

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

**GEBELİKTE ŞİDDETİN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Seda YALÇIN

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Zekiye TURAN

MAYIS-2022

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELİKTE ŞİDDETİN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Seda YALÇIN

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

“Bu tez .../.../2022 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oy birliği / Oy çokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 02/03/2021 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Seda YALÇIN

.../.../...

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bana yol gösteren, her türlü bilimsel, manevi destek, sabır ve sonsuz anlayışını benden esirgemeyen, harcadığı zamanı ve emekleri için çok değerli hocam ve danışmanım **Sayın Doç. Dr. Zekiye TURAN'** a,

Tez konumu belirlemede ve yüksek lisans eğitimimde bana büyük katkıları ve emekleri olan çok değerli hocam **Sayın Doç. Dr. Gönül KURT'** a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca sevgisini ve desteğini benden esirgemeyen değerli hocam **Arş. Gör. Hamide ARSLAN TARUS'** a

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi, bu aşamada da benden sevgi ve desteklerini esirgemeyen, çok sevgili **anneme, babama ve kardeşlerime,**

Sevgisini ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim **Kerem SARIKAYA'** ya

Araştırmaya katılan tüm katılımcılara

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla...

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	vi
TABLolar	vii
EKLER	viii
ÖZET	ix
SUMMARY	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1 PROBLEM TANIMI VE ÖNEMİ	1
1.2 ARAŞTIRMANIN AMACI.....	3
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. ŞİDDET	4
2.1.1. Şiddet Türleri	4
2.1.1.1.Fiziksel Şiddet.....	6
2.1.1.2.Psikolojik Şiddet	7
2.1.1.3.Ekonomik Şiddet.....	8
2.1.1.4.Cinsel Şiddet	9
2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Şiddet	9
2.2. GEBELİK	11
2.2.1. Gebelikte Görülen Değişiklikler	12
2.2.1.1.Genital Sistem Değişiklikleri	12
2.2.1.2. Üriner Sistem Değişiklikleri	13
2.2.1.3. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri	13
2.2.1.4. Solunum Sistem Değişiklikleri	14
2.2.1.5. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri.....	14

2.2.1.6. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri.....	15
2.2.1.7. Memede Görülen Değişiklikler.....	15
2.2.1.8. Ciltte Görülen Değişiklikler.....	16
2.2.1.9. Metabolik Değişiklikler	16
2.2.1.10. Endokrin Sistem Değişiklikleri.....	17
2.2.1.11. Psikolojik Değişiklikler.....	17
2.2.2. Gebelikte Psikososyal Gereksinimler	19
2.3. GEBELİKTE ŞİDDET VE ETKİLERİ	21
2.3.1. Gebelikte Eş Şiddetinin Maternal Sağlık Üzerindeki Etkileri	21
2.3.1.1. Maternal Fiziksel Sağlık Üzerindeki Etkileri.....	21
2.3.1.2. Maternal Zihinsel/Psikolojik Sağlık Üzerindeki Etkileri	22
2.3.1.3. Sosyal Yaşam Üzerindeki Etkileri	23
2.3.1.4. Kadın Üreme Sağlığı Üzerindeki Etkisi.....	23
2.3.2. Şiddetin Fetal ve Neonatal Sağlık Üzerindeki Etkileri	24
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	28
3.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	28
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	28
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	28
3.4.1 Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	29
3.4.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri	29
3.5. ARAŞTIRMANIN SORULARI VE HİPOTEZ	30
3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	30
3.6.1. Katılımcı Tanılama Formu.....	30
3.6.2.Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ).....	30
3.6.3.Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği (AKŞÖ).....	31
3.7. VERİLERİN TOPLANMASI.....	32

3.8. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ	32
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	33
4.BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA.....	47
5.1 GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	47
5.2 GEBELERİN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ VE ŞİDDET GÖRME DURUMLARINA GÖRE GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	49
5.3 GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE AİLE İÇİ KADINA YÖNELİK ŞİDDET ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	51
5.4 GEBELERİN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ VE ŞİDDET GÖRME DURUMLARINA GÖRE AİLE İÇİ KADINA YÖNELİK ŞİDDET ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
KAYNAKLAR	60
ÖZGEÇMİŞ.....	86

KISALTMALAR

AKŞÖ	:Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği
DÖB	:Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
GSUÖ	:Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği
HIV	:Human Immunodeficiency Virus
IQ	:Intelligence Quotient
MİN	:Minimum Değer
MAKS	:Maksimum Değer
n	:Örneklem
NST	:Nonstress Test
ORT	:Ortalama
SS	:Standart Sapma
SPSS	:Statistical Package for the Social Sciences
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	:World Health Organization

TABLÖLAR

Tablo 1. Sosyo-demografik Özelliklerin İncelenmesi (n=341).....	34
Tablo 2. Gebelerin Aile Durumu ve Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=341).....	35
Tablo 3. Gebelerin Aile Durumuna Göre Dağılımı (n=341).....	36
Tablo 4. Gebelerin Ölçek Puanlarının İncelenmesi (n=341).....	37
Tablo 5. Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=341)	38
Tablo 6. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Şiddet Görme Durumlarına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=341)	39
Tablo 7. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=341)	40
Tablo 8. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Şiddet Görme Durumlarına Göre Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=341).....	42
Tablo 9. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri ve Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği ile Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçek ve Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=341).....	43
Tablo 10. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği ile Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=341)	44
Tablo 11. Bağımsız değişkenlerin GSU ölçeği üzerindeki etkilerin incelenmesi	45
Tablo 12. Aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği üzerindeki etkilerin incelenmesi....	45

EKLER

EK 1. Etik Kurul Onay Formu.....	72
EK 2. Ölçek İzni	73
EK 3. Katılımcı Tanılama Formu	74
EK 4. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği.....	79
EK 5. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği.....	81



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Kadınlar hayatlarının her döneminde şiddete maruz kalmaktadırlar. Bu dönemlerden en özel ve hassas olanı gebelik dönemidir. Bu araştırmada gebelikte şiddet sıklığının belirlenmesi ve şiddetin gebe kadının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Şubat -Haziran 2021 tarihleri arasında bir kamu hastanesinde 341 gebe kadın ile yürütülmüştür. Araştırma verilerinin toplanmasında ‘Katılımcı Tanılama Formu’, ‘Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ)’ ve ‘Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği (AKŞÖ)’ kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik yöntemler, t testi, ANOVA, One Way ANOVA, Levene testi, Bonferroni ve Tamhane’s T2 testi kullanılmıştır. Anlamlılık için $p<0,05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR: Gebelerin GSUÖ’ den aldıkları puan ortalaması $123,27\pm13$ (orta düzeyde) ve AKŞÖ puan ortalaması $67,01\pm7,32$ (orta düzeyde) olarak hesaplanmıştır. GSUÖ ile AKŞÖ ve alt boyutlarından duygusal şiddet, sözel şiddet, ekonomik şiddet, cinsel şiddet arasında istatistiksel olarak negatif yönde önemli ilişki olduğu belirlenmiştir. Yaş, gebelik sayısı ve canlı doğum sayısı ile AKŞÖ arasında, GSUÖ ile de evlenme yaşı arasında pozitif yönde anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki saptanmıştır. AKŞÖ ile evlenme yaşı, GSUÖ ile de canlı doğum sayısı arasında negatif yönde anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur. Düşük sayısı ile fiziksel şiddet arasında ise pozitif yönde önemli ilişki olduğu belirlenmiştir.

SONUÇ: Gebelikte şiddetin orta düzeyde olduğu, aile içi şiddetin gebelik döneminde sağlıklı yaşam biçimi uygulamalarına etki ettiği ve şiddetin artmasıyla gebelerin bu davranışlara uyumunun azaldığı belirlenmiştir. Aynı zamanda sosyo-demografik özelliklerle şiddetin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ilişkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Gebelikte şiddet, Hemşire, Sağlık uygulamaları, Şiddet

SUMMARY

Determining the Effect of Violence During Pregnancy on Healthy Lifestyle Behaviors

INTRODUCTION AND PURPOSE: Women are exposed to violence at every stage of their lives. The most important and sensitive of these periods is the pregnancy period. In this study, it was aimed to determine the frequency of violence during pregnancy and to determine the effect of violence on healthy lifestyle behaviors of pregnant women.

MATERIALS AND METHODS: This descriptive study was conducted with 341 pregnant women in a public hospital between February and June 2021.

“Participant diagnosis form “,” Health Practices in Pregnancy Scale” and” Domestic Violence Against Women Scale” were used to collect the research data. Descriptive statistical methods in data analysis, t test, ANOVA, Oneway ANOVA, Levene test, Bonferroni and Tamhane’s T2 test were used. For significance $p < 0,05$ were admitted.

FINDING: The mean score of the pregnant women in GSUÖ was 123.27 ± 13 (moderate level) and AKŞÖ score average was 67.01 ± 7.32 (moderate level) calculated. It has been determined that there is a statistically significant negative relationship between GSUÖ and AKŞÖ and its sub-dimensions, emotional violence and sexual violence. A positive correlation was found between age, number of pregnancies, number of live births and AKŞÖ, and a significant positive correlation between GSUÖ and age at marriage ($p < 0,05$).

The age at marriage with AKŞÖ and the number of live births with GSUÖ a negative significant ($p < 0.05$) relationship was found. On the other hand, it was determined that, there was a significant positive relationship between the number of miscarriages and physical violence.

CONCLUSION: It has been determined that violence during pregnancy is moderate, domestic violence affects healthy lifestyle, practices during pregnancy and with the increase in violence, the compliance of pregnant women to these behaviors decreases.

Keywords: Pregnancy, Violence During Pregnancy, Nurse, Health Apps, Violence

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 PROBLEM TANIMI VE ÖNEMİ

Kadın hayatına baktığımızda gebelik dönemi çok özel bir dönemdir. Gebelikte fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden değişiklikler yaşanmakta ve bu değişikliklere uyum sağlanmaktadır (Taşkın,2016). Bu dönem içinde gebenin psikososyal sağlığını etkileyecek çok fazla faktör vardır. Bu faktörler arasında, kadının eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzeyi, obstetrik öyküsü, eşiyle ilişkisi, aile bireylerinin gebeye karşı davranışları, gebenin geçmiş ruhsal problemleri, çevresinde bulunan rol modeller, gebenin gebeliği hakkında bilgi eksikliği veya hatalı bilgi olması, düşük öz saygı gibi faktörler sayılabilir (Körükçü, Deliktaş, Aydın ve Kabukcuoğlu, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kadınlarda şiddet yaşama olasılığını arttıran faktörleri; eğitim seviyesinin düşük olması, aile içinde şiddete maruz kalma hikayesi, çocukluk döneminde tacize uğrama, psikolojik açıdan sorunların olması ve toplumun baskın şekilde erkek egemenliğini savunur bir tutum göstermesi şeklinde açıklamıştır (DSÖ,2017). Gebelik döneminde görülen şiddet maalesef sosyal sınıf gözetmeksizin tüm kadınlarda görülmekle beraber riskli grubun ilk sıralarında özellikle genç yaşta olan, evli olmayan veya eşinden ayrılmış, eğitim görmemiş, alkol veya yasaklı madde bağımlısı, sosyoekonomik seviyesi düşük olanlar yer almaktadır. Bu dönemde aile içi şiddetin artmasına neden olan etkenler; sosyoekonomik düzeyin düşük olması, alkol veya madde bağımlılığı, geniş ailede yaşamak, ayrı yaşamak, çok çocuklu olmak ve işsizlik olarak sıralanmaktadır (Giray ve ark .2005)

Şiddet gören kadınlarda, şiddetin komplikasyonları olarak karşımıza birden fazla sağlık sorunu çıkmaktadır. Bu etkiler depresyon, stres bozuklukları, plansız gebelikler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Demirel ve Daşkan,2016). Gebenin ve fetüsün sağlığını önemli derecede etkileyecek olan şiddet, birçok olumsuz sonucu beraberinde doğurmaktadır. Şiddetin doğurduğu sonuçlar ise duygusal olarak ve fiziksel olarak iki yönüyle ele alınabilir. Genel olarak fiziksel ve cinsel şiddet daha göz önünde olduğundan ve üzerinde daha çok durulan türler olduğundan duygusal/psikolojik şiddet yeterince tanımlanamamaktadır. Gebelikte eş şiddeti üzerine yapılmış birçok çalışmada fiziksel şiddet üzerine yoğunlaşmış fakat gebelikte duygusal ve cinsel şiddette en az

fiziksel şiddet etkisinde annenin ve bebeğin sağlığında tehlikeli gör÷lmektedir (World Health Organisation/WHO,2011; Gharacheh, Azadi, Mohammadi, Montazeri, Khalajinia,2016). Dünya’da her dört kadından biri gebelik döneminde fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalmaktadır (Çilli, Ateş ve Küğçümen,2019). Türkiye’de genel olarak her 10 kadının dördü gebelik sırasında şiddet gördüğünü ve şiddetin devam ettiğini belirtmiştir. Her 10 kadından biri ise maruz bırakıldığı şiddet oranının giderek arttığını bildirmiştir (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2009).

Gebelikte anne sağlığının yanı sıra fetus sağlığı da olumsuz şekilde etkilenmektedir. Gebenin şiddete maruz kalması, fetusun gelişim döneminde de etkisini devam ettirmekte ve birçok risk faktörünü barındırmaktadır. Şiddete maruz kalmayla ilişkili olarak fetus yaralanmaları, yumuşak dokunun hasarları, dalak veya akciğerin rüptürü, fetal distres/asfiksi, kemik kırıkları, intrauterin gelişme geriliği, prematüre, düşük doğum ağırlığı ve yenidoğanın kaybı gibi fetal ve neonatal yönden olumsuz komplikasyonları beraberinde doğurabilmektedir (Sezgin ve Özcan,2020). Yenidoğanın morbidite ve mortalitesinin ilk sıralarında yer alan nedenleri, düşük doğum ağırlığı ve erken doğumdur. Düşük doğum ağırlıklı doğmuş bebeklerde ilerleyen dönemde; bilişsel problemler, motor gecikmeler, serebral palsi, düşük IQ (Intelligence Quotient) ve öğrenme zorlukları, dil gelişiminde gecikme, davranışsal bozukluklar, artmış özel eğitim ihtiyacı ve ani bebek ölümü sendromu sıklıkla gör÷lmektedir (Topkara ve Özerdoğan,2020).

Gebelik dönemindeki sağlık uygulamaları, annenin, fetusun ve yenidoğanın sağlığını kapsayan ve gebeliğin sonuçlarını etkileyen aktiviteler olarak açıklanmaktadır. Dengeli-düzenli beslenme, diş bakımı, sağlıklı kilo alımı, düzenli egzersiz, gebelik ve doğum konusunda eğitim alma, sigara- alkol -yasaklı madde kullanmama, bilinçsiz ilaç kullanmama ve riskli cinsel davranışlardan / diğer enfeksiyon kaynaklarına maruziyetten kaçınma bu uygulamalar içerisinde yer almaktadır (Lindgreen, 2005). Gebelik sürecine ve ebeveynler üzerinde büyük etkiye sahip sağlık uygulamaları, doğum öncesi bakımda tanılanmış ve gebeye kazandırılmış olmalıdır. Gebelik döneminde şiddet gören kadınların aynı zamanda sağlık uygulamaları da olumsuz şekilde etkilenmektedir. Gebelikte şiddet konusu sağlık profesyonelleri tarafından çoğunlukla ele alınmayan fakat toplumlarda sıkça rastlanan bir durumdur. Gebelik döneminde şiddete maruz kalan kişileri tespit

etmede ve doğum öncesi bakım/izlemede görev alan sağlık profesyonellerinin önemli rolleri bulunmaktadır (Demirel ve Daşkan, 2016).

1.2 ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada gebelikte şiddet sıklığının belirlenmesi ve şiddetin gebe kadının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin saptanması amaçlanmıştır. Bu araştırmanın, hemşire ve ebelerin hizmet sunmasında bu durumu göz önüne almaları ve gebe kadınlara daha kaliteli bir bakım ve danışmanlık hizmeti sunmaları konularında farkındalık oluşturacağı düşünülmektedir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİDDET

Şiddet Önleme Birliği'nin (Violence Prevention Alliance/VPA), Dünya Şiddet ve Sağlık Raporu'nda (*World Report on Violence and Health/ WRVH*) tanımlandığı şekliyle şiddet; kendi canına, başka birisine, bir grup ya da topluluğa karşı, yaralanma, ölüm, psikolojik şekilde zarar, gelişiminde sorun ya da yoksunluğa yol açan/açma olasılığı yüksek olan, fiziksel kuvvet veya iktidarın kasıtlı tehdit veya fiili olarak kullanımıdır (WHO, 2021).

2.1.1. Şiddet Türleri

WRVH, şiddetin uygulanabilen dört şeklini fiziksel olarak, cinsel olarak, ekonomik olarak ve psikolojik saldırı ve yoksunluk şeklinde birbirinden ayırır. Ayrıca, şiddeti mağdur-fail ilişkisine göre üç alt kategoriye ayırmaktadır (WHO, 2021).

- a. **Kendi kendine yönelik şiddet**, suçu işleyen ve suç işlenenin aynı kişi olduğu ve kendi başına istismarın ve intiharın alt gruplara ayrılan şiddet şeklini ifade etmektedir.
- b. **Kişilerarası şiddet**, iki bireyin arasında yaşanan şiddeti ifade etmektedir. Aile içinde, yakın eş şiddeti ve toplum şiddeti olarak alt bölümlere ayrılır. İlk kategori, çocuklara kötü muameleyi içerir; yakın partner şiddeti ve yaşlı istismarıdır. İkinci kategori ise tanıdık ve yabancı şiddete bölünür ve genç şiddetini içerir; yabancılar tarafından saldırı, mülkiyet suçlarıyla ilgili şiddet, iş yerlerinde ve diğer kurumlardaki şiddettir.
- c. **Toplu şiddet**, daha kapsamlı kişi gruplarında uygulanan şiddet türünü tanımlar. Sosyal, ekonomik, politik şiddet olarak alt kümelere ayrılabilir (WHO,2021).

Şiddetin en yaygın görülen şekli olan, eş/partner tarafından uygulanan kadını veya çocuğu maruz bıraktığı aile içi şiddet, ortaya çıkardığı sonuçları itibariyle önemli derecede toplum sağlığı sorunu olmaktadır (Akkaş ve Uyanık, 2016). Aile içi şiddeti kategorize ettiğimizde kişiler arası şiddet kategorisine girmektedir. Toplumda en yaygın şiddet olmasına rağmen aile içi ilişkiler içinde gerçekleşmesinden dolayı çoğunlukla kapalı kapılar ardında kalmakta, açığa çıkmamaktadır (Doğrucan ve

Yıldırım, 2020). Aile içi şiddet görme oranlarına bakıldığında ilk sırada kadınlar yer almaktadır.

Yapılan bir çalışmada şiddet mağduru kadınların, şiddete gerekçe olarak görülen yemeği eşinin istediği gibi yapma gibi durumları ortadan kaldırma çabalarına rağmen şiddete maruz kaldıklarını, sonrasında kendilerinde hatalı bir davranışın olup olmadığına odaklandıkları bildirilmiştir (Boyacıoğlu, 2016).

Kadınlar dünyanın birçok yerinde temel fonksiyonlarının desteklenmesi yönünden erkeklerle kıyaslandığında daha kötü beslenmekte, daha zayıf, daha sağlıklı, daha eğitimsiz ve profesyonel eğitimden geri kalmışlardır. Bu durum kadınların fiziksel, psikolojik ve cinsel olarak şiddete uğramalarına neden olmaktadır (Harcar, Budak, Çakır ve Sürgevil 2008).

Aile içi şiddet çoğunlukla sık gözlemlenen bir şiddet türüdür. Aile içi şiddetin ise tüm toplumlarda yaygın olan ve en fazla gizli tutulan türü kadına yapılan şiddet biçimidir. Kadınlara fiziksel olarak cinsel olarak ya da psikolojik olarak hasar veren ağrı çekmelerine sebep olacak davranışlar, bu davranışlara yönelik tehdit içeren ve kadınların zorla özgürlüğünü kısıtlamaya sebebiyet veren durumların kadına yönelik şiddeti tanımlayıcı davranışlardır (Akkaş ve Uyanık, 2016).

Uluslararası ve ulusal kanunlarda kadına şiddetin sadece fiziksel şekilde olmayıp cinsel olarak psikolojik olarak ya da ekonomik şiddet şeklinde de olabileceği belirtilmektedir. Bu kapsam içerisinde literatürde kadına yönelik şiddet türleri aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır (Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı, 2016-2020):

- Fiziksel şiddet
- Ekonomik şiddet
- Cinsel şiddet
- Psikolojik şiddet

Gebelikte şiddetin meydana getirdiği sonuçlar ise iki taraflı incelenir; fiziksel ve duygusal. Genel olarak fiziksel ve cinsel şiddet üzerinde daha çok durulduğundan duygusal/psikolojik şiddet yeterli düzeyde tanımlanamamaktadır. Gebelikte eş şiddeti üzerine yapılan çalışmaların birçoğu fiziksel şiddete yoğunlaşmış da olsa

gebelik için duygusal ve cinsel istismar da en az fiziksel istismar kadar annenin ve fetüsün sağlığı için tehlikeli kabul edilmektedir (Demirel ve Daşkan, 2016).

2.1.1.1.Fiziksel Şiddet

Nezaketsiz şekilde davranışlar uygulamak, vurma, saldırma gibi nesne veya bir silah aracılığı ile ateş etmek, yaralanmaya sebep olmak, baskı altında tutmak, zorlamayla güç kullanıp kendi isteğini yaptırmaya çalışmak ve buna benzer birçok örnek fiziksel/bedensel saldırı davranışlarını içermektedir. Erkek egemenliğinin baskın olduğu toplumlarda, beden gücü anlamında kadına göre daha güçlü olması, ona karşı hücumda bulunup güç kullanımına fırsat oluşturmaktadır (Şenol ve Yıldız, 2013).

Fiziksel şiddet, uygulanma şekillerine göre iki temel başlıkta incelenir:

- a. Aletsiz Saldırıları:** Herhangi bir aletin kullanılmadan uygulanan şiddet türüdür. Tokat atmak, yumruklamak, itmek, sarsmak, tekmelemek, çimdiklemek gibi hareketler bu kapsam içindedir.
- b. Aletli Saldırıları:** Fiziksel şiddetin diğer türü olan aletli saldırılarda şiddet aracı olarak bir alet kullanılır. Bedende birden çok lezyon meydana getirir. Genel olarak kemer, kayış, telefon ya da tava gibi herhangi bir ev eşyası, hortum, yanık oluşturmaya sebebiyet verici sigara, ütü, sıcak su ve sıcak yiyecek ürünleridir (Polat, 2016).

Bedensel/fiziki şiddet, kadın için olumsuz duygular yaratır. Bu duygular değersiz hissetmek, öz saygıyı yitirmek ve kadının korku duymasıdır (Akkaş ve Uyanık,2016). Aynı zamanda fiziki olan şiddetin kadın bedeninde oluşan başlıca bulguları ise çizilmeler, kemik kırıkları, yanıklar ve ekimozlardır. Bu şiddet türünde yaralanmalarda en çok yüz kısmı, göğüs, sırt, kollar, bacak alt kısımları ve genital bölgeye rastlanmaktadır. Aslında en büyük problemlerden birisi de şiddeti yaşayan kişinin bunu saklamasıdır. Kadın kapının veya pencerenin çarpmasını ya da düştüğünü öne sürerek bu gibi nedenlerin ardına gerçeği gizlemek ister veya bunu söylemek zorunda bırakılır. Yaşlılar ise utanç ya da çocuklarının düzeninin bozulması korkusuyla yaşadıklarını saklamaya çalışırlar (Polat, 2016).

2.1.1.2.Psikolojik Şiddet

Bireyin vücudundan ziyade ruhunu hedef alan şiddet türü olarak tanımlanmaktadır (Çilli, Ateş ve Küğçümen,2019). Kişide baskı oluşturmak için sürekli olarak kişinin duygularını/düşüncelerini göz ardı etmek ve kişiyi kontrol altına almak için uygulanan psikolojik saldırıdır. Psikolojik şiddet, kadınlarda birçok etkiye neden olmaktadır. Bu etkiler şu şekilde özetlenebilir:

- Zorla evde tutmaya çalışmak
- Sosyal hayatına müdahalede bulunmak
- Arkadaş çevresiyle buluşturmamak
- Kılık/kıyafetine müdahale etmek
- Dışarıda gideceği yerlere müdahale etmek
- Sürekli olarak eleştiride bulunmak
- Kıskanç olduğunu öne sürerek kurallarla yaşamını sınırlamak
- Fikirlerini anlatmasına mâni olmak
- Aile üyeleriyle buluşmasını istememek gibi birden fazla örnek verilebilmektedir (Köse ve Beşer, 2007; Akın 2013).

Psikolojik şiddetin genellikle gözle görülebilen sonuçları olmadığı için önemsenmeyebilir fakat kişi için ağır yaralara sebep olabilir. Psikolojik olarak şiddet gören kadınlarda aşağıda sıralanan psikolojik problemler ortaya çıkabilir (Akkaş ve Uyanık, 2016):

- Kendine olan saygısının azalması,
- Değer vermede azalma ve özgüveninde eksiklik,
- İkili ilişkilerde zorluk yaşama,
- Sorunları üstlenmede isteksiz olma,
- Kişinin kendisini becerikli ve yeterli hissetmemesi,
- Karakter gelişiminde sorunların olması,
- Stres faktörlü fiziksel şikayetler,
- Kişinin kendisine istemli şekilde fiziki zarar vermesi ve suikid girişim düşüncesi,
- Değersiz olduğunu düşündüren mesajları içselleştirmesi.

2.1.1.3.Ekonomik Şiddet

Ekonomide kazanç getirecek kaynakları ve parayı sistemli olarak kadına karşı bir yaptırım aracı şeklinde kullanmak, gözdağı vererek kadını parayla güç altına almaya çalışmak, ekonomik saldırı, zorlama olarak açıklanmaktadır.

Kadınlara uygulanan ekonomik şiddeti yansıtan davranışlara örnekler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Şenol ve Yıldız, 2013):

- Çalışmasına müsaade etmemek,
- Ekonomik anlamda bağımsız olmasını engellemek,
- Kadının parası üzerinde yetki sahibi olmak,
- Azıcık para verip kadının bağımlı hale gelmesini sağlamak, kadın için kadından yapılamayacak şeyler istemek veya bu talep edilen maddi anlamda değerli olan şeylerin karşılanmaması durumunda kadına kötü şekilde davranışta bulunmak,
- Hakarete bulunmak, evde huzursuzluk yaratmak,
- Evdeki temel gereksinimlerin (yiyecek, içecek vb.) kadın tarafından karşılanması için baskı uygulamak.

Gebelik sürecinde sıklıkla karşılaşılan ekonomik şiddet içeren tutumlar ise gebenin herhangi bir işte çalışmasını engellemek, kazandığı paraya el koymak ve evin faturalarını ödememek şeklinde sıralanmaktadır (Ayrancı, Günay ve Ünlüoğlu, 2002).

Ekonomik şiddet gören kadınlar, onlara sunulmuş olan hak ve özgürlükleri fark edemedikleri gibi uğramış oldukları şiddeti ve bununla ilgili olarak sağlık sorunlarını da giderecek parasal anlamdaki güce de yetkin değildirler. Gelinek noktasında bu sıkıntıların azaltılarak ortadan kaldırılmasına yönelik ilerlemeler kaydedilmeye başlanmıştır. Kadının eşinin onayı olmadan kamu alanı haricinde çalışmaması kararının kaldırılması bu duruma örnektir.

01.01.2002 tarihinde kabul edilmiş olan yasal mal yönetimi, evlilik süresince tarafların sahip olduğu malların eşit şekilde paylaşılmasını bildiren, ekonomik gücü destekleyici tarzda bir yasadır. Fakat farklı yasal ayarlamalara rağmen ekonomik şiddet/saldırı günümüzde devam etmekte ve kadınlarımızın hayatlarını işgal etmeyi sürdürmektedir (Büyüktanır, 2002; Karşlıoğlu,2019).

2.1.1.4.Cinsel Şiddet

Şiddete uğrayan kişinin de şiddeti uygulayan kişinin de kabullenmekte zorluk çektiği istismar türüdür. Cinsel durumun bir sindirme ve tehlike faktörü olarak görülmesi ve cinsel anlamda üstün durumdaki eş/partnerin kadını sindirmesi söz konusudur. Cinsel istismara uğrayanlar ise genelde kadınlar olmaktadır (Şenol ve Yıldız, 2013).

Cinsel şiddetin kadınlar üzerindeki etkileri aşağıdaki gibi özetlenebilir (Üstüner, 2020):

- Evlendiği kişi olsa dahi eşini uygun bulmadığı yerde ve zamanda uygun bulmadığı bir şekilde cinsel birliktelik için zorlama (tecavüz)
- Kendi dışındaki kişilerle cinsel birlikteliğe zorlama, kadının cinsel organlarını incitmek, çocuğunu doğurmaya ya da doğurmamasına, kürtaj yaptırmaya, ensest bir ilişkiye (aile-akrabalar arasında cinsel taciz-tecavüz), fuhuş yapmaya mecbur etmek
- İletişim araçları ile (telefon-mektup) veya sözel şekilde cinsellik içeren rahatsız edici hareketlerde bulunmak
- Zorla evlendirmek.

Cinsel şiddetin arka planında ise cinsel hastalıklar, psikolojik sorunlar, toplumu içeren sorunlar, toplumsal düzene ayak uyduramamak, yasaklı madde alışkanlıkları gibi sayabileceğimiz birden fazla neden yer alır. Sayılan nedenlerle beraber en fazla onay almış düşünce, cemiyetin fikrine göre eş/partner her ne şekilde olursa olsun erkek tarafından istenilen cinsel gereksinimleri isteyerek ya da istemeyerek yerine getirmesinin kadının görevi olduğudur. Bu fikrin ardında kalan görüş, aslında kadının erkeğe göre toplum için kabul görmüş cinsiyet rolleri açısından edilgen olması ve erkek tarafından kadın için isteklerinin yerine getirmesi öncelik gösterilen düşüncedir. Bu nedenle, bu görüşe göre kadının arzuları ve fikirleri önemsenmemektedir (Şenol ve Yıldız 2013; Üstüner,2020).

2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Şiddet

Dünyadaki kadınların her üçünden biri şiddete, her beşinden biri ise yaşamını paylaşmış olduğu erkeklerden fiziksel/bedensel olarak veya cinsel olarak şiddet görmektedir (Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı, 2016-2020). DSÖ’nün 2013 yılında yayımlanan kadına yönelik şiddet raporunda, yaş grubu 15-49

olarak alınmıştır. Bu yaş aralığındaki kadınlardan %13 ile %61'i ömürleri süresince en kötü bir kere eş/partnerlerinden şiddet gördüğü %6 ile %59'u eşleri tarafından en az bir kere istememelerine rağmen cinsel birleşmeye zorlandığı %1 ile %28 aralığındaki kadınlar ise gebeliği boyunca eşlerinden fiziki olarak şiddet gördüğünü bildirmişlerdir (WHO, 2013).

Kadınların şiddete maruz kalma meselesinde evrensel anlamda en kapsamlı yapılmış olan çalışma, 2012 yılı içerisinde Avrupa Birliği'ne üye olan ülkelerde yaşayan 42 bin kadının katılım sağlamasıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmada belirlenen kadınların eş veya partnerleri tarafından fiziksel, psikolojik ve cinsel olarak şiddete en fazla uğradığı ülke Danimarka, en düşük oranda şiddete maruz kaldığı ülke ise Polonya olmuştur. Avrupa Birliği'ne (AB) üyeliği olan diğer ülkelerdeki ortalamalar incelendiğinde, kadınların %33'lük kısmının eşleri ya da partnerleri tarafından fiziksel olarak, psikolojik olarak ve cinsel olarak şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (European Union Agency for Fundamental Rights/FRA,2014).

Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet araştırmasında (2015), fiziksel şiddet görme %36, cinsel şiddet görme %12, duygusal veya sözel şiddet görme %44, fiziksel olarak veya cinsel olarak şiddet görme oranının ise %38 olduğu belirlenmiştir (Türkiye Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2015).

Kadın, hayatının her döneminde şiddet etkenine maruz kalarak bu etkenle karşılaşabilmektedir. Karşılaştığı dönemlerden biri ise kadının sağlık durumunda önemli yere sahip ve aynı zamanda bebeğin sağlığını doğrudan etkileyen gebelik dönemidir. (Demirel ve Daşıkın, 2016; Sağkal, Kalkım, Kırmızılar ve Uğurlu, 2014). Dünya'da dört kadından bir tanesi gebelik döneminde fiziksel olarak veya cinsel olarak şiddet görmektedir (Demirel ve Daşıkın, 2016). Türkiye'de ise gebelik dönemi içerisinde şiddet görme oranı %11'dir (Türkiye Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2015).

Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet araştırmasında; Türkiye'de genel anlamda en az bir kere gebe kalan her 10 kadından birisinin gebelik döneminde eşi ya da birliktelik yaşadığı kişi veya kişilerden fiziki olarak şiddet yaşamış olduğu saptanmıştır (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, 2015). Gebelik sırasında kadınların en çok psikolojik olarak şiddet gördüğü ve şiddetin en yüksek oranda eşler tarafından

uygulandığı saptanmıştır (Demirel ve ark., 2013). Ayrancı ve arkadaşları çalışmalarında gebe kadınların %71,4'ünün gebeliği sırasında eşinden fiziksel şiddet, cinsel, ruhsal/sözel şiddet türleri arasından bir tanesini veya birden fazlasını yaşadığını belirtmiştir (Ayrancı, Günay ve Ünlüoğlu 2002). Karmaliani ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadınların %51'lik diliminin gebelik döneminde şiddet gördüğü (Karmaliani et al 2008), Moraes ve Reichenheim'in (2002) çalışmasında gebe kadınların %33,8'lik diliminin fiziksel olarak şiddet yaşadığı, %9,9'unun cinsel olarak şiddet yaşadığı, %78,3'ünün duygusal şiddet yaşadığı belirlenmiştir (Moraes ve Reichenheim, 2002).

2.2. GEBELİK

Gebelik, aileye yeni katılacak üyenin beklentisi ve heyecanı ile yaşanan çok özel bir süreçtir. Kadın yaşamında doğal bir durum olmasının yanı sıra kadının vücudunda önemli şekilde ağırlık ve stres yaratmaktadır. Kadın yumurtalıklarından atılan üreme hücresi olarak tanımlanan yumurtanın sperm ile birleşmesi sonucu gerçekleşen fertilizasyon olayı gebeliği oluşturmaktadır. Gebeliğin süresi son görülen menstruasyonun başlangıcıyla beraber sonrasında 287 gün veya 10 lunar ay veya 40 hafta olarak bilinir. Herkes tarafından bilinen gerçek gebelik süreci ise fertilizasyonun gerçekleşmesinden itibaren 267 gündür (Taşkın 2016; Coşkun 2016).

Kırk haftalık bu süre üç trimesterde ele alınmaktadır. Gebeliğin başlamasından embriyonel dönemin tamamlanıp bittiği, fetal dönemin başlamış olduğu ilk on iki haftalık süreci birinci trimester, 13-27. haftaları kapsayan süreç ikinci trimester ve 28. haftadan itibaren başlayıp gebelik bitimine kadar devam eden süreç ise üçüncü trimester olarak adlandırılmaktadır. Sağlıklı gebelik ise, tahmin edilebilen tehlikeli bir hal olmadan anne adayının şu anki gebeliğinde ya da geçmişteki gebeliklerinde komplike durumların, önem arz eden anne tarafından olan tıbbi hastalıkların anne için morbiditesi veya mortalitesinin olmama durumu ve fetüsün gelişiminin normal seyirde olması şeklinde tanımlanmaktadır (Aslan, 2019).

Gebelik, fizyolojik yönüyle bakıldığında normal bir süreç olarak görüldüğünde bu süreç içinde gelişen değişimler sağlık ve hastalık arasındaki çizgiyi daraltmaktadır. Gebe kendisinin ve fetüsün sağlığını iyileştirmek için bu yeni gelişen duruma

adaptasyonunu sağlamak zorundadır. Gebeliğin oluşmasıyla, vücudun meydana gelen değişimlere cevabı bireysel olarak farklılık gösterir (Coşkun, 2016).

2.2.1. Gebelikte Görülen Değişiklikler

Gebe, büyüyen ve gelişim gösteren fetüsün gebelik süresince ihtiyaçlarını karşılayarak ve gereken uygun alanı oluşturarak doğum için hazır hale getirmeye çalışır (Arslan ve ark., 2019).

Gebenin dış görünüşü gebeliği süresince tüm değişikliklerden etkilenmektedir. Değişikliklerin görülmesi olağan görülür fakat tüm gebelerde değişimler aynı şekilde yaşanmayacaktır (Aslan, 2019). Anne adayında görülen fiziksel değişiklikler ise doğum sonrası ilk iki hafta içerisinde eski halini alacaktır (Coşkun, 2016).

2.2.1.1. Genital Sistem Değişiklikleri

Genital sistemde de gebelik sürecinde büyük değişiklikler olmaktadır (Aslan, 2019). Genellikle bu değişimler damar yapılanmasında ve hormonların yapımında artış ile ilgilidir (Taşkın, 2016). Gebeliğin ilerlemesiyle beraber uterus, fetüsün gelişiminden dolayı sağ tarafa rotasyonu ile silindire benzer şekilde görünüm kazanır (Aslan, 2019). Progesteron ve estrogen hormonları etkisiyle uterus kaslarında büyüme ve kalınlaşma gelişmektedir. Kalınlaşmanın ve genişlemenin en çok görüldüğü yer fundustur. Fundus yüksekliği gebelik haftasına göre değişmektedir. Gebeliğin son üç haftasında uterus duvarları incelmekte ve kasılma yeteneği artmaktadır (Coşkun, 2016).

Servikte de hipertrofi, hiperplazi ve yumuşama gerçekleşir. Servikal kanal mukoz bir tıkaçla dolar. Doğum sürecine yakın zamanda dışarı atılarak ilk belirti, halk arasında nişane, olarak bilinir. Vajen mor ve ödemlidir (Chadwick belirtisi) ve yumuşak bir görünüm almıştır (Godell belirtisi), (Beji, 2015). Vajenin salgısı ve glikojen oranında artış olur. Glikojen artışıyla laktik asit üretimi olur. Artan glikojenden laktik asit üretilir ve böylece vajen pH 'ı asite dönüşür. Buna bağlı olarak enfeksiyonlara karşı direnç sağlanır. Vajen bölgesinde damarlaştırmadaki artış sebebiyle varislerin oluşumuna yatkınlıkta artmış olur (Coşkun, 2016). Büyüyen uterus baskı yapar ve damar yapısında artma ile pigmentasyon sonrasında vulva ve perine daha koyu bir renge dönüşür (Aslan, 2019).

2.2.1.2. Üriner Sistem Değişiklikleri

Süreç boyunca üriner sistem yapılarında işlevsel olarak ve yapısal olarak değişiklikler ile karşılaşılır. Birinci ve üçüncü trimesterde uterusun mesaneye doğru yapmış olduğu bası nedeniyle mesanenin kapasitesi azalır buna bağlı sıkça ve acilen idrar belirtisi olur (Taşkın, 2016). Glomerüler filtrasyon hızı artar ve tübüler reabsorbsiyon yetersizliği sonucunda glikozüri görülür. Bu durum normal karşılanır. Çünkü doğumdan sonra düzelme gösterecektir. Ancak 300 mg/gün üzerindeki değerler normal kabul edilmez (Coşkun, 2016).

Gebeliğin ilk dönemlerinden lohusalık dönemine kadar böbreklerin yapısında ve üreterlerin yapısında dilatasyon gerçekleşir. Peristaltik motilitede azalma olmasından dolayı idrar stazı gelişir. Üreterler ise idrarın akışını engelleyerek üreterde ve renal pelviste dilatasyon gerçekleşir ve bundan dolayı gebelik sürecinde üriner sistem enfeksiyonları görülebilir (Taşkın, 2016).

2.2.1.3. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Gebelik dönemi içerisinde fetüs, metabolizma artışına sebep olur. Gebelikte oksijen harcanmasında %20 yükseliş gerçekleşir. Fetüsün de büyümesiyle gözle görülen değişimler ortaya çıkar (Taşkın, 2016).

Gebelikte eritrositler artmış olsa bile plazma volümündeki artış daha fazladır. Bunun sonucunda kanda hemodilüsyon görülür. Hemodilüsyon sonucunda hemoglobin (hgb) ve hematokrit (hct) seviyelerinde düşme olur ve fizyolojik gebelik anemisi gelişir. 28 ve 32. Haftalar arasındaki hemoglobin düzeyinin düşmesi ise anemi olarak değerlendirilmemektedir. Gebelikte hemoglobin 11 gramdan, hematokrit %34 oranından ve eritrositler ise 3-5 milyondan daha az olduğu taktirde anemiden söz edilir (Coşkun, 2016).

Uterus büyüdükçe diyaframda yükselme olur, apeks vuruşunda yan kısma doğru kayma gerçekleşir ve böylelikle kardiyak kapasite artar. Gebelik süresinde tüm vücut sıvılarında artış görülmektedir. Gebeliğin 6-8. haftalarıyla beraber kan volümünde artış gözlenir ve gebelik döneminin 30-34. haftaları arasında ise en yüksek seyrettiği düzeye ulaşır. Bunun sonucunda bu haftalar içinde kardiyak out-put artar. Genellikle tansiyon ilk iki trimesterde normal değerindedir sadece son trimesterde çok az bir artış gözlemlenir. Pozisyona bağlı olarak kan basıncı etkilenir. Kan basıncı değeri sırt

üstü uzanır pozisyonunda, otururken veya yana doğru yatar pozisyonlarında diğer pozisyonlara göre daha düşük ölçülmektedir (Beji, 2015; Aslan,2019).

Gebelik döneminde ve doğum esnasında kanamanın engellenmesi için pıhtılaşma faktörlerinde artış olur ve bununla beraber pıhtılaşma süreci hız kazanır. Hücreler arasındaki sıvının artışıyla birlikte dokularda ödem oluşması görülmektedir. Doğumdan sonra ise bu sıvı böbrekler yoluyla atılmaktadır (Coşkun, 2016).

2.2.1.4.Solunum Sistem Değişiklikleri

Gebelik sürecinde annenin dokularındaki ve fetüsün sahip olduğu hücrelerdeki artışa bağlı olarak oksijene olan ihtiyaç %15-20 oranında artmaktadır. Böylece akciğerlerin ventilasyonunda %40 artma gözlenir (Tunçer ve Günalp, 2004).

Gebelik sürecinin başlaması için büyük rolü olan progesteron hormonu, solunum yollarında bulunan düz kaslarda genişleme yapar ve bunun sonucunda hava akımına karşı direnç azalır. Göğüs duvarında elastikiyet artarak nefes alıp vermeyi kolaylaştır. Estrojen hormonunun etkisiyle de üst solunum yollarının damarlaşmasında ve kanlanmasında artma olur. Burun, larinks, farinks ve trakeanın kapillerinde sıvı artışı ve hiperemi görülür. Görülen bu konjesyonla sinüs ve burunda tıkanmalar, burunda kanama, seste değişim, kulakta dolgunluk hissi ve kulakta ağrı oluşabilir (Aslan, 2019).

Akciğerlerdeki rezidüel hava miktarı azalır. Burun ve ağız yoluyla alınan, akciğerlere gönderilen ve akciğerlerden verilen hava miktarında (Vital kapasite) artma olur. Hiperventilasyon vardır (Coşkun, 2016). Buna bağlı olarak gebelikte respiratuar alkalozaya yatkınlık oluşur (Taşkın, 2016).

2.2.1.5. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Gebelikte gastrointestinal sistemin en önemli değişikliği motilitede azalmanın olmasıdır. Progesteron hormonunun yaptığı dilatasyon etkisi ve gebeliğin ilerlemesiyle büyüyen uterusun çevresindeki organlara bası yapması, motilitenin azalmasına sebep olan fizyolojik değişimlerdir. Gebelikte motilitede azalmaya bağlı ilk trimesterde mide bulantıları ve kusma en sık rastlanan sorunlardandır (Aslan, 2019).

Gebelikte ağız florası değişmekte ve bu duruma eklenen hijyen kurallarına uyulmaması sonucunda ise diş çürükleri ve jinfivitleri ortaya çıkarmaktadır (Coşkun, 2016). Gebeliğin son dönemlerine doğru hormonların etkisiyle düz kaslardaki dilatasyona bağlı asit olan mide içeriği özofagusa geçer ve sonucunda midede yanmaya (pyrosis) neden olur. Aynı zamanda iştahta artış aşırma(pika) ya da azalma, gaz problemi gibi sıkıntılar görülmektedir. Gebelikte hormonların tükürük bezlerindeki etkisinden dolayı da tükürük salgısında artış gözlenmektedir (Taşkın, 2016).

2.2.1.6. Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri

Bu dönemdeki hormonal yapılarıdaki artışla beraber ilk olarak pelviste başlayan ve bütün vücudun kas iskelet sisteminde dilatasyon görülür. Gebelikte ikinci trimesterla beraber pelvik bağların ve eklemlerin içinde progesteron hormonu ve relaksin hormonuna bağlı yumuşamalar oluşmaya başlar (Taşkın, 2016; Beji,2015). Pelvis diyafragmasının kanlanması ve ödem artışıyla beraber pelvik tabakada dilatasyon görülür. Uterusun büyümesiyle bel bölgesinde ağrılar başlar. Gebeliğin ileriki dönemlerinde postürel değişikliklerde artma gözlenmektedir. Lumbodorsal lordosisin uyumu için gebenin boynunun ön kısma doğru bükülme hareketi yapması zorunlu bir durumken omuzda da düşme görülmektedir. (Aslan, 2019)

2.2.1.7.Memede Görülen Değişiklikler

Gebelikte anne adaylarında ilk gözlemlenen belirtilerden biri de memelerdeki gelişmedir. Estrojen hormonunun etkisiyle memelerdeki kanal dokusunun büyümesi uyarılırken, progesteron hormonu etkisiyle ise lob, lobül ve alveollerdeki gelişim uyarılmaktadır. Gebeliğin başlarında gebeler memelerindeki hassasiyetten, sızıdan ve dolgun olmasından rahatsız olurlar. İkinci trimester da estrojen ve progesteron hormonuna bağlı memelerdeki kanlanmada artma görülür ve bundan dolayı superfisiyal ven ağrı belirginleşir, areolanın pigmentasyonunda artış görülür, koyulaşır ve meme uçları daha erektel bir hal alır (Taşkın, 2016; Bilici,2019). İkinci trimesterla beraber kolostrum salgılanmaya başlar (Aslan,2019). Antikor yönünden zengin yapıya sahip olan kolostrum adı verilen ilk süt (ağız süt), doğumdan sonraki 1-2 gün içinde giderek olgun süt haline gelir (Taşkın, 2016).

2.2.1.8.Ciltte Görülen Değişiklikler

Gebelikte cildin kan akımındaki artışına bağlı olarak ter ve yağ bezlerindeki faaliyetlerde artış görülür. Kadın gebeliğin son döneminde özellikle öncesine oranla daha sıcak hissettiğini ve terlediğini ifade eder (Taşkın, 2016). Estrojen ve progesteron hormonları etkisiyle beraber melanositi uyarıcı hormon seviyesinde yükseliş olur ve buna bağlı olarak gebeliğin ikinci ayından itibaren pigmentasyonda artış başlar. Bununla beraber gebenin yüzünde gebelik maskesi (chloasma), karnının duvarlarında is stria adı verilen çatlaklar ile simfizisden umblikusa kadar uzanan koyu renkli çizgiler (line nigra) gözlenmektedir. Gebelikte ilerleyen zamanla uterusu büyüme gerçekleşir ve bunun büyüme sonucunda karın duvarında incelmeler, gerilmeler ve çatlaklar (stria) görülür (Coşkun, 2016; Aslan 2019).

2.2.1.9. Metabolik Değişiklikler

Gebelikte beraber oksijen harcanmasının artışıyla beraber anne ve fetus için oksijene gereksinimde ve metabolizma hızında artış görülür. Bazal metabolizma gebeliğin ilk trimesterinde çok değişmeyecektir. İlerleyen gebelikte beraber özellikle üçüncü trimesterde artış daha çok görülmektedir. Gebelikte kilo artışı, aynı zamanda fetus ve annenin organlarında büyüme, annenin yağ depolarındaki artış, kan ve hücreler arası sıvı hacmindeki artışla birlikte görülmektedir (Taşkın ,2016). Gebelikte normal kilo artışı 11-13 kg olarak hesaplanmıştır. Bu artışı; fetus (3.200 gr), plesanta (450 gr), amniyon sıvı (900 gr), rahim (1000 gr), meme yapısı (1.400 gr), kan hacmi (1.500 gr), cilt altındaki yağ ve protein depoları (1.800-3.600 gr) oluşturmaktadır (Coşkun, 2016).

Gebelikte ilk trimesterde bulantıya bağlı beslenme azalır, fetusun glikoza olan ihtiyacı artar bu nedenle annede hipoglisemi görülme oranı artar ve yağ yakımı hızlanır. Gebede yağların kullanılmasına bağlı ketosize yatkınlıkta artış olur. Buna bağlı olarak gebelik döneminde sık sık, küçük porsiyonda ve karbonhidrattan zengin olan besin öğeleri alınmalıdır. Gebeler, doğum sürecine kadar yaklaşık olarak 900 gram protein depolarlar. Depo edilmiş proteinlerin yarısı fetus ve plesantada diğer yarısı ise annenin göğüslerinde, uterusun kan dokularında depo edilmektedir. Bu protein deposu ise sonrasında öncelikle involusyon süresi için, laktasyonda ve loşia akıntısı ile kaybedilen nitrojeni karşılayabilmek için kullanılacaktır (Taşkın, 2016).

2.2.1.10. Endokrin Sistem Değişiklikleri

Gebelikte salgılanan koryonik gonodotropin hormonu nedeniyle hipofiz büyüse de artmış estrojen ve progesteron hormonunun etkisiyle hipofizin ön lobundaki Folikül Stimüle Edici Hormon (FSH) ve Lutenize Edici Hormon'un (LH) salınımı baskılanır. Yine plasentadan salgılanan oksitokinoz fermentiyle progesteron hormonu, hipofiz arka lobundan salgılanan oksitosin hormonunu doğuma kadar baskılar (Coşkun, 2016; Beji,2015).

Gebelikte bazal metabolizma hızı artar ve tiroitte büyüme görülür (Pacheco, Costantine and Hankins,2013). Böbrek üstü bezler ve paratiroid bezi gebelik döneminde fazla çalışmaktadır. İnsülinin salınımı da bu dönemde artar (Coşkun, 2016).

2.2.1.11. Psikolojik Değişiklikler

Gebelik, fizyolojik olmasıyla beraber anne adayı için kriz dönemi olarak değerlendirilir. Gebeliğin olumlu şekilde geçirilmesi için;

- kadınlık görevini kabullenmesine,
- annesiyle olan ilişkisine,
- çevresinde bulunan rol model olanlara,
- geçmiş yaşantısındaki paylaşımlarına,
- anne olmaya hazır hissetmesine,
- eşler arasındaki ilişkisine,
- eşi ve yakınlarının bebeği isteyip istemeyeceğine,
- değişmiş beden imajını kabul etmesine,
- sosyo-kültürel ve ekonomik yapısıyla alakalı olacaktır (Coşkun, 2016).

Gebeliğin oluşmasından itibaren bedeninde görülmeye başlanan bazı fizyolojik ve hormonal değişiklikler gebede psikolojik olarak değişimlere sebep olmaktadır. Bu süreç içinde çeşitli duygulara şahit olur. Korkma, depresif duygu durumu, kaygı artışı, mutlu hissetme ve iğrenme duygusu aniden ortaya çıkabilir (Aslan,2019). Anne adayının trimesterlere göre duygudurumları şu şekildedir:

Birinci trimester

Gebelik sürecinde ilk 1-3. ay arası, ambivalans (zıt-karşıt) duyguların en fazla yaşandığı dönemdir. Gebelik sorunları ve gelişen değişikliklere ilk adaptasyon dönemi olduğundan bebeğiyle ilgili az sevinç duyulan dönemdir. Gebe bu dönemde kendinin ve fetüsün sağlıklı olduğuna ve gebeliğinin sorunsuz şekilde ilerlediğine inanmak ister. Bazı fiziksel rahatsızlıklar anne adayını mutsuz edebilir. Yakın çevreden de insanların gebe olduğunu bilmesini ve bu gebeliğin istendiğinden emin olmak ister. Gebeliğin kabullenışı ve gebelikte karar verme dönemi birinci trimesterda tamamlanır (Coşkun, 2016; Taşkın, 2016).

İkinci trimester

Gebenin bulantılarının geçtiği, gücünün artmaya başladığı, kendini iyi hissettiği ve olumlu duygulara sahip olduğu dönemdir. Ambivalans duygular yok olur (Taşkın,2016). Gebe, kilo aldığı için görünümünün değişmesinden etkilenmekte çekiciliğinin kaybolduğu ve eşi tarafından beğenilmeyeceğini düşünür. Ayrıca gebe bebeğine zarar verecekmiş korkusu ile cinsel ilişkiden de uzak kalmak ister (Altınçelep, 2011). Kadın artık gebe görünümüne sahiptir. Qicking denilen fetüs hareketleri başlar. Bununla beraber kadın ilgisini kendi içine yöneltmiştir. İçinde canlı bir varlık yaşadığını hisseder. İlk başlarda kendisinden bir parça olarak görüyorken daha sonradan kendisinden ayrılan bir varlık olduğunu görecektir ve kabul edecektir. İlk trimester ile gebe kadının kişilik özellikleri ikinci trimesterda daha fazla denge içerisine girmiştir. Gebelik benimsenmiş olsa da bazı şaşırtıcı davranışları ortaya çıkar. Örnek olarak alıngan olma, huzursuz hissetme, aşırı duyarlı olma hali, aniden kızmak, büyük mutluluk yaşama, hislerinde aniden ve bir nedene bağlanamayan değişiklikler gözlemlenir. Kendisini ve bebeğini ilgilendiren bilgileri öğrenmeye isteklidir. Diğer kadınlarla iletişime geçtiği dönemdir (Coşkun, 2016; Taşkın, 2016).

Üçüncü trimester

Bu dönemde dış görünüşü tamamıyla değişecektir. Annenin büyümüş karnı hareketlerinde kısıtlama yaşatacaktır. Bedenin sınırlarına uymada sorun yaşayabilir. Daha erken yorulacak ve bu durum artık onu rahatsız edecektir. Gebenin gebeliğinden bıktığı dönemdir. Sık sık idrar yaptığı, iştah değişikliklerinin olduğu,

mide yanmasının, hemoroidin, varisin, ödemin, kas kramplarının, bel ağrılarının ve uykusuzluk şikayetini yaşadığı dönemdedir (Altınçelep, 2011). Doğum konusunda endişeler yaşar. Bebeğin hareketleri artık şiddetli tekmeler haline dönüşmüştür. Gebe evden çıktığında bebeğiyle kendisine bir şey olacakmış gibi endişelenir. Çevreden de buna yönelik uyarılar almaktadır. Ailenin diğer üyelerinin de bebeği beklemesi onun için çok önemlidir. Bebeğinin reddedilmiş olması kadının da reddedildiği anlamına gelmektedir. Kocasından destek bekler. Son ayda ambivalans duygular yeniden ortaya çıkar. Anne adayı bebeği ister ama doğumdan korkar (Coşkun, 2016; Taşkın, 2016).

2.2.2. Gebelikte Psikososyal Gereksinimler

Gebelik dönemi, kadının biyo-psikososyal uyumunun, ailede ve iş dünyasında görevlerinin değişeceği, yeni yükümlülüklerin olduğu, yeni bir role uyum sağlamaya çalışılan bir kriz süreci olabilmektedir (Körükçü ve ark., 2017). Kaygı ve anksiyeteye karşılaşılabilmemenin fazla olacağı hamilelik döneminde annenin psikososyal sağlığı ve genel iyilik hali olumlu etkilenmeyecektir (Şahan, 2012).

Bireyin sosyal çevresine uyumlu davranması ve yaşadığı sosyal çevresinde sağlık durumunu tehdit edebilecek olumsuzlukların olmaması durumu psikososyal sağlık olarak tanımlanır. Gebelikte psikososyal ve duygusal desteğin yeterince verilmemesi gebelik ve postpartum dönemde depresyon açısından belirleyici özelliğe sahiptir (Gümüşdaş, Ejder ve Özorhan, 2014).

Kadının gebelik dönemi psikososyal sağlığını etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörlerden belli başlıları aşağıdaki gibi sıralanabilir (Boybay ve Dereli, 2015; Körükçü ve ark.,2017):

- Eğitim düzeyi,
- Sosyo-ekonomik durumu,
- Geçmişteki hamilelik ve doğum tecrübeleri,
- Çocuk sayısı,
- Gebeliğin planlı gerçekleşmesi,
- Kadının eşiyle arasındaki ilişki,
- Aile bireylerinin gebeye davranışları,
- Kadının geçmiş var olan psikolojik rahatsızlıkları,

- Kadının çevresinden gördüğü olumlu ve olumsuz rol modelleri,
- Gebeliği konusunda yeterli ve doğru bilgiye sahip olmaması,
- Kadında öz saygının yetersiz olması,
- Sosyal izole durumu,
- Algıladığı sosyal destek.

Bu sebeplere bağlı olarak gebelik süreci, stresin ve anksiyetenin meydana getireceği birçok etkenle karşılaşabilme ihtimalinin fazla olacağı bir dönemdir. Bu dönemde annede depresyon görülme olasılığı artmıştır (Bakır, 2020). Psikososyal problemlerin gebelerin psikolojisini etkileyerek, gebelik süreciyle ilgili kötü sonuçlar yaratabileceği ve tedavi edilmeyenlerde maternal hastalık hızında ve ölüm hızında (suicid girişimlerde dahil olmak üzere) artış yapacağı bilinmektedir (Boybay ve Dereli, 2015; Özşahin, Erdemoğlu ve Karakayalı, 2018). Anne adayının ve fetüsün sağlığı için önemli sonuçlar yaratabilecek psikososyal sorunların, gebelikte hangi dönemde daha fazla tehlikeli olduğunun bilinmemesiyle beraber, her bir trimesterin kendine özgü psikolojik uyum sürecinin olduğu bilinmektedir (Özşahin ve ark., 2018).

Birinci trimester genel olarak kadının yeni oluşan duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyumuyla geçen süreçtir. İkinci trimester döneminde fetüsle anne adayları arasındaki bağ derinden ve yakın hissedilmektedir. Son trimester döneminde, doğuma yaklaşırken ne şekilde bir doğum olacağı ve nasıl olacağı, çocuğun sağlıklı olup olmayacağı yönünden sorularla endişe ön planda olur. Gebelik döneminde anne adayının psikolojisinin iyi olması, fetüsün sağlığı açısından önemli bir durumdur. Depresyonda ve kaygılı olmanın gebelik dönemi, doğum süreci ve doğum sonunda komplike durumları arttırdığı, yenidoğan bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkilediği (preterm eylem, gebelik zehirlenmesi, zorlu doğum eylemi, doğum esnasında birden fazla cerrahi müdahale ihtiyacı, doğum haftasına göre küçük fetüs, düşük doğum ağırlıklı ve düşük apgar skora sahip yenidoğan vb.) saptanmıştır (Yıldız, 2011).

Anne-bebek bağlanması, bebeğin anneye ihtiyaç duyduğu anda annenin sevgisiyle istekli davranışlar göstererek bebeğine bakım yapması, bebeğin ihtiyaçlarını gidermesi ve bebeğin annesine karşı güven duymasıdır. Gebelik döneminde anne-bebek bağlanmasının temel adımları atılmaktadır. Gebe ile fetüsün arasında gelişen

bağ annenin bebeğiyle kurduğu ilk ve en önemli bağı oluşturacaktır. Bu durum doğumdan sonra anne-çocuk arasındaki ilişkide belirleyici olur (Bakır, 2020).

Gebelik döneminde bozulan psikososyal sağlığın doğumdan sonra da devam edecek olması çocuğunun ileriki yaşamında olumsuz şekilde etkilenme riskini de arttırmaktadır. Bu etkilerin sonuçları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Anne ve bebek bağına problemlerin ortaya çıkması,
- Fetüste büyümede gerilik görülmesi,
- Motor sistemde ve dil gelişmesinde gecikme olması,
- Duygusal gelişmede bozulma ve davranışsal problemlerdir (Boybay ve Dereli, 2015).

Annelik rolünün kazanılması ve annelik kimliğinde gelişim sağlanmasında; doğum öncesi dönemde yeterli bakımı alamamak, kontrolleri aksatma ve zamanında gitmemek, alkol, tütün ve tütün ürünlerini kullanmak ya da diğer zararlı maddeleri kullanmak, bebek cinsiyetini önemli gören bir çevrede yaşamak, düşük yapmak, erken doğum yapmak, gebeliği istememek, uzamış ve zorlu bir doğum öyküsü gibi durumlar ruhsal sağlık için sorun yaratacak risk faktörleri olarak belirtilmektedir. Bu risk faktörleri annenin ruh sağlığında tehlike oluşturarak annelik görevini aksatmasına neden olur. Anneliğin ve gebelik dönemindeki psikolojik yaşantının erken dönemde ön plana çıkarılması bu bakımdan büyük önem taşımaktadır (Bakır, 2020). Bu nedenle bu dönemde anne adayının iyilik halinin korunması, fiziksel değişikliklerin tanınması kadar psikolojik değişikliklerin de tanınması önemlidir (Özşahin ve ark., 2018).

2.3. GEBELİKTE ŞİDDET VE ETKİLERİ

2.3.1. Gebelikte Eş Şiddetinin Maternal Sağlık Üzerindeki Etkileri

Gebelik döneminde eş/partner şiddeti, anne sağlığını; fiziksel, psikolojik, sosyal ve üreme sağlığı açısından çok yönlü şekilde etkilemektedir.

2.3.1.1. Maternal Fiziksel Sağlık Üzerindeki Etkileri

Eş/partner şiddetinin genel olarak anne adayının karnını hedef alındığı düşünülmüş olsa da anne adayları, görüşmelerde; kalça, göğüs, genital bölge, baş, boyun ve

ekstremitelerinde hedeflendiğini belirtmişlerdir. Şiddetin derecesinin artması aynı zamanda değişebilen oranlarda kesikler, kırıklar, ezikler, morarmalardan hayatı tehdit edici boyutlara varacak ciddi yaralanma riski oluşur (Topkara ve Özerdoğan, 2020).

Doğrudan yaralamaların dışında şiddetin fiziksel sağlık sonuçları arasında; antepartum kanama, erken membran rüptürü, uterus ve plasenta abrupsiyonu, üriner sistemin ve böbreğin enfeksiyonu, vajinal veya servikal enfeksiyon, “Human Immunodeficiency Virus (HIV)” de dâhil edilerek cinsellikle bulaşabilen enfeksiyonlar, gastrointestinal problemler, nörolojik problemler, kardiyovasküler problemler, kan basıncı yükselmesi, ödem, şiddetli bulantı kusma ve dehidratasyonda artış riski, immün/endokrin sistem disfonksiyonu, kötü veya zayıf cinsel sağlık sorunları, preeklampsi, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek ve bunlara bağlı artan perinatal morbidite-mortalite oranları ve sağlık bakımı alma ihtiyacı sıralanmaktadır (Bailey,2010; Shah, PS.and Shah, J, 2010;Black,2011).

Yetersiz doğum öncesi bakım, gebenin yeterli kilo alamaması ile ilgili olduğundan aynı şekilde yetersiz beslenme ve kilo alımı da anne adayının direncini azaltarak hastalıklara yatkın hâle gelmesine neden olur. Şiddetin tüm kadınlar için olumsuz sağlık sonuçları olmasıyla beraber, gebeler bu sağlık sonuçlarının yan etkileri yönünden daha çok risk altında bulunmaktadır (Topkara ve Özerdoğan, 2020).

2.3.1.2. Maternal Zihinsel/Psikolojik Sağlık Üzerindeki Etkileri

Gebeliğinde şiddet görenler; yalnızca fiziksel sağlık sonuçları yönünden olmamakla beraber aynı şekilde ruhsal anlamda da kötü etkilenmektedirler (Esie, Bates, Osypuk and Schuler 2019).

Şiddet, oluşturduğu ruhsal travmayla gebeliği dolaylı yoldan olumsuz olarak etkiler. Şiddete maruz kalmış gebelerde; depresyon belirtileri, artan kaygı durumu ve travma sonrası oluşan stres bozukluğu görülme oranları artış göstermektedir. Bununla ilgili olarak kadınlarda beta-endorfin ve adrenokortikotropik hormonlarının seviyelerinde de artış görülmüştür (Topkara ve Özerdoğan, 2020).

Gebeliğinde şiddete maruz kalan kadınların ruh ve sinir bozukluklarının da 9 kat artış gösterdiği belirtilmiştir. Şiddet yaşamış gebelerin gebelik esnasında yabancı madde kullanımı/bağımlılığı ya da zihinsel sağlık problemleri sebebiyle hastaneye yatışları

daha fazla oranda seyretmektedir. Bununla beraber, böyle kadınlarda sigara içme ve alkol kullanımına yönelme de daha fazladır. Şiddetin gebenin ruh sağlığı üzerine olumsuz etkileri olduğu gibi aynı zamanda embriyonun ve fetüsün yaşamını da tehdit edebilmektedir (Topkara ve Özerdoğan, 2020).

2.3.1.3. Sosyal Yaşam Üzerindeki Etkileri

Gebelikte şiddete maruz kalmak kadının değer algıları ve ilişkilerinde kontrol kaybına neden olabilmektedir. Bedensel şekilde uzun süre şiddet gören kadınlar kendi benliklerini değersiz hisseder ve kendilerine yetemez hâle gelirler. Bu tür algılamalar ise olumsuz sağlık sonuçları ile ilişkilidir (Esie ve ark., 2019).

Aynı zamanda fiziksel şiddete maruz kalmış kadın, bedeninde oluşan yaralanmadan utandığından veya şiddeti uygulayan eş/partnerin dışarıya çıkmasına izin vermediğinden kendini toplumdan soyutlaştırır. Cinsiyetler arasında eşitsizlikler görülür ve kadınlar erkeğin baskısıyla ezilmektedir (Jackson ve ark.,2015). Kadının sosyal yaşamdan uzaklaşması kadını yalnızlaştırmakta, sosyal dayanaktan eksik kalması ise yardımdan yararlanmasını önlemekte ve içerisinde kaldığı çaresizliği daha fazla yaşamasına sebep olmaktadır (Topkara ve Özerdoğan, 2020).

2.3.1.4. Kadın Üreme Sağlığı Üzerindeki Etkisi

Şiddet etkeni kadını sadece fiziksel, psikolojik ve sosyal şekilde etkilememekle birlikte aynı doğrultuda üreme sağlığını da olumsuz olarak etkisi altına alır. Fiziksel ve cinsel şiddetin sebep olduğu etkiler; irregüler vajinal kanama, cinsel disfonksiyon, cinsel birliktelik sıklığının azalması, pelvik inflamatuvar hastalık ve ağrılı adet görmedir. Ayrıca şiddet cinsel yol ile bulaş yapan enfeksiyonlara ve HIV'e karşı da risk oluşturduğu gibi birden fazla jinekolojik hastalığa da yol açabildiği bilinmektedir. Kadınlarda kronik pelvik ağrı nedeniyle acı çekmenin görünmeyen kısmında, çocukluk çağında yaşanmış olan cinsel istismara uğrama, saldırı ve/veya partnerlerinden fiziksel olarak ya da cinsel olarak şiddet görme arasında ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Yanikkerem, 2002; Demir ve Yeşiltepe, 2015).

Çocuklukta yaşanan cinsel taciz durumu, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar için risk artırıcı faktör olarak rol oynar. Sonrasında da cinsel yolla bulaşmış bir enfeksiyon, kronik pelvik ağrıya ardından da pelvik inflamatuvar hastalığına sebep olur. Cinsel istismar yaşama durumunda premenstrual sendrom ihtimali de artar. Geçmişteki

şiddet öyküsü, anksiyete sonucunda tanımlanamamış kronik pelvik ağrıya ve fiziksel olarak hissedilen ağrıya bağlı psikolojik üzüntüye de sebep olmaktadır (Karşlıoğlu, 2019).

Eşi tarafından şiddete uğramış kadınlarla yapılmış olan araştırmada, menstrual düzensizlikler %78,5 oranında, premenstrual sendrom %100 oranında olup tüm katılımcılarda saptanmış, anormal uterin kanama %64 oranında, genital enfeksiyonlar %81 oranında, orgazm sorunları %75,3 oranında, cinsel isteksizlik %94,2 oranında, cinsel tatminsizlik %81,5 oranında, vajinal kuruluk %80,1 oranında, ağırlı cinsel birliktelik %84,6 oranında, tecavüz %75,2 oranında, cinsel birliktelikte ve/veya sonrasında eşinden tiksime durumu ise %78,6 oranında görülmüştür (Ersoy ve Yıldız, 2011).

2.3.2. Şiddetin Fetal ve Neonatal Sağlık Üzerindeki Etkileri

Gebelikte şiddete maruz kalmak, yenidoğanın gelişiminde etkisini sürdürürken aynı zamanda olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkili fazla sayıda risk faktörünü içermektedir. Fetüsün yaralanmaları, doku hasarı, akciğer veya dalağın rüptür olması, kemik kırıkları, fetal distres, intrauterin gelişmede gerilik, prematürite, düşük doğum ağırlığı, fetal asfiksi ve fetal/yenidoğan ölümü gibi fetal ve neonatal açıdan tehlikeli görülen fiziksel sağlık sonuçlarıyla ilişkilidir (Topkara ve Özerdoğan, 2020).

Düşük doğum ağırlığı ve zamanından erken doğum, yenidoğanın morbidite ve mortalitesi için ön sırada gelen sebepler arasındadır. Düşük doğum ağırlıklı olarak doğan bebeklerde hayatın ileriki günlerinde; bilişsel problemler, motor sistemde gecikme olması, serebral palsy, düşük IQ (Intelligence Quotient) ve öğrenmede zorlanmalar, dil gelişiminde gecikme, davranış bozuklukları, hafızada sorunlar yaşama, artmış özel eğitim ihtiyacı ve ani bebek ölümü sendromu sık görülmektedir (Bailey, 2010; Esie ve ark., 2019).

Gebelik sırasında şiddet görmek aynı zamanda anne için erken bebeklik çağı ile ilişkili bakım kararlarında etkili faktördür. Daha spesifik şekilde bakılınca emzirmenin annenin ve çocuğun sağlığında sayısızca yararı bilinirken, şiddet gören kadınlar bebeklerini emzirme konusunda daha az istekli olur ve çok az bir kısmının emzirdiği bilinmektedir (Topkara ve Özerdoğan, 2020).

Doğuma yakın zamanda şiddet görmüş gebelerden emzirmeyi başlatanların da yalnızca dört hafta emzirdikleri ve sonraki dönemlerde emzirmeyi bıraktıkları belirlenmiştir. Anne-bebeğin bağlanması ve bebek bakımındaki sorunlar, çocukluk yıllarında da sürmekte ve uzun süreli istenmeyecek istismar sonuçlarına sebep olur. Örneğin, anneleri istismara uğramış gençlerde depresif bulgular, travma sonrasında anksiyete bozuklukları, kaygı durumu, endişe hissetme, öfke ve düşük benlik saygısını kapsayan uyum sorunları ve duygusal zorluklarla karşılaşma oranı daha yüksektir. Bu çocuklarda içselleştirme ve dışa vurma gibi davranış sorunlarının yanında bilişsel, akademik ve sosyal hayatta da sıkıntılar yaşadıkları gözlenmektedir (Esie ve ark., 2019; Topkara ve Özerdoğan, 2020). Şiddet, annenin rolüne uyumunu engelleyen problemlere yol açarak ebeveyn-çocuk bağına zarar verir. Bu durumda, sağlıklı oluşan bir topluluk için önemli ve büyük bir engel oluşturmaktadır (Topkara ve Özerdoğan,2020).

2.4. GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI

İnsan hayatındaki her dönem çevresel etkenleriyle de kişinin sağlığını olumlu/olumsuz etkilemektedir. Bununla beraber gebelik döneminde oluşacak sağlık sorunları hem anne adayını hem de bebeği etkileyebileceğinden ayrıca önemlidir. Gebelikte sağlık uygulamaları hem gebenin sağlığı hem de fetüs/yenidoğanın sağlığı üzerine etkileri olan aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (Lindgren, 2005). Bu bağlamda gebelik döneminin sağlıklı bir şekilde geçirilmesi, gebelik bakımının her yönüyle iyi bilinmesi ve gerçek anlamıyla doğru uygulanmasına bağlı olacaktır (Çakmakçı ve Eser,2003).

Prenatal bakım alınması,sağlıklı beslenme ve uygun kilo alımı, düzenli fiziksel egzersiz, ağız-diş bakımı, gebelik ve doğum hakkında bilgi edinme, sigara içmeme, yabancı madde kullanmama, riskli cinsel davranışlardan kaçınma ve diğer enfeksiyon hastalıklarından korunma gibi olumlu sağlık uygulamalarının önemli olduğu saptanmıştır (Lindgren, 2005; Zolotor ve Carlough, 2014). Sağlık uygulamaları konusunda gebelere ve gebelik planlayan kadınlara danışmanlık hizmeti verilirken hemşire/ebe büyük sorumluluk içinde rol oynamaktadır.

Gebelik süreci ve doğumun sağlıklı bir şekilde geçmesi için gebelik boyunca gebenin ve fetüsün alması gereken hizmetler bütününe Doğum Öncesi Bakım (DÖB) denir.

DÖB hizmetlerinin nitelikli olması gelişmekte olan ÷lkelerde anne-bebek ölümlerinin azalmasına, mortalite ve morbiditeyi azalmasına, anne-bebek sağlığını iyileştirilmesi ve geliştirilmesine, gebelikte ve doğum sonu dönemde oluşabilecek hastalık veya komplikasyonların erken tanı ve tedavisinin belirlenmesine olanak sağlamaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014). Daha etkili bir doğum öncesi bakım alınması için bakıma prekonsepsiyonel dönemde başlanması gerekmektedir (Taşkın, 2016).

Sağlık Bakanlığı'nın 2013 yılında yayınladığı “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” ‘ne göre her gebenin gebelik sürecinde en az 4 nitelikli bakım alması gerekmektedir. İlk izlem gebeliğin 14. haftasında, 2. izlem gebeliğin 18-24. haftaları arasında, 3. izlem gebeliğin 28-32. haftaları arasında, 4. izlem ise 36-38. haftalar arasında yapılmalıdır. Bu izlemler esnasında gebe ile sağlıklı bir iletişim kurulur. Gebenin gerekli kişisel bilgileri, alışkanlıkları, soy geçmişi, tıbbi öyküsü, obstetrik öyküsü, mevcut gebelik öyküsü ayrıntılı sorgulanarak kayıt altına alınır ve izlemler sırasında değişimler değerlendirilir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014).

Her izlem esnasında gebenin fiziksel muayenesi, kan basıncı, nabızı, kilo ve boy ölçümleri alınarak fetal kalp atımı sayılır. Kilo ölçümüne göre beden kitle indeksi belirlenir ve olması gereken ideal kiloya göre uygun beslenme ve egzersiz planı oluşturulur. Gebenin kan ve idrar tahlilleri, serolojik testleri, gebenin ve eşinin kan grubu için tetkikler yapılır ve sonrasında gereken tahliller tekrar yapılır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014).

24-28. Haftalar arasında glukoz tolerans testi, 14. haftalar arasında fetal ense kalınlığı ve ikili tarama testi, 16-20. haftalar arası üçlü ve dörtlü tarama testi, 18-22. haftalar arası fetal anomali tarama testleri yapılması sağlanır. Gebeye gebelikte karşılaşılabileceği sorunlar hakkında bilgilendirme yapılır ve gerekli önerilerde bulunulur. Gebelikte oluşabilecek tehlike işaretları anlatılır ve bu durumlarda gebenin neler yapması gerektiği ve gerekirse başvuracağı kurumlar anlatılır. Riskli durumlar değerlendirilir ve riskli durumlarda eğer kurum yetersiz ise bir üst kuruma sevkı sağlanır. Tüm izlemler hemşire /ebe tarafından kayıt altına alınır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada kırsal kesimde yaşayan gebelerin DÖB alma düzeylerinin kentte yaşayan gebelere göre daha düşük oranda olduğu bulunmuştur (Ergin ve ark. 2010). Bir başka yapılmış çalışmada 744 gebenin katılımı sağlanmış ve gebelerin yeterli sayıda bakım aldıkları fakat verilen bakımın kalitesinin düşük olduğu görülmüştür (Çatak ve ark. 2014).

Yılmaz ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmaya 391 gebe katılmış ve DÖB alma oranının %93,6 olduğu saptanmıştır. Çalışmada gebenin yaşı, eğitim düzeyi, evlilik süresi, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, doğum sıklığı gibi faktörlerin artmasıyla DÖB alma düzeyinin azaldığı, gebenin ve eşinin eğitim düzeyi arttıkça ise DÖB alma düzeyinin arttığı belirlenmiştir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, gebelikte şiddetin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2.ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma ile gebelikte şiddet sıklığının belirlenmesi ve şiddetin gebe kadının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin saptanması amaçlanmıştır.

3.3.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma; bir kamu hastanesinde gebe izlem polikliniğinde yürütülmüştür. Gebe izlem poliklinikleri; gebeliğin tanısından itibaren doğuma kadar olan sürecin her döneminde başvuran gebe kadınların kabul edildiği bir ünedir. Gebe polikliniklerinde gebelik takibinde kullanılan ultrasonografik inceleme, Non-stres test (NST) gibi uygulamalar rutin muayeneye dahil olup ayrıca randevu alınmasını gerektirmemektedir. Hastanenin kadın doğum poliklinik kısmı A, B ve C koridoru olmak üzere 3 koridordan oluşmaktadır. Bu koridorlardan A koridorunda 6, B koridorunda 2, C koridorunda 7 poliklinik odası bulunmaktadır. Aynı zamanda 3 ofis (poliklinik odası), 5 öğretim üyesi, 3 nonstress testi (NST) / ekg birimi, 2 gebe okulu olmak üzere toplamda 28 poliklinik odası mevcuttur. NST biriminde 6 nst/ekg yatağı bulunmaktadır. Poliklinik odalarından 1 tanesi gebe izlem/ triyaj odasıdır. Poliklinik odalarından 3 tanesi perinatoloji, 1 tanesi jinekolojik onkoloji odası, 3 tanesi asistan odası ve geri kalan odalar ise uzman odalarıdır. Gebeler izlem muayeneleri ve NST uygulamaları esnasında anket formları doldurmuşlardır. Araştırma verilerinin toplanmasına 4 Şubat 2021 tarihinde başlanmış olup, veri toplama işlemi örneklem sayısına ulaşılan 7 Haziran 2021 tarihinde sonlandırılmıştır.

3.4.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmamızın evrenini, çalışmanın yapıldığı tarihler arasında, bir kamu hastanesinde belirlenen kriterlere uyan tüm gebe kadınlar oluşturmaktadır (N=3000)

Araştırmanın örneklemini araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve katılmaya gönüllü olan gebeler oluşturmıştır.

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında evren sayısı bilinen basit rastgele

örneklem formülünden ($n = \frac{N t^2 p q}{d^2 (N - 1) + t^2 p q}$) yararlanılmıştır.

Kullanılan formül;

N: Evrendeki hasta sayısı

n: Örneklem alınacak hasta sayısı

p: İncelenecek olayın görülüş sıklığı

q: İncelenecek olayın görülmeysi sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0,05)

α: Saptanan yanılma düzeyi (0,05)

Araştırmanın örnekleme dahil edilecek hasta sayısı (n), evren sayısı bilinen basit rastgele örneklem formülünden yararlanılarak 341 olarak belirtilmiştir. Bu sayı örnekleme alınacak en düşük hasta sayısını açıklamaktadır.

3.4.1 Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- ✓ 18 yaş ve üzeri olan,
- ✓ Türkçe anlayabilen ve konuşabilen,
- ✓ Riskli gebeliği olmayan
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul eden gebe kadınlar dahil edilecektir.

3.4.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri

- ✓ 18 yaş altı olan,
- ✓ Riskli gebeliği olan,
- ✓ Mental sağlık açısından problemi olan,
- ✓ İletişim problemi olan,
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen gebe kadınlar dahil edilmeyecektir.

3.5. ARAŞTIRMANIN SORULARI VE HİPOTEZ

Araştırma Soruları:

1. Gebelikte şiddet görülme sıklığı nedir?
2. Gebelikte şiddet ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki var mıdır?
3. Gebenin sosyo-demografik özellikleri ile şiddet görmesi arasında ilişki var mıdır?
4. Gebenin sosyo-demografik özellikleri ile yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki var mıdır?

Hipotezler:

H1.1: Gebelikte şiddetin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi vardır.

H1.2: Gebenin sosyo-demografik özellikleri ile şiddet görmesi arasında ilişki vardır.

H1.3: Gebenin sosyo-demografik özellikleri ile yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki vardır.

3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verilerinin toplanmasında ‘Katılımcı Tanılama Formu’, ‘Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği’ ve ‘Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği’ kullanılmıştır.

3.6.1. Katılımcı Tanılama Formu

Bu form ilgili literatür incelemesi doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Veri toplama formunun ilk bölümü katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, çalışma durumu, gibi çeşitli sosyo-demografik özelliklerini içeren sorulardan, ikinci bölümü ise aile ve evlilik ilişkisini sorgulayan sorulardan oluşmaktadır (Karşlıoğlu,2019; İzmirli,2013).

3.6.2.Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ)

Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ), gebelikteki sonuçlarla ilişkili sağlık uygulamalarını gebelik döneminde değerlendirmek amacıyla, 2005 yılında Kelly Lindgreen tarafından geliştirilmiştir (Lindgreen, 2005). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği 2006 yılında Sezer ER tarafından yapılmıştır. Ölçek orijinalinde 34 madde yer almaktadır. Türkçe’ ye uyarlama çalışmasında bir madde bertaraf edildiği için ölçeğin Türkçe formu 33 maddeden oluşmuştur. GSUÖ, sağlık uygulamalarının

yeterlilik durumunu altı alanda ölçmektedir. Bu altı alan; dinlenmeyi ve egzersizi karşılaştırmak, güvenliği ölçmek, beslenme, zarar veren maddeleri kullanmaktan kaçınmak, sağlık bakımını almak ve bilgi edinmeyi kapsamaktadır. Bu alanlara ek, bir madde bütün gebelik dönemindeki sağlık uygulamalarını açıklamaktadır. Ölçekteki 1. ile 16. maddelerin arası “her zaman” ile “hiçbir zaman” arasında değişen 5’li likert tipi yanıt türlerini içermektedir. Ölçeğin 17. madde ile 33. maddesi arasında bulunan kısımdaki sorular ise 1 numara ile 5 numara arasında puanlandırılmaktadır.

Ölçekte; 5, 6, 7, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 32 ve 33. maddeler ters kodlanmaktadır. Tüm maddelerin toplanmasından son olarak bir puan elde edilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar gebelik için önemli getirisi olan yüksek kalitede sağlık davranışını göstermektedir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 33 olacak, en yüksek puan ise 165’ dir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,74 olarak saptanmıştır (Er, 2006). Bu çalışma için ölçek hesaplaması yapılmış ve Cronbach’s alpha değeri 0,74 olarak bulunmuştur.

3.6.3.Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği (AKŞÖ)

Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği, Kılıç tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin işaretlemesi 3’lü likert tipi ölçek üzerine yapılmaktadır. Cevaplarda “Hiçbir zaman” yanıtı için 1, “Bazen” yanıtı için 2, “Her zaman” yanıtı için 3 puan verilir. Ölçekte 34 madde düz 16 madde ters olarak hesaplanır. Ters maddeler 2, 5, 7, 8, 9, 12, 14, 22, 28, 30, 32, 33, 38, 44, 47 ve 49’dur. Toplamda 50 maddeden oluşan ölçeğin 5 alt boyutu mevcuttur. Alt boyutları, fiziksel şiddet, duygusal şiddet, sözel şiddet, ekonomik şiddet ve cinsel şiddettir. Her bir boyut bağımsız şekilde tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tamamından elde edilmiş puan aile içi kadına yönelik şiddet düzeyini ifade etmektedir. Ölçekten alınacak en düşük puan 50, en yüksek puan 150’dir. Alt boyutlar için alınacak en düşük puan 10, en yüksek puan 30’dur. Ölçeğin toplam ve alt boyutlarından alınacak puanın artması aynı zamanda şiddet düzeyinin de arttığını gösterecektir. Ölçeğin alt boyutları şu şekildedir:

-Fiziksel şiddet alt boyutunda (1, 6, 11, 16, 21,26, 31, 36, 41, 46. maddeler) kadına eşi tarafından yapılan dövme, tokat atma gibi maddelerle fiziksel şiddetin düzeyini ölçer.

- Duygusal şiddet alt boyutunda (2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47. maddeler) kadının eşinden sevgi görüp görmemesi, aile ve arkadaşlarını aşağılaması, eşinin korkutması gibi maddelerle duygusal şiddetin düzeyini ölçer.
- Sözel şiddet alt boyutu (3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48. maddeler) kadına eşinin hakaret etmesi, tehdit etmesi gibi maddelerle sözel şiddet düzeyini ölçer.
- Ekonomik şiddet alt boyutu (4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44, 49. maddeler) kadına eşi tarafından çalışmasına yönelik kısıtlama getirilmesi, harcama yaptığı şeyleri kontrol etmesi, geliri zararlı alışkanlıklarda kullanması gibi durumları sorgulama yaparak ekonomik şiddeti ölçer.
- Cinsel şiddet alt boyutu (5,10,15,20,25,30,35,40,45,50. maddeler) kadın istemeden cinsel ilişkiye zorlanması, istemediği şekilde cinsel birlikteliğe zorlanması, kadının cinsel istek veya isteksizliği ile alay edilmesi gibi sorularla cinsel şiddet düzeyini ölçer. Ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0,94' dür (Kılıç, 1999). Bu çalışma için ölçek hesaplaması yapılmış ve Cronbach's alpha değeri 0,77 olarak bulunmuştur.

3.7. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışma, etik kurulun ve kurum izninin alınmasından sonra bir kamu hastanesinin poliklinik bölümünde bulunan örnekleme dahil olma kriterlerine uyan gebelerde uygulanmıştır. İlk olarak gebelerle iletişim kurularak araştırmanın amacı ve gizlilik ilkeleri hakkında bilgi verilerek sözlü onam alınmıştır. Ankette bulunan tüm soruların gebeler tarafından cevaplandırılması istenmiştir. Takıldıkları ya da anlamadıkları sorularda basit ve anlaşılır kelimelerle cevaplar verilmiştir. Anketlerin cevaplanma süresi 15-20 dakika arasında sürmüştür. Anketler araştırma sürecinde gün içinde poliklinik saatleri arasında gebelerle iletişime geçilerek yapılmıştır. Araştırma süreci içerisinde araştırmayı kabul edip formu doldurmaya başlayan ve sonrasında yarıda bırakıp araştırmadan çekilmek isteyen toplamda 9 gebe örneklem dışı bırakılmıştır. 341 gebeye ulaşıldığında araştırma veri toplama aşamasına son verilmiştir.

3.8. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktararak tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma)

verilmiştir. İki grup arasındaki fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile bakılmıştır. “Tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakılmıştır. Ölçekler arasında ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Ölçek güvenilirlikleri için ise Cronbach’s alfa değerinden yararlanılmıştır. Ölçümler bakımından farklılık analizleri sonucunda anlamlı olan değişkenlerin etkileri doğrusal (lineer) regresyon analizi ile bakılmıştır ve regresyon analizi sonucunda anlamsız değişkenler çıkarılmıştır. Regresyon analizinde enter yöntemi uygulanmış olup B katsayılarının %95 güven aralıkları ve açıklama oranları (R2) verilmiştir.

Anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma süresince Helsinki Bildirgesi’nde yer alan ve okuyarak kabul edilen kurallara uyulmuştur. Araştırma sürecinde görüşülmüş olan gebelere araştırmanın amaç, önem ve yayınlanabileceği yerler hakkında bilgi verilmiştir. Bilgi gizliliğine uyulacağı vurgulanmıştır. Özgür iradeleri ile çalışmayı yapmayı kabul eden gebelerden sözlü onam alınmıştır. Araştırma için Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul izni ve kamu hastanesinden çalışmanın yapılabilmesi için gereken kurum izinleri alınmıştır.

4.BULGULAR

Tablo 1. Sosyo-demografik Özelliklerin İncelenmesi (n=341)

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		Gebe		Gebenin eşi	
		n	%	n	%
Eğitim durumu	Okur-yazar	8	2,4	6	1,8
	İlkokul mezunu	40	11,7	42	12,3
	Ortaokul mezunu	77	22,6	69	20,2
	Lise mezunu	115	33,7	127	37,2
	Üniversite ve üzeri	101	29,6	97	28,5
Yaşadığı Bölge	Ege bölgesi	4	1,2	6	1,9
	Akdeniz bölgesi	15	4,4	13	3,9
	Marmara bölgesi	267	78,2	269	78,9
	İç Anadolu bölgesi	14	4,1	16	3,9
	Doğu Anadolu bölgesi	15	4,4	15	4,6
	Güneydoğu Anadolu bölgesi	4	1,2	3	0,9
	Karadeniz bölgesi	22	6,5	19	5,9
Yaşadığı yer	Köy	73	21,4	87	25,5
	Kasaba	11	3,2	8	2,3
	İlçe	160	46,9	151	44,3
	İl	97	28,5	95	27,9
Sigara kullanma durumu	Kullanıyorum	47	13,8	167	49,0
	Kullanmıyorum	294	86,2	174	51,0
Alkol kullanma durumu	Kullanıyorum	3	0,9	11	3,2
	Kullanmıyorum	338	99,1	330	96,8
Çalışma durumu	Çalışmıyorum	261	76,5	8	2,3
	Çalışıyorum	80	23,5	333	97,7
Sağlık güvencesi durumu	Yok	39	11,4		
	Var	302	88,6	-	-
Gelir durumu	Gelir giderden az	78	22,9		
	Gelir gidere denk	242	71,0		
	Gelir giderden fazla	21	6,1	-	-
Aylık gelirine göre ekonomik durumu	Başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor	16	4,7		
	Yetersiz ama yardımsız geçinebiliyor	98	28,7		
	Yeterli	221	64,8	-	-
	Ekonomik durumumuz çok iyi	3	0,9		
	Diğer	3	0,9		
Aile tipi	Çekirdek aile	294	86,2	-	-
	Geniş aile	47	13,8		
		ort±ss		ort±ss	
Yaş		28,19±4,71		31,40±5,37	
Gebenin evlenme yaşı		22,49±3,19		-	
Sigara içme durumu (adet/gün)		5,58±3,26		10,27±5,54	
Haftada-bardak olarak alkol içme durumu		2,00±00		2,27±1,01	

Tablo 1’de araştırmaya dahil edilen gebelerin ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri incelenmiştir. Gebelerin yaş ortalamaları $28,19 \pm 4,71$, eşlerinin yaş ortalamaları $31,40 \pm 5,37$ olup, evlenme yaşı $22,49 \pm 3,19$ ’dır. Gebelerin %33,7’si lise mezunu, eşlerinin %37,2’si lise mezunudur. Gebelerin %78,3’ünün, eşlerinin de %78,9’unun Marmara bölgesinde yaşadığı, yaşadıkları yere bakıldığında gebelerin %46,9’unun, eşlerinin de %44,3 ‘ünün ilçede yaşadığı saptanmıştır. Gebelerin %86,2’sinin sigara kullanmadığı ve %99,1’inin alkol kullanmadığı ve eşlerin ise %51’inin sigara kullanmadığı ve %96,8’inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Gebelerin %76,5’inin çalışmıyorken, eşlerinin 97,7’si çalışıyor; gebelerin %88,6’sının sosyal güvencesi olup, %77’sinin gelirleri giderlerine eşit ve %64,8’inin aylık gelire göre ekonomik durumu yeterli bulunmuştur. Araştırmada gebelerin %86,2’sinin ise çekirdek aileye sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Gebelerin Aile Durumu ve Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=341)

OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ	ort $\pm$ ss	
Gebelik haftası	31,66 $\pm$ 7,79	
Gebelik sayısı	2,04 $\pm$ 1,14	
Canlı doğum sayısı	0,78 $\pm$ 0,83	
Ölü doğum sayısı	0,04 $\pm$ 0,23	
Düşük sayısı	0,22 $\pm$ 0,66	
Kürtaj sayısı	0,05 $\pm$ 0,26	
Yaşayan çocuk sayısı	0,77 $\pm$ 0,83	
	n	%
Şu anki gebeliği planlı mı?		
Evet	270	79,2
Hayır	71	20,8
Sağlık kuruluşuna başvurma sayısı		
Bir	8	2,3
İki	16	4,7
Üç	22	6,5
Dört	45	13,2
Beş ve üzeri	250	73,3
Gebeliğinde sağlık sorunu yaşama durumu		
Hayır	303	88,9
Evet	38	11,1
Sağlık sorunu nedeniyle hastaneye başvurma durumu		
Hayır	329	96,5
Evet	12	3,5

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımı tablo 2’de verilmiştir. Gebelerin gebelik haftası ortalama $31,66 \pm 7,79$ olup ortalama gebelik sayısı $2,04 \pm 1,14$ ’ dür. Gebelerin %79,2’sinin gebeliklerinin planlı olduğu belirlenmiştir. Gebelerin, %2,3’ünün bir kez sağlık kuruluşuna başvurduğu, %4,7’sinin iki kez, %6,5’inin üç kez,

%13,5'inin dört kez ve %73,3 'ünün ise beş ve üzerinde sağlık kuruluşuna başvurduğu belirlenmiştir. Gebelerin %11,1'i gebelik döneminde sağlık problemi yaşadığını ve gebelerin %3,5'inin sağlık problemi nedeniyle hastaneye başvurduğunu ifade etmiştir.

Tablo 3. Gebelerin Aile Durumuna Göre Dağılımı (n=341)

AİLE DURUMLARI	n	%
Eşyle evlenme usulü		
Kendi isteğimle	308	90,3
Ailemin isteğiyle ve bana danışılarak	29	8,5
Diğer	4	1,2
Eşyle ilişkisini tanımlaması		
Çok olumlu	198	58,1
Olumlu	132	38,6
Ne olumlu ne olumsuz	7	2,1
Olumsuz	2	0,6
Çok olumsuz	2	0,6
Eşinin ev işlerindeki yardım durumu		
Çok yardımcı oluyor	157	46,0
Orta derecede yardımcı oluyor	126	37,0
Az yardımcı oluyor	47	13,8
Hiç yardımcı olmuyor	11	3,2
Eşine duyduğu en kuvvetli duygu		
Sevgi, saygı	269	78,9
Güven	43	12,6
Arkadaşlık	15	4,4
İtaat	11	3,2
Korku	2	0,6
Hiçbiri	1	0,3
Eşi için en uygun tarifi		
Bazen sinirli	192	56,3
Sakin, hemen hemen hiç sinirlenmeyen	117	34,3
Çok sinirli	18	5,3
Diğer	14	4,1
Evliliği süresince şiddete maruz kalma durumu		
Hayır	318	93,3
Evet	23	6,7
Maruz kaldığı şiddet türü*		
Psikolojik şiddet	15	4,4
Fiziksel şiddet	9	2,6
Ekonomik şiddet	4	1,2
Cinsel şiddet	0	0
Evlenmeden önce anne veya babası tarafından şiddet görme durumu		
Hayır	322	94,4
Evet	19	5,6
Maruz kaldığı şiddet türü**		
Psikolojik şiddet	12	3,5
Fiziksel şiddet	10	2,9
Ekonomik şiddet	3	0,9
Cinsel şiddet	3	0,9

* Evlilikte şiddete maruz kalanlar cevaplamıştır. Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

** Evlenmeden önce şiddete maruz kalanlar cevaplamıştır. Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Gebelerin aile durumlarına göre dağılımı tablo 3’ de verilmiştir. Gebelerin %90,3’ü kendi isteğiyle evlendiğini ve %58,1’inin ise eşiyle ilişkisinin çok olumlu olduğunu bildirmiştir. Gebelerin eşlerinin ev işlerinde %46’sının çok yardımcı olduğunu ve %78,9’unun eşine duyduğu en kuvvetli duygunun ise sevgi, saygı olarak belirlenmiştir. Gebelerin %56,3’ünün eşi için en uygun tarifi bazen sinirli olur ifadesi olduğu belirlenmiştir. Gebelerin evliliği süresince ve evlenmeden önce anne veya babası tarafından şiddete maruz kalma durumları incelendi. Araştırmada gebelerin %6,7’sinin evliliği süresince, %5,6’sının ise evlenmeden önce anne veya babasından şiddet türlerinden az bir tanesine maruz kaldığı belirlenmiştir. Evliliği boyunca şiddet gören gebelerin %4,4’ünün psikolojik şiddete, %2,6’sının fiziksel şiddete, %1,3’ünün ekonomik şiddet gördüğü saptanmıştır. Evliliği süresince cinsel istismara maruz kalan gebe bulunmamaktadır. Evlenmeden önce anne veya babaları tarafından şiddet gören gebelerin %3,5’i psikolojik şiddete, %2,9’u fiziksel şiddete, %0,9’unun ekonomik ve cinsel şiddet yaşadıkları saptanmıştır.

Tablo 4. Gebelerin Ölçek Puanlarının İncelenmesi (n=341)

ÖLÇEKLER	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Maks.
Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği	123,27	13,06	88	154
Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği	67,01	7,32	54	92
Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği				
Alt boyutları				
Fiziksel şiddet	10,42	0,88	10	14
Duygusal şiddet	16,19	2,37	12	26
Sözel şiddet	13,97	2,10	10	21
Ekonomik şiddet	14,00	2,69	10	20
Cinsel şiddet	12,43	1,48	10	18

Tablo 4’de gebelerin ölçek puanları verilmiştir. Gebelikte sağlık uygulamaları ölçek skor ortalaması $123,27 \pm 13,06$ ve aile içi kadına yönelik şiddet ölçek skor ortalaması $67,01 \pm 7,32$ ’dir. Gebelikte sağlık uygulamaları ölçeğinde minimum değer 88, maksimum değer 154, aile içi kadına yönelik şiddet ölçeğinde ise minimum değer 54, maksimum değer 92 olarak saptanmıştır. Aile içi kadına yönelik şiddet ölçeğinin alt boyutları incelenmiştir. Alt boyutların ortalama değerleri en yüksek ortalamadan en düşük ortalamaya göre sırasıyla duygusal şiddet, ekonomik şiddet, sözel şiddet,

cinsel şiddet ve son olarak fiziksel şiddettir.

Tablo 5. Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=341)

ÖZELLİKLER		GSU ölçeği	test/p
		ort±ss	
Eğitim durumu*	İlköğretim ve altı	116,83±11,67 ^a	37,956/<0,001
	Lise mezunu	123,83±12,18 ^b	
	Üniversite ve üzeri	130,59±11,64 ^a	
Eşinin eğitim durumu*	İlköğretim ve altı	118,14±11,41 ^c	19,924/<0,001
	Lise mezunu	123,74±12,75 ^b	
	Üniversite ve üzeri	128,84±13,02 ^a	
Yaşadığı yer*	Köy/kasaba	122,33±12,82	1,050/0,351
	İlçe	122,79±12,86	
	İl	124,87±13,58	
Eşinin bölgelere göre yaşadığı yer*	Köy/kasaba	122,27±13,16	1,183/0,308
	İlçe	122,81±13,21	
	İl	124,98±12,68	
Eşinin alkol kullanma durumu**	Kullanıyorum	123,09±12,20	-0,045/0,964
	Kullanmıyorum	123,27±13,10	
Sağlık güvencesi durumu**	Yok	120,28±12,55	-1,520/0,130
	Var	123,65±13,09	
Çalışma durumu**	Çalışmıyorum	122,93±12,91	-0,848/0,397
	Çalışıyorum	124,35±13,56	
Eşinin çalışma durumu**	Çalışmıyorum	124,00±14,93	0,160/0,873
	Çalışıyorum	123,25±13,04	
Gelir durumu*	Gelir giderden az	120,60±12,79	2,131/0,120
	Gelir gidere denk	124,02±13,14	
	Gelir giderden fazla	124,48±12,40	
Aile tipi**	Çekirdek aile	124,17±13,05	3,251/<0,001
	Geniş aile	117,60±11,70	
Eşiyle evlenme usulü**	Kendi isteğimle	124,34±12,85	4,683/<0,001
	Ailemin isteğiyle	112,79±10,85	

*F: One-way ANOVA testi, **t: Bağımsız örneklem t testi

a,b,c: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek ortalama). Bonferroni düzeltmesinde üçlü grupta $p<0.017$ anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

Tablo 5'te gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Eğitim durumu, eşin eğitim durumu, aile tipi, eşiyle evlenme şekli arasında gebelikte sağlık uygulamaları ölçek skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, eşi ya da kendisi üniversite ve üzeri mezun olanların gebelikte sağlık uygulamaları ölçek skoru lise ve altı mezunlarına göre ve lise mezunu olanların gebelikte sağlık uygulamaları ölçek skoru ilköğretim ve altı mezunu olanlara göre daha yüksektir. Ayrıca çekirdek aile olanların gebelikte sağlık uygulamaları ölçek skoru geniş aile olanlara göre, kendi isteğiyle evlenenlerin

gebelikte sağlık uygulamaları ölçek skoru ailesinin isteğiyle evlenenlere göre daha yüksektir.

Tablo 6. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Şiddet Görme Durumlarına Göre Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=341)

OBSTETRİK VE ŞİDDET GÖRME DURUMLARI		GSU ölçeği ort±ss	test/p
Gebenin şu anki gebeliği planlı mı? **	Evet	124,32±12,47	2,943/<0,001
	Hayır	119,25±14,51	
Gebelik dönemi sağlık kuruluşuna başvurma sayısı*	3 ve daha az	118,91±14,05 ^b	8,581/<0,001
	4	118,13±9,97 ^b	
	5 ve üzeri	124,99±12,98 ^a	
Şu anki gebeliğinde sağlık sorunu yaşama durumu**	Hayır	123,18±13,16	-0,340/0,734
	Evet	123,95±12,41	
Evliliği süresince şiddete maruz kalma durumu**	Hayır	123,93±12,70	3,550/<0,001
	Evet	114,09±14,70	
Evlenmeden önce anne veya babası tarafından şiddet görme durumu**	Hayır	123,56±12,98	1,687/0,093
	Evet	118,37±13,81	

*F: One-way ANOVA testi, **:Bağımsız örneklem t testi

a,b,c: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek ortalama). Bonferroni düzeltmesinde üçlü grupta p<0.017 anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

Tablo 6’da gebelerin obstetrik ve şiddet görme durumlarına göre gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Gebeliğin planlı olma durumu, gebelik dönemi sağlık kuruluşuna başvurma sayısı ve evliliği sürecinde şiddete maruz kalma durumu arasında gebelikte sağlık uygulamaları ölçek skoru açısından anlamlı derecede (p<0,05) bir farklılık bulunmaktadır.

Gebeliği planlı olanların gebelikte sağlık uygulamaları ölçek skoru planlı olmayanlara göre, sağlık kuruluşuna 5 ve daha fazla kez başvuranların gebelikte sağlık uygulamaları ölçek skoru 4 ve daha az kez başvuranlara göre, evliliği süresince şiddete maruz kalmayanların gebelikte sağlık uygulamaları ölçek skoru şiddete maruz kalanlara göre daha yüksektir.

Tablo 7. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=341)

ÖZELLİKLER	AKŞÖ	Fiziksel şiddet	Duygusal şiddet	Sözel şiddet	Ekonomik şiddet	Cinsel şiddet
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Eğitim durumu						
İlköğretim ve altı	70,58±7,69 ^a	10,54±1,02	17,00±2,60 ^a	14,88±2,29 ^a	15,10±2,72 ^a	13,06±1,52 ^a
Lise mezunu	65,99±6,41 ^b	10,37±0,80	15,89±2,17 ^b	13,65±2,03 ^b	13,74±2,43 ^b	12,34±1,28 ^b
Üniversite ve üzeri	63,74±5,83 ^c	10,32±0,77	15,52±2,00 ^b	13,21±1,44 ^b	12,93±2,45 ^b	11,76±1,30 ^c
F/p	30,620/<0,001*	2,092/0,125	13,072/<0,001	22,117/<0,001*	21,126/<0,001*	25,186/<0,001*
Eşinin eğitim durumu						
İlköğretim ve altı	70,38±7,62 ^a	10,52±0,94	17,02±2,53 ^a	14,74±2,38 ^a	15,09±2,59 ^a	13,01±1,42 ^a
Lise mezunu	65,62±6,80 ^b	10,43±0,90	15,84±2,07 ^b	13,67±1,84 ^b	13,43±2,52 ^b	12,26±1,46 ^b
Üniversite ve üzeri	64,76±6,13 ^b	10,29±0,76	15,64±2,29 ^b	13,43±1,79 ^b	13,43±2,66 ^b	11,97±1,36 ^b
F/p	21,549/<0,001*	1,856/0,158	11,801/<0,001	13,289/<0,001*	15,848/<0,001*	15,806/<0,001*
Bölgelere göre yaşadığı yer						
Köy/kasaba	67,89±6,96	10,56±0,99	16,23±2,20	13,98±2,18	14,54±2,46	12,60±1,57
İlçe	66,71±7,50	10,33±0,77	16,24±2,54	14,00±2,06	13,71±2,81	12,43±1,45
İl	66,73±7,33	10,45±0,95	16,06±2,24	13,92±2,11	14,00±2,63	12,30±1,44
F/p	0,812/0,445	2,058/0,129	0,191/0,826	0,047/0,954	2,603/0,076	0,906/0,405
Eşinin bölgelere göre yaşadığı yer						
Köy/kasaba	67,09±6,90	10,59±0,98	16,00±2,05 ^a	13,83±1,99	14,19±2,68	12,48±1,53
İlçe	67,55±7,87	10,35±0,80	16,59±2,62 ^a	14,19±2,17	13,94±2,88	12,48±1,53
İl	66,06±6,78	10,36±0,89	15,74±2,17 ^b	13,77±2,08	13,89±2,39	12,31±1,35
F/p	1,213/0,299	2,467/0,086	4,261/0,015*	1,440/0,238	0,344/0,709	0,499/0,608
Eşinin alkol kullanma durumu						
Kullanıyorum	68,73±5,08	10,45±0,82	16,00±2,41	14,73±1,90	14,82±2,36	12,73±1,19
Kullanmıyorum	66,95±7,38	10,42±0,89	16,19±2,37	13,95±2,11	13,97±2,70	12,42±1,49
t/p	0,791/0,429	0,134/0,893	-0,266/0,790	1,215/0,225	1,029/0,304	0,669/0,504
Sağlık güvencesi durumu						
Yok	69,67±7,90 ^a	10,79±1,20 ^a	16,82±2,74	14,49±2,13	14,59±2,61	12,97±1,53 ^a
Var	66,67±7,18 ^b	10,37±0,82 ^b	16,11±2,31	13,90±2,09	13,92±2,69	12,36±1,46 ^b
t/p	2,427/0,016*	2,149/0,037	1,776/0,077	1,635/0,103	1,464/0,144	2,445/0,015*
Çalışma durumu						
Çalışmıyorum	67,13±7,10	10,42±0,90	16,08±2,39	13,91±2,11	14,14±2,64	12,58±1,39 ^a
Çalışıyorum	66,60±8,04	10,41±0,82	16,54±2,31	14,16±2,09	13,54±2,81	11,95±1,66 ^b
t/p	0,570/0,569	0,079/0,937	-1,511/0,132	-0,933/0,351	1,752/0,081	3,402/0,001*
Eşinin çalışma durumu						
Çalışmıyorum	68,00±11,94	10,50±0,93	16,50±2,93	15,00±3,85	13,75±3,69	12,25±1,67
Çalışıyorum	66,98±7,20	10,42±0,88	16,18±2,36	13,95±2,05	14,00±2,67	12,44±1,47
t/p	0,239/0,818	0,261/0,794	0,376/0,707	0,771/0,466	-0,262/0,793	-0,356/0,722
Gelir durumu						
Gelir az	70,09±8,09 ^a	10,47±0,86	17,09±2,54 ^a	14,74±2,43 ^a	14,73±2,76 ^a	13,05±1,70 ^a
Gelir gidere denk	66,14±6,83 ^b	10,41±0,90	15,94±2,25 ^b	13,75±1,94 ^b	13,79±2,65 ^b	12,26±1,34 ^b
Gelir fazla	65,52±6,96 ^b	10,33±0,73	15,67±2,31 ^b	13,62±1,99	13,71±2,55	12,19±1,50
F/p	9,478/<0,001*	0,266/0,766	7,743/0,001*	7,126/0,00*	3,830/0,023*	9,281/<0,001*
Aile tipi						
Çekirdek aile	66,83±7,33	10,41±0,88	16,14±2,32	13,92±2,06	13,97±2,70	12,39±1,53
Geniş aile	68,13±7,25	10,45±0,93	16,51±2,69	14,30±2,34	14,17±2,64	12,70±1,10
t/p	-1,129/0,260	-0,229/0,819	-1,006/0,315	-1,150/0,251	-0,475/0,635	-1,693/0,094
Eşiyle evlenme usulü						
Kendi isteğimle	66,56±7,24 ^b	10,42±0,89	16,13±2,36	13,84±2,10 ^b	13,83±2,69 ^b	12,35±1,41 ^b
Ailemin isteğiyle	71,31±6,97 ^a	10,38±0,68	16,76±2,60	15,28±1,60 ^a	15,59±2,15 ^a	13,31±1,95 ^a
t/p	-3,386/0,001*	0,232/0,817	-1,369/0,172	-3,587/<0,001*	-3,416/0,001*	-2,599/0,014*

a,b,c: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek yüzde). Bonferroni düzeltmesinde üçlü grupta p<0.017 anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,05

Tablo 7’de gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Yaşanılan bölgeler, eşin alkol kullanma durumu, eşin çalışma durumu, aile tipi durumları arasında aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p>0,05$) bir farklılık bulunmamaktadır.

Gebenin ve eşinin eğitim durumları arasında aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve duygusal, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, eşi ya da kendisi ilköğretim ve altı mezunu olanların aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve duygusal, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet skorları lise ve üzeri mezunu olanlara göre daha yüksektir.

Gebenin eşinin yaşadığı bölgeler arasında duygusal şiddet skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, köy, kasaba yada ilçede yaşayanların duygusal şiddet skoru ilde yaşayanlara göre daha yüksektir.

Sağlık güvencesi durumları arasında aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve fiziksel ve cinsel şiddet skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, sağlık güvencesi olmayanların aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve fiziksel ve cinsel şiddet skorları sağlık güvencesi olanlara göre daha yüksektir.

Çalışma durumları arasında cinsel şiddet skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, çalışmayanların cinsel şiddet skoru çalışanlara göre daha yüksektir.

Gelir durumları arasında aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve duygusal, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, geliri az olanların aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve duygusal, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet skorları diğerlerine göre daha yüksektir.

Evlenme şekilleri arasında aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve sözel, ekonomik ve cinsel şiddet skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, evlenme şekli ailesinin isteğiyle olanların aile içi

kadına yönelik şiddet ölçeği ve sözel, ekonomik ve cinsel şiddet skorları kendi isteğiyle olanlara göre daha yüksektir.

Tablo 8. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ve Şiddet Görme Durumlarına Göre Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=341)

ÖZELLİKLER	AKŞÖ Toplam Puanı	Fiziksel şiddet	Duygusal şiddet	Sözel şiddet	Ekonomik şiddet	Cinsel şiddet
	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss	ort±ss
Şu anki gebeliği planlı mı						
Evet	66,64±6,83	10,41±0,86	16,14±2,33	13,80±1,92 ^b	13,88±2,64	12,41±1,44
Hayır	68,42±8,84	10,46±0,95	16,37±2,53	14,62±2,60 ^a	14,45±2,85	12,52±1,63
t/p	-1,581/0,117	-0,487/0,627	-0,712/0,477	-2,481/0,015*	-1,600/0,110	-0,558/0,577
Gebelik dönemi sağlık kuruluşuna başvurma sayısı						
3 ve daha az	67,00±6,92 ^b	10,33±0,73	16,52±2,15	13,85±2,32 ^b	13,70±2,62 ^b	12,61±1,37 ^b
4	71,36±7,38 ^a	10,49±0,82	17,20±2,34 ^a	15,16±2,24 ^a	15,13±2,63 ^a	13,38±1,66 ^a
5 ve üzeri	66,23±7,13 ^b	10,42±0,92	15,94±2,37 ^b	13,78±1,97 ^b	13,85±2,68 ^b	12,23±1,39 ^b
F/p	9,844/<0,001*	0,398/0,672	6,051/0,003	8,630/0,003	4,790/0,009	12,658/<0,001*
	1*		*	*	*	1*
Şu anki gebeliğinde sağlık sorunu yaşama durumu						
Hayır	67,04±7,22	10,43±0,88	16,16±2,32	14,01±2,08	13,98±2,69	12,46±1,45
Evet	66,74±8,18	10,37±0,88	16,42±2,77	13,63±2,27	14,11±2,72	12,21±1,70
t/p	0,243/0,808	0,377/0,707	-0,643/0,521	1,055/0,292	-0,263/0,793	0,989/0,323
Evliliği süresince şiddete maruz kalma durumu						
Hayır	66,49±6,79	10,38±0,85	16,10±2,30	13,80±1,96	13,89±2,64	12,32±1,35
Evet	74,17±10,31	11,00±1,13	17,35±3,05	16,35±2,52	15,52±2,97	13,96±2,23
t/p	-3,519/0,002*	-2,594/0,016*	-1,915/0,068	5,889/<0,001*	-2,844/0,005*	3,473/0,002*
				*		
Evlenden önce anne veya babası tarafından şiddet görme durumu						
Hayır	66,93±7,06	10,41±0,88	16,18±2,34	13,91±2,01	14,00±2,65	12,43±1,47
Evet	68,26±10,99	10,58±1,02	16,37±2,93	14,95±3,19	13,95±3,44	12,42±1,68
t/p	-0,520/0,609	-0,810/0,418	-0,341/0,733	-1,398/0,178	0,066/0,948	-0,039/0,969

a,b,c: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek yüzde).

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi*:p<0,05

Tablo 8’de gebelerin obstetrik ve şiddet görme durumlarına göre aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu, evlenmeden önce anne ve babası tarafından şiddet görme durumları arasında aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve boyutları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede (p>0,05) bir farklılık bulunmamaktadır.

Gebeliğin planlı olma durumları arasında sözel şiddet skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede (p<0,05) bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, gebeliği planlı olmayanların sözel şiddet skoru planlı olanlara göre daha yüksektir.

Gebenin gebelik dönemi sağlık kuruluşuna başvuru sayıları arasında aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve duygusal, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet skorları

bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, sağlık kuruluşuna 4 kez gidenlerin aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve duygusal, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet skorları 3 ve daha az ya da 5 ve daha fazla kez gidenlere göre daha yüksektir.

Evliliği süresince şiddete maruz kalma durumları arasında aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve fiziksel, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, evliliği süresince şiddete maruz kalanların aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve fiziksel, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet skorları şiddete maruz kalmayanlara göre daha yüksektir.

Tablo 9. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri ve Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği ile Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçek ve Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=341)

ÖZELLİKLER		GSUÖ	AKŞÖ	Fiziksel şiddet	Duygusal şiddet	Sözel şiddet	Ekonomik şiddet	Cinsel şiddet
Yaş	r	0,060	0,142	-0,025	0,147	0,163	0,106	0,058
	p	0,266	0,009*	0,643	0,007*	0,003*	0,050*	0,285
Evllenme yaşı	r	0,199	-0,136	-0,055	-0,068	-0,152	-0,098	-0,136
	p	< 0,001	0,012*	0,313	0,211	0,005*	0,070	0,012*
Gebelik haftası	r	-0,015	0,022	0,067	-0,092	0,039	0,086	0,005
	p	0,777	0,681	0,218	0,091	0,470	0,112	0,929
Gebelik sayısı	r	-0,097	0,155	0,075	0,112	0,160	0,117	0,104
	p	0,073	0,004*	0,165	0,039*	0,003*	0,031*	0,054
Canlı doğum sayısı	r	-0,141	0,187	-0,008	0,132	0,188	0,162	0,157
	p	0,009*	0,001*	0,881	0,015*	< 0,001	0,003*	0,004*
Ölü doğum sayısı	r	0,031	0,067	0,053	0,086	0,057	0,033	0,021
	p	0,568	0,216	0,327	0,111	0,295	0,542	0,694
Düşük sayısı	r	-0,014	0,064	0,135	0,064	0,064	0,030	-0,014
	p	0,791	0,239	0,013*	0,238	0,236	0,577	0,799
Kürtaj sayısı	r	0,031	-0,021	-0,041	-0,011	-0,025	-0,013	-0,003
	p	0,565	0,703	0,452	0,845	0,650	0,816	0,957

r:Pearson korelasyon katsayısı, *:p<0,05

Tablo 9’da gebelerin bazı sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ve gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği ile aile içi kadına yönelik şiddet ölçek ve boyutları arasındaki ilişkisinin incelenmesi verilmiştir. Yaş ile aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği, duygusal şiddet, sözel şiddet ve ekonomik şiddet arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir ilişki bulunmaktadır. Evlenme yaşı ile gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği arasında pozitif yönde, aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği, sözel şiddet, cinsel şiddet arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir ilişki bulunmaktadır.

Gebelik sayısı ile aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği, duygusal şiddet, sözel şiddet ve ekonomik şiddet arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir ilişki bulunmaktadır. Canlı doğum sayısı ile gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği arasında negatif yönde, aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği, duygusal şiddet, sözel şiddet, ekonomik şiddet, cinsel şiddet arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir ilişki bulunmaktadır. Düşük sayısı ile fiziksel şiddet arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$) .

Tablo 10. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği ile Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=341)

ÖLÇEKLER		GSUÖ	AKŞÖ	AKŞÖ Alt Boyutları				
				Fiziksel şiddet	Duygusal şiddet	Sözel şiddet	Ekonomik şiddet	Cinsel şiddet
Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği	r	1	-0,424	-0,089	-0,323	-0,426	-0,301	-0,372
	p		<0,001	0,101	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği	r		1	0,359	0,796	0,822	0,866	0,715
	p			<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
AKŞÖ Fiziksel Şiddet Alt Boyutu	r			1	0,163	0,171	0,252	0,219
	p				0,003*	0,001*	<0,001	<0,001
AKŞÖ Duygusal Şiddet Alt Boyutu	r				1	0,584	0,551	0,407
	p					<0,001	<0,001	<0,001
AKŞÖ Sözel Şiddet Alt Boyutu	r					1	0,607	0,507
	p						<0,001	<0,001
AKŞÖ Ekonomik Şiddet Alt Boyutu	r						1	0,570
	p							<0,001
AKŞÖ Cinsel Şiddet Alt Boyutu	r							1
	p							

r:Pearson korelasyon katsayısı, *:p<0,05

Tablo 10’da Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği ile Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği Arasındaki ilişki incelenmiştir. Gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği ile aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve duygusal, sözel, ekonomik, cinsel alt boyutları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 11. Bağımsız değişkenlerin GSU ölçeği üzerindeki etkilerin incelenmesi

	Standardize olmayan katsayı		t	p	95,0% CI for B	
	B	Std. Error			Alt sınır	Üst sınır
Sabit (ilköğretim)	130,512	3,815	34,207	<0,001	123,006	138,017
Eğitim durumu (lise)	6,494	1,509	4,303	<0,001	3,526	9,463
Eğitim durumu (üniversite ve üzeri)	12,570	1,589	7,910	<0,001	9,444	15,696
Gebenin aile tipi	-4,667	1,850	-2,523	0,012	-8,306	-1,028
Gebenin evliliği süresince şiddete maruz kalma durumu	-7,352	2,540	-2,894	0,004	-12,348	-2,355

F:23,124, p:0,000 R²:0,207

Tablo 11 ‘de gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği üzerindeki etkilerin regresyon analizi ile anlamlı değişkenlerin incelenmesi sonucunda, lise mezunu olanların gebelikte sağlık uygulamaları ölçek skoru ilköğretim ve altına göre 6,494 birim, üniversite ve üzeri mezun olanların gebelikte sağlık uygulamaları ölçek skoru ilköğretim ve altına göre 12,570 birim daha fazla olduğu bulunmuştur. Çekirdek aile olanların gebelikte sağlık uygulamaları ölçek skoru geniş aile olanlara göre 4,667 birim ve evliliği süresince şiddete maruz kalmayanların gebelikte sağlık uygulamaları ölçek skoru maruz kalanlarına göre 7,352 birim daha fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 12. Aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği üzerindeki etkilerin incelenmesi

AKŞÖ	Unstandardized Coefficients		t	p	95,0% CI for B	
	B	Std. Error			Alt sınır	Üst sınır
Sabit (ilköğretim)	64,255	1,673	38,404	<0,001	60,964	67,547
Eğitim durumu (lise)	-3,047	0,919	-3,316	0,001	-4,854	-1,240
Eğitim durumu (üniversite ve üzeri)	-4,512	1,031	-4,378	<0,001	-6,539	-2,485
Eşin eğitim durumu (lise)	-3,028	0,923	-3,282	0,001	-4,844	-1,213
Eşin eğitim durumu (üniversite ve üzeri)	-3,141	1,043	-3,012	0,003	-5,192	-1,090
Gebenin evliliği süresince şiddete maruz kalma durumu	6,687	1,416	4,724	<0,001	3,903	9,472

F:19,856, p:0,000 R²:0,217

Tablo 12’de aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği üzerindeki etkilerin regresyon analizi ile anlamlı değişkenler üzerine incelenmesi sonucunda, lise mezunu olanların aile içi kadına yönelik şiddet ölçek skoru ilköğretim ve altına göre 3,047 birim, üniversite ve üzeri mezun olanların aile içi kadına yönelik şiddet skoru ilköğretim ve altına göre 4,512 birim, eşi lise mezunu olanların aile içi kadına yönelik şiddet ölçek

skoru ilköğretim ve altına göre 3,028 birim, üniversite ve üzeri mezun olanların aile içi kadına yönelik şiddet skoru ilköğretim ve altına göre 3,141 birim daha azdır. Evliliği süresince şiddete maruz kalanların aile içi kadına yönelik şiddet ölçek skoru maruz kalmayanlara göre 6,687 birim daha fazla olduğu saptanmıştır.



5. TARTIŞMA

Gebelik kadının yaşamında belirli değişimlerin ve gelişimlerin yaşandığı aynı zamanda adaptasyonun olduğu bir süreçtir. Bu dönemde uygulanan gebelikte sağlık uygulamaları gebeliği ve gebelik sonrasındaki dönemin daha olumlu geçirilmesi için birbirini etkilemektedir (Aslan,2019).

Şiddet; toplumu, kültürü, dini ve coğrafyadaki sınırları aşp evrensel bir sorun haline gelmiştir. Kadınların şiddete maruz kaldığı kişiler sırasıyla en fazla eşleri, erkek arkadaşları veya eskiden birliktelikleri olan kişilerdir (Polat, 2016; Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı, 2016-2020).

Kadınlar hayatlarının her döneminde şiddete maruz kalma riski taşırlar. Gebelik dönemi de kadın için en hassas dönemlerden biri ve bu dönemde de şiddetten dolayı olumsuz etkiler yaşayabilmektedir. Bu nedenlerle bu araştırmada, gebelikte şiddetin, gebelikte uygulanan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi incelenmiştir.

5.1 GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda gebelerin GSUÖ' den aldıkları toplam puan ortalamasının orta düzeyde ($123,27 \pm 13,06$) olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Ülkemizde ve yurt dışında gebelerle yapılan çalışmalar incelendiğinde, çalışmamız sonuçları ile benzer şekilde orta düzeyde GSUÖ puan olduğu saptanmıştır (Özcan ve Beji, 2015; Balaban, 2016; Çaycı, 2019; Kışlak, 2019; Beyaz, Gökçeoğlu ve Özdemir, 2020; Altındaş ve ark., 2020; Boybay ve Bülbül, 2021; Alhusen ve ark.,2012). Ayrıca, Çapık ve Pasinlioğlu (2014) istenen gebeliği olan gebelerde GSUÖ' den alınan puanın ortalama düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada elde edilen GSUÖ puanına göre, gebelerin orta düzeyde sağlık davranışı gösterdikleri söylenebilir.

Çalışmamızda üniversite ve üzeri eğitime sahip gebelerin GSUÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu; eğitim düzeyi arttıkça ölçek puanının arttığı belirlenmiştir (Tablo 5). Yapılan ileri analizde ilköğretim ve altına kıyasla lise mezunu olanların yaklaşık olarak 6,5 kat, üniversite ve üzeri mezun olanların ise 12,5

kat daha fazla gebelikte sağlıklı yaşam uygulamalarını yaptıkları saptanmıştır (Tablo 11).

Eğitim düzeyinin artması tüm bölümlerde olduğu gibi sağlık uygulamalarını da direkt etkilemektedir. Bu durum kadın sağlığı açısından eğitim düzeyinin önemini göstermektedir. Gebenin eğitim düzeyi yüksek olduğunda, üreme sağlığına dikkat ettiği ve gebelik döneminde olumlu sağlık davranışları gösterdiği söylenebilir.

Gebe eşlerinin eğitim durumları ve GSUÖ puan ortalamaları arasında karşılaştırılma yapılmış olup gruplar arasında anlamlı ($p<0,05$) bir farklılık elde edilmiştir (Tablo 5). Gebelerin eşlerinin eğitim düzeyi arttığında GSUÖ puan ortalamalarının da doğru orantılı şekilde arttığı bulunmuştur. Çalışma sonucumuz ile yapılan literatür çalışmalarında benzer şekilde gebelerin eşlerinin eğitimi ile GSUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı ($p<0,05$) farklılık saptanmıştır (Özcan ve Beji ,2015; Balaban,2016; Çelik ve Derya,2019). Literatürdeki çalışma sonuçlarının benzer olması gebelerin eşlerinin eğitim düzeylerinin artmasıyla sağlık uygulamalarına verilen önemin arttığı ve eşlerin de birbirlerine olumlu davranışlar gösterdiği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda gebelikte sağlık uygulama davranışlarının gebenin yaşadığı aile tipi ile ilişkisi değerlendirildiğinde, çekirdek aile tipinde yaşamak geniş aile tipine göre istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) şekilde daha yüksek GSUÖ puanı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Yapılan ileri analizde çekirdek aile tipinde yaşayanların geniş aile tipinde yaşayanlara oranla yaklaşık olarak 4,5 kat daha fazla gebelikte sağlık uygulamalarını gerçekleştirdiği belirlenmiştir (Tablo 11). Bu değişkeninin değerlendirildiği çalışmalarda da benzer şekilde çekirdek aile tipinde yaşayan gebelerde daha yüksek GSUÖ puanı bildirmişlerdir (Çelik ve Derya,2019; Kışlak 2019; Beyaz ve ark.,2020).

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışmamızdan elde edilen bulgulara benzer bulgulara ulaşıldığı gibi farklı sonuçlara da ulaşılmıştır. Çalışma sonucumuzdan farklı olarak yapılan çalışmalarda aile tipine göre gruplandırılan gebelerin GSUÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) olmadığı saptanmıştır (Kanbur,2010; Tirkeş,2012). Çekirdek aile tipiyle geniş aile tipi karşılaştırıldığında gelir durumu daha iyi olacak aile tipi çekirdek ailedir. Aile tipinin gelir durumuyla doğrudan ilişkisi bulunmakta ve aile yapısını

olumlu şekilde etkilemektedir. Buna bağılı olarak kadının aile içerisindeki sorumluluklarını azaltacağından sağıık uygulamalarını gerçekleştirmede olumlu etkileyeceğı dűřűnűlebilir.

5.2 GEBELERİN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ VE şİDDET GÖRME DURUMLARINA GÖRE GEBELİKTE SAğıLIK UYGULAMALARI ÖLÇEğı PUANLARININ KARşILAşTIRILMASINA İLİşKİN BULGULARIN TARTIşILMASI

Gebeliğinin planlı gerçekleştiğini ifade etmiş kadınların planlı olmadığını ifade etmiş kadınlardan daha yüksek GSUÖ puanına sahip olduğı çalışmamızda istatistiksel olarak saptanmıştır (Tablo 6). Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde benzer şekilde planlı gebelikler ile plansız gebeliklerin GSUÖ puanlarının karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$) olduğı bildirilmiştir (apık, Apay ve Sakar, 2016; elik ve Derya, 2019; Kışlak, 2019; Beyaz ve ark., 2020). Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Tirkeř (2012) tarafından yapılan çalışmada planlı ve plansız gebelikler arasında GSUÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı ($p > 0,05$) bir fark bulunamamıştır. Gebelik sürecine ve bebeğine karşı olumsuz duygular beslemeyen gebelerin sağıık uygulamalarını geliştirecek girişimlerde bulunabildiğı, olumsuz duygulara sahip gebelerin ise sağıık uygulamalarına daha az dikkat ettikleri görűlműřtür (Lindgren, 2003). Çalışma sonuçlarına bakıldığında gebeliğın planlanması veya istenmiş gebelik olması, kadının gebeliğinde yaşanan sorunlarla bař etmeye yönelik çabasının olduğı ve gebelik sürecinde olumlu sağıık davranışları uyguladığı dűřűnűlebilir.

Çalışmamızda gebelerin sağıık kuruluşuna başvurma sayısı ve GSUÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 6), ($p < 0,05$). Sağıık kuruluşuna 5 ve daha fazla kez başvuran gebelerin GSUÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğı; sağıık kuruluşuna başvurma sayısı arttıkça ölçek puanının arttığını belirlenmiştir. Er (2006) ve Balaban (2016) tarafından yapılan çalışmalarda, gebelerin gebelikleri süresince kontrole gitme sayılarına göre GSUÖ puan ortalamaları arasında ilişki olduğı saptanmıştır. elik ve Derya (2019) yaptıkları çalışmada, dört ve üzeri sayıda doğıum öncesi bakım takibi olan gebelerin,

daha az sayıda gebelik takibi yaptıranlara göre sağlık uygulamalarının daha iyi durumda olduğunu saptamıştır. Çalışma sonucumuz literatürü destekler niteliktedir.

Yapılan çalışma sonuçlarına bakıldığında gebenin sağlık kuruluşuna başvurma sayısının fazla olması, gebenin sağlık uygulama davranışlarının bilincinde olduğunu ve fetüs sağlığına önem verdiğini düşündürmektedir. Gebelerin sağlık kuruluşuna başvurma sayısı aynı zamanda gebelik haftası ile ilişkili bir değerdir. Buna bağlı olarak gebelik haftası fazla olan gebenin sağlık kuruluşuna başvurma sayısı gebelik haftasıyla doğru orantılı şekilde artmaktadır. Bu durumda da sağlık kuruluşuna başvuru sayısı arttığı için gebenin sağlık uygulama davranışları anlamlı oranda olumlu yönde artmaktadır.

Çalışmamızda gebelikte sağlık uygulama davranışlarının gebenin evliliği sürecinde şiddete maruz kalma durumu arasındaki ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (Tablo 6), ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde evliliği süresince şiddete maruz kalmayanların kalanlara göre yaklaşık olarak 7 kat daha fazla gebelikte sağlık uygulamalarına uyum gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 11).

Shah PS.ve Shah, J (2010) ve Alhusen ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmalarda gebelik sürecinde şiddete maruz kalan gebelerin doğum öncesi dönemde yapılan sağlık uygulamalarında yetersizlik yaşadığı istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) ortaya konmuştur.

Gebelikte kadınların eş veya partnerlerinden şiddet görmeleri maternal sağlığı; fiziksel olarak psikolojik olarak ve sosyal olarak çok boyutlu şekilde etkileyebilmektedir (Özcan ve Sezgin,2020). Bu değişken hakkında literatürde yeterli düzeyde çalışmaya rastlanmamıştır. Literatürle benzer sonuçlarda olan çalışmamızda gebelik sürecinde şiddete maruz kalmanın gebelikte uygulanan sağlık davranışlarını olumsuz derecede etkilediği görülmektedir. Şiddete maruz kalan gebenin ve fetüsün sağlığının tehlikede olduğu ve aynı zamanda şiddete maruz kalan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yeterli düzeyde yerine getiremediği yorumlanabilir. Nitekim doğum öncesi bakım almada sağlık kuruluşuna başvurma sayısının az olması da doğrudan bu değişkenle benzer sonuçları paylaşmaktadır.

5.3 GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE AİLE İÇİ KADINA YÖNELİK ŞİDDET ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda gebelerin AKŞÖ ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının $(67,01 \pm 7,32)$ orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Şiddetle ilgili önceki yıllarda yapılan çalışmalarda genellikle oran bakılmış olup şiddetin düzeyini ele alan sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Literatür çalışmaları incelendiğinde; çalışmamız sonuçlarıyla benzer şekilde orta düzeyde AKŞÖ puan olduğu saptanmıştır (Karslıoğlu,2019; Çalışkan ve Özkan,2021). Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Özdemir ve Budak (2021) çalışmasında ölçekten alınan ortalama puanın $(118,77 \pm 12,82)$ yüksek olduğu bulunmuştur.

Döğücü ve Başer (2021)'in yaptıkları çalışmada ise ölçeğe ait genel bir ortalama sonucu bakılmamış, yaş gruplarına göre ortalamalar bulunmuştur. Yaşa göre farklılık olmasının sebebini 25 yaş altı grup ile 36-45 yaş arası gruplardan kaynaklandığı saptanmış ve kadına yönelik şiddetin en fazla olduğu yaş aralığının 25 yaş altı olduğu ve ortalamanın orta düzeyde $(71,61 \pm 9,80)$ olduğunu saptanmıştır. Aynı şekilde Mete ve arkadaşları (2018) ve Şahin ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmış çalışmalarda da genç yaşta evlenmiş kadınların ileri yaşta evlenen kadınlara göre daha fazla aile içi şiddet gördükleri bulunmuştur. AKŞÖ' den alınan puan arttıkça, şiddetin oranı da aynı düzeyde artmaktadır.

Türkiye'de ve dünyada kadına şiddet ile ilgili yapılan çalışmalarda, şiddet oranının değiştiğini görsek de bu oran hep yükselme eğilimindedir. Kadına şiddetin sıklığı her geçen gün daha da artmakta ve bu durum toplumsal bir kriz haline dönüşmektedir. Bu kriz sosyokültürel ortam, gelir durumu, eğitim durumu, evlenme biçimi gibi demografik özelliklerin de etkisi altındadır (Özdemir ve Budak, 2021).

Çalışmamızda gebenin ve eşinin eğitim durumları arasında aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve duygusal, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$) derecede bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, eşi ya da kendisi ilköğretim ve altı mezunu olanların aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve duygusal, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet skorları lise ve üzeri mezunu olanlara göre daha yüksektir. Yapılan ileri analizde gebelerden ilköğretim ve altına

kıyasla lise mezunu olanların yaklaşık olarak 3 kat, üniversite ve üzeri olanların 4,5 kat ; eşi lise mezunu, üniversite ve üzeri olanların ise yaklaşık olarak 3 kat daha az oranda şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (Tablo 12).

Benzer şekilde Karslıoğlu (2019) tarafından yapılan çalışmada da eşi ile kendisi üniversite mezunu olan gebelerin en düşük düzeyde şiddete maruz kaldığı bulunmuştur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde genel olarak kadının eğitim durumuna bakılmış, eş ve kadının eğitim durumunun ele alındığı çalışmalar sınırlı sayıdadır. İncelenen literatür çalışmalarında da eğitim düzeyinin azalmasıyla şiddet görülme sıklığının artmaya eğilimli olduğu bulunmuş ve çalışmamızla benzer sonuçlar saptanmıştır (Sağkal ve ark.,2014;Çalışkan ve Özkan,2021; Candan, 2021). Eğitim düzeyinin artmasıyla kadınların statüsü yüksek çalışma alanlarına istihdam edilmelerine imkan sağlanmaktadır. Kendi hak ve özgürlüklerinin bilincindeki kadınların daha az şiddete uğradıkları düşünülebilir.

Çalışmamızdan farklı olarak Doğücü ve Başer (2021)'in yaptığı çalışmada evli kadınların eğitim düzeyine göre kadına yönelik şiddeti en fazla yaşayanların lisans mezunu olduğu, en düşük düzeyde ise lise mezunu olanların olduğu sonucunu saptamıştır. Bu farklılığın sebebini ise eğitim düzeyi düşük olan kadınların şiddet türlerini iyi tanımaması ve buna bağlı olarak şiddet türlerini açıkça tanımlayamamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda Galelo-Carrillo, Iraurgi ve Santibáñez (2016), Şahin (2018) ve Tel ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmalarda ise kadınların eğitim düzeyleri ile aile içi şiddet arasında anlamlı ($p>0,05$) bir ilişki bulunmamıştır.

Eğitim, kadın ve erkekler için birçok konuda olduğu gibi şiddet konusunda da bilinçlenmelerini ve toplumun farkındalığının artmasına destek olmaktadır (Akkuş ve Yıldırım, 2018 ; Babahanoğlu ve ark., 2018). Böylelikle şiddet görülme oranının azalmasını sağlamak için kadınların ve erkeklerin eğitim düzeyine önem verilmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda gebenin eşinin yaşadığı bölgeler arasında duygusal şiddet puanında istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, köy, kasaba yada ilçede yaşayanların duygusal şiddet skoru ilde yaşayanlara göre daha yüksektir. Çalışma sonuçlarımıza benzer olarak Candan (2021) tarafından yapılan çalışmada kadınların ikamet ettikleri yere göre kırsal ve kentsel faktörlerin

rol oynadığı saptanmıştır. Merkezde ikamet eden kadınların çoğunluğunun şiddet ortalamaları diğer ilçelerde ikamet eden kadınlara kıyasla ortalama düzeyde olduğu saptanmıştır.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2014 şiddet araştırması verilerine göre kentte yaşayan kadınların % 37 si ve kırdaki yaşayanların % 39'unun şiddet gördüğü anlaşılmaktadır. Bu oranlara baktığımızda kent ve kır arasında puan farklılıklarının olduğunu, şiddetin kırsal kesimde daha yoğun görüldüğünü görmekteyiz. Bu durumun kadının yeterince eğitim alamaması, erkek hakimiyetine boyun eğmesi, kadına söz hakkı verilmemesi ve ekonomik sıkıntılar gibi faktörlerden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda sağlık güvencesi durumları arasında aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve fiziksel ve cinsel şiddet skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, sağlık güvencesi olmayanların aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve fiziksel ve cinsel şiddet skorları sağlık güvencesi olanlara göre daha yüksektir. Yapılan aile içi şiddet çalışmaları incelendiğinde sağlık güvencesi değişkenine yeterli düzeyde yer verilmemiştir. Yanikkerem ve Saruhan (2005) tarafından yapılan çalışmada sosyal güvencesi olmayan ailelerde aile içi şiddetin daha fazla yaşandığı saptanmıştır. Çalışkan ve Çevik (2018) çalışmasında ise sağlık güvencesine sahip ve ailesinden destek alabilen kadınların şiddete maruz kalma olasılıklarının daha az olduğu sonucunu vurgulamıştır. Literatür sonuçları çalışmamızı destekler niteliktedir.

Çalışmamızda gebelerin çalışma durumları arasında cinsel şiddet skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, çalışmayanların cinsel şiddet skoru çalışanlara göre daha yüksektir. Karşlıoğlu (2019) tarafından yapılan çalışmada çalışan ve geliri giderine denk olan gebelerde şiddet oranları daha düşük bulunmuştur. Efe ve Ayaz (2010) ve Akkuş ve Yıldırım(2018) yaptığı çalışmalarda da sosyoekonomik düzeyi yetersiz olan, bir işte çalışmayan gebelerin daha fazla şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir. Kadının bir işte çalışması onun ekonomik bağımsızlığını eline aldığını göstermektedir. Eşinden para istememesi ve kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmesi aynı zamanda şiddeti de azaltıcı bir faktör olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda gelir durumları arasında aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve duygusal, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, geliri az olanların aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve duygusal, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet skorları diğerlerine göre daha yüksektir.

Karslıoğlu (2019) tarafından yapılan araştırmada çalışan ve geliri giderine denk olan gebelerin şiddet düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Aşkın EÖ ve Aşkın U, (2017) ve Alsancak ve Yerli (2017)'nin yaptığı araştırmalarda da kadınların; işsizlik ve bu durumdan doğan yoksulluk, parasızlık, geçim sıkıntısı gibi nedenlerden dolayı şiddete maruz kalabildikleri belirtilmiştir. Döğücü ve Başer (2021)'in çalışmasında da şiddetin en fazla oranda yaşandığı gelir grubunun en düşük gelir düzeyine sahip gelir grubu olduğu ve gelir düzeyinin artmasıyla birlikte kadına yönelik şiddet eğiliminde de bir azalışın olduğu saptanmıştır.

Bir diğer çalışma ise Tamgoç Yıldız (2019)'ın yapmış olduğu çalışmada gelir düzeyi ile aile içi şiddet arasında ilişkinin var olduğu, özellikle gelir düzeyinin düşük olmasının aile içi şiddete sebebiyet verebileceği belirlenmiştir. Literatür çalışmaları ile çalışmamız benzer sonuçlardır. Ailenin gelir durumunun düşük olması, eşler arasındaki iletişimde çatışmalar yaratabileceğinden kadınların eşleri tarafından şiddete maruz kaldıkları düşünülebilir.

Çalışmamızda evlenme şekilleri arasında aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve sözel, ekonomik ve cinsel şiddet skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, evlenme şekli ailesinin isteğiyle olanların aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve sözel, ekonomik ve cinsel şiddet skorları kendi isteğiyle olanlara göre daha yüksektir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde; Öyekçin ve ark.(2012)'in yaptıkları çalışmada evlenme biçimi görücü usulü olanlardaki eş şiddetinin anlaşılarak evlenmiş olanlara göre 2,5 kat daha fazla olduğu, kaçarak ya da kaçırılıp evlenenlerde ise şiddetin yaklaşık 4 kat daha fazla olduğu bulunmuştur.

Karslıoğlu (2019) tarafından yapılan çalışmada kaçarak evlenenlerin, tanışıp anlaşılarak ve görücü usulü ile evlenmiş olanlara göre şiddet düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Akkuş ve Yıldırım (2018)'in yaptıkları çalışmada ise grupların evlenme usulleri ile kadına fiziksel şiddet uygulama davranışları arasındaki fark

istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0,05$) bulunmuştur. Şiddet uygulayan erkeklerin diğerlerine göre daha çok görücü usulü ile evlilik yapmış olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Döğücü ve Başer (2021)' in çalışmasında evlilik biçimi değişkenine göre anlamlı ($p>0,05$) farklılık saptanmamıştır.

Evliliğin başlangıç aşamasının aslında evliliğin seyri açısından ne kadar önemli olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla kaçarak yapılan ya da görücü usulü olan evlilikler şiddete maruz kalma açısından daha fazla risk taşımaktadır. Kadının evlilik için ilk adımı atarken yeterli kişisel olgunluğa erişmesi ve sağlıklı düşünce yapısına sahip olması önemlidir. Böylelikle kadının karşılaştığı sorunları sağlıklı çözebileceği, şiddeti önleyeceği belki de şiddete hiç maruz kalmayacağı düşünülebilir.

5.4 GEBELERİN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ VE ŞİDDET GÖRME DURUMLARINA GÖRE AİLE İÇİ KADINA YÖNELİK ŞİDDET ÖLÇEĞİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda gebeliğin planlı olma durumları arasında sözel şiddet skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, gebeliği planlı olmayanların sözel şiddet skoru planlı olanlara göre daha yüksektir.

Karslıoğlu (2019) tarafından yapılan çalışmada gebeliğin planlanma durumuna göre planlanmamış gebelik yaşayan kadınların şiddet görme düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Cripe ve ark. (2008) ve Gao, Carter, Iusitini ve Paterson (2008) tarafından yapılan çalışmalarda planlanmamış ve istenmeyen gebelik yaşayan kadınlarda daha çok şiddete maruz kalma saptanmıştır. Yapılan çalışma sonuçları çalışmamızla benzerdir.

Plansız bir gebelik eşler arasında bir çok açıdan sorun yaratabilmektedir. Kadın henüz fiziksel, psikolojik ve ekonomik olarak hazır olmadığından kendisini istenmeyen bir gebelik durumuyla karşı karşıya kalmış hissedecektir. Annenin bu gebeliği sağlıklı koşullarda sonlandırma düşüncesinin de olabileceği ve bu durumunda eşler arasında iletişim problemlerine sebep olacağından kadının şiddete maruz kalabileceğini düşündürebilir.

Çalışmamızda evliliği süresince şiddete maruz kalma durumları arasında aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve fiziksel, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet skorları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,05$) bir farklılık bulunmaktadır. Buna göre, evliliği süresince şiddete maruz kalan gebelerin, aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ile fiziksel, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet alt boyut puanları, evliliği süresince şiddete maruz kalmayanlara göre daha yüksektir (Tablo 8). Yapılan ileri analizde evliliği süresince şiddete maruz kalmayanların kalanlara oranla yaklaşık olarak 6,5 kat daha az şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (Tablo 12).

Taşpınar, Bolsoy ve Şirin (2005) tarafından yapılmış çalışmada gebe kadınlarda evlilik süresinin artmasıyla doğru orantılı olarak şiddetin görülme oranının da arttığı saptanmıştır. Güleç ve arkadaşları (2012)'nin çalışmasında ise evlilik süresinin artmasıyla fiziksel şiddet görülme oranının da arttığı belirlenmiştir. Damka (2009), Akalın ve Arıkan (2017), Tamgoç Yıldız (2019) ve Döğücü ve Başer (2021) tarafından yapılan çalışmalarda evlilik süresince şiddete maruz kalındığı ve şiddete en yoğun maruz kalınan dönemin ilk yıllar olduğu belirlenmiştir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2015) 'nın yaptıkları araştırmada, evliliğin ilk yıllarının erken yaşlara denk gelmesinin aile içi şiddette risk faktörü olarak görüldüğü saptanmıştır.

Genel olarak gebeler şiddeti sadece fiziksel şiddet olarak görmekte ve fiziksel şiddet haricindeki türlerin şiddet olmadığını düşünmektedirler. Gebelerin şiddet türlerini yeterince tanımamaları ve şiddet konusunda bilinçli olmamalarından kaynaklı olarak araştırma verilerinin de etkilendiği ve bu nedenle ortalamaların daha az çıktığı düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelikte şiddet sıklığının belirlenmesi ve şiddetin gebe kadının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin saptanması amacıyla yapılan çalışmamızda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Gebelerin GSUÖ toplam puan ortalamasının orta düzeyde ($123,27 \pm 13,06$), AKŞÖ toplam puan ortalamasının orta düzeyde ($67,01 \pm 7,32$) olduğu saptanmıştır (Tablo 4).
- Çalışma sonucumuzda; gebenin ve eşinin yaşadığı yerler, eşinin alkol kullanma durumu, sağlık güvencesi durumu, gebenin ve eşinin çalışma durumu ve gelir durumu, gebeliğinde sağlık durumu yaşama durumu ve evlenmeden önce anne veya babası tarafından şiddet görme durumları ile GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$), (Tablo 5,6).
- GSUÖ ile eğitim durumu, eşin eğitim durumu, aile tipi, eşiyle evlenme şekli, gebeliğin planlı olma durumu, gebelik dönemi sağlık kuruluşuna başvurma sayısı ve evliliği sürecinde şiddete maruz kalma durumu arasında gebelikte sağlık uygulamaları ölçek skoru bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p < 0.05$), (Tablo 5,6).
- Çalışma sonucumuzda; yaşanan bölgeler, eşin alkol kullanma durumu, eşin çalışma durumu, aile tipi, gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu, evlenmeden önce anne ve babası tarafından şiddet görme durumları ile AKŞÖ ve boyutları yönünden istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark elde edilememiştir ($p > 0.05$), (Tablo 7,8).
- Gebenin ve eşinin eğitim durumları, gebenin eşinin yaşadığı yer, sağlık güvencesi, çalışma durumu, gelir durumu, evlenme şekilleri arasında, gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu, evlenmeden önce anne ve babası tarafından şiddet görme durumu, gebeliğin planlı olma durumu, gebenin gebelik dönemi sağlık kuruluşuna başvuru sayıları ve gebenin evliliği süresince şiddete maruz kalma durumları ile aile içi kadına yönelik şiddet ölçeği ve fiziksel, sözel, ekonomik ve cinsel şiddet skorları bakımından istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$), (Tablo 7,8).

- GSÜÖ ile AKŞÖ ve alt boyutlarından duygusal şiddet, sözel şiddet, ekonomik şiddet ve cinsel şiddet arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$),(Tablo 10).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Ebe / hemşirelere şiddet ve tipleri konusunda hizmet içi eğitimler verilmeli ve belli aralıklarla bu bilgiler güncellenmelidir. Ebe / hemşireler, doğum öncesi izlem görüşmelerinde gebeleri şiddete maruz kalma yönünden gözlemlemelidir.
- Genel olarak kadınlar şiddeti sadece fiziksel boyutuyla düşündükleri için diğer türlerini göz ardı edip fiziki bir şiddete maruz kalmadıklarından şiddet görmediklerini ifade ederler. Aslında diğer türlerinin de bilincinde olsalar şiddeti daha iyi tanımlar ve daha doğru cevaplar verirler. Bu bilgilendirme kapsamında ebe / hemşireler gebelere şiddet konusunda görsel ve işitsel araçlarla bilgilendirme yapmalı ancak yalnızca fiziksel şiddet konusunda değil, şiddetin diğer türleri (duygusal şiddet, sözel şiddet, ekonomik şiddet, cinsel şiddet) konusunda da bilgilendirme yapmalıdırlar.
- Genel olarak aile içi şiddete yönelik ölçekler mevcut olup, daha spesifik olarak gebelik dönemindeki şiddete yönelik bir ölçek geliştirilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.
- Gebelerde şiddetle ilgili yapılmış çalışmalarda daha çok şiddet oranına bakılmış olup, şiddetin düzeyini inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Bu nedenle, gebelikte şiddet düzeyini inceleyen daha fazla ve farklı desende çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- Ayrıca, okullarda erkek çocuklarına ilişkilerde karşılıklı saygının, sevginin olduğu ve cinsel ilişkide karşılıklı rızanın gerektiğinin de öğretilmesi önemlidir. Bu nedenle konuya yönelik daha bilinçli ve duyarlı bir eğitim verilmesi önerilmektedir
- Doğum öncesi izlem aşamasında, şiddet görme riski olan veya gören gebelerin tespit edilmesi ve bu gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları sorgulanarak hatalı veya eksik yapılan davranışların doğru şekildeki uygulamaları gebelere kazandırılmalıdır.

- Doğum öncesi bakım ve izlem aşamasında ebe/hemşirelerin, gebelerin şiddet açısından da göz ardı edilmemeleri için gebe izlem formlarının içerik kısmının şiddete yönelik olarak düzenlenmesi önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Akalın A, Arıkan Ç. (2017). 15-49 yaş grubu kadınlarda aile içi şiddet sıklığı ve şiddetin depresyona etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri dergisi*, 6(2),1-10. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/32272/359541>
- Akın M. (2013). Aile İçi Şiddet. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, 71(1), s.27-41.
- Akkaş İ, Uyanık Z. (2016). Kadına yönelik şiddet. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE dergisi*, 6 (1), 32-42. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/nevsosbilen/issue/19741/211291>
- Akkuş S, Yıldırım Ş. (2018). Erkeklerin kadına yönelik fiziksel şiddet uygulamasına etki eden faktörlerin incelenmesi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 17 (4), 1368-1388. DOI: 10.21547/jss.408090
- Alhusen JL, Gross D, Hayat MJ, Phyllis WS, Woods AB. (2012). The influence of maternal-fetal attachment and health practices on neonatal outcomes in low-income, urban women. *Res Nurse Health*, 35(2), 112-120. <https://doi.org/10.1002/nur.21464>
- Alhusen JL, Bullock L, Ray E, Sharps P. (2015). Intimate partner violence during pregnancy: Maternal and neonatal outcomes. *J Womens Health*, 24(1):100-6. DOI: [10.1089/jwh.2014.4872](https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4872)
- Alsancak F, Yerli G. (2017). Acil servise intikal eden kadına yönelik şiddet başvurularının sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilmesi: Sivas Numune Hastanesi örneği. *Social Sciences Studies Journal*, 3: 2208-24. <http://dx.doi.org/10.26449/sss.288>
- Altınçelep F. (2011). Gebelerdeki Prenatal Distres Düzeyinin Belirlenmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Akın).

- Arslan S, Coşkun A, Okcu G, Temiz, F. (2019). Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *Sağlık bilimleri ve meslekleri dergisi*, 6(1), 179-19. <https://doi.org/10.17681/hsp.432333>
- Aslan Y. (2019). Gebelik Öncesi Uygulanan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Gebelik Döneminde Uygulanan Sağlık Uygulamaları Arasındaki İlişki. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi R Sohbet).
- Aşkın EÖ, Aşkın U. (2017). kadına yönelik aile içi şiddet ve yoksulluk ilişkisi: Aile içi şiddet mağduru kadınlar üzerine bir araştırma. *Kapadokya akademik bakış*, 1: 1637.
- Ayrancı Ü, Günay Y, Ünlüoğlu I. (2002). Hamilelikte aile içi şiddet: Birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran kadınlar arasında bir araştırma. *Anadolu psikiyatri dergisi*,3:75-87. Erişim Adresi: <https://app.trdizin.gov.tr/makale/TVRZNE5ESXk/hamilelikte-aile-ici-es-siddeti-birinci-basamak-saglik-kurumuna-basvuran-kadınlar-arasında-bir-arastirma>
- Balaban S. (2016). Gebelikte Sağlık Uygulamaları Prenatal Bağlanmayla İlişkisi ve Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. H Özkan).
- Babahanoğlu R, Daşbaş S, Kesen NF. (2018). Eğitim, yoksulluk ve kadına yönelik şiddet. *Sağlık ve toplum*, 28(1), 57-67.
- Bailey BA. (2010). Partner violence during pregnancy: Prevalence, effects, screening, and management. *International Journal of Women's Health*, 2,183-97. <https://dx.doi.org/10.2147%2Fijwh.s8632>
- Bakır N, Sarıayım Ş. (2020). The relationship between psychosocial health and prenatal attachment in pregnant women. *Perinatal journal*, 28(2), 73–81. doi:10.2399/prn.20.0282006
- Beji NK. (2015) Gebelikte görülen fizyolojik/psikolojik değişiklikler, Kadın sağlığı ve hastalıkları. Nobel tıp kitap evi, s.228-244.

- Beyaz, E, Gökçeoğlu S, Özdemir N. (2020). Muş il merkezinde gebelerin sağlık uygulama düzeylerinin belirlenmesi. *Van sağlık bilimleri dergisi*, 13(2), 9-16. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/vansaglik/issue/56590/658169>
- Bilici G. (2019). Gebelikte Sağlık Uygulamaları ve İlişkili Faktörler. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi E Demirezen).
- Black MC. (2011). Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. *American journal of lifestyle medicine*, 5(5), 428-439. <https://doi.org/10.1177%2F1559827611410265>
- Boyacıoğlu İ. (2016). Düünden bugüne Türkiye’de kadına yönelik şiddet ve ulusal kadın çalışmaları: Psikolojik araştırmalara davet.” *Türk Psikoloji Yazıları* ”19, (Özel Sayı), 126-145. Erişim Adresi: <https://www.psikolog.org.tr/tr/yayinlar/dergiler/1031828/tpy1301996120160000m000051.pdf>
- Boybay KS, Dereli YS. (2015). Son trimester nullipar gebelerde bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin psikososyal sağlık düzeyine etkisi. *Ege Üniversitesi hemşirelik fakültesi dergisi*, 31(2), 53-66. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/egehemsire/issue/49335/630161>
- Boybay KS, Bülbül, M. (2021). The relationship between spousal support and health behaviors of pregnant women in Turkey. *Journal of midwifery and reproductive health*, 9(4), 2936-2942. <https://dx.doi.org/10.22038/jmrh.2021.57883.1704>
- Büyüktanır T. (2002). Türk medeni kanununda eşler arasındaki yasal mal rejimi. *Ankara Barosu Dergisi*, 1: 103-30.
- Candan KA. (2021). Evli ve Bekâr Kadınların Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutum ve Deneyimleri. Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi. Niğde, (Danışman: Prof. Dr. Y Can).
- Coşkun M. (2016). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Koç Üniversitesi Yayınları 2.Baskı. İstanbul: 12. Matbaa.

- Cripe SM, Garcia P, Lam N, Perales MT, Sanchez SE, Williams MA. (2008). Association of intimate partner physical and sexual violence with unintended pregnancy among pregnant women in Peru. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 100(2), 104-108. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.08.003>
- Çakmakçı A, Eser E. (2003). “Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri: Bir Metodolojik Çalışma” Hemşirelik Forumu, 6 (8-18).
- Çalışkan A, Süzer ÖF. (2021). İnfertil kadınların yaşadıkları aile içi şiddet ve baş etme yöntemleri. *Psikiyatri hemşireliği dergisi*, 12(4), 297-306. DOI: 10.14744/phd.2021.46503.
- Çalışkan H, Çevik Eİ. (2018). Kadına yönelik şiddetin belirleyicileri: Türkiye örneği. *Balkan sosyal bilimler dergisi*, 7(14), 218-233. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bsbd/issue/38666/449297>
- Çapık A, Pasinlioğlu T. (2014). Difference of health practices between wanted and unwanted pregnancy. *IJCS*, 7(2):508-519. Erişim Adresi: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1060.4186&rep=rep1&type=pdf>
- Çapık A, Apay S, Sakar T. (2016). Gebelikteki sağlık uygulamaları ile duygusal zekâ arasındaki ilişki. *Uluslararası hakemli hemşirelik araştırmaları dergisi*, 6, 75-83.
- Çatak B, Öner C, Gülay M, Baştürk S, Oğuz İ, Özbek R. (2014). Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: bursa örneği. *Türk aile hekimliği dergisi*, 18 (2): 63-69.
- Çaycı EN. (2019). Gebelikte Sağlık Uygulamaları ve Prenatal Bağlanmanın Doğum Sonuçları Üzerine Etkisi. İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi T Kavlak).
- Çelik, AS, Derya YA. (2019). Gebelerin öz bakım gücü ile sağlık uygulamaları düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi sağlık bilimleri dergisi*, 8(1), 111-119. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/43947/533000>

- Çilli B, Ateş NA, Küğcömen G. (2019). Gebelikte fiziksel ve ruhsal şiddet durumunda ebeklik yaklaşımı. *Haliç Üniversitesi sağık bilimleri dergisi*, 2(2) 1-14. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/husagbilder/issue/47250/571685>
- Damka Z. (2009). Sığınma Evinde Kalan Şiddet Mağıduru Kadınlar: Anksiyete Duyarlığı, Travmaya Bağlı Suçluluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Psikolojik Belirtiler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Ş Tutarel Kışlak).
- Demir S, Yeşiltepe OÜ. (2015). Aile içi şiddetin üreme sağığına etkisi. *Düzce Üniversitesi sağık bilimleri enstitüsü dergisi*, 5: 35-8. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/duzcesbed/issue/4848/66627>
- Demirel BÖ, Daşıkın Z, Kavlak O, Şirin A. (2013). Ebeklik öğrencilerinin gebelikte şiddet konusundaki bilgi, görüş ve mesleki tutumlarının belirlenmesi. *Balıkesir sağık bilimleri dergisi*, 2(2),99-107. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd/issue/38428/451919>
- Demirel BÖ, Daşıkın Z. (2016). Gebelikte eş şiddeti: Risk faktörleri, sağık sonuçları ve tarama araçları. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*. 2016;2(2):15-22. Erişim Adresi: https://www.researchgate.net/publication/320353082_Gebelikte_Es_Siddeti_Risk_Faktorleri_Saglik_Sonuclari_ve_Tarama_Araclari
- Doğrucan A, Yıldırım Z. (2020). Kadına yönelik aile içi şiddet üzerine bir inceleme. *Hacettepe Üniversitesi sosyal bilimler dergisi*, 2(2), 122-138. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/husbdergi/issue/56407/770077>
- Döğücü M, Başer D. (2021). Evli kadınların benlik saygısı, temel kişilik özellikleri ile maruz kaldıkları aile içi şiddet arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 21(50), 278-313. DOI: 10.21560/spcd.vi.576631
- Efe YŞ, Ayaz S. (2010). Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların aile içi şiddete bakışı. *Anadolu psikiyatri dergisi*, 11: 23-9. Erişim Adresi: <https://app.trdizin.gov.tr/makale/T1RrNU9UTXo/kadina-yonelik-aile-ici-siddet-ve-kadinlari-aile-ici-siddete-bakisi>

- Er S. (2006). Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Şirin).
- Ergin, F., Aksu, H. ve Demiröz, H. (2010). Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliği. *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 13(4), 1-9.
- Ersoy OÇ, Yıldız H. (2011). Reproductive health problems and depression levels of women living in sanctuary houses as a result of husband violence. *Health care for women international*, 32(9), 795-810. <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.565528>
- Esie P, Bates LM, Osypuk TL, Schuler SR. (2019). Intimate partner violence and depression in rural Bangladesh: Accounting for violence severity in a high prevalence setting. *SSM Popul Health*, 7: 1-6. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.ssmph.2019.100368>
- European Union Agency for Fundamental Rights. FRA:2014. Violence Against Women: an EU-Wide Survey. Main Results Report. (Approched from <http://fra.europa.eu/>, Date: 28.03.2021).
- Galego-Carrillo V, Iraurgi I, Santibáñez R. (2016). Estrategias cognitivas de regulación emocional en iujeres en situación de maltrato. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, 29, 115-122. S. DOI: 10. SE7179/PSRI_2016.28.09
- Gao W, Carter S, Iusitini L, Paterson J. (2008). Intimate partner violence and unplanned pregnancy in the Pacific Islands Families Study. *Int J Gynaecol Obstet*, 100: 109– 15. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.08.004>
- Gharacheh M, Azadi S, Mohammadi N, Montazeri S, Khalajinia Z. (2016). Domestic violence during pregnancy and women's health-related quality of life. *Glob J Health Sci* ,8(2): 46251. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n2p27>
- Giray H, Günay T, Karakuş NE, Keskinoglu P, Meseri R, Sönmez Y, Yüçetin, N. (2005). Gebelikte aile içi fiziksel şiddet ve etkileyen etmenler. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14(10), 217-220.

- Gümüşdaş M, Ejder AS, Özorhan EY. (2014). Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *HSP*, 1(2): 32-42. <https://doi.org/10.17681/hsp.80013>
- Harcar T, Budak G, Çakır Ö, Sürgevil O. (2008). Kadına yönelik şiddet ve Türkiye’de kadına yönelik şiddetin durumu. *Toplum ve demokrasi dergisi*, 2(4), 51-70. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/210969>
- İzmirli OG. (2013). Isparta İli Gönen İlçesinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Aile İçi şiddete Maruz Kalma Sıklığı ve Aile İçi şiddet Görmeye Sebep Olan Faktörler. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Y Sönmez).
- Jackson CL, Ciciolla L, Coonrod DV, Crnic Ka, Gonzales Na, Luecken LJ. (2015). Intimate partner violence before and during pregnancy: Related demographic and psychosocial factors and postpartum depressive symptoms among Mexican american women. *J interspers violence*. 2015;30(4):659-79. <https://doi.org/10.1177/0886260514535262>
- KSGM National Research on Domestic Violence Against Women in Turkey (2009). Erişim adresi: http://www.kadininstatusu.gov.tr/upload/kadininstatusu.gov.tr/mce/eski_site/tdvaw/Statistics.htm (Erişim Tarihi: 12.01.2022)
- Kanbur A. (2010). Gebeliğin İstenme Durumunun Gebelerin Yaptığı Sağlık Uygulamalarına Etkisinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Prof. Dr. T Pasinlioğlu).
- Karmaliani R, Bann CM, Goldenberg RL, Irfan, F, McClure EM, Moss N, Pasha O. (2008). Domestic violence prior to and during pregnancy among Pakistani women. *Acta obstetricia et gynecologica scandinavica*, 87(11), 1194-1201. <https://doi.org/10.1080/00016340802460263>
- Karşhoğlu Ü. (2019). Kadına Yönelik Aile İçi şiddetin Gebeliğe Uyum ve Maternal-Fetal Bağlanma ile İlişkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi T Uçar).

- Kılıç B. (1999). Aile İçi Kadına Yönelik Şiddetin Belirlenmesi ve Hemşirenin Rolü. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N Tuncel).
- Kışlak D. (2019). Gebelerdeki Distresin Sağlık Uygulamaları Üzerine Etkisi. Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi S Köse Tuncer).
- Körükcü Ö, Aydın R, Deliktaş A, Kabukcuoğlu K. (2017). Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Clinical Experimental Health Sciences*, 7:1-6. <https://doi.org/10.5152/clinexphealthsci.2017.359>
- Köse A, Beşer A. (2007). Kadının değiştirilebilir yazgısı” Şiddet”. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(4),117. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2639/33955>
- Lindgren K. (2003). Comparison of pregnancy health practices of women in inner-city and small urban communities. *JOGNN*, 32(3):313321. <https://doi.org/10.1177/0884217503253442>
- Lindgreen K. (2005). Testing The Health Practices in Pregnancy Questionnaire -II, *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34(4), 465-472. <https://doi.org/10.1177/0884217505276308>
- Mete B, Bektaş D, Çakmak E, Pehlivan E, Tekin Ç. (2018). Malatya kent merkezinde yaşayan yetişkin kadınlarda aile içi şiddet sıklığı ve etkileyen faktörler. *STED*, 27(5), 297-304.
- Moraes CL, Reichenheim ME. (2002). Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *International journal of gynecology and obstetrics* ,79(3), 269-77. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(02\)00250-3](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(02)00250-3)
- Özdemir AA, Kavak BF. (2021). Eşler Arasındaki iletişim becerilerinin kadına yönelik aile içi şiddete etkisi. *Türkiye klinikleri hemşirelik bilimleri*, 13(2). Doi: 10.5336/hemşireler.2020-77190
- Öyekçin GD, Şahin ME, Yetim D. (2012). Kadına yönelik farklı eş şiddeti tiplerini etkileyen psikososyal faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23: 1-7. Erişim Adresi:

<https://app.trdizin.gov.tr/makale/TVRNMU1qazNOdz09/kadina-yonelik-farkli-es-siddeti-tiplerini-etkileyen-psikososyal-faktorler>

- Özcan H, Kızılkaya BN. (2015). Health practices of pregnant women in Gumushane City Center. *Perinatal Journal*, 23(1):13–19. DOI: 10.2399/prn.15.0231003
- Özşahin, Z, Erdemoğlu Ç, Karakayalı Ç. (2018). Gebelikte psikososyal sağlık düzeyi ve ilişkili faktörler. *Jour Turk Fam Phy*, 09 (2): 34-46. Doi: 10.15511/tjtfp.18.00234
- Pacheco, LD, Costantine MM, Hankins GD. (2013). Physiologic changes during pregnancy. *Clinical pharmacology during pregnancy*, 5-16. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-386007-1.00002-7>
- Polat O. (2016). Şiddet. *Marmara Üniversitesi hukuk fakültesi hukuk araştırmaları dergisi*. 22(1),15-34. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/maruhad/issue/27591/290653>
- Sezgin D, Özcan H. (2020). Gebelikteki şiddetin maternal-fetal etkileri. *Ankara sağlık bilimleri dergisi*, 9(2), 270-278. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ausbid/issue/59001/722262>
- Sağkal T, Kalkım A, Kırmızılar NE, Uğurlu ES. (2014). Gebelerin eşi tarafından şiddete maruz kalma durumları ve şiddetle ilişkili faktörlerin incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(5). DOI: 10.5455/pmb 1-1376588340
- Shah PS, Shah J. (2010). Knowledge synthesis group on determinants of preterm/lbw births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: A systematic review and meta-analyses. *Journal of Womens Health* (Larchmt), 19(11), 2017-31. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2051>
- Şahan Ö. (2012). Erken Gebelik Döneminde Yaşanan Bulantı Kusma Sıklığı ve Bulantı Kusmanın Yaşam Kalitesine Etkisi. Konya Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Doç. Dr. E Ege).
- Şahin EM, Güleç ÖD, Yetim D. (2012). Edirne’de kadına yönelik eş şiddeti yaygınlığı ve kadınların şiddete karşı tutumları. *Cumhuriyet tıp dergisi*, 34, 23-32. <http://dx.doi.org/10.7197/1305-0028.940>

- Şahin Z. (2018). Aile içi şiddet mağduru olan kadınlarda kendilik algısı, psikopatoloji ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri. Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. F Çelikel).
- Şenol D, Yıldız S. (2013). *Kadına Yönelik Şiddet Algısı-Kadın ve Erkek Bakış Açılılarıyla*. Mutlu Çocuklar Derneği Yayınları. Ankara: Tarcan Matbaacılık.
- Tamgoç YS. (2019). Kadına Yönelik Şiddetin Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Iğdır, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi E Sünter).
- Taşkın L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13. Baskı. Ankara: Özyurt Matbaacılık, 13: 10. s.67-250.
- Taşpınar A, Bolsoy N, Şirin A. (2005). Gebeler fiziksel şiddete uğruyorlar mı? Manisa örneği. *Adli Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 41-47. Erişim Adresi: <https://jurix.com.tr/article/7298>
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2016-2020). Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele: Ankara. <https://www.ika.org.tr/assets/upload/dosyalar/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-plani2016-2020.pdf> Erişim tarihi: 10.01.2022
- Tel H, Aydın HT, Güler N, Gündoğdu NA, Kocataş S. (2019). Evli kadınların aile içi şiddete maruz kalma durumu ve etkileyen faktörler. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 256-264. <https://doi.org/10.21733/ibad.611511>
- Tirkeş D. (2012). Gebe Kadınların Sağlık Uygulamaları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Doç. Dr. Z Gölbaşı).
- Topkara NF, Özerdoğan N. (2020). Gebelikte eş şiddeti; Maternal, fetal ve neonatal sağlık üzerindeki etkileri. *Türkiye klinikleri sağlık bilimleri dergisi*, 5(1), 150-6. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2019-65201>
- Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri, Gender Statistics 2020. Erişim Tarihi: 08.03.2022 https://www.tuik.gov.tr/media/announcements/toplumsal_cinsiyet_istatistikleri_2020.pdf

Tunçer S, Günalp S. (2004). Gebelikte Maternal Fizyoloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Pelikan Yayınları, S.1-10.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2014). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Erişim tarihi: 27.05.2022
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>

Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. (2015). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNES). Aralık, Ankara. Erişim tarihi: 2 Eylül 2019.

Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TKAA2014_Ozet_Rapor.pdf

Üstüner A. (2020). Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddeti Tanımaya Yönelik Bilgi Düzeyleri, İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi R Genç Koyucu).

World Health Organization (WHO), (2011). Intimate Partner Violence during Pregnancy. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70764/1/WHO_RHR_11.35_eng.pdf (Erişim tarihi: 19.03.2022)

WHO (2013). Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women-WHO Clinical and Policy Guidelines, Italy: World Health Organization. Erişim adresi: https://www.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf, Erişim Tarihi: 10.11.2020).

WHO Geneva: World Health Organization; 2013 [Updated: 2017 November 29. Available from: <http://www.who.int/news-room/factsheets/detail/violence-against-women>. Erişim tarihi: 15.02.2022

World Health Organisation (WHO), (2021). Definition and typology of violence. (Approched from: <https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>, (Erişim Tarihi: 01.03. 2021)

- Yanikkerem E. (2002). Kadına uygulanan şiddetin üreme sağlığına etkileri. *Atatürk Üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi*, 5(2),1-5.
<https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2051>
- Yanikkerem E, Saruhan A. (2005). 15-49 yaş evli kadınların aile içi şiddet konusunda görüşlerinin ve aile içi şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi. *Medical network klinik bilimler ve doktor*, 11(2), 198-204. Erişim Adresi: <https://app.trdizin.gov.tr/publication/paper/detail/TmpFeU56TXo>
- Yıldız H. (2011). Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi hemşirelik bilim ve sanatı dergisi*, 4(1), 64-71. (Erişim adresi <https://www.ailevecalisma.gov.tr/uploads/ksgm/uploads/pages/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-plani/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-plani-2016-2020.pdf> (Erişim tarihi: 15.02.2021).
- Yılmaz L, Koruk F, Koruk İ. (2018). Şanlıurfa’da bir devlet hastanesinde doğum yapmış kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerini alma durumu, bu hizmetlerin niteliği ve etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi sağlık bilimleri dergisi*, 11(2), 209-218.
- Zolotor, A. J., Carlough, M. C. (2014). Update on prenatal care. *American family physician*, 89(3), 199-208.

EK 2. Ölçek İzni



Seda Yalcin <seda97yalcin@gmail.com>

Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği

Sezer Er Güneri <er.sezer@hotmail.com>

10 Ocak 2020 09:07

Alıcı: "seda97yalcin@gmail.com" <seda97yalcin@gmail.com>

Sayın Seda Yalçın,

ölçek ve değerlendirmesi mailin ekinde bulunmaktadır. Herhangi bir sorunuz olursa iletişim kurabilirsiniz.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim....

Dr. Öğr. Üyesi Sezer ER GÜNERİ

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

Assistant Professor Sezer ER GUNERI

Ege University Nursing Faculty Women Health and Illness Nursing Department

2 eklenti — Tüm ekleri indir

Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği.doc
42K HTML olarak görüntüle indir

GSÜÖ- Değerlendirme.doc
26K HTML olarak görüntüle indir

EK 3. Katılımcı Tanılama Formu

KATILIMCI TANILAMA FORMU

Değerli katılımcılar; bu çalışma gebelikte şiddet riskinin belirlenmesi ve şiddetin gebe kadının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini saptamak amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu formdan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Sizden alınan bilgilerin gizliliği araştırmacılar tarafından korunacaktır. Vereceğiniz cevapların doğruluğu araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle ankette bulunan sorulara içtenlikle cevap vermenizi rica ederiz. İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

1. Doğum tarihinizi yazınız.

Kendinizin (.....)

Eşinizin (.....)

2.Sizin ve eşinizin eğitim durumunu işaretleyiniz?

	Kendinizin	Eşinizin
a. Okur yazar değil	()	()
b. Okur yazar	()	()
c. İlkokul mezunu	()	()
d. Ortaokul mezunu	()	()
e. Lise mezunu	()	()
f. Üniversite ve üzeri	()	()

3. Memleketinizi ve bölgelere göre yaşadığınız yeri işaretleyiniz?

	Köy	Kasaba	İlçe	İl
a. İstanbul- Merkez	()	()	()	()
b. Ankara –Merkez	()	()	()	()
c. Ege Bölgesi	()	()	()	()
d. Akdeniz Bölgesi	()	()	()	()
e. Marmara Bölgesi (Sakarya)	()	()	()	()
f. İç Anadolu Bölgesi	()	()	()	()
g. Doğu Anadolu Bölgesi	()	()	()	()
h. Güneydoğu Anadolu Bölgesi	()	()	()	()
ı. Karadeniz Bölgesi	()	()	()	()

4. Eşinizin memleketini ve bölgelere göre yaşadığı yeri işaretleyiniz?

	Köy	Kasaba	İlçe	İl
a. İstanbul- Merkez	()	()	()	()
b. Ankara –Merkez	()	()	()	()
c. Ege Bölgesi	()	()	()	()
d. Akdeniz Bölgesi	()	()	()	()
e. Marmara Bölgesi (Sakarya)	()	()	()	()
f. İç Anadolu Bölgesi	()	()	()	()
g. Doğu Anadolu Bölgesi	()	()	()	()
h. Güneydoğu Anadolu Bölgesi	()	()	()	()
ı. Karadeniz Bölgesi	()	()	()	()

5. Sigara kullanma durumunuz nedir?

a. Kullanıyorum tane/günde

b. Kullanmıyorum

6. Alkol kullanma durumunuz nedir?
- a. Kullanıyorum bardak/haftada b. Kullanmıyorum
7. Eşiniz sigara kullanıyor mu?
- a. Kullanıyor.....tane/günde b. Kullanmıyor
8. Eşiniz alkol kullanıyor mu?
- a. Kullanıyor bardak/haftada b. Kullanmıyor
9. Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı?
- a. Yok
- b. Var
10. Kendinizin çalışma durumunu ve çalışıyor iseniz mesleğinizi yazınız.
- a. Çalışmıyorum
- b. Çalışıyorum (mesleğiniz nedir.....)
11. Eşinizin çalışma durumunu ve çalışıyor ise mesleğini yazınız.
- a. Çalışmıyor
- b. Çalışıyor (mesleği nedir.....)
12. Gelir durumunuz nedir?
- a. Gelir giderden az b. Gelir gidere denk c. Gelir giderden fazla
13. Ailenizin aylık gelirine göre şu anki ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
- a. Başkasının yardımına ihtiyaç duyuyoruz
- b. Yetersiz ama yarımsız geçinebiliyoruz
- c. Yeterli
- d. Ekonomik durumumuz çok iyi
- e. Diğer
14. Aile tipiniz nedir?
- a. Çekirdek aile b. Geniş aile
15. Kaç yaşında evlendiğinizi yazınız? (.....)
16. Eşinizle hangi usul ile evlendiniz?
- a. Kendi isteğimle
- b. Ailemin isteğiyle ve bana danışılarak
- c. Ailemin isteğiyle ve bana danışılmadan
- d. Kendi rızam dışında kaçırıldım
- e. Diğer

17. Eşinizle ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?

- a. Çok olumlu
- b. Olumlu
- c. Ne olumlu / Ne olumsuz
- d. Olumsuz
- e. Çok olumsuz

18. Şu an kaç haftalık gebesiniz?

19. Bu kaçınıcı gebeliğiniz?

- a. Canlı doğum sayısı
- b. Ölü doğum sayısı
- c. Düşük sayısı
- d. Kürtaj sayısı
- e. Yaşayan çocuk sayısı..... sayısı

20. Şu anki gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi?

- a. Evet
- b. Hayır

21. Gebeliğiniz süresince kontrol için toplam kaç kez sağlık kuruluşuna gittiniz?

- a. Bir
- b. İki
- c. Üç
- d. Dört
- e. Beş ve üzeri

22. Şimdiki gebeliğinizde herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?

- a. Hayır
- b. Evet (ne olduğunu yazınız.....)

23. Şimdiki gebeliğinizde herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yattınız mı?

- a. Hayır
- b. Evet (ne olduğunu yazınız.....)

24. Eşiniz size ev işlerinde yardımcı olur mu?

- a. Çok yardımcı oluyor
- b. Orta derecede yardımcı oluyor
- c. Az yardımcı oluyor
- d. Hiç yardımcı olmuyor

25. Aşağıdakilerden hangisi eşinize karşı duyduğunuz en kuvvetli duygudur?

- | | | |
|---------------|----------|-----------------|
| a. Arkadaşlık | b. İtaat | c. Sevgi, saygı |
| d. Korku | e. Güven | f. Hiçbiri |

26. Aşağıdakilerden hangisi eşiniz için uygun bir tariftir?

- a. Sakin, hemen hemen hiç sinirlenmeyen
- b. Bazen sinirli olur.
- c. Çok sinirli
- d. Diğer

27. Evliliğiniz süresince eşiniz tarafından herhangi bir şiddete maruz kaldınız mı?

- a. Hayır
- b. Evet (hangi tür şiddete maruz kaldığınızı işaretleyiniz, birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
 - () Fiziksel şiddet (dayak veya tokat atma, üzerine yürüme, itilme vb.)
 - () Psikolojik şiddet (kıзма, bağırma, korkutma vb.)
 - () Ekonomik şiddet (para hesabı sorma, harcamaların kısıtlanması vb.)
 - () Cinsel şiddet (sözlü veya davranışsal taciz vb.)

28. Evlenmeden önce anne ve/veya babanız tarafından şiddete maruz kaldınız mı?

- a. Hayır
- b. Evet (hangi tür şiddete maruz kaldığınızı işaretleyiniz, birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
 - () Fiziksel şiddet (dayak veya tokat atma, üzerine yürüme, itilme vb.)
 - () Psikolojik şiddet (kıзма, bağırma, korkutma vb.)
 - () Ekonomik şiddet (para hesabı sorma, harcamaların kısıtlanması vb.)
 - () Cinsel şiddet (sözlü veya davranışsal taciz vb.)

EK 4. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği

Aile İçi Kadına Yönelik Şiddet Ölçeği

Aşağıda eşinizin size karşı olabilecek davranış ve tutumları ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Her bir seçeneğin karşısındaki cevaplardan size uygun olanını (X) şeklinde işaretleyiniz. Lütfen her seçeneğe uygun cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz.

Örneğin:

	Hiçbir zaman	Bazen	Her zaman
Eşim beni sık sık döver.	()	()	(X)
	Hiçbir zaman	Bazen	Her zaman
1-Tekme ve tokat atar.	()	()	()
2- Yaptığım şeyleri över.	()	()	()
3- Bana sözle hakaret eder.	()	()	()
4- İşimi bırakmamı istiyor.	()	()	()
5- Başka erkeklerle konuşmama izin verir.	()	()	()
6- Boğazımı sıkarak boğmaya çalışır.	()	()	()
7- Dışarı çıkmama izin verir.	()	()	()
8- Benim kararlarımı da sorar.	()	()	()
9- İş gezilerine, yemek ve eğlencelere gitmeme izin verir.	()	()	()
10- Cinsel isteklerini yapmazsam bana kötü davranır.	()	()	()
11- Cezalandırmak için elimi, kolumu, ağzımı bağlar.	()	()	()
12- Bana sevgi gösterir.	()	()	()
13- İsteklerini bağırarak belirtir.	()	()	()
14- İşimde ilerlememi ister.	()	()	()
15- İstemediğim halde cinsel ilişkiye zorlar.	()	()	()
16- Aç susuz bırakır.	()	()	()
17- Ailemi ve arkadaşlarımı aşağılar.	()	()	()

18- Küfür eder.	()	()	()
19- Getirdiğim paranın hepsini alır.	()	()	()
20- Başka kadınlarla ilgilenir.	()	()	()
21- Üzerimde sigara söndürür.	()	()	()
22- Bana güzel sözler söyler.	()	()	()
23- Kötü bir anne olduğumu söyler.	()	()	()
24- Gelirimizi içki, kumar gibi şeylere harcar.	()	()	()
25- Cinsel bölgelerime zarar verir.	()	()	()
26- Hamile iken döver.	()	()	()
27- Ondan korkarım.	()	()	()
28- Yaptığım iyi işleri över.	()	()	()
29- Geliş gidiş saatlerimi kontrol eder.	()	()	()
30- Benim cinsel isteklerimi de önemser.	()	()	()
31- Eline geçeni üzerime doğru fırlatır.	()	()	()
32- Sevdığım şeyleri yaptırmaz.	()	()	()
33- Düşüncelerimi sormaz.	()	()	()
34- İş yerime gelip olay çıkarır.	()	()	()
35- İstemediğim şekilde cinsel ilişkide bulunmamı ister.	()	()	()
36- Bir odaya kilitler.	()	()	()
37- Evlilik, yıl dönümü, doğum günü gibi özel günlerde yanımda olur.	()	()	()

38- Bir şey yapmamı istediğinde rica eder.	()	()	()
39- Giydiklerime karışır.	()	()	()
40- Kadınlık görevimi yapmadığımı söyler.	()	()	()
41- Sopa, kemer gibi araçlarla döver.	()	()	()
42- Diğer insanlarla ilişkilerimi kontrol eder, kısıtlar.	()	()	()
43- Kötü bir eş olduğumu söyler.	()	()	()
44- Kendime harcama yapmama izin verir.	()	()	()
45- Cinsel ilişki sırasında vurur.	()	()	()
46- Silahla korkutur yaralar.	()	()	()
47- Kendisine karşı duygularımı ifade etmeme izin verir.	()	()	()
48- İşe yaramadığımı söyler.	()	()	()
49- Özel ihtiyaçlarımı karşılamam için para verir.	()	()	()
50- Cinsel ilişkiye isteksiz olduğumu söyleyerek alay eder.	()	()	()

EK 5. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği

GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ

1. Gebe kaldığımdan beri, sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürdüğümü düşünüyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
2. Gebe kaldığımdan beri, gecede en az 7-8 saat uyuyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
3. Gebe kaldığımdan beri, günde en az 20 dakika, haftada en az 3 kez olmak üzere düzenli olarak egzersiz yapıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
4. Gebe kaldığımdan beri, araba, kamyon, yük arabası, kamyonet kullanırken (yolculuk ederken) emniyet kemeri kullanıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
5. Gebe kaldığımdan beri, günde 2'den fazla kafeinli içecek (kahve, çay, kola, soda) tüketiyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
6. Gebe kaldığımdan beri, kokain, amfetamin yada LSD, eroin yada ucuucu madde kullanırım.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
7. Gebe kaldığımdan beri, eşim ve/veya ben başkalarıyla cinsel ilişkiye girdik.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
8. Gebe kaldığımdan beri, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için önlemler alıyorum (örn; prezervatif kullanıyorum yada cinsel ilişkiden kaçınıyorum).
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
9. Kendi sağlığım veya bebeğimin sağlığıyla ilgili endişelerim olduğunda doktoruma ya da ebeme bildiririm.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

10. Gebeliğimle ilgili sorularım olduğunda ya da anlayamadığım bir şey olduğunda doktoruma ya da ebeme sorarım.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

11. Gebe kaldığımdan beri, doktorum ya da ebemin tavsiye ettiği ilaçlar dışında bitkisel ilaçlar kullanıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

12. Gebe kaldığımdan beri, kendim ve bebeğim için iyi olacak yiyecek ve içecekler alırken etiketlerini okuyorum (örn; tuz ve yağ oranının fazla olmamasına, suni tatlandırıcılar içermemesine ve vitamin değerinin yüksek olmasına dikkat ediyorum).

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

13. Gebe kaldığımdan beri, duş şeklinde banyo yaparım.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

14. Gebe kaldığımdan beri, 37,7 °C'den daha sıcak suda yıkanmaktan ve oturma banyosu yapmaktan sakınıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

15. Gebe kaldığımdan beri, zehirli kimyasallar ve diğer maddelere maruz kalmaktan sakınırım veya sınırlandırırım (örn; pasif içicilik, haşere ve böcek ilaçları ve kurşun içeren içme suyu).

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

16. Gebe kaldığımdan beri, herhangi bir ilaç ya da destekleyici maddeler almadan önce doktorumla ya da ebemle konuşurum.

a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

17. Gebe kaldığımdan beri; eğer doktorum ya da ebem tavsiye ettiyse, multivitaminleri ve doğum öncesi vitaminleri alıyorum.

a) Hiçbir zaman b) Haftada 1-2 kez c) Haftada 3-4 kez
d) Haftada 5-6 kez e) Günlük yada tavsiye edilmedi

18. Gebe kaldığımdan beri, süt ve süt ürünleri veya kalsiyumdan zengin yiyecekler tüketerek veya dışarıdan ilaç vb. alarak yeterli düzeyde (1200mg/gün) kalsiyum alıyorum.

- a) Hiçbir zaman b) Haftada 1-2 kez
c) Haftada 3-4 kez d) Haftada 5-6 kez e) Günlük

19. Gebe kaldığımdan beri, günde 5 porsiyon meyve ve/veya sebze tüketiyorum.

- a) Hiç b) Haftada 1 yada 2 c) Haftada 3 yada 4 d) Haftada 5 yada 6 e) Günlük

20. Gebe kaldığımdan beri, diyetimde yeterince lifli ve posalı gıda (sebze, kuru meyve gibi) alıyorum.

- a) Hiç b) Haftada 1 yada 2 c) Haftada 3 yada 4 d) Haftada 5 yada 6 e) Günlük

21. Gebe kaldığımdan beri, sigara içiyorum.

- a) Hiçbir zaman içmedim b) Gebe kaldığımyı öğrendiğimden beri bıraktım
c) Günde 10 sigaradan az d) Günde 11-20 sigara e) Günde 1 paketten fazla

22. Gebe kaldığımdan beri, alkollü içecekler içirim (şarap, bira veya likör).

- a) Gebeliğim süresince hiç alkollü içecek almadım b) Gebeliğimi öğrenmeden önce
c) Ayda 3 kereden az d) Haftada 1 e) Haftada 1'den az

23. Gebe kaldığımdan beri, bir oturuşta genellikle bir şişe bira, bir kadeh şarap ya da bir kadeh liköre denk gelecek şekilde içki içiyorum.

- a) Hamileyken hiç içmedim b) 1 içki (içecek) c) 2 içki (içecek)
d) 3 içecek (içki) e) 3 içecekten (içki) fazla

24. Doğum öncesi bakım için doktorumı ya da ebemle görüşmeye başladım.

- a) Döllenmeden önce gebeliği planlamak için b) Gebeliğimin ilk 3 ayında
c) Gebeliğin 5. ayından önce d) Gebeliğin 7. ayından önce
e) Gebeliğin 9. ayından önce

25. Gebe kaldığımdan beri, "randevumu kaçırdım" (doktorumla ya da ebemle olan randevuyu unuttum ya da randevuya gitmedim anlamında).

- a) Hiçbir randevuyu kaçırmadım b) Bir randevuyu kaçırdım
c) 2-3 randevu kaçırdım d) 4-5 randevu kaçırdım e) 5 randevudan fazla kaçırdım

26. Gebe kaldığımdan beri, düzenli olarak diş bakımı yaptırıyorum (her 6 ayda bir profesyonel temizlik ya da diş bakımı)

- a) Düzenli diş bakımı yaptırdım
b) Diş bakımı zamanım gelmiş olmasına rağmen diş hekimine gitmedim
c) Şu anda diş bakımı yaptırmam gerekli mi bilmiyorum
d) Bir diş hekimine gittim ve bazı bakımlarım oldu fakat gereksinimim olan her şey değil
e) Bir diş hekimine gittim ve bütün bakımımı yaptırdım ya da gebe kaldığımdan beri bir diş hekimi için randevu zamanım henüz gelmedi

27. Gebe kaldığımdan beri, gebelik ve doğumla ilgili daha fazla bilgi edinmek için kitaplara, broşürlere, videolara veya internete bakıyorum.

- a) Hiçbir zaman b) Ayda bir ya da daha az c) Ayda 2-3 kez
d) Ayda 4 kez (haftada bir) e) Ayda 4 kezden fazla

28. Gebe kaldığımdan beri, gebelik ve doğum ile ilgili daha fazla bilgi edinmek için arkadaşlarımla veya aile üyeleriyle konuşuyorum.

- a) Hiçbir zaman b) Ayda 1 kez ya da daha az
c) Ayda 2-3 kez d) Ayda 4 kez (haftalık) e) Ayda 4 kezden fazla

29. Gebe kaldığımdan beri, kendimi rahatlatmak için bazı şeyler yapmaya (yürüyüş, masaj, müzik dinlemek, el işi) zaman ayırıyorum.

- a) Hiçbir zaman b) Haftada 1 kez ya da daha az
c) Haftada 1-2 kez d) Haftada 3-5 kez e) Haftada 5'ten fazla

30. Gebe kaldığımdan beri, gebelikte, gebelik zamanına uygun, doktorum ya da ebem tarafından önerilen ağırlık kadar kilo aldım.

- a) Kilo kaybettim b) Gereğinden çok az ya da çok fazla kilo aldım
c) Kilo almadım ya da vermedim d) Bilmiyorum
e) Almam gereken miktarda kilo aldım

31. Gebe kaldığımdan beri, her gün su, meyve ya da sebze suyu yada diğer kafeinsiz içecekler içerim.

- a) Günde 3 bardaktan az (220 ml'lik) sıvı b) Günde 3-4 bardak (220 ml'lik) sıvı
c) Günde 5-6 bardak (220 ml'lik) sıvı d) Günde 7-8 bardak (220 ml'lik) sıvı
e) Günde 8 bardaktan (220 ml'lik) fazla sıvı aldım.

32. Gebe kaldığımdan beri, bahçede çalışırken eldiven kullanarak, pişmemiş ya da az pişmiş et yemeyerek ve kedi dışkı ile temastan kaçınarak toksoplazma enfeksiyonu riskini en aza indiriyorum.

- a) Daima b) Haftada 5 gün c) Haftada 3 gün d) Bazen e) Hiç

33. Doğuma hazırlık kurslarına katıldım ya da katılmayı planlıyorum.

- a) Kesinlikle evet b) Hayır, daha önce katılmıştım
c) Emin değilim d) Muhtemelen hayır e) Kesinlikle hayır