

T. C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TÜRK KADINLARI İÇİN GEBELİK BAKIM BEKLENTİSİ ÖLÇEĞİ

METODOLOJİK BİR ÇALIŞMA

Dr. BURÇİN KAVAKLI GERİŞ

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2016



T. C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TÜRK KADINLARI İÇİN GEBELİK BAKIM BEKLENTİSİ ÖLÇEĞİ METODOLOJİK BİR ÇALIŞMA

Dr. BURÇİN KAVAKLI GERİŞ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. ÇİĞDEM APAYDIN KAYA

İSTANBUL 2016

BEYAN FORMU

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.

Tarih

Ad

İmza

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca engin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, başta tez danışmanım sayın Doç. Dr. Memnune Çiğdem Apaydın Kaya olmak üzere, çalışma tez sürecindeki değerli katkıları için sayın Doç. Dr. Serap Çifçili'ye, bölüm hocalarım sayın Prof. Dr. Arzu Uzuner'e, Doç. Dr. Mehmet Akman'a, Doç. Dr. Pemra Ünalan'a

Tez sürecinde katkılarından dolayı asistan arkadaşım Dr. Burcu Başaran'a

Birlikte çalıştığım süre içinde dostluklarını, fedakârlıklarını ve özverilerini her zaman hissettiğim tüm asistan arkadaşlarıma ve uzmanlarıma,

Büyük özveriyle çalışan, üç yıl boyunca huzurlu bir ortamda çalışmamda büyük katkıları olan Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği ve Evde Sağlık Birimi çalışanlarına,

Hayatım boyunca sürekli yanımda olduklarını hissettiğim, en büyük desteğim sevgili aileme ve sevgili eşim Alper Geriş'e en içten sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Burçin Kavaklı Geriş

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ vi
ŞEKİL LİSTESİ vii
KISALTMALAR viii
ÖZET 1
ABSTRACT 4
GİRİŞ VE AMAÇ 6
1. GENEL BİLGİLER 8
1.1. Toplum Sağlığı Açısından Gebe Bakımının Önemi 8
1.2. Aile Hekimliği Uygulamasında Gebe Bakımının Yeri 10
1.3. Aile Hekimliği ve Kişi Merkezli Yaklaşım 11
1.4. Gebe Bakımının Değerlendirilmesi 13
1.5. Ölçek Geliştirme 14
1.5.1. Ölçek tanımı 14
1.5.2. Ölçek oluşturmanın tarihçesi 14
1.5.3. Likert tipi ölçek geliştirme yöntemi 15
2. GEREÇ VE YÖNTEM 21
2.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri 21
2.2. Araştırmaya Dahil Etme Ölçütleri 21
2.3. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri 21
2.4. Odak Grup Görüşmeleri 21
2.5. Faktör Analizi ve Madde Azaltımı 23
2.6. Aydınlatılmış Onam ve Etik Kurul Onayı 24
2.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi 24
3. BULGULAR 25
3.1.Odak Grup Görüşmeleri 25
3.2.Faktör analizi ve Madde Azaltılması 30
3.3.Ölçeğin Güvenirliği 30
3.4.Ölçeğin Geçerliliği 34
4.TARTIŞMA 41
4.1.Güçlü Yanları 48

4.2.Kısıtlılıklar 48
4.3.Zorluklar 48
5.SONUÇ VE ÖNERİLER 49
EKLER 50
KAYNAKLAR 61

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Odak Grup Görüşmelerine Katılan Gebelerin Özellikleri

Tablo 2: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 3: Katılımcıların Sağlık Durumları İle Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumları

Tablo 4: Katılımcıların Toplan Ölçek Puanları İle İlişkili Faktörler

Tablo 5: Faktör Analizi Sonuçları

Tablo 6: Alt Boyutların Varyans Düzeyleri

Tablo 7: Sosyodemografik Özelliklerin Ölçek Alt Boyutları İle İlişkisi

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1 :Odak Gruptan Çıkan Temalarla Oluşturulan Gebe Bakım Beklentisi Ölçeğinin Uzman Görüşleri Sonrası Kısaltılarak Oluşturulan İlk Hali

Şekil 2: Gebe Bakım Beklentisi Ölçeğinin Son Hali

KISALTMALAR

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

MDG: Millennium Development Goals

GEBESİS: Gebe Bebek Takip Sistemi

GEBLİZ (Gebe-Bebek-Loğusa-Çocuk İzlem Modülü)

WONCA EUROPE: The European Society of General Practice/Family Medicine

MÜ: Marmara Üniversitesi

ÖZET

Türk Kadınları İçin Gebelik Bakım Beklentisi Ölçeği: Metodolojik Bir Çalışma

Giriş ve Amaç: Gebelik süreci çocuk, aile ve buna paralel olarak toplum sağlığını da doğrudan etkileyen bir durumdur. Gebelik ve doğum sürecindeki komplikasyonların önlenmesi, gebe ve bebek ölümlerinin azaltılması için gebelik bakımı çok önemlidir. Gebelik sürecinde her gebenin bu süreci algılayışı, bakış açısı, endişe derecesi farklı olmakta ve ihtiyaç duyduğu bakım ve izlem de farklılık gösterebilmektedir. Aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerinden biri olan" Kişi Merkezli Bakım" ilkesi gebelere verilen bakımda da geçerli olmalıdır. Literatüre bakıldığında yapılan çalışmaların genellikle, gebelik süresinde yaşanan komplikasyonlar, hastalıklar, fetusun gelişimi gibi konularda yoğunlaştığı görülmektedir. Araştırmamızın amacı, gebelerin bakış açısından kişi merkezli bir bakım beklentisi ölçeği oluşturmaktır.

Yöntem: Bu çalışma metodolojik bir çalışmadır. Çalışma iki aşamadan oluşmaktadır. Ölçek maddelerinin oluşturulduğu ilk aşamada Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Gebe Polikliniği, Pendik'teki Aile Sağlığı Merkezleri ve bir Özel Hastaneye başvuran 15-49 yaş arasındaki gönüllü gebeler ile bakım beklentilerinin araştırıldığı odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Ardından odak grup görüşmeleri sırasında elde edilen ses kayıtları dinlenmiş, içerikleri analiz edilmiş ve yazıya dökülmüştür. Tematik analiz yapılmış ve sık tekrarlanan ve ortaklaşılan temalardan yola çıkarak 50 maddelik "hiç önemli değil" ve " çok önemli" arasında değişen 5'li Likert skaladan oluşan ölçek oluşturulmuştur. Daha sonra gebe ve uzman görüşü alınarak 30 maddeye indirilmiştir. İkinci aşamada ölçeğin Marmara Üniversitesi Gebe Polikliniği ve Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 300 gebeye uygulanması planlanmıştır. Faktör analizi ile faktör yükü 0,40'ın altında olan maddeler çıkarılarak madde azaltılmasına gidilmiştir. Ardından ölçeğin son hali faktör analizi ile değerlendirilmiş, güvenirlik için de 2 hafta ara ile 30 gebeye uygulanmıştır. Ölçekten alınan fazla puan beklentinin de arttığı anlamına gelmektedir.

Analiz: Veriler bilgisayar ortamında SPSS 18 programında değerlendirilmiştir. Sosyodemografik özellikler sıklık, yüzdelik ve ortalama testleri ile ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları için Cronbach Alpha, Pearson Korelasyon, faktör analizi testleri (KMO, Bartlett Testi, ve Varimax Döndürme Yöntemi) ile Wilcoxon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Odak grup görüşmeleri doygunluğun sağlanması sonucu 8 odak grupta ve toplam 30 gebe ile tamamlanmıştır. Çıkan temalarla 50 soruluk ilk ölçek oluşturulmuş, gebe ve uzman görüşü alınarak 30 soruya indirilmiştir. Ölçek 321 kişiye uygulanmış, cronbach alfa 0,942 bulunmuştur. Keiser-Meyer Olkin ve Barlett testi ile faktör analizine uygun olduğu saptanmıştır. Madde azaltımı için yapılan faktör analizi ile 0,40'ın altındaki faktör yüküne sahip maddeler çıkarılarak 20 soruluk ölçeğin son hali oluşturulmuştur. Güvenirlik için 20 soruluk ölçek 30 kişilik gruba iki hafta ara ile uygulanmış ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Spearman korelasyon katsayısı 0,783, cronbach alfa 0,877 bulunmuştur. Güvenilir bulunan ölçeğe faktör analizi uygulandığında 4 alt boyut ortaya çıkmıştır: "eğitim-bilgilendirme", ilgi-iletişim", "gizlilik", katılım-güven". Ölçekten alınabilecek toplam puan 100'dür.

Eğitim durumu lise ve üstü olanlarda ilköğretim ve altı olanlara göre "eğitim-bilgilendirme", "gizlilik" ve "katılım –güven" alt boyutlarında beklentinin istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,01$ $p=0,02$ $p=0,004$). Gebeliğin 3. Trimester'ında olanların 1. Ve 2. Trismesterdakilere göre ilgi- iletişim alt boyutunda beklentinin istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,006$) Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalanlarda doğal yoldan gebe kalanlara göre ilgi-iletişim, gizlilik, katılım-güven alt boyutlarında beklentinin istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,021$ $p=0,031$ $p=0,019$). Gebelik döneminde veya öncesinde kronik hastalığı olanların olmayanlara göre ilgi- iletişim ve gizlilik alt boyutlarında beklentinin istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur. ($p=0,033$ $p=0,008$ $p=0,078$)

Sonuçlar: Çalışmada gebelerin beklentileri genel olarak yüksektir,çok az değişkene bağlı olarak farklılık göstermektedir. Her gebeye Aile Hekimliği ilkelerine

uygun bakım verilmesi gerekmektedir. Türkçe Gebe Bakım Beklentisi Ölçeği soru sayısının az olduğu, pratikte kullanılması kolay, kısa sürede uygulanabilecek bir ölçektir. Tüm sağlık merkezlerindeki gebelere uygulanarak, gebelerin bakım beklentileri anlaşılmasına, onlara daha iyi bir gebe bakımı verilmesine olanak sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: bakım, beklenti, gebe, ölçek

ABSTRACT

Turkish Expectations of Pregnancy Care Scale for Turkish women

Background and Aim: The period of pregnancy affects the child, family and community health. Pregnancy care is very important for prevention of complications in pregnancy and childbirth, and reduction of maternal and child deaths. During pregnancy, perception, perspective and worries are not same in women, thus care and follow-up needs can be different. One of the principles of family medicine "People-Centered Care" should be applied to the care given to pregnant women. The studies of pregnancy are often focused on complications during pregnancy, diseases and fetal development. The aim of this study is to develop an Expectations of Pregnancy Care Scale with the perspective of pregnant women.

Method: This is a methodological study. The study is planned in two steps. In the first stage, aged 15-49 pregnant women volunteers from Marmara University Faculty of Medicine Obstetrics and Gynecology Clinic, Pendik Family Health Centers and a private hospital, were selected. Focus group interviews are made in order to find out the pregnancy care expectations, and then the items of the scale were developed with the themes revealed. The Likert type scale has 50 items which has 5 answers choices “not at all important” to “very important”. Later taking pregnant and expert opinion, it was minimized to 30 items. In the second step, the formed scale is planned to be implemented in 300 pregnant women who admitted to the Marmara University Faculty of Medicine Obstetrics and Gynecology Clinic and Pendik Family Health Centers. The items which have below 0, 40 factor loadings are derived with factor an analysis. Factor analysis is made with the final scale again and implemented to 30 women with the 2-week intervals for reliability. The more points received from the scale means that expectations also increased.

Results: Focus group interviews were completed with a total of 30 women and 8 focus groups. The items of the 50 items scale were developed with the revealed themes, than minimized to 30 items with taking pregnant and expert opinion. Scale was administered to 321 people, Cronbach alpha was 0.942. The scale was considered suitable for factor analysis with Keiser-Meyer Olkin and Bartlett test.

The items which have below 0, 40 factor loadings are derived with factor analysis and final scale was developed with 20 items. The scale was implemented to 30 women with the 2-week intervals for reliability, there was no statistically significant difference between the total scores (p> 0.05). Spearman correlation coefficients was 0.783, Cronbach's alpha was 0.877. Factor analysis was applied to the scale which was considered as reliable, and 4 subscales were appeared: "education and information", “interest-communication "," privacy ", participation-confidence”. The highest total score for the scale was 100.

Expectations were statistically higher in women whose educational status were high school and over than in the primary and less, in “education-information”, “expectation of confidentiality” and “privacy” subscales (p = 0.01 p = 0.02 p = 0.004). Expectations were statistically higher in 3. trimestre of pregnancy than 1. And 2. trimestre in "interest-communication” subscale. (p = 0.006) Expectations were statistically higher in pregnant women who conceived assisted reproductive technology than naturally pregnancy in “interest-communication "," privacy" and “participation-confidence” subscales. (p=0,021 p=0,031 p=0,019). Expectations were statistically higher in women who had chronic disease before or during pregnancy than healthy women in “interest-communication" and "privacy" subscales (p=0,033 p=0,008 p=0,078).

Conclusion: Study demonstrated pregnant women had high expectations, affected by very few conditions. Proper care with Family Practice principles should be given to all pregnant women. Turkish Expectations of Pregnancy Care Scale for Turkish women which have few number of questions and can be applied in limited time, can be used easily in practice. Applying the scale to women in all health centers, may provide a broader level of understanding about pregnant women care expectations and better care to pregnant women.

Keywords: care, expectation, pregnancy, scale

GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik dönemi fizyolojik olduğu kadar karmaşık ve zor bir süreçtir. Gebelik süreci çocuk, aile ve buna paralel olarak toplum sağlığını da doğrudan etkileyen bir durumdur. Gebelerin bu süreci en iyi ve sağlıklı şekilde geçirmesi, uygun danışmanlık ve bakım alması, gerekli konularda bilgilendirilmesi kişi sağlığı ve toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Ülkemizde gebe takibi aile hekimleri ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimler tarafından yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yayınladığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine göre, gebeler için aile sağlığı merkezlerinde (ASM) 4 izlem yapılması öngörülmektedir. Bu görüşmelerde kişisel bilgilerin yanı sıra, tıbbi ve obstetrik öykü alınmakta, mevcut gebelikle ilgili sorular sorulmakta, fizik muayene yapılmakta ve tetkikler istenmektedir. Ayrıca, gebelere belli konularda bilgi ve danışmanlık verilmektedir.[1] Rehberde her görüşmede neler yapılacağının yanında görüşmenin ne kadar süreceği de belirlenmiştir. Bu sürenin her görüşme için 30 dakika olması gerektiği önerilmektedir. Rehberde önerilen izlem planının gebe ve bebeğe standart bir bakım ve takip sağladığı ancak gebelerin ihtiyaçlarını gözetmediği söylenebilir. İkinci basamak devlet Hastaneleri ve Üçüncü basamak Araştırma hastanelerinde de kadın hastalıkları ve doğum poliklinikleri için benzer durum söz konusudur. Randevular ortalama 10-15 dakika arayla verilmekte ve günde yaklaşık 50-60 hasta bakılmaktadır. Bu randevu sürelerine bakarak, görüşmelerde gebelik sürecini ilgilendiren kişiye özel bir bakım verildiğinden söz etmek zordur.

Tüm dünyada gebelerle ilgili birçok çalışma yapılmaktadır. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde, araştırılan konuların çoğunlukla gebelik süresinde yaşanan komplikasyonlar, eşlik eden ya da önceden varolan hastalıklar ve tedavileri, fetusun gelişimi ve sağlığını etkileyen faktörler, doğumla ilgili komplikasyonlar ile ilgili olduğu görülmektedir.[23] [45] Gebelik sadece annenin ya da bebeğin o anki hastalık ve sağlık durumundan ibaret değildir. Gebelik süreci anne açısından zor ve çoğu zaman yaşanan değişikliklerden dolayı tedirginliklerle dolu bir süreç olabilmektedir. Her gebenin bu süreci algılayışı, bakış açısı, endişe derecesi farklı olmakta ve ihtiyaç duyduğu bakım ve izlem de farklılık gösterebilmektedir. Literatürde gebelerin bu

süreçte neler hissettiğini, bu süreci nasıl algıladığını, hangi konularda zorluk yaşadığını ve destek beklediğini araştıran, kişi merkezli bakım beklentilerini ölçen çalışmaların çok az olduğu görülmektedir.[67] [89] Aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerinden biri olan kişi merkezli bakım ilkesi gebelere verilen bakımda da geçerli olmalıdır. Her gebeye kişiye özel bakım ve izlem yapılmalı, bu süreçte yaşadığı sorunlarla, değişikliklerle ve taşıdığı risklerle kişiye özgü olarak ilgilenilmelidir. Bu dönemle ilgili olarak yaşanan zorlukların, gebelerin bu dönemdeki algılarının ve sağlık sisteminden beklentilerinin, sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi, bu doğrultuda koruyucu girişimlerin planlanması ve gerektiğinde sorunlara uygun yaklaşımlarda ve çözümlerde bulunulması son derece önemlidir. Literatürde daha çok kronik hastalığı olanlarda kişi merkezli yaklaşımı değerlendirmede kullanılması önerilen bazı ölçekler bulunmaktadır.[10]Ancak gebelerin bakım beklentisini kişi merkezli olarak değerlendiren bir ölçek bulunmamaktadır. Araştırmamızın amacı, gebelerin bakış açısından kişi merkezli bir bakım beklentisi ölçeği oluşturmaktır.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Toplum Sağlığı Açısından Gebe Bakımının Önemi

Anne sağlığı doğum öncesindeki, doğum sırasındaki ve postpartum dönemdeki sağlık durumunu kapsar. Perinatal dönem doğumdan önceki 22 haftayı ve doğum sonrası 7 günü kapsar. Anne adayının bu dönemi sağlıklı ve konforlu geçirmesi, sağlıklı bir bebek dünyaya getirmesi de sağlık hizmetlerinin bir parçasıdır. Perinatal döneme sağlıklı bir başlangıç yapmak bebeklik çocukluk ve adölesan dönemini de iyi yönde etkilemektedir.[11] Gebelik süresinde ev ve iş yaşamındaki durumlar, fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçlar değişmektedir. Yüksek kaliteli antenatal bakım, anne sağlığını, perinatal dönemi ve yenidoğanı yakından izlemeyi gerektirir. Türkiye'de gebe ve yenidoğan takibi ve bakımı birinci basamak sağlık hizmetleri arasında önemli yer tutmaktadır. TNSA 2013 verilerine göre Türkiye için toplam doğurganlık hızı kadın başına 2,26 doğumdur. Bebek ölüm hızı 1,000 canlı doğumda 13, neonatal ölüm hızı ise 1,000 canlı doğumda 7'dir.[12] Gebelik döneminde bakım ve takibinin çok önemli olduğu bilinmesine rağmen, her gün dünyada 800 kadın gebelik ve doğuma bağlı sebeplerden ölmektedir. 2013 yılında bu rakam 289.000'dir. Neredeyse tüm ölümler önlenebilir sebepler yüzündendir. Dünyada bu konu ile ilgili çalışmalar yapılmakta konu ile ilgili çözüm aranmaktadır. Anne ölümlerinin azaltılması,2000 yılında benimsenen sekiz Milenyum Kalkınma Hedefinden (Millennium Development Goals-MDG) bir tanesidir.[13]1990 yılındaki 5. MDG toplantısında ülkeler 1990-2015 yılları arasında anne ölümlerini %75 oranında azaltmayı hedeflemiş, ancak 1990 yılından beri anne ölümleri %45 azalmıştır.

Dünya sağlık Örgütünün bildirdiğine göre, anne ölümlerinin sebeplerinin başında sağlık sistemine ulaşmaktaki eşitsizlik gelmektedir.2013 yılında gelişmekte olan ülkelerdeki anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 230 iken, gelişmiş ülkelerde bu oran 100.000de 16'dır. Anne ölümlerinin yarısından fazlası Sahra altı Afrika'da,1/3 ünden fazlası da Güney Asya ülkelerinde olmaktadır

Anne ölümleri gebelik sırasında veya sonrasında oluşan komplikasyonlar yüzünden olmaktadır. Bazıları gebelik sırasında oluşmakta, gebelik öncesinde oluşanlar da gebelik sırasında kötüleşebilmektedir. Anne ölümlerinin %75 ini

oluşturan sebepler: şiddetli kanama, enfeksiyonlar, yüksek tansiyon (preeklampsi-eklampsi), doğum komplikasyonları ve güvenli olmayan düşüklerdir. 2005 yılında yayınlanan Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasındaki verilere göre Türkiye'deki anne ölüm oranı 100,000 canlı doğumda 28,5 'tir. En düşük düzey Batı Anadolu (100,000 canlı doğumda 7,4), en yüksek düzey ise Doğu Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu (100,000 canlı doğumda 68,3) bölgeleri için bulunmuştur. Anne ölümlerinin en sık nedenleri: şiddetli kanamalar, yüksek tansiyon (preeklampsi-eklampsi), doğum komplikasyonları (emboli, uterus rüptürü) ve enfeksiyonlardır. [14] Ülkemizdeki en sık anne ölüm sebeplerinin Dünya genelindeki sebeplere benzerlik gösterdiği görülmektedir.

Ülkemizdeki ve Dünyadaki anne ölüm sebeplerinin çoğu önlenebilir durumlardan kaynaklandığı görülmektedir. Bu nedenle gebeliğe ve doğuma bağlı komplikasyonlar iyi bilinmesi, sağlık kaynakları bunları önlemek ve tedavi etmek için etkin bir şekilde kullanılması gerekmektedir. Her gebe gebelik ve doğum sürecinde ve doğumdan sonraki günlerde bakım almaya ihtiyaç duymaktadır. Zamanında tedavi ve komplikasyon yönetimi kadar doğumun tecrübeli kişiler tarafından yaptırılması da anne ölümlerinin azalması için büyük önem taşımaktadır. Son on yılda tüm dünyada gebelik bakımı birçok yerde iyileştirilmesine rağmen, düşük gelirli ülkelerdeki kadınların sadece %45'i sağlık bakımına ulaşabilmiştir. Bu durumdan, hala milyonlarca doğuma doktor ebe ya da bir sağlık çalışanının eşlik etmediği sonucu çıkarılabilir.[15] Çoğu gebelik sorunsuz geçmektedir, az bir kısımda komplikasyonlar gözlenebilmektedir. Komplikasyonları olan bu guruptaki gebelerin dikkatli izlenmesi, gözden kaçırılmaması önemlidir. Basit, kolay anlaşılabilir bilgiler sunulmalı ve eğitimler verilmelidir. Dünya Sağlık Örgütü, koruma, zamanında müdahale etme ve olayları iyi yönetmenin, annenin ve yenidoğanın mortalite ve morbiditesini azalttığını belirtmektedir. Doğum komplikasyonları acil profesyonel bakım gerektiren durumlar olabilmektedir. Bunlar da anne ve yenidoğan hastalık ve ölüm oranlarını düşürmek konusunda, yüksek kanıta dayalı acil obstetrik ve neonatal bakımın Dünya Sağlık Örgütünün en önemli önceliklerinden biri olmasının sebebini göstermektedir. Gebelik sırasında ve doğum sonrasında sağlıklı kalabilen kadınlar, hayatlarının sonraki dönemlerinde de daha çok sağlıklı kalmaktadırlar.[11] Yenidoğan,

bebeklik, çocukluk, adolesan, üreme çağı, gebelik ve annelik dönemleri kadının hayat döngüsünün parçalarıdır ve birbiriyle ilişkilidir.

1.2.Aile Hekimliği Uygulamasında Gebe Bakımının Yeri

Dünya Sağlık Örgütü'nün önerileriyle tüm dünya ülkelerinin büyük önem verdiği gebe takibi ve anne ölümlerinin azaltılması gibi konular ülkemizde de büyük bir önemle takip edilmektedir. Ülkemizde 2008 yılında başlanan aile hekimliği uygulaması ile gebe takibinde de yeni uygulamalar başlamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 2015 yılında yayınladığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre, gebe izlem ve taramaları aile hekimlerinin görev ve yetkileri kapsamında bulunmaktadır .[16] Kısa adı GEBESİS olan, Gebe Bebek Takip Sistemi mevcut hastanelere kurulmuştur ve bu sistem üzerinden gebe olan kadının bilgileri, kendi aile hekiminin bilgi sistemine kaydedilmektedir. Aile hekimleri böylece o gebeden haberdar olmakta ve takibine başlamaktadır. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından gebe, lohusa, bebek ve çocuk tespitlerini ve izlem sayılarını artırmak GEBLİZ Modülü (Gebe-Bebek-Loğusa-Çocuk İzlem Modülü) geliştirilmiştir. Bu modül sağlık hizmeti veren kurumlarda 2008 yılının Eylül ayından itibaren uygulamaya başlanmıştır. Bu modül sisteminden sonra, aşı takiplerinin daha düzenli olduğu ve aşılanma oranlarının arttığı saptanmış, Türkiye'de 2003'te binde 28,5 olan bebek ölüm oranı, 2010'da binde 10,9'a kadar gerilediği bildirilmiştir.[17]

Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı'nın yayınladığı yönergeye göre, aile hekimlerinin performanslarının hesaplanmasında kullanılan araçlardan birinin gebe takibi olması Sağlık Bakanlığı'nın gebe takibine verdiği önemi göstermektedir.[18]

Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılında yayınladığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde bir gebe görüşmesi sırasında kişisel bilgi, tıbbi ve obstetrik öykü alınması, mevcut gebelikle ilgili sorular sorulması, fizik muayene yapılması ve tetkikler istenmesi, gerekli aşıların yapılması, belli konularda bilgi ve danışmanlık verilmesi önerilmektedir[1] Bu görüşmeler sırasında gebelerin beklentilerinin öğrenilmesi, gebelerin aile hekimliğinin önemli ilkelerinden olan kişi merkezli bakım kapsamında değerlendirilmelerini sağlayabilir.

1.3.Aile Hekimliği ve Kişi Merkezli Yaklaşım

WONCA EUROPE 2011 yılındaki güncel tanımına göre Aile Hekimliğinin 6 temel çekirdek yeterliliği bulunmaktadır:[19]

- Birinci basamak yönetimi
- Kişi merkezli bakım
- Özgün problem çözme becerileri
- Kapsamlı yaklaşım
- Toplum yönelimli olma
- Bütüncül yaklaşım-modelleme

Çekirdek yeterliliklerinden birisi "kişi merkezli bakım" dır. Kişi merkezli bakım şu maddelerden oluşur:

- Hastalarla ve sorunlarla uğraşırken kişi merkezli bir yaklaşım benimseyebilme,
- Aile hekimliği hasta görüşmesini etkili bir hekim-hasta ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilme ve geliştirebilme,
- Bakımın hastanın gereksinimleriyle belirlenen sürekliliğini sağlama.

Aile hekimliği, sağlık sisteminin ilk temas noktasını oluşturmakta, kişinin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmektedir. Hastalıkla veya patolojilerle değil hasta ile ilgilenmekte, kişi merkezli bir yaklaşım sergilenmektedir. Hastanın inançlarını beklentilerini korkularını dikkate alarak, kendi durumunu/ hastalığını nasıl algıladığını, neler yaptığını, nasıl baş ettiğini anlamaya çalışmak çok önemlidir. Dünya sağlık örgütünün raporunda da belirtildiği gibi hastaların çoğu doktorlarının kendilerine dayattığı tavsiyelere uymamakta, onları değiştirip kendi hayatlarına uydurmaya çalışmaktadırlar. Birçok doktor da bu hastaları uyumsuz hasta olarak görmekte onların tedavisinden kaçınmaktadır.[20] Kişi merkezli yaklaşımda hastalığı/durumu değerlendirirken kişinin ailesi, hayat şartları, psikolojik durumu, yaşadığı ortam ve ortamın sorunları dikkate alınmaktadır. Hastalığın/durumun aile üyeleri ve kişinin geniş çevresi üzerindeki olası sonuçlarının düşünülmektedir. Hastanın, ailesi ve çevresiyle bir bütün olarak düşünülmesi ve bakım alma, bakım

planlama ve karar verme aşamalarında sürece dahil edilmesi önem taşımaktadır. [21] Hasta ve yakınlarının günlük hayatını ve alışkanlıklarını bozmayarak, beklentilerini en uygun şekilde karşılayacak bir bakım ve tedavi planlanmaktadır.[22] Hastaların beklentileri sağlık durumlarına, çevrelerine ve sosyoekonomik durumlarına göre değişebilmektedir. Sağlık sunucularının, hastaların beklentilerindeki değişimleri fark edebilmesi ve anlayabilmesi, kişi merkezli bakımın daha etkin olmasını sağlayacak, hastaların tatminini arttıracak ve daha iyi hasta hekim ilişkisi geliştirmeye yardımcı olacaktır.[23]

Dünyadaki sağlık sistemleri pek çok sosyal ve politik baskılara maruz kalmaktadır. Sistemdeki hataları azaltmak, yaşlanan ve kronik hastalık tedavilerine ve bakımına gereksinim duyan populasyonun ihtiyaçlarını iyi karşılamak, maliyetleri düşürmek gibi hedefler oluşmuştur. Bu süreçte yaşanan zorluklar yeni bir sağlık bakımı modeli ihtiyacı doğurmuştur. Dünyada kurumların ve sağlık vericilerinin ihtiyaçlarını önemseyen klasik kurum merkezli bakım yerini kişi merkezli bakıma bırakmaya başlamıştır. Bilinen yararlarına rağmen tüm dünyada bu yaklaşımın uygulanmasında zorluklar ve sorunlar yaşanmaktadır.[23] Gelişmiş ülkelerde bile bu modeli uygulamak günlük pratiğe katmak zor olmaktadır. Klasik baskın doktor modeli ve bu duruma alışmış pasif, doktoruyla iletişim kuramayan hastalar hala birçok yerde mevcuttur.[24] Kişiyi ve ihtiyaçlarını beraber değerlendirmeyi kapsayan kişi merkezli bakım dünyadaki sağlık sistemlerinde popüler olmaya başlamıştır. Qidwai ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarda, kişi merkezli bakımın hasta uyumunu belirgin derecede arttırdığını ve sağlık verilerinde de iyileşme sağladığını görmüşlerdir. [24] Çoklu ve karışık bakıma ihtiyaç duyan bireylerin daha az tıbbi hata ile karşılaştığı, daha az tahlil yaptırdıkları, doktorlarıyla daha iyi bir iletişim içinde oldukları ve bakımlarından tatmin olduklarını gösterilmiştir. Daha iyi bakım daha iyi sağlık ve daha düşük maliyetler sağlamıştır. Hastalar, aileleri, işverenler ve devlet için uzun ve kısa süreli kazanımları daha çok olmuştur.[22] Acil olmayan acil sistem başvurularının düştüğü, hastaların hastanede yatış süreleri kısaldığı gözlemlenmiştir. Ekonominin artık çok önemli olduğu dünyada sağlık giderlerini önemli oranda düşürmüştür.[24]

1.4.Gebe Bakımının Değerlendirilmesi

Gebe bakımının öneminden dolayı bakımın değerlendirilmesi ve kişilerin ihtiyaçlarına ne kadar uygun olduğunun araştırılması ihtiyacı doğmuştur. Literatür incelendiğinde gebe bakımının değerlendirilmesi ile ilgili birçok çalışma bulunmuştur.

Jewell ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları çalışmada gebelere, bakımı değerlendirmeleri için dört konunun önemine 1ile 5 arasında puan vermeleri istenmiştir. Bu konular güven verilme /rahatlatılma ihtiyacı, endişeler hakkında konuşma fırsatı, soru sorma fırsatı, gebelik ve doğum hakkında konuşmaya zaman ayrılması olarak gruplanmıştır. Gebelerin verdikleri puanlar üzerinden bakımın değerlendirilmesi ve ihtiyaçların belirlenmesi sağlanmaya çalışılmıştır.[25]

Hildingsson ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları çalışmada yine benzer biçimde 361 kadına gebelik dönemindeki bakımı değerlendirmeleri için, bazı konuların önemine 1ile 5 arasında puan vermeleri istenmiştir. Bu konuların bazıları bebeğin sağlığının kontrol edilmesi, gebenin kendi sağlığının kontrol edilmesi, gebenin partnerinin duruma dahil edilmesi, gebeye saygılı davranılması, endişelerin ve düşüncelerin konuşulması için zaman ayrılması, gebelik ve doğum hakkında bilgilendirme, gebenin ruhsal durumuna önem verilmesi gibi başlıklar altında toplanmıştır. Gebelerin önem açısından verdikleri puanlar değerlendirilmiştir.[26]

Douglas ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları çalışmada gebelerle yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak görüşülmüş ve onlara açık uçlu sorular ile beklentileri sorulmuştur. Görüşmeler sonucunda beklentiler konusunda verilen cevaplar değerlendirilmiş ve temalar; bilgi desteği, duygusal destek, düşüncelerine önem verme ve yetkin profesyonel bakım olmak üzere 4 ana başlıkta toplanmıştır.[27]

Heaman ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmada 40 gebe ve 40 gebe bakım sunucusu ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yapılmış ve gebelik bakımı ile ilgili beklentileri açık uçlu sorularla sorulmuştur. Bu görüşmelerden çıkan sonuçlar maddeler haline getirerek ve konu ile ilgili literatür

çalışmaları da incelenerek bir ölçek oluşturulmuştur. Ölçek cevapları 1ile 5 arasında yapılandırılmıştır(1:kesinlikle katılmıyorum,5:kesinlikle katılıyorum). Yapılan faktör analizinde ölçek soruları ölçtükleri özellikler bakımından; bilgi paylaşımı, geleceğe yönelik rehberlik, yeterli zaman, ulaşılabilirlik, uygunluk ve destek ve saygı olmak üzere altı alt başlığa ayrılmıştır.[6]

Türkiye'de yapılan ve gebelerin beklentilerini ölçmek için geliştirilen bir ölçek bulunmamaktadır. Turan ve arkadaşlarının 2003 yılında yayınladıkları, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerini geliştirmeyi hedefleyen çalışma bu konuya benzer bir çalışma olarak değerlendirilebilir.[28] Bu çalışma kişi merkezli yaklaşıma sahip değildir, gebelerin beklentilerinden çok, kurumların kaygılarını dikkate alan, hizmet kalitesini yükseltmeyi amaçlayan bir çalışmadır.

1.5. Ölçek Geliştirme

1.5.1. Ölçek tanımı

Ölçekler, ölçülecek özelliklerin sınıflanması, derecelerinin belirlenmesi ve sıralanması konusunda uyulması gereken kuralları ve kısıtlamaları belirleyen araçlardır. [29]

Psikolojik değişkenler doğrudan gözlenemediği için ölçülen değişken gerçekte ne, nasıl, ölçme sonuçları hatalardan nasıl arındırılabilir, gibi sorular ortaya çıkar. Psikolojik değişkenlerin ölçümü, kişilere ölçülecek özelliği uyaracak maddeler sunulup, bireylerin bu uyarıcılara verdikleri tepkiler gözlenerek dolaylı bir şekilde gerçekleştirilir. Uyarıcılar ve tepkiler çok çeşitli ölçme düzeylerinde olabilir; ancak, psikolojik ölçek geliştirmede nihai amaç, bireyin doğrudan gözlenemeyen ölçülen özelliğinin ne ve nasıl olduğunu ortaya çıkarmaya çalışmaktır.[30]

1.5.2. Ölçek oluşturmanın tarihçesi

Tarihsel süreç içinde psikolojik ölçek geliştirme çabalarına bakıldığında, Binet ve Simon' dan(1905-1908) sonra, Bogardus'un (1925) "sosyal uzaklık ölçeği" nin başlangıç kabul edilmesi uygun olmaktadır. Psikolojik ölçek geliştirmede, "madde analizi" yöntemi olarak ilk öncünün Thurstone (1927) olduğu görülmektedir. Thustone'un "yargıcı yaklaşımı" na karşılık, Likert'in (1932) "denek tepkilerine

dayalı ölçek geliştirme" yaklaşımı bugün de yaygın olarak kullanılmaktadır. Bogardus'un 'ilkel' ölçek geliştirme yöntemini madde ve ölçek analizi bağlamında geliştiren Guttman'ın (1944) "birikimlilik ölçeği" önemli bir aşama oluşturmuştur. Osgood, Suci ve Tannenbaum'un (1957) "duygusal anlam ölçeği" de ölçek geliştirme tarihinde yer almıştır.[30]

Ölçek geliştirme çalışmalarında, araştırılan konu ile ilgili daha önce geliştirilen bir ölçek olup olmadığının araştırılması ilk yapılacak şey olmaktadır. Daha önce geliştirilen ölçek varsa, ölçeğin duyarlılık düzeyi belirlenmekte, ölçeğin duyarlılığı yüksekse, yapılacak çalışmanın bir uyarlama çalışması ya da yeni bir ölçek oluşturma çalışması olması konusunda karar verilmesi gerekmektedir.[29] Ölçme tekniklerinden en yaygın kullanılanı Rensis Likert'in (1932) "derecelemetoplamlarıyla ölçekleme" modelidir.

1.5.3. Likert tipi ölçek geliştirme yöntemi

Likert'in ölçek geliştirme yöntemi cevaplayıcı merkezlidir, cevapların ölçeklenmesini amaçlamaktadır. Araştırılan tutumla ilgili çok sayıda olumlu ve olumsuz ifade cevaplayıcılara uygulanmaktadır. Cevaplayıcılar o ifade için "Tamamen katılıyorum", "Katılıyorum", "Kararsızım", "Katılmıyorum" ve "Kesinlikle katılmıyorum" şeklinde cevaplardan birini seçmektedir.[31]

Ölçme işlemi, ölçülecek olan özeliğin belirlenmesi ile başlamaktadır. Likert tipi ölçeklerin maddeleri konuyla ilişkili olumlu ve olumsuz ifadelerden oluşmaktadır. İfadeler belirlenirken, tutum nesnesi ve konusu hakkında geniş bir araştırma yapılması gereklidir. Ölçekteki ifadelerin, tutum boyutunu tüm yönleriyle kapsamasına ve onu temsil etmesine önem verilmelidir. Tutum ölçeği geliştirmek için, ölçmek istenilen tutum konusu ayrıntılı incelenmesi, konuyla ilgili çok çeşitli kaynaklardan faydalanılması önerilmektedir. Ölçeğinin nasıl hazırlanması gerektiği konusunda rehber olması amacıyla konuyla ilgili literatür taraması yapılmakta ve daha önceki çalışmalarda kullanılan ölçme araçları incelenmektedir. Cevaplayıcı kitleyi temsil edebilecek küçük heterojen gruplar seçilerek odak grup görüşmeleri yapılması, konu ile ilgili duygu, düşünce ve deneyimlerinin açık uçlu sorularla sorulması bir diğer önerilen yol olmaktadır.[32] Buradan çıkan tutum öğeleri sistematik

bir şekilde analiz edilerek bir madde havuzu oluşturulmakta, tutum ifadelerini yazarken yol gösterici olabilmektedir. [33]

Bu aşamalardan sonra ortaya çıkan her bir ifadenin, farklı bakış açılarına sahip kişiler tarafından farklı düzeylerde tepkide yaratabilmesi önemli olmaktadır. Farklı tutum düzeylerine sahip bireylerin, bir maddeyi aynı biçimde cevaplamaları, bu maddenin tutumu ölçmede yeterli olmadığını göstermektedir. Elde edilen maddeler konu ile ilgili bilgi ve deneyimi olan kişilerden oluşan küçük bir gruba uygulanmakta ve madde ifadesi, içeriği ve anlaşılırlığı açısından geri bildirim istenmektedir. Maddelerin ölçme aracına uygun olup olmadığı ve ölçülmek istenen tutumu temsil edip etmediğini belirlemek için uzman görüşüne başvurulmaktadır.[34] Konuyla ilgili uzmanlar, maddelerin dilbilgisi açısından uygunluğunun ve ifadelerin anlaşılabilirliğinin yanı sıra, araştırılan tutumu ölçme derecesini, ölçek maddelerinin yönergelerini, yapısını ve gerçekliğini incelemektedir.[35]İncelemeler sonucu anlaşılmayan ifadeler çıkarılmakta, güçlendirmek için yeni, ifadeler eklenebilmekte, olumlu olumsuz soru dengesi tekrar değerlendirimektedir.[36]

Likert tipi ölçek maddeleri 3, 5 veya 7 seçenekli düzenlemeler halinde yapılabilmektedir. İdeal olan seçenek sayısı 5 olarak belirtilmektedir. Likert tipi ölçeklerde olumlu ve olumsuz anlam yüküne sahip iki küme madde bulunması, bunlar ölçek içinde rasgele bir biçimde dağılması, düzenli bir sıra izlemesinden kaçınılması önerilmektedir. Ölçek maddeleri, ön incelemeden geçirilse ve gerekli düzeltmeler yapılsa bile, henüz kullanıma hazır olmadığı için deneme uygulaması yapılmaktadır. Maddelerden hangilerinin istenen kriterlere uygun, hangilerinin tutumu ölçmede yetersiz olduğu deneme uygulamasından sonra belirlenmektedir. Deneme uygulaması yapılacak örneklemin, yeteri kadar büyük ve çeşitli olması, hedef kitleyi temsil etmesi önem taşımaktadır.[31]

1.5.3.1. Likert Tipi Ölçek Verilerinin Analizi

1.5.3.1.A. Madde ve Ölçek Puanları

Likert tipi ölçeğin özgün biçiminde her maddeye verilecek beş cevap seçeneği bulunmaktadır. Bir puan en olumsuz ifadeyi, beş puan en olumlu ifadeyi ve

üç puan da kararsızlığı ifade etmekte, katılımcıların maddelere verdikleri cevaplar puanlanmaktadır.[37] Her katılımcının ölçek puanı, maddelere gösterdiği tepki puanlarının toplamı hesaplanarak bulunmaktadır. Puanlama şeklinin ölçek boyunca aynı kalması, boş bırakılmış cevap bulunmaması önemli olmaktadır.

1.5.3.1.B. Madde analizi

Hazırlanan ifadeler, kendi içinde tutarlı ve kararlı olma, istenen tepkileri uyarabilme gücü açısından incelenmektedir.[38] İstenen tutumu ölçmede, her maddenin ölçme gücünü belirlemek için Likert tarafından iki ayrı "madde analizi" önerilmektedir:

1) Korelasyonlara dayalı analiz,

2) İç tutarlık ölçütüne dayalı analiz

1) Korelasyonlara Dayalı Madde Analizi:

Her madde ile ölçek puanı arasındaki korelasyonların hesaplanmaktadır. Bir madde için bu yolla hesaplanan korelasyon katsayısının işareti eksi, değeri sıfır veya sıfıra yakın ise, o madde istenen tutumu ölçmede yetersizdir anlamına gelmektedir.[31] Ölçek puanı ile ilişkisi düşük maddeler, istenen tutumun ölçülmesine çok az katkı sağlamaktadır. Benzer şey, bir maddenin diğer maddelerle ilişkisi için de geçerli olmaktadır. Birbirleri ile düşük ilişki gösteren veya ilişkisiz olan maddelerden oluşan ölçeklerin güvenirliği ve geçerliği düşük olmaktadır.[39] Bu yüzden düşük korelasyonlara sahip maddeler çıkartılması ve ölçeğin son haline alınmaması uygun olmaktadır. Maddelerin birbirleriyle ve ölçek puanlarıyla yüksek korelasyonlara sahip olmaları aynı boyutta ölçme yaptıklarını göstermektedir.[32]

2) İç Tutarlık Ölçütüne Dayalı Madde Analizi

Ölçekteki maddeler puanlandıktan sonra en yüksek puandan en düşük puana doğru sıralanmakta, üst gruptaki cevaplayıcılar, ölçülen tutuma olumlu yönde sahip olanları, alt gruptakiler de olumsuz yönde sahip olanları göstermektedir. Bir madde tutuma olumlu derecede sahip olanlar ile olumsuz derecede sahip olanları ayırt edemiyor ise ölçeğin dışında kalması gerekmektedir. Ölçülen tutum açısından birbirinden kesin bir şekilde ayrılan gruplarda aynı tepkileri uyandıran madde, o

tutumu ölçmekte yetersiz anlamına gelmektedir. Aşırı uçtaki iki grubu birbirinden açıkça ayırt edebilen maddeler belirleyici nitelik taşımakta, ölçeğin son halinde bulunması gerekmektedir.[31]

1.5.3.2. Ölçeğin Psikometrik Özellikleri

1.5.3.2.A. Güvenirlik

Güvenirlik bir ölçme aracının duyarlı ve birbiriyle tutarlı ölçme sonuçları verebilme gücü olarak ifade edilmektedir. Bir ölçme aracıyla aynı şartlarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının göstermektedir.[40]

Ölçek geliştirmedeki çabaların sebebi, daha güvenilir ve daha geçerli bir ölçme aracı elde etmektir. Araştırmacılar, ölçekle elde edilen puanların güvenirlik düzeyini araştırmaktadırlar. Güvenilir olmayan puanlar kendi içinde ve farklı uygulamalarda tutarlı sonuçlar vermemektedir. Puanların yeterince güvenilir olmadığı durumlarda geçerliğini araştırmaya gerek kalmamaktadır, güvenilir olmayan ölçme sonuçları geçerli olmamaktadır.[34] Ölçek puanlarının güvenilir olması, onların geçerli olduğu anlamına gelmemektedir. Güvenirliğin sağlanması, geçerliğin sağlanabilmesi için önkoşul olmakta, fakat yeterli koşul olmamaktadır.

Likert tipi ölçeğin güvenirliğini belirlemek için, öncelikle, Cronbach (1951) tarafından geliştirilmiş olan α katsayısının kullanılması gerekmektedir. Birbiriyle yüksek ilişkili maddelerden oluşan ölçeklerin a katsayısı yüksek çıkmaktadır.[32] Cronbach α katsayısı, ölçekteki maddelerin iç tutarlığını göstermektedir. α katsayısı ne kadar yüksek ise ölçekteki maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.[41] Güvenirlik katsayısının (Cronbach α) olabildiğince 1'e yakın olması önemlidir[42]

Test tekrar test yoluyla da güvenirlik ölçülebilmektedir.[35] Bu yöntem, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme derecesini göstermekte, ölçeğin kendi içinde tutarlı maddelerden oluştuğu anlamına gelmemektedir.[43]

1.5.3.2.B. Geçerlik

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, doğru olarak ölçebilme derecesini göstermektedir.[40] Bir ölçeğin geçerli sayılabilmesi için kapsam, ölçüt ve yapı geçerliğini sağlaması gerekmektedir.

1)Kapsam Geçerliliği:

Bir ölçeğin, ölçmek istenen tutumu, içerdiği maddelerle temsil edip etmediğini belirlemektedir.[31]

2) Ölçüt Geçerliliği:

Ölçekle elde edilen puanların, ölçülmek istenen özeliğe olumlu yönde sahip olanlarla olumsuz yönde sahip olanları birbirinden ayırt edebilmesi önemli olmaktadır. Bu aşamada ölçülen tutum boyutunda bir ölçüt bulunması gerekmektedir. Ölçüt bulmak için önceden geçerli olduğu bilinen bir ölçek bulunmakta, bu ölçekten elde edilen puanlar ölçüt ölçüsü olarak kullanılmaktadır. Bu ölçütlere "dış ölçüt" denmektedir. Ölçüt alınacak ölçeğin seçimi çok önemli olmakta, genellikle bu konu için geliştirilmiş ve geçerli olduğu görülmüş bir ölçek kullanılmaktadır.

Dış ölçütle geçerlik saptamak için, her iki ölçeği aynı örneklem grubuna uygulanmakta ve elde edilen iki puan dizisi arasındaki korelasyon katsayısını hesaplanmaktadır.[42] Korelasyon katsayısı ne kadar yüksekse iki ölçek de o ölçüde birbirine benzer ölçme yapıyor anlamına gelmektedir.[41]

3) Yapı Geçerliliği

Belirli bir yapıyı diğer yapılarla karıştırmadan ölçebilecek maddeler seçilmekte ve kendi içinde tutarlı bir ölçek oluşturulmaktadır.[44] Psikolojik yapılar genellikle bileşik olmakta, kendi aralarında ilişkili alt öğelere ayrılmaktadır. Ölçekle ölçülmek istenen yapının kaç boyutlu olduğunun araştırılması gerekmektedir. Tutumun temel bileşenlerini (boyutlarını) belirlemekte en sık "faktör analizi" yöntemine başvurulmaktadır.[42] Kendi aralarında yüksek ilişki bulunan maddeler faktörleri oluşturmakta, maddelerin taşıdığı faktör yükleri doğrultusunda, birbirleriyle olan ilişki düzeylerine dayalı olarak faktörler belirlenmektedir.[45] Ortaya

çıkan faktörlerin adlandırılması ve yorumlanmasında beklenti ve birikim önemli olmaktadır. Bu tür geçerlik çalışması yapan araştırmacıların, alanlarındaki diğer uzmanların da görüşlerinden yararlanmaları beklenmektedir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri

Araştırma metodolojik bir araştırmadır. Aralık 2014–Kasım 2015 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Gebe Polikliniği, Pendik'teki Aile Sağlığı Merkezleri ile Özel bir Hastanenin gebe polikliniğine başvuran gebeler üzerinde yürütülmüştür. Türk kadınları için gebe bakım beklentisi ölçeği oluşturmak üzere iki aşamadan oluşan bir yöntem kullanılmıştır:

İlk aşamada odak grup görüşmeleri yapılmış ve çıkan temalarla gebelerin bakım beklentilerini değerlendiren bir ölçek oluşturulmuştur. Odak grup görüşmelerine katılacak olan gebeler, Marmara Üniversitesi (MÜ)Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Gebe Polikliniği, Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve bir Özel Hastaneye başvuran 15-49 yaş arasındaki gönüllü gebeler arasından seçilmiştir. Odak gruplara katılacak gebeler seçilirken beklentiyi etkileyebilecek değişkenler göz önünde bulundurulmuş (yaş, medeni durum, eğitim, gebelik sayısı, gebelik dönemi..vb) ve kişiler arasında bu özellikler açısından çeşitlilik sağlanmasına çalışılmıştır. Bunun için 111 gebe ile görüşme yapılmıştır.

2.2. Araştırmaya Dahil Etme Ölçütleri

Odak grup görüşmeleri için çalışmaya ciddi bir yakınma veya doğum sancısı ile başvurmayanlar ve çalışmaya onay veren gebeler dahil edilmiştir.

2.3. Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

Doktoru tarafından yatak istirahati önerilen gebeler hariç tutulmuştur. Çalışmayı yarıda bırakmak isteyenler çıkarılmıştır.

2.4. Odak Grup Görüşmeleri

Odak gruplar bazı katılımcıların diğerlerini baskılamasını, ya da bazılarının dışarda kalmış gibi hissetmesini veya sıkılmasını engellemek ve herkese özgürce konuşma fırsat oluşturmak için yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal sınıf açısından mümkün olduğunca homojen seçilmeye çalışılmıştır.[46] Kalabalık gruplarda kişilerin konuşma fırsatı bulamaması, moderatörün yönlendirmekte zorlanması, çekinik karakterdeki insanların geri planda kalması ve katılımcıların kendi aralarında

konuşma eğilimi artması gibi durumlarla karşılaşmamak için gruptaki kişi sayıları en fazla 5-6 kişi olacak şekilde sınırlandırılmıştır. Görüşmelerin süresinin 1-2 saati geçmemesine çalışılmıştır. Grup moderatörü tarafından aşağıdaki sorular yönlendirilmiştir:

1. Gebeliğiniz süresince sizi takip eden doktordan neler bekliyorsunuz?
2. Gebeliğiniz süresince sizi takip eden yardımcı sağlık personelinden neler bekliyorsunuz?
3. Birinci basamak sağlık merkezlerinden (aile sağlığı merkezi, ana çocuk sağlığı merkezi) beklentileriniz nelerdir?
4. İkinci ve üçüncü basamak hastanelerde (devlet hastaneleri ve üniversite hastaneleri) çalışan sağlık sunucularından beklentileriniz nelerdir?
5. ASM ve hastaneler arasında aldığınız bakım ve beklentileriniz arasında nasıl farklar var?
6. Bebeğinizin sağlığı için beklentileriniz nelerdir?
7. Kendi sağlığınız için beklentileriniz nelerdir?

Odak grup görüşmelerinin başında moderatör katılımcılara kısa bir konuşma yapmıştır. Kendini tanıtmış, odak grubun amacı ile ilgili bilgi vermiş ve konu ile ilgili tarafsızlığını belirtmiştir. Görüşmede ses kaydı yapılacağını açıklamış ve bununla ilgili bilgilendirme yapıp izin almıştır. Moderatör, literatürde önerildiği gibi diğer kişilerle rahat bir ilişki kurabilmiş, onları rahatlatabilmiş, asla yargılayıcı ve küçümseyici bir tavır içinde olmamıştır.[46]

Görüşmenin ilk aşamasında katılımcılar isimlerini söylemiş ve kendilerini tanıtıp, birkaç soruya cevap vermişlerdir (medeni durum, çocuk sayısı..vb). Bu kısım yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Bu kısımda amaç, katılımcılar arasında etkileşim sağlamaktır.

İkinci aşamada genel konulardan özel konulara geçiş yapılmıştır, araştırılan konuya odaklanan bir tartışma ortamı oluşturulmuştur. Katılımcılar konu ile ilgili duygu, düşünce ve tutumlarını dile getirmişlerdir. Katılımcıların söylediği şeyler kadar kullandıkları dil ve sergiledikleri duyguların da gözlenmesine özen gösterilmiştir.[42]

Son aşamada tartışılan konular özetlenmiş ve grupta çıkan temalar belirlenmiştir. Katılımcıların duygu ve düşünceleri üzerine konuşulmuş ("Bazılarınız şöyle düşündü"..gibi), eklemek istedikleri bir şey olup olmadığı sorulmuştur.

Gruplardan yeni bilgi elde edilemeyene kadar yani doygunluğa ulaşılıncaya kadar odak grup görüşmelerine devam edilmiş ve 8 odak grup ile toplam 30 gebeyle görüşmeler tamamlanmıştır. Odak grup görüşmeleri sırasında elde edilen ses kayıtları dinlenmiş, içerikleri analiz edilmiş ve yazıya dökülmüştür. Yazıya dökme aşamasından sonra 2 farklı araştırıcı tarafından tematik analiz yapılmış ve ortaklaşılan temalar ile 50 soruluk ölçek oluşturulmuştur. Ölçek maddelerine verilen yanıtlar için "Hiç önemli değil" den "Çok önemli" ye kadar değişen 5'li likert skala oluşturulmuştur. Elli sorudan oluşan ölçek 20 gönüllü gebeye uygulanmış ve anlaşılırlığı ile tekrar eden/aynı anlama gelen sorular konusunda geri bildirim alınmıştır. Ayrıca 2 Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı ile gebelerle çalışan 3 Aile Hekimliği Uzmanına danışılarak uzman görüşü alınmıştır. Bunların sonucunda ölçek kısaltılmış ve 30 maddelik haline getirilmiştir. (Şekil 1).

2.5. Faktör Analizi ve Madde Azaltımı

Uzman değerlendirmesi sonucu 30 maddelik hale gelen ölçeğin geçerlik çalışması için literatüre göre[47] ölçek geliştirme çalışmaları için "iyi" olarak kabul edilen 300 kişiye uygulanması planlanmıştır.[48] Marmara Üniversitesi Gebe Polikliniği (%92,8) ve Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran (%7,2) 321 gebeye ölçek uygulanarak iç tutarlılık bakılmış, verilerin faktör analizine uygunluğu Barlett Testi ve Kaiser-Meyer Olkin Testi ile değerlendirilmiş, ardından da açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Varimax rotasyon uygulanmıştır. Faktör yükü 0,40'ın altında olan maddeler ölçekten çıkarılmış ve ölçek 20 maddelik son haline getirilmiştir.[49] Ölçekten alınabilecek maksimum puan 100'dür. Ölçek puanının fazla olması beklentinin de fazla olduğunu düşündürmektedir. Ölçeğin son halinin güvenirliğini test etmek için 30 kişiye uygulanmasından 2 hafta sonra aynı kişilere ölçek tekrar uygulanmış ve iki değerlendirme arasında korelasyon bakılmıştır. Test, re-test puanları Wilcoxon analizi ile karşılaştırılmış ve spearman korelasyon katsayısı değerlendirilmiştir. Testin iç tutarlılığı için cronbach α katsayısı hesaplanmıştır.

Ölçeğin geçerliği için açımlayıcı faktör analizi tekrar yapılıp alt boyutlar ortaya konmuştur Ölçeğin seçiciliğini araştırmak için ortaya çıkan alt boyutlar bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmıştır. Ölçek okuma yazma bilenler için kendi kendilerine, okuma yazma bilmeyenler içinse araştırıcı tarafından okunarak yapılmıştır. Ek olarak eğitim seviyesinin, gelir seviyesinin, kronik hastalıkların, yaşayan çocuk sayısının, düşük ve küretaj olup olmadığının, gebeliğin oluş şekli ve takip oldukları merkezlerin araştırıldığı bir sosyodemografik anket uygulanmıştır.

2.6. Aydınlatılmış Onam ve Etik Kurul Onayı

Dâhil edilme ölçütlerini karşılayan katılımcılar, kendilerine çalışmayla ilgili bilgi verildikten sonra bilgilendirme formunu(EK2-3) okuyarak gönüllü onam formunu (Ek-5) imzalamışlardır.

Etik Kurulu onayı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 03.04.2015 tarihinde 09.2015.008 protokol numarası ile alınmıştır.(EK-1)

2.7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 18 programında değerlendirilmiştir. Sosyodemografik özellikler sıklık, yüzdelik ve ortalama testleri ile ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları için Cronbach Alpha, Pearson Korelasyon, faktör analizi testleri (KMO, Bartlett Testi, ve Varimax Döndürme Yöntemi) ile Wilcoxon analizi kullanılmıştır.

3.BULGULAR

3.1.Odak Grup Görüşmeleri

Toplam 8 odak grup görüşmesine katılan 30 gebenin özellikleri Tabloda 1 gösterilmiştir:

Tablo 1: Odak Grup Görüşmelerine Katılan Gebelerin Özellikleri

	Mean	Median(%25-%75)	Min-Max
Yaş	29,87	28 (23,75-38)	18-41
Gebelik zamanı(trimester)	2	2,1 (2,0-2,25)	1-3
Gebelik sayısı	2,3	2 (1,0-3,0)	1-6
Yaşayan çocuk sayısı	0,93	1 (0-1,25)	0-4

Odak grup görüşmelerinde beklentilerle ilgili sorulara verilen cevaplar dört ana başlık altında toplanmıştır:

1. **İlgi-İletişim**

Katılımcılar doktordan ve sağlık personeli ile iyi bir iletişim kurmanın çok önemli olduğunu, rahat iletişim kurabildikleri ve onlardan yeterli ilgili gördükleri sürece sorularını daha rahat sorabildiklerini, daha az kaygı duyduklarını ve görüşmelerinin daha verimli geçtiğini belirtmişlerdir:

"*Sıkıntın var mı diye sordu*"

"Telefon ya da iletişim yolu açık olsun isterim, belki rahatlamak istiyorsundur birinden duymak daha güzel."

"Merhaba nasılsın demelerini isterim."

"Doktorunla bağ kurmak çok önemli, doktor bana öyle davranmalı ki sormak istediklerimi sorayım, çekinmeyeyim."

"Doktordan güven almak, onun o anda beni sakinleştirmesi çok güzel."

"Diğer doktor yaşın ilerlemiş diye moralimi bozdu, beni daha çok rahatlatacak endişelenmemi engelleyecek bir doktor arayışım oldu."

"Yardımcı personel çok ilgileniyor beni tanıyor kolay ulaşabiliyorum."

"Terslememeli, daha seviyeli daha yumuşak bir tavır içinde olmalı."

"Doktorun rahat olması, karşı tarafı anlaması önemli."

2. Bilgilendirme

Katılımcılar doktorun bu süreçte kendilerini bilgilendirmesinin öneminden bahsetmişlerdir. Daha önce gebelik yaşamış olsa da merak ve endişe içinde olduklarını, doğru bilgileri doktordan almak istediklerini belirtmişlerdir.

"İsterse 5. çocuk olsun insan merak ediyor yani, hamileliğin gelişimin biliyorsun ama çocuğumun gelişimini merak ediyorum."

"Her şeyi soruyorum kafama takılan bir şey olmuyor, doktorum hepsine tek tek cevap veriyor."

"Bebeğe bir şey oldu mu? Allah'ın verdiği bir şey ama anne hep rahatsız olur, niye kımıldamadı, hep şüpheci yaklaşıyorsun."

"Ben sormadan bile şunu yiyebilirsin, şöyle durumlar olabilir, şu ayda şuna dikkat et diye bilgi vermesini istiyorum."

"Bebeğin iyi olduğunu, kalp atışlarını duymak anneyi rahatlatıyor."

"Yüksek TSH bebeğe zararlı mı bana zararlı mı bilgim yok, açıklama istiyorum. İnternetteki bilgiler kafa karıştırıyor birbirini tutmuyor, doktorumun beni bilgilendirmesini istiyorum."

3. Gizlilik

Katılımcılar muayene ve doğum sırasında mahremiyete dikkat edilmesinin çok önemli olduğunu vurgulamışlardır.

"*Güleryüz önemli ama mahremiyet daha ön planda."*

"Özele gidiyorum çünkü orada herkesin kendi odası var orada doğum yaptırıyorlar."

"Çok zorda kalırsam erkek doktora muayene olurum ama beni erkek doktorun görmesinden rahatsızım."

"İnsanlarda mahremiyet duygusu çok gelişmemiş, birçok hastanede dikkat edilmiyor."

4. Karara katılım –Güven

Katılımcılar doktorlarının bilgisine ve tecrübesine güvenmenin çok önemli olduğunu, bunun kendilerini rahatlattığını, karar verme aşamasında bilgi almak ve sonrasında karara ortak olmak istediklerini belirtmişlerdir.

"*Seçim yaparken hastaneden çok doktorlar daha çok ön plana çıkıyor hangisi iyiyse ona gidiliyor."*

"Güvenmek çok önemli, doktoruna güvendiğin zaman her şey yoluna giriyor."

"Tecrübe ve bilgi çok önemli."

"Tetkik konusunda en uygun olanı yapmam için yönlendirilmek isterim. Hepsinin yapılmasına gerek yok."

"Üçlü testin doğruluğunun az olması kafamı kurcalayan bir şey oldu."

"Sezeryandan sonra normal doğum olabilir mi? Benim düşüncem öyleydi, doktorumdan bilgi almak istedim."

Sık tekrarlanan konular ölçek maddesi olarak alınmış ve ölçeğin 50 soruluk ilk hali oluşturulmuştur. Daha sonra uzman görüşü alınarak 30 soruluk hale getirilen ölçek Şekil 1'de gösterilmektedir. (Şekil 1)

Gebe Bakım Beklentisi Ölçeği	Hiç Önemli Değil	Önemli Değil	Emin Değilim	Önemli	Çok Önemli
1. Gebelik ve doğum konusunda karşılaşılabilecek sorunlarla ilgili bilgilendirilmek isterim.					
2. Bana ve düşüncelerime değer verildiğini bilmek isterim					
3. Hemşire ve ebenin samimi ve içten olmasını isterim.					
4. Doktorumun istenen tetkiklerin gerekliliği konusunda beni bilgilendirmesini isterim.					
5. Takiplerimin ve doğumumun aynı doktor tarafından yapılmasını isterim.					
6. Sıcak karşılanmak isterim.					
7. Takiplerimde ruhsal durumumun da dikkate alınmasını isterim.					
8. Yeni gelişen bir problem olduğunda sağlık personeline kolay ulaşmak isterim.					
9. Doktorumun endişelerimi anlayıp beni rahatlatmasını isterim.					
10. Taşıdığım risklerle ilgili bilgilenmek isterim.					
11. Doktorumun aklımdaki soruları sorabilmem için zaman ayırmasını isterim.					
12. Tüm tetkik sonuçlarının doktorum tarafından açıklanmasını isterim					
13. Kullanılan tıbbi araç gereç ve eşyaların hijyenine özen gösterildiğini bilmek isterim					
14. Bilgilerimin gizli kalacağını bilmek isterim .					
15. Olası doğum şekilleri hakkında detaylı olarak bilgilendirilmek isterim.					
16. İhtiyacım olan diğer sağlık uzmanlarına (dahiliye uzmanı, psikolog, diyetisyen vb.) yönlendirilmek isterim.					
17. Beni takip eden hekim ve hemşire/ebenin yeterli bilgi ve deneyime sahip olmasını isterim.					
18. Muayene ve doğum sırasında mahremiyetime dikkat edilmesini isterim.					
19. Doğum sonrasında bebeğimin sağlık takibinin nasıl yapılacağı konusunda önceden bilgilendirilmek isterim.					
20. Ultrason yapılırken bebek görüntüsünün ve kalp seslerinin benimle paylaşılmasını isterim.					
21. Hemşire ve ebenin kolay ulaşılabilir olmasını isterim.					

22. Bana karşı anlayışlı ve hoşgörülü davranılmasını isterim.					
23. Doktorumun, bebeğimin sağlığı kadar benim sağlığımla da ilgilenmesini isterim.					
24. Takip planımın benimle paylaşılmasını isterim.					
25. Takibimi yaptıracağım sağlık kurumunda gerekli aşıların yapılmasını isterim.					
26. Doğumumun nerede yapılacağını önceden bilmek isterim.					
27. Gebelikte yapmam ve sakınmam gerekenler hakkında bilgilendirilmek isterim.					
28. Doktorumun sorduğum sorulara yanıt vermesini isterim.					
29. Her görüşmemde bebeğimin gelişimi ve sağlığı ile ilgili bilgi almak isterim					
30. Benimle anlayabileceğim bir dil ile konuşulmasını isterim.					

Şekil 1:Odak Gruptan Çıkan Temalarla Oluşturulan Gebe Bakım Beklentisi Ölçeğinin Uzman Görüşleri Sonrası Kısaltılarak Oluşturulan İlk hali

3.2. Faktör analizi ve Madde Azaltılması

30 sorudan oluşan ölçek MÜ Gebe polikliğine başvuran, yaş ortalaması 28,59±5,35 (min:18, max:42) olan 321 kişiye uygulanmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de, sağlık durumları ile sağlık hizmetlerinden yararlanma durumları Tablo 3'de gösterilmiştir.

Ölçeğin 30 soruluk hali faktör analizine uygunluğu test edildiğinde Keiser Meyer Olkin katsayısı 0,942 ve Barlett testi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Madde azaltımı için açımlayıcı faktör analizi yapıldığında faktör yükü 0,40'ın altında olan maddeler ile birden fazla alt boyut için benzer yüklenme gösteren maddeler çıkarılmış ve ölçek 20 soruluk hale gelmiştir (Şekil 2). Ölçeğin bu hali ile Cronbach alfa katsayısı 0,924 bulunmuştur.

3.3. Ölçeğin Güvenirliği

Faktör analizi yapılarak madde azaltılan ve 20 madde haline getirilen ölçeğin toplam puanının 30 kişilik gebe grubunda Test-retest ile değerlendirilmesinde istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (92,6 ± 6,28; 93,13 ± 6,53; $p=0,519$; Wilcoxon test). Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach $\alpha= 0,877$ ve Spearman korelasyon katsayısı 0,783 bulunmuştur ($p<0,001$).

Gebe Bakım Beklentisi Ölçeğinin Son Hali	Hiç Önemli Değil	Önemli Değil	Emin Değilim	Önemli	Çok Önemli
1. Gebelik ve doğum konusunda karşılaşılabilecek sorunlarla ilgili bilgilendirilmek isterim.					
2. Doktorumun istenen tetkiklerin gerekliliği konusunda beni bilgilendirmesini isterim.					
3. Takiplerimin ve doğumumun aynı doktor tarafından yapılmasını isterim.					
4. Sıcak karşılanmak isterim.					
5. Takiplerimde ruhsal durumumun da dikkate alınmasını isterim.					
6. Yeni gelişen bir problem olduğunda sağlık personeline kolay ulaşmak isterim.					
7. Doktorumun endişelerimi anlayıp beni rahatlatmasını isterim.					
8. Taşıdığım risklerle ilgili bilgilenmek isterim.					
9. Doktorumun aklımdaki soruları sorabilmem için zaman ayırmasını isterim.					
10. Bilgilerimin gizli kalacağını bilmek isterim .					
11. Olası doğum şekilleri hakkında detaylı olarak bilgilendirilmek isterim.					
12. Muayene ve doğum sırasında mahremiyetime dikkat edilmesini isterim.					
13. Doğum sonrasında bebeğimin sağlık takibinin nasıl yapılacağı konusunda önceden bilgilendirilmek isterim.					
14. Ultrason yapılırken bebek görüntüsünün ve kalp seslerinin benimle paylaşılmasını isterim.					
15. Bana karşı anlayışlı ve hoşgörülü davranılmasını isterim.					
16. Doğumumun nerede yapılacağını önceden bilmek isterim.					
17. Gebelikte yapmam ve sakınmam gerekenler hakkında bilgilendirilmek isterim.					
18. Doktorumun sorduğum sorulara yanıt vermesini isterim.					
19. Her görüşmemde bebeğimin gelişimi ve sağlığı ile ilgili bilgi almak isterim					
20. Benimle anlayabileceğim bir dil ile konuşulmasını isterim.					

Şekil 2: Gebe Bakım Beklentisi Ölçeğinin Son Hali

Tablo 2: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri (n=321)

	n(%)
Yaş grupları	
18-24 arası	105 (32,7)
25-29 arası	86 (26,8)
30-42 arası	130(40,5)
Eğitim durumu	
Okuryazar değil	9 (2,8)
Okuryazar	31 (9,7)
İlköğretim mezunu	162 (50,5)
Lise mezunu	70 (21,8)
Üniversite mezunu	49 (15,3)
En uzun süre yaşadığı yer	
Şehir	227 (70,7)
Kasaba	26 (8,1)
Köy	68 (21,2)
Meslek	
Ev Hanımı	269 (83,8)
Çalışan	52 (16,2)
Çalışma Durumu	
Aktif çalışıyor	28 (8,7)
Çalışmıyor	293(91,3)
Kimlerle yaşıyor	
Yalnız	0 (0)
Eş ile	69 (21,5)
Eş ve çocuklar ile	199 (62)
Eş, çocuklar, anne baba	53 (16,5)
Gelir Durumu	
<1200 TL	111 (34,6)
1200-4000 TL	193 (60,1)
4001-10000 TL	16 (5,0)
>10000	1 (0,3)

Tablo 3: Katılımcıların Sağlık Durumları ile Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumları (n=321)

		n(%)
Gebelikten Önceki Hastalıklar*		
Var		72 (22,4)
Yok		249 (77,6)
	Hipertansiyon	2 (0,6)
	DiabetesMellitus	8 (2,5)
	Tiroid Hast.	21 (6,5)
Gebelikten Sonra Hastalık*		
Var		57 (17,8)
Yok		264 (82,2)
	Hipertansiyon	14 (4,4)
	DiabetesMellitus	13 (4,0)
	Tiroid Hast.	23 (7,2)
Planlı gebelik olması		
Evet		222 (69,2)
Hayır		99 (30,8)
Oluş Şekli		
Doğal		313 (97,5)
Yardımcı Tedavi		8 (2,5)
Gebelik Dönemi		
1. trimester		57 (17,8)
2.trimester		101 (31,5)
3. trimester		163 (50,8)
Düşük		
Var		82 (25,5)
Yok		239 (74,5)
Küretaj		
Var		15 (4,7)
Yok		306 (95,3)
Gebelik Takibi için başvurulan yerler		
Devlet Hastanesi		
	Gidiyor	314 (97,8)
	Gitmiyor	7 (2,2)
Özel hastane		
	Gidiyor	116 (36,19
	Gitmiyor	205 (63,9)
Aile Sağlığı Merkezi		
	Gidiyor	275 (85,7)
	Gitmiyor	46 (14,3)

*Gebelik döneminde en sık görülen hastalıklar olan hipertansiyon,diabetes

mellitus,tiroid hastalıkları ayrıca sorulmuştur. Cevaplarda bulunan trombofili, hepatit B, Behçet hastsalığı, migren gibi bir çok hastalıklar da "başka kronik hastalığınız var mı"şeklinde sorulmuş ve kronik hastalıklar içine dahil edilmiştir

Çalışmaya katılan gebelerin ölçekten aldığı puan ortalaması 92,3 ± 7,93 bulunmuştur (median 94; min max 57-100). Sosyodemografik özellikler ile karşılaştırıldığında eğitim durumu lise ve üstü olanların ilköğretim ve altı olanlara, gebeliğinin 3. Trimesterinde olanların diğer gebelik döneminde olanlara ve yardımcı üreme yöntemleri ile gebe kalanların doğal yollarla gebe kalanlara göre, gebelik öncesi ya da sonrası kronik hastalığı olan gebelerin olmayanlara göre ölçek toplam puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p<0,001$) (Tablo 4).

3.4. Ölçeğin Geçerliliği

20 soruluk ölçeğin 321 kişiye uygulanması sonrası iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayısı 0,924 bulunmuştur.

Keiser-Meyer-Olkin ile Barlett Testi yapıldığında KMO 0,942, Barlett istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Açımlayıcı faktör Analizi uygulandığında 4 alt boyut ortaya çıkmış ve "ilgi-iletişim", "eğitim-bilgilendirme", "gizlilik", "katılım-güven" olarak isimlendirilmiştir(Tablo 5). Total varyansın %60'ını açıklamaktadır. (Tablo 6)

Eğitim durumu lise ve üstü olanlarda ilköğretim ve altı olanlara göre eğitim-bilgilendirme, gizlilik ve katılım-güven alt boyutlarında beklentinin istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,01$ $p=0,02$ $p=0,004$). Gebeliğin 3. Trimester'ında olanların 1. Ve 2. Trismesterdakilere göre ilgi- iletişim alt boyutunda beklentinin istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,006$) Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalanlarda doğal yoldan gebe kalanlara göre ilgi-iletişim, gizlilik, katılım-güven alt boyutlarında beklentinin istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,021$ $p=0,031$ $p=0,019$). Gebelik döneminde veya öncesinde kronik hastalığı olanların olmayanlara göre ilgi- iletişim ve gizlilik alt boyutlarında beklentinin istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur. ($p=0,033$ $p=0,008$

p=0,078) (Tablo 7)

Tablo 4 :Toplam Ölçek Puanları İle İlişkili Faktörler

	Toplam Ölçek Puanı (median)	%25	%75	P
Aylık gelir				
1200 ve altı	95	87	99	0,9
1200 üstü	94	88	99	
Yaşadığı yer				
Şehir	95	89	96	0,152
Kasaba/köy	94	84,75	99	
Eğitim durumu				
İlköğretim ve altı	93,5	86	99	***0,003***
Lise ve üstü	97	91	100	
Yaş				
30 altı	94	87	99	0,14
30 üstü	95	89	100	
Aile yapısı				
Çekirdek aile	94	87,5	99	0,263
Geniş aile	95	87	99	
Çocuk durumu				
Var	88	95	99	0,616
Yok	94	87	99	
Gebelik dönemi				
1. ve 2. trimester	94	86	99	***0,034***
3. trimester	95	90	99	
Meslek				
Ev hanımı	94	87	99	0,146
Çalışan	96	89	99,75	
Çalışma durumu				
Aktif çalışıyor	98	89	100	0,089
Çalışmıyor	94	87	99	

	Toplam Ölçek Puanı (Median)	%25	%75	p
Planlı Gebelik Olması	95	87,75	99	0,574
Evet	94	87	99	
Hayır				
Oluş Şekli				
Doğal Yollarla	94	87	99	***0,01***
Tüp Bebek/Aşılama	99,5	98,25	100	
Düşük				
Var	92,5	87	99	0,223
Yok	95	88	99	
Küretaj				
Var	92	87	98	0,449
Yok	94,5	87	99	
Gebelik öncesi veya sonrası hastalık				
Var	96	91	100	***0,014***
Yok	94	86,25	99	
Özel Hastaneden Takip				
Oluyor	95	88	99	0,271
Olmuyor	94	87	99	
ASM'den Takip				
Oluyor	94	87	99	0,634
Olmuyor	95,5	86,75	99,25	
Gebelik öncesi hastalık				
Var	96	89	100	0,199
Yok	94	87	99	
Gebelik sonrası hastalık				
Var	95	92	99	0,129
Yok	94	87	99	

Tablo 5: Faktör Analizi Sonuçları

	İlgi İletişim	Eğitim Bilgilendirme	Gizlilik	Katılım Güven
Takiplerimde ruhsal durumumun dikkate alınmasını isterim.	0,744			
Yeni gelişen bir problem olduğunda sağlık personeline kolay ulaşmak isterim.	0,709			
Bana karşı anlayışlı ve hoşgörülü davranılmasını isterim.	0,668			
Sıcak karşılanmak isterim.	0,644			
Doktorumun endişelerimi anlayıp beni rahatlatmasını isterim.	0,641			
Doktorumun aklımdaki soruları sorabilmem için zaman ayırmasını isterim.	0,528			
Her görüşmemde bebeğimin gelişimi ve sağlığı ile ilgili bilgi almak isterim		0,761		
Doktorumun sorduğum sorulara cevap vermesini isterim.		0,692		
Benimle anlayabileceğim bir dil ile konuşulmasını isterim.		0,634		
Doğum sonrasında bebeğimin sağlık takibinin nasıl yapılacağı konusunda önceden bilgilendirilmek isterim.		0,614		
Doğumumun nerede yapılacağını önceden bilmek isterim.		0,593		
Gebelik ve doğum hakkında önceden bilgilendirilmek isterim.		0,444		
Gebelikte yapmam ve sakınmam gerekenler hakkında bilgi almak isterim		0,410		
Bilgilerimin gizli kalacağını bilmek isterim.			0,747	
Muayene ve doğum sırasında mahremiyetime dikkat edilmesini isterim.			0,632	
Ultrason yapılırken bebek görüntüsünün ve kalp seslerinin benimle paylaşılmasını isterim.			0,626	
Takiplerimin ve doğumumun aynı doktor tarafından yapılmasını isterim.				0,732
Doktorum istenen tetkiklerin gerekliliği konusunda beni bilgilendirmesini isterim.				0,619
Taşıdığım risklerle ilgili bilgilendirilmek isterim.				0,569
Olası doğum şekilleri hakkında detaylı olarak bilgilendirmek isterim.				0,502

Tablo:6: Alt boyutların varyans düzeyleri

	Eigenvalue	**Explained variance (%)**	**Total variance (%)**
İlgi –iletişim	8,807	44,035	44,035
Eğitim-Bilgilendirme	1,162	5,809	49,844
Gizlilik	1,049	5,243	55,088
Katılım-Güven	1,002	5,008	60,096

Tablo 7: Sosyodemografik özelliklerin ölçek alt boyutları ile ilişkisi

	İlgi-İletişim	**Eğitim – Bilgilendirme**	**Gizlilik**	**Katılım-Güven**
Eğitim				
İlk ve altı	28 (11-30)	33 (22-35)	14 (7-15)	19(12-20)
Lise ve üstü	29 (18-30)	34 (25-35)	15 (9-15)	20(14-20)
	p=0,072	***p=0,001***	***p=0,02***	***p=0,004***
Gelir				
1200 ve altı	29 (11-30)	34 (22-35)	14 (7-15)	19 (12-20)
1200 üstü	28 (18-30)	34 (25-35)	15 (8-15)	19 (22-35)
	p=0,663	p=0,908	0,704	0,962
Yaş				
30 altı	28 (11-30)	34 (22-35)	14 (7-15)	19 (12-20)
30 üstü	28 (17-30)	34 (23-35)	15 (9-15)	19 (12-20)
	p=0,154	p=0,361	p=0,057	0,473
Gebelik dönemi				
1. ve 2. Trimester	27 (17-30)	34 (23-35)	14 (9-15)	19 (12-20)
3. trimester	29 (11-30)	34 (22-35)	15 (7-15)	19 (13-20)
	p=0,006	p=0,293	p=0,151	0,098
Gebelik sonrası hastalık				
Var	29 (22-30)	34 (26-35)	15 (11-15)	19 (15-20)
Yok	28 (11-30)	29 (22-30)	14 (7-15)	19 (12-20)
	p=0,22	p=0,143	p=0,063	p=0,411
Gebelik öncesi hastalık				
Var	29 (20-30)	34 (25-35)	15 (9-15)	20 (12-20)
Yok	28 (11-30)	34 (22-35)	14 (7-15)	19 (12-20)
	p=0,29	p=0,199	p=0,228	0,145
Aile yapısı				
Çekirdek aile	28 (19-30)	34 (25-35)	14 (9-15)	19 (12-20)
Geniş aile	28 (11-30)	34 (22-35)	15 (7-15)	19 (12-20)
	p=838	p=0,191	p=0,824	p=0,702
Meslek				
Ev hanımı	28(11-30)	34 (22-35)	14 (7-15)	19 (12-20)
Diğer	29 (22-30)	34 (25-35)	15 (9-15)	20 (13-20)
	0,375	p=0,89	p=0,083	p=0,068
Çalışma durumu				
Aktif çalışıyor	29,5 (22-30)	35 (28-35)	15 (9-15)	20 (13-20)
Çalışmıyor	28 (11-30)	34 (22-35)	14 (7-15)	19 (12-20)
	p=0,170	p=0,29	p=0,417	p=0,060

Tablo 7: Sosyodemografik özelliklerin ölçek alt boyutları ile ilişkisi (Devam)

	İlgi-İletişim	Eğitim – Bilgilendirme	Gizlilik	Katılım-Güven
Planlı gebelik mi				
Evet	28 (18-30)	34 (25-35)	15 (8-15)	19 (12-20)
Hayır	28 (11-30)	34 (22-35)	14 (7-15)	19 (12-20)
	p=0,768	p=0,543	p=0,873	p=0,192
Oluş şekli				
Doğal	28 (11-30)	34 (22-35)	14 (7-15)	19 (12-20)
Yardımcı	30 (27-30)	35 (32-35)	15 (14-15)	20 (18-20)
	p=0,021	p=0,056	***p=0,031***	***p=0,019***
Düşük				
Var	27 (18-30)	34(25-35)	14 (10-15)	19 (12-20)
Yok	29 (11-30)	34 (22-35)	15 (7-15)	19 (12-20)
	p=0,053	p=0,401	p=0,402	p=0,39
Küretaj				
Var	27 (24-30)	33 (28-35)	15 (11-15)	19 (16-20)
Yok	28 (11-30)	34 (22-35)	15 (7-15)	19 (12-20)
	p=0,402	p=0,343	p=0,999	p=0,767
Devlet hastanesinden takip				
Oluyor	28 (11-30)	34 (22-35)	15 (7-15)	19 (12-20)
Olmuyor	30 (23-30)	31 (27-35)	13 (12-15)	20 (16-20)
	p=0,925	p=0,547	p=0,422	p=0,43
Özel hastaneden takip				
Oluyor	29 (19-30)	34 (25-35)	15 (10-15)	19 (13-20)
Olmuyor	28 (11-30)	34 (22-35)	14 (7-15)	19 (12-20)
	p=0,323	p=0,992	p=0,134	p=0,125
ASM'den takip				
Oluyor	28 (11-30)	34 (22-35)	15 (7-15)	19 (12-20)
Olmuyor	28 (18-30)	34 (26-35)	14 (9-15)	19 (13-20)
	p=0,817	p=0,232	p=0,812	p=0,334
Çocuk durumu				
Var	28 (11-30)	34 (22-35)	15 (7-15)	19 (12-20)
yok	28 (19-30)	34 (25-35)	15 (9-15)	19 (12-20)
	p=0,891	p=0,217	p=0,641	p=0,739
Gebelik öncesi veya sonrası hastalık				
Var	29 (20-30)	34 (25-35)	15 (9-15)	19 (12-20)
Yok	28 (11-30)	34 (24-35)	14 (7-15)	19 (12-20)
	p=0,033	p=0,051	***p=0,008***	p=0,078

4. TARTIŞMA

Amacı "Türk Kadınları için Gebe Bakım Beklentisi Ölçeği" oluşturmak olan çalışmamızda 20 soruluk 5'li likert skaladan oluşan, geçerli ve güvenilir bir ölçek ortaya çıkmıştır (Cronbach alfa katsayısı 0,924). Çalışmamız, konu ile ilgili yapılmış ilk Türkçe ölçek geliştirme çalışmasıdır. Başka bir ölçeğin uyarlaması değildir. Maksimum alınabilecek toplam puan 100 olan ölçekte katılımcıların puan ortancasının 94 olması gebe bakım beklentisinin olduça yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Ölçek geliştirme çalışmalarında ölçek maddelerinin oluşturulması için odak grup görüşmeleri tercih edilmektedir. Bu araştırmada da odak grup görüşmeleri kullanılmıştır. Bunun en en önemli nedeni,geliştirilmek istenen ölçeğin bakım beklentilerinin gebelerin kendi bakış açılarından değerlendirilmek istenmesidir. Odak grup görüşmelerinin en önemli avantajı, grup içi etkileşimin sonucunda yeni ve farklı fikirlerin ortaya çıkması olmaktadır. Karşılıklı etkileşim sonucu, katılımcılar birbirlerinin duygu ve düşüncelerini tetiklemekte; daha zengin bir bilgi akısı sağlanmaktadır.[50] Odak grup görüşmelerinden ortaya çıkan temalarla yapılan ölçek kişi merkezli yaklaşım sunulabilmesi için bir araç olabilir.

Mathibe-Neke ve arkadaşlarının 2008'de yaptığı çalışmada onsekiz kadın ile derinlemesine görüşmeler yapılmış ve gebelerin bu dönemdeki beklentileri sorulmuşve gebelerin verdikleri cevaplara göre beklentiler 4 başlıkta toplanmıştır: "Sağlık Bakımı", "İletişim", "Seçim Özgürlüğü" Ve "Zaman Yönetimi". En fazla beklentinin olduğu konu "sağlık bakımı" olarak bildirilmiştir. [51] Çalışmamızda benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır, odak grup görüşmelerinde sağlık bakımı ile ilgili beklentilerin oldukça sık tekrarlandığı görülmüştür: "*Detaylı olarak değerlendirilmek isterim", "Gebelikle ilgili yakınmalarımın sorulmasını isterim." "En güvenilir testlerin sunulmasını isterim", "Neyi yiyip neyi yememem gerektiği bilmek istiyorum", "Doktor kişisel sağlık geçmişimi öğrensin, sorular sorsun"* gibi temalar ortaya çıkmıştır. ." Gebelik ve doğum konusunda karşılaşılabilecek sorunlarla ilgili bilgilendirilmek isterim"," Taşıdığım risklerle ilgili bilgilenmek isterim.", "Olası doğum şekilleri hakkında detaylı olarak bilgilendirilmek isterim",

"Doğumumun nerede yapılacağını önceden bilmek isterim." Maddeleri ölçekte yer almıştır.

Novick ve arkadaşlarının 2009 yılında yayınlanan, 36 makalenin incelendiği derlemede, iki makalede gebelerin ultrasonda bebek kalp sesini dinlemeyi sevdikleri, bu şekilde bebeğin sağlığından emin oldukları belirtilmiştir.[7] Bizim çalışmamızdaki odak grup temalarında bu konu ile ilgili düşünceler benzer şekilde yer almaktaydı: "*Ultrasona bakarken ben de görmek istiyorum" "Ultrasonda bebeği görmek istiyordum hiç göremedim.", "Ultrasonda bebeği görmek yeterli benim için, bu endişeleri bastırıyor", "Doktorum ultrason yaparken ayrıntılı olarak anlatıyor. Bu beni rahatlatıyor"."* Ultrason yapılırken bebek görüntüsünün ve kalp seslerinin benimle paylaşılmasını isterim" maddesi ölçekte yer almıştır. İncelenen makalelerden 22 tanesinde gebe bakımında zaman yönetiminden bahsedilmiş. Görüşme için çok fazla bekleyenlerin ve bakım için yeterli zaman ayrılmayan gebelerin bakımlarından tatmin olmadıkları görülmüştür.[7] Bizim odak grup görüşmelerimizde de buna benzer fikirler söylenmiştir; "*Acele ediyorlar sormak istediklerimi soramıyorum, sonra internetten bakıyorum.", "Birşey söylemek isteyeceğim,başka hasta bekliyor diyorlar", "Ultrasondan sonra bana vakit ayırıyor,aklımdaki soruları sormak beni çok rahatlatıyor", "Birçok hastanede kişiye ayrılan süre çok az". "*Doktorumun aklımdaki soruları sorabilmem için zaman ayırmasını isterim." Maddesi ölçekte yer almıştır. Makalelerin 27 tanesi önemli bakımın bileşenlerinden bahsetmiş: devamlılık, ve kapsamlı bakım. Gebelik öncesinde, gebelik sırasında ve sonrasında devamlılığın gebeler için çok önemli olduğu vurgulanmıştır. Devamlı aynı hekim tarafından takip edilen gebelerin bakımdan daha çok memnun olduğu görülmüş.[7] Bizim yaptığımız odak grup görüşmelerinde de benzer sonuçlar çıkmıştır;" *Önceki gebeliğimde gittiğim doktor beye gidiyordum,o gidince ağladım", " Hastaneden memnunum, tek memnun olmadığım şey doktorların sürekli değişmesi,aynı doktora takip olmak istiyorum", "*B*eni takip eden doktorun doğurtmasını isterim", "Doktorumuz tatile kongreye gidince telaşlanıyoruz". "*Takiplerimin ve doğumumun aynı doktor tarafından yapılmasını isterim" maddesi ölçekte yer almaktadır. Ölçek alt boyutları incelendiğinde, eğitim durumu lise ve üstü olanlarda ilköğretim ve altı olanlara göre

ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalanlarda doğal yoldan gebe kalanlara göre katılım-güven alt boyutunda beklentinin istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,004) (p=0,019). Katılım ve güven alt başlığında sadece iki durumun fark yaratması bu konudaki beklentinin gebeler arasında genel olarak yüksek olduğunu düşündürmektedir.

İncelenen makalelerin yarısında kapsamlı bakımın gebe bakımındaki öneminden bahsedilmiştir. Gebeler tarafından ,psikolojik ve sosyal destek almak istedikleri, ilaç kullanma ve doğum eğitimim gibi konularda danışmanlık ihtiyacı duydukları belirtilmiştir. [7] Bizim odak grup görüşmelerimizde de benzer temalar mevcuttur: "*Ağrısız doğum yapabilir miyim öğrenmek istiyorum", "Doktorum mide bulantımla ilgili ilaç yazdı, kendisi ilgilendi", "Bu duygusallık doğumdan sonra da devam eder mi?", "Aile Sağlığı Merkezlerinde psikolog olsa iyi olur bir çok konuda özellikle bebeğimin sağlığı konusunda takıntılı olabilyorum, onunla konuşurdum beni rahatlatırdı", "Gebelikte cinsellik konusunda bilgi verilsin isterim" "*Takiplerimde ruhsal durumumun da dikkate alınmasını isterim" , "Olası doğum şekilleri hakkında detaylı olarak bilgilendirilmek isterim" maddeleri ölçekte yer almaktadır. Ölçek alt boyutları incelendiğinde eğitim durumu lise ve üstü olanlarda ilköğretim ve altı olanlara göre "eğitim-bilgilendirme" alt boyutunda beklentinin istatistiksel olarak yüksek olduğu görülmektedir. (p=0,01) "Eğitim bilgilendirme" alt başlığında sadece eğitim düzeyinin istatistiksel olarak fark yaratması, eğitim-bilgilendirme konusunun koşullardan bağımsız bir şekilde tüm gebelerde beklentinin yüksek olduğu bir konu olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda hiç çocuğu olmayan ile yaşayan çocuğu olanlar arasında ölçek toplam puanları açısından fark anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 4) Ölçek kullanmadan farklı olarak gebelik bakım beklentisinin değerlendirildiği bazı çalışmalarda bakım beklentileri alt başlıklar halinde birleştirilip değerlendirilmiştir. Örneğin Jewell ve ark.yaptıkları çalışmada bakım beklentisi 5 başlık altında incelenmiş ve gebelerin sosyodemografik özellikleri ile alt başlıklar arasında ilişki kurulmuştur. "Doğum hakkında bilgi almak için yeterli zaman ayrılması konusu" hiç yaşayan çocuğu olmayan gebeler tarafından daha önemli bulunduğu bildirilmiştir. Riskli gebelik

yaşamış gebeler dahil edilmediği aynı çalışmada, çoğul gebeliği olanlar tarafından ilk gebeliği olan kadınlara göre gebelik takibin daha az önemli olduğu, beklentilerinin az olduğu, bakımın gebelik sonucuna daha az etki ettiği belirtilmiştir [25] Bizim çalışmamızda riskli gebeler çıkartılmamıştı ve kronik hastalığı olanların yani riskli gebeliği olanların, kronik hastalığı olmayan gebelere göre beklentileri daha fazlaydı (p=0,017) Ölçek alt boyutları incelendiğinde gebelik döneminde veya öncesinde kronik hastalığı olanların olmayanlara göre ilgi- iletişim ve gizlilik alt boyutlarında beklentinin istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur. (p=0,033 p=0,008) Kronik hastalığı olan, riskli gebelik yaşamakta olan gebelerin, daha fazla ilgi beklemelerinin ve daha iyi iletişim kuracakları bir sağlık sunucusu istemelerinin şaşırtıcı olmadığı söylenebilir. Bu gebelerin kendi sağlıkları ve bebeklerinin sağlığı ile daha çok ilgilenmeleri, konu ile ilgili daha çok tedirgin olarak beklenti içine girmeleri doğal bir sonuç olarak düşünülebilir. Literatürde kronik hastalığı olan bireylerin anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu gösterilmiştir.[52]

Bravo ve arkadaşlarının 2014 yılında yayınladıkları derlemede, gebelerin sağlık bakımı almaya devam etmelerindeki en önemli etkenlerin yeterli zaman ayrılması, saygılı davranılması, ilgi gösterilmesi ve görüşmelerde bakım konusunda tatmin sağlanması olduğu ortaya çıkmıştır. [53] Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar ortaya çıkmıştı. "Bana karşı anlayışlı ve hoşgörülü davranılmasını isterim, her görüşmemde bebeğimin gelişimi ve sağlığı ile ilgili bilgi almak isterim" gibi maddeler bizim ölçeğimizde yer almaktadır. Ölçek alt boyutları incelendiğinde Gebeliğin 3. Trimester'ında olanların 1. Ve 2. Trismesterdakilere göre (p=0,006), yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalanlarda doğal yoldan gebe kalanlara göre (p=0,021), gebelik döneminde veya öncesinde kronik hastalığı olanların olmayanlara göre (p=0,033)ilgi-iletişim alt boyutularında beklentinin istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Bebek sahibi olmakta zorluk yaşamış ya da kronik hastalığı yüzünden bebeğin durumu ile ilgili tedirginlik yaşayan gebelerin daha çok ilgi görmek, daha çok iletişimde kalmak istmesinin beklenen bir durum olduğu söylenebilir

. Aynı çalışmada düşük-orta düzey gelire sahip ülkelerdeki kadınların, gebeliğin normal bir durum olduğunu ve bakım gerektirmediğini düşündükleri belirtilmiş. Bizim çalışmamızda beklenti açısından gelir grupları arasında hem toplam puan hem de alt boyutlar açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Alınabilecek maksimum puanın 100 olduğu ölçekte, düşük gelir gurubundaki ölçek ortanca puanı 95 olduğu gözlenmiştir.

Srivastava ve arkadaşlarının 2015 yılında yayınladıkları derlemede, acil bir durumda doktorlara ve hemşirelere ulaşmanın iyi bir gebe bakımı için çok önemli olduğu gösterilmiştir.[54] Bizim çalışmamızda da odak grup görüşmelerinde bu konunun öneminden bahsedilmiştir. Ölçekte, "yeni gelişen bir problem olduğunda sağlık personeline kolay ulaşmak isterim" şeklinde bir madde bulunmaktadır. Aynı çalışmada kişisel ilişkilerin bakım beklentisinde önemli olduğu vurgulanmıştır. Görüşmeler sırasında saygılı ve kibar tavır, etkin dinleme, güler yüz gösterme, sıcak davranma gibi konuların gebeler için çok önemli olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da odak grup görüşmelerinde bununla ilgili çok tema olmuştu. "*Doktorumun, merhaba nasılsın, demesini isterim" "İçeri girince başkası vardı tersledi, çok sinirlendim." "Doktor bana öyle davranmalı ki sormak istediklerimi sorayım, çekinmeyeyim." " Güvenmek çok önemli, güvendiğin zaman her şey yoluna giriyor." "Doktorum bekleme salonundayken, merhabalar hanımlar nasılsınız, diyor, hepimizin yüzü gülüyor" " Daha seviyeli daha yumuşak bir tavır takınmalılar, hastalara daha saygılı davranmaları gerekiyor" "İsterim ki iyi davranılsın, hoş davranılsın" "Doktorum güler yüzlü ilgili olmalı" "Doktorun kaygılarınızı anlaması ve güven vermesi çok önemli"* "Sıcak karşılanmak isterim ", "Bana karşı anlayışlı ve hoşgörülü davranılmasını isterim" maddeleri ölçekte yer almıştır. Aynı çalışmada mahremiyetin önemli bir konu olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda da konuyla ilgili odak gruptan çıkan temalar sonucunda, ölçekte ,'Muayene ve doğum sırasında mahremiyetime dikkat edilmesini isterim' ve 'Bilgilerimin gizli kalacağını bilmek isterim' şeklinde maddeler yer almaktadır. Ölçek alt boyutları incelendiğinde eğitim durumu lise ve üstü olanlarda ilköğretim ve altı olanlara göre (p=0,02), yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalanlarda doğal yoldan gebe kalanlara göre (p=0,031) gebelik döneminde veya öncesinde kronik hastalığı olanların olmayanlara göre

(p=0,008)gizlilik alt boyutlarında beklentinin istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Gebelik ile ilgili genel populasyona göre farklı tedirginlikler yaşayan (kronik hastalık, yardımcı üreme tekniği ile gebe kalmak) gebelerin gizlilik konusunda daha çok beklentileri olması ve konu ile ilgili bilgilerinin gizli kalmasını istemeleri şaşırtıcı değildir. Aynı çalışmada bilişsel ve duygusal desteğin bakım beklentisinde çok önemli olduğıu gösterilmiş. Bizim odak grup görüşemlerimizde de benzer temalar çıkmıştır: "*Doktoruma bazı şikayetlerimi anlattığımda,normal bunlar atlatacaksınız, az kaldı demesi hoşuma gidiyor* " Aynı çalışmada gebelerin eğitim seviyeleri arttıkça beklentilerinin arttığı, bakımdan daha az tatmin oldukları görülmüştür. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da lise ve üstü eğitim seviyesine sahip kadınlarda daha düşük eğitim seviyesinde olanlara göre "eğitim-bilgilendirme", "gizlilik" ve "katılım-güven" alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ölçek toplam puanları, ilköğretim ve altı eğitim seviyesindekilere göre anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0,01). İlgi-iletişim konusunda eğitimle ilgili beklentide fark bulunmaması her iki grupta da bu konuda beklentinin yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Galle ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmada eğitim düzeyleri düşük olanların yüksek olanlara göre, düşük gelire sahip olanların yüksek olanlara göre , bekar ya da eşlerinden ayrılmış olanların evli olanlara göre beklentilerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. [55] Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyi düşük olanların, yüksek olanlara göre beklentileri düşük bulunmuştur. Fakat gelir düzeyi düşük olanlarla yüksek olanlar arasında ölçek toplam puanları ve ölçek alt boyutları açısından anlamlı bir fark çıkmamıştır. Çalışmamızda tüm gebeler eşleri ile birlikte yaşadığı için bu durumla ilgili bir sonuç çıkmamıştır. Aynı çalışmada beklenti en çok 'kişiselleştirilmiş bakım' alt başlığında yüksek çıkmıştır. Bizim çalışmamızdaki gebelerin de odak gruplarda bu konu ile ilgili beklentileri yüksekti. 'Taşıdığım risklerle ilgili bilgilenmek isterim, doktorumun, bebeğimin sağlığı kadar benim sağlığımla da ilgilenmesini isterim, takip planımın benimle paylaşılmasını isterim, takiplerimde ruhsal durumumun da dikkate alınmasını isterim.' şeklinde maddeler ölçekte yer almıştır. Aile Hekimliği disiplininin ilkelerinden biri olan kişi merkezli bakımın gebeler için de çok önemli ve vazgeçilmez olduğu söylenebilir. Çalışmada

gebelerin tatmin durumlarını ölçen ölçekte de, tatmin ” bilgilendirme” alt başlığında en düşük çıkmış.[55] Gebelerin tatminlerinin düşük olduğu konularda beklentilerinin yüksek olabileceği söylenebilir. Çalışmamızdaki odak grup görüşmelerinde de bilgilendirme ile ilgili birçok tema çıkmıştır: “*Daha detaylı bilgilendirme yapılsın isterim”,“ Sezeryandan sonra normal doğum olabilir mi? Öğrenmek istiyorum.”, “Doktorumun bu dönemde neler olacağını açıklamasını istiyorum”,“ Tetkik konusunda en uygun olanı yapmam için yönlendirilmek isterim. Hepsinin yapılmasına gerek yok”, “Birebir bilirkişiden almak isterim bilgiyi”,“ İnternetteki bilgiler kafa karıştırıyor birbirini tutmuyor. Doktorumdan öğrenmek istiyorum”* Gebelerin bir çok konuda bilgi almak istemeleri ve bu konuda beklentilerinin yüksek olması, fiziksel ve duygusal değişimler sık yaşadıkları bir dönemde olmaları ile açıklanabilir. Gebelerin, bu dönemde bilgiyi en güvendikleri kişiler olan doktorlarından almak istemelerinin beklenen bir durum olduğu söylenebilir. Shabila ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları çalışmada gebelerin, soru sorma ve bilgi almak için daha fazla zaman ayrılmasını, bakım vericilerin daha iyi bir iletişim dili kullanmasını, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem hakkında daha çok bilgi verilmesini bekledikleri bulunmuştur. [56] Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar çıkmıştır. .” Gebelik ve doğum konusunda karşılaşılabilecek sorunlarla ilgili bilgilendirilmek isterim”,” Taşıdığım risklerle ilgili bilgilenmek isterim.”, “Olası doğum şekilleri hakkında detaylı olarak bilgilendirilmek isterim”, “Doğumumun nerede yapılacağını önceden bilmek isterim.”, “Gebelikte yapmam ve sakınmam gerekenler hakkında bilgilendirilmek isterim” maddeleri ölçekte yer almıştır.

Bergman ve arkadaşlarının 2013 yılında odak grup görüşmeleri yaptıkları çalışmada kişisel ilişkiler konusunda beklentilerin yüksek olduğu bulunmuştur. Gebelerin kendilerinin takip eden doktorlardan güler yüzlü olmasını, göz teması kurmasını, onları rahatlatmasını bekledikleri belirtilmiştir. Göz teması kurmadan konuşmanın ve acele hareket etmenin, kızgınlık ve kabalık belirtisi olarak görüldüğü ve kötü karşılandığı , gebelerin doktorlarından dikkatli, bilgili ve özenli bir şekilde bakım vermelerini, soruları için yeterli zaman ayırmalarını ve sorularına sakince ve açıklayıcı cevap vermelerini, “Birlikte halledeceğiz, rahat ol” demesini bekledikleri görülmüştür. [57] Bizim odak grup görüşmelerimizde de benzer sonuçlar çıkmıştır.

Ölçekte yer alan "Takiplerimde ruhsal durumumun da dikkate alınmasını isterim" ifadesi hekimden beklenen duygusal destek beklentisini göstermektedir. Ölçek alt boyutları incelendiğinde Gebeliğin 3. Trimester'ında olanların 1. Ve 2. Trismesterdakilere göre (p=0,006), yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalanlarda doğal yoldan gebe kalanlara göre (p=0,021), gebelik döneminde veya öncesinde kronik hastalığı olanların olmayanlara göre (p=0,033) "ilgi-iletişim" alt boyutularında beklentinin istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Sadece üç durumda "ilgi-iletişim" konusunda beklentinin anlamlı yüksek çıkması, diğer durumlardaki gebelrin beklentileri arasında fark olmaması, bu konuda genel olarak gebelerin beklentilerinin yüksek olduğunu düşündürmektedir.

4.1. Güçlü Yanları

Çalışmamızda odak grup görüşmeleri sonucunda çıkan temalar üzerinden ölçek geliştirilmiş olması çalışmamızın güçlü yanlarından biridir. Konu ile ilgili birçok çalışmadaki gibi sadece literatür araştırılarak ölçek maddeleri yazılmamış, gebelere açık uçlu sorularak konu ile ilgili fikirlerini derinlemesine ifade etmeleri sağlanmıştır. [58] [59] [60] Bu yöntemin beklenti ölçeği oluşturmayı hedefleyen bir çalışma için daha uygun olduğu düşünülmektedir. Odak grup görüşmelerine farklı eğitim düzeylerinde ve farklı gebelik zamanlarında olan, kronik hastalığı veya riskli gebelik öyküsü olan gebelerin de dahil edilmiş olması çeşitliliği sağlamıştır.

4.2.Kısıtlılıklar

Çalışmamızda okuma yazma bilmeyen gebelere ölçek soruları araştırıcı tarafından okunarak, anlaşılmayan yerler açıklanarak yapılmıştır, bu nedenle gebelerin ölçeği yanıtlama metotları aynı olmamıştır. Gebelerin beklentilerinin araştırıldığı bu çalışmada okuma yazma bilmeyen gebelerin çalışmaya dahil edilebilmesi için bu yöntem kullanılmıştır

4.3.Zorluklar

Hastalar MÜ-Gebe Polikliniği ve ASM'lere başvuran hastalar arasından seçilmiştir. Odak gruptaki gebelere ulaşmak ve o gruptaki gebelerin hepsinin uygun olduğu bir zamanda görüşmeyi yapmak konusunda zorluklar yaşanmıştır. Odak grup

görüşmelerine katılacak gebelerin bir kısmı geleceklerini belirtip daha sonradan vazgeçmiş olmaları çalışmayı zorlaştırmıştır.

Odak grup görüşmeleri tamamlandıktan sonra, görüşmelerin birebir dökümlerinin yapılması ve dökümlerin analiz edilerek temaların belirlenmesi uzun ve yorucu bir dönem olmuştur.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkçe Gebe Bakım Beklentisi Ölçeği soru sayısının az olduğu, pratikte kullanılması kolay, kısa sürede uygulanabilecek, kapsam geçerliliği yüksek olan bir ölçektir. Ölçek 20 sorudan oluşmaktadır ve soruların cevaplanma süresi ortalama 7-10 dakikadır. Birinci basamak sağlık merkezlerinde olduğu kadar ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerinde de kullanılması uygun pratik bir ölçektir. Türkiye'deki gebelere uygulanarak, gebelerin bakım beklentileri anlaşılarak onlara daha iyi bir gebe bakımı verilmesine olanak sağlayabilir. Türkiye'deki gebelerin yanısıra, Avrupa'da yaşayan Türk gebelere de uygulanarak onların bakım beklentilerinin anlaşılmasını, iletişim problemlerinin aza indirgenmesini sağlayabilir.

EKLER

EK-1 ETİK KURUL ONAYI

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2015.008	70737436-050.06.04-
	PROJE ADI	Türk Kadınları İçin Gebelik Bakım Beklentisi Ölçeği:Metodolojik Bir Çalışma.	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Doç.Dr.Çiğdem APAYDIN KAYA	

KARAR BİLGİLERİ	Tarih 3.4.2015 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.

ÜYELER

Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeliği	Onaylanan Proje ile İlişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİRESKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Atila KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	EVET HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Elif AYDINER KARAKOÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç.Dr. Tolga GÜVEN	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	Evet Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	Evet Hayır	
Av.Ümit ERDEM	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	Evet Hayır	

EK-2

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU (ODAK GRUP GÖRÜŞMESİ İÇİN)

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup araştırma adı "Türk kadınları için gebelik bakım beklentisi ölçeği: Metodolojik Bir Çalışma 'dır.

Bu araştırmanın amacı, gebelerin sağlık hizmetinden beklentilerini anlamak ve bu konuda sağlık hizmeti sunucularına yol gösterici bir ölçek geliştirmektir.

Bu araştırmada sizden gebelerden oluşan 6 kişilik bir grup görüşmesine katılmanız ve gebelik sırasında beklentilerinizle ilgili birkaç tane açık uçlu soruyu yanıtlamanız istenecektir. Yanıtlayacağınız birçok soru konu hakkındaki görüşleriniz ve tutumunuzu değerlendirebilmek amaçlı hazırlandığından doğru olarak nitelendirilecek bir yanıtları yoktur. Görüşmeler sırasında ses kaydı yapılacaktır. Kayıtlar yalnızca araştırıcı tarafından bu çalışma için kullanılacak olup bireysel bazda değerlendirilmeyecek ve kişisel bilgiler paylaşılmayacaktır.

Araştırma hakkında ek bilgi almak için ya da çalışma ile herhangi bir sorun için (216) 625 4545/9099 nolu telefondan Dr. Burçin KAVAKLI GERİŞ'e başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin için dezavantajlı bir durumu yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

Size ait tüm tıbbi ve klinik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir ancak araştırmacının izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir.

EK-3

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU-(GEÇERLİK ÇALIŞMASI İÇİN)

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup araştırma adı "Türk kadınları için gebelik bakım beklentisi ölçeği: Metodolojik Bir Çalışma 'dır.

Bu araştırmanın amacı, gebelerin sağlık hizmetinden beklentilerini anlamak ve bu konuda sağlık hizmeti sunucularına yol gösterici bir ölçek geliştirmektir.

Bu araştırmada sizden güncel çalışmalar ışığında araştırıcı tarafından çalışma içeriğine uygun olarak oluşturulmuş olan anket formunu yanıtlamanız istenecektir. Yanıtlayacağınız birçok soru konu hakkındaki görüşleriniz ve tutumunuzu değerlendirebilmek amaçlı hazırlandığından doğru olarak nitelendirilecek bir yanıtları yoktur. Anket verileri yalnızca araştırıcı tarafından bu çalışma için kullanılacak olup bireysel bazda değerlendirilmeyecek ve kişisel bilgiler paylaşılmayacaktır.

Araştırma hakkında ek bilgi almak için ya da çalışma ile herhangi bir sorun için (216) 625 4545/9099 nolu telefondan Dr. Burçin KAVAKLI GERİŞ'e başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin için dezavantajlı bir durumu yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

Size ait tüm tıbbi ve klinik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir ancak araştırmacının izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir.

EK-4

EK-4 KATILIMCININ BEYANI

Sayın Dr. Burçin KAVAKLI GERİŞ tarafından Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı_Kadın hastalıkları ve doğum kliniği gebe polikliniği ve aile hekimliği anabilim dalında tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; Dr. Burçin KAVAKLI GERİŞ'i (Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Fevzi Çakmak Mah. Mimar Sinan Cad. No:41) 0216 625 45 45/9099'den arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma bu araştırmaya katılma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin adı-soyadı, imzası, adresi

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık kişinin adı-soyadı, imzası, görevi

EK-5

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin adı-soyadı, imzası, adresi

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı-soyadı, imzası, görevi

EK-6:

Türk Kadınları İçin Gebelik Bakım Beklentisi Ölçeği Çalışması Kişi Değerlendirme Formu 1(Odak Grup görüşmeleri için)

Tarih:	
Ad- soyad:	
Telefon:	
Yaş:	
Eğitim düzeyi:	Okur yazar değil İlköğretim Lise üniversite
En uzun süre yaşadığı yer	İl İlçe Köy/kasaba
Meslek:	Ev hanımı İşçi Memur Beyaz yaka
Şu anda aktif olarak çalışıyor musunuz?	Evet Hayır
Kimlerle yaşıyorsunuz?	Yalnız Eşi Eşi ve çocukları Anne ve Baba
Gelir durumu(eve giren gelir)	<1200 tl 1200-4000tl 4000-10000 tl >10.000
Medeni durum?	Evli Bekar

	Dul
Sigara kullanımı:	İçiyor İçmiyor Bırakmış
Gebelik planlı mı	Evet Hayır
Gebeliğin oluş şekli	Doğal yollarla Tüp bebek/Aşılama
Gebelikten önceki bir yıl içindeki korunma yöntem(ler)i:	Korunmadım Geleneksel yöntem(Geri çekme yöntemi) Kondom Rahim içi araç(spiral) Hap aylık iğneler 3 aylık iğneler diğer( )
Son adet tarihi	
Gebeliğin kaçıncı haftası (hangi trimester?):	1.trimester(ilk 13 hafta) 2.trimester(14-27. haftalar arası) 3. trimester (27-40. haftalar arasıı
Gebelik sayısı	
Yaşayan çocuk sayısı	
Daha önceki doğum şekli:	Normal doğum Sezaryen
Kontrollerinizi nerede yaptırıyorsunuz?	Hastane Asm(sağlık ocağı) Her ikisi de Hiçbiri
ASM'de gebe kaydınız var mı?	Evet Hayır

EK-7

ODAK GRUP SORULARI

1. Gebeliğiniz süresince sizi takip eden doktordan neler bekliyorsunuz?
2. Gebeliğiniz süresince sizi takip eden yardımcı sağlık personelinden neler bekliyorsunuz?
3. Birinci basamak sağlık merkezlerinden (aile sağlığı merkezi, ana çocuk sağlığı merkezi) beklentileriniz nelerdir?
4. İkinci ve üçüncü basamak hastanelerde (devlet hastaneleri ve üniversite hastaneleri) çalışan sağlık sunucularından beklentileriniz nelerdir?
5. ASM ve hastaneler arasında aldığınız bakım ve beklentileriniz arasında nasıl farklar var?
6. Bebeğinizin sağlığı için beklentileriniz nelerdir?
7. Kendi sağlığınız için beklentileriniz nelerdir?

EK-8 Türk Kadınları İçin Gebelik Bakım Beklentisi Ölçeği Çalışması Kişi değerlendirme Formu 2(Geçerlik Çalışması İçin)

Yaş:	
Eğitim düzeyi	Okur yazar değil Okur yazar İlköğretim mezunu Lise mezunu Üniversite mezunu
Hayatınızda en uzun süre yaşadığınız yer	Şehir Kasaba Köy
Meslek:	Ev hanımı Diğer(yazınız……)
Şu anda aktif olarak çalışıyor musunuz?	Evet hayır
Kimlerle yaşıyorsunuz?	Yalnız Eşi Eşi ve çocukları Eş anne ve Baba
Gelir durumu(eve giren gelir)	<1200 tl 1200-4000tl 4000-10000 tl >10.000
Gebelikten önce varolan hastalığınız var mıydı	Yüksek tansiyon Şeker Guatr Diğer (yazınız……)
Gebelikle birlikte ortaya çıkan sağlık probleminiz oldu mu?	Yüksek tansiyon Şeker Guatr Diğer(yazınız……)
Gebelik planlı mı	Evet Hayır
Gebeliğin oluş şekli	Doğal yollarla Tüp bebek/Aşılama
Gebeliğin kaçıncı haftası (hangi trimester?):	1.trimester (ilk 13 hafta) 2. trimester (14-27. haftalar arası) 3. trimester (27-40. haftalar arası
Bu kaçıncı gebeliğiniz	
Yaşayan çocuk sayınız	
Daha önce kendiliğinden düşük yaptınız mı?	Evet hayır
Daha önce isteğe bağlı kürtaj oldunuz mu?	Evet hayır
Kontrollerinizi nerede yaptırıyorsunuz? (birden fazla seçebilirsiniz)	Devlet hastanesi Özel hastane Asm(sağlık ocağı) Diğer(yazınız…….).
En son doğumunuzu nerede yaptınız?	Devlet hastanesi Özel hastane Ev Diğer(yazınız……)

EK 9: Gebe Bakım Beklentisi Ölçeğinin Son Hali

	Hiç önemli değil	Önemli değil	Emin değilim	Önemli	Çok önemli
1. Gebelik ve doğum konusunda karşılaşılabilecek sorunlarla ilgili bilgilendirilmek isterim.					
2. Doktorumun istenen tetkiklerin gerekliliği konusunda beni bilgilendirmesini isterim.					
3. Takiplerimin ve doğumumun aynı doktor tarafından yapılmasını isterim.					
4. Sıcak karşılanmak isterim.					
5. Takiplerimde ruhsal durumumun da dikkate alınmasını isterim.					
6. Yeni gelişen bir problem olduğunda sağlık personeline kolay ulaşmak isterim.					
7. Doktorumun endişelerimi anlayıp beni rahatlatmasını isterim.					
8. Taşıdığım risklerle ilgili bilgilenmek isterim.					
9. Doktorumun aklımdaki soruları sorabilmem için zaman ayırmasını isterim.					
10. Bilgilerimin gizli kalacağını bilmek isterim .					
11. Olası doğum şekilleri hakkında detaylı olarak bilgilendirilmek isterim.					
12. Muayene ve doğum sırasında mahremiyetime dikkat edilmesini isterim.					
13. Doğum sonrasında bebeğimin sağlık takibinin nasıl yapılacağı konusunda önceden bilgilendirilmek isterim.					
14. Ultrason yapılırken bebek görüntüsünün ve kalp seslerinin benimle paylaşılmasını isterim.					
15. Bana karşı anlayışlı ve hoşgörülü davranılmasını isterim.					
16. Doğumumun nerede yapılacağını önceden bilmek isterim.					
17. Gebelikte yapmam ve sakınmam gerekenler hakkında bilgilendirilmek isterim.					
18. Doktorumun sorduğum sorulara yanıt vermesini isterim.					
19. Her görüşmemde bebeğimin gelişimi ve sağlığı ile ilgili bilgi almak isterim					
20. Benimle anlayabileceğim bir dil ile konuşulmasını isterim.					

EK 10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı Burçin KAVAKLI GERİŞ

Doğum Yeri Doğum Tarihi: Konya /1986

Uyruğu TC Kimlik No TC 12572838882

E-mail Tel burcin_kavakli@hotmail.com 05054538925

Eğitim Düzeyi Üniversite Mezunu

Mezun Olduğu Kurumun Adı Mezuniyet Yılı :Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 2010

Lisans:2010

Lise:2004

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi Kurum Süre (Yıl - Yıl)

1. –Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD

2. –Niğde/Bor Toplum Sağlığı Merkezi

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	iyi	iyi	iyi

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikaları/Ödülleri/Diğer

7. Aile Hekimliği Araştırma Günleri 2015 Bir Fikrim Var Sözel Sunum: Tez Önerisi Sunumu

20th WONCA EUROPE Conference 2015 Poster Sunumu: Plansız Gebeliklerdeki Korunma Yöntemleri

KAYNAKLAR

1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Sağlık Bakanlığı Doğum öncesi Bakım Yönetim Rehberi 2014. *http//sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf Adres 12102015 tarihinde ulaşılmıştır*. 2014.
2. Li X, Liu G-Y, Ma J-L, Zhou L. Risk of congenital anomalies associated with antithyroid treatment during pregnancy: a meta-analysis. *Clinics (Sao Paulo).* 2015;70(6):453-459. doi:10.6061/clinics/2015(06)12.
3. Gebremedhin M, Ambaw F, Admassu E, Berhane H. Maternal associated factors of low birth weight: a hospital based cross-sectional mixed study in Tigray, Northern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:222. doi:10.1186/s12884-015-0658-1.
4. Packard RE, Mackeen AD. Labor induction in the patient with preterm premature rupture of membranes. *Semin Perinatol*. September 2015. doi:10.1053/j.semperi.2015.07.015.
5. Weiner E, Fainstein N, Pomeranz A, Schreiber L, Bar J, Kovo M. Pregnancy outcome and placental pathology in emergent cesarean deliveries for non-reassuring fetal heart rate in laboring vs. non-laboring women. *J Matern Fetal Neonatal Med*. November 2015:1-22. doi:10.3109/14767058.2015.1119117.
6. Heaman MI, Sword WA, Akhtar-Danesh N, et al. Quality of prenatal care questionnaire: instrument development and testing. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:188. doi:10.1186/1471-2393-14-188.
7. Novick G. Women's experience of prenatal care: an integrative review. *J Midwifery Womens Health*. 54(3):226-237. doi:10.1016/j.jmwh.2009.02.003.
8. Ayers S, Pickering AD. Women's expectations and experience of birth. *Psychol Health*. 2005;20(1):79-92. doi:10.1080/0887044042000272912.
9. Gress-Smith JL, Roubinov DS, Tanaka R, et al. Prenatal expectations in Mexican American women: development of a culturally sensitive measure.

Arch Womens Ment Health. 2013;16(4):303-314. doi:10.1007/s00737-013-0350-2.

10. Goetz K, Freund T, Gensichen J, Miksch A, Szecsenyi J, Steinhaeuser J. Adaptation and psychometric properties of the PACIC short form. *Am J Manag Care*. 2012;18(2):e55-e60. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22435885. Accessed November 15, 2015.

11. World Health Organization -Maternal and newborn health. *http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/maternal-and-newborn-health asresinden 02102015 tarihinde ulaşılmıştır*.

12. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*.; 2013.

13. The Millennium Development Goals Report. *http//www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf Adres 05102015 tarihinde ulaşılmıştır*. 2015.

14. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü -Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması. *http//www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/ozet_rapor.pdf Adres 02102015 tarihinde ulaşılmıştır*. 2005.

15. World HealthOrganization-Maternal mortality. *http//www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/ Adres 03102015 tarihinde ulaşılmıştır*.

16. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. *http//www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeligi.html Adres 10122015 tarihinde ulaşılmıştır*. 2013.

17. Kartal SB, Birler AG, Özkul D, et al. İstanbul'da Gebe, Lohus, Bebek ve Çocuk İzlemlerinin İyileştirilmesi: GEBLİZ. *TAF Prev Med Bull*. 2010;9(4):289-296.

18. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı Aile Hekimliği Uygulamasında Performans Hesaplama Yöntemi. *Sağlık Bakanl web sitesinden ulaşılmıştır*. 2008.

19. Wonca Europe 2011 Edition The European Defınıtıon of General Practıce / Famıly Medıcıne. *http//www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf Adres 20122015 tarihinde Ulaşılmıştır,*. 2011.

20. Coulmont M, Roy C, Dumas L. Does the Planetree patient-centered approach to care pay off?: a cost-benefit analysis. *Health Care Manag (Frederick)*. 32(1):87-95. doi:10.1097/HCM.0b013e31827edbfe.

21. McWhinney IR, Freeman T. Textbook Of Family Medicine/third edition. *http//www.marmara-elibrary.com/edsDetails?An=315358&dbId=nlebk Adres 01102015 tarihinde erişilmiştir*.

22. Nielsen M, Langner B, Zema C, Hacker T, Grundy P. Benefits of Implementing the Primary Care Patient- Centered Medical Home : A Review of Cost & Quality Results, 2012. *Patient-Centered Prim Care Collab*. 2012:1-41.

23. Choi C-J, Hwang S-W, Kim H-N. Changes in the degree of patient expectations for patient-centered care in a primary care setting. *Korean J Fam Med*. 2015;36(2):103-112. doi:10.4082/kjfm.2015.36.2.103.

24. Qidwai W, Nanji K, Khoja TAM, et al. Barriers, Challenges and Way Forward for Implementation of Person Centered Care Model of Patient and Physician Consultation: A Survey of Patients' Perspective from Eastern Mediterranean Countries. 2015;13(3):4. http://www.researchgate.net/publication/275945661_Barriers_Challenges_and_Way_Forward_for_Implementation_of_Person_Centered_Care_Model_of_Patient_and_Physician_Consultation_A_Survey_of_Patients_Perspective_from_Eastern_Mediterranean_Countries. Accessed November 15, 2015.

25. Jewell D, Sanders J, Sharp D. The views and anticipated needs of women in early pregnancy. *BJOG*. 2000;107(10):1237-1240. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11028574. Accessed November 14, 2015.

26. Hildingsson I, Waldenström U, Rådestad I. Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002;81(2):118-125. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11942901. Accessed December 21, 2015.

27. Douglas S, Cervin C, Bower KN. What women expect of family physicians as maternity care providers. *Can Fam physician Médecin Fam Can*. 2007;53(5):875-879, 874. http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1949174&tool=pmcentrez&rendertype=abstract. Accessed December 21, 2015.

28. Turan JM, Nalbant H, Ortaylı N, Bulut A. Gebelik Ve Doğum Hizmetlerinin Niteliğini Değerlendirme. *C Ü Tıp Fakültesi Derg 25*. 2003.

29. Dönmez L, Karakoç FY. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2014;40.

30. Erkuş A. Varolan Ölçek Geliştirme Yöntemleri ve Ölçme Kuramları Psikolojik Ölçek Geliştirmede Ne Kadar İşlevsel: Yeni Bir Öneri. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Derg*. 2012;3(2):279-290.

31. Tezbaşaran AA. Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi ,Eğitim Bilim Bölümü ,Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme Anabilim Dalı*. 2008.

32. Chiou C-J, Wang H-H, Chang H-Y. Development and testing of a scale for assessing the quality of home nursing. *Geriatr Gerontol Int*. March 2015. doi:10.1111/ggi.12478.

33. Ie K, Ichikawa S, Takemura YC. Development of a questionnaire to measure primary care physicians' scope of practice. *BMC Fam Pract*. 2015;16(1):161.

doi:10.1186/s12875-015-0357-z.

34. Öztürk Ç, Bozdoğan AE. Improving Of Self – Efficacy Scale Of Geographyc Coneptions Embedded Within "Science" Course: A Case For Prospective Science Teachers. *Necatibey Fac Educ Electron J Sci Math Educ*. 2008;2(2):66-81.

35. Annear MJ, Toye CM, Eccleston CE, et al. Dementia Knowledge Assessment Scale: Development and Preliminary Psychometric Properties. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2375-2381. doi:10.1111/jgs.13707.

36. Faija CL, Fox JRE, Tierney S, Peters S, Gooding PA. Development and Validation of the Pride in Eating Pathology Scale (PEP-S). *Clin Psychol Psychother*. October 2015. doi:10.1002/cpp.1988.

37. Yılmaz K, Altınkurt Y, Çokluk Ö. Eğitim İnançları Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilim*. 2011;11(1):335-350.

38. Şahin DB, Gülleroğlu HD. Likert Tipi Ölçeklere Madde Seçmede Kullanılan Farklı Madde Analizi Teknikleri İle Oluşturulan Ölçeklerin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi. *Asya Öğretim Derg*. 2013;1(2):18-28.

39. Tokinan Özevin B. Development of an Attitue Scale towards the Course of Music Education Teaching Methods. *Eurasian J Educ Res*. 2010;(41):151-164.

40. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 30 211-216, 2004*. 2004;30(3):211-214.

41. Zysk E, Shafran R, Williams TI, Melli G. Development and Validation of the Morphing Fear Questionnaire (MFQ). *Clin Psychol Psychother*. November 2015. doi:10.1002/cpp.1987.

42. Sakunpong N, Choochom O, Taephant N. Development of a resilience scale for Thai substance-dependent women: A mixed methods approach. *Asian J Psychiatr*. November 2015. doi:10.1016/j.ajp.2015.10.011.

43. Cohen E, Bernard JY, Ponty A, et al. Development and Validation of the Body Size Scale for Assessing Body Weight Perception in African Populations. *PLoS One*. 2015;10(11):e0138983. doi:10.1371/journal.pone.0138983.

44. Kelecioğlu H, Şahin Göçer S. Geçmişten Günümüze Geçerlik. *ğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Derg*. 2014;5(2):1-11.

45. Roohafza H, Sadeghi M, Khani A, et al. Development and validation of cardiac patient competence questionnaire, Iranian version. *ARYA Atheroscler*. 2015;11(4):220-227. http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4593657&tool=pmcentrez&rendertype=abstract. Accessed November 14, 2015.

46. Debus M. Methodological Review A Handbook For Excellence In Focus Group Research. *http//www.globalhealthcommunication.org/tool_docs/60/handbook_for_excellence_in_focus_group_research_(full_text).pdf Adres 12102015 tarihinde ulaşılmıştır*. 2003.

47. Mundfrom DJ, Shaw DG, Ke TL. Minimum sample size recommendations for conducting factor analyses. *Int J Test*. 2005;5:159-168.

48. Costello AB, Osborne J. Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Pract Assessment, Res Eval*. 2005;10(7).

49. Büyüköztürk Ş. Faktör Analizi: Temel kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. *Eğitim Yönetimi Derg*. 2002;güz 2002(32):470-483.

50. Çokluk Ö, Yılmaz K, Oğuz E. Nitel Bir Görüşme Yöntemi:Odak Grup Görüşmesi. *Kuramsal Eğitimbilim*. 2011;4(1):95-107.

51. Mathibe-Neke JM. The expectations of pregnant women regarding antenatal care. *Curationis*. 2008;31(3):4-11. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19177965. Accessed December 22, 2015.

52. Clarke DM, Currie KC. Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence. *Med J Aust*. 2009;190(7 Suppl):S54-S60. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19351294. Accessed August 11, 2015.

53. Bravo I, Noya M. Culture in Prenatal Development: Parental Attitudes, Availability of Care, Expectations, Values, and Nutrition. *Child Youth Care Forum*. 2014;43(4):521-538.

54. Srivastava A, Avan BI, Rajbangshi P, Bhattacharyya S. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:97. doi:10.1186/s12884-015-0525-0.

55. Galle A, Van Parys A-S, Roelens K, Keygnaert I. Expectations and satisfaction with antenatal care among pregnant women with a focus on vulnerable groups: a descriptive study in Ghent. *BMC Womens Health*. 2015;15:112. doi:10.1186/s12905-015-0266-2.

56. Shabila NP, Ahmed HM, Yasin MY. Women's views and experiences of antenatal care in Iraq: a Q methodology study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:43. doi:10.1186/1471-2393-14-43.

57. Bergman AA, Connaughton SL. What is patient-centered care really? Voices of Hispanic prenatal patients. *Health Commun*. 2013;28(8):789-799. doi:10.1080/10410236.2012.725124.

58. Lüleci B, Soylu Y, Canbulat N. Psikolojik Danışma Yardımına İlişkin Beklentiler Ölçeği'nin Geliştirilmesi. *Pegem Eğitim ve Öğretim Derg*. 2015;5(3):313-326.

59. Wright SL, Wright DA, Jenkins-Guarnieri MA. Development of the Social Efficacy and Social Outcome Expectations Scale. *Meas Eval Couns Dev*. 2013;46(3):218-231.

60. Noar SM, Myrick JG, Morales-Pico B, Thomas NE. Development and validation of the Comprehensive Indoor Tanning Expectations Scale. *JAMA*

dermatology. 2014;150(5):512-521. doi:10.1001/jamadermatol.2013.9086.