik Kuramlar

Son yıllarda artan genetik çalışmalara rağmen anksiyete bozuklukları, diğer ciddi psikiyatrik hastalıklarla karşılaştırıldığında ihmal edilmiş bir araştırma alanıdır. İnsan genomunun anksiyete bozukluğuna yatkınlıkla ilgili özgün genleri hala tam olarak çözülememiştir. Panik bozukluk tanısı alan hastaların akrabalarında karbondioksit ile tetiklenen panik ataklar olduğu görülmüştür (25). Panik bozukluk tanısı alan hastaların neredeyse yarısının en az bir akrabasında da benzer şikayetleri olduğu gösterilmiştir. Ayrıca ikiz kayıtlarından elde edilen veriler anksiyete bozukluklarının kısmen de olsa genetik aktarımla olduğu varsayımını desteklemektedir (21).

Normal veya anormal anksiyete oluşumunu limbik sistem ve serebral korteks kontrol eder. Limbik sistem; bellek ve duygudurum değişikliklerinden sorumlu önemli bir bölgedir ve talamus, hipotalamus, hippocampus, pineal bez, hipofiz ve amigdala gibi önemli

nöroanatomik oluşumları içerir (26). Limbik sistemde amigdala anksiyete ve korku oluşumunda en önemli nöroanatomik yapıdır (27). Aynı zamanda limbik sistemde yer alan hippokampus CA1 ve CA3 bölgelerinin stresle ortaya çıkan anksiyete ve depresyonda önemli rol oynadığı gösterilmiştir (28). Frontal serebral korteks hippokampus, singulat girus ve hipotalamus ile bağlantılıdır, bu nedenle anksiyete oluşumunda rol oynayabilir. Temporal kortekste anksiyetenin patofizyolojik alanı olarak düşünülmektedir (21).

Hayvan çalışmaları ve ilaç tedavisine yanıt esas alındığında noradrenerjik sistem, serotonerjik sistem ve gama amino butirik asit (GABA) olmak üzere üç temel santral nörotransmitter sisteminin anksiyete oluşumunda ve anksiyetenin devam etmesinde önemli role sahip olduğu görülmüştür. Hipotalamohipofizer yolağın ve adrenokortikotropik hormon (ACTH)'un depresyonda inaktif olduğu, anksiyete ve artmış strese ise aktif olduğu bulunmuştur. Yukarıda bahsedilen temel nörotransmitter sistemleri haricinde; santral sinir sisteminin GABA dışındaki diğer inhibitör nörotransmitteri olan adenozinin, santral nöropeptidler olan kolesistokinin ve P maddesinin (Substance P), santral nitrik oksidin (NO) ve glutamaterjik sistemin de anksiyete gelişiminde ve anksiyetenin sürdürülmesinde etkili olduğu öne sürülmüştür (28).

Noradrenerjik sistemin hücre gövdeleri birincil olarak rostral ponsta lokus seruleusta yerleşmişlerdir ve aksonları serebral korteks, limbik sistem, beyin sapı ve spinal korda projekte olurlar. Maymunlar üzerinde yapılan çalışmalarda locus seruleusta uyarılmanın hayvanlarda korku yanıtına neden olduğu ve aynı alanın yakılmasının hayvanların korku yanıtı oluşturmasını inhibe ettiği ya da tamamen bloke ettiği gösterilmiştir (29). Klinik çalışmalarda panik bozukluğu tanısı almış hastalarda  $\beta$ -adrenerjik agonistlerin (örn. İsoproterenol) ve  $\alpha$  2-adrenerjik antagonistlerin (ör: Yohimbin) panik atakların şiddetini tetiklediği ve sıklığını arttırdığı görülmüştür. Oysa  $\alpha$  2-adrenerjik agonist olan Klonidin anksiyete belirtilerini azaltmıştır (30). Anksiyetenin terleme, tremor ve taşikardi gibi belirtilerini inhibe ederek anksiyete tedavisinde yer alan propranolol gibi  $\beta$  blokörler, santral ve periferik  $\beta$  reseptör blokajı yoluyla etki göstermektedirler (31). Özellikle anksiyete bozukluğu olan hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS) veya idrarında noradrenerjik metaboliti olan 4-metoksi-4-hidroksifenil glikol (MHPG) miktarının yükseldiği bulunmuştur (30).

Serotonerjik nöronlar beyin sapında raphe çekirdeklerinden köken alır ve serebral korteks, limbik sistem ve hipotalamusa projekte olurlar (30). Serotonerjik sistemin anksiyete

patogenezindeki ilişkisi ilk olarak serotonerjik antidepresan ilaçların bazı anksiyete bozukluklarında teropötik etkilerinin görülmesinden sonra ortaya çıkmıştır (29). Bir serotonerjik 5-HT1A reseptör agonisti olan buspironun anksiyete bozukluklarındaki etkinliği de anksiyete ile serotonin arasındaki ilişkinin ne kadar kuvvetli olduğunu gösterir (30).

GABA'nın rolü, bazı anksiyete bozukluklarının tedavisinde kullanılan benzodiazepinlerin tartışılmaz etkinliği ile kuvvetli şekilde desteklenmektedir. Benzodiazepinler GABA-A reseptörleri üzerinden etki gösterir (21,26).

## **2.2. Günümüzde Babalık Rolü ve Erkek Sağlığına Etkileri**

Gebelik ve doğum, kadının hayatı boyunca az sayıda yaşacağı önemli, özel ve heyecanlı bir süreçtir. Bu deneyim, ebeveynlere önemli rol ve sorumluluklar yükler ama aynı zamanda anneye benlik ve bütünlük, babaya güven ve otorite, aileye ise güç kazandırır. Bazı toplumlarda, gebelik ve doğum hala “sadece kadının işi” olarak algılanmaya devam etmektedir. Baba adayları ise bu dönemde neredeyse yok sayılmıştır. Fizyolojik, ekonomik ve politik değişiklikler, eğitim, dini inançlar, kültürel ve toplumsal cinsiyet algısı da cinsiyete ve ebeveynliğe dair beklentileri değiştirmiştir (32).

### **2.2.1. Günümüzde Babalık Rolü**

Sağlıklı evliliğin temel unsurları, eşe karşı güven duyma, eşi sevme ve sevgini gösterme, eşi değiştirmeye çalışmadan olduğu gibi kabul etme, eşe saygı gösterme, eşin ekonomik, sosyal ve kültürel gelişimine destek verme, eşle, aileyi ilgilendiren birçok ortak konuda (örn. çocuk sahibi olma ve ebeveynlik tutumları) ortak kararlar alabilme, çatışma ve sorunlarda sağlıklı iletişim ve sorun çözme becerileri kullanabilme, eşle dost olabilme, yakınlık ve özgürlük dengesi kurabilme olarak ifade edilmektedir. Evliliğin aksamasına neden olabilecek bazı etkenler ise, kıskançlık, ilgi ve şefkat eksikliği, etkisiz ve sağlıksız iletişim, küçük görme, şiddet ve aşağılama, alkol ve madde bağımlılığı ve sadakatsizlik olarak sıralanabilir. Bu sorunlar arttıkça eşler arasındaki bağlar kopar, iletişim kanalları zayıflar ve eşlerin barış çabaları sonuçsuz kalıp evlilik çıkmaza girebilir. Evlilik hangi temele dayanırsa dayansın birçoğu ya toplumsal baskılar ya da ekonomik ve sosyal sıkıntılar nedeniyle zor dönemler geçirebilir. Bu zor süreçleri birlikte uyum içerisinde atlatmak ve gereksinmelerin yeterli ölçüde karşılanabilmesi için epeyce çaba harcamak gerekmektedir. Evlilik uzun bir maraton gibidir ve bu yolda koşarken iki taraf da değişip gelişerek geleceklerini inşa etmektedirler. Özellikle evliliğin ilk yıllarında eşler birbirlerinin sorunlarına direnç gösterirler,

ama evliliğin ilerleyen yıllarında değişerek hem evliliğe hem de birbirlerine uyum gösterebilmektedirler (33).

Babalıkla ilgili çalışmalar 1980’li yıllardan önce yapılmış ancak 1990’lı yıllarda yaygın bir biçimde gündeme gelmiştir. Babalık rolünün değişmesinde ve babalara yönelik bu ilginin artmasında en önemli faktörünse, yine kadın olduğu ifade edilmektedir. Kadının toplum içindeki rolünün değişmesiyle birlikte erkeğin ve dolayısıyla babanın, görev ve sorumluluklarında, tutum ve davranışlarında önemli değişimler olmuştur. Geleneksel aile yapısının çekirdek aileye dönüşmesi, çekirdek aile yapısı içindeki bireylerin rol ve sorumluluklarının değişmesi, kadının eğitim düzeyinin yükselmesi, toplumda çalışan kadın sayısının artması, kadının ekonomik yönden erkeklerden daha bağımsız hale gelmesi ve kadının tam gün dışarıda çalışması, erkeklerin ev işi ve çocuk bakımıyla ilgili sorumlulukları paylaşmaya başlaması gibi sosyo-kültürel yapıda yaşanan değişmelere bağlı olarak babalık olgusuna yeni anlamlar yüklenmiştir. Toplumun değer yargıları, geleneksel ve kültürel cinsiyet rolleri, annelik-babalık rollerine ilişkin beklentiler değiştikçe iyi bir anne ya da baba olmanın ve beraberinde getirdiği sorumlulukların da anlamları değişmekte ve çeşitlenmektedir (3).

Batı’da 18. yüzyıl ile 19. yüzyılın başlarına kadar babaların en önemli görevi çocuklarına ahlaklı olmayı öğretmek ve hatalarını düzeltmeye yardım etmektir. Sanayi Devrimi sonrasında erkeklerin daha uzun saatler çalışmaya başlaması annelerin, babaların sorumluluklarını da yüklenmesine sebep olmuştur. Sanayi Devrimi’nin ortalarında babalar ahlak öğretmeni rolünden çıkmışlardır çünkü sadece eve ekmek getirebilecek güç ve zamana sahip durumdaydılar. 1940 ile 1965 yılları arasında yaşanan savaşlar babalık kavramında yeni değişiklikler oluşturmuştur. Savaşa giden babaların birçoğunun dönmemesi ya da iş yapamaz hale gelmesi sonucunda çalışan kadın sayısı artmış ve kadınlar erkeklerden bağımsız olarak yaşamayı öğrenmek zorunda kalmışlardır. Bu dönemde babaların yokluğunun çocukları nasıl etkileyebileceği görülmüş ve babaların önemi yeniden anlaşılmıştır. Ahlak öğretmeni olma ve evin ekmeğini kazanma sorumluluklarının yanı sıra babalar erkek çocukların cinsel kimliğini kazanmalarında da önemli rol oynarlar. 1970’li yıllarda babalar çocuklarının bakımına aktif şekilde katılmaya başlamıştır. Bu dönemde ortaya çıkan yeni baba modeli geçmiştekilerden oldukça farklıdır. Yeni baba doğuma giren, bebeklik dönemlerinde de çocuklarıyla ilgilenen, yalnızca oyun oynamakla yetinmeyen, çocuk bakımına daha aktif bir şekilde katılan ve erkek çocuklarıyla olduğu kadar kız çocuklarıyla da ilgilenen bir baba modelidir. Eğitim ve gelir

düzeıı gibi faktörlerin artışına bağlı olarak ev işleri, çocuk bakımı gibi konularda eşlerinin sorumluluğunu paylaşan babaların sayısında artış görülmüştür (3).

Yıldırım'a (2009) göre modernliğin eşitlik ilkesi, cinsel kimlikler ve toplumsal cinsiyet rollerini değiştirmiştir. Modernleşen toplumlarda kadın ve erkek eğitim, çalışma, toplumsal ve siyasal katılım konularında eşitlenmektedir. Aile kurumu kadınların eşitlik isteklerine göre tekrar rol dağılımına gitmektedir. Kadının aile içindeki rolü, erkekle eşit haklara sahip olma ilkesiyle tekrar yapılanmaktadır. Kadın aile içinde erkekle eşitlenerek aynı roller içinde konumlanmaya başlamıştır. Artık kadın sadece yemek ve temizlik yapan, çocuk bakan bir anne değil, aynı zamanda çalışan, karar veren, meslek sahibi olabilen, bireysel çabalarıyla para kazanabilen bir varlık haline gelmiştir. Evin geçiminde ve kararların alınmasında kadın, erkekle eşit hak ve sorumluluklara kavuşmakta, böylelikle erkek ve kadın işleri biçimindeki rol paylaşımları zamanla ortadan kalkmaktadır (34).

Günümüzün yeni model modern babalarından gebelik ve doğum sürecinde daha fazla rol oynamaları beklenmektedir. Oysa geleneksel olarak, gebelik süresince baba adayının rolünün anne adayının rolü kadar önemli olmadığı düşünülür (4). Gebelik ve doğum her ne kadar anneye özgü olsa da babalar da fizyolojik ve duygusal olarak etkilenmektedirler. Bu etkilenme sonucunda erkeklerin bu dönemde aktif olarak ne şekilde yer almaları gerektiği bireysel ve kültürel olarak değişiklik göstermektedir (35).

Günümüzde toplumdan topluma değişen farklı erkeklik ve babalık modellerinin varlığı kabul edilmektedir. Sancar'ın (2009) yapmış olduğu araştırma, Türkiye'de hakim olan babalık modelinin hala evin geçimini sağlayan aile babası olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte günümüz Türkiye'sinde geleneksel babalık ile modern babalık uygulamalarının bir arada olduğu da görülmüştür. Sancar, farklı babalık modellerinin farklı erkeklik modellerine denk geldiğini ve bunların kıır-kent ayrımı ve sınıfsal farkları oluşturan eğitim ve aile biçimlerine dayalı kültürel durumla ilişkili olduğunu belirtmiştir. Türkiye'de en yaygın babalık modelini, Sancar erkeğin geçim sorumluluğunu tek başına üstlendiği, kadınların sadece ev işi ve çocuk bakımı yaptıkları, kız çocukların okutulmakla birlikte erkek çocuklarla eşit olarak değerlendirilmediği "modernleşmiş" aile babalığı şeklinde tanımlamıştır. Ayrıca araştırmaya katılan erkeklerin çoğunun babaları ile mesafeli, çatışmalı ve soğuk ilişkileri olduğunu da belirtmiştir (36).

Erkekler, eşleri gebe kaldığında değişik tepkiler verebilir. Genellikle üç davranış kalıbını uygularlar. Bu davranışlar, genellikle istemsiz ve bilinç dışı olarak ortaya çıkar.

İzleyici: İzleyici kalmayı seçen baba adayı, emosyonel olarak kendini gebelik durumundan soyutlar ve gebeliği sanki kendi dışındaki bir ortamda gerçekleşiyormuş gibi hisseder.

Katılımcı: Katılımcı olmayı isteyen baba adayı, emosyonel ve diğer açılardan da eşiyile uyum içindedir. Gebelik gereğinin ve ortaya çıkardığı değişimlerin tümüyle farkındadır. Sorumluluk duygusu daha belirgindir.

İşlevsel: İşlevsel olan baba adayı, genel olarak izleyici ve katılımcı baba adaylarına oranla duygusal olarak gebeliğe uzaktır ama maddesel sorumlulukların farkındadır (37).

Özellikle katılımcı baba gebelik ve doğum sürecinde anne adayının yaşadığı kaygıları tamamıyla yaşayabilir. Bu kaygılar baş ağrısı ya da bel ağrısı şeklinde kendini gösterebileceği gibi "sempatik gebelik sendromu" ya da tıbbi adıyla "Couvade Sendromu" şeklinde gelişebilir (37).

Doğum esnasında babada ortaya çıkan anksiyete ve yardımcı olamama hissi babalığa geçişte önemli bir dönüm noktasıdır. Meleis ve arkadaşları bu süreçte babaya gereken sosyal desteğin verilmesini önermektedirler (38). Yeni doğan bebeğin primer ihtiyaçlarını annesinin karşılıyor olması, bebeğiyle yakın bağ kuramamak konusunda babaları endişelendirmektedir. Bebek ile yakın bağ kurmak isteyen babalar bebeğin beslenme, altını değiştirme gibi temel ihtiyaçlarını giderme gayretinde olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (39)

Yapılan başka bir çalışmada ise baba, ebeveynlik rolünde annenin beklentilerini karşılayamadığında annede depresif belirtilerin görülme sıklığının arttığı tespit edilmiştir (40). Ryden yaptığı çalışmada doğum sonrası depresyonun sadece annelere özgü olmadığını, babalarda da ortaya çıktığını ve eşi depresyonda olan babalarda depresyon sıklığının arttığını belirtmiştir (41). Babalarda görülen depresyonun bebeğe karşı kıskançlık, agresif tutum, öfke kontrol bozukluğu, eşine yabancılaşma ve cinsel yaşam değişiklikleri gibi semptomlarla ortaya çıktığı görülmüştür (42).

Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda babaları eşleriyle birlikte hazırlıklara dahil etmenin ve eşine destek vermenin önemi vurgulanmıştır. Günümüzde babalar kendileri için hazırlanan programların eksikliğinden, psikolojik olarak ihmal edildiklerinden ve kendilerini yeterince hazır hissedemediklerinden şikayet etmektedirler. Doğum öncesi eğitimlerde annelerin rolü daha net belirlenmişken babanın rolü ve desteğini belirlemek ve geliştirmek için daha ileri araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Erkekler yaş ilerledikçe hissettikleri kaygı

azalmaktadır. Bu nedenle yeni evli genç baba adaylarına gereken sosyal destek verilmelidir (43).

Bu çalışmalar gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anneler kadar babaların da desteğe ihtiyaçları olduğunu göstermektedir. Karı-koca birbirlerine gereken desteği sağlarsa toplumun temel taşıını oluşturan ve kutsal kabul edilen aileye daha çok sahip çıkılabilir.

### **2.2.2. Gebelerin Eşlerinde Görülen Psikolojik ve Fizyolojik Değişimler**

Birçok toplumda gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem, yaşamın normal bir parçası olarak kabul edilse de bu dönemlere ve aileye yeni katılan bebeğe uyum sağlamak zaman almaktadır. Gebelik, her anne için kişisel ve sosyal boyutta birçok değişikliğe yol açan bir yaşam krizidir. Baba adaylarındaysa biyolojik bir dönem yaşanmamasına rağmen, yeni role uyum sağlamada bazı psikolojik ve fizyolojik değişimler olmaktadır (44,45). May (1982) bu dönemde meydana gelen psikolojik değişimler için 3 faz tanımlamıştır: Haberdar olma fazı, geciktirme fazı, odaklanma fazı (46).

Haberdar olma fazı, birkaç saat ile birkaç hafta kadar sürebilir. Baba adayları planlı bir gebelikse neşeyle, eğer gebelik planlanmamışsa ve istenmiyorsa korkuyla tepki verirler (46).

İkinci faz, geciktirme fazı, gebelik gerçeğine adapte olma sürecidir. Erkekler gebelik bilincini gözardı eder. Farklı aile üyeleri ve arkadaşlarıyla din, hayat, çocuk doğurma ve çocuk büyütme hakkında tartışmaya girerler (46).

Genellikle baba adayları eşleri, ailesi, arkadaşları, meslektaşları tarafından artık bir baba olarak görüldüklerinin farkında değildirler ve hala kendilerini sadece yardımcı eş ve ekmek kazanan olarak görürler. Babalık rolünün iyi tanımlanmaması ile babalar karışık duygulara kapılıp, kendileri ile çatışma yaşayabilirler (47).

Yapılan bir çalışmada, erkeklerin ev işleri, baba-bebek ilişkileri ve çocuk yetiştirme gibi ailede değişen rol beklentileri karşısında, kaygı, korku ve hayal kırıklığı yaşadıkları belirlenmiştir. Erkeklerin değişen cinsiyet rolleri ile ilgili rol ikilemi, yetersizlik, sorumsuzluk, kararsızlıklar ve çelişki yaşadıkları saptanmıştır (47).

Ferketich ve Mercer'in çalışmalarında bahsettikleri gibi, Brown (1986), gebelikte erkeğin sağlık durumu ile sosyal destek ve stres arasında ilişki olduğunu ortaya koymuştur (48). Grosman ve arkadaşları ise doğum ve doğum sonrası dönemde yaşananların erkeğin psikolojik iyiliğini etkilediğini öne sürmüştür (49).



İkinci trimesterde baba adayı, baba olmanın ne olduğunu daha iyi anlamaya başlar. Eşinin rahminin büyümesini farketmeye başlar ve çevresindeki hamileleri, çocukları daha dikkatli gözlemler. Farklı düşünce ve kaygıları olabilir. Bununla birlikte nasıl iyi baba olunabileceğini ve annenin yeni beklentilerini nasıl karşılayabileceği konusunda endişeleri olabilir (50).

Üçüncü faz, odaklanma fazı, 3. trimesterde başlar. Bu dönemde baba adayı, babalığın ne olduğunu yeniden anlamaya çalışır. Bu süreçte baba adayı ekonomik sorumluluklarla ilgilidir. Hassasiyeti ve gebeliğe olan ilgisi artmıştır. Eşine bir bebekmiş gibi davranabilir (46).

Lemmer'in gebeliğin babalar üzerindeki etkilerine yönelik literatür taramasında; babaların, gebeliğin erken dönemlerinde genellikle kararsız olduklarını, son trimesterde ise gebelik gerçeğini kabul ettiklerini ve daha fazla ilgi duyduklarını belirtmiştir. Ayrıca, erkeklerin ekonomik açıdan yeterliliklerini sorguladıklarını ve babalık rollerini yeterince yerine getirip getiremediklerini düşündüklerini de ifade etmektedir (51).

Kadınlarda hormonal değişikliklerin olması gebeliğe adaptasyonu kolaylaştırır. Baba adaylarının babalık rolüne hazırlığı ise gebelikle başlar ama emosyonel durumları kadınıninki kadar kuvvetli değildir. Buna rağmen baba adaylarının biyolojik davranışını belirleyen pek çok hormon olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur. Hormonların babalardaki fizyolojik değişimlerin ana nedeni olduğu söylenebilir. Dixon ve George'un yaptığı bir çalışmada doğumdan sonra babalarda prolaktinin yükseldiği ve prolaktinin babalık davranışını etkilediği tespit edilmiştir. Tecrübeli babalarda prolaktin seviyesi hep yüksek kalmakta, böylece babalar her an babalık davranışı göstermeye hazır bulunmaktadır (52). Babalık davranışı prolaktinle ilişkilendirilmekle birlikte, testesteron, östriol, oksitosin ve vazopressinden de etkilendiği bilinmektedir (52,53).

Eşlerinin gebelikleri süresince daha fazla prolaktin artışı ve daha fazla testosteron düşüşü yaşayan babaların, çocuklarına karşı daha koruyucu ve şefkatli oldukları gösterilmiştir. Hatta beklenenden daha fazla prolaktin yükselmesi yaşayan babaların gebelik belirtileri bile gösterebilecekleri ileri sürülmektedir (54). Gordon ve arkadaşlarının 160 çiftin katılımıyla yaptıkları çalışmada; ilk bebeklerine sahip olan çiftlerden, doğum sonrası birinci haftada ve bunu takip eden altıncı ayda kan örneği alınıp oksitosin düzeylerine bakılmıştır. Bu araştırmada; oksitosin seviyesinin artarak devam ettiği ve anne-baba arasında anlamlı bir

farklılık olmadığı bildirilmiştir. Annenin oksitosin seviyesi, bebeğe sevgiyle dokunma, bebek dili ile konuşma gibi ebeveynlik davranışlarıyla ilişkili bulunmuştur. Annenin bebekle geçirdiği süre ile oksitosin seviyesi arasında korelasyon bulunmazken; babaların bebekle geçirdiği süre ile oksitosin seviyesinin ilişkili olduğu bildirilmiştir (55).

Babalarda östradiol seviyesi gebeliğin ilk ayından itibaren artış göstermektedir (56,57). Östrojenin babalık davranışını artırıcı etki gösterdiği bildirilmektedir. Progesteron reseptörlerinin uyarılmasının ise babalık davranışını azalttığı ve agresifliğini artırdığı bildirilmektedir (54). Babalık davranışında testosteron hormonu da etkilidir. Testosteron babalık davranışını azaltmaktadır. Erkeklerde genellikle doğumla birlikte testosteron düzeyinin düşmesi de babalık davranışının testosteron hormonu ile ilişkili olduğunu göstermektedir (58,59,54). Bu bilgi, Perini ve arkadaşlarının yaptığı araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Araştırmacılar, babaların testosteron seviyelerindeki düşüşün nedeninin, babanın yenidoğana karşı kıskançlığını ve saldırganlığını azaltmak için olduğu şeklinde yorumlamışlardır (60). Wynne-Edwards testosteron seviyesindeki düşüşün, babanın anneyi gereksiz yere cinselliğe sürüklememesi, yenidoğana karşı babalık davranışının ve sosyal bağın gelişmesi için gerekli olduğu şeklinde yorumlamıştır (56). Kuzawa ve arkadaşlarının Filipinler’de yaptığı çalışmada 890 erkeğin luteinizan hormon (LH) ve testosteron seviyelerine bakılmış; evli ve çocuk sahibi olan, çocuklarının bakımına yardımcı olan erkeklerde, baba olup evlilik bağı olmayan ve çocuk bakımına yardımcı olmayan erkeklerden daha düşük düzeyde LH ve testosteron seviyesi olduğu tespit edilmiştir (61).

Barlett’in bildirdiğine göre, Clinton’un kontrol gruplu çalışmasında, aylık yapılan görüşmelerle baba adaylarının fiziksel sağlıkları belirlenmiş ve sağlık günlükleri tutturularak şikayetleri ve semptomlar kayıt altına alınmıştır. Çalışma sonucunda, baba adaylarının ilk trimesterde daha sık gerginlik ve soğuk algınlığı yaşadığını, bu süreçte mide bulantısı yaşadıklarını, kontrolsüz kilo aldıklarını ve dinlenemediklerini bildirdikleri belirlenmiştir (62).

Babaların gebeliğe ve eşine karşı farklı tepkileri olabilmektedir. Bazı erkeklerde eşinin rahatını sağlama, eşleri ile duygusal olarak ilgilenme, gebelik, doğum ve ebeveynliğe ait bilgileri araştırma, eşlerinin diyetleri ve dinlenme süreleri ile ilgilenme ve doğumda eşlik etme şeklinde davranışlar gözlenebilmektedir (44,63). Antropoloji alanındaki vaka çalışmaları, eşleri gebe kalan erkeklerin, bir süre sonra gebelik belirtileri yaşadığından bahsetmektedir. Bazı toplumlarda “Couvade - Sempatik Gebelik” olarak isimlendirilen bu

sendrom, babalığın kabulünün sembolik bir kanıtı olarak onaylanmış ve öğrenilmiş sosyal bir davranış olarak antropologlar tarafından kayıtlara geçmiştir (64,65). Hatta bazı ilkel toplumlarda uygulanmakta olan bir geleneğe göre; anne ve bebeğin kötü ruhlardan korunması, doğumun ağrısız seyretmesi için anne doğum yatağına alındığında, baba da başka bir yatağa alınmakta ve doğumu burada beklemektedir. Bazı baba adaylarının bu yataklarda eşleri ile özdeşleşerek doğum ağrılarına benzer ağrılar çektiklerinden söz edilmektedir (66).

### **2.2.3. Couvade Sendromu (Sempatik Gebelik)**

Couvade sendromu ilk olarak French Basque tarafından 17.yy'da tanımlanmıştır ve Fransızca "couver" kelimesinden köken almaktadır. "Kuluçkaya yatmak" ya da "yumurtadan civ civ çıkarmak" anlamına gelmektedir (64,67,68,69). Trethowan ve Conlon (1965) tarafından gebeliğin sempatik belirtileri Couvade sendromu olarak isimlendirilmiştir (64). Couvade Sendromu; bebek bekleyen baba adayında gebelik döneminde görülen psikosomatik belirtilerin görüldüğü az anlaşılabilen bir fenomendir (70). Bu semptomlar genellikle; baş ağrısı, diş ağrısı, gastrointestinal sistem hastalıkları, karında büyüme, iştah değişiklikleri, koku hassasiyeti, sırt ağrıları, bacak krampları, uyku yakınmaları, dermatit, senkop, halsizlik, ve kilo almaz. Couvade sendromu'nun psikolojik semptomları ise; anksiyete, depresyon, sinirlilik, ruhsal çatışma, vücut bütünlüğü ile ilgili kaygı ve vücudun algılanmasındaki değişikliklerdir (46,71,72,48,73,74,64).

Couvade sendromu dışarıdan birinin anlayamayacağı kadar hafif seyredebileceği gibi gerçek ruhsal bozukluk derecesinde sonuçlara da yol açabilir. Couvade sendromu en hafif şekliyle erkeğin gebelik belirtilerini eşiyle birlikte yaşamasıdır. İleri durumlarda nedeni açıklanamayan baş ağrıları, sinirlilik, yerinde duramama, gerginlik, kilo alma, gaz sancıları gibi belirtiler ortaya çıkabilir (37).

Semptomlar, gebeliğin ilk trimesterin sonuna doğru başlar, ikinci trimesterde artar ve doğum gerçekleşene kadar sürer (71,75). Lıpkın ve arkadaşları 267 çift üzerinde yaptıkları epidemiyolojik araştırmada; erkeklerin %22,5'inin Couvade sendromunu yaşadıklarını belirlemişlerdir. Couvade sendromunu yaşayan ve yaşamayan erkekler arasında davranışsal olarak anlamlı fark olduğunu tespit etmişlerdir. Gebelik öncesi, gebelik dönemi ve sonrasında yapılan ziyaretlerde Couvade sendromunu yaşamayan erkeklerde semptomlar değişmezken sendromu yaşayan erkeklerde, her ziyarette semptomların iki kat arttığı gözlemlenmiş ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (67).

Klein 1991'de Couvade sendromunu somatize anksiyetenin bir ifadesi olarak değerlendirmiş ve sebeplerini fetüsü algılama, babalıkla ilgili karışık duygular, kıskançlık ve ailenin durumu algılaması olarak betimlemiştir (70). Antropologlar, psikiyatristler, hemşireler ve sosyologlar, toplumsal baskı, fiziksel süreç ve yeni duruma uyum sağlanması için erkeklerin gebelik ile ilgili belirtileri yaşadığını savunmuşlardır (65). Dünya'da Couvade sendromunun kuzeyli erkeklerde görülme insidansı %11 ile %79 arasında değişmektedir. Güneyli toplumlardaki erkeklerde ise Couvade sendromu hiçbir yayında bulunmamaktadır. Bu semptomlara ve insidansa rağmen Couvade sendromunun sebebi hala tam olarak bilinmemektedir (64).

Ülkemizde Couvade Sendromu üzerine çok az çalışma yapılmıştır. Dal ve Sevil (2002)'in 150 çift üzerinde yaptıkları çalışmada; baba adaylarının eşlerinin gebelik döneminde, yarısından fazlasının endişe hali yaşadıkları, yaklaşık üçte birinin kendisini normalden daha iyi hissettikleri, %28,0'inin yorgunluk ve çabuk yorulma, %26,0'sının diş ya da diş eti ağrısı, %23,3'nün sık idrara çıkma, %20,0'sinin normalden daha az aktif oldukları bulunmuştur (76).

Birçok yazar gelişmekte olan Couvade semptomları için risk faktörlerini tanımlamaya çalışmıştır. En çok üzerinde durulan faktörler; önceki çocuk sayısı, daha önceki sağlık durumu, dini inanç, düşük eğitim düzeyi, sosyal sınıf, ekonomik durum, evlilik uyumu, anksiyete, stres, hamileliğe hissi olarak katılma, planlanmamış gebelik, anne ya da babaya olan emosyonel yakınlıktır (77,78,72,48,70).

Drake ve arkadaşları 1988'de yaptığı çalışmada; kadınlar ve eşleri arasında az sayıda benzer semptom görüldüğünü raporlamışlardır. Fakat bu benzerliklerin istatistiksel olarak önem taşıdığını açıklamışlardır. Elde edilen bu sonucu, erkeklerin eşlerinden daha az semptom belirtmelerinin nedenini, erkek ve kadının doğumdan sonraki rol beklentilerinin farklılığından kaynaklandığı şeklinde yorumlamışlardır. Toplum hamile kadındaki semptomları onaylamasına karşın, aileyi koruması beklenen erkeklerde bu çeşit şikayetler hoş görülmemektedir (72).

Aile sağlığı, bütün aile üyelerinin aile içinde ve dışında en üst fonksiyonel kapasitede olmasıdır. Aile üyeleri birbirleri ile etkileşim içerisindedir bu nedenle aile üyelerinden birinin sağlığındaki bozulma aile içindeki dengeyi altüst edebilir (79). Anne adayının gebeliği, baba adayında ruhsal değişikliklere, daha ileri durumlarda ise bedensel belirtilerin eşlik ettiği Couvade sendromuna neden olabilmektedir. Ruhsal değişikliklerin temelinde, yeni

sorumlulukların yarattığı kaygılar vardır (37). Birinci basamakta aile hekimleri gebelik takiplerinde aileyi biyopsikososyal bütüncül bir yaklaşımla ele almalı, baba adaylarına da gereken özeni göstermelidir.

### **2.3. Birinci Basamakta Ruhsal Hastalıklar**

WONCA'nın (World Organization of Family Doctors) tanımına göre Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Aile hekimleri, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler (80).

Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluştururlar. Birinci basamak, sağlık sistemine giriş noktası olması bakımından ruhsal bozuklukları önlemede diğer sağlık hizmet basamaklarına göre ayrı bir öneme sahiptir. Birinci basamak kolay ulaşılabilirliği, daha fazla insanla iletişim kurabilmesi nedeniyle toplum sağlığında önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle erken tanı ve tedavideki önemli rolü ile ikincil korumada da oldukça önemlidir. On dört ülkeden 26.000 kişinin katıldığı bir çalışmada birinci basamakta yaygın anksiyete bozukluğunun %7,4 oranında, depresyonun %10,4 oranında görülmesi ruhsal bozuklukları önlemede birinci basamağın rolünün ne kadar önemli olduğu görülmektedir. Dünyanın çoğu bölgesinde tedavi edilebilir ruhsal sorunları olan her 3-4 kişiden birinin birinci basamağa başvurduğu düşünülürse birinci basamağın merkezi rolü daha iyi anlaşılacaktır. Dünyada erken ölüm ve yeti yitimine yol açan 10 hastalıktan beşini psikiyatrik hastalıkların oluşturması, dev ekonomik kayıplara yol açması nedeniyle, ruhsal hastalıklar bir halk sağlığı önceliği haline gelmiştir (81).

Sağlıktan her söz açıldığında beden ve ruh sağlığı birlikte ifade edilmesine rağmen; beden sağlığının somut ve gözle görülebilir özelliklerinin olması, ruh sağlığının ise soyut konuları kapsamaması, uygulamada ruh sağlığı hizmetlerine gereken önemin verilmesini engellemiştir. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de ruh sağlığı hizmetlerinin "koruyucu

ruh sağlığı" ilkeleri temelinde gelişmesi, yaşam kalitesini geliştiren bir bakış açısı ile ele alınması, diğer sağlık hizmetlerine göre daha geç olmuştur (82). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasına göre ruhsal bozukluk görölme sıklığı 2-3 yaş grubu çocuklarda %10,9 iken, 4-18 yaş grubunda %10,7, erişkinlerde ise %15,4'dür (2). Toplumumuzda ruhsal bozukluk sıklığı yüksek olmasına rağmen tedavi için başvuran kişi sayısı oldukça düşüktür. Yetişkinlerde bu sıklık %4,7 iken, diğer yaş gruplarında bu oran daha da azalmaktadır. Ruh sağlığı hizmeti almak için başvurulan kişilere bakıldığında ise, kişilerin %39'u psikiyatri uzmanına başvururken, %33'ü diğer uzman doktorlara, %21'i birinci basamakta çalışan hekimlere başvurmaktadır. Ruhsal bozukluğu olanların %51'lik kısmı, ilaçlarını psikiyatrist dışında diğer uzman hekimlerden almaktadır. Birinci basamak hekimine başvurup tedavi alabilenlerin oranı sadece %18'dir. Görüldüğu gibi birinci basamak, ruh sağlığı konusunda sağlık hizmet basamağında hak ettiği yeri alamamıştır. Ruhsal hastalıkların, birinci basamakta erken tanı ve tedavisi ile hastalıkların kronikleşmesinin önlenmesi, kronikleşen hastalıkların ise takiplerinin yapılması hastaların genel sağlıklarını olumlu etkileyeceği gibi, kronik ruhsal hastalıkların yol açtığı, bireysel, ekonomik ve sosyal yıkımları da engellemiş olacaktır (82).

Ruhsal hastalıklara kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık 2 kat daha sık rastlanır. Erişkinlerde en sık somatoform bozukluklar görölür ve bunları depresif bozukluklar ile anksiyete bozuklukları izlemektedir. Çocuk ve ergenlerde ise bu sıralama anksiyete, depresyon ve davranış bozuklukları şeklinindedir. Ruhsal bozukluğu olan kişilerin ruhsal tedavi amacıyla başvuruda bulunma oranları depresif bozukluklarda en yüksek düzeyde bulunmakta, bunu sırasıyla somatoform bozukluklar ve anksiyete bozuklukları izlemektedir. Erişkinlerde en az bir ruhsal sorun sebebiyle başvuru oranı %13,4 iken, çocuk ve ergenlerde bu oran %0,3 gibi çok düşük bir seviyede kalmaktadır. Bazı çalışmalarda, birinci basamak hekimlerine devamlı başvuran vakaların üçte birinden fazlasında önemli ruhsal sorunların olduğu bulunmuştur ve bu hastaların ancak %15-25'i spesifik olarak depresyon ya da anksiyete tanısı almıştır. En sık görülen ruhsal bozukluklar; duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, demans, şizofreni, epilepsi, madde ve alkol bağımlılığıdır. Psikoaktif ilaç kullanımı ve alkol ise bu hastalıkların peşinden getirdiği diğer sorunlardır (83). Genel toplumda en sık görülen iki ruhsal bozukluk depresyon ve anksiyetedir. Anksiyete ve depresyon birbirleriyle ilişkilidir. İkiisi de yaşam olaylarına istemsiz aşırı tepki verme olarak kabul edilebilir (84). Psikiyatri kliniğinde görülen hastaların en az %50'sinin, birinci basamakta görülen tüm hastaların en az %25'inin anksiyete

bozukluğuna sahip olduğu bildirilmiştir (85). Ulusal sağlık hizmetleri için anksiyete bozuklukları ciddi ekonomik kayıplara neden olan hastalıklardır (83).

Anksiyeteye genel yaklaşımda altta yatan tıbbi bir sebep olup olmadığı, madde ya da toksin maruziyeti, ilaç etkisi, sorunun özellikleri, yol açtığı kayıplar, başa çıkma yolları, tetikleyenler, sonuçları, sorunu arttıran ve azaltan durumlar, hastanın bu soruna yorumu, hastanın hayat biçimi değerlendirilmelidir (86). Ayırıcı tanıda tiroid işlev bozukluğu, kalp damar sistemi hastalıkları, kalp ritim bozuklukları, feokromositoma, lupus eritamatozus, üremi, vitamin B12 eksikliği gibi birçok hastalığın anksiyete bozukluğuna benzer şikayetlerle gelebileceği akılda tutulmalıdır. İdrar kaçırma, bilinç bulanıklığı gibi atipik semptomların bulunması organik nedenlerin araştırılması gerekliliğinin önemli bir işaretidir. Yaşlı hastalarda öncelikle organik bir etkenin rol oynayabileceği akılda tutulmalıdır (1).

Yeterli doz ve 6-8 hafta ilaç kullanımına rağmen tedaviye yanıt alınamaması, tanıda şüpheli olması, eş zamanlı başka bir psikiyatrik hastalık olması ve intihar riski bulunması, eşlik eden alkol ve madde bağımlılığı olması, tedaviye uyum sorunları olması, ciddi psikososyal sorunların bulunması, psikososyal destek sistemlerinin yetersiz olması, eşlik eden organik hastalık varlığı, gebelik veya emzirme döneminde bulunulması, çocukluk dönemi anksiyete bozukluğu; aşırı anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi, okul fobisi olması, psikoterapi ya da ilaç dışı tedavilere gereksinim duyulması, anemnezde başka bir psikiyatrik bozukluk (yineleyici depresyon, bipolar bozukluk, psikotik bozukluk gibi) olması durumlarında psikiyatri uzmanına sevk uygundur (1).

Bu bilgiler ışığında hastaların başvuru nedeni ne olursa olsun hastalar ruhsal açıdan da değerlendirilmelidir. Aile hekimi çekirdek özellikleri gereği gebelik ve sonrası dönemde aileyle en çok görüşen, anneyi ve bebeği bu dönemde en sık takip eden sağlık çalışanıdır. Bu süreçte annede, bebekte ya da babada oluşabilecek sağlık problemini saptama şansı birinci basamakta daha yüksektir. Doğum sonrası dönemde, anne ve baba ruhsal bozukluk açısından daha yakın takip edilmelidir. Özellikle baba semptomlarını gizleyebileceği ve böyle bir durumu dile getirmeyeceği için gözden kaçırılabilir. Ortaya çıkan ruhsal sorunlarla yine aile hekimi yüzleşir (87). Bu nedenlerle gebelik ve doğum sonrası dönemde sadece anneyi değil babayı da yakından takip etmek birinci basamakta ruhsal hastalıkların erken tanı ve tedavisi için çok önemlidir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Çalışma Dizaynı

Çalışma Mart - Haziran 2016 tarihleri arasında Kahramanmaraş'ta sağlık hizmeti veren kuruluşlarda takipdeki gebelerin eşlerinde yapıldı. Bu tarihler arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Necip Fazıl Şehir Hastanesi ve Aile Sağlık Merkezleri Polikliniklerine başvuran kadınların 742'sinin eşi çalışma konusunda bilgilendirildi ve 569'u çalışmada yer almak istediğini belirtti. STAI formlarda üçten fazla ifadeye cevap vermemiş 19 hasta ile 2 psikiyatrik tedavi gören hasta çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya eşi gebe olan 232 erkek ve eşi gebe olmayan 316 erkek olmak üzere bilinen psikiyatrik bir hastalığı olmayan toplam 548 erkek alındı. Baba adaylarına STAI-1 (State-Trait Anxiety Inventory), STAI-2 formu ile araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu dolduruldu. Araştırmacı tarafından geliştirilen anket formunda sosyodemografik özellikler, evliliğe ve gebeliğe ait özellikler sorgulandı.

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21.03.2016 tarih ve 14 sayılı karar numarası ile çalışmanın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına dair onay alınmıştır.

Bu çalışma, eşi gebe olan ve olmayan erkeklerin anksiyete düzeylerinin belirlenmesi için yapılan gözlemsel-kesitsel bir araştırmadır.

#### Araştırma Dışlama Ölçütleri:

1. 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olgular
2. Psikiyatrik veya nörolojik bozukluğu olan olgular
3. Kooperasyon kurulmakta güçlük olan olgular
4. Psikiyatrik ilaç kullanan olgular

#### 3.2. Verilerin Elde Edilmesi

Katılımcılara araştırmacı tarafından geliştirilen açık ve kapalı uçlu sorular içeren, sosyodemografik özellikleri, gebelik ve evliliğe ait özellikleri sorgulayan standart anket formu ile STAI-1 ve STAI-2 form anksiyete ölçekleri uygulandı. Çalışmada kullanılan anket ve ölçek formları **EK**'ler bölümünde mevcuttur.

Araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu, önceki çalışmaların incelenmesi sonucu etiyojolojiye yönelik olarak hazırlanmıştır. Formda erkeklerin biyopsikososyal açıdan



farklı özellikleri sorgulanmaktadır. Tablo 5’de sosyodemografik bilgi formunda sorgulanan özellikler gösterilmiştir.

**Tablo 3.1. Sosyodemografik özellikler anket formu**

| Kişisel özellikler  | Eş ve evliliğe ait özellikler | Gebeliğe ait özellikler | Sosyal özellikler            |
|---------------------|-------------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Yaş                 | Eşinin yaşı                   | Gebelik sayısı          | Evde bakmakla yükümlü        |
| Eğitim              | Eşinin eğitimi durumu         | Düşük/ölü doğum sayısı  | olunan kişiler               |
| Yerleşim Yeri       | Eşinin çalışma durumu         | Yaşayan çocuk sayısı    | Uyku kalitesi                |
| Meslek              | Eşinin Kr. Hastalık           | Gebelik planı           | Kötü yaşam olayı öyküsü      |
| Ekonomik kaygı      | öyküsü                        | İnfertilite tedavisi    | Sosyal destek                |
| Gelir durumu        | Evlilik süresi                | Gebelikte hastalık      | Sempatik gebelik belirtileri |
| Sosyal güvence      | Evlilik uyumu                 | öyküsü                  | Çocuklarda kr. hastalık      |
| Kr. Hastalık öyküsü |                               | Gebelik takipleri       | öyküsü                       |
| Madde bağımlılığı   |                               | Gebelikte ilaç öyküsü   | Doğum sonrası bebek bakımı   |

### 3.2.1. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

Anket ile kendi kendini değerlendirme şeklinde yapılan çalışmalarda en yaygın kullanılan anksiyete ölçeği Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI-State)’dir (88,89). Literatürde bulunan 21 çalışmada STAI-1 form kullanılmıştır. İkinci en yaygın kabul edilen kaygı ölçeği Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğidir (HAD-A) (90). Literatürde bulunan 6 çalışmada HAD-A ölçeği kullanılmıştır. Çalışmamızda yaygın kullanımı, yüksek madde homojenliği, yüksek iç tutarlılığı ve yüksek zamana karşı güvenilirliği olması nedeniyle STAI-1 ve STAI-2 formlarını uygulamayı uygun bulduk. Çalışmamıza diğer çalışmalardan farklı olarak, baba adayının kişilik özelliklerinin de anksiyete puan ortalamalarını etkileyeceğini düşünülerek STAI-2 formu da eklendi.

Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970’de geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından 1974-1977 yıllarında Türkçe uyarlaması ve standardizasyonu yapıp geçerlilik ve güvenilirliği alınmıştır. Cronbach Alpha ( $\alpha$ ) değeri; Durumluk Kaygı Ölçeği için 0,94 ile 0,96 arasında, Sürekli Kaygı Ölçeği için 0,83 ve 0,87 arasında olduğu bulunmuştur. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği kısa ifadelerden oluşan kendi kendine değerlendirme anketidir. Durumluk kaygı ölçeği kişinin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini değerlendirmesini; içinde bulunduğu koşullara ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. Sürekli Kaygı Ölçeği ise kişinin genellikle nasıl hissettiğini değerlendirip cevaplamasını gerektirir. Yirmişer sorudan oluşan

bu iki ölçek, iki ayrı sayfada katılımcılara uygulanır. İfade edilen duygu ya da davranışlar Durumluk kaygı ölçeğinde şiddet derecesine göre (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla şeklinde; Sürekli kaygı ölçeğindeki ise sıklık derecesine göre (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir. Seçeneklerin ağırlık puanları 1'den 4'e kadar değişir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. Türkiye'deki uygulamalarda belirlenen sağlıklı kişilerdeki ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyelerini, düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini gösterir. Öner ve Le Compte'nin Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri el kitabında ölçeğe ilişkin kesme puanları bulunmamaktadır. Bununla birlikte el kitabında; kişinin aldığı puan, ortalama kaygı puanı ve iki standart sapma puanı toplamının üstünde ise profesyonel yardıma gereksinimleri olduğu belirtilmektedir. Örneğin ortalama sürekli kaygı puanı 38,26 ve standart sapması 6,84 olan bir normatif tabloya bakıldığında, elimizdeki puan iki standart sapmayı geçiyorsa (bu örnekte 52 ve yukarıdaki puanlar) kaygı düzeyinin normal kaygı sınırlarını aşmış olduğu sonucuna varılabilir (91). Literatüre bakıldığında ise kesme puanları olarak 40-55 arasında farklı puanların alındığı görülmektedir (15,92). Elde ettiğimiz ortalama kaygı puanı ile standart sapmalar temel alınır, ilgili literatür hesaba katıldığında çalışmamızda anksiyete bozukluğu için kesme puanı  $\geq 50$  (50 ve yukarısı) alınması uygun görülmüştür.

Durumluk - Sürekli Kaygı Envanterlerinde iki tür ifade vardır; doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler ise 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39 uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılır ve puanlanmaz (91).

### **3.3. İstatistiksel Analiz**

Verilerin analizinde kategorik ölçümlerin özetlenmesi için sayı (n) ve yüzde, normal dağılım gösteren sürekli ölçümler için ortalama ve standart sapma (SS), dağılımı normal olmayan değişkenler için median (min-max) kullanıldı. STAI-1 ve STAI-2 puan

ortalamlarının karşılaştırılmasında; iki grup arasındaki farklılığı ortaya koymak için t testi, üç ve üstü grupların farklılığının araştırılması için de varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Varyans analizi farklı tespit edilen grupların incelenmesi için Sidak İkili Karşılaştırma Testi uygulanmıştır. İstatistiksel olarak  $p < 0.05$  anlamlı kabul edildi. STAI 1 ve 2 puanlarını etkileyen bağımsız değişkenlerin risk faktörü olup olmadığını araştırmak için, kesme puanı 50 ve üzeri ( $50 \leq$ ) alınıp lojistik regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel olarak  $p < 0.05$  anlamlı kabul edildi. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20,0 istatistik paket programı kullanıldı.

#### **4. BULGULAR**

Çalışma Mart - Haziran 2016 tarihleri arasında Kahramanmaraş'ta sağlık hizmeti veren kuruluşlarda takipdeki gebelerin eşlerinde yapıldı. Çalışmaya bilinen psikiyatrik bir hastalığı olmayan eşi gebe olan 232 erkek (EGE) ve eşi gebe olmayan 316 erkek (kontrol) olmak üzere bilinen psikiyatrik bir hastalığı olmayan toplam 548 erkek alındı. Bu bölümde araştırmadan elde edilen temel bulgular özetlenmiştir. Daha kolay anlaşılması adına; eşi gebe olan erkekler 'EGE', eşi gebe olmayan erkekler ise 'Kontrol' grubu olarak bahsedilecektir.

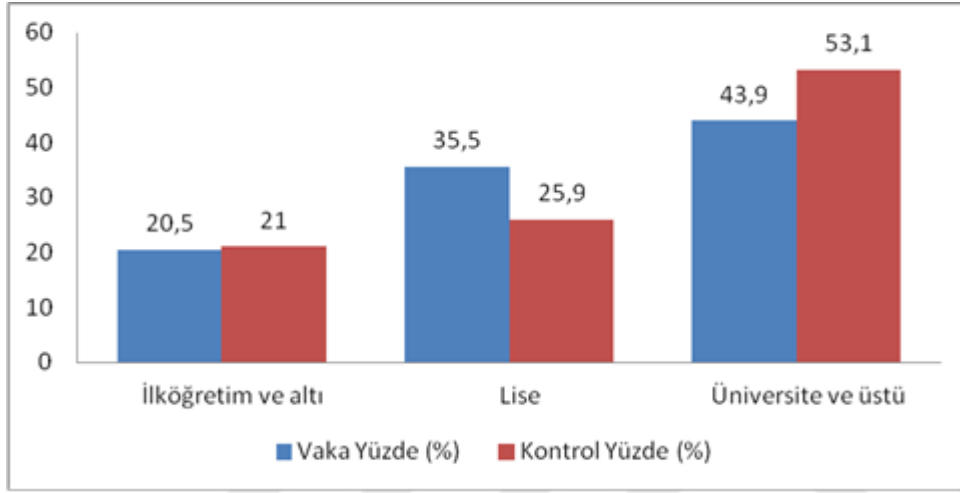
EGE'lerin yaş ortalaması  $33,7 \pm 6,0$  Standart sapma (SS) (min=23, maks=51) idi. Kontrol'lerin yaş ortalaması  $36,5 \pm 7,1$  (SS) (min=23, maks=57) idi. Tablo 4.1'da görüldüğü gibi, EGE'lerin (%43,9) ve Kontrol'lerin (%53,1) yarıya yakını üniversite ve üstü mezuniyetleri vardı. Genel sağlık sigortası uygulaması sonucunda EGE ve Kontrol gruplarının tamamına yakınının sosyal güvencesi vardı. EGE'lerin 80 (%34,8)'inin eşi çalışıyordu ve ortalama STAI-1 puanları  $40,5 \pm 6,6$  (SS), ortalama STAI-2 puanları  $41,0 \pm 6,2$  (SS) idi. Kontrol'lerin 107 (%34,0)'sinin eşi çalışıyordu ve ortalama STAI-1 puanları  $37,3 \pm 7,9$  (SS), ortalama STAI-2 puanları  $38,0 \pm 7,3$  (SS) idi.

**Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri**

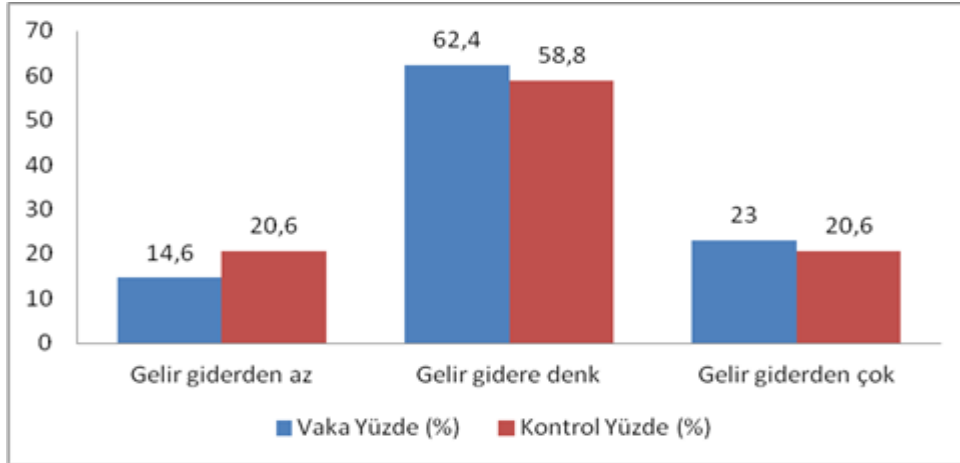
|                          | <b>EGE</b><br>(Eşi gebe olan katılımcılar)<br>(Etken + grup) (n: 232) |                  | <b>KONTROL</b><br>(Eşi gebe olmayan katılımcılar)<br>(Etken - grup) (n: 316) |                  | <b>p*</b> |
|--------------------------|---|------------------|--|------------------|-----------|
|                          | <b>Sayı (n)</b>   | <b>Yüzde (%)</b> | <b>Sayı (n)</b>  | <b>Yüzde (%)</b> |           |
| <b>Eğitim düzeyi</b>     |   |                  |  |                  |           |
| İlköğretim ve altı       | 44  | 20,5             | 61   | 21               | 0,46      |
| Lise                     | 76  | 35,5             | 75   | 25,9             |           |
| Üniversite ve üstü       | 94  | 43,9             | 154  | 53,1             |           |
| <b>Yerleşim Yeri</b>     |   |                  |  |                  |           |
| İl merkezi               | 181   | 83,8             | 232  | 85               | 0,65      |
| İlçe                     | 21  | 9,7              | 26   | 9,5              |           |
| Köy-Kasaba               | 14  | 6,5              | 15   | 5,5              |           |
| <b>Meslek</b>            |   |                  |  |                  |           |
| İşçi                     | 84  | 36,8             | 112  | 35,9             | 0,58      |
| Memur                    | 108   | 47,4             | 154  | 49,4             |           |
| Esnaf                    | 21  | 9,2              | 33   | 10,6             |           |
| Çiftçi                   | 9   | 3,9              | 6  | 1,9              |           |
| Çalışmıyorum             | 6   | 2,6              | 7  | 2,2              |           |
| <b>Gelir Durumu</b>      |   |                  |  |                  |           |
| Gelir giderden az        | 33  | 14,6             | 64   | 20,6             | 0,12      |
| Gelir gidere denk        | 141   | 62,4             | 183  | 58,8             |           |
| Gelir giderden çok       | 52  | 23               | 64   | 20,6             |           |
| <b>Sosyal güvence</b>    |   |                  |  |                  |           |
| Evet                     | 220   | 96,1             | 296  | 94               | 0,27      |
| Hayır                    | 9   | 3,9              | 19   | 6                |           |
| <b>Eş çalışma durumu</b> |   |                  |  |                  |           |
| Evet                     | 80  | 34,8             | 107  | 34               | 0,84      |
| Hayır                    | 150   | 65,2             | 208  | 66               |           |
| <b>Aile tipi</b>         |   |                  |  |                  |           |
| Çekirdek aile            | 96  | 41,9             | 199  | 63,8             | 0,001     |
| Geniş aile               | 133   | 58,1             | 113  | 36,2             |           |

\* İstatistiksel olarak  $p < 0.05$  anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi; EGE ve kontrol grupları eğitim, yerleşim yeri, meslek, gelir durumu, sosyal güvence, eşlerinin çalışma durumları açısından benzerdi ( $p>0.05$ ). EGE’lerin 96 (%41,9)’sı çekirdek aile, 133 (%58,1)’ü geniş aileye sahipti. Kontrollerin ise 199 (%63,8)’u çekirdek aile, 113 (%36,2)’ü geniş aileye sahipti. EGE’lerin aile tipi sıklığı Kontrol’lerin sıklığından anlamlı derecede farklıydı ( $p<0.05$ ). Ama geniş aile tipine sahip EGE’ler ve Kontrol’ler arasında anksiyete puanları açısından STAI-1 ( $t=1,21$  ve  $p=0,23$ ) ve STAI-2 ( $t=1,91$  ve  $p=0,058$ ) formlarında anlamlı bir fark yoktu.



Şekil 1. EGE ve Kontrol grubunun eğitim durumu



Şekil 2. EGE ve Kontrol grubunun gelir durumu

EGE'lerin 23 (%9,9)'ünde gebelikleri sırasında rahatsızlıklar ortaya çıkmıştır. Bu gebelerin 13 (%5,6)'ünde gestasyonel diyabet, 5 (%2,1)'inde gebelik tansiyonu, 5 (%2,1)'inde diğer rahatsızlıklar ortaya çıkmıştır. Evlilik süreleri EGE'lerde ortalama 8,1±5,7 (SS) (min=1, maks=27) iken, Kontrol'lerde ortalama 10,4±7,4 (SS) (min=1, maks=35) idi. EGE'lerin 48 (%20,6)'i doğum sonrası bakım ile ilgili endişeleri olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.2'de mevcut gebelikle ilgili özellikler verilmiştir.

**Tablo 4.2. Mevcut gebelikle ilgili özellikler**

| EGE (n: 232)                            | Sayı (n) | Yüzde (%) | p*   |
|---|----------|-----------|------|
| <b>Kaçıncı çocuk</b>                    |          |           |      |
| 1                                       | 42       | 18,1      | 0,69 |
| 2                                       | 75       | 32,3      |      |
| 3                                       | 75       | 32,3      |      |
| 4 ve üzeri                              | 40       | 17,2      |      |
| <b>Düşük ya da ölü doğum durumu</b>     |          |           |      |
| Evet                                    | 46       | 19,8      | 0,06 |
| Hayır                                   | 186      | 80,2      |      |
| <b>Eşiniz gebeliğin kaçınıcı ayında</b> |          |           |      |
| 1. trimester (0-3. ay)                  | 46       | 19,9      | 0,01 |
| 2. trimester (4-6. ay)                  | 95       | 41,1      |      |
| 3. trimester (7-9. ay)                  | 90       | 39,0      |      |
| <b>Planlı gebelik</b>                   |          |           |      |
| Evet                                    | 204      | 87,9      | 0,21 |
| Hayır                                   | 28       | 12,1      |      |
| <b>İnfertilite tedavisi</b>             |          |           |      |
| Evet                                    | 28       | 12,3      | 0,58 |
| Hayır                                   | 199      | 87,7      |      |
| <b>Bebek bakımını paylaşma durumu</b>   |          |           |      |
| Var                                     | 174      | 75,3      | 0,01 |
| Yok                                     | 57       | 24,7      |      |

\* İstatistiksel olarak p<0.05 anlamlı kabul edilmiştir. STAI-1 ortalama puanları karşılaştırıldı.

Tablo 4.2'de görüldüğü gibi, 42 (%18,1) kişinin ilk babalık deneyimi idi. Eşinin ilk gebeliği olan erkeklerde STAI-1 puanı 42,0±10,6 (SS) düzeyinde çıkmıştır. EGE'lerin 46

(%19,8)'sının düşük ya da ölü doğum öyküsü vardı ve STAI-1 puanı  $42,5 \pm 7,6$  (SS) idi. EGE'lerde düşük ya da ölü doğum öyküsü olanlar ile olmayanlar arasında ortalama STAI-1 puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p > 0,05$ ). Doğum sonrası bebek bakımında yardımcısı olan babalarda ortalama STAI-1 puanı  $40,0 \pm 7,5$  (SS), yardımcısı olmayan babalarda  $44,8 \pm 7,3$  (SS) düzeyindeydi ve istatistiksel olarak fark anlamlı idi ( $p < 0,05$ ).

EGE'lerde 33 (%14,3)'ünde kronik hastalık öyküsü vardı, 198 (%85,7)'inde kronik hastalık öyküsü yoktu. Kontrol'lerde 17 (%5,4)'sinde kronik hastalık öyküsü vardı, 298 (94,6)'inde kronik hastalık öyküsü yoktu. EGE'lerde 132 (%41) kişi sigara bağımlısı idi, 28 (%12) kişi Maraş otu bağımlısı idi, 4 kişi hem sigara hem Maraş otu bağımlısı idi. Kontrol'lerde 129 (%41) kişi sigara bağımlısı idi, 47 (%15) kişi Maraş otu bağımlısı idi, 7 kişi hem sigara hem Maraş otu bağımlısı idi. Tablo 4.3'te babaların sosyal ilişki özellikleri gösterilmiştir.

**Tablo 4.3. Babaların sosyal özellikleri**

|                         | <b>EGE</b><br>(Eşi gebe olan katılımcılar)<br>(n: 232) |                  | <b>KONTROL</b><br>(Eşi gebe olmayan katılımcılar)<br>(n: 316) |                  | <b>p*</b> |
|-------------------------|--|------------------|---|------------------|-----------|
|                         | <b>Sayı (n)</b>  | <b>Yüzde (%)</b> | <b>Sayı (n)</b>   | <b>Yüzde (%)</b> |           |
| <b>Uyku kalitesi</b>    |  |                  |   |                  |           |
| İyi                     | 89   | 38,4             | 117   | 37,0             | 0,01      |
| Orta                    | 119  | 51,3             | 159   | 50,3             |           |
| Kötü                    | 24   | 10,3             | 40  | 12,7             |           |
| <b>Kötü yaşam olayı</b> |  |                  |   |                  |           |
| Evet                    | 47   | 20,3             | 76  | 24,1             | 0,001     |
| Hayır                   | 180  | 78,9             | 239   | 75,9             |           |
| <b>Evlilik uyumu</b>    |  |                  |   |                  |           |
| Evet                    | 211  | 90,9             | -   | -                | 0,03      |
| Hayır                   | 2  | 8,2              | -   | -                |           |
| Bilmiyorum              | 19   | 0,9              | -   | -                |           |
| <b>Sosyal destek</b>    |  |                  |   |                  |           |
| Evet                    | 101  | 43,9             | -   | -                | 0,39      |
| Hayır                   | 94   | 40,9             | -   | -                |           |
| Bilmiyorum              | 35   | 15,2             | -   | -                |           |

\* İstatistiksel olarak  $p < 0,05$  anlamlı kabul edilmiştir. STAI-1 ortalama puanları karşılaştırıldı.

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi, EGE’lerin tamamına yakını (%90,9) kendilerini uyumlu bir çift olarak değerlendirdi. EGE’lerde eşi ile uyumlu bir çift olanların ortalama STAI-1 puanları  $40,8 \pm 7,1$  (SS) idi. EGE’lerde eşi ile uyumlu bir çift olan erkeklerin ortalama STAI-1 puanlarının, eşi ile uyumlu olmayan ve fikrim yok diyen erkeklere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ( $F=3,33$ ,  $p<0,05$ ). EGE grubunda iyi uyku kalitesi olan katılımcıların ortalama STAI-1 puanları  $39,2 \pm 7,3$  (SS) çıkmıştır. Uyku kalitesi iyi olanların, uyku kalitesi orta ve kötü olan kişilere göre ortalama STAI-1 puanları daha düşük olduğu tespit edilmiştir ( $F=6,94$ ,  $p<0,05$ ). Kötü olay yaşayanların ortalama STAI-1 puanları  $41,5 \pm 7,5$  (SS), kötü olay yaşamayanların ortalama STAI-1 puanları  $38,6 \pm 7,4$  (SS) düzeyindeydi. Kötü olay yaşayanların ortalama STAI-1 puanlarının, yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $t=3,76$ ,  $p<0,001$ ).

EGE’lerin 205 (%89,2)’i gebelik takipleri için düzenli olarak aile hekimine gitmiştir, 25 (%10,8)’i gebelik takipleri için düzenli olarak aile hekimine gitmemiştir. EGE’lerin 221 (%95,3)’i gebelik takipleri için düzenli olarak kadın doğum uzmanına gitmiştir, 11 (%4,7)’i gebelik takipleri için düzenli olarak kadın doğum uzmanına gitmemiştir. Aile hekimliği uygulmasının neticesi olarak gebelerin tamamına yakını takip için Aile hekimlerine gitmektedir.

Anket formundaki likert ölçeğinin cevaplanma yüzdeleri Tablo 4.4’de verilmiştir.

**Tablo 4.4 Likert ölçeğinin cevaplanma durumu**

| İFADELER  | Katılıyorum | Bilmiyorum/<br>Fikrim yok | Katılmıyorum |
|---|-------------|---------------------------|--------------|
| Gebelik boyunca eşime yeterince destek veriyorum  | 215 (%93,1) | 12 (%5,2)                 | 4 (%1,7)     |
| Gebelik boyunca eşime destek verirken zorlanmadım   | 178 (%76,7) | 27 (%11,6)                | 27 (%11,6)   |
| Eşimin gebelikte yaşadığı bulantı-kusma, iştah artışı, kabızlık, diş ağrısı, bel ağrısı, bacak krampları, aşırı uyku hali gibi rahatsızlıklara benzer benim de en az bir şikayetim oldu | 146 (%62,9) | 19 (%8,2)                 | 67 (%28,9)   |
| Gebelik süreciyle ilgili endişelerim var  | 82 (%35,7)  | 50 (%21,7)                | 98 (%42,6)   |
| Doğum anı ile ilgili endişelerim var  | 88 (%37,9)  | 37 (%15,9)                | 107 (%46,1)  |
| Doğum sonrası bakımla ilgili endişelerim var  | 48 (%20,6)  | 31 (%13,3)                | 153 (%65,9)  |
| Gebelik ve sonrasında maddi sıkıntıya girmekten korkuyorum  | 65 (%28)    | 28 (%12,1)                | 139 (%59,9)  |



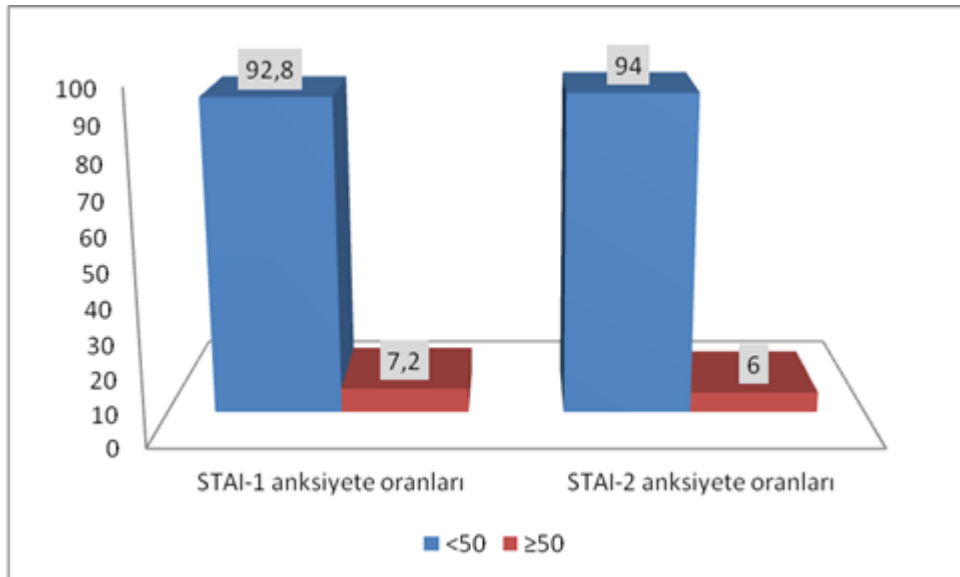
Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, EGE’lerin tamamına yakını (%93,1) kendilerini eşlerine destek veriyorum şeklinde değerlendirdi. EGE’lerin 146 (%62,9)’sı sempatik gebelik belirtileri yaşadığını belirtti. EGE’lerin 65 (%28)’i kendilerini doğum sonrası maddi sıkıntıya girecekleri şeklinde, 139 (%59,9)’u ise maddi sıkıntı yaşamayacakları şeklinde değerlendirdi.

Tablo 4.5’de çalışma kapsamındaki erkeklerin STAI-1 ve STAI-2 formları ile elde edilen anksiyete oranları verilmiştir.

**Tablo 4.5. Anksiyete oranları**

| STAI puanı | STAI-1 anksiyete oranları |           | STAI-2 anksiyete oranları |           |
|------------|---------------------------|-----------|---------------------------|-----------|
|            | Sayı (n)                  | Yüzde (%) | Sayı (n)                  | Yüzde (%) |
| <50        | 508                       | 92,8      | 515                       | 94,0      |
| ≥50        | 40                        | 7,2       | 33                        | 6,0       |

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi çalışmamızda STAI-1 form temel alındığında %7,2 katılımcı 50 ve üzeri puan almıştır. STAI-2 form temel alındığında %6,0 katılımcı katılımcı 50 ve üzeri puan almıştır. EGE’de yani etken (+) grupta anksiyete sıklığı; STAI-1 form için %9,9 iken, STAI-2 için %10,7 sıklıktadır. Kontrol’lerde yani etken (-) grupta anksiyete sıklığı; STAI-1 form için %5,3 iken, STAI-2 form için %2,5 sıklıktadır. Etken (+) grupta sağlık problemi sıklığı etken (-) gruptaki sağlık problemi sıklığından yüksektir. Bu da göstermektedir ki etkenin (+) olması yani erkeklerin eşlerinin gebe olması erkekde anksiyete bozukluklarına yol açabilir.



### Şekil 3. Anksiyete oranları

Tablo 4.6’da çalışma kapsamındaki erkeklerden hiç çocuğu olmayanlar ve eşleri ilk kez gebe olanlarının STAI-1 ve STAI-2 formları ile elde edilen anksiyete oranları verilmiştir.

**Tablo 4.6. Hiç çocuğu olmayanlar ve eşleri ilk kez gebe olanların anksiyete oranları**

| STAI puanı | STAI-1 anksiyete oranları |           | STAI-2 anksiyete oranları |           |
|------------|---------------------------|-----------|---------------------------|-----------|
|            | Sayı (n)                  | Yüzde (%) | Sayı (n)                  | Yüzde (%) |
| <50        | 71                        | 89,9      | 70                        | 88,7      |
| ≥50        | 8                         | 10,1      | 9                         | 11,3      |

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi anksiyete bozukluklarının sıklığı özellikle eşleri ilk çocuğuna gebe olan erkeklerde, çocuk sahibi olan baba adaylarına göre daha yüksektir.

Çalışmada EGE ve kontrol grubu için STAI-1 ve STAI-2 puanlarının karşılaştırılması amacı ile t testi analizi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 4.7’de verilmektedir.

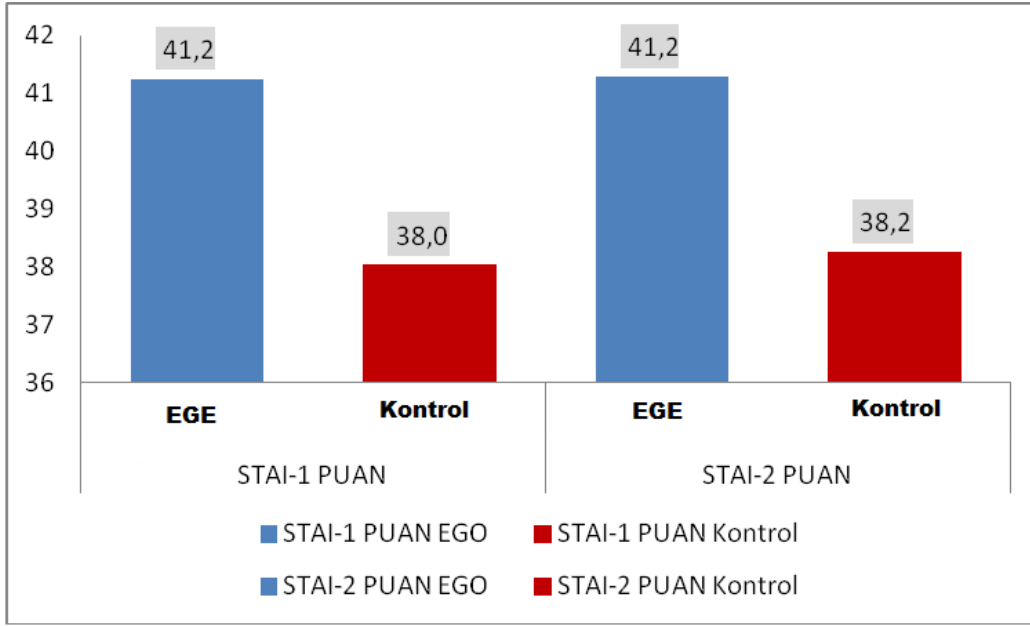
**Tablo 4.7. EGE ve Kontrol grubu için form 1 ve form 2 puanlarının karşılaştırılması**

| Puan        | Grup    | n   | Ortalama | SS   | min-max puan | t    | p*   |
|-------------|---------|-----|----------|------|--------------|------|------|
| STAI-1 PUAN | EGE     | 232 | 41,2     | 7,50 | 25-71        | 5,02 | 0,01 |
|             | Kontrol | 316 | 38,0     | 7,38 | 20-55        |      |      |
| STAI-2 PUAN | EGE     | 232 | 41,2     | 7,53 | 24-75        | 4,90 | 0,01 |
|             | Kontrol | 316 | 38,2     | 6,84 | 22-54        |      |      |

\* İstatistiksel olarak  $p < 0.05$  anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 4.7’de gösterildiği gibi; STAI-1 formda eşi gebe olan erkekler  $41,2 \pm 7,5$  (SS), eşi gebe olmayan erkekler  $38,0 \pm 7,3$  (SS) puan almıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=5,02$ ,  $p < 0,05$ ). STAI-2 formda eşi gebe olan erkekler  $41,2 \pm 7,5$  (SS), eşi gebe olmayan erkekler  $38,2 \pm 6,8$  (SS) puan almıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t=4,90$ ,  $p < 0,05$ ). Elde edilen sonuçlara göre STAI-1 puanlarının EGE ve kontrol grubuna göre farklı olduğu tespit edilmiştir. Farkın sebebinin EGE grubunun STAI-1 puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir ( $t=5,02$ ,  $p < 0,05$ ). EGE grubunun anksiyete düzeyi kontrol grubuna göre daha yüksektir.

Sonuçlara göre STAI-2 puanlarının EGE ve kontrol grubuna göre farklı olduğu tespit edilmiştir. Farkın sebebinin EGE grubunun STAI-2 puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir ( $t=4,90$ ,  $p<0,05$ ). EGE grubunun anksiyete düzeyi kontrol grubuna göre daha yüksektir.



**Şekil 4. EGE ve Kontrol grubu için STAI-1 ve 2 puanlarının karşılaştırması**

Çalışmada hiç çocuğu olmayan EGE ve Kontrol gruplarının form 1 ve form 2 puanlarının karşılaştırılması amacı ile t testi analizi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 4.8’de verilmektedir.

**Tablo 4.8. EGE ve Kontrol grubu için hiç çocuğu olmayanların form 1 ve 2 puanlarının karşılaştırılması**

| Puan        | Grup    | n  | Ortalama | SS  | t    | p*    |
|-------------|---------|----|----------|-----|------|-------|
| STAI-1 PUAN | EGE     | 42 | 42,1     | 8,1 | 2,15 | 0,03  |
|             | Kontrol | 37 | 38,5     | 6,7 |      |       |
| STAI-2 PUAN | EGE     | 42 | 44,2     | 9,0 | 3,36 | 0,001 |
|             | Kontrol | 37 | 38,1     | 6,6 |      |       |

\* İstatistiksel olarak  $p<0.05$  anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 4.8’da gösterildiği gibi hiç çocuk sahibi olmayan EGE’lerin ortalama STAI-1 puanları  $42,1\pm 8,1$  (SS) ve hiç çocuk sahibi olmayan kontrol’lerin ortalama STAI-1 puanları  $38,5\pm 6,7$  (SS) idi. Sonuçlara göre, EGE grubunun STAI-1 puanlarının kontrol grubuna göre

daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $t=2,15$ ,  $p<0,05$ ). Hiç çocuk sahibi olmayan EGE'lerin ortalama STAI-2 puanları  $44,2\pm 9,0$  (SS) ve hiç çocuk sahibi olmayan kontrol'lerin ortalama STAI-2 puanları  $38,1\pm 6,6$  (SS) idi. Sonuçlara göre, EGE grubunun STAI-2 puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $t=3,36$ ,  $p<0,001$ ).

Çalışmada EGE grubunun trimester ile form 1 ve form 2 puanlarının karşılaştırılması amacı ile varyans analizi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar aşağıdaki tabloda verilmektedir. Farklı olan grupların tespit edilmesi amacı ile Sidak ikili karşılaştırma testi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 4.9'de verilmektedir.

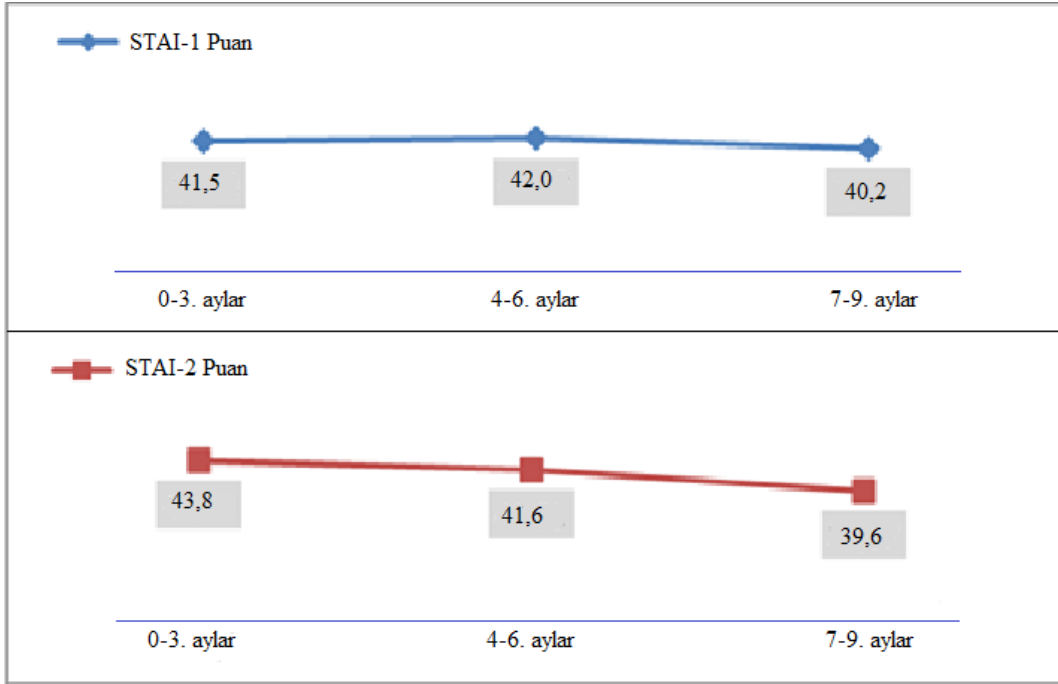
**Tablo 4.9. EGE grubu için trimester ile form 1 ve 2 puanlarının karşılaştırılması**

| Grup | Puan        | Trimester  | n   | Ortalama | SS   | F    | p    | İkili karşılaştırma            |
|------|-------------|------------|-----|----------|------|------|------|--------------------------------|
| EGE  | STAI-1 Puan | 0-3. aylar | 46  | 41,5     | 7,43 | 1,47 | 0,23 |                                |
|      |             | 4-6. aylar | 95  | 42,0     | 7,76 |      |      |                                |
|      |             | 7-9. aylar | 90  | 40,2     | 7,25 |      |      |                                |
|      |             | Total      | 231 | 41,2     | 7,51 |      |      |                                |
|      | STAI-2 Puan | 0-3. aylar | 46  | 43,8     | 7,37 | 4,98 | 0,01 | 0-3. aylar > 4-6 ay ve 7-9. ay |
|      |             | 4-6. aylar | 95  | 41,6     | 7,78 |      |      |                                |
|      |             | 7-9. aylar | 90  | 39,6     | 7,03 |      |      |                                |
|      |             | Total      | 231 | 41,3     | 7,54 |      |      |                                |

EGE grubunun STAI-1 ortalama puanı 1.trimesterde  $41,5\pm 7,4$  düzeyinde, 2.trimesterde  $42,0\pm 7,7$  düzeyinde, 3.trimesterde  $40,2\pm 7,2$  düzeyindedir. EGE grubu için eşlerinin Trimester 1, 2 ya da 3 olmasının STAI-1 puanları üzerinde etkili olmadığı tespit edilmiştir ( $F=1,47$ ,  $p>0,05$ ).

EGE grubunun STAI-2 ortalama puanı 1.trimesterde  $43,8\pm 7,3$  düzeyinde, 2.trimesterde  $41,6\pm 7,7$  düzeyinde, 3.trimesterde  $39,6\pm 7,0$  düzeyindedir. EGE grubu için eşlerinin Trimester 1, 2 ya da 3 olmasının STAI-2 puanları üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir ( $F=4,98$ ,  $p<0,05$ ). Farkın 1. Trimester dönemindeki eşleri olan babaların, 2. ve 3. trimester dönemdekilere göre daha yüksek STAI-2 puanlarına sahip olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Eşleri 1. Trimester döneminde olanların, 2. ve 3.

trimester dönemindekilere göre daha yüksek düzeyde anksiyete düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir.



**Şekil 5 EGE grubu için trimester ile form 1 ve 2 puanlarının karşılaştırılması**

Çalışmada STAI-1 skoru için ( $50 \leq$ ) bağımsız risk faktörü olduğu gösterilen tüm değişkenler için (yaş, eşinin yaşı, parite, sigara, Maraş otu, sosyal güvence, geniş aile tipi, gelir, eğitim durumu, meslek, evlilik süresi, eş eğitim durumu, kronik hastalık olması, orta veya kötü uyku kalitesi, kötü yaşam olayı, eşinin hastalığı, eşi çalışanlar, ilk kez baba olanlar, 1 yaşından küçük çocuk sahibi olanlar, eşleri düşük yapanlar, çocuğu kronik hasta olanlar, eşleri planlı gebe kalmayanlar, kısırlık tedavisi alanlar, gebelikte eşleri hasta olan erkekler, bebek bakımını paylaşacak biri olmayanlar) anksiyete durumunun var olması veya olmamasına olan etkilerinin araştırılması istenmektedir. STAI-1'i etkileyen bağımsız risk faktörlerini araştırmak için lojistik regresyon modeline dahil edilmiştir.

Tablo 4.10'daki sonuçlara göre; sigara içen, doğumdan sonra bakıcısı olmayan, sosyal güvencesi olmayan ve Maraş otu kullanan değişkenleri, STAI-1 ölçeğini etkileyen bağımsız risk faktörleri olarak bulunmuştur. Anlamlı çıkan değişkenler yorumlanacak olursa, sigara içme durumu anksiyete olma olasılığını 2,5 kat, doğumdan sonra bakıcısı olmama 1,6 kat, Maraş otu kullanma durumu 1,5 kat, sosyal güvencesi olmama durumu 1,2 kat arttırmaktadır. Modeldeki değişkenlerle en az %40 açıklanmış olup, modelin genel başarı oranı %90'dır.

Sigara içen, doğumdan sonrası bakıcısı olmayan, sosyal güvencesi olmayan ve Maraş otu kullanan bireylerin anksiyete bozukluklarına yakalanma riski; sigara içmeyenlere, doğumdan sonra bakıcısı olanlara, Maraş otu kullanmayanlara ve sosyal güvencesi olanlara göre daha yüksektir.

**Tablo 4.10. STAI-1 ve risk faktörleri**

| MODEL  | Wald | p    | Odds Oranı | %95 GA    |           |
|--|------|------|------------|-----------|-----------|
|  |      |      |            | Alt Limit | Üst Limit |
| Sigara İçen                                    | 8,2  | 0,01 | 2,5        | 1,5       | 3,3       |
| Doğumdan<br>Sonra Bakıcısı<br>Olmayan          | 6,9  | 0,01 | 1,6        | 1,2       | 2,1       |
| Maraş Otu<br>Kullanan                          | 2,6  | 0,02 | 1,5        | 0,3       | 1,9       |
| Sosyal<br>Güvencesi<br>Olmayan                 | 5,9  | 0,01 | 1,2        | 0,6       | 1,5       |
| ModelX <sup>2</sup> : 30,13; Başarı oranı= %90 |      |      |            |           |           |
| Cox & Snell R <sup>2</sup> = 0,401;            |      |      |            |           |           |

Çalışmada STAI-2 skoru için ( $50 \leq$ ) risk faktörü olduğu gösterilen tüm değişkenler için (yaş, eşinin yaşı, parite, sigara, Maraş otu, sosyal güvence, geniş aile tipi, gelir, eğitim durumu, meslek, evlilik süresi, eş eğitim durumu, kronik hastalık olması, orta veya kötü uyku kalitesi, kötü yaşam olayı, eşinin hastalığı, eşi çalışanlar, ilk kez baba olanlar, 1 yaşından küçük çocuk sahibi olanlar, eşleri düşük yapanlar, çocuğu kronik hasta olanlar, Eşleri planlı gebe kalmayanlar, kısırlık tedavisi alanlar, gebelikte eşleri hasta olan erkekler, bebek bakımını paylaşacak biri olmayanlar) anksiyete durumunun var olması veya olmamasına olan etkilerinin araştırılması istenmektedir. STAI-2'yi etkileyen bağımsız risk faktörlerini araştırmak için lojistik regresyon modeline dahil edilmiştir.

Tablo 4.11'deki sonuçlara göre; sigara içen, doğumdan sonra bakıcısı olmayan ve Maraş otu kullanan değişkenleri STAI-2 ölçeğini etkileyen bağımsız risk faktörleri olarak bulunmuştur. Anlamlı çıkan değişkenler yorumlanacak olursa, sigara içme durumu, anksiyete olma olasılığı 2,3 kat, doğumdan sonra bakıcısı olmama durumu 1,6 kat, Maraş otu kullanma durumu 1,8 kat artırmaktadır. Modeldeki değişkenlerle en az %36 açıklanmış olup, modelin genel başarı oranı %88'dir.

**Tablo 4.11. STAI-2 ve risk faktörleri**

| MODEL  | Wald | p    | Odds Oranı | %95 GA    | %95 GA    |
|--|------|------|------------|-----------|-----------|
|  |      |      |            | Alt Limit | Üst Limit |
| Sigara İçen                                    | 6,6  | 0,01 | 2,3        | 1,4       | 3,3       |
| Doğumdan<br>Sonra Bakıcısı<br>Olmayan          | 5,9  | 0,01 | 1,6        | 1,0       | 2,1       |
| Maraş otu<br>kullanan                          | 2,9  | 0,02 | 1,8        | 0,9       | 2,4       |
| ModelX <sup>2</sup> : 26,29; Başarı oranı= %88 |      |      |            |           |           |
| Cox & Snell R <sup>2</sup> = 0,362;            |      |      |            |           |           |

Sigara içen, doğumdan sonra bakıcısı olmayan ve Maraş otu kullanan bireylerin anksiyete bozukluklarına yakalanma riski; sigara içmeyenlere, doğumdan sonra bakıcısı olanlara, Maraş otu kullanmayanlara göre daha yüksektir.

## 5.TARTIŞMA

Anksiyete bozuklukları en yaygın görülen psikiyatrik hastalıklardandır ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. ECA verilerine göre bir yıllık sıklığı %10,1 iken yaşam boyu sıklığı %14,6'dır (13). ECA verilerine göre kadınlarda yaşam boyu anksiyete bozuklukları görülme riski, erkeklere oranla 1,5 kat yüksektir (13,14). Dünyada ve ülkemizde gebelik döneminde sık görülen depresyon konusunda çok sayıda çalışmaya rastlanırken, anksiyete bozukluklarına yönelik çalışma sayısı çok azdır. Özellikle ülkemizde eşleri gebe olan erkeklerde depresyon konusunda bir kaç çalışmaya rastlanırken, eşleri gebe olan erkeklerde anksiyete bozuklukları konusunda çalışmalara literatür taramalarımız sonucunda ulaşamadık. Oysa gebelik dönemi kadınları olduğu kadar erkekleri de etkilemekte, anksiyete bozuklukları riskini arttırmaktadır. Bu nedenlerle gebelik ve doğum sonrası dönemde sadece anneyi değil babayı da yakından takip etmek birinici basamakta ruhsal hastalıkların erken tanı ve tedavisi için çok önemlidir. Yaptığımız çalışma gebelik döneminde erkeklerde anksiyete bozuklukları hakkında ülkemizde yapılan ilk araştırmalardan biri konumundadır.

Çalışmamızda EGE'lerin yaş ortalaması  $33,7\pm 6,0$  Standart sapma (SS) (min=23, maks=51) idi. Kontrol'lerin yaş ortalaması  $36,5\pm 7,1$  (SS) (min=23, maks=57) idi. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda yaş ortalamaları 30-36 arasında değişmektedir (15). EGE ve kontrol grupları eğitim, yerleşim yeri, meslek, gelir durumu, sosyal güvence, eşlerinin çalışma durumları açısından benzerdi ( $p>0.05$ ). Bu durum EGE ve Kontrol grubunun daha doğru şekilde karşılaştırılması açısından çalışmamızı kuvvetlendirdi.

Depresyon konusunda yapılan iki önemli derlemeden biri olan, Goodman ve ark.'nın çalışmasında, babalarda doğum sonrası 12 aylık depresyon yaygınlığı %1,2- %25,5 arasında değiştiği belirtilmiştir (93). Paulson ve Bazemore'un derlemesinde ise babalarda 12 aylık depresyon yaygınlığı, doğum öncesi dönem de hesaba katılarak, ortalama %10,4 olarak bulunmuştur (94). Wynter ve arkadaşlarının babalarda hem depresyon hem de anksiyete bozukluklarını birlikte değerlendirdiği çalışmasında, anksiyete bozuklukları sıklığı %12,2 olarak depresyondan daha yüksek sıklıkta bulunmuştur (95). Liana ve arkadaşlarının 2016'da yaptığı araştırma, erkeklerde gebelik dönemi anksiyete bozuklukları ile ilgili tek derlemedir ve doğum öncesi anksiyete prevalansı %4,1 ve %16,0 arasında olduğunu, doğum sonrası dönemde %2,4 ve %18,0 arasında olduğunu bildirdirmektedir (15).

Tablo 5.1'de farklı araştırmalarda babalarda bulunan anksiyete bozuklukları oranları kronolojik sırayla verilmiştir (95-99).



**Tablo 5.1. Araştırmalarda babalarda bulunan anksiyete bozuklukları prevalansı**

| Araştırmayı yapan kişi (Yıl)  | Örneklem/ Ölçek tipi         | Ölçüm zamanları  | Prevalans                                  |
|-------------------------------|------------------------------|--|--|
| Quinlivan ve Condon (2005)    | İlk kez baba adayı<br>HADS-A | Gebelik dönemi<br>(ortalama 22. hft)   | % 12                                       |
| Keeton ve arkadaşları (2008)  | İlk kez baba adayı<br>STAI-1 | 3. trimester<br>Doğum sonrası 1. ay<br>Doğum sonrası 4. ay<br>Doğum sonrası 6. ay              | % 16,0<br>% 12,0<br>% 16,0<br>% 18,0       |
| Figueiredo ve Conde (2011a)   | Çiftler<br>STAI-1            | 1. trimester<br>2. trimester<br>3. trimester<br>Doğum sonrası (1-3 gün)<br>Doğum sonrası 3. ay | % 10,1<br>% 8,0<br>% 7,8<br>% 8,5<br>% 4,4 |
| Tohotoa ve arkadaşları (2012) | -<br>HADS-A                  | Gebelik dönemi<br>Doğum sonrası 6. ay  | % 4,1<br>% 2,4                             |
| Wynter ve arkadaşları (2013)  | İlk kez baba adayı           | Doğum'dan doğum sonrası 6. aya kadar   | % 16,3                                     |

Dünyadaki çalışmalara bakıldığında 2000'li yılların başından itibaren babalarda anksiyete bozuklukları ile ilgili çalışmalar önem ve sıklık kazanmıştır. Tablo 5.1'de görüldüğü gibi çalışmalardan farklı prevalans oranları elde edilmiştir. Bu farklılığın nedeni çalışma tasarımı ile ilgili olabileceği gibi araştırma yapılan toplumun farklı kültürel değerlere sahip olmasından dolayı da olabilir. Araştırmalarda birçok farklı ölçme metodu ve ölçeklerin farklı kesme puanı kullanıldığı gibi çalışmaların uygulanma zamanları da değişmektedir. Tablo 5.1'de görüldüğü gibi, kronolojik olarak dünyadaki önemli araştırmalara bakıldığında; Quinlivan and Condon'un HADS-A ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada ortalama 22. gebelik haftasında anksiyete bozuklukları oranı %12 bulunmuştur (96). Keeton ve arkadaşlarının

Amerika’da STAI-1 ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada; 3. trimesterde %16, doğum sonrası 1. ayda %12, doğum sonrası 4. ayda %16, doğum sonrası 6. ayda ise %18 bulunmuştur (97). Portekiz’den Figueiredo ve Conde’nin STAI-1 ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada; anksiyete bozuklukları oranı 1. trimesterde %10,1 düzeyinde, 2. trimesterde %8,0 düzeyinde, 3. trimesterde %7,8 düzeyinde, doğum sonrası 1-3 günler arasında %8,5 düzeyinde, doğum sonrası 3. ayda %4,4 düzeyinde verilmiştir (98). Avustralya’dan Tohotoa ve arkadaşlarının HADS-A ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada anksiyete bozuklukları oranı gebelik döneminde %4,1 ve doğum sonrası 6. ayda %2,4 bulunmuştur ve tüm çalışmalardaki en düşük orandır (99). Avustralya’da Wynter ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ise doğum ile doğum sonrası 6. aya kadar olan dönemde anksiyete bozuklukları oranı %16,3 bulunmuştur (95). Görüldüğü gibi tüm çalışmalarda gebelik döneminde anksiyete bozuklukları oranı yüksek bulunmuştur. Doğum sonrası dönemde anksiyete bozuklukları oranı çoğu çalışmada azalmakta iken, Keeton ve arkadaşları ile Condon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda gebelik dönemindeki oranlarını korumaktadır (97,100).

Çalışmamızda STAI-1 form temel alındığında %7,2 katılımcı 50 ve üzeri puan almıştır. STAI-2 form temel alındığında %6,0 katılımcı 50 ve üzeri puan almıştır. Çalışmamızda dünya literatüründeki çalışmalara benzer oranlar saptandı. Hiç çocuğu olmayan ve eşleri ilk çocuğuna gebe olan erkekler temel alındığında STAI-1 formdan %10,1 katılımcı 50 ve üzeri puan almıştır. Hiç çocuğu olmayan ve eşleri ilk çocuğuna gebe olan erkekler temel alındığında STAI-2 formdan %11,3 katılımcı 50 ve üzeri puan almıştır. Eşleri ilk çocuğuna gebe olan erkeklerde, gebelik döneminde yapılan Quinlivan ve Condon’un çalışmasına benzer oranlar saptanmıştır. Görüldüğü gibi anksiyete bozukluklarının sıklığı özellikle eşleri ilk çocuğuna gebe olan erkeklerde daha yüksektir. Bu nedenle Bergström’ün 812 erkek üzerinde yaptığı çalışmada da vurgulandığı gibi genç ve ilk baba adaylarına daha dikkat edilmeli, gereken sosyal destek verilmelidir (101).

Dünya literatüründe STAI-1 formlardan alınan ortalama puanlara bakıldığında 28,8-37,5 arasında değiştiği görülmektedir. Latifses’in bulduğu ortalama STAI-1 puanları ise diğer çalışmalardan farklı olarak 45,3 ve 50,2 düzeyindedir (15,102).

Tablo 5.2’de farklı araştırmalarda babalarda bulunan anksiyete bozuklukları STAI-1 puanları kronolojik sırayla verilmiştir (48,97,103-109).

**Tablo 5.2. Araştırmalarda babalarda bulunan anksiyete bozuklukları STAI-1 puanları**

| Araştırmayı yapan kişi (Yıl)    | Örneklem büyüklüğü | Ölçüm zamanları                          | STAI-1 ortalama puanı (SS) |
|---------------------------------|--------------------|--|----------------------------|
| Teichman and Lahav (1987)       | 90                 | Gebelik dönemi                           | 29,6 (9,2)                 |
| Ferketich and Mercer (1989)     | 147                | 24-32. gebelik haftasında                | 33,9 (11,1)                |
| Glazer (1989)                   | 108                | Gebeliğın 6. ayından sonra (ort. 7,8 ay) | 36,9 (9,3)                 |
| Johnson and Baker (2004)        | 216                | Gebelik dönemi                           | 37,5 (9,0)                 |
| Field ve arkadaşları (2006)     | 156                | 2. trimester                             | 36,3 (17,9)                |
| Keeton ve arkadaşları (2008)    | 153<br>İlk gebelik | 3. trimester                             | 32,5 (7,7)                 |
| Ekelin ve arkadaşları (2009)    | 652                | 2. trimester                             | 28,8 (8,7)                 |
|                                 |                    | 3. trimester                             | 29,4 (8,6)                 |
| Figueiredo ve Conde (2011b)     | 260                | 1. trimester                             | 32,6 (8,2)                 |
|                                 |                    | 2. trimester                             | 30,9 (7,7)                 |
|                                 |                    | 3. trimester                             | 32,5 (7,5)                 |
| Vreeswijk ve arkadaşları (2014) | 281                | 26. gebelik haftası                      | 31,4 (7,7)                 |

Babalarda anksiyete bozuklukları ile ilgili çalışmalar özellikle son yıllarda daha çok önem ve sıklık kazanmıştır. Tablo 5.2'de görüldüğü gibi çalışmalarda farklı anksiyete puanları elde edilmiştir. Bunun sebebi farklı çalışma tasarımı, farklı toplumsal yapı ve değişik zaman dilimlerinde çalışmaların yapılması olabilir. Keeton ve arkadaşları; eşlerinin ilk gebeliğı olan baba adaylarında yaptığı çalışmada, STAI-1 puanı ortalamalarını 3. trimesterde 32,5±7,7 (SS) düzeyinde bulmuştur (97). Ekelin ve arkadaşları; muayeneye gelen, ultrasonografi sonuçları normal olan 652 gebenin eşlerinde yaptığı çalışmada STAI-1 puanı ortalamalarını 2. trimesterde 28,8±8,7 (SS) düzeyinde, 3. trimesterde 29,4±8,6 (SS) düzeyinde saptamıştı (107). Johnson and Baker'ın eşleri gebe olan erkeklerde yaptığı çalışmada STAI-1 puanı ortalamasını 37,5±9,0 (SS) bulmuştur (105). Field ve arkadaşları

eşleri gebe olan erkeklerde 2. trimesterde yaptığı çalışmada; depresif babaların STAI-1 puanı ortalamalarını  $44,2 \pm 8,7$  (SS) düzeyinde, depresif olmayan babaların STAI-1 puanı ortalamalarını  $34,9 \pm 7,7$  (SS) düzeyinde, toplamda baba adaylarındaki STAI-1 puanı ortalamalarını ise  $36,3 \pm 17,9$  (SS) düzeyinde tespit etmiştir (106). Figueiredo ve Conde'nin eşlerinin gebelik trimesterlarına göre erkekleri ayrı ayrı değerlendirdiği çalışmasında; STAI-1 puanı ortalamalarını 1. trimesterde  $32,6 \pm 8,2$  (SS) düzeyinde, 2. trimesterde  $30,9 \pm 7,7$  (SS) düzeyinde, 3. trimesterde  $32,5 \pm 7,5$  (SS) düzeyinde bulmuştur.

Bizim çalışmamızda EGE'lerin STAI-1 ortalama skoru  $41,2 \pm 7,5$  (SS) (min=25, maks=71), Kontrol'lerin STAI-1 ortalama skoru  $38,0 \pm 7,3$  (SS) (min=20, maks=55) idi ve birbirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ( $t=5,02$ ,  $p<0,05$ ). EGE'lerin STAI-2 ortalama skoru  $41,2 \pm 7,5$  (SS) (min=24, maks=75), Kontrol'lerin STAI-2 ortalama skoru  $38,2 \pm 6,8$  (SS) (min=22, maks=54) idi ve birbirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ( $t=4,90$ ,  $p<0,05$ ). Çalışmamızda ayrıca ilk kez eşleri gebe olan erkeklerde STAI-1 puanlarının, hiç çocuğu olmayan kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $t=2,15$ ,  $p<0,05$ ).

Çalışmamızda EGE grubunun STAI-1 ortalama puanı 1.trimesterde  $41,5 \pm 7,4$  düzeyinde, 2.trimesterde  $42,0 \pm 7,7$  düzeyinde, 3.trimesterde  $40,2 \pm 7,2$  düzeyindedir. STAI-1 formuna göre trimesterların anksiyete ortalama puanı üzerine istatistiksel olarak bir etkisi olmadığı bulunmuştur. EGE grubunun STAI-2 ortalama puanı 1.trimesterde  $43,8 \pm 7,3$  düzeyinde, 2.trimesterde  $41,6 \pm 7,7$  düzeyinde, 3.trimesterde  $39,6 \pm 7,0$  düzeyindedir. 1. Trimester dönemindeki eşlerin 2. ve 3. Trimester dönemindekilere göre daha yüksek düzeyde anksiyete düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir ( $F=4,98$ ,  $p<0,05$ ). Yurt dışı prospektif çalışmalara bakıldığında trimesterlarda anksiyete puanları 'u' paterni şeklinde değişmektedir. Yani 1. trimesterde yüksek, 2. trimester hafif bir düşüklük ve 3. trimesterde tekrar yükselen bir anksiyete puanı görülmektedir (110). Çalışmamızda ise 3.trimesterde anksiyete puanları düşmektedir. Çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğundan 3.trimesterdaki anksiyete puanları karıştırıcı faktörlerden etkilenmiş olabilir. Trimesterlere göre baba anksiyetesini belirlemeye yönelik daha fazla prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Alibekova ve arkadaşlarının yaptığı prospektif çalışmada; sigara içen baba adaylarının doğum öncesi ve sonrasında, içmeyen baba adaylarından daha çok anksiyete belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir (111). Çalışmamızı risk fatörleri açısından değerlendirdiğimizde;

sigara içmek, Maraş otu kullanmak ve doğumdan sonra çocuk bakımına yardımcı kimsenin olmaması anksiyete bozuklukları riskini arttırmaktadır.

Görüldüğü gibi yurt dışı yapılan çalışmalardaki STAI-1 ortalama puanları 28,8-37,5 arasında çıkmıştır. Bizim ortalamalarımız yurt dışı yapılan diğer çalışmalardakilerden yüksek çıkmıştır. Ancak Öner ve Le Compte'nin el kitabında, yurt içinde STAI form kullanılarak sağlıklı yetişkinlerde yapılan birçok çalışmada ortalama puanlar bizim çalışmamızda elde ettiğimiz ortalamalara benzerdi (22). Günümüzde yurt içinde STAI form kullanılarak yapılan birçok çalışmada da sağlıklı bireylerin STAI ortalama puanları 36-48 arasında değişmektedir (112-114). Yurt içi ve yurt dışı ortalama puanların farklılığı, toplum olarak daha duygusal bir yapıya sahip olmamızdan kaynaklanabilir. Kültürümüzde erkeklerin her zaman güçlü ve korumacı olması beklenir. Bu nedenle erkekler daha içe kapanık olup, kendilerini kadınlar kadar açık bir şekilde ifade edemeyebilir. Keza çalışmamız sırasında STAI form uygulanırken duyulanıp ağlayan erkekler olmuştur. Tüm bunlar göz önüne alındığında; Öner ve Le Compte'nin de vurguladığı gibi her toplum kendi içinde değerlendirilmeli, sağlıklı kişilerden elde edilen ortalama puanlarla karşılaştırılmalıdır. Bu karşılaştırma sonucunda ortalamadan iki standart sapmayı geçen puanları alan bireyler anksiyete bozuklukları açısından profesyonel yardım alması konusunda yönlendirilmelidirler (22).

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar mevcuttu. Klinik görüşme anksiyete bozukluğu tanısı koymak için altın standarttır. Bununla birlikte tüm dünyada yapılan çalışmalarda tercih edilen en yaygın anksiyete ölçeği STAI formdur ve duyarlılığı yüksek olması ile kendi kendine değerlendirme anket çalışmaları için çok yeterlidir. Bununla birlikte depresyon ve anksiyete birlikteliği sık görüldüğü için depresyonu da değerlendiren başka bir anket ile çok daha yararlı sonuçlar elde edilebilir.

Diğer bir kısıtlılık konu ile ilgili yurt içi çalışma olmaması nedeniyle karşılaştırmaların Türkiye toplumunda yapılan çalışmalar ile değilde yurt dışı çalışmalarla yapılmış olmasıdır. Türkiye toplumu adına daha çok prevalans çalışmalarına ihtiyaç vardır. Risk faktörlerinin doğru hesaplanması için de vaka-kontrol çalışmaları yapılmalıdır. Çalışmamızda yüzde olarak üniversite mezunu biraz yüksekti. EGE'lerde geniş aile tipi daha fazla sıklıktaydı. Bunun nedeni bakım veren ebeveynlerin aileyle birlikte yaşamaya başlaması olabilir. Toplumunu daha çok yansıtmaları için saha çalışmalarına ihtiyaç vardır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda eşleri gebe olan erkeklerde anksiyete bozukluğu sıklığının ve şiddetinin arttığını belirledik. Anksiyete bozukluğu sıklığı hem kontrol grubuna göre hem de Türkiye Ruh Sağlığı Profiline bildirilen sıklığa göre daha yüksekti. Özellikle eşleri ilk çocuğuna gebe olan genç babalarda bu fark daha belirgindi. Bulduğumuz sonuçlar özellikle gebeliğin 1. trimesterında daha yüksekti. Bulduğumuz sonuçlar gösteriyor ki doğum öncesi ve sonrası dönemde anksiyete bozukları kadınlara özgü bir sorun değildir.

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan anksiyete bozukluklarını gözden kaçırmamak için hastalar başvuru nedeni ne olursa olsun psikiyatrik açıdan da değerlendirilmelidir. Kadınların yanı sıra erkeklerin de bu dönemde desteğe ihtiyaçları olabilir. Baba adayının gebelik boyunca sağlıklı bir dönem geçirmesi kendisi ile birlikte anne ve bebeğin yaşam kalitesini artıracaktır. Birinci basamakta çalışan hekimlerin anne ile birlikte baba adayını da biyopsikososyal açıdan değerlendirmesi, gerekli gördüğü durumlarda babaya destek vermesi, gerekli durumlarda sevk etmesi; sosyal ve ekonomik kayıpların önüne geçecektir.

## 7. KAYNAKLAR

1. TC Sağlık Bakanlığı. Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi. 2012.
2. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanım sonuçları. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 1998; 77-98.
3. Zeybekoğlu Ö. Günümüzde Erkeklerin Gözünden Babalık ve Aile. *Mediterranean Journal of Humanities* mjh.akdeniz.edu.tr 2013; 3(2):297-328.
4. Affonso DD, Mayberry LJ, Lowett SM, Paul S. Cognitive adaptation to stressful events during pregnancy and postpartum: development and testing of the case instrument. *Nursing Research* 1994; 43(6):343-83.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı Günes Kitabevleri İstanbul Sy:1559-1800.
6. Türk Dil Kurumu. Türk Dil Kurumu Yayınları. 1. Baskı, Ankara, 1998; 1:44.
7. Alkın T, Onur E. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. Ed: Köroğlu E, Güleç C, Şenol S, *Psikiyatri Temel Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, Ankara, 2007; 296-303.
8. Ohman A. Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive and clinical perspectives. *Handbook of emotions*. The Guilford Press, New York, 2000; 573-593.
9. Karamustafalıoğlu O, Akpınar A. Anksiyete bozuklukları. Ed: Karamustafalıoğlu, Aile Hekimleri İçin Psikiyatri. 1.Baskı, MT Uluslararası Yayıncılık, İstanbul 2010; 71-88.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association. Fourth Edition, Text Revision, Washington DC, 2000.
11. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. çev. Köroğlu E, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, Beşinci Baskı (DSM-5). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
12. Örgütü DS. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması: Klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzları. Cenevre, Ed: Öztürk O ve Uluğ B, Ankara, Medikomat. 1993.
13. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci* 2015; Sep; 17(3):327-35.
14. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005; 15(4):357-376.

15. Leach LS, Poyser C, Cooklin AR, Giallo R. Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 2016; 190:675–686.
16. Michael T, Zetsche U, Margraf J. Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry* 2007; 6: 136-142.
17. Kessler RC, DuPont RL ve ark. Impairment in Pure and Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Major Depression at 12 Months in Two National Surveys. *Am J Psychiatry* 1999; 156(12):1915-1923.
18. Arnold PD, Zai G, Richter MA. Genetics of anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2004; 6:24.
19. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 9.Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2002: 346-349.
20. Işık E. Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. Golden Print, İstanbul, 2006; 6-16.
21. Tükel R, Aklın T. Anksiyete Bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. Ankara, 2006; 16-17.
22. Öner N, Le Compte A. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 1. Baskı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1985; 333:1-26.
23. Sungur MZ. Anksiyenin anlaşılmasında bilişsel-davranışçı kuramlar. Ed: Tükel R, Aklın T, Anksiyete bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2006; 27-37.
24. Salkovskis PM. The cognitive approach to anxiety: threat beliefs, safety seeking behaviour and the special case of health, anxiety and obsessions. Ed: Salkovskis PM, *Frontiers of Cognitive Therapy*. Guilford Pres, New York, 1996.
25. Charles DS. Anxiety disorders. *Comprehensive textbook of psychiatry*, Ed: HI Kaplan, BJ Sadock, Williams & Wilkins, Baltimore, 1995; 1718.
26. Brick J, Erickson CK. Drugs, the brain, and behavior. The pharmacology of abuse and dependence. The Haworth Medical Press, New York, 1998; 119-31.
27. Davis M, Rainnie D, Casell M. Neurotransmission in the rat amygdala related to fear and anxiety. *Trends Neurosci* 1992; 7: 208-14.
28. Uzbay T. Anksiyete ve depresyonun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri* 2004; 4:3-11.
29. Noyes R, Roth M, Burrows GD. *Handbook of Anxiety, Vol.2: Etiological Factors and Associated Disturbances*. Elsevier Science Publishers 1988; 31-51.
30. Güleç C, Köroğlu E. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Matbaası, 2007.



31. Rang HP, Dale MM, Ritter JM. Pharmacology, 4. baskı, Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999; 528-38.
32. Ergin A, Özdilek R. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2014; 11 (1):3-8.
33. Çavdar A, Yazıcı A, Sezer A, Güneş AK, Zara A, Erten E. ve diğ. Yaşadıkça Psikolojik Sorunlar ve Başa Çıkma Yolları (1. b.). İmge Kitabevi, Ankara, 2011.
34. Yıldırım E. Toplumsal Değişme Sürecinde Aile. Ed: Kadir Canatan, & Ergun Yıldırım, Açılım Kitap. İstanbul, 2009; 149-171.
35. Draper J. It's the first scientific evidence: men's experience of pregnancy confirmation. J Adv Nurs 2002; 39(6):563-70.
36. Sancar, S. (2009). Erkeklik: İmkânsız İktidar-Ailede, Piyasada ve Sokakta Erkekler. İstanbul: Metis Yayınları.
37. Kocatepe H. Gebeliğin baba adayı üzerindeki etkileri. <http://www.gebelik.org/dosyalar/cinsellik1.html> (Erişim tarihi: 04.06.2016).
38. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. ANS Adv Nurs Sci. 2000; 23(1):12-28.
39. Genesoni L, Tallandini MA. Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature. 1989-2008 Birth 2009; 36(4):305-18.
40. Cox MJ, PB, Burchinal M, Payne CC. Marital Perceptions and Interactions Across the Transition to Parenthood Journal of Marriage and Family. 1999; 61(3 ):611-25.
41. Rydén B. When women and men expect and have a child: Psychological and gender specific views of mental health and well-being. Lund University, Doctoral dissertation, Sweden, 2004.
42. Cohen MM, Ansara D, Gallop R, Stuckless N, Stewart D. A history of personal violence and postpartum depression: Is there a link? Archives of Women's Mental Health 2002; 4(3):83-92.
43. Russell CS. Transition to Parenthood: Problems and Gratifications. Journal of Marriage and Family. 1974; 36(2):294-302.
44. Barclay L, Lupton D. The experiences of new fatherhood: A sociocultural analysis. Journal of Advanced Nursing 1999; 29(4):1013-1020.
45. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. Am J Epidemiol 1976; 104:107-123.
46. Berkiten A. Babaların Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Sürecine İlişkin Beklenti ve Deneyimlerinin Anne ve Babalar tarafından Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enst., Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.

47. Başbakkal Z. Babaların Bebek Bakımındaki Rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, İzmir, 1999.
48. Ferketich SL, Mercer RT. Men's Health Status During Pregnancy and Early Fatherhood. *Research and Health* 1989; 12(3):137-148.
49. Grossman FK, Eichler LS & Winickoff SA. *Pregnancy, birth, and parenthood*. Jossey-Bass. 1980.
50. Martin L., Reeder S. *Maternal Nursing*, 16. Baskı, J.B. Lippincott Company, Philadelphia 1987, 300-305.
51. Lemmer C. Becoming a father: a review of nursing research on expectant fatherhood. *Maternal Child Nursing Journal* 1987; 16(3):261-275.
52. Dixson AF, George L. Prolactin and parental behaviour in a male new world primate. *Nature* 1982; 299:551-553.
53. Nunes S, Fite JE, Patera KJ, French JA. Interactions among paternal behavior, steroid hormones, and parental experience in male marmosets. *Hormones Behavior* 2001; 39(1):70-82.
54. Fleming A, Corter C, Stallings J, Steiner M. Testosterone and prolactin are associated with emotional responses to infant cries in new fathers. *Hormones and Behavior* 2002; 42(4):399-413.
55. Gordon I, Zagoory-Sharon O, Leckman JF, Feldman R. Oxytocin and the development of parenting in humans. *Biological Psychiatry* 2010; 10:1016.
56. Wynne-Edwards KE. Hormonal changes in mammalian, fathers. *Horm Behav* 2001; 40(2):139-145.
57. Gudsnuk K, Champagne F, Epigenetic influence of stress and the social environment. *Ijar Journal* 2012; 53(3-4):279-288.
58. Wolf OT, Schommer NC, Hellhammer DH, McEwen BS. & Kirschbaum C. The relationship between stress-induced cortisol levels and memory differs between men and women. *Neuropsychopharmacology* 2006; 31:1583-1591.
59. Eşel E. Anneliğin nörobiyolojisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010 ; 21(1):68-78.
60. Perini T, Ditzen B, Fischbacher S, Ehlert U. Testosterone and relationship quality across the transition to fatherhood. *Biological Psychology* 2012; 90:186-191.
61. Kuzawa LG, Muller MN, McDade TW, Feranil AB. Fatherhood, pairbonding and testosterone in the Philippines. *Hormones Behavior* 2009; 56(4):429-435.
62. Barlett Edward E. The effects of fatherhood on the health of men: a review of the literature. *The Journal of Men's Health & Gender* 2004; 1(2):159-169.

63. Dellman T. The best moment of my life: a literature of fathers experience of childbirth. *Australian Midwifery* 2004; 17(3):20-26.
64. Khanobdee C, Cha Yakul VS, Gay JT. Couvade syndrome in expectant Thai fathers. *International Journal of Nursing Studies* 1993; 30(2):125-131.
65. Mason C, Elwood R. Is there a physiological basis for the couvade and onset of paternal care? *International Journal of Nursing Studies* 1995; 32(2):137-148.
66. Clark HE, Freeman R, Kane CE. The influence of domestic position on health status. *Social Science & Medicine* 1987; 24(6):501-506.
67. Lıpkın M, Gerri S, Lamb MS. The Couvade syndrome: An epidemiologic study. *Annals of Internal Medicine* 1982; 96:509-511.
68. Weiss RB, Couvade Syndrome. *Symathetic Pregnancy* <http://pregnancy.about.com/library/weekly/aa033197.htm>.
69. Williams H, Couvade Syndrome. Men can feel pregnant too. <http://www.canadianparents.com/articles/sarticles5a.htm>.
70. Klein H. Couvade syndrome: male counterpart to pregnancy. *International Journal of Psychiatryin Medicine* 1991; 21(1):57-69.
71. Bogren LY. The Couvade. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983; 68(1):55-65.
72. Drake ML, Verhulst D, Favvcett J. Physical and psychological symptoms experienced by Canadian women and their husbands during pregnancy and the postpartum. *Journal of Advanced Nursing* 1988; 13:435-444.
73. Fawcett J, York R. Spouses' physical and psychological symptoms during pregnancy and the postpartum. *Nursing Research* May/June 1986; 35(3):145-148.
74. Fawcett J, York R, Spouses strength of Identification and reports of symptoms during pregnancy and the postpartum period. *Florida Nursing Review* October 1997; 2(2):1-10.
75. Bogren LY. The Couvade syndrome and side preference in child holding. *Açta Psychiatrica Scandinavica* 1985; 71(3):311-14.
76. Dal G, Sevil Ü. Gebe kadınların ve eşlerinin algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmaların Couvade Sendromu incelenmesi. T.C Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2002.
77. Bogren LY. The Couvade syndrome Background Variables. *Açta Psychiatrica Scandinavica* 1984; 70(3):316-320.
78. Clinton JF. Expectant fathers at risk for Couvade. *Nursing Research* Sep-Oct 1986; 35(5):290-295.

79. Shapiro S, Nass J. Postpartum psychosis in the male. *Pschopathology* 1986; 19(3):138-142.
80. European definition of GP/FM. WONCA 2002.
81. Gültekin BK. Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. *Current Approaches In Psychiatry* 2010; 2(4).
82. Uğurlu M, Soydal T. Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonu: Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Eğitim Programı. *Kriz Dergisi* 12(1): 41-45.
83. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Veri Rehberi.
84. Boulenger JP, Lavallee YJ. Mixed anxiety and depression. *J Clin Psychiatry* 1993; 54:3-8.
85. Berksun O. Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. Turgut Yay., İstanbul, 2003; 7.
86. Öztürk M. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2004: 343-89.
87. Okutucu AC. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Doğan Bebeklerin Babalarında Doğum Sonrası Depresyon Oranının Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Kullanılarak Belirlenmesi. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara 2013.
88. Spielberger CD, Gorsuch R, State-Trait Anxiety Inventory for Adults: Manual and Sample: Manual, Instrument and Scoring Guide. Consulting Psychologists Press 1983.
89. Spielberger CD. State-Trait anxiety inventory. Wiley Online Library 2010.
90. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67:361–370.
91. Öner N, Le Compte A. Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı 2. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. 1998; 1-26.
92. Kvaal K, Ulstein I, Nordhus IH, Engedal K. The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005 Jul; 20(7):629-34
93. Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs* 2004; 45(1):26-35.
94. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a metaanalysis. *J Am Med Assoc* 2010; 303:1961–9.

95. Wynter K, Rowe H, Fisher J. Common mental disorders in women and men in the first six months after the birth of their first infant: a community study in Victoria, Australia. *J. Affect. Disord.* 2013; 151:980–985.
96. Quinlivan JA, Condon J. Anxiety and depression in fathers in teenage pregnancy. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2005; 39:915–920.
97. Keeton CP, Perry-Jenkins M, Sayer AG. Sense of control predicts depressive and anxious symptoms across the transition to parenthood. *J. Fam Psychol.* 2008; 22: 212–221.
98. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Arch. Womens Ment Health* 2011a; 14: 247–255.
99. Tohotoa J, Maycock B, Hauck YL, Dhaliwal S, Howat P, Burns S, Binns CW. Can father inclusive practice reduce paternal postnatal anxiety? A repeated measures cohort study using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12:75.
100. Condon JT, Boyce P, Corkindale CJ. The first-time fathers study: a prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2004; 38:56–64.
101. Bergström M. Depressive symptoms in new first-time fathers: associations with age, sociodemographic characteristics, and antenatal psychological well-being. *Birth* 2013; Mar; 40(1):32-8. doi: 10.1111/birt.12026.
102. Latifses V. Teaching expectant fathers to massage their partners: an exploration of fetal attachment behaviors, anxiety, and marital adjustment in fathers. *Diss. Abstracts Int.: Sect. B: Sci. Eng.* 2004; 64:6332.
103. Teichman Y, Lahav Y. Expectant fathers: emotional reactions, physical symptoms and coping styles. *Br. J. Med. Psychol.* 1987; 60(Pt 3):225–232.
104. Glazer G. Anxiety and stressors of expectant fathers. *Western J. Nurs Res.* 1989; 11:47–59.
105. Johnson MP, Baker SR. Implications of coping repertoire as predictors of men's stress, anxiety and depression following pregnancy, childbirth and miscarriage: a longitudinal study. *J. Psychosomat. Obstet. Gynaecol.* 2014; 25:87–98.
106. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Deeds O, Contogeorgos J, Ascencio A. Prenatal paternal depression. *Infant Behav Dev* 2006; 29: 579–583.
107. Ekelin M, Svalenius EC, Larsson AK, Nyberg P, Marsal K, Dykes AK. Parental expectations, experiences and reactions, sense of coherence and grade of anxiety related to routine ultrasound examination with normal findings during pregnancy. *Prenatal Diagnosis*

2009; 29:952–959.

108. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: parity differences and effects. *J. Affect. Disord* 2011b; 132: 146–157.

109. Vreeswijk C, Maas A, Rijk C, van Bakel HJA. Fathers' Experiences During Pregnancy: Paternal Prenatal Attachment and Representations of the Fetus. *Psychol. Men Masculinity* 2014; 15:129–137.

110. Teixeira C, Figueiredo B, Conde A, Pacheco A, Costa R. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affect Disord*. 2009; 119(1-3):142-8.

111. Alibekova R, Huang JP, Lee TS, Au HK, Chen YH. Effects of smoking on perinatal depression and anxiety in mothers and fathers: A prospective cohort study. *Journal of Affective Disorders* 2016; 193:18–26.

112. Çetinkaya S ve ark. Glokom hastalarının depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri ile başa çıkma tutumları. *Cumhuriyet Medical Journal* 2013; 35(1):39-50.

113. Dikmen PY, Aysevener EO, Aydınlar EI, Karlıkaya G. Elektromiyografide Ağrı ve Emosyonel Durum İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi* 2012; 49(1).

114. Bilgin AS. Anksiyetenin Dikkat ve Bilişsel Süreçler ile İlişkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi, Psikoloji A.D., Yüksek Lisans Tezi, 2010.

## 8. TABLOLAR DİZİNİ

|   | <u>Sayfa No</u> |
|---|-----------------|
| <b>Tablo 2.1.</b> Anksiyetenin bilişsel, bedensel ve davranışsal belirtileri.....             | 4               |
| <b>Tablo 2.2.</b> Anksiyete bozukluklarının güncel sınıflandırmaları .....                    | 5               |
| <b>Tablo 2.3.</b> Epidemiyolojik çalışmalardaki prevalans ve insidans oranları .....          | 6               |
| <b>Tablo 2.4.</b> Anksiyete bozukluklarının kadın : erkek görülme oranları.....               | 7               |
| <b>Tablo 3.1.</b> Sosyodemografik özellikler anket formu .....                                | 24              |
| <b>Tablo 4.1.</b> Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....                             | 27              |
| <b>Tablo 4.2.</b> Mevcut gebelikle ilgili özellikler .....                                    | 29              |
| <b>Tablo 4.3.</b> Babaların sosyal özellikleri .....  | 30              |
| <b>Tablo 4.4.</b> Likert ölçeğinin cevaplanma yüzdeleri .....                                 | 31              |
| <b>Tablo 4.5.</b> Anksiyete oranları .....  | 32              |
| <b>Tablo 4.6.</b> Hiç çocuğu olmayanlar ve eşleri ilk kez gebe olanların anksiyete oranları . | 33              |
| <b>Tablo 4.7.</b> STAI-1 ve STAI-2 puanlarının karşılaştırılması.....                         | 33              |
| <b>Tablo 4.8.</b> Çocuk sayısı ile STAI-1 ve STAI-2 puanlarının karşılaştırması .....         | 34              |
| <b>Tablo 4.9.</b> Trimester ile STAI-1 ve STAI-2 puanlarının karşılaştırılması .....          | 35              |
| <b>Tablo 4.10.</b> STAI-1 ve risk faktörleri.....   | 37              |
| <b>Tablo 4.11.</b> STAI-2 ve risk faktörleri.....   | 38              |
| <b>Tablo 5.1.</b> Araştırmalarda babalarda bulunan anksiyete bozuklukları prevalansı .....    | 40              |
| <b>Tablo 5.2.</b> Araştırmalarda babalarda anksiyete bozuklukları STAI-1 puanları .....       | 42              |

## 9. ŞEKİLLER DİZİNİ

**Şekil 1.** EGE ve kontrol grubunun eğitim durumu

**Şekil 3.** EGE ve Kontrol grubunun gelir durumu

**Şekil 3.** Anksiyete oranları

**Şekil 4.** EGE ve Kontrol grubu için STAI-1 ve 2 puanlarının karşılaştırması

**Şekil 5** EGE grubu için trimester ile form 1 ve 2 puanlarının karşılaştırılması





## 10. EKLER

### EK-1 Eşi Gebe Olan Erkeklerde Anksiyete Düzeyi Anketi

No:..... /.....

| EŞİ GEBE OLAN ERKEKLERDE ANKSİYETE DÜZEYİ ANKETİ   |   |
|--|---|
| 1. Yaşınız:  | 2. Eğitim Durumunuz:  |
| 3. Yerleşim Yeri: a) İl merkezi b) İlçe c) Köy-Kasaba  | 1) Okur-Yazar Değil 2) Okur-Yazar 3) İlkokul<br>4) Ortaokul 5) Lise 6) Üniversite ve üstü |
| 4. Meslek: a) İşçi b) Memur c) Esnaf d) Çiftçi e) Emekli f) Çalışmıyorum                                   |   |
| 5. Gelir durumunuz hangisine uyuyor? a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla     |   |
| 6. Sosyal güvenceniz var mı? a) EVET b) HAYIR  |   |
| 7. Evde sizden başka aileden kimler bulunuyor? a) Yok b) Anne c) Baba d) Kayınbaba e) Kayınvalide f) Diğer |   |
| 8. Kronik bir hastalığınız var mı? a) EVET (.....) b) HAYIR  |   |
| 9. Madde bağımlılığınız var mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) a) Sigara b) Maraş otu c) Yok  |   |
| 10. Uyku kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz? a) İyi b) Orta c) Kötü                                       |   |
| 11. Son 6 ay içerisinde ciddi strese sebep olacak bir durum yaşadınız mı? a) EVET b) HAYIR                 |   |
| 12. Kaç yıldır evlisiniz? (.....)  |   |

|   |   |
|---|---|
| 13. Eşinizin yaşı:  | 14. Eşinizin eğitim durumu:   |
| 15. Eşiniz çalışıyor mu? a) EVET b) HAYIR                           | 1) Okur-Yazar Değil 2) Okur-Yazar 3) İlkokul<br>4) Ortaokul 5) Lise 6) Üniversite ve üstü     |
| 17. Eşiniz kaç kez gebe kaldı? (.....)                              | 16. Eşinizin kronik bir hastalığı var mı? a) EVET (.....) b) HAYIR                            |
| 19. Düşük yada ölü doğum oldu mu? a) EVET (Kaç defa?.....) b) HAYIR | 18. Yaşayan kaç çocuğunuz var? (.....)<br>Yaşlarını sırayla yazar mısınız? (.....)            |
|   | 20. Çocuğunuz varsa uzun süredir devam eden bir rahatsızlığı var mı? a) EVET (.....) b) HAYIR |

21. Eşiniz hamile (gebe) mi? a) EVET b) HAYIR

\*\*\* CEVABINIZ HAYIR İSE ARKA SAYFAYA GEÇİNİZ

|   |  |
|---|--|
| 22. Planlı bir gebelik miydi? a) EVET b) HAYIR  | 23. Eşiniz gebeliğin kaçınıcı ayında? (..... ) |
| 24. Kısırlık tedavisi aldınız mı? a) EVET b) HAYIR  |  |
| 25. Eşinizin gebeliği süresince ortaya çıkan bir hastalığı oldu mu? A) EVET (..... ) B) HAYIR   |  |
| 26. Gebelik takipleri için aile hekiminize düzenli gittiniz mi? a) EVET b) HAYIR  |  |
| 27. Gebelik takipleri için kadın doğum uzmanına düzenli gittiniz mi? a) EVET b) HAYIR   |  |
| 28. Eşiniz gebelikte ilaç kullanmak zorunda kaldı mı?<br>a) HAYIR b) Ağrı Kesici c) Antibiyotik d) Bulantı Önleyici e) Şeker İlacı f) Tansiyon İlacı g) DİĞER |  |
| 29. Doğumdan sonra bebeğin bakımını paylaşacak biri var mı?<br>a) Hayır b) Anneler c) Bakıcı d) Hala / Teyze e) Diğer (.....)                                 |  |

Lütfen size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

| İFADELER  | Katılıyorum | Bilmiyorum/<br>Fikrim yok | Katılmıyorum |
|---|-------------|---------------------------|--------------|
| Gebelik boyunca eşime yeterince destek veriyorum  |             |                           |              |
| Gebelik boyunca eşime destek verirken zorlanmadım   |             |                           |              |
| Eşimin gebelikte yaşadığı bulantı-kusma, iştah artışı, kabızlık, diş ağrısı, bel ağrısı, bacak krampları, aşırı uyku hali gibi rahatsızlıklara benzer benim de en az bir şikayetim oldu |             |                           |              |
| Gebelik süreciyle ilgili endişelerim var  |             |                           |              |
| Doğum anı ile ilgili endişelerim var  |             |                           |              |
| Doğum sonrası bakımla ilgili endişelerim var  |             |                           |              |
| Gebelik ve sonrasında maddi sıkıntıya girmekten korkuyorum  |             |                           |              |

**EK-2 STAI-1 Form (State-Trait Anxiety Inventory-1)****STAI- I FORM**

|     |  | <b>HIÇ</b> | <b>BİRAZ</b> | <b>ÇOK</b> | <b>TAMAMIYLA</b> |
|-----|--|------------|--------------|------------|------------------|
| 1.  | Şu anda sakinim                                |            |              |            |                  |
| 2.  | Kendimi emniyette hissediyorum                 |            |              |            |                  |
| 3.  | Su anda sınırlarım gergin                      |            |              |            |                  |
| 4.  | Pişmanlık duygusu içindeyim                    |            |              |            |                  |
| 5.  | Şu anda huzur içindeyim                        |            |              |            |                  |
| 6.  | Şu anda hiç keyfim yok                         |            |              |            |                  |
| 7.  | Başıma geleceklerden endişe ediyorum           |            |              |            |                  |
| 8.  | Kendimi dinlenmiş hissediyorum                 |            |              |            |                  |
| 9.  | Şu anda kaygılıyım                             |            |              |            |                  |
| 10. | Kendimi rahat hissediyorum                     |            |              |            |                  |
| 11. | Kendime güvenim var                            |            |              |            |                  |
| 12. | Şu anda asabım bozuk                           |            |              |            |                  |
| 13. | Çok sinirliyim                                 |            |              |            |                  |
| 14. | Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum  |            |              |            |                  |
| 15. | Kendimi rahatlamış hissediyorum                |            |              |            |                  |
| 16. | Şu anda halimden memnunum                      |            |              |            |                  |
| 17. | Şu anda endişeliyim                            |            |              |            |                  |
| 18. | Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum |            |              |            |                  |
| 19. | Şu anda sevinçliyim                            |            |              |            |                  |
| 20. | Şu anda keyfim yerinde.                        |            |              |            |                  |

**EK-3 STAI-2 Form (State-Trait Anxiety Inventory-2)****STAI- 2 FORM TX**

|     |  | <b>Hemen hemen hiçbir zaman</b> | <b>Bazen</b> | <b>Çok zaman</b> | <b>Hemen her zaman</b> |
|-----|--|---------------------------------|--------------|------------------|------------------------|
| 21. | Genellikle keyfim yerindedir                                 |                                 |              |                  |                        |
| 22. | Genellikle çabuk yorulurum                                   |                                 |              |                  |                        |
| 23. | Genellikle kolay ağlarım                                     |                                 |              |                  |                        |
| 24. | Başkaları kadar mutlu olmak isterim                          |                                 |              |                  |                        |
| 25. | Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım             |                                 |              |                  |                        |
| 26. | Kendimi dinlenmiş hissediyorum                               |                                 |              |                  |                        |
| 27. | Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım             |                                 |              |                  |                        |
| 28. | Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim       |                                 |              |                  |                        |
| 29. | Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim                        |                                 |              |                  |                        |
| 30. | Genellikle mutluyum  |                                 |              |                  |                        |
| 31. | Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim                       |                                 |              |                  |                        |
| 32. | Genellikle kendime güvenim yoktur                            |                                 |              |                  |                        |
| 33. | Genellikle kendimi emniyette hissederim                      |                                 |              |                  |                        |
| 34. | Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım         |                                 |              |                  |                        |
| 35. | Genellikle kendimi hüzünlü hissederim                        |                                 |              |                  |                        |
| 36. | Genellikle hayatımdan memnunum                               |                                 |              |                  |                        |
| 37. | Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder                     |                                 |              |                  |                        |
| 38. | Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam |                                 |              |                  |                        |
| 39. | Aklı başında ve kararlı bir insanım                          |                                 |              |                  |                        |
| 40. | Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor   |                                 |              |                  |                        |

## 11. ÖZGEÇMİŞ

E-Mail Adresi: [ckus46@hotmail.com](mailto:ckus46@hotmail.com)

Zawia/ Libya 1984 doğumluyum. İlköğrenimi Osman Gazi İlköğretim Okulunda, ortaöğrenimi Kadriye Çalık Anadolu Lisesinde tamamladım. Yükseköğrenimimi 2002-2009 yılları arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde gerçekleştirdim. 2011 yılında Kahramanmaraş'ın Çağlayancerit ilçesi Bozlar kasabasında mecburi hizmetimi tamamladım. 2013 yılında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında uzmanlık eğitimime başladım. 2016 yılında uzmanlık eğitimimi tamamladım.