



T. C

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

**GEBELERİN ANKSİYETE, ALGILANAN STRES ve DEPRESİF
BELİRTİ DURUMLARININ İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EDA DURMUŞ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ

İSTANBUL 2015

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Eda DURMUŞ
Tez Başlığı : Gebelerin Anksiyete, Algılanan Stres ve Depresif Belirti Durumlarının İncelenmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 08 / 09 / 2015

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans / Doktora Tezi Olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Prof.Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ

Kurumu

İstanbul Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Yrd.Doç.Dr. Nihal SUNAL

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yrd.Doç.Dr. Sibel DOĞAN

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 08../08../2015.. tarih ve 2015../..32... - 40... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Eda DURMUŞ



İTHAF

Aileme ve tüm gebelere ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam, lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca gösterdiği yakın ilgi, harcadığı zaman ve emek, akademik ve bireysel gelişimim için sağladığı imkanlar ve desteği için değerli danışmanım Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya BEJİ' ye,

Tezimin istatistiksel değerlendirilmesinde katkılarından dolayı Doç. Dr. Ergül ASLAN' a,

Tez jürim olarak görev alan, önerilerde bulunan Yrd. Doç. Dr. Sibel Doğan ve Yrd. Doç. Dr. Nihal Sunal' a,

Hayatımın her döneminde sonsuz sevgi ve anlayışla hep yanımda olan canım ANNEM, BABAM ve KARDEŞİME,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

Eda DURMUŞ

İÇİNDEKİLER

	sayfa no
BEYAN.....	i
İTHAF.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ.....	viii
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	1
2. 1. ANKSİYETE.....	2
2. 1. 1. Anksiyete Tarihçesi.....	2
2. 1. 2. Anksiyete Epidemiyolojisi.....	2
2. 1. 3. Anksiyete Düzeyleri.....	3
2. 1. 4. Anksiyetenin Fizyolojisi.....	3
2. 1. 5. Anksiyetenin Nedenleri.....	4
2. 1. 6. Anksiyetenin Belirtileri.....	4
2. 1. 7. Gebelikte Anksiyete.....	5
2. 1. 8. Anksiyete Bozukluklarının Biyolojisi.....	5
2. 1. 9. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	6
2. 1. 10. Anksiyete Bozukluklarında Tedavi.....	8
2. 1. 11. Gebelik ve Anksiyete Bozuklukları.....	9
2. 1. 12. Gebelik Anksiyetesinin Sonuçları.....	10
2. 1. 13. Gebelik Anksiyetesinde Sağlık Personelinin Rolü.....	11
2. 2. STRES.....	12
2. 2. 1. Stresin Çeşitleri.....	12

2. 2. 2. Stres Etmenleri (Stresörler).....	13
2. 2. 3. Gebelikte Stres.....	14
2. 2. 4. Prenatal Stresin Etkileri.....	14
2. 2. 4. 1. Stresin Gebelik Üzerine Etkileri.....	14
2. 2. 4. 2. Stresin Gelişmekte Olan Beyin Üzerine Etkileri.....	14
2. 2. 4. 3. Prenatal Stresin Perinatal Sonuçlar Üzerindeki Etkileri.....	15
2. 2. 4. 4. Prenatal Stresin Nörogelişimsel Sonuçlar Üzerindeki Etkileri.....	15
2. 2. 4. 5. Prenatal Stresin, Fetüs ve Çocuktaki Duygusal Gelişim Üzerindeki Etkisi... 15	
2.2.4.6. Prenatal Stresin, Çocuklarda ve Ergenlerde Davranışsal Gelişimi Üzerindeki Etkisi.....	15
2. 2. 4. 7. Prenatal Stresin Psikopatoloji Üzerine Etkileri.....	16
2. 2. 5. Prenatal Stresle Başa Çıkma.....	16
2. 2. 6. Stres Kaynaklı Obstetrik ve Neonatal Komplikasyonlarının Önlenmesi.....	17
2. 2. 7. Gebelikteki Strese Yönelik Sağlık Personelinin Rolü.....	17
2. 3. DEPRESYON.....	19
2. 3. 1. Depresyon Epidemiyolojisi.....	19
2. 3. 2. Depresyon Etyolojisi.....	20
2. 3. 3. Depresyonda Klinik Özellikler.....	21
2. 3. 4. Majör Depresyon Tanı Kriterleri.....	22
2. 3. 5. Gebelik Depresyonunun Görülme Sıklığı.....	23
2. 3. 6. Gebelikte Depresyon İçin Risk Faktörleri.....	24
2. 3. 7. Gebelikte Depresyona Ait Semptomlar.....	24
2. 3. 8. Gebelik Depresyonunun Sonuçları.....	25
2. 3. 9. Gebelikte Depresyonun Tedavisi ve Önlenmesi.....	25
2. 3. 10. Gebelikte Depresyondan Korunma.....	26
2. 3. 11. Gebelik Depresyonunda Sağlık Personelinin Rolü.....	27

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER	28
3. 1. Araştırmanın Amacı.....	28
3. 2. Araştırmanın Tipi.....	28
3. 3. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	28
3. 4. Araştırmanın Evreni.....	28
3. 5. Araştırmanın Örneklemi.....	28
3. 6. Verilerin Toplanması.....	28
3. 6. 1. Sosyo – Demografik Bilgi Toplama Formu (Ek - I).....	29
3. 6. 2. Algılanan Stres Ölçeği (Perceived Stress Scale) (Ek – II).....	29
3. 6. 3. Durumluluk – Süreklilik Kaygı Ölçeği (State - Trait Anxiety Scale) (Ek – III, IV	30
3. 6. 4. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) (Ek – V).....	31
3. 7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	33
3. 8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33
3. 9. Araştırmanın Yönü.....	33
4. BULGULAR	34
- Bölüm I: Gebeliklerinin son trimesterinde bulunan kadınların sosyo - demografik ve obstetrik özellikleri ile anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti durumlarına ilişkin bulgular	
- Bölüm II: Gebeliklerinin son trimesterinde bulunan kadınların anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti durumlarını etkileyen faktörlere ilişkin bulgular	
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	70
7. KAYNAKLAR	74
8. ÖZGEÇMİŞ	82
9. EKLER	83
9. 1. Ek - I: SOSYO - DEMOGRAFİK BİLGİ TOPLAMA FORMU.....	83
9. 2. Ek -II: ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ.....	86
9. 3. Ek - III: DURUMLULUK KAYGI ÖLÇEĞİ.....	87

9. 4. Ek - IV: SÜREKLİLİK KAYGI ÖLÇEĞİ.....	88
9. 5. Ek - V: EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR MERKEZİ DEPRESYON SKALASI.....	89
9. 6. Ek - VI: ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI KURUMDAN ALINAN UYGULAMA İZİNİ	
9. 7. Ek - VII: İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL ONAYI	

TABLolar LİSTESİ		Sayfa No
Tablo 2. 3. 3. 1	Öyküden Elde Edilen Bilgiler	20
Tablo 3. 6. 4. 1	Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası	31
Tablo 4. 1	Gebelerin Sosyo - demografik Özelliklerinin Dağılımı	33
Tablo 4. 2	Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı	34
Tablo 4. 3	ASÖ, EAMDS, DKÖ, SKÖ Ölçek Puanlarına İlişkin Veriler	35
Tablo 4. 4	ASÖ, DKÖ, SKÖ, EAMDS Puanları Arasında Korelasyon İlişkisi Karşılaştırması	36
Tablo 4. 5	Gebelerin EAMDS Kesme Puanına Göre Toplam Puanlarının Dağılımı	37
Tablo 4. 6	Gebelerin yaş durumları ile ASÖ, DKÖ, SKÖ ve EAMDS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması	39
Tablo 4. 7	Gebelerin eğitim düzeyleri ile ASÖ, DKÖ, SKÖ ve EAMDS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması	41
Tablo 4. 8	Gebelerin çalışma durumları ile ASÖ, DKÖ, SKÖ ve EAMDS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması	43
Tablo 4. 9	Gebelerin aile tipi ile ASÖ, DKÖ, SKÖ ve EAMDS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması	45
Tablo 4. 10	Gebelerin gebeliklerini planlama durumları ile ASÖ, DKÖ, SKÖ ve EAMDS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması	47
Tablo 4. 11	Gebelerin gebelik haftası ile ASÖ, DKÖ, SKÖ ve EAMDS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması	49
Tablo 4. 12	Gebelerin gebelik sayıları ile ASÖ, DKÖ, SKÖ ve EAMDS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması	51
Tablo 4. 13	Gebelerin pariteleri ile ASÖ, DKÖ, SKÖ ve EAMDS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması	53
Tablo 4. 14	Gebelerin Sosyo - Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Depresif Belirti Açısından Değerlendirilmesi	55

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
EAMDS:	Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası
ASÖ:	Algılanan Stres Ölçeği
DKÖ:	Durumluluk Kaygı Ölçeği
SKÖ:	Süreklilik Kaygı Ölçeği
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü
BDÖ:	Beck Depresyon Ölçeği
EPDÖ:	Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeği
KİT:	Kişilerarası İlişkiler Terapisi
BDT:	Bilişsel – Davranışçı Terapi
DSM – IV – TR:	Amerikan Psikiyatri Birliğinin Yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanımı ve Sayımsal El Kitabı
PRİME – MD:	Mental Hastalıkların Birinci Basamakta Değerlendirilmesi Sistemi
ACTH:	Adrenokortikotropik Hormon
ADH:	Antidiüretik Hormon
APA:	Amerikan Psikiyatri Birliği
GABA:	Gama Amino Bütirik Asit
NE:	Norepinefrin
OKB:	Obsesif - Kompulsif Bozukluk
SNRI:	Selektin Noradrenalin Re - uptake İnhibitörü
SSRI:	Selektif Serotonin Re - uptake İnhibitörü
TCA:	Trisiklik Antidepresan
CRH:	Kortikotropin Serbestleştirici Hormon
ADHD:	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
ACOG:	Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği
PTSD:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ÖZET

GEBELERİN ANKSİYETE, ALGILANAN STRES ve DEPRESİF BELİRTİ DURUMLARININ İNCELENMESİ

Eda Durmuş, Yüksek Lisans Tezi

Medipol Üniversitesi İstanbul, Ekim – 2015

Araştırma son trimesterinde bulunan gebelerin stres, depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla planlandı. Tanımlayıcı nitelikteki çalışma, 15 Aralık 2014 – 20 Ocak 2015 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Antenatal Polikliniğine başvuran, araştırmaya kabul kriterlerine uyan ve rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 200 gebe ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan Sosyo - Demografik Bilgi Toplama Formu, Algılanan Stres Ölçeği (Perceived Stress Scale), Durumluluk - Süreklilik Kaygı Ölçeği (State - Trait Anxiety Scale) ve Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) kullanıldı. Veriler araştırmacı tarafından gebelerle karşılıklı görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Elde edilen verilerin analizinde yüzdelik, ortalama, standart sapma, Pearson chi - square, Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis, Post Hoc Tukey testleri kullanıldı.

Araştırmaya katılan gebelerin %58' i 25 - 34 yaş grubunda ve %49,5' u 28 - 32 gebelik haftasındadır. Gebelerin Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği, olumlu duygulanım alt boyut puan ortalaması $5,90 \pm 3,68$, bedensel şikayetler alt boyut puan ortalaması $7,08 \pm 4,21$, depresif duygulanım alt boyut puan ortalaması $5,75 \pm 5,45$, kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması $1,62 \pm 1,97$ ve toplam puan ortalaması $18,61 \pm 11,99$ olarak bulunmuştur. Gebelerin %50' sinin EAMDS 16 ve üzeri puan aldığı ve depresif semptomlarının bulunduğu saptanmıştır. Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalaması $17,34 \pm 6,88$, Durumluluk - Süreklilik Anksiyete Ölçeği, puan ortalamaları ise sırasıyla $41,49 \pm 12,12$ ve $45,16 \pm 10,47$ olarak saptanmıştır.

İlköğretim mezunu gebelerin toplam EAMDS, depresif duygulanım, olumlu duygulanım ve bedensel şikayetler alt boyut puanları üniversite mezunu gebelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). İlköğretim mezunu gebelerdeki stres algısı, hem lise hem de üniversite mezunu gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). İlköğretim mezunu gebelerin durumluluk kaygı seviyesi, hem lise hem de üniversite mezunu gebelerin kaygı seviyesine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışmayan gebelerin depresif semptom varlığı, stres algısı ve durumluluk kaygı seviyesi çalışan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Geniş ailede yaşayan gebelerin depresif, olumlu duygulanım ve toplam puanları çekirdek ailede yaşayan gebelere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebeliği planlı olmayan gebeler, planlı olan gebelere kıyasla

depresif semptom ve durumluluk kaygı seviyesi açısından daha fazla belirtiyeye sahip olduğu bulgulanmıştır ($p < 0,05$).

Sonuç olarak, son trimaster gebelerin yarısında depresif semptomlar bulunduğu, gebelerin algılanan stres, depresyon ve kaygı d¼zeylerini eğitim d¼zeyi, aile tipi, çalışma durumu ve gebeliği planlama durumunun etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: depresyon, anksiyete, gebelik, stres

ABSTRACT

EXAMINATION OF ANXIETY, PERCEIVED STRESS and DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PREGNANT WOMEN

Eda DURMUŞ, Postgraduate Thesis

Medipol University Istanbul, October - 2015

This study was planned in order to determine the stress, depression and anxiety levels of the pregnant women in their third trimester. Being a descriptive one, the study was conducted with 200 pregnant women who applied at the Department of Gynecology and Obstetrics of the Turgut Ozal Medical Center at Inonu University from 15 December 2014 to 20 January 2015. For data collection, the Socio - Demographic Data Collection Form, Perceived Stress Scale, State - Trait Anxiety Scale and Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, prepared by the researcher based on literature review, was employed. The data was collected through interviews in person with the pregnant women by the researcher. Percentage, mean, standard deviation, Pearson' s chi - square, Mann Whitney U Test, Kruskal - Wallis, Post Hoc Tukey tests were in the analyses of the data collected.

58% of the pregnant women covered by the study were in the age group of 25 - 34 and 49,5% of them were in the gestational age ranging from 28 to 32. For the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale of the pregnant women, the average lower dimension score of positive affect was found as $5,90 \pm 3,68$, average lower dimension score of bodily complaints as $7,08 \pm 4,21$, average lower dimension score of depressive affect as $5,75 \pm 5,45$, average lower dimension score of interpersonal relations as $1,62 \pm 1,97$ and total average score was found as $18,61 \pm 11,99$. It was found out that 50% of the pregnant women had 16 and over points from the CESD scale and had depressive symptoms. The average total score of Perceived Stress Scale was found as $17,34 \pm 6,8$, and average scores of State and Trait Anxiety Scale as $41,49 \pm 12,12$ and $45,16 \pm 10,47$ respectively.

Lower dimension scores of the total CESD, depressive affect, positive affect and bodily complaints of the pregnant women who are primary school graduates were significantly higher than those of university graduates ($p < 0,05$). The stress perception in the pregnant women of primary school graduates was significantly higher compared to both the pregnant women who are primary school and university graduates ($p < 0,05$). State anxiety level of the pregnant women who are primary school graduate was significantly higher than the anxiety level of the pregnant women who are high school graduates and university graduates ($p < 0,05$). Existence of depressive symptoms, stress perception and state anxiety level of the pregnant who do not work were significantly higher than those pregnant women who work ($p < 0,05$). Depressive, positive affect and total scores of the pregnant women who live in extended families were higher compared

to the pregnant women who live in nuclear families. It was also found that the women who had unplanned pregnancy had more indications in terms of depressive and state anxiety level compared to the pregnant women who had planned conception ($p < 0, 05$).

In conclusion, it was seen that half of the pregnant women had depressive symptoms in their third trimester and that education level, family type, employment status and planned or unplanned pregnancy have an impact on perceived stress, depression and anxiety levels of the pregnant women.

Key Words: depression, anxiety, pregnancy, stress

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Gebelik, önemli fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği biyopsikososyal değişimlerin yaşandığı birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir. Birçok kadın gebelik ve doğuma bağlı olarak oluşan fizyolojik, psikolojik, sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta, şiddetli düzeylerde ruhsal sorunlar ortaya çıkmaktadır (Kara ve ark. 2001).

Gebelikte anksiyete ve depresif belirti görülme sıklığı gebelik trimesterlerine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Lee ve ark. gebelerin %54'ünde kaygı, %37,1'inde depresyon görüldüğünü ve her iki durumun da birinci ve üçüncü trimesterlerde daha yaygın ve şiddetli olduğunu bildirmişlerdir (Lee ve ark. 2007). Tekgöz ve ark. gebeliğin son 3 ayında olan kadınların, %50,5'inin bir ya da daha fazla psikiyatrik tanı aldığını %10,3'ünde depresyon, %12,1'inde anksiyete, %28'inde hem depresyon hem de anksiyete olmak üzere en yaygın tanının %40,2 ile anksiyete olduğunu saptamışlardır (Tekgöz ve ark. 2009). Yapılan bir çalışmada gebelik döneminde kadınların %12'sinde algılanan stres, %17,1'inde stresli yaşam olayları saptandığı, stresli yaşam olaylarının da algılanan stresten kaynaklandığı belirtilmektedir (Pınar ve ark. 2014).

Depresyon ve anksiyetenin, gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırdığı, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilediği, düşük doğum ağırlığına ve intrauterin gelişme geriliğine neden olduğu bildirilmiştir. Hatta, çocukta daha sonra davranışsal ve duygusal sorunların ortaya çıkması ile de ilişkilendirilmiştir (Akbaş 2008). Antenatal stresin; plasental, maternal pitüiter, adrenal aksın aktivasyonu ile preterm doğuma neden olduğu bildirilmiştir. Bu durum, preterm doğumla plasental ve maternal plazma kortikotropin hormonunun salınım düzeyinin yükselmesiyle ilişkili bulunmuştur (Ortaarık ve ark. 2008). Literatürde doğum öncesi yüksek stres düzeyi ile anne ve bebek sağlığı arasında ilişki olduğunu bildiren araştırmalar bulunmaktadır. Yüksek stres düzeyinin anne için, doğum öncesi ve doğum sonrası depresyon ve anne – çocuk bağlanmasında zayıflık riskini içerdiği, bebek için; erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve bebeğin daha zayıf zihinsel ve nörolojik gelişimi de dahil olmak üzere hastalık riskini içerdiği bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda, perinatal dönemdeki stresin, bebeklerin yenilik karşısında uyum sağlamada güçlük, ürkek davranışlar, 3 - 5 yaş döneminde; dikkat performansında düşüklük, dil becerilerinde gerilik durumlarına yol açabildiği belirtilmektedir (Carolan - Olah ve Barry 2014).

Gebe kadınlarda anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti düzeyleri tüm bu olumsuz etkilerinden dolayı belirlenmelidir. Tüm gebe kadınlar düşük riskli olan kadınlar da dahil doğum öncesi anksiyete, algılanan stres ve depresif belirtiler açısından taramalı, erken tanı ve müdahale yapılmalıdır. Yapılan literatür taramasında ülkemizde gebelerde anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti düzeylerinin belirlenmesi konusunda yapılmış sınırlı sayıda araştırma belirlenmiştir (Carolan - Olah ve Barry 2014). Bu bilgiler ışığında çalışmamız son trimesterinde bulunan gebelerin anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. ANKSİYETE

İç sıkıntısı, kaygı, bunaltı gibi sözcüklerle anlatılmaya çalışılan yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici, endişe ve korku duygusudur. İçsel ya da dış dünyadan bir tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan duygu durumudur. Anksiyetenin kişide ruhsal bir sorun olarak yaşanması için uzun süre yaşanması ve kişinin yaşamını olumsuz düzeyde etkilemesi gerekir. Anksiyete birbiriyle bir bütün halinde çalışan birden fazla alt sistemi etkileyerek uyaranlara gerekli olan yanıtları sunmaktadır (Esel 2003).

Anksiyete duygusunda, kişinin kendine olan güvensizliği nedeniyle olaylara ve durumlara abartılmış yanıtlar verebilmektedir. Bu tehlikeli uyaranlar ortadan kalksa bile kişinin savunucu tutumu devam etmektedir. Anksiyetede ki bilişsel düşünceye yetersizlik ve belirsizlik düşüncelerinin yanında kaygı duyma, korku, baş etme yetersizliği, güvensizlik gibi konularda eşlik etmektedir. Bütün bunların gerçekleşmesi için, o duruma uygun olan otonom sinir sisteminin etkilediği solunum, kardiyovasküler işlevler, ısı kontrolü gibi denge sağlayıcı (hemostatik) düzeneklerin işlevi gereklidir.

Zorlu durumlarla başa çıkma konusunda yetersizlik hissi ve gelecekle ilgili belirsizlik düşünceleri, anksiyetenin bilişsel yönünü oluşturmaktadır. Bu düşünce örüntüsüne kaygı duyma, anksiyete gelişmesinden kaygılanma, korku ve anksiyete yaratan durumlarla başa çıkamayacağı düşünceleri de eşlik etmektedir. Bu düşünceler de sonuçta, kişinin anksiyete yaşama ve bununla baş etme konularındaki güvensizliğini bir kısır döngüye sokacak ve yaşanan olumsuz duyguları pekiştirecektir (Gabbard 2000).

2. 1. 1. Anksiyete Tarihçesi

Anksiyete sözcüğü, darlık ve sıkışma anlamına gelen hindogermanik “angh” kökünden türetilmiştir. Çiçero, anksiyetenin geçici patlama anını tanımlarken “angor” kelimesini, daha hafif anksiyete terimini tanımlarken de “anxietas” terimini kullanmayı tercih etmiştir. Varoluşçu akıma göre ise anksiyete, özgürlük ve suçluluk bilincinden oluşan var olmama korkusuyla oluşan bir duygu olduğu sonucu ortaya atılmıştır. Orta Çağda anksiyete ise, hastalık boyutu ile ele alınmayıp sadece tanrı korkusuyla ifade edilmiştir. 1869’ da Board tüm anksiyete bozukluklarının tümü için “nevrastenik” kavramını açıklamıştır. Hecker ise 1893’ te, nevrastenik hastalarının tamamına yakınında anksiyete ataklarının görüldüğünden bahsetmiştir (Işık ve Taner 2006).

2. 1. 2. Anksiyete Epidemiyolojisi

Anksiyete bozuklukları sağlık hizmetlerine talebi arttıran önemli sağlık sorunu olarak ele alınmaktadır. Kanada ’ da yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluklarının bir yıllık prevalansı kadınlarda %16 erkeklerde ise %9 olarak saptanmıştır. Anksiyete bozukluğunda sağlık kuruluşlarına başvurma yaşı hastalığın başlangıcından 15 - 20 yıl sonra 30 yaşları civarında olmaktadır. Anksiyete bozukluğunun ortalama başlangıç yaşı ise 13 - 24 arasında olduğu kabul görmektedir. Toplum tarafından anksiyete

bozukluğunun tedavi edilebilir bir hastalık olduğu bilinmediğinden dolayı tedavide gecikmelerin olduğu sonucu çıkarılabilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1996 yılında anksiyete bozuklukları prevalansını araştıran çalışmaların sonuçlarına göre, 14 ülke ve 15 merkezde 25.000 erişkinin psikiyatrik bozukluk açısından tarandığı anksiyete bozukluğu prevalansı %10,5 olarak tespit edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yürütülen bir çalışmada ise, anksiyete prevalansı %17,3'dür. Bu verilere dayanarak 18 - 55 yaşlarında anksiyete prevalansının sabit kaldığı ve 55 yaşından sonrada azaldığı söylenebilir (Schneiner ve ark. 1992, Davitson ve ark. 1993).

2. 1. 3. Anksiyete Düzeyleri

Farklı fizyolojik, psikolojik, bilişsel değişikliklere neden olabilen anksiyete hafif, orta, panik düzeyde olmak üzere dört aşamadan oluşur.

1. Hafif Düzeyde Anksiyete: Bu düzeydeki anksiyete de birey çevresine karşı duyarlıdır. Duygular alarmdadır ve katılımcıdır. Bu nedenle öğrenme de belirgin düzeyde artış, mantık yürütme yeteneği ve problem çözme becerisi gelişmiştir. Bireyin konuşma hızı ve ses tonu, konuşma içeriği ile uyumludur.

2. Orta Düzeyde Anksiyete: Birey çevresinde kendisi için önemli olan olaylara daha dikkatli ancak diğer ayrıntıların daha az farkındadır. Bireyin konsantrasyon yeteneği ve iletişim becerileri azalmış olup kavrama yeteneği daralmıştır. Kalp çarpıntısı, terleme ve mide şikayetleri görülmektedir.

3. Şiddetli Düzeyde Anksiyete: Bireyin algılama ve kavrama alanı daralmıştır. Olaylar ve detaylar arasında ilişki kurmakta zorlanır. Çevresini anlamakta zorluk çeker. Ayrıntılar hatırlanır fakat öğrenme gerçekleşmez. Bireyde dispne, dispeptik yakınmalar, baş ağrısı ve göğüs ağrısı görülmektedir.

4. Panik: Birey çevresel tehlikelere bile yanıt veremez duruma gelmiştir. Dikkat dağınıklığı, halüsinasyon ve hezeyan vardır. Birey boğulma, baş dönmesi, baygınlık, çarpıntı gibi belirtilerle karşı karşıyadır. Bu durumda olan birey kriz aşamasına girmiştir. Profesyonel yardım alması tavsiye edilmelidir (Kaplan ve ark. 2007, Öz 2010).

2. 1. 4. Anksiyetenin Fizyolojisi

Herhangi bir tehdit durumunda hipotalamus uyarılır, hipotalamus ise sempatik sinir sistemini ve hipofiz bezini etkileyip hormonların salgılanmasına neden olur. Sempatik sinir sisteminden sempatik sinir liflerinden "norepinefrin", adrenal bez medullasından "epinefrin" ve "norepinefrin" salgılanır. Norepinefrin etkisi ile periferik damarlarda konstrüksiyon olup böbreklere giden kan akımında azalma meydana gelir. Renin anjiyotensin I ve II salgılatır. Anjiyotensin II damarlarda vazokonstrüksiyona, aldesteron ve antidiüretik hormon salgılanmasına neden olur. Karaciğerdeki glikojenin glikoza dönüşmesiyle kan glikoz düzeyi artar. Epinefrin etkisi ile de kalp atım hızı ve kasılma gücünün artmasına neden olur. Hipotalamus hipofiz bezini etkileyerek hipofiz ön lobundan adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve hipofiz arka lobundan antidiüretik hormon (ADH) salgılatır. ADH böbreklerden suyun geri emilimini arttırarak kan

basıncını arttırır. ACTH adrenal korteksi etkileyip aldesteron ve glikokortikoidlerin salgılanmasına neden olur. Aldesteron suyun geri emilimini arttırdığı için idrar miktarında azalma meydana gelir. Glikokortikoidler protein ve yağlara etki ederek onları glikoza dönüştürüp kan şekerinin artmasına neden olur. Buna göre de göz bebekleri büyür, gastrointestinal ve genitoüriner sistem yavaşlamasıyla kusma, iştah kaybı, diyare, konstipasyon ve ağız kuruluğunu meydana getirir (Kırlı 2000).

2. 1. 5. Anksiyetenin Nedenleri

Anksiyete ile baş edebilmek için içe dönme, dışa vurma, bedene yansıtma (psikosomatizasyon), kaçınma, problem çözme gibi davranışlar geliştirirler. İçe dönme, anksiyete oluşturacak durumlar sonucunda içe kapanma gerçekleşir. Dışa vurma, agresif davranışların boşalınının gerçekleşmesidir. Bedene yansıtma ise, anksiyetenin herhangi bir bölgedeki yansımasıdır. Kaçınma, kaçınarak kontrolünü sağlamaya çalışmaktır. Problem çözme, diğer dört davranışın aksine problem çözme bireyi geliştiren davranıştır.

Gebelik, ebeveyn olma, kariyer değişiklikleri, başarı, duygusal kayıplar, ekonomik sorunlar, işsizlik, çevresel kirlilik, hastalık, tecavüz, hastaneye yatış, güvenlik riski, göç, ölüm, boşanma, kültürel baskı, servet kaybı, başarısızlık, yeni iş gibi faktörler anksiyeteye neden olabilecek faktörler arasında bulunmaktadır. Anksiyetede en önemli faktörlerden biri de belirsizlik oluşturabilecek durumlardır. Çünkü anksiyete de belirsizlik kişinin karar vermesini zorlaştırıp öfke, çaresizlik, gerginlik gibi duygulara sebep olmaktadır (Fortinash ve Holoday – Worret 1995).

2. 1. 6. Anksiyete Belirtileri

Fizyolojik belirtiler, davranışsal belirtiler, duygusal belirtiler ve bilişsel belirtiler olarak dörde ayrılmaktadır.

Fizyolojik Belirtiler

Anksiyetede fizyolojik belirtiler, sempatik ve parasempatik sinir sisteminin çalışmasındaki değişiklikler neticesinde ortaya çıkmaktadırlar. Uykuda düzensizlik, sıcak ve soğuk basma nöbetleri, ellerde terleme, kalp hızında artma, bayılma, arteryel kan basıncı değişiklikleri, yüz kızarması, aritmi, derin soluma, nefes darlığı, bronşiyal spazm, gerginlik, reflekslerde artma, karın ağrısı, bulantı, yutma güçlüğü, ağızda kuruma ve sulanma, iştah değişiklikleri, kaslarda gerginlik, ses ve gürültüden şikayet etme, ürperme, ateş basması, mide ve bağırsak şikayetleri gibi belirtiler görülebilmektedir.

Davranışsal Belirtiler

Kaçma, kaçınma, konuşma akışında bozukluk, inhibisyon, huzursuzluk, yerinde duramama, hayal kurma, titreme, başkalarından onay bekleme, gergin bir yüz ifadesi ve ses tonu, gülme ya da ağlama artışı, kuşkuculuk, başka insanlara bağımlılık, aşırı halsizlik gibi belirtiler görülmektedir.

Duygusal Belirtiler

Sinirlilik, korku, tedirginlik, gerginlik, dehşet duygusu, endişe gibi belirtiler görülmektedir.

Bilişsel Belirtiler

Bilişsel belirtiler üç kısma ayrılmaktadır:

Kavramsal zorluklar: Bilişsel sapmalar, korkulu düşünceler, fiziksel zarar görme korkusu, ölüm korkusu, başa çıkamama korkusu, kontrolünü yitirme korkusudur.

Duygusal zorluklar: Çevrenin olduğundan farklı görünmesi, kendini aşırı gözleme, aklın bulanık olması, çevredeki nesnelere uzakmış gibi görmedir.

Düşünce zorlukları: Objektif düşünme güçlüğü, düşünceyi kontrol edememe, dikkat dağınıklığı, düşüncede duraksamalar, konsantrasyon güçlüğüdür (Le Deux 1998).

2. 1. 7. Gebelikte Anksiyete

Gebelikte duygusal değişiklikler, gebeliğin her üç trimester de farklı şekillerde yaşanmakta ve kadında hafif, orta ve şiddetli kaygı yaşanmasına neden olmaktadır. Yapılan bir çalışma da gebelerin durumluluk kaygı puanı 37,0, ikinci trimesterde 38,4 ve son trimesterde 40,6 olarak bulunmuştur. Son yıllarda yapılan çalışmalara göre ise, gebeliğin son trimesterinde durumluluk kaygı seviyesi ilk ve ikinci trimestere göre yüksek olarak tespit edilmiştir. Buna göre gebeliğin son trimesteri olmak üzere yaşanan kaygı, gebelik komplikasyonlarına zemin hazırlamaktadır (Qiano ve ark. 2012, Martini ve ark. 2010).

Düşük eğitim düzeyi, perinatal stresörler, olumsuz hayat koşulları, ailesel sıkıntılar gibi problemler gebelik boyunca anksiyete bozukluklarına sebep olmaktadır. Çalışmalara göre, kadınlarda anksiyete bozukluklarının özellikle doğurganlık döneminde daha fazla görüldüğü açıklanmaktadır. Gebeliğe ve perinatal stresörlere bağlı ortaya çıkan anksiyete, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemi ciddi şekilde etkilemektedir. Anksiyete bozukluğu olan gebelerde bulantı, sırt ağrısı, baş ağrısı normal gebelere kıyasla daha fazla görülmektedir (Sevil ve ark. 2004).

2.1.8. Anksiyete Bozukluklarının Biyolojisi

Oksitosin, anksiyete ve stres yanıtını düzenleyen hormondur. Düz kaslar, doğum ve süt salgılama süreci üzerinde etkili olduğu kadar beyinde eşleşme, annelik davranışları, yeme, içme, cinsel faaliyetleri düzenlemektedir. Anksiyete bozuklukların da cinsiyete dayalı biyolojik altyapıyı ele alırken gonad hormonlarının beyinde anksiyete ve duygudurumu düzenleyen bölgelerdeki etkileri incelenmelidir. Özellikle hipotalamus, amigdala, hipokampus, stria terminalis, locus ceruleus gonad hormonlarına ait reseptörlerin yoğun olduğu belirlenmiştir. Östrojen reseptörlerine östrojen bağlandıktan sonra bu reseptörler glukokortikoidler, troid, progesteron sentezini etkilemektedir. Klinik çalışmalarda anksiyete bozukluğu tanısı alan erkeklerin daha ender olarak korku ve kaçınma belirttiği bildirilmiştir. Stres kaynağı olarak kadınlar kişilerarası ilişki sorunlarını, erkekler ise parasal ve iş sorunlarını belirtmişlerdir.

Östrojenin anksiyolitik etkilerinin olduğu birçok deneysel ve klinik çalışma vardır. Overleri çıkarılmış sıçan ve primatlara verilen östrojen; kaçınma davranışını azaltmış, keşfetme davranışını güçlendirmiştir. Kadınlarda menopoz döneminde anksiyete belirtileri hormon replasman tedavisiyle azalmaktadır. Östrojenin bellek üzerine olumlu etkileri de kaçınma ve tehlike algısı düzeyinin düşmesinde etkili olmaktadır (Esel 2003).

2. 1. 9. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması

Ruh sağlığı problemleri arasında anksiyete bozuklukları en yaygındır ve kadınlarda erkeklerden daha sık görülür. Anksiyete bozuklukları için başlangıç yaşı tipik olarak doğurganlık çağı ya da daha öncesidir. Panik bozukluğun ilk atakları en sık geç adölesan çağından 30' lu yaşların ortasında ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden çok sayıda anksiyete bozukluğu olan kadın, hastalıklarının seyri boyunca gebeliği tecrübe etmektedir.

DSM – IV - TR ' de Tanımlandığı Şekil İle Panik Bozukluğun Ana Özellikleri

- Aşağıdakilerden dördü veya daha fazlası ile belirli yineleyici beklenmeyen panik ataklar
- Çarpıntı
- Terleme
- Titreme
- Nefesin kesilmesi
- Hava açlığı
- Bulantı
- Karında rahatsızlık hissi
- Baş dönmesi
- Uyuşma
- Sıcak basması
- Agorofobi varlığı ya da yokluğu
- Atakların sonuçlarına ilişkin endişe

DSM – IV – TR 'de Tanımlandığı Şekil İle Agorofobinin Ana Özellikleri

- Tiyatrolar
- Kuyrukta beklemek
- Küçük kapalı odalar
- Tüneller
- Köprüler

- Kalabalık ortam
- Mağazalar
- Otobüs, tren veya uçak ile seyahat etme

DSM – IV - TR' de Tanımlandığı Şekil İle Özgül Fobinin Ana Özellikleri

- Uyarının ani anksiyete tepkisine yol açması
- Fırtına
- Hayvanlar
- Uçma
- Yükseklik
- Enjeksiyon
- Korkunun anlamsız olarak değerlendirilmesi
- Kaçınma, endişe, sıkıntının önemli düzeyde işlev kaybı yaratması

DSM – IV - TR' de Tanımlandığı Şekil İle Sosyal Fobinin Ana Özellikleri

- Konuşmanın başlatılması veya sürdürülmesi
- Topluluk önünde konuşma
- Yüz kızarması, terleme gibi bulguların görünür hale gelecek şekilde küçük duruma düşme
- Korkulan sosyal ortamdan ya da performans gerektiren durumlardan kaçınılma

DSM – IV - TR' de Tanımlandığı Şekil İle Obsesif - Kompulsif Bozukluğun Ana Özellikleri

- Bulaşma
- Sıralama
- Dürtüler
- Cinsel düşlemler
- El yıkama
- Sıralama
- Yineleyici kuşkular
- Dua etme
- Kontrol etme
- Sözcüklerin yinelenmesi

DSM – IV - TR ' de Tanımlandığı Şekil İle Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Ana Özellikleri

- Endişenin kontrol altına alınmasında zorlanma
- Endişenin aşağıdaki bulguların en az üçüne eşlik etmesi
- * Aşırı heyecan ve sabırsızlanma
- * Kolay yorulma
- * Düşüncelere yoğunlaşmada zorluk çekme
- * Uyku bozukluğu
- * Kas gerginliği

DSM – IV – TR ' de Tanımlandığı Şekil İle Ayrılma Anksiyetesinin Ana Özellikleri

- 18 yaşından önce başlaması
- En az dört haftalık süre
- Ayrılık beklendiğinde baş ağrısı, mide ağrısı ve bulantının görülmesi
- Evden ayrıldığında aşırı anksiyete duyma
- Bağlandığı kişilerin zarar göreceğine ilişkin endişe
- Evde tek başına kalma korkusu (Kaplan ve Sandock' s 1995).

2. 1. 10. Anksiyete Bozukluklarında Tedavi

Yaygın anksiyete bozukluğunda 5 – hydroxytrptamine (5HT) agonisti Buspiron' un oldukça etkili olduğu gösterilmiştir. Selektif serotonin re - uptake inhibitörlerinin (SSRI) bütün anksiyete ve depresyon tiplerinde etkili oldukları belirlenmiştir. Anksiyete bozukluklarında ilaç tedavileri ile ilgili panik bozuklukta birinci sırada SSRI' lar yer alır. İkinci seçenek olarak ilk haftalarda SSRI ve alprazolam kombinasyonu sonrasında venlafaksin, TCA ilaçlar arasında klomipramin ve imipramin planlanabilir. Yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde buspiron, SSRI' lardan paroksetin, sitalopram, essitalopram, SNRI' lardan venlafaksin etkinliği bilinmektedir. Panik ve yaygın anksiyete bozukluğu tedavisinde ise antikonvülzan ilaçlar vardır. Sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde; SSRI, SNRI' lar arasında venlafaksin, geri dönüşlü monoaminooksidaz inhibitörü (MAOI) moklobemid olarak kullanılmaktadır. Sosyal fobide β - blokerler ise, taşikardi, titreme, terleme gibi belirtilere karşı önleyici olarak ilk tercih edilmesi gereken ilaçlardır. Travma sonrası ise, mirtazapin, nefazodon ve venlafaksin kullanılır. Obsesif - kompulsif bozukluk tedavisinde ise SSRI ilaçlar yan etkilerinin az olması nedeniyle yüksek dozlarda kullanılır. Tedaviye yanıt yetersiz ise Triptofan, Fenfluramin, Lityum, Pindolol, Buspiron gibi ilaçlar tedaviye katılabilir (Aslan ve Yüksel 2006).

Anksiyete bozukluklarında psikoterapi dört farklı şekilde uygulanabilir:

Çözümleyici psikoterapi: Sıkıntının bilinçdışı kaynakların incelenmesi ile hastaya çözüm bulunmasını amaçlamaktadır.

Destekleyici psikoterapi: Sıkıntının bilinçli sorunlara çözüm yolları üretilerek, hastaya rahatlatıcı yollar bulunmaya çalışılır.

Bilişsel - davranışçı sağıaltım: Hastanın sıkıntı öncesi ve sonrası beklenti ve algılarının irdelenmesidir.

Gevşeme yöntemleri: Hastanın solunum ve gevşeme egzersizlerine yönlendirilerek rahatlaması sağlanmalıdır (Öztürk 2004).

2. 1. 11. Gebelik ve Anksiyete Bozuklukları

Gebelikte anksiyete bozukluklarıyla ilgili trimasterlere dayandırılmış çalışma yoktur. L. Anderson ve ark. antenatal ve postpartum depresyon ile anksiyete bozukluğunun ilişkisini araştırmak amacıyla PRIME - MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) ölçeğı ile yaptıkları çalışmada gebeler için anksiyete bozukluğu oranını %18,4 olarak belirlemişlerdir (Anderson ve ark. 2004).

Eskiden gebelerin anksiyete bozukluğu açısından düşük riskte olabileceğı sanılırken, bu verinin aksine panik bozukluk ve anksiyete bozuklukları açısından riskte olduğı görülmektedir. Gebelikten önce anksiyete bozukluğu tanısı konan kadınlarda, gebelikleri sırasında semptomlarda azalma görülse de çoğunda devam etmektedir. Gebeliğın, panik bozukluk için koruyucu bir etkisi, OKB (Obsesif Kompulsif Bozukluk) için ise tetikleyici bir etkisi olduğı kanısı bilinmektedir (Williams ve Koran 1997, Gavin ve ark. 2005).

Yapılan araştırmalara göre gebelik ve postpartum dönemde seks hormon konsantrasyonlarındaki değışikliklere; sosyal destek eksikliği, eş ile ilişkide problemler, günlük hayattaki stresli olayların neden olduğı bildirilmiştir. Dolaylı yoldan etkileyen faktörler ise, genetik, biyolojik değışkenler, hormonal değışim, gebelik dönemindeki depresyon, psikososyal stresörlerdir. Bazı hormonların geri çekilmeleri de araştırmıştır. β - endorfin geri çekilmesi olan kadınların mizaç değışikliğine daha yatkın oldukları bildirilmiştir. Östrojen konsantrasyonundaki doğum sonrası ani düşüşü ise, postpartum psikiyatrik tablo ile özdeşleştirilir (Gavin ve ark. 2005).

2. 1. 12. Gebelik Anksiyetesinin Sonuçları

Bergh ve Marcoen, 2003 yılında yapmış olduğı araştırmada, göre anne anksiyetesinin fetüse etkisinin, gebelikte sigara kullanımından daha fazla olduğı saptamıştır. Araştırma sonuçları gebelikteki anksiyetenin; nöroendokrin reaksiyonlar, fetüsün beyin gelişimini, dikkat eksikliği, hiperaktivite, davranış bozukluğu gibi problemlere de yol açtığını ortaya çıkarmıştır. Gebeliğın 12 - 22 haftaları arasında anne anksiyetesinin, çocuğın 8 - 9 yaşlarındaki ruhsal bozukluklarına temel oluşturabileceğı düşünölmektedir (Van den Bergh ve Marcoen 2004).

Çalışmalar, gebeliğinde anksiyete bozukluğu görülen kadınlarda postpartum süreçte depresyona yakalanma oranında artış olabileceğini belirtmektedir. Bu yüzden gebelikte anksiyete bozukluklarına dair tanının erken konulması, postpartum dönemde rastlanabilecek ruhsal problemlere karşı tetikte olmayı sağlayacaktır. Tanı konulamamış ve tedavi edilememiş anksiyete bozuklukları, prematür doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebekler gibi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (Sutter ve ark. 2004).

Gebelikte, anksiyetenin en önemli faktörleri arasında, bebeğin sağlık durumu, doğum şekli ve doğum süreci ile ilgili kaygılar da yer almaktadır. Kaliforniya’ da gebelik anksiyetesi olan kadınlarda düşük riskinde artışların meydana geldiği belirlenmiştir. Finlandiya’ da ise hipertansiyon ve preeklampsinin sebebi olarak gebelikteki anksiyete sorumlu tutulmuştur (McCubbin ve ark. 1996).

Yapılan çalışmalar, durumluluk kaygısında ortaya çıkan yüksek skorların gebelik süresini kısalttığı bulunmuştur. Son on yılda yapılmış çalışmalar kaygının kötü obstetrik sonuçlara neden olduğunu göstermiştir. Yakın zamanda yapılan çalışmalara göre ise, gebelik sürecinde yüksek anksiyeteye sahip gebelerin daha düşük anksiyeteye sahip gebelere kıyasla erken doğum yaptıkları saptanmıştır. Gebeliğin üçüncü trimesterinde kadın, hastaneye yetişememe korkusu, doğum zamanına ilişkin korkuları sıklıkla yaşayabilmektedir. İlk trimesterde yaşadığı ambivalan duyguları tekrar yaşamaya başlamaktadır (Wadhwa ve ark. 1993, Hedeard ve ark. 1996).

Gebelik dönemi boyunca tedavi edilmemiş anksiyete; gestasyon haftasına göre düşük Apgar skorları, fetal hemodinami, preeklampsisi, erken membran rüptürü, servikal diskinezi, sezeryan ile sonuçlanmaktadır. Gebelerde kaygı ve depresyon belirtileri aynı anda görülüp bedensel belirtilerle karışabilmektedir. Kaygı artışının depresyona sebep olduğu ve özkıyım riskini arttırdığı belirlenmiştir. Gebe kadınlarda, uyku ve iştah değişiklikleri, enerji ve istek kaybı gibi majör depresyonla örtüşen bir çok belirti olması nedeniyle gebelikte depresyon tanısı konulması güçleşmektedir (Kurki ve ark. 2000).

2. 1. 13. Gebelik Anksiyetesinde Sağlık Personelinin Rolü

Kaygıya yönelik problemlerin çözülmesinde; kadının olayı kavraması, başa etme yöntemleri ve destekleyici kişilerin niteliği önem kazanmaktadır. Kadının gebelik sürecinde yanında olan en önemli destekleyicisi ebe ve hemşirelerdir. Ebe ve hemşirelerin doğum öncesi ve sonrasında üstlenmiş olduğu bakım, eğitim, danışmanlığının yanında kadının yaşadığı anksiyeteyi de çözme sorumluluğu vardır.

Ebeler ve hemşireler her prenatal kontrollerde, hem kadına hem de ailesine ihtiyaçlarına olan konularda danışmanlık yapmalıdır. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları; eğitim, gevşeme, solunum teknikleri gibi konularla giderilmeye çalışılmalıdır. Krize neden olacak düzeyde aile ve kadının kaygı yaşadığı durumlarda ise ebe - hemşire, ailenin stres yaratan kaynaklarını açıklamalarına teşvik etmeli ve geçmişte hangi baş etme mekanizmalarını kullandıklarını araştırmalıdır (Sertbaş 1998).

2. 2. STRES

Stres kelimesi , insanın fizyolojik, biyokimyasal, psikolojik zorlanmalarda yaşadığı tüm bedensel olaylar toplamıdır (Baltaş 2006). Stres Latince’ de “estricia”, eski Fransızca’ da “esterce” kelimelerinden gelmektedir. Stres 17. yy’ da “felaket, musibet, bela, keder” gibi anlamlarda kullanılırken 18. ve 19. yy’ larda güç, baskı, zor gibi anlamlar insanlara yönelik kullanılmıştır. 20. yy’ da ise stres; bedensel, psikolojik hastalıkların sebebi olarak düşünülmüştür. İnsan toplumsal ortama uyum sağlamak için çeşitli yollar deneyip, çözümler üretmektedir. Bu çözümler netice vermezse kişide; bedensel, ruhsal belirtiler ve yakınmalar meydana gelmektedir (Torun 1997).

1842’ de İngiliz hekim Thomas Curling; ağır bir yanık vakasında, 1867’ de cerrah Albert Billreth enfeksiyon sebebi ile yapılan bir müdahaleden sonra, strese ait belirtilerin ortaya çıktığını aktarmışlardır (Baltaş 2006). 1867’ de Claude Bernard stresi, “organizmanın dengesini bozan uyaranlar” olarak tanımlamıştır. Alman fizyoloğu Pflüger ise stresi, “insanın ihtiyaçlarını karşılamak için zararlı etkenlerden korunması” olarak yorumlamıştır (Köknel 1990). Cüceloğlu’ na göre, stres, "bireyin fizik ve sosyal çevredeki uyumsuz koşullar nedeniyle, bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayrettir" (Cüceloğlu 1994). Luis Pasteur ise, yatağa düştüğünde “insanı hasta eden unsur mikrop değil, dengenin bozulmasıdır” demiştir. Sir William Osler 1910 yılında kalp hastalığına yakalananların “endişeli kimseler” olduklarını ifade etmiştir (Bıdzınka 1984). 1950 yılında Hans Selye “adaptasyon sendromu” kavramını spesifik ve non - spesifik etkiler olarak ikiye ayırmıştır (Katz 1990). Lazarus 1960 yılında stresi, insanın yaşadığı ortamla arasındaki ilişkinin organizmada yarattığı tepki olarak; 1974 yılında Hause de, insanın sürekli yaptığı davranış kalıplarının yetersizliği olarak; 1976 yılında Mandler ise, “zararlı etkenlerin organizmadaki rolü” olarak; 1984 yılında Hann ise, insanın yaşadığı ortamı kötü olarak değerlendirmesi olarak tanımlamışlardır. Günümüzde ise stres iki şekilde tanımlanmaktadır: Biri organizmaya zarar veren etkenler diğeri ise, organizmada ortaya çıkan olumsuz değişikliklerdir. Akademik çalışmalarda ise stresin ‘psikolojik bir kavram’ olarak ele alınmasının sebepleri vardır. Bunlardan bir tanesi stresin, ’endişe, gerginlik, çatışma, duygusal çöküntü, benlik ve güvenliğin tehdidi’ gibi unsurları toplayıcı özelliğe sahip olmasıdır. Bir diğer sebep ise, stres kavramının psikolojik olayların fizyolojik belirtileri ile bağlantı kurulmasını kolaylaştırmasıdır (Baltaş 2006).

2. 2. 1. Stresin Çeşitleri

Stres günümüze ait yeni bir durum değildir. Mağara devrinde yaşayan insan da karnını doyurmak için ele geçireceği avını bulmak, saklamak ve korumak için stres hissediyordu. İnsanda stres tepkisi yaşatan durumları esas olarak üç grupta toplamak mümkündür. Birincisi, fizik çevreden kaynaklananlar: sıcaklık, toz, radyasyon, hava kirliliği, gürültü. İkincisi, iş ve meşguliyet konusundan kaynaklananlar: ağır iş, gece işi, zaman baskısı altında çalışma, hiçbir şeye katkı yapmaya imkan bırakmayan işler vb. Üçüncüsü de, psiko - sosyal özelliklerden kaynaklananlar: İnsanın hayatında karşılaşılan sosyal stresler üç ana başlık altında toplanabilir:

1. Günlük stresler: Bu stresler günlük hayatın basit gerilimleridir. Çeşitli durumlar ve olaylar karşısında kişilerin birbirleriyle çelişen amaçları sebebiyle ortaya çıkarlar. Ağlayan çocuk, yanan yemek, evde işlerin aksaması.

2. Gelişimsel stresler: Gelişimsel nitelikteki olayların sebep olduğu çocuk veya yetişkinin kronolojik durumu ile ortaya çıkan gelişimlerdir. Çocuklar için bu gelişim basamaklarının sağlıklı bir şekilde yaşanmaması olumsuz stres etkilerine neden olur. Gelişim krizleri; fizyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimleri kapsar. Fizyolojik olarak 1. yılın sonundaki hareketliliğin kazanılması, 11 - 13 yaşlarında ergenlik, orta yaşın sonlarında menopoza ve andropoz vb. Psikolojik olarak; 3 yaşın sonunda bilincin oluşması, 0 - 3 yaşlarında kendi kendinin farkında olma, 11 - 12 yaşlarında sembollerle akıl yürütme. Sosyal alanda; çocuğun okula başlaması yetişkinlikte iş hayatına geçiş vb.

3. Hayat krizleri niteliğindeki stresler: Hayata biçim verecek nitelikteki streslerdir. Örneğin; ciddi hastalıklar, doğum, aile bireylerinden birinin ölümü, işten çıkarılma vb. (Kocabaşoğlu ve Başer 2008).

2. 2. 2. Stres Etmenleri (Stresörler)

Stresörler üç grupta incelenmektedir.

Birincisi, fiziksel: travma, nem, ısı, çevre kirliliği, cerrahi girişimler gibi. İkincisi, sosyal: birey çevre çatışması. Üçüncüsü, psikolojik: fiziksel ve sosyal etmenlerin sonucu olarak ortaya çıkan etmenlerdir. Örneğin, hayal kırıklığı gibi, Selye, stresi hoş giden etmenlerin oluşturduğu “eustress” ve hoş gitmeyen etmenlerin oluşturduğu “distress” diye ikiye ayırmıştır. Daha sonra klinik, fizyolojik, farmakolojik çeşitli sınıflamalar yapılmıştır. Bugün en sık kullanılan stres sınıflaması dört şekilde yapılmaktadır. Birincisi, anlık stres; ikincisi, akut kontrol edilebilen stres; üçüncüsü, akut kontrol edilemeyen stres; kronik kontrol edilemeyen stres (Baltaş 2006).

Organizma fizik ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesiyle alarm tepkisinin ortaya çıkmasına sebep olur. Bozulan dengenin yeniden kurulması için yeni duruma uyum sağlanması gerekir. Genel uyum belirtisinin üç basamağı vardır.

a) Alarm reaksiyonu: İnsanın veya hayvanın dış uyaranı stres olarak algıladığı dönemdir. Organizma bu dönemde şoka girer. Şok döneminde vücut ısısı ve kan basıncı düşer, kalp duracakmış gibi olur. Organizma bu dönemden sonra fizyolojik girişimlerde bulunur.

b) Direnç dönemi: Alarm reaksiyonu sırasında artmış olan doku katabolizmasına karşı direnç dönemi anaboliktir. Stres etmeni varlığını sürdürmesine karşı, beden normalin üstünde dirençli durumdadır. Direnç dönemi etmenin gücüne, beden adaptasyon yeteneğine ve enerjisine bağlıdır. Stres etmeni sürdüğü sürece adaptasyon sürüp gidemez. Yiyecek tüketiminde pek değişiklik olmadığı için salt kalorik enerji olarak tanımlanamayan adaptasyon enerjisinin tükenmesi ile üçüncü dönem başlar.

c) Tükenme dönemi: Stres verici olay çok ciddi ise organizma tükenme basamağına gelir. Uyku ve dinlenme vücudu onarabilir ama başa çıkılamayan stresler karşısında uyum enerjisi biter. Bunların ardından tükenme nöbetleri görülür ve hastalıklara açık olunan geri dönüşü olmayan izler organizmaya kazınmaktadır. Selye yıkımı adaptasyon hastalığı

olarak vurgulamıştır. Selye' ye göre streslere karşı koyularak genel uyum belirtisi çalışıyor demektir. Bu açıdan psikosomatik sonuçların ortaya çıkmasında üç önemli faktör vardır. Bunlar; stresin şiddeti, kronikleşmesi ve genel uyum belirtisinin hangi aşamada olduğudur (Baltaş 2006).

2. 2. 3. Gebelikte Stres

Gebe kadınlarda depresyon, anksiyete, stres bulguları günümüzde sıklıkla görülmektedir. Planlanmamış gebeliklerde ve strese duyarlı bireylerde, gebelikte strese sebep olarak açıklanmaktadır. Maternal stres hipotalamustan kortikotropin relasing hormon (CRH) salınımını artırır. Hipotalamustan salgılanan CRH, hipofizden adrenokortikotropin (ACTH) salınımını uyarır ve ACTH' da böbrek üstü bezinden glikokortikoid salınımını artırır. Glikokortikoidler vücudun her hücresinde pek çok etkiye sahip olup, immün sistemde sitokin ve büyüme faktörlerinin salınımı üzerinde etkilidir. Dolayısıyla strese bağlı oluşan hiperkortizolemi plasenta ve fetusta etkili pek çok faktöre etki ederek gebeliği etkileyebilmektedir. Erken doğumu tek bir etkene bağlamak olanaksız olup, en önemli nedenleri olarak sosyal ve psikolojik stresler gösterilmektedir. Ancak strese bağlı artan CRH erken doğum riskini arttırabilmektedir. Maternal stresin ilk olarak preeklampsi, düşük doğum ağırlıklı bebeklere yol açtığı; ileriki dönemlerde ise çocuklarda Tip II diyabet, obezite, hipertansiyon olasılığını arttırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Maternal stresin düşük doğum ağırlıklı bebekler ve preeklampsi riskinin artmasına yol açtığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. İnsanlarda stres altında olan annelerden doğan çocukların uzun dönemde sinirlilik, konsantrasyon bozukluğu gibi davranış bozukluklarının olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Woods ve ark. 2010, Carolan - Olah ve Barry 2014).

2. 2. 4. Prenatal Stresin Etkileri

2. 2. 4. 1. Stresin Gebelik Üzerine Etkileri

Yapılan bir çalışmada, gebeliğin erken döneminde yoğun strese maruz kalan kadınlarda gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsinin daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Amerika' da yapılan bir başka çalışmada ise, 32 yaşından büyük gebelerde stres sebebiyle düşük olasılığının 2 - 3 kat arttığı ortaya çıkmıştır. Gebelik süreci; kadının vücudunda, duygularında ve yaşam tarzında değişikliklerin ortaya çıktığı özel bir dönemken bu sürece stresin de eklenmesi gebe bir kadın için rahatsız edici olabilmektedir. Gebelik sürecinde ki hormonal değişimler ya da gebeliğe ait bulantı, kusma, sık idrara çıkma, ellerde ve ayaklarda şişlikler gibi belirtilerde gebe için stres kaynağı olabilmektedir (Carolan - Olah ve Barry 2014).

2. 2. 4. 2. Stresin Gelişmekte Olan Beyin Üzerine Etkileri

Beyin gelişim sürecinde kortikosteroidlerin (KS) cerebellum ve nukleusta granül hücrelerinin nöral mitozu baskıladığı, glial hücre bölünmesine bağlı gelişen miyelinizasyonu yavaşlattığı bildirilmektedir. Kortikosteroid verilen deneklerde beyin ağırlığı düşüklüğü ve düşük DNA içeriği olduğu söylenmektedir. Sıçanlarda kortikosteroidler ise, sosyal davranış değişikliği ve sosyal davranışları öğrenmede bozukluklara neden olmaktadır. Erken dönemde kortikosteroidler hem işitsel hem de

görsel gelişimsel gecikmelere sebep olmaktadır. Bazı stres etkenleri nöral bölünme, farklılaşma ve miyelinizasyon da değişime neden olacak bir stres cevabı geliştirmektedirler (Karabekiroğlu 2007).

2. 2. 4. 3. Prenatal Stresin Perinatal Sonuçlar Üzerindeki Etkileri

Yakın zamanda yapılan çalışmalar, stresin patolojik doğum sonuçları insidansı ile bağlantılı olduğunu göstermektedir. Literatürde, yüksek düzeyde stresin, gebelik süresinin kısalmasına neden olacağını belirtmiştir. Sable ve Wilkinson ise, gebeliği boyunca strese maruz kalanların düşük doğum ağırlıklı bebek riski taşıdığını vurgulamıştır. Diğer yazarlar ise, akut stresin, gebelik süreci ve preterm doğum üzerinde etkili olduğunu belirtmiştir. Biyolojik stres ölçümlerindeki maternal kortizol seviyeleri, düşük doğum ağırlığı ve kısa boy ile ilişkilendirilmiştir. Diğer çalışmalar ise, stresin özellikle sezeryan ve preeklampsi ile de ilgili olduğundan bahsedilmiştir. Yüksek maternal stres düzeyi, doğum sürecindeki anestetik kullanım ile de önemli derecede ilgilidir (Rallis ve ark. 2014).

2. 2. 4. 4. Prenatal Stresin Nörogelişimsel Sonuçlar Üzerindeki Etkileri

Yapılan çalışmalar prenatal stresin fetal beyin büyümesi üzerine bir etkisi olduğunu göstermiştir. Ancak son zamanlarda yapılan çalışmalar, algılanan stres ile fetüste baş çevresi arasında herhangi bir ilişki bulmamıştır. Ayrıca yazarlar, şiddetli stres düzeyinin kraniyal - nöral aksta malformasyonlara neden olduğunu belirtmiş, stresin organogenez esnasında kalıcı hasarlara neden olabileceğinden bahsetmişlerdir. Bu yazarlara göre, stres organogenez esnasında kalıcı hasara neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalar, gebeliğin başlangıcında stres yaşayan kadınların konjenital anomali açısından risk altında olduğunu ileri sürmüştür. Yine başka bir çalışmada ise, stresli olayların düşükler üzerindeki etkisinden bahsedilmiştir (Philippe – Graignic ve ark. 2014).

2. 2. 4. 5. Prenatal Stresin, Fetüs ve Çocuktaki Duygusal Gelişim Üzerindeki Etkisi

Çalışmalar da, gebelik esnasındaki pozitif yaşam değişiklikleri puanı yüksek olan annelerin bebeklerinin, negatif yaşam değişiklik puanı olan annelerin bebeklerine göre daha fazla ağladığı rapor edilmiştir. Gebeliğin geç döneminde kortizol seviyesi yüksek olan annelerin bebeklerinin daha fazla rahatsızlık gösterdiği ve negatif yüz ifadeleri olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bu çocukların mizaçları hakkındaki raporlarda, duygusal durum ve aktivitelerde yüksek puan aldığını, bu puanlardaki en büyük farklılığın ise 1 - 7 haftalık bebeklerde olduğu belirtilmektedir. Yine yapılan çalışmalar, yüksek seviyedeki durumluluk ve sürekli anksiyete de olan gebelerin, bebeklerinin 2 - 4 günlük iken yüksek aktivite, 1 haftalık iken ağlama, 7 aylık iken zorlu bir mizaç gösterdiği, çocuklukta ise anksiyeteye sebep olduğu tahmin edilmektedir (Glover 2014).

2. 2. 4. 6. Prenatal Stresin, Çocuklarda ve Ergenlerde Davranışsal Gelişimi Üzerindeki Etkisi

Gebelikte duygusal maternal durumun, fetal beyin gelişimi üzerinde ve sonrasında da çocuğun davranışları üzerinde bir etkisi olduğu ifade edilmektedir. Yapılan çalışmalar, prenatal duygusal şikayetlerin ilk trimesterde erkek çocuklarda içselleştirme ve davranışsal problemler, üçüncü trimesterde ise kız çocuklarında hem içselleştirme

(geri çekilme, somatik şikayetler) hem de dışsallaştırma (suçluluk, saldırganlık) davranışsal problemler ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bazı yazarlar, savaş gibi majör stresli olayları ele almış ve 1967 Arap - İsrail savaşının gebelik ve çocuk gelişimi üzerindeki etkilerini ele almıştır. Bu savaş esnasında stresli olan gebelerin çocuklarında erken dönemde gelişimsel gecikmelere geç dönemlerde ise çocukta duygusal problemlere yol açtığını bulmuştur (Philippe – Graignic ve ark. 2014).

2. 2. 4. 7.Prenatal Stresin Psikopatoloji Üzerine Etkileri

Çalışmalara göre, erken dönem postnatal karakteristikler prenatal dönemde ortaya çıkmaktadır. Başka bir çalışmada ise, 6 - 12 yaş arası çocuklarda prenatal stres ile ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) arasında bir ilişki rapor etmişlerdir. Yapılan çalışmalar, gebelikteki anksiyetenin, 8 - 9 yaş çocuklarında çapraz durumsal ADHD semptomlarının %22, sorunların dışsallaştırılmasının %15 ve anksiyete düzeyinin %9 olduğu bildirilmektedir. Özellikle gebeliğin 25 ile 28. haftaları arasında prenatal stres, otizm veya şizofren gibi gelişimsel bozukluklar ile ilişkilendirilmektedir. Louisiana eyaletindeki kasırgadaki fırtınaların otizmin yaygınlığı üzerindeki etkisini araştırmak için incelemelerde bulunulmuştur. Buna göre, en yüksek otistik bozukluk yaygınlığı gebeliğin son trimesterinde kasırgaya maruz kalanlarda olduğu rapor edilmiştir (Mulder ve ark. 2002).

2. 2. 5. Prenatal Stresle Başa Çıkma

Stres bir süreç olarak ele alındığında, olayları değerlendirme şeklimizden, düşüncelerimize, duygularımızdan davranışlarımıza kadar pek çok boyuttan oluşur. Stresle başatmenin en iyi yolu, kişinin kendisinde strese sebep olan şeyleri farkedip kontrol altına almasıdır. Literatürde stresle başa çıkma davranışlarının iki genel isim altında toplandığı görülmektedir. Bunlar, sorunlu insan - çevre ilişkisinin, problem çözme, karar oluşturma ve / veya hareket yoluyla kontrol edilmesi için kullanılan "**problem odaklı başa çıkma**" (aktif başa çıkma, planlama, rekabetçi etkinliklerle bastırma, amaca yönelik sosyal davranışlar) ve duyguların ya da sıkıntının düzenlenmesini, karşılaşılan taleplerin sonucu olarak hissedilen gerginliğin azaltılmasını amaçlayan "**duygu odaklı başa çıkma**" (duygusal sosyal destek alma, odaklanma ve duygularını dışa vurma, olumlu yönde yorumlama, kabullenme, reddetme, dua - ibadet etme) örüntüleridir (Alimoğlu 2010). Başa çıkma dinamik bir süreçtir. Gebeliğin 40 haftalık periyodu boyunca kadınlar bu zorlu süreçte çeşitli başa çıkma stratejileri kullanırlar. Kadınların gebelik esnasında stres ile başa çıktığını araştıran bir çok çalışmada özel kadın grupları incelemeye alınmıştır. Örneğin, ikinci trimester gebeleri karşılaştıran bir çalışmada, gebelik öncesi diyabeti olan kadınların, gestasyonel diyabeti olan kadınlara veya diyabet geçmişi olmayan kadınlara kıyasla problem odaklı başa çıkma yöntemlerini kullandıkları, duygu odaklı başa çıkma yöntemlerini kullanmadıkları belirtilmektedir. Gebeliğin ikinci trimesterinde ve preterm doğum riski olan kadınlar üzerindeki yapılan bir çalışmada, kadınların sosyal destek arama, planlama ve problem çözme yöntemlerini kullanarak bu süreçle başa çıktıkları gözlenmiştir. Yine yapılan bir çalışmada, ilk gebeliği olan kadınların duygu odaklı başa çıkma stratejilerini, ikinci ve üçüncü trimesterinde olan kadınların ise problem odaklı başa çıkma stratejilerini kullandıkları belirlenmiştir. Gebeliğin ikinci yarısında yüksek risk altındaki gebelerde,

Prenatal Başa Çıkma Ölçeği kullanılarak yapılan araştırma sonuçlarına göre kadınlar dua - ibadet etme, hazırlanma, kaçınma, pozitif değerlendirme baş etme yöntemlerini en çok kullanmışlardır. Yapılan başka bir çalışmada ise; ilk trimesterde kaçınma, ikinci trimester da dua - ibadet etme ve gebelik süresince de hazırlık başa çıkma yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir. Bu bulgular ışığında kadınların, gebeliğin ilk trimesterindeki düşük yapma riski gibi zorlukları yönetmek için manevi ve kaçınma başa çıkma yöntemleri kullandıkları, gebelik süresince devam eden ebeveynlik hakkındaki stres etkenleri ile de başa çıkmak için hazırlık başa çıkma yöntemini kullandığı söylenmektedir. Başa çıkma yöntemlerinin maternal fiziksel sağlık ve doğum sonuçları ile de ilgili olduğu gösterilmiştir. Örneğin, başa çıkma yöntemlerini kullanan kadınlar gebelik süresince kendilerine iyi baktıkları rapor edilmiştir. Ancak başa çıkma yöntemlerinin duygusal bağlantı ve ilişkilerini inceleyen araştırmalarda, başa çıkma yöntemlerinin fiziksel etkileri her zaman tutarlı değildir. Örneğin, normal gebelikleri olan kadınlar ile yapılan bir çalışmada, psikolojik semptomlar (bulantı, yorgunluk, konsantrasyon bozukluğu vb.) duygu odaklı başa çıkma yöntemine kıyasla problem odaklı başa çıkma yöntemleriyle ilişkilendirilmiştir. Spesifik bir başa çıkma stratejisi, bireysel karakteristiklere ve çevresel şartlara bağlı olduğu görülmektedir. Örneğin, manevi başa çıkma yöntemi, normal gebeliği olan kadınlar arasında depresyon, anksiyete ve durumluk anksiyete ile ilişkili iken, riskli gebelikleri olan kadınlarda ise dua - ibadet etmenin duygusal distress ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Lobel ve ark. 2008).

2. 2. 6. Stres Kaynaklı Obstetrik ve Neonatal Komplikasyonların Önlenmesi

ACOG, obstetrik ve neonatal komplikasyonların etyolojisinde ki psikolojik risk faktörlerinin önemini kabul etmektedir. Bu psikolojik faktörler; maternal hastalıklar, enfeksiyonlar, teratojenlere maruziyet, preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı bebekler oluşturmaktadır. Ayrıca gebelik sonuçları etyolojisinde önemli olarak belirlenen risk faktörleri ise; istenmeyen gebelikler, beslenme, tütün kullanımı, madde kullanımı, depresyon, şiddet, stres gibi faktörleri içermektedir. Yapılan çalışmalar, prenatal bakımın obstetrik komplikasyonları önleme ve azaltmada etkin olduğunu göstermektedir. Ickovics ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada prenatal bakım alan gebelerin üçüncü trimester de özsaygılarının arttığını, streslerinin azaldığını ve sosyal çatışmalarının azaldığını belirtmişlerdir (Cardwell ve ark. 2013, Ickovics ve ark. 2011).

2. 2. 7. Gebelikteki Strese Yönelik Sağlık Personelinin Rolü

ACOG, gebelik süresince psikolojik risk faktörleri için her trimesterde en az bir defa sosyo - ekonomik statü, ırk, etnisite ve doğum sayısından bağımsız olarak tüm gebelerin taranmasını önermektedir. Sağlık personeli psikolojik faktörlere müdahalede yetersiz olacağını düşündüğünde mutlaka sevk etmelidir. Bu kadınlarda muhtemelen depresyon, anksiyete veya PTSD gibi önceden var olan rahatsızlıklar vardır. ACOG tarafından tavsiye edilen en önemli stres azaltma yöntemi egzersizdir. Stres kaynaklı komplikasyonların taranması, bebeğin doğumu ile sona ermemeli postpartum dönemde de anneler taranmalı ve ev ziyaretleri ile kontrol edilmelidir (Cardwell ve ark. 2013).

Doğum öncesi dönemde stres, tedavi edilmediği sürece doğum sonrası süreçte de devam etmektedir. Bundan dolayı kadınlara, gebelik ve doğuma yönelik fizyolojik ve

psikososyal adaptasyonun sağlanması, gebeliği sürdürme ve izleme, prenatal tanı yöntemleri hakkında bilgi gereksinimi, önceden var olan ya da gebelikle birlikte oluşan sağlık sorunları, doğum eylemine ilişkin bilgi gereksinimi, yeni doğana ilişkin sağlık sorunları, lohusa bakımı gibi konularda sağlık personelinin duyarlı olması gerekmektedir (Karakuş 2007).

Gebelik süreci toplum sağlığını etkilediğinden bu dönemde sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Gebeliğin takibi, ebeveyn rolüne hazırlık ve doğum öncesi eğitimlerle ebe ve hemşireler tarafından sunulan eğitimler önem kazanmaktadır (Aybaş 1997).

Ebe ve hemşirelerin doğum öncesi ve sonrası bakım, eğitim, danışmanlık sorumluluğunun yanı sıra bireydeki anksiyetenin tanınıp çözülmesi sorumlulukları da vardır. Ebe / hemşirelerin anneye duygusal destek verebilmesi için, gebeliğin kadın ve ailesinin yaşamındaki yerini araştırması, olumlu ve olumsuz duyguların açıklanması için anneyi desteklemesi, ambivalan duyguları bilmesi gerekir (Dülgerler ve ark. 2005).

Gebe kadın ve ailesi krize neden olacak düzeyde stres yaşıyor ise ebe / hemşirelerin görevi gebelerin pozitif baş etme davranışları geliştirmesi için teşvik etmesi, ailenin stres kaynaklarını açıklamasına imkan verilmesi, ailenin yanında olduğunu hissettirmesi, çevresel stresörlerin düzenlenmesi, ailenin yaşamındaki stresörleri belirleyip bunlara yönelik girişimlerin planlanması, gebelik süresince aileyi bekleyen değişim ve olaylar konusunda eğitim verilmesi şeklinde sıralanabilir (Şen 2006).

2.3. DEPRESYON

İnsanın ruhsal yaşamında bilişsel (algılamak, tanımak, değerlendirmek, zamana oturtmak, neden - sonuç bağlantıları vb.) süreçler, duygusal (neşe, üzüntü, öfke, kin, nefret, korku, bunaltı, kaygı vb.) süreçler vardır. Duygulanım bozuklukları çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Yunan ve Latin kitaplarında ağır çökkünlük ve taşkınlık nöbetleri geçiren kişiler tanımlanmaktadır. Melankoli kelimesini ilk olarak M. Ö 5. yy' da Hipokrat kullanmıştır. Orta Çağda ise ruhsal çökkünlüğü İbni Sina tanımlamıştır. Kraepelin ise melankolinin tür ve belirtilerini psikoz depresif adı altında toplamıştır. Amerikan Psikiyatri Derneği (DSM – IV – TR) tarafından yayınlanmış olan Mental Bozuklukların İstatistiksel ve Diyagnostik El Kitabı' nda duygu durum bozuklukları 3 kısma ayrılmıştır. Birinci kısım duygudurum bozuklukları tanısını koymada kolaylık sağlaması için duygudurum epizodları (Majör Depresif Epizod, Manik Epizod, Mikst Epizod ve Hipomanik Epizod) kullanılmaktadır. İkinci kısım duygudurum bozuklukları (Depresif bozukluklar, bipolar bozukluklar, genel tıbbi bir duruma bağlı duygu durum bozukluğu, madde kullanımının yol açtığı duygu durum bozukluğunu) kapsamaktadır. Üçüncü kısım ise, en son duygu durum epizodunu ya da tekrarlayan epizodların gidişini tanımlayan belirleyicileri içermektedir. Depresyon terimi, normal ve nörotik kişilerdeki mizaç bozukluğunu, motor retardasyon, kilo kaybı ve iştahsızlık, umutsuzluk, değersizlik hissi, intihar düşüncesi gibi öznel belirtileri içerir.

Depresyon gelişmiş ülkelerde başlıca halk sağlığı sorunlarından biridir. Depresyonun 2020 yılına gelindiğinde "İşlev Kaybına Uyarlanmış Yaşam Yılı" (Disability Adjusted Life Years - DALY) bağlamında ikinci en önemli sağlık problemi olacağı tahmin edilmektedir.

Depresyonun oluş nedenlerine bakıldığında; kalıtım ve biyokimyasal etkenlerin rol oynadığı görülmektedir. Depresyonda hormonların rolü üzerinde de durulmaktadır. Östrojen ve progesteronun, nörotransmitter sistem üzerinde etkili olup, premenstrual, postpartum ve perimenapozal duygudurum değişikliklerine neden olmaktadır (Şen 2006).

2.3.1. Depresyon Epidemiyolojisi

Depresif bozuklukların prevalansını belirlemek, farklı araştırmacılar farklı teşhis kriterleri kullandıkları için zordur. ABD' de yapılan çalışmaların çoğu depresyon sendromunu değil, depresif semptomları dikkate aldıklarından elde edilen veriler de yetersizlikler mevcuttur. Son zamanlarda yapılan çalışmalar spesifik olup, depresif bozukluklar içinde en fazla majör depresif bozukluk olduğunu göstermektedir. Majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk %5 - 12, kadınlarda %10 - 25 olarak bulunmuştur. Depresif bozuklukların insidans hızıda yüksektir. Depresyon insidansı birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda %10, hastanede yatan hastalarda %15 olarak bulunmuştur. Türkiye' de ise Küey ve Güleç' in incelemelerine göre, toplum içindeki depresyon prevalansı %10, depresyonun somatik belirtileri %20, suçluluk duyguları gibi ruhsal belirtilerin %10 olduğu belirtilmiştir (Küey ve Güleç 1993).

2. 3. 2. Depresyon Etiyolojisi

Depresyon etiolojisi bir hastalık olmaktan çok bir sendrom olduğundan tam olarak bilinmemektedir.

Depresyonun oluş nedenleri üçe ayrılmaktadır. Bunlar: psikolojik görüşler, biyolojik ve genetik etkenler.

Genetik Etkenler

Psikiyatrik hastalıkların patogeneğinde genetik faktör önemli rol oynamaktadır. Örneğin, monozigot ikizlerde psikiyatrik tabloya daha sık rastlanması aile prevalansının popülasyon prevalansından daha yüksek çıkması, düşünceyi destekler niteliktedir (Aydın ve ark. 1993).

Psikolojik Görüşler

Psikolojik görüşler de kendi arasında üçe ayrılmaktadır.

a) Psikoanalitik ve Psikodinamik Etmenler: Sigmund Freud, depresyondaki hastanın kayıp nesne ile melankoli arasındaki ilişkiye benzer şekilde içe yöneldiğinden bahsetmiştir. E. Bring ise depresyonu, kişinin özlem ve gerçekliği arasında kalan saldırganlıkla çok az ilişkisi olan bir durum olarak tanımlamıştır.

b) Öğrenilmiş Çaresizlik: Kişinin herhangi bir durumda çok sayıda başarısızlığa uğrayarak, bir şey yapsa da hiçbir şeyin değişmeyeceğini, olayların kendi kontrolünde olmadığını, o konuda bir daha asla başarıya ulaşamayacağını düşünüp bir daha deneme cesaretini kaybetmesidir. Bu kurama göre, klinisyenin hastaya çevresini kontrol etmeyi öğretmesi ve tedavisi içinde ödüllendirici davranış tekniklerini kullanmasıyla depresyon düzelebilmektedir.

c) Bilişsel Kuram: Kötümserlik, kendini olumsuz değerlendirme, umutsuzluk gibi öğrenilmiş negatif görüşler, sonrasında depresyon duygusuna neden olmaktadır. Klinisyen hastanın düşüncelerini kaydetmeyi ve bilinçli bir şekilde tanılama yapmayı ortaya koymalıdır.

Biyolojik Etkenler

Nörepinefrin (NE): Depresyonda norepinefrinin beyin omurilik sıvısı (BOS), idrarda NE metabolitleri düzeyinin düşüklüğü, katekolamin depolarının boşalması ve beyinde NE düzeylerini düşüren ilaçların (rezerpine metildopa, propranol) depresif belirtilere neden olması etkili olduğunu göstermektedir.

Serotonin (5 – HT): Depresyonlu bireylerin BOS’ unda 5HT’ nin temel metaboliti olan 5 - hidroksiindolasetik asit (5 - HİAA) düzeylerinin düşük bulunması, 5HT’ nin depresyon patogeneğinde işlev gördüğünü düşündürmektedir.

Dopamin: Psikomotor yavaşlığı olan ve öz kısıma eğilimli depresif hastaların BOS' unda dopamin metaboliti olan homovalinik asit düzeyleri düşük çıkmıştır. Rezerpin gibi dopamin konsantrasyonunu azaltan ilaçların kullanıldığı Parkinson hastalarında daha sık görülmektedir. Dopamin düzeyini yükselten tyrosin, amfetamin gibi maddeler depresif belirtileri azaltmaktadır.

Asetilkolin: Janowski' nin öne sürdüğü kolinerjik / noradrenerjik denge bozukluğuna göre depresyonda nörotransmitterler arasındaki bu denge kolinerjik lehine kaymaktadır.

Diğer Nörokimyasal Etkenler: Gama - aminobütirik asit (GABA); Manik epizodlarda ve mizaç bozukluğu olan hastalarda plazma GABA seviyesi düşük bulunmuştur. Düşük olan GABA düzeyi depresyon düzeldikten sonrada devam etmektedir (Coşkun 2008).

2. 3. 3. Depresyonda Klinik Özellikler

Hastalar için depresif duygudurum, sıklıkla kendini üzüntü ya da yastan ayırt ettiren farklı bir niteliktedir. Depresif hastalar kendilerini sıkıntılı, eğersiz, umutsuz hissettilerini söyleyip, depresif belirtileri de öldürücü ruhsal bir acı olarak tanımlamaktadır.

Tablo 2. 3. 3. 1: Öyküden Elde Edilen Bilgiler

1. Anhedoni (zevk almama)
2. Arkadaşlar ve aileden uzaklaşma
3. Kabızlık
4. Güdülenme yokluğu ve engellenmeye dayanma gücünde azalma
5. Baş ağrısı
6. Vejetatif belirtiler
 - a) Libido kaybı
 - b) İştahsızlık ve kilo alma
 - c) Yorgunluk
 - d) Adet düzensizliği
 - e) Uykusuzluk ve aşırı uyuma

Ruhsal Durum Muayenesinde Elde Edilen Bilgiler

Konuşma: azdır, tek hecelerle ve uzun aralıklarla, hafif ve düşük tonda konuşur.

Duygudurum: çökkün

Duygulanım: sıkıntılı

Genel görünüm ve davranış; göz temasında azalma, vücudun öne doğru eğilmesi, psikomotor yavaşlama, ajitasyon.

Düşünce içeriği: yaygın umutsuzluk, değersizlik, suçluluk duyguları, bedenle ilgili zihinsel uğraşlar, kararsızlık, obsesif yinelemeler.

Eşlik Eden Bulgular

Duygudurumla uygunsuz sanrılar, belirgin duygudurumla ilişkisi olmayan içeriktedirler. Örneğin; çökkün duygudurumla ilişkisi olmayan düşünce ve etkilenme sanrıları. Bedensel yakınmalar ise depresyonu gizleyebilir, özellikle kalp, sindirim sistemi, boşaltım sistemi, sırtın alt tarafında ağrı ve ortopedik yakınmalar.

Yaşa Özgü Bulgular

Puberte öncesi; somatik yakınmalar, kaygı bozuklukları ve fobiler

Ergenlik; madde kullanımı, huzursuzluk, okuldan kaçma, reddedilmeye aşırı duyarlık

Yaşlılık; bellek yitimi, apati, yönelim bozukluğu, psödemans (Kaplan ve Sadock 1995).

2. 3. 4. Majör Depresyon Tanı Kriterleri

Depresyon; bilişsel, duygusal ve güdüsel alanlarla ilgili pek çok belirtiyi kapsayan sendrom ya da bozukluğu gösteren geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır. DSM IV' e göre

Major Depresyon Tanı Ölçütleri:

A. İki haftalık dönem sırasında daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmasıyla birlikte aşağıdaki belirtilerden en az 5' inin bulunmuş olması; bu belirtilerden en az birinin ya

(1) Depresif duygudurum ya da ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir. Ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn: kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkasının gözlemesi (örn: ağlamaklı bir görünümünün olması) ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygu durum bulunabilir.

(2) Hem hergün yaklaşık gün boyu süren tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma durumu

(3) Perhizim değil iken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örn. Ayda, vücut kilosunun %5' inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahının azalmış ya da artmış olması.

Not: Çocuklarda beklenen kilo alımının olmaması

(4) Hemen her gün, uykusuzluk veya aşırı uyku olması.

(5) Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarının da gözleniyor olması gerekir).

(6) Hemen her gün, yorgunluk - bitkinlik ya da enerji kaybının olması.

(7) Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

(8) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarımının olması.

B. Bu belirtiler bir karma (Mikst) epizodun tanı ölçütlerini karşılamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler bir madde kullanımının ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yas süreciyle daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitirilmesinden sonra bu belirtiler 2 aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (APA 1994)

2. 3. 5. Gebelik Depresyonunun Görülme Sıklığı

Postpartum depresyon üzerinde çok çalışmalar yapılmış olmasına karşın gebelik depresyonu ile ilişkili araştırmalar sınırlı sayıdadır. Değişik kültürlerde gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalar depresif belirti görülme sıklığı Macaristan' da %17,9, Amerika' da %20, Kanada ' da %25, Finlandiya' da %30, olarak bulunmuştur. Türkiye' de bu konuda sınırlı sayıda çalışma mevcut olmakla birlikte, Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) göre (kesme puan 17 ve üzeri) yapılan çalışmalar da gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Karaçam ve Ançel %27,3, Altınay %27,9, Sevindik %36,3 olarak bulmuşlardır (Altınay 1999, Karaçam 2009).

Gölbaşı ve arkadaşları, Edinburg Postnatal Depresyon Ölçeğine (EPDÖ) göre yaptıkları çalışmada; gebelikte depresif belirti görülme sıklığını %28,6 olarak belirlemişlerdir. Gebelerde görülen depresyon belirtilerinin düzeylerine yönelik yapılan çalışmaları incelediğimizde; Sevindik çalışmasında; gebelerin %30' unda depresif belirti olmadığını, %33,8' inde hafif, %23,8' ininde orta ve %12,5' inin de ağır düzeyde depresif

belirti bildirmişken; Aktaş ve arkadaşları gebelerin %46,6' sında depresif belirti olmadığını, %34,5' inde hafif, %13,9' unda orta düzeyde, %4,8' inin de ağır düzeyde depresif belirtilerinin olduğunu saptamışlardır. Bir çok çalışmada gebe kadınların ortalama %18' inin majör depresyon tanısı aldıkları bildirilmektedir (Aktaş 2009, Sevindik 2005, Gölbaşı 2007).

Gebelikte depresif belirti görülme sıklığı gebelik trimesterine göre de değişkenlik gösterebilmektedir. Literatürde gebeliğin ikinci trimesterine göre birinci ve üçüncü trimesterinde anksiyete ve depresyonun daha fazla yaşandığı belirtilmektedir. Yapılan sistematik gözden geçirme çalışmasında depresyon yaygınlığı; gebeliğin ilk trimesterinde %7,4, ikinci trimesterde %12,8 ve üçüncü trimesterde %12 olarak bildirilmiştir. Yine başka bir çalışmada ise, gebelik depresyonunun en fazla ilk trimesterde görüldüğünü ve bu trimesterde yüksek oranda görülmesini de gebeliğin plansız ve istenmeyen olması, düşük gelir ve eğitim düzeyinde olunması, gelir getiren bir işte çalışmama değişkenleriyle ilişkili olduğunu saptamıştır. Akbaş ve arkadaşlarının, gestasyon haftası 36 ve üzerinde olan gebelerdeki depresyon sıklığını araştıran çalışmalarında ise; bu gebelerin %42,3' ünün hafif, %39,4' ünün orta ve %18,3' ünün şiddetli ve ağır depresyon belirtileri gösterdiği tespit edilmiştir (Pişirgen 2011, Akbaş 2008).

2. 3. 6. Gebelikte Depresyon İçin Risk Faktörleri

Depresyon için düşük, kürtaj ve hamileliğe ilişkin ikilemler duygular jinekolojik öyküde risk faktörlerini oluşturmaktadır. Ailesinde depresyon öyküsü olanlar, çocuk sayısının fazlalığı, sosyal destek yetersizliği, evliliğe dair sorunlar gebelikte depresyon sıklığını arttırmaktadır. Gebelikten önce antidepresan tedavisi alanların gebe kaldıklarını öğrendiklerinde tedaviyi yarım bırakmaları depresyonun yineleme ihtimaline neden olmaktadır (Akdeniz ve Gönül 2004).

Gebelikte ortaya çıkan hipertansiyon, diyabet, gibi tıbbi sorunlar psikiyatrik tabloların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Gebelikte depresyon gelişmesi ile ilgili psikososyal faktörler; işsizlik, düşük eğitim düzeyi, sigara kullanımı, gebelik hakkında kararsızlık ve olumsuz düşünceler, çocuk sayısının fazlalığı, planlanmamış gebeliktir. Gebelikte depresyon gelişmesi ile ilgili biyolojik faktörler ise; ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, postpartum depresyon öyküsü, anksiyete duygudurum bozukluk öyküsü, premenstrual disforik bozukluk öyküsüdür (Özkan 1993).

2. 3. 7. Gebelikte Depresyona Ait Semptomlar

Gebelik sırasında depresyon tanısı koymak zordur. Bu dönemdeki kadınlarda sık görülen libido değişiklikleri, yorgunluk, iştahsızlık ve uyku problemleri, asabiyet gibi somatik belirtileri depresif semptomlardan ayırt etmek zordur. Oysa gebeliğin genel somatik şikayetleri, alışılmış depresyon derecelendirme ölçeklerine göre (Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği gibi) depresyon semptomları kadar düşüktür. Birinci trimesterde ki semptomlara bakıldığında, libido kaybı, konsantrasyon bozukluğu, yorgunluk, anksiyete ve duygulanım durumlarında dalgalanmalar, uyku bozukluğu, iştah

değişikliği gibi belirtiler olduğu görülmektedir. Üçüncü trimesterde ise, anksiyete, doğumla ilgili kaygılar, aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları gibi semptomlar görülebilir. İkinci trimesterde ise bu semptomlar daha az görülebilmektedir (Kılıçarslan 2008).

2. 3. 8. Gebelik Depresyonunun Sonuçları

Ruhsal hastalıklar, annenin duygu durumunu etkileyerek, gebelikle ilgili olumsuz sonuçlar doğurabilir. Depresyona bağlı olarak gebelerde norepinefrin ve kortizol düzeyleri yükselmekte, bu süreçte yükselmiş norepinefrin ve kortizol uterusu olan kan akımını azaltarak hem gebe, hem fetus üzerinde çok ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlar doğurmaktadır. Gebelikte depresyonla ilişkili bulunan durumlar; spontan abortus, antenatal kanama, artmış uterusun rezistansı, düşük Apgar skoru, neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma, neonatal büyüme geriliği, spontan erken doğum, fetal ölüm, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, gestasyon yaşına göre küçük bebek doğurma, düşük baş çevresi, perinatal komplikasyonlar ve doğum komplikasyonları, preterm eylem ve yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurma, neonatal büyüme geriliği, kendine ya da fetüse zarar vermedir. Antenatal depresyon geçiren annelerin bebeklerinde gelişme geriliği, nörodavranışsal skorlarının düşük olduğu, aşırı sakinlik, hipoaktivite veya hiperaktivite gibi durumların olabileceği bildirilmiştir. Ayrıca antenatal depresyon sezeryan, müdahaleli doğumlar, doğumun normalden daha ağırlı olmasından dolayı epidural analjeziye ihtiyaç duyulması gibi faktörlerle de ilişkilendirilmektedir.

Depresyonun, sağlıklı yaşam tarzına ve davranışlara sahip gebelerde obstetrik sonuçları olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir. Depresif semptomları olan gebeler, beslenme problemi, karar vermede zorluk, uykusuzluk, sosyal fonksiyonlarında azalma, duygusal içe kapanma, ebeveyn olabilme kaygısı, gebelik hakkında kaygı, obstetrik muayene kontrollerini ihmal etme, iştahsızlık, öz bakım eksikliği gibi sorunlar olabilmektedir. Ayrıca ileri derecede depresyonda ise, kendine zarar verme eğilimi, psikotik ve zararlı davranışlar artmaktadır (Marakoğlu ve Şahsıvar 2008).

2. 3. 9. Gebelikte Depresyonun Tedavisi ve Önlenmesi

Gebelikte saptanan depresyon için tedavi seçenekleri ise psikoterapi, ilaçla tedavi ve farmakoloji dışı (non – farmakolojik) diğer uygulamalardır. Hafif düzeydeki depresyonda ilk seçenek olarak psikoterapi ve farmakoloji dışı tedavilerin uygulanması önerilirken, orta ve şiddetli depresyonda farmakolojik tedavilerin (antidepresanların) kullanımı öne çıkmaktadır.

Psikoterapi

Bu alanda öne çıkan psikoterapini yöntemler, kişilerarası ilişkiler terapisi (KİT) ve bilişsel - davranışçı terapidir (BDT).

Kişilerarası İlişkiler Terapisi (KİT)

Kişilerarası İlişkiler Terapisi sınırlı, süreli ve yaşam olaylarına odaklanan özellikle depresyon tedavisinde kullanılan bir yöntemdir. KİT üç aşamadan oluşur: ilki, gebede depresif belirtilerin değerlendirilmesi ikincisi; yas, sosyal rollerde değişiklikler, kişilerarası ilişkilerde rol çatışması, kişilerarası ilişkilerde yetersizlikler alanlarından birine odaklanma üçüncüsü, gebenin güçlü yanlarının desteklenmesidir.

Bilişsel - Davranışçı Terapi (BDT)

Bu terapide her seansta bir önceki görüşmenin etkileri, sonuçları belirlenip hedefler planlanır. Bu terapide amaç, gebeyi bilgilendirme, uyumu arttırma, gebelik sorunlarıyla baş etmeyi öğretmektedir. Bilişsel davranışçı tedavilerde tedavi stratejileri; aktiviteyi arttırma, istenmeyen davranışları azaltma, memnuniyeti arttırma, sosyal becerileri arttırmadır (Durat 2003).

Farmakoterapi (Antidepresanlar)

Günümüzde gebelik depresyonunda en sık kullanılan ilaç grupları seçici serotonin gerialım inhibitörleri (SSRI), serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) ve trisiklik antidepresanlardır. Trisiklik grubu antidepresan ilaçlar yan etkileri nedeniyle tercih edilmemektedir. Gebelerde antidepresan ilaç kullanımına bağlı gebeliğin son trimesterinde SSRI grubu ilaçların neonatal adaptasyon bozukluğuna neden olduğu vurgulanmaktadır. Bu bozukluğun bulguları ise, yenidoğanda taşikardi, hipotermi, hipoglisemi, bulantı, huzursuzluk, anormal kas tonüsü, yeme bozukluğu ve solunum sıkıntısıdır. Gebeliğinde trisiklik grubu antidepresan kullanan annelerin bebeklerinde sinirlilik, idrar retansiyonu, barsak tıkanması gibi belirtiler görülebilmektedir.

Tedavi edilmemiş depresyon hem gebe hem de fetüs için risk oluşturmaktadır. Gebelerin depresyon tedavisini istememelerinin nedenleri; depresif semptomlarla gebelik şikayetlerinin karışması, toplum tarafından etiketlenme korkusu, alınacak ilaçların bebeğe zarar vereceği korkusudur. Gebenin geçmişinde depresyon öyküsü varsa, ağır bir depresyon geçirilmişse, intihar düşünceleri de mevcutsa gebelik durumuna bakılmaksızın ilaç başlanmalıdır. Gebelikte aynı tip ve az sayıda antidepresan ilacın en düşük dozda kullanımı tedavinin temelini oluşturur (Marakoğlu ve Şahsıvar 2008).

2. 3. 10. Gebelikte Depresyondan Korunma

Primer Koruma: Riskli gruplar şunlardır:

- 1- Kadında önceden geçirilmiş depresyon öyküsü
- 2- Sosyo - ekonomik yetersizlik
- 3- Ailedeki yetersiz destek
- 4- Eşten ayrılma ya da eşin ölümü
- 5- Planlanmamış gebelikler

Sekonder Koruma:

- 1- Ev ziyaretleri yapılarak kadına etkili baş etme yolları öğretilmeli, destek sistemleri geliştirilmelidir.
- 2- Depresyonun nedeni araştırılmalıdır.
- 3- Gebenin intihar, sigara, alkol gibi yanlış baş etme yolları takip edilmelidir
- 4- Pretem eylem ve düşük doğum ağırlıklı bebek belirtileri izlenmelidir.
- 5- Fetusun kalp atım sesleri dinlenmelidir.

Tersiyer Koruma:

- 1- Kadının güçlü yönlerini geliştirip kendisine hedef koymasına fırsat verilmelidir.
- 2- Anneye etkili anne - baba ilişkisi konusunda yardım edilmelidir.
- 3- Anneyi bebek bakımı, postpartum aile planlaması gibi konularda eğitim verilmelidir.
- 4- Kadını gereksinim duyduğunda yardım alacağı kuruluşlara yönlendirilmelidir.
- 5- İstenmeyen gebelikler önlenmelidir.

Kadına ve eşine psikolojik danışmanlık hizmeti verilmelidir (Sevindik 2005).

2. 3. 11. Gebelik Depresyonunda Sağlık Personelinin Rolü

Gebelik depresyonunun tanınmasında başta ebe, hemşire, hekim olmak üzere sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir. Ülkemizde de diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gibi tarama programları yaygınlaştırılmalıdır. Ebe / hemşire ve hekimin, depresyon tedavisini ilaçla alan gebeleri daha sık aralıklarla izlemesi öngörülmektedir. Nitelikli bir ev ziyareti ile gebenin fiziksel durumunun yanında psikolojik yönünün de detaylı incelenmesi gerekir. Ayan ve arkadaşları doğuma hazırlık kurslarının gebeler üzerine etkisini incelediği çalışmalarında; kursu alan gebelerde kaygı ve depresyonun, kursu almayanlara kıyasla daha az olduğu sonucuna varmışlardır (Ayan ve ark. 2009).

Ülkemiz de birinci basamakta görev alan sağlık personellerinin ev ziyaretine daha özenle önem vermesi, gebelere yönelik doğuma hazırlık kurslarının yaygınlaştırılması, depresyonun azaltılması ve önlenmesine katkı sağlayarak, doğuma yönelik kaygıları azaltacak normal doğuma teşviki de arttırabilecektir. Ayrıca sağlık profesyoneli, gebelik depresyonunun korunması, önlenmesine yönelik gebenin sosyal destek ağının güçlenmesine teşvikte bulunmalıdır (Çalık ve Aktaş 2011).

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

3. 1. Araştırmanın Amacı

Araştırma, son trimesterinde bulunan gebelerin anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti durumlarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3. 2. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3. 3. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Antenatal Polikliniğinde yürütülmüştür.

3. 4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Antenatal Polikliniğinde gebelik takiplerini yaptıran tüm kadınlar oluşturmaktadır.

3. 5. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Antenatal Polikliniğine 15 Aralık 2014 - 20 Ocak 2015 tarihleri arasında başvuran, istenilen özelliklere sahip ve rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 200 gebe kadın oluşturmuştur.

Çalışmaya alınan gebe kadınlarda aranan koşullar;

- * 28 hafta ve üzeri gebe olmak
- * Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- * Herhangi bir kronik hastalığı olmamak
- * Riskli gebe olmamak

3. 6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan Sosyo - Demografik Bilgi Toplama Formu, Algılanan Stres Ölçeği (Perceived Stress Scale), Durumluluk - Süreklilik Kaygı Ölçeği (State - Trait Anxiety Scale) ve Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (Center for Epidemiyologic Studies Depression Scale) kullanılarak toplanmıştır. Araştırmacı tarafından, araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Antenatal Polikliniğine başvuran gebe kadınlar ile ayrı ayrı ve yüz yüze görüşerek uygulanmıştır.

Veri toplamaya başlamadan önce hazırlanan formlarla birlikte 11 kadın üzerinde pilot çalışma yapılmış ve soruların anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Çalışma kapsamına alınan kadınlar; araştırma konusunda bilgilendirilip sözlü onamları alınmıştır. Gizlilik ilkesi gereğince görüşmeler, görüşme odasında birebir, yüz yüze uygulanmıştır. Sırasıyla;

Sosyo - Demografik Bilgi Toplama Formu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Durumluluk - Süreklilik Anksiyete Ölçeği (DKÖ - SKÖ), Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) uygulanmıştır. Veri toplama araçları katılımcıya araştırmacı tarafından tek tek okunmuş ve araştırmacı tarafından verilen cevaplar işaretlenmiştir.

3. 6. 1. Sosyo - Demografik Bilgi Toplama Formu (Ek - I)

Araştırma kapsamına alınan gebe kadınların, Sosyo - Demografik ve Obstetrik özelliklerini belirlemek amacıyla literatür taranarak hazırlanan 32 soruluk bir formdur.

3. 6. 2. Algılanan Stres Ölçeği (Perceived Stress Scale) (Ek - II)

Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin 10 maddelik kısa formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını ise 2005 yılında Erci ciddi sağlık sorunu olmayan , sağlık gereksinimi için sağlık ocağına başvuran yetişkinlerle, 2009 yılında da Örucü ve Demir sağlıklı bireylerle yaparak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Bilimsel araştırma ve uygulamalarda, kişinin öznel stres algısını ölçmek amacıyla kullanılmaktadır.

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), bireyin yaşamında stresli olarak değerlendirdiği durumların ne düzeyde olduğunu ölçmek için kurgulanmıştır. Ölçek yüz yüze görüşme tekniği ile 5 - 6 dk' lık bir sürede uygulanabilen bir formdur.

Stres yaratan bir olay ya da durum ancak birey tarafından tehdit olarak algılandığında, sorun olarak belirir; bu nedenle stresörün kendisinden çok bireyin algıladığı stres daha önemlidir. Bundan dolayı kısa veya uzun dönemde pek çok rahatsızlığa yol açan ancak sübjektif bir kavram olan stres olgusunun belirlenmesi ve objektif olarak değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Bireyin algıladıkları stres durumlarının, objektif bir veri haline getirilmesi için ölçeklere gereksinim duyulmaktadır. Bu bağlamda Cohen, Kamarck & Mermelstein tarafından 1983 yılında geliştirilen ‘‘Perceived Stress Scale’’ (Algılanan Stres Ölçeği - ASÖ) pek çok ülkede kanser gibi hastalıkların nedeni ve sonucu olan stresi ölçmek için de yaygın olarak kullanılmaktadır.

ASÖ - 10' nun madde - toplam bağıntı katsayıları 0,33 ile 0,60 arasında, cronbach α değeri 0,80 bulunmuştur. Ölçek 5' li likert tipinde (0: hiç, 4: çok sık) olup, dört maddesi ters (4, 5, 7, 8 maddeler), altı maddesi düz ifadelidir (1, 2, 3, 6, 9, 10. maddeler). Ölçekten toplam 0 - 40 arasında puan alınmaktadır. Toplam puanın yüksek olması algılanan stres düzeyinin de yüksek olması anlamındadır. Algılanan Stres Ölçeğinin, cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,70 olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise, ASÖ için cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,76 olarak belirlenmiştir (Erci 2006).

2. 6. 3. Durumluluk - Süreklilik Kaygı Ölçeği (State - Trait Anxiety Inventory) (Ek - III, IV)

Envanter, 1964 yılında Spielberger ve Gorsuch tarafından geliştirilmeye başlamış ve normal ve normal olmayan bireylerdeki süreklilik ve durumluluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Envanter maddelerinin hazırlanmasında Cattell ve Scheier'in Kaygı Ölçeği (Anxiety Scale), Taylor'ın Açık Kaygı Ölçeği (Manifest Anxiety Scale) ve Welsh'in Kaygı Ölçeği (Anxiety Scale) maddelerinden yararlanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından 1974 - 1977 yıllarında yapılmıştır.

Envanterin, her biri 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır. Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ); bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Süreklilik Kaygı Ölçeği (SKÖ); bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini belirler. Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir envanterdir. Her iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir. Bu durumda, önce Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), sonra Süreklilik Kaygı Ölçeği (SKÖ) verilmelidir. Nedeni, Durumluluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) sınav ya da sınav koşullarıyla ilgili tedirginlik, kuruntu ve heyecan gibi duyuşsal, fizyolojik ve bilişsel süreçlere duyarlı olduğundan, bireyin başlangıçtaki olumsuz algılamalarına ifade olanağı vermesidir. Bu suretle anlık (geçici) kaygı güvenilir bir düzeyde ölçülmüş olur. Anlaşılır ve kısa sürede (10 dk) uygulanabilen bir formdur.

Ölçeklerde 'doğrudan (düz)' ve 'tersine çevrilmiş' ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren 'ters' ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Puanlamada, doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluluk Anksiyete ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Süreklilik Anksiyete ölçeği için 35'dir. En son elde edilen değer bireyin anksiyete puanıdır. Yüksek puan yüksek anksiyete düzeyini, düşük puan ise düşük anksiyete düzeyini gösterir. Elde edilebilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20'dir. Durumluluk - Süreklilik Anksiyete Ölçeğinin, Durumluluk Anksiyete Ölçeği için α güvenilirlik katsayısı 94 - 97 arasında, Süreklilik Kaygı Ölçeği için 83 - 87 arasında olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise Durumluluk Anksiyete için α güvenilirliği 0,91, Süreklilik Anksiyete için α güvenilirliği 0,85 olarak belirlenmiştir (Öner 1998).

2.6.4. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) (Ek - V)

Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) kısa, genel popölasyona ve özel gruplara uygulanabilen, depresif semptomları ölçmek üzere tasarlanmış bir ölçektir. Genel depresyon tarama aracı olarak sıklıkla kullanılmıştır. Ölçeğin maddeleri depresyonla ilgili semptomlardan oluşmaktadır. Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Skalası' nın (EAMDS) amacı mevcut depresif semptomların düzeyini etkileyen bileşenler ve deprese olmuş ruh halini göz önünde bulundurarak ölçüm yapmaktır. Ölçek depresyon ve diğere değişkenlerin ilişkisini alt gruplarda değerlendirme özelliğine sahiptir. Epidemiyolojik Araştırma Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS) 20 maddeden oluşmakta, her biri madde 0 - 3 puan alabilmekte 4, 8, 12 ve 16. maddeler ters puanlanmaktadır. Toplam puan 0 - 60 arasında değişebilmekte 16 ve üzeri puan depresyon olasılığını düşündürmektedir Ülkemizde Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalasının, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Sema Yılmaz tarafından doktora tezi kapsamında yapılmıştır ve cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise EAMDS için cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur (Yılmaz 2010).

Tablo 3. 6. 4. 1: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Alt Boyutları

Tablo 3. 6. 4. 1’de EAMDS Depresif Duygulanım, olumlu duygulanım, bedensel şikayetler, kişilerarası ilişkiler alt boyutlarına ait cronbach α güvenilirlik katsayıları sunulmuştur.

Ölçek Alt Boyutları ve Maddeleri	Cronbach’ s Alfa
Depresif Duygulanım 3.Ailemin desteğine rağmen hüzünlü olmaktan kurtulamadığımı hissettim. 6.Kendimi içe kapanık (depresif) hissettim. 9.Yaşamımda başarısız olduğumu hissettim. 10.Kendimi korkulu, ürkek hissettim. 14.Kendimi yalnız hissettim. 17.Ağlama nöbetlerim oldu. 18.Kendimi üzgün hissettim.	0,852
Olumlu Duygulanım 4.Diğer insanlar kadar iyi olduğumu hissettim. 8.Gelecek hakkında umut doluydum. 12.Mutluydum. 16.Yaşamdan zevk aldım.	0,802
Bedensel (Somatik) Şikayetler 1.Normalden bana sıkıntı vermeyecek olaylar, beni rahatsız etti. 2.Yemek yemek istemedim, iştahım kötüydü. 5.Yaptığım işe zihnimi toparlamada sorun yaşadım. 7.Yaptığım her iş için çaba sarf etmem gerektiğini hissettim. 11.Uykum huzursuzdu. 13.Her zamankinden daha az konuştum. 20.Yaptığım herhangi bir şeye devam edemedim	0,625
Kişiler Arası İlişkiler 15.İnsanlar bana dostça gelmedi. 19.İnsanların benden hoşlanmadığımı hissettim.	0,657

3. 7. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Bu çalışma da elde edilen veriler istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Elde edilen verilerin analizinde yüzdellik, ortalama, standart sapma, Pearson chi - square, Mann Whitney U testi, Kruskal - Wallis, Post Hoc Tukey testleri kullanılmıştır.

3. 8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bulgularının Malatya ili için genellenememesi, yalnızca yapıldığı hastaneyi yansıması araştırmanın sınırlılığdır.

3. 9. Araştırmanın Etik Yönü

- * Araştırmanın yapılacağı kurumdan uygulama izni alınmıştır (Ek - VI)
- * Medipol Üniversitesi'nden etik kurul onayı alınmıştır (Ek - VII).
- * Katılımcılar çalışmamız konusunda bilgilendirilmiş ve onay alınarak katılımları sağlanmıştır.
- * Görüşmeler katılımcıların kendilerini rahatça ifade edebilecekleri bir ortamda uygulanmıştır.
- * Elde edilen veriler, katılımcıların mahremiyetine saygı ve kişisel bilgilerin gizliliğine saygı duyularak yalnızca araştırmamızın bulgular olarak değerlendirilmiş ve gizli tutulmuştur.

4. BULGULAR

Gebelerin anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti durumlarının incelenmesi amacıyla gebelik haftası 28 hafta ve üzeri olan gebelerden elde edilen bulgular 2 bölümde sunulmuştur:

Bölüm I: Gebeliklerinin son trimesterinde bulunan kadınların sosyo - demografik ve obstetrik özellikleri ile anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti durumlarına ilişkin bulgular

Bölüm II: Gebeliklerinin son trimesterinde bulunan kadınların anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti durumlarını etkileyen faktörlere ilişkin bulgular

BÖLÜM I: GEBELİKLERİNİN SON TRİMİSTERİNDE BULUNAN KADINLARIN SOSYO - DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ İLE ANKSİYETE, ALGILANAN STRES ve DEPRESİF BELİRTİ DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların sosyo - demografik özellikleri, obstetrik özellikleri ile anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti durumlarına ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 4. 1: Gebelerin Sosyo - demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler		N	%
Yaş	15 - 24	43	21,5
	25 - 34	117	58,5
	35 ve üzeri	40	20,0
Eğitim Düzeyi	İlkokul / Ortaokul	67	33,5
	Lise	63	31,5
	Üniversite	70	35,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	74	37,0
	Çalışmıyor	126	63,0
Aile Tipi	Çekirdek aile	166	83,0
	Geniş aile	34	17,0
Eşin Eğitim Düzeyi	İlkokul / Ortaokul	45	22,5
	Lise	68	34,0
	Üniversite	87	43,5

Tablo 4. 1' de araştırmaya katılan gebelerin sosyo - demografik özellikleri görülmektedir. Gebelerin %21,5' i 15 - 24 yaş aralığında, %58,5' i 25 - 34 yaş aralığında,

%20' si 35 ve üzeri yaş aralığındadır. Gebelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde %35' inin üniversite mezunu, %31,5'nin lise mezunu olduğu, çalışma durumlarına bakıldığında da %59,5' i ev hanımı, %23,5' inin ise memur olduğu görülmektedir. Gebelerin eşlerinin eğitim düzeyine bakıldığında ise %34' ü lise mezunu, %43,5' i üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Gebelerin %83' ü çekirdek aile ve %17' si geniş aile yapısına sahiptir.

Gebelerin yaşadığı yerlere bakıldığında ise, %18,5' i büyükşehir, %54,5' i şehirde, %13' ü ilçede, %14' ü köyde yaşadığı saptanmıştır. Kadınların gebeliğindeki ilk kontrol sayılarına göre ise, bir aydan az %53,5, bir - iki ay arası kontrol %34, üç - dört ay arası %10,5 , beş - altı ay ve üzeri ilk kontrol sayısı ise %2 olarak belirlenmiştir. Kadınların gebelikleri boyunca toplam gittikleri kontrol sayısına bakıldığında ise, bir - iki kez %1, üç - dört kez %15, beş - altı kez %23, yedi - sekiz ve daha fazla kontrole gidenlerin oranı ise %46,5 olarak saptanmıştır. Kadınların ailelerinin gelir durumlarına göre ise, %36,5' i gelirim giderimden az, %52' si gelirim giderime denk, %11,5' i gelirim giderimden fazla olarak belirtmiştir.

Gebelerin %11,5' i gebelikleri boyunca sigarayı azalttığını, %10' u gebe kaldığını öğrendikten sonra bıraktığını, %74' ü de hiç sigara içmediğini yine %100' ünün gebelikleri boyunca hiç alkol içmedikleri saptanmıştır.

Tablo 4. 2: Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler		N	%
Gebelik Haftası	28 - 32 hafta	99	49,5
	33 - 37 hafta	58	29,0
	38 - 42 hafta	43	21,5
Gebeliği Planlama	Evet	127	63,5
	Hayır	73	36,5
Parite	Primipar	84	42,0
	Multipar	35	17,5
Gebelik Sayısı	Primigravida	73	36,5
	Multigravida	127	63,5

Gebelerin obstetrik özellikleri tablo 4. 2' de sunulmuştur. Gebelerin %49,5' inin 28 - 32 hafta aralığında, %29' unun 33 - 37 hafta aralığında, %21,5' inin 38 - 42 hafta aralığında olduğu bulgulanmıştır.

Gebelerin %63,5' inin gebeliğinin planlı olduğu; %53,5' i ilk aydan itibaren, %34' ü 1 - 2 ay arasında kontrole gitmeye başladığı belirlenmiştir. Gebelerin gebelik sayısı ortalaması $2,30 \pm 1,40$, küretaj sayısı ortalaması $1,47 \pm 0,68$, düşük sayısı ortalaması $1,20 \pm 0,50$, ölü doğum sayısı $1,22 \pm 0,45$, canlı doğum sayısı $1,53 \pm 0,84$, yaşayan çocuk sayısı $1,53 \pm 0,84$ olarak saptanmıştır. Gebelerin %45,5' i gebeliğini

öğrendiğinde mutlu olduğunu, %16'sının şaşkın, %5,5' inin ise korktuğu saptanmıştır. Bir önceki gebeliği ile şimdiki gebeliği arasında 24 aydan az bir süre olan gebelerin oranı %17,5 iken, ilk gebeliği olanlar ise %38 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4. 3: ASÖ, EAMDS, DKÖ, SKÖ Ölçek Puanlarına İlişkin Veriler

	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max	Median
EAMDS Depresif Duygulanım (0 - 21 puan)	5,75 ± 5,45	0	21	4
EAMDS Olumlu Duygulanım (0 - 12 puan)	5,90 ± 3,68	0	12	6
EAMDS Bedensel Şikayetler (0 - 21 puan)	7,07 ± 4,21	0	18	7
EAMDS Kişilerarası İlişkiler (0 - 6 puan)	1,62 ± 1,97	0	6	1
EAMDS Toplam (0 - 60 puan)	18,61±11,99	1	54	15
ASÖ Toplam (0 - 40 puan)	17,34 ± 6,88	0	39	17
DKÖ Toplam (20 - 80 puan)	41,49 ± 12,12	20	77	41
SKÖ Toplam (20 - 80 puan)	45,16 ± 10,47	22	77	44

Tablo 4. 3' te Gebelerin Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Durumluluk - Süreklilik Anksiyete Ölçeği (DKÖ, SKÖ), Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (EAMDS) toplam ve dört alt boyut puan ortalamaları, standart sapma ve minimum maksimum değerleri sunulmuştur.

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği, olumlu duygulanım alt boyut puan ortalaması 5,90 ± 3,68, bedensel şikayetler alt boyut puan ortalaması 7,08 ± 4,21, depresif duygulanım alt boyut puan ortalaması 5,75 ± 5,45, kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması 1,62 ± 1,97 ve toplam 18,61 ± 11,99 olarak bulunmuştur. Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalaması 17,34 ± 6,88, Durumluluk - Süreklilik Anksiyete Ölçeği, puan ortalamaları ise sırasıyla 41,49 ± 12,12 ve 45,16 ± 10,47 olarak saptanmıştır.

Tablo 4. 4: ASÖ, DKÖ, SKÖ, EAMDS Puanları Arasında Korelasyon İlişkisi

r	Toplam EAMDS	EAMDS Depresif Duygulanım	EAMDS Olumlu Duygulanım	EAMDS Bedensel Şikayetler	EAMDS Kişilerarası İlişkiler	DKÖ	SKÖ	Toplam ASÖ
Toplam EAMDS	1,00	0,90	0,67	0,84	0,69	0,67	0,62	0,62
EAMDS Depresif Duygulanım	0,90	1,00	0,51	0,69	0,59	0,58	0,63	0,56
EAMDS Olumlu Duygulanım	0,67	0,51	1,00	0,35	0,40	0,53	0,50	0,48
EAMDS Bedensel Şikayetler	0,84	0,69	0,35	1,00	0,51	0,50	0,43	0,50
EAMDS Kişilerarası İlişkiler	0,69	0,59	0,40	0,51	1,00	0,50	0,40	0,36
DKÖ	0,67	0,58	0,53	0,50	0,50	1,00	0,71	0,64
SKÖ	0,62	0,63	0,50	0,43	0,40	0,71	1,00	0,61
Toplam ASÖ	0,62	0,56	0,48	0,50	0,36	0,64	0,61	1,00

Tablo 4. 4’ de Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam ve alt boyut puanları ile Durumluluk Kaygı Ölçeği, Süreklilik Kaygı Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği arasındaki korelasyon katsayıları görülmektedir.

Tablo 4. 5: Gebelerin EAMDS Kesme Puanına Göre Toplam Puanlarının Dağılımı

EAMDS	N	%
16 puan ve üzeri	100	50
15 puan ve altı	100	50

Tablo 4. 5' te gebelerin EAMDS toplam puanlarının ölçek kesme puanına göre dağılımı yer almaktadır. EAMDS ölçeği toplam puanının 16 ve üzeri olduğu durumlarda gebelerin depresyon olasılığını göstermektedir. Gebelerin %50' sinin EAMDS 16 ve üzeri puan aldığı ve depresif semptomlarının olduğu saptanmıştır.

BÖLÜM II: GEBELİKLERİNİN SON TRİMASTERİNDE BULUNAN KADINLARIN ANKSİYETE, ALGILANAN STRES ve DEPRESİF BELİRTİ DURUMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde gebeliklerinin son trimesterinde bulunan kadınların anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti durumlarını etkileyen faktörlere ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 4. 6: Gebelerin yaş durumları ile ASÖ, DKÖ, SKÖ ve EAMDS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması

Yaş	EAMDS Depresif Duygulanım	EAMDS Olumlu Duygulanım	EAMDS Bedensel Şikayetler	EAMDS Kişilerarası İlişkiler	EAMDS TOPLAM	ASÖ	DKÖ	SKÖ
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
15-24 (a)	6,82 ± 5,80	5,94 ± 3,84	7,75 ± 4,28	1,91 ± 2,05	20,49 ± 12,59	18,54 ± 7,79	41,70 ± 13,43	44,68 ± 10,81
25-34 (b)	5,65 ± 5,52	5,77 ± 3,68	6,99 ± 4,34	1,59 ± 1,94	18,82 ± 12,06	16,83 ± 6,29	41,03 ± 11,83	44,69 ± 10,04
35 ve üzeri (c)	4,93 ± 4,75	6,25 ± 3,54	6,60 ± 3,77	1,43 ± 1,96	17,56 ± 11,16	17,55 ± 7,50	42,60 ± 11,70	47,08 ± 11,33
X ²	2,19	0,51	1,41	1,58	1,53	1,05	0,48	1,73
P	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05

*Kruskal - Wallis Test

Tablo 4. 6' da gebelerin yaş gruplarına göre Algılanan Stres Ölçeği, Durumluluk-Süreklilik Anksiyete Ölçeği , Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği toplam ve dört alt boyut puanları verilmiştir. Gebelerin Algılanan Stres Ölçeği, Durumluluk - Süreklilik Anksiyete Ölçeği, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği ve dört alt boyut puanlarında yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 7: Gebelerin eğitim düzeyleri ile ASÖ, DKÖ, SKÖ ve EAMDS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması

Eğitim Düzeyi	EAMDS Depresif Duygulanım	EAMDS Olumlu Duygulanım	EAMDS Bedensel Şikayetler	EAMDS Kişilerarası İlişkiler	EAMDS Toplam	ASÖ	DKÖ	SKÖ
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Okuryazar (a) değil/İlkokul/Ortaokul	7,33 ± 5,82	6,84 ± 3,43	8,09 ± 4,16	2,05 ± 2,22	22,20 ± 12,62	19,39 ± 7,89	45,36 ± 12,37	48,03 ± 11,41
Lise (b)	5,29 ± 4,69	5,70 ± 3,98	7,58 ± 4,33	1,59 ± 1,81	18,58 ± 11,10	16,47 ± 5,97	39,94 ± 10,91	44,02 ± 9,24
Üniversite (c)	4,66 ± 5,44	5,19 ± 3,48	5,65 ± 3,80	1,25 ± 1,79	15,20 ± 11,28	16,16 ± 6,23	39,18 ± 12,18	43,45 ± 10,13
X²	10,30	7,13	13,69	4,65	12,73	7,68	11,09	5,19
P	P < 0,05	P < 0,05	P < 0,05	P > 0,05	P < 0,05	P < 0,05	P < 0,05	P > 0,05
Anlamlı Fark	a>c	a>c	c<b<a		a>c	a>b,c	a>b,c	

*Kruskal - Wallis Test

Tablo 4. 7' de gebelerin eğitim durumlarına göre Algılanan Stres Ölçeği, Durumluluk - Süreklilik Kaygı Ölçeği, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Gebelerin EAMDS toplam ve alt boyutları eğitim durumlarına göre incelendiğinde depresif duygulanım, olumlu duygulanım, bedensel şikayetler ve EAMDS toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Gebelerin eğitim durumlarına göre Süreklilik Kaygı Ölçeği ve EAMDS kişilerarası ilişkiler alt boyut puanlarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlköğretim mezunu gebelerin toplam EAMDS, depresif duygulanım, olumlu duygulanım alt boyut puanları üniversite mezunu gebelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. İlköğretim mezunu gebelerin, bedensel şikayetler alt boyut puanları hem üniversite mezunu hem de lise mezunu gebelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

İlköğretim mezunu gebelerdeki stres algısı, hem lise hem de üniversite mezunu gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır.

İlköğretim mezunu gebelerin durumluluk kaygı seviyesi, hem lise hem de üniversite mezunu gebelerin kaygı seviyesine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Tablo 4. 8: Gebelerin çalışma durumları ile ASÖ, DKÖ, SKÖ ve EAMDS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması

Çalışma Durumu	EAMDS Depresif Duygulanım	EAMDS Olumlu Duygulanım	EAMDS Bedensel Şikayetler	EAMDS Kişilerarası İlişkiler	Toplam EAMDS	ASÖ	DKÖ	SKÖ
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Çalışan (a)	4,55 ± 5,04	5,69 ± 3,65	6,40 ± 4,21	1,26 ± 1,76	16,21 ± 10,91	15,95 ± 6,08	39,22 ± 11,80	44,32 ± 10,80
Çalışmayan (b)	6,47 ± 5,57	6,03 ± 3,70	7,47 ± 4,18	1,84 ± 2,06	20,02 ± 12,41	18,16 ± 7,21	42,82 ± 12,16	45,66 ± 10,27
Z	-2,61	0	-1,68	-1,89	-2,16	-2,35	-2,20	0
P	P < 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P < 0,05	P < 0,05	P < 0,05	P > 0,05
Anlamlı Fark	b>a				b>a	b>a	b>a	

*Mann- Whitney Test

Tablo 4. 8' de gebelerin çalışma durumlarına göre Algılanan Stres Ölçeği, Durumluluk - Süreklilik Anksiyete Ölçeği, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği ve dört alt boyut puanları sunulmuştur. Gebelerin EAMDS toplam ve alt boyutları çalışma durumlarına göre incelendiğinde, toplam EAMDS ve depresif duygulanım alt boyutu için istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Algılanan Stres Ölçeği gebelerdeki çalışma durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Durumluluk Kaygı Ölçeğinde ise gebelerdeki çalışma durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p < 0,05$). Gebelerin çalışma durumlarına göre EAMDS olumlu duygulanım, bedensel şikayetler, kişilerarası ilişkiler alt boyut puanlarında ve Sürekli Kaygı Ölçeği puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çalışmayan gebelerin depresif semptom varlığı, stres algısı ve durumluluk kaygı seviyesi çalışan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. 9: Gebelerin aile tipi ile ASÖ, DKÖ, SKÖ ve EAMDS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması

Aile Tipi	EAMDS Depresif Duygulanım	EAMDS Olumlu Duygulanım	EAMDS Bedensel Şikayetler	EAMDS Kişilerarası İlişkiler	Toplam EAMDS	ASÖ	DKÖ	SKÖ
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Çekirdek Aile (a)	5,30 ± 5,28	5,64 ± 3,55	6,85 ± 4,13	1,61 ± 1,94	17,70 ± 11,51	16,38 ± 5,76	40,52 ± 11,27	44,31 ± 9,64
Geniş Aile (b)	7,98 ± 5,79	7,18 ± 4,04	8,15 ± 4,52	1,68 ± 2,12	23,03 ± 13,44	22,0 ± 9,62	46,24 ± 14,92	49,36 ± 13,20
Z	-2,67	-2,23	-1,43	0	-2,18	-3,72	-1,87	-2,06
P	P < 0,05	P < 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P < 0,05	P < 0,05	P > 0,05	P < 0,05
Anlamlı Fark	b>a	b>a			b>a	b>a		b>a

*Mann - Whitney Test

Tablo 4. 9' da gebelerin aile yapısına göre Algılanan Stres Ölçeği, Durumluluk - Süreklilik Anksiyete Ölçeği, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği toplam ve dört alt boyut puanları verilmiştir. Gebelerin EAMDS toplam, depresif ve olumlu duygulanım alt boyut puanları aile yapısına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($p < 0, 05$). Gebelerin Algılanan Stres Ölçeği ve Süreklilik Kaygı Ölçeği puanları, aile yapısına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p < 0, 05$). Gebelerin aile yapısına göre EAMDS bedensel şikayetler, kişilerarası ilişkiler alt boyut puanı ve Durumluluk Kaygı Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak bir anlam bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0, 05$).

Geniş ailede yaşayan gebelerin depresif, olumlu duygulanım ve toplam puanları çekirdek aile de yaşayan gebelere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Geniş ailede yaşayan gebelerin stres algısı ve süreklilik kaygı seviyesi çekirdek ailede yaşayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4. 10: Gebelerin gebeliklerini planlama durumları ile ASÖ, DKÖ, SKÖ ve EAMDS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması

Gebeliği Planlama	EAMDS Depresif Duygulanım	EAMDS Olumlu Duygulanım	EAMDS Bedensel Şikayetler	EAMDS Kişilerarası İlişkiler	Toplam EAMDS	ASÖ	DKÖ	SKÖ
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Evet (a)	4,93 ± 4,83	5,32 ± 3,49	6,34 ± 3,69	1,33 ± 1,80	16,37 ± 10,24	16,45 ± 5,70	39,64 ± 10,37	43,90 ± 8,97
Hayır (b)	7,20 ± 6,16	6,92 ± 3,79	8,35 ± 4,77	2,14 ± 2,15	22,51 ± 13,77	18,90 ± 8,37	44,70 ± 14,20	47,36 ± 12,42
Z	-2,42	-2,97	-2,98	-2,64	-2,99	-1,77	-2,22	-1,68
P	P < 0,05	P < 0,05	P < 0,05	P < 0,05	P < 0,05	P > 0,05	P < 0,05	P > 0,05
Anlamlı Fark	b>a	b>a	b>a	b>a	b>a		b>a	

*Mann - Whitney Test

Tablo 4. 10' da gebelerin gebeliklerini planlı olma durumlarına göre Algılanan Stres Ölçeği, Durumluluk - Süreklilik Anksiyete Ölçeği, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği toplam ve dört alt boyut puanlarının karşılaştırması görülmektedir. Gebeliklerinin planlı olup olmama durumlarına göre Durumluluk Kaygı Ölçeği puanı, EAMDS toplam ve dört alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Gebelerin Algılanan Stres Ölçeği ve Süreklilik Kaygı Ölçeği puanları ile gebeliklerinin planlı olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p > 0,05$).

Gebeliği planlı olmayan gebeler, planlı olan gebelere kıyasla depresif semptom ve durumluluk kaygı seviyesi açısından daha fazla belirtiyeye sahiptir.

Tablo 4. 11: Gebelerin gebelik haftası ile ASÖ, DKÖ, SKÖ ve EAMDS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması

Gebelik Haftası	EAMDS Depresif Duygulanım	EAMDS Olumlu Duygulanım	EAMDS Bedensel Şikayetler	EAMDS Kişilerarası İlişkiler	Toplam EAMDS	ASÖ	DKÖ	SKÖ
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
28 - 32 hafta (a)	4,50 ± 4,79	6,09 ± 3,76	6,19 ± 3,77	1,44 ± 1,77	16,37 ± 10,31	16,38 ± 5,87	39,28 ± 11,16	44,47 ± 9,75
33 - 37 hafta (b)	6,76 ± 5,53	5,73 ± 3,63	7,40 ± 4,19	1,49 ± 1,82	19,71 ± 11,74	18,13 ± 7,76	42,66 ± 12,40	44,71 ± 10,10
38 - 42 hafta (c)	7,28 ± 6,17	5,72 ± 3,61	8,68 ± 4,74	2,24 ± 2,45	22,28 ± 14,78	18,49 ± 7,61	45,0 ± 13,07	47,38 ± 12,34
X²	9,36	0,41	10,40	2,21	5,87	2,79	6,47	1,58
P	P < 0,05	P > 0,05	P < 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P < 0,05	P > 0,05
Anlamlı Fark	a < b,c		c>a				c>a	

*Kruskal - Wallis Test

Tablo 4. 11' de gebelerin, gebelik haftası durumlarına göre Algılanan Stres Ölçeği, Durumluluk - Süreklilik Anksiyete Ölçeği, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği toplam ve dört alt boyut puanları görülmektedir. Gebelerin Durumluluk Kaygı Ölçeği puanı, EAMDS depresif duygulanım ve bedensel şikayetler alt boyut puanları gebelik haftasına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Gebelik haftası durumlarına göre toplam ASÖ, Süreklilik Kaygı Ölçeği, EAMDS toplam, EAMDS olumlu duygulanım ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

38 - 42. gebelik haftasında olan kadınların depresif semptomları hem 28 - 32. gebelik haftasında olan hem de 33 - 37. gebelik haftasında olan gebelere kıyasla istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. 38 - 42. gebelik haftasında olan kadınların, bedensel şikayetleri 28 - 32. gebelik haftasında olan gebelere kıyasla istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur.

Durumluluk kaygı seviyesi puanları açısından değerlendirildiğinde ise, 28 - 32 gebelik haftasındaki kadınların kaygı seviyeleri 38 - 42 gebelik haftasındaki kadınlara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. 12: Gebelerin gebelik sayıları ile ASÖ, DKÖ, SKÖ ve EAMDS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması

Gebelik Sayısı	EAMDS Depresif Duygulanım	EAMDS Olumlu Duygulanım	EAMDS Bedensel Şikayetler	EAMDS Kişilerarası İlişkiler	Toplam EAMDS	ASÖ	DKÖ	SKÖ
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Primigravida (a)	5,33 ± 5,61	5,05 ± 3,77	6,70 ± 4,00	1,28 ± 1,83	16,81 ± 12,02	17,39 ± 6,75	40,35 ± 13,40	44,48 ± 10,84
Multigravida (b)	6,00 ± 5,36	6,40 ± 3,54	7,29 ± 4,34	1,82 ± 2,02	19,64 ± 11,90	17,31 ± 6,98	42,15 ± 11,33	45,56 ± 10,27
Z	-1,01	-2,62	0	-1,75	-1,93	0	-1,55	-1,06
P	P > 0,05	P < 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05
Anlamlı Fark		b>a						

*Mann - Whitney Test

Tablo 4. 12' de gebelerin gebelik sayısı durumlarına göre, Algılanan Stres Ölçeği, Durumluluk - Süreklilik Anksiyete Ölçeği, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği toplam ve dört alt boyut puanları verilmiştir. Gebelik sayısına göre EAMDS olumlu duygulanım alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0, 05$). Gebelik sayısına göre toplam EAMDS, kişilerarası ilişkiler, bedensel şikayetler ve depresif duygulanım alt boyut puanlarında bir ilişki belirlenmemiştir ($p > 0, 05$). Benzer şekilde gebelik sayısına göre Algılanan Stres Ölçeği puanında ve Durumluluk - Süreklilik Kaygı Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p > 0, 05$).

İlk gebeliği olan kadınlar, gebelik sayısı 2 (iki) ve üzeri olan kadınlara kıyasla olumlu duygulanım açısından daha düşük puana sahiptir.

Tablo 4. 13: Gebelerin pariteleri ile ASÖ, DKÖ, SKÖ ve EAMDS Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması

Parite	EAMDS Depresif Duygulanım	EAMDS Olumlu Duygulanım	EAMDS Bedensel Şikayetler	EAMDS Kişilerarası İlişkiler	Toplam EAMDS	ASÖ	DKÖ	SKÖ
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Primipar (a)	5,92 ± 5,54	6,50 ± 3,36	7,36 ± 4,64	1,81 ± 2,07	19,71 ± 12,55	16,66 ± 6,40	41,34 ± 11,92	44,40 ± 10,68
Multipar (b)	6,12 ± 4,53	6,72 ± 4,05	7,46 ± 3,43	1,98 ± 1,89	20,49 ± 10,12	18,72 ± 8,45	44,40 ± 10,18	48,46 ± 8,98
Z	0	0	0	0	0	-1,01	-1,67	-2,05
P	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05	P < 0,05
Anlamlı Fark								b>a

*Mann - Whitney Test

Tablo 4. 13' te gebelerin önceki doğum sayılarına göre Algılanan Stres Ölçeği, Durumluluk - Süreklilik Anksiyete Ölçeği, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği ve dört alt boyut puanları sunulmuştur. Gebelerin Süreklilik Kaygı Ölçeği puanları ile doğum sayılarına karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Gebelerin Durumluluk Kaygı Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, EAMDS toplam ve dört alt boyut puanları ile doğum sayıları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p > 0,05$).

Doğum sayısı 1 (bir) olan gebelere kıyasla, 2 (iki) ve üzeri doğum yapan gebelerin sürekli kaygı seviyelerinin istatistiksel olarak daha fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 4. 14: Gebelerin Sosyo - Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Depresif Belirti Açısından Değerlendirilmesi

Özellikler		PUAN EAMDS				X ²	P
		16 puan ve üzeri		15 puan ve altı			
		N	%	N	%		
Yaş	15 - 24	25	25,0	18	18,0	0,484	p > 0,05
	25 - 34	56	56,0	61	61,0		
	35 ve üzeri	19	19,0	21	21,0		
	Toplam	100	100,0	100	100,0		
Eğitim	Okuryazar değil/ilkokul/ortaokul	42	42,0	25	25,0	0,001	p < 0,05
	Lise	35	35,0	28	28,0		
	Üniversite	23	23,0	47	47,0		
	Toplam	100	100,0	100	100,0		
Eşin Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil/ilkokul/ortaokul	25	25,0	20	20,0	0,023	p < 0,05
	Lise	41	41,0	27	27,0		
	Üniversite	34	34,0	53	53,0		
	Toplam	100	100,0	100	100,0		
Aile Tipi	Çekirdek aile	79	79,0	87	87,0	0,132	p > 0,05
	Parçalanmış aile / Geniş aile	21	21,0	13	13,0		
	Toplam	90	90,0	100	100,0		
Gebelik Sayısı	Primigravida	32	32,0	41	41,0	0,186	p > 0,05
	Multigravida	68	68,0	59	59,0		
	Toplam	100	100,0	100	100,0		
Gebelik Haftası	28 - 32 hafta	38	38,0	61	61,0	0,005	p < 0,05
	33 - 37 hafta	35	35,0	23	23,0		
	38 - 42 hafta	27	27,0	16	16,0		
	Toplam	100	100,0	100	100,0		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	30	30,0	44	44,0	0,040	p < 0,05
	Çalışmıyor	70	70,0	56	56,0		
	Toplam	100	100,0	100	100,0		

*Chi - Square Tests

Tablo 4. 14' de gebelerin sosyo - demografik ve obstetrik özelliklerine göre depresif belirti açısından değerlendirilmesi verilmiştir. Gebelerin yaş, aile tipi ve gebelik sayısı açısından EAMDS kesme puanına göre dağılımları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$). Sosyo - demografik özelliklerden eğitim, eşin eğitim düzeyi, çalışma durumu açısından EAMDS kesme puanına göre dağılımları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

İlköğretim mezunu olan gebeler, lise ve üniversite mezunu gebelere kıyasla daha fazla depresif semptom sahibidir. Eşi lise mezunu olan gebeler, eşleri diğer eğitim düzeyinde olan gebelere kıyasla daha fazla depresif semptom sahibidir. Çalışmayan gebelerin, çalışan gebelere göre daha fazla depresif semptomu mevcuttur. Gebelik haftası 33 - 37 ve 38 - 42 olan gebeler, 28 - 32 haftalık gebeliği olanlara kıyasla daha fazla depresif semptom sahibidir.

5. TARTIŞMA

Sunulan çalışma; son trimesterde bulunan gebelerin anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti durumlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmamızdan elde edilen bulgular çalışma ile ilgili literatür ışığında tartışılmıştır. Tartışmayı takiben çalışmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda öneriler bildirilmiştir.

Bu bölümde çalışma sonucunda elde edilen bilgiler 2 bölümde tartışılmıştır.

Bölüm I: Gebeliklerinin son trimesterinde bulunan kadınların sosyo - demografik ve obstetrik özellikleri ile anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti durumlarına ilişkin bulguların tartışılması

Bölüm II: Gebeliklerinin son trimesterinde bulunan kadınların anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti durumlarını etkileyen faktörlere ilişkin bulguların tartışılması

BÖLÜM I: GEBELİKLERİNİN SON TRİMİSTERİNDE BULUNAN KADINLARIN SOSYO - DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ İLE ANKSİYETE, ALGILANAN STRES ve DEPRESİF BELİRTİ DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırmamızda gebelerin sosyo - demografik özelliklerini incelediğimizde;

Sunulan çalışmada gebelerin %21,5'inin 15-24 yaş aralığında, %58,5'inin 25-34 yaş aralığında, %20'sinin 35 yaş ve üzerinde olduğu bulunmuştur. Dağlar ve Nur (2014) çalışmasına göre, gebelerin %80,6'sının 20-34 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Cebeci ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma da, %11 'i 20 yaş ve altı, %89'u ise 21 yaş ve üstü olarak bulunmuştur. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü' nün beş yılda bir gerçekleştirdiği 'Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması' nın (TNSA) 2013 yılı rapor sonuçlarına göre yaşa özel doğurganlık hızı en yüksek 25 - 29 yaş grubu olarak tespit edilmiştir.

Araştırmamızda tüm gebeler evlidir. Aydemir' in Edirne ilinde 40 - 59 yaş grubunda yaptığı çalışmada evli kadınların oranı %81,5' tir. Dülgerler ve ark. yaptığı çalışmada da gebelerin %90,4' ünün resmi nikahlı olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde gebeliklerin neredeyse tamamı evlilik içerisinde gerçekleşmektedir. TNSA 2013 verilerine göre; ülkemizde kadınlar arasında evlilik oranları, 15 - 19 yaş grubunda %7'si, 15 - 49 yaş grubunda %73' ü, 45 - 49 yaş grubunda %97' si evli olarak belirlenmiştir.

Sunulan çalışmada gebelerin ailelerinin gelir durumlarına göre %36,5' i gelirim giderimden az, %52' si gelirim giderime denk, %11,5' i gelirim giderimden fazla olarak

belirtmiştir. Çucu' nun (2001) adölesan gebelerin kaygı düzeylerinin ve prenatal risk faktörlerini incelediği çalışmasında; gebelerin %52,7'sinin gelirini giderle dengeli bulmuştur. Dağlar ve Nur' un (2014) Sivas merkezde basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 227 gebe ile "gebelerin stresle başa çıkma tarzlarını anksiyete ve depresyon düzeyi ilişkisini" belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, gebelerin %57,7'sinin ekonomik durumunu gelir gidere denk olarak belirtmişlerdir Yanikkerem' in (2006) yapmış olduğu çalışmada ise, gebelerin %15,9' u gelir durumlarını iyi, %59,7' si orta ve %24,4' ünün kötü olarak algıladıkları görülmüştür. Gündoğdu'nun (2013) Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi Poliklinikleri ve doğum salonunda 293 gebe ile" son trimester gebelerin anksiyete düzeyleri ile doğumdaki anksiyete ve ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi" amacıyla yaptığı çalışmasında, gebeler aylık gelirlerini %44' ü kötü, %30' u orta, %26' sı iyi olarak belirtmişlerdir. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Doğum Ana Bilim Dalı'nda, Türkmen' in (2014) yapmış olduğu çalışmada gebelerin ekonomik durumları; %24' ü gelir giderden az, %58' i gelir giderine denk, %18' i ise gelir giderden fazla olarak tespit edilmiştir. Gebelik ve bir bebek sahibi olma düşüncesi kişilerin fiziksel, psikolojik ve ekonomik anlamda sorumluluklarını da beraberinde getirmektedir. Ekonomik durumunu kötü olarak algılayan kadınlar gebeliğin gereksinimlerinden çok, aile ekonomisine katkıda bulunmaya çalışırlar.

Çalışmamızda ki gebelerin yaşadığı yerleri incelediğimizde %73'ü il de, %13' ü ilçe de ve %14' ü köy de yaşamaktadır. Şen ve Şirin (2013) Ege Üniversitesi Hastanesi Kadın Doğum Kliniği ve Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğumunun riskli gebe servisindeki 113 gebe ile "preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler" konulu çalışmasına göre, %9.7' sinin en uzun süre köyde yaşadığı, %24,8' inin en uzun süre kasabada yaşadığı, %65,5' inin en uzun süre şehirde yaşadığı yer olarak saptanmıştır. Köyde yaşayan kadınlar da gebeliklerinde herhangi bir sorun yaşadıklarında sağlık kuruluşuna ulaşamayacaklarını düşündüklerinden algılanan stres düzeyleri yüksek olabilir. Şehir de yaşayan gebelerde ise sağlık hizmetlerine ulaşımı arttırmakla beraber olumsuz gebe sonuçlarından haberdar olma olasılıkları yüzünden algılanan stres düzeyinde artışların olduğu sonucunu çıkarabiliriz.

Araştırmamızda gebelerin %83' ünün çekirdek ve %17' sinin geniş aile yapısına sahip oldukları belirlenmiştir. Dal' ın (2002) "gebe kadınların ve eşlerinin algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmaların incelenmesi" çalışmasında gebelerin %79,3'ünün çekirdek aile yapısında yaşadığı belirlenmiştir. Ayan'ın (2013) "gebelerin olağan şikayetleriyle başa çıkma yolları ve etkileyen faktörler" konulu çalışmanın verilerine bakıldığında, gebelerin %78,7' sının çekirdek aile yapısında olduğu, Kılıçarslan' ın (2008) Edirne' deki Devlet Hastaneleri ile Trakya Ü. Tıp F. Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde takip edilen 340 gebe kadın ile "Edirne şehir merkezindeki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri" ni belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında, evde sürekli birlikte yaşayan kişi sayısı ortalama 2,9 olduğu bulunmuştur. Araştırma sonuçları toplumumuzda çekirdek aile yapısının çoğunlukta olduğunu göstermektedir. Ayrıca TNSA 2013 verilerinde hane halkı büyüklüğünün azalmaya devam ettiği bulgusu elde edilmiştir. Son 20 yılda Türkiyede' ki

ortalama hane halkı büyüklüğü 4,5 kişiden 3,6 kişiye düşmüştür. Araştırma sonucu, ülkemizde yapılan diğer araştırma sonuçlarına benzerdir.

Araştırmamızda gebelerin %33,5' inin okur yazar değil / ilkokul / ortaokul mezunu, %31,5' i lise mezunu, %35' inin üniversite mezunu oldukları, eşlerinin %22,5' inin okur yazar değil / ilkokul / ortaokul mezunu, %34' ünün lise mezunu, %43,5' inin üniversite mezunu oldukları bulguları elde edilmiştir. Kılıçarslan' ın (2008) Edirne' de, 340 gebe kadın ile yaptıkları çalışmaya göre, gebelerin %42,1' inin ilköğretim, %38,8' inin lise ve %19,1' inin üniversite ve üzeri eğitim aldığı, eşlerinin %19,7' sinin ilkokul, %41' inin lise eğitimi aldıkları bulunmuştur. TNSA 2013 verilerine göre; erkeklerin %49' u kadınların %36' sı en az ortaokul; erkeklerin %29' u, kadınların ise %21' i en az lise mezunu olduğu saptanmıştır. Sunulan araştırmada lise ve üniversite mezunu gebe ve eşinin yukarıdaki araştırmalardan daha fazla oranda olması, üniversite hastanesinde yapılması nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Bu sonuçlarda gebelerin yaşları itibariyle diğer araştırmalara göre, daha genç nüfusu oluşturması ve buna bağlı olarak eğitim düzeyinin artmasıdır.

Araştırmamızda gebelerin %37' si çalışıyor iken, %63' ü çalışmamakta olduklarını ifade etmektedir. Gebelerin meslekleri sorgulandığında % 59,5 'inin ev hanımı, %23,5 ' inin memur, %7' si işçi, %1,5' inin serbest meslek ve %8,5' inin de diğer meslek gruplarında oldukları, eşlerinin meslekleri ise, %31' i memur, %2' si işsiz, %20,5' i işçi, %34,5' i serbest meslek, %12' si diğer meslek gruplarında yer aldığı saptanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu 2009 verilerine göre Türkiye' de işsizlik oranı %14 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda bu oranın daha düşük olmasının bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Doğum Ana Bilim Dalı'nda Türkmen' in (2014) yapmış olduğu çalışmada, gebelerin %74,5 ' inin çalışmamakta olduğu, %14,5' inin emekli, %15,5 'inin memur / işçi, %10' unun serbest çalıştığı bulguları saptanmıştır. Ayan' ın (2013) yapmış olduğu çalışmada gebelerin %87'sinin ev hanımı olduğu, Kılıçarslan' ın (2008) çalışmasında ise gebelerin %71,2' sinin ev hanımı oldukları bulguları elde edilmiştir. Araştırmamızda gebelerin eş çalışma durumlarına bakıldığında; %31' inin memur, %20,5' inin işçi, %34,5' inin serbest meslek, %2' sinin işsiz ve %12' sinin diğer meslek gruplarına dahil oldukları bulguları saptanmıştır. TÜİK (2013) NKA sonuçlarına göre 2011 yılında, Türkiye' de 15 ve daha yukarı yaştaki nüfus içerisinde işgücüne katılma oranı %47,5 olup, bu oran erkeklerde %69,2, kadınlarda ise %25,9' larda olduğu (erkeklerin üçte biri oranında), Avrupa Birliği üyesi ve aday ülkeler arasında kadınların işgücüne katılma oranının en düşük olduğu ülkenin de Türkiye olduğu bilgisi tespit edilmiştir. Sunulan araştırmada çalışan kadın oranının nispeten yüksek olması, örneklemin eğitim düzeyi yüksek bir gruptan oluşmasına bağlı olduğu varsayılmaktadır.

Araştırmamızda gebelerin tamamı gebelikleri boyunca hiç alkol içmedikleri, sigara içenlerin ise, %4,5' i gebelik öncesinde kullandığım kadar devam ediyorum, %11,5' i gebelikte azalttım, %10' u gebe kaldığımı öğrendiğimden beri bıraktım ve %74' ü ise hiç kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Kılıçarslan' ın (2008) çalışmasında; Edirne merkezde gebelerin sigara alışkanlıkları sorgulandığında %51,2' sinin hiç sigara içmediği son bir ayda sigara kullanan gebelerin oranının %14,4 olduğu ve bunların da

%6' sının gebelikleri boyunca düzenli sigara kullandıkları saptanmıştır. Gebenin sigara alışkanlığı sadece kendi sağlığını olumsuz etkilememekle kalmayıp; fetüsün gelişmesini, doğumu, bebek sağlığını da etkilemektedir. Ayrıca gebelik döneminde sigara kullanmak anneleri olumsuz etkileyip, bebeklerine kötü bir şey olacak endişesi ile kadınların stres yaşamalarına neden olmaktadır. Sunulan araştırmada gebelerin %16' sının gebelikte sigara içtiğinin belirlenmesi, gebelikte sigaranın zararlarına yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetine gereksinim olduğunu göstermektedir.

Sunulan çalışmada ortalama gebelik sayılarının da $2,30 \pm 1,39$ olduğu bulunmuştur. Ortalama yaşayan çocuk sayısı ise, $1,53 \pm 0,84$ olduğu belirlenmiştir. Pınar ve arkadaşlarının (2014) Sivas merkezde yer alan bir devlet hastanesinde 300 gebe ile "gebe kadınların uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkiyi belirlemek" amacıyla yaptıkları çalışmada, gebelik sayısı ortalaması $2,31 \pm 1,19$, canlı doğum sayısı ortalaması $1,11 \pm 1,08$, abortus sayısı ortalaması $1,20 \pm 0,50$, yaşayan çocuk sayısı ortalaması $1,09 \pm 1,06$ olarak bulunmuştur. Araştırmamızda son trimesterlerinde bulunan gebelerin gebelik haftaları sorgulandığında; %49,5' inin 28 - 32 haftalar arasında, %29' unun 33 - 37 haftalar arasında, %21,5' inin 38 - 42 haftalar arasında oldukları saptanmıştır. Araştırmamızda gebelerin şuan ki gebelik sayılarına bakıldığında; %36,5' inin ilk gebeliği, %63,5' inin 2 (iki) ve üzeri olduğu bulunmuştur. Gözüyeşil ve arkadaşlarının (2008) Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde 136 gebe kadın ile "gebelerde depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi" amacıyla yaptıkları çalışmada; gebelerin %49,4' ünün ilk gebeliği, %31,6' sının 2. gebeliği, %5,9' unun 3. gebeliği, %13,1' inin de 4. ve üzeri gebeliği olduğu, gebelerin sahip oldukları çocuk sayılarına bakıldığında %58,8' inin hiç çocuğunun olmadığı, %31,6' sının 1 çocuğunun, %9,6' sının da 2 ve üzeri sayıda çocuğu olduğu bulguları elde edilmiştir. TNSA 2013 verilerine göre; halen evli kadınlar arasında ortalama ideal çocuk sayısı 2,9' dur. 2013 yılı kadınların çocuk sayıları ortalamaları 2,26' dır ve eğitim düzeyi arttıkça doğurganlığın azaldığı saptanmıştır. Bizim çalışmamız da TNSA sonuçlarına paralel doğurganlığın düştüğünü ispatlar nitelikte bulgulara sahiptir.

Araştırmamızda gebelerin %17,5' sinin 1 kez küretaj yaptırdığı, %7' sinin 2 kez küretaj yaptırdığı, %78,5' inin hiç düşük öyküsünün olmadığı, düşük öyküsü olanların %13' ünün 1 düşük, %1,5' inin 2 düşük, %0,5' inin 3 düşüğü olduğu bulguları saptanmıştır. Kılıçarslan' ın çalışmasında gebelerin %86,8' inin düşük öyküsü olmadığı, düşük öyküsü olanların ise %12,1' inin 1 (bir), %1,2' sinin de 2 (iki) düşüğü olduğu, %91,2' sinin hiç küretajı olmadığı, küretajı olanların %6,2' sinin 1 (bir), %2,4' sinin 2 (iki), %0,3' nün üç küretaj öyküsü olduğu belirlenmiştir. TNSA 2013 verilerine göre; son beş yıldaki gebeliklerin yüzde 20'si canlı doğum olmadan sonlanmıştır. Önceki beş yılın kadın başına toplam düşük hızı 0,14 ve en yüksek değer 35 - 39 yaş grubunda olduğu belirtilmiştir.

Araştırmamızda gebelerin %63,5'inin şuan ki gebeliğinin planlı olduğu, %36,5' inin de planlı olmadığı saptanmıştır. Akbaş ve arkadaşlarının (2008) Malatya Devlet Hastanesine bağlı Gebe Polikliniğine başvuran 104 gebe ile "gebelerde sosyal destek ile depresyon ve kaygı belirti düzeylerinin ilişkisinin incelenmesi" amacıyla yaptıkları çalışmada, gebelerin isteyerek gebe kalma oranları %75, Gözüyeşil ve

arkadaşlarının (2008) Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde 136 gebe kadın ile "gebelerde depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi" amacıyla yaptıkları çalışmada, %77,9 olarak bulunmuştur.

Sunulan araştırmada gebelerin, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği, olumlu duygulanım alt boyut puan ortalaması $5,90 \pm 3,68$, bedensel şikayetler alt boyut puan ortalaması $7,08 \pm 4,21$, depresif duygulanım alt boyut puan ortalaması $5,75 \pm 5,45$, kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalaması $1,62 \pm 1,97$ ve toplam puan ortalaması $18,61 \pm 11,99$ olarak bulunmuştur. Yılmaz ve Beji' nin (2010) 342 gebe ile yaptıkları çalışmada, depresif duygulanım alt boyut puan ortalaması $4,56 \pm 3,41$, olumlu duygulanım alt boyut puan ortalaması $3,93 \pm 2,63$, bedensel şikayetler alt boyut puan ortalaması $6,52 \pm 4,06$, kişilerarası ilişkiler $0,85 \pm 1,04$ olarak tespit edilmiştir. Dağlar ve Nur (2014) yaptıkları çalışmada EAMDS puan ortalaması $17,57 \pm 10,10$ olarak bulunmuştur. Çalışmamız da, gebelerin %50' sinin EAMDS puanı kesme puanının üzerinde saptanmıştır. Setse (2009) yaptığı çalışmasında, gebelikte ve doğum sonu dönemde depresif semptomlar ve yaşam kalitesini inceleyen bir çalışmada birinci trimester gebelerin %15'inin, ikinci trimesterde %14' ünün ve son trimesterde %30' unun EAMDS puanının 16 ve üzerinde olduğu bulunmuştur. Armstrong' un (2002) çalışmasında gebelerin %38' inin EAMDS puanının 16 ve üzerinde olduğu bildirilmiştir. Lancaster ve arkadaşlarının (2010) 867 gebeyle yaptıkları çalışmada gebelerin %18' inin EAMDS puanının 16 ve üzerinde olduğu belirtilmiştir. Lara ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada ise, Latin Amerikalı gebelerin yaklaşık %30' unun EAMDS puanının 16 ve üzerinde olduğu bildirilmiştir. Gebelikte depresyon prevalansı dünyada %18 - 25 arasında değişmekte ülkemizde %12 - 58 arasında görülmektedir. Dağlar ve Nur (2014) yaptıkları çalışmada, gebelerin %50,7' sinde depresyon riski görüldüğünü bildirmişlerdir. Lee ve arkadaşlarının (2007) çalışmasına göre, gebelerin %37,1' inde depresyon görüldüğü belirtilmiştir. Araştırma sonucu, ülkemizde gebeler ile yapılan araştırma sonuçlarıyla benzerdir. Ülkemizde depresif semptomları olan gebelerin oranı, daha fazladır. Yaşam koşulları ve bölgesel farklılıkların etkili olduğu düşünülmektedir.

Sunulan araştırmada, Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalaması $17,34 \pm 6,88$ olarak saptanmıştır. Kingston, Heaman, Fell, Dzakpasu ve Charmers (2011) yaptıkları çalışmaya göre, gebelik döneminde kadınların %12' sinde algılanan stres, %17,1' inde stresli yaşam olayları saptandığı, stresli yaşam olaylarının da algılanan stresten kaynaklandığı belirtilmektedir. Pınar ve arkadaşlarının (2014) Sivas merkezde yer alan bir devlet hastanesinde 300 gebe ile 'Algılanan Stres Ölçeğini' kullanarak yaptıkları çalışmaya göre, algılanan stres ortalaması $25,30 \pm 5,04$ olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda algılanan stres ortalaması Pınar ve arkadaşlarının çalışmasındaki ortalamadan daha düşük belirlenmiştir. Literatür taramalarında gebelerin algılanan stres Ölçeği puanı ile ilgili yapılan çalışmalar yetersiz olup bu konuda daha geniş çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Sunulan çalışmada, Durumluluk Anksiyete Ölçeği puan ortalaması $41,49 \pm 12,12$ ve Süreklilik Anksiyete Ölçeği için ise puan ortalaması $45,16 \pm 10,47$ olarak saptanmıştır. Erdem ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmaya göre, Durumluluk Anksiyete Ölçeği

puan ortalaması $40,4 \pm 11,0$, Süreklilik Kaygı Ölçeği puan ortalaması ise $43,9 \pm 7,4$ olarak bulunmuştur. Çucu' nun (2001) çalışmasına göre, antenatal süreklilik kaygı puan ortalaması 46,54 olarak bulunmuştur. Sertbaş' ın (1998) gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası kaygı düzeyini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında, doğum öncesi durumluluk kaygı puan ortalaması 54,53 olarak saptanmıştır. Gündoğdu' nun (2013) Nene Hatun Kadın Doğum Hastanesi poliklinikleri ve doğum salonunda 293 gebe ile "son trimesterdeki gebelerin anksiyete düzeyleri ile doğumdaki anksiyete ve ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi" konulu çalışmada, gebelerin son trimesterdeki süreklilik anksiyete ölçeğinin puan ortalamasının $42,90 \pm 8,10$, durumluluk anksiyete puan ortalaması ise $43,09 \pm 10,11$ olduğu belirlenmiştir. Costa ve arkadaşlarının (1999) son trimesterdeki durumluluk anksiyete puan ortalamasını 40,6 olarak bulmuşlardır. Yapılan çalışma sonuçları ile bu çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Koşulların değişmesi durumluluk ve süreklilik kaygı düzeyini etkilemektedir. Field ve arkadaşlarının (2006) tarafından 470 gebe ile yapılan çalışmada, gebelerin durumluluk kaygı puan ortalaması 32,95 olduğu belirtilmektedir. Field ve arkadaşlarının çalışmalarına ait sonuçlar, çalışmadan elde edilen durumluluk kaygı puan ortalaması sonucu ile örtüşmemektedir. Bu durumun çalışmaların farklı özelliklere sahip gebeler ile gerçekleştirilmiş olmasından kaynaklandığı kanısındayız. Cury ve Menezes (2007) tarafından doğum öncesi döneme ilişkin kaygı prevalans çalışmasında, gebelerin durumluluk Kaygı puan ortalaması 43,5 olarak tespit edilmiştir. Cury ve Menezes çalışma sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

2008' deki ekonomik krizden etkilenmiş olan İrlanda' da bir bölgede düşük riskli kadınlar arasında stres, anksiyete düzeyleri ve depresif belirtileri değerlendirilmiştir. Bu çalışmada veriler, Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS), Algılanan Stres Ölçeği (PSS) ve Durumluluk - Süreklilik Kaygı - Envanteri Ölçeği (STAI) kullanılarak toplanmıştır. Bulgular, katılımcılar arasında yüksek seviyelerde stres, anksiyete ve depresif belirtiler göstermektedir. Farklı yaş grupları, yaşam biçimleri veya olağan uğraş için ortalama EPDS puanında anlamlı farklılık yoktur. 12' ye büyük eşit puanı olası doğum öncesi depresyonun göstergesi olarak alınmış ve katılımcıları %86,5' i ≥ 12 (12 veya üstünde bir) puan tepkisi vermiştir. Ayrıca PSS puanları da yüksektir ve ankete katılanların, toplam 40 puan üzerinden, dördte üçü (%75,6) ≥ 15 puan vermiştir ve üçte birinden fazlası (%35,1) ≥ 20 puan vermiştir. STAI puanı ≥ 39 olma, doğum sonrası anksiyetenin bir göstergesi olarak değerlendirilmiş ve katılımcıların %74,3' ü 39 veya daha büyük puanla cevap vermişlerdir. Farklı yaş grupları, yaşam biçimi ve genel uğraşlar arasında ortalama STAI puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktur. İrlanda' da ekonomik açıdan etkilenmiş bir bölgedeki düşük riskli gebe popülasyonunda doğum öncesi yüksek seviyelerde stres, anksiyete ve depresyon belirtileri bulunmuştur (Carolan - Olah ve Barry, 2014).

Dietz ve arkadaşlarının (2007) çalışmasına göre gebelikte depresyon yaygınlığı birinci, ikinci ve üçüncü trimesterlerde sırasıyla, % 7.4, %12.8 ve % 12 olarak bildirilmiştir. Andersson ve arkadaşları (2004) tarafından İsveç'te 2. Trimester gebelerde PRIME - MD' yi (Mental Hastalıkların Birinci Basamakta Değerlendirilmesi Sistemi) kullanarak yaptıkları çalışmada gebelerin %14,1' i bir ya da daha fazla psikiyatrik tanı aldıkları saptanmıştır. Yücel ve arkadaşlarının (2013) birinci trimester gebelerde

depresyon ve anksiyete bozukluğu konulu çalışmalarında 111 gebenin %55,8' inde bir veya daha fazla psikiyatrik belirtinin olduğu görülmüştür. Lee ve arkadaşları (2007) gebelerin %54' de kaygı, %37,1' inde depresyon ve her iki durumunda birinci ve üçüncü trimesterlerde daha yaygın ve şiddetli olduğunu belirtmişlerdir. Çelik (2013) çalışmasında, ilk trimesterde istenmeyen gebelikler, anksiyete ve depresyonla ilişkiliyken 3. trimesterde doğumla ilgili korkular ve fetusun normalliyetiyle ilgili kuşklar sebep olabilir. Rizzardo'nun (1988) çalışmasında anksiyete düzeylerinin üçüncü ve dokuzuncu aylarda daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu farklılıkların bir nedeni de kültürel özelliklerle ilgili olabilir, çünkü farklı kültürlerde aile yapıları ve birey - çevre etkileşimleri farklı özellikler göstermektedir. Diğer taraftan, daha önemli bir neden ise verilerin toplanmasında kullanılan araçların farklılığı, ölçme ve değerlendirmedeki yöntem farklılıklarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam ve alt boyutları arasındaki korelasyonları incelendiğinde, korelasyon katsayılarının; EAMDS depresif duygulanım alt boyutunda $r: 0,90$ çok yüksek, EAMDS olumlu duygulanım alt boyutunda $r: 0,67$ orta düzeyde, EAMDS bedensel şikayetler alt boyutunda $r: 0,84$ yüksek, EAMDS kişilerarası ilişkiler alt boyutunda $r: 0,69$ orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası toplam ve alt boyutları ile diğer ölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, korelasyon katsayılarının; Durumluluk Kaygı Ölçeği ile $r: 0,67$ orta düzeyde, Süreklilik Kaygı Ölçeği ile $r: 0,62$ orta düzeyde, Algılanan Stres Ölçeği ile $r: 0,62$ orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Depresyon puanı yüksek olan gebelerin, algılanan stres puanı ve durumluluk / süreklilik anksiyete puanı da benzer şekilde yüksek olmaktadır. Algılanan Stres Ölçeği puanı ile, Durumluluk Kaygı Ölçeği puanı arasında orta düzeyde ($r: 0,64$), Süreklilik Kaygı Ölçeği puanı arasında da benzer şekilde orta düzeyde ($r: 0,61$) bir ilişki olduğu saptanmıştır. Algılanan stres puanı yüksek olan gebelerin durumluluk ve süreklilik anksiyete puanı da benzer şekilde yüksek olmaktadır. Gebelerin durumluluk ve süreklilik anksiyete puanları arasında ise yüksek düzeyde ($r: 0,71$) bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Durumluluk puanı yüksek olan gebelerin, süreklilik anksiyete puanı da yüksek olmaktadır.

BÖLÜM II: GEBELİKLERİNİN SON TRİMÄSTERİNDE BULUNAN KADINLARIN ANKSİYETE, ALGILANAN STRES ve DEPRESİF BELİRTİ DURUMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Sunulan çalışmada gebelerin yaş gruplarına göre Durumluluk - Süreklilik Kaygı (DKÖ - SKÖ) puanları açısından farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Erdem ve arkadaşlarının (2010) Dicle Üniversite Hastanesine başvuran gebeliğin üçüncü trimesterinde olan gebelerin " antepartum ve postpartum dönemde gebelerin kaygı düzeylerinin incelenmesi" amacıyla yaptıkları çalışmada gebenin yaşı ve kaygı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Cury ve Menezes (2006) tarafından doğum öncesi döneme ilişkin yapılan kaygı prevalans çalışmasında gebelerin yaş grubuna göre antenatal durumluluk ve süreklilik kaygı düzeyleri incelenmiş gebelerin durumluluk ve süreklilik kaygı düzeyleri yüksek bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Güneştaş (2011) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran 402 gebe kadın ile "gebelik yaşının kadınların kaygı düzeylerinin etkisinin incelenmesi" konulu çalışmasında kaygı düzeyleri ile gebenin yaşı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu çalışmaların sonuçları da sunulan çalışmanın bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Gebelerdeki yaş faktörünün stres, anksiyete ve depresyon durumlarında etkili olmadığı düşünülebilir.

Çalışmamızda gebelerin yaş gruplarına göre Algılanan Stres (ASÖ) puanları açısından farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Pınar ve arkadaşlarının (2014) 300 gebe ile yaptıkları çalışmada da yaşa göre algılanan stres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamızda gebelerin yaş gruplarına göre EAMDS toplam ve alt boyutları puanlarında da anlamlılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Dağlar ve Nur (2014) çalışmasına göre yaş gruplarında gebelerin depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı fark oluşturmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Sunulan çalışmada, çekirdek aile yapısına sahip olan gebelerin Süreklilik Kaygı puan ortalamaları $44,31 \pm 9,64$, geniş aile de yaşayan gebelerin Sürekli Kaygı puan ortalamaları ise $49,36 \pm 13,20$ bulunmuştur. Buna göre, geniş aile yapısına sahip gebelerdeki sürekli kaygı seviyesi çekirdek aile de yaşayan gebelerdeki kaygı seviyesine göre daha yüksek bulunmuştur. Akbaş ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiş geniş ailede yaşayan gebelerin sürekli kaygı düzeylerinin çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Geniş ailede gebeye düşen rol ve sorumlulukların geleneksel olarak daha fazla olduğu, bu durumun kadının kaygı, depresyon ve stres düzeyinin artmasına katkıda bulunduğu düşünülebilir.

Sunulan çalışmada, gebe kadınların aile tipine göre, Algılanan Stres ortalamaları geniş aile yapısına sahip olanların ortalamalarının çekirdek aile yapısına sahip olan gebelerden anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Literatür taramalarında gebelerin algılanan stres düzeyleri ile ilgili yapılan çalışmalar yetersiz olup bu konuda daha geniş çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Sunulan çalışmada, gebelerin EAMDS toplam, depresif ve olumlu duygulanım alt boyut puanları aile yapısına göre incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Gebelerin aile yapısına göre EAMDS bedensel şikayetler, kişilerarası ilişkiler alt boyut puanlarında istatistiksel olarak bir anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Araştırmamızda gebelerin depresif semptom ve olumlu duygulanım puan ortalamalarına göre, çekirdek ailede yaşayan gebelerin depresif semptom ve olumlu duygulanımları geniş aile de yaşayanlara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yılmaz ve Beji' nin (2010) İstanbul Tıp Fakültesi Perinatoloji Kliniği' ne başvuran 342 gebe ile "perinatal kayıp deneyiminin sonraki gebelik üzerine etkileri" amacıyla yürüttükleri çalışma sonucuna göre ise, çekirdek aile yapısına sahip gebe kadınların EAMDS ortalamaları geniş aile yapısına sahip olanlarınkinden düşük olduğu bulunmuştur. Kılıçarslan' ın (2010), çalışmasında ise evde sürekli yaşayan kişi sayısı arttıkça depresyon skorunun arttığı bildirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları bizim sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir. Akbaş ve arkadaşlarının (2008) "gebelikte sosyal destek ile depresyon ve kaygı belirti düzeylerinin ilişkisinin incelenmesi" amacıyla Malatya' da yaptıkları çalışmada, geniş aile de yaşayan gebelerin depresif semptomlarının çekirdek aile de yaşayan gebelerden daha düşük olduğu bildirilmiştir. Akbaş ve arkadaşlarının (2008) sonuçlarının bizim sonuçlarımızdan farklı olmasını çalışmanın kırsal bölgedeki bir örneklem grubunda yapılmış olmasına bağlayabiliriz.

Çalışmamıza göre gebelerin Durumluluk Kaygı puan ortalamaları, okur yazar değil / ilkökul / ortaokul mezunu gebelerde $45,36 \pm 12,37$, lise mezunu gebeler de $39,94 \pm 10,91$, üniversite mezunu gebeler de $39,18 \pm 12,18$ olarak tespit edilmiştir. Buna göre, eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin daha düşük durumluluk kaygı puanına sahip oldukları bulunmuştur. Erdem ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmaya göre, eğitim düzeyi daha düşük olan kadınların kaygı puanları daha yüksek olduğu bulunmuştur. Cury ve Menezes (2006) çalışmasında eğitim düzeyi ile durumluluk kaygı arasındaki ilişki incelendiğinde eğitim düzeyi arttıkça durumluluk kaygı düzeyinin düştüğü görülmektedir. Çucu (2001) ve Sertbaş' ın (1998) çalışmalarında da eğitim düzeyi yükseldikçe durumluluk kaygının düştüğü görülmektedir. Bu çalışmalar bizim sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir.

Sunulan çalışmada gebelerin Algılanan Stres puanlarına göre eğitim durumları incelendiğinde; okur yazar değil / ilkökul / ortaokul mezunu gebelerin Algılanan Stres puanları $19,39 \pm 7,89$, lise mezunu gebelerin ortalamaları $16,47 \pm 5,97$, üniversite mezunu gebelerin ortalamaları ise $16,16 \pm 6,23$ olarak bulunmuştur. Buna göre, eğitim seviyesi yükseldikçe algılanan stres seviyesinin azaldığı saptanmıştır. Yali ve Lobel (1999) düşük eğitim durumuna sahip gebelerin alkol, sigara gibi maddeleri kullanarak hem fetüse hem de kendilerine zarar veren farklı bir başa çıkma yöntemi kullandıklarını tespit etmişlerdir.

Sunulan çalışmada üniversite mezunu gebelerin Depresyon Toplam puan ortalamalarının, okur yazar değil / ilkökul / ortaokul mezunu gebelerin puanlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmada okur yazar değil / ilkökul / ortaokul mezunu gebelerin depresif semptom puan ortalaması $7,33 \pm 5,82$, olumlu duygulanım puan ortalaması $6,84 \pm 3,43$, bedensel şikayetler puan ortalamasına $8,09 \pm 4,16$ sahip oldukları; üniversite mezunu gebelerin depresif semptom puan ortalaması $4,66 \pm 5,44$, olumlu duygulanım puan ortalaması $5,19 \pm 3,48$, bedensel şikayetler puan ortalamasının $5,65 \pm 3,80$ olduğu saptanmıştır. Dağlar ve Nur (2014) yaptıkları çalışmada ilkökul ve ortaokul mezunu gebelerin depresyon puan ortalamaları lise ve üzeri eğitime sahip gebelerin puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Akbaş ve arkadaşlarına göre (2008) eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin daha düşük depresyon puanına sahip olduklarını bildirmiştir. Gotlib ve Whiffen ise, eğitim düzeyi yükseldikçe kadının kendi yaşamı üzerinde etkinliğinin arttığını ve benlik saygısının yükseldiğini, depresyon oranının azaldığını bildirmişlerdir. Çalışma sonuçlarımız Akbaş ve arkadaşları, Gotlib ve Whiffen'in yaptıkları çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Sunulan araştırmada çalışmayan gebelerin Durumluluk Kaygı seviyesi çalışan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır. Dağlar ve Nur (2014) yaptıkları çalışmada, çalışmayan gebelerin anksiyete puan ortalamaları çalışanlarınkinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Akbaş ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada, çalışmayan gebelerin kaygı puanının çalışanlardan daha yüksek olduğunu ancak aralarında fark olmadığını bildirmişlerdir Buna göre herhangi bir işte çalışmama durumunun gebelerdeki kaygı yükselmesine neden olduğunu söyleyebiliriz.

Araştırmamızda çalışmayan gebelerin Stres algısı çalışan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır. Buna göre herhangi bir işte çalışmama durumunun gebelerdeki stres algısının yükselmesine neden olduğunu söyleyebiliriz.

Sunulan araştırmada çalışmayan gebelerin Depresif semptom varlığı çalışan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır. Gözüyeşil ve arkadaşlarının (2008) Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde 136 gebe kadın ile "gebelerde depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi" amacıyla yaptıkları çalışmada ve Akbaş ve arkadaşlarının (2008) Malatya Devlet Hastanesine bağlı Gebe Polikliniğine başvuran 104 gebe ile "gebelerde sosyal destek ile depresyon ve kaygı belirti düzeylerinin ilişkisinin incelenmesi" amacıyla yaptıkları çalışmada, çalışmayan gebelerin depresyon puanının çalışanlardan daha yüksek olduğunu ancak aralarında fark olmadığını bildirmişlerdir. Sequin arkadaşlarının (1995) yapmış olduğu bir çalışmada, gebelik sırasında, özellikle düşük sosyo - ekonomik koşullara sahip kadınlarda depressive semptomların daha yaygın olduğu ve bu semptomların çoğunlukla çevresel faktörlerle bağlantılı olduğunu göstermiştir. Bu çalışmaların bulguları ile bizim bulgularımız benzemektedir. Bu benzerliğin hem büyük bir örneklem grubu ile çalışılmış olmasından hem de çalışmaların aynı bölgede yapılmış olmasından kaynaklandığı kanısındayız.

Sunulan çalışmada gebelik sayısına göre Durumluluk - Süreklilik Kaygı Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır. Erdem ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmanın sonucuna göre, gebelik sayısı ile kaygı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sertbaş' ın (1998) çalışmasında gebelik sayısı ile durumluluk kaygı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçları bizim sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda kadınların gebelik sayısına göre Algılanan Stres Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır.

Sunulan çalışmada kadınların gebelik sayısına göre EAMDS toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır. Dağlar ve Nur (2014) yaptıkları çalışmada, gebelik sayısı ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır. Bu çalışmanın sonuçları bizim sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda doğum sayısı durumlarına göre Süreklilik Kaygı Ölçeği puanında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Sunulan çalışmada doğum sayısı 1 (bir) olan gebelere kıyasla, 2 (iki) ve üzeri doğum yapan gebelerin sürekli kaygı seviyelerinin istatistiksel olarak daha fazla olduğu saptanmıştır.

Sunulan çalışmada doğum sayısı durumlarına göre Algılanan Stres Ölçeği puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sunulan çalışmada doğum sayısı durumlarına göre, toplam EAMDS puanı, depresif duygulanım, olumlu duygulanım, bedensel şikayetler, kişilerarası ilişkiler alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Yapılan araştırmada Süreklilik Kaygı Ölçeği puanları ile gebeliklerinin planlı olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$). Yapılan araştırmada gebeliği planlı olmayan gebeler, planlı olan gebelere kıyasla durumluluk kaygı seviyesi açısından daha fazla belirtiyeye sahip olarak saptanmıştır. Güneştaş' ın (2011) çalışmasında, hamileliği isteyen gebelerin durumluluk kaygı puanı hamileliği istemeyen gebelerin durumluluk kaygı puanlarından daha düşük olarak bulunmuştur. Kaplan ve arkadaşlarının 97 gebe ile yaptıkları çalışmalarında gebeliğini planlayan kadınlarda doğum öncesi kaygı puanı, planlamayanlardan daha düşük olarak belirlenmiştir. Sertbaş (1998) çalışmasında, gebeliği isteme durumu ile durumluluk kaygı arasında anlamlı fark bulunduğunu ve gebeliğini istemeyen kadınlarda durumluluk kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar çalışma bulgularımız ile uyumludur.

Araştırmamızda Algılanan Stres Ölçeği puanı ile gebeliklerinin planlı olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Yapılan araştırmada gebeliği planlı olmayan gebeler, planlı olan gebelere kıyasla Depresif semptom açısından daha fazla belirtiyeye sahip olduğu saptanmıştır. Sequin ve arkadaşlarının (1995) gebelik boyunca stresörleri incelediği çalışmalarında, gebeliğin istemeden uygun olmayan zamanda olmasının da gebenin depresyonuna neden olduğunu saptamışlardır. Yanikkerem ve Demirtosun (2004) yaptıkları çalışmalarında ise, gebeliğini planlamayan kadınlarda depresyon puanlarını anlamlı olarak daha yüksek bulmuşlardır. Kılıçarslan'ın (2008) yapmış olduğu çalışmada gebeliklerin istenmeyen/plansız olması gebenin depresyonunun artmasına neden olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Şahin ve Kılıçarslan'ın (2010) çalışmasında gebeliğin istenmesi durumunda depresyon skorunun düşük olduğu bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmaya göre, plansız gebeliklerin kadınlarda istenmeyen psikolojik tepkilere neden olduğu bulunmuştur. Plansız gebelikler dini inanç vb. sebeplerle devam ettirilse de ileri haftalarda farklı psikolojik tepkilere neden olup depresif belirtilere sebep olmaktadır.

Sunulan çalışmada, gebelik haftası durumlarına göre Süreklilik Kaygı Ölçeği puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) Akköz ve arkadaşlarının (2007) "gebelikte yaş ile kaygı düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi" çalışmasında gebelik haftası ile süreklilik kaygı ölçeği arasında pozitif bir ilişki saptanmamıştır. Çalışma da durumluluk kaygı puanında anlamlılık saptanmıştır. durumluluk kaygı seviyesi puanları açısından değerlendirildiğinde ise, 28 – 32. gebelik haftasındaki kadınların kaygı seviyeleri 38 – 42. gebelik haftasındaki kadınlara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Doğum yaklaştıkça doğum eylemi, kendi ve bebeğin sağlığına ilişkin düşüncelerin gebenin kaygı düzeyinin artmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda gebelik haftası durumlarına göre Algılanan Stres Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Yapılan çalışmada, gebelik haftası durumlarına göre toplam EAMDS puanı, olumlu duygulanım ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ayrıca çalışma da depresif duygulanım ve bedensel şikayetler alt boyut puanlarında anlamlılık saptanmıştır. Sunulan çalışmada 38 - 42. gebelik haftasında olan kadınların depresif semptomları hem 28 - 32. gebelik haftasında olan hem de 33 - 37. gebelik haftasında olan gebelere kıyasla istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Gebelik haftası 38 - 42 olan gebeler, 28 - 32 haftalık gebeliği olanlara kıyasla daha fazla depresif semptom sahibidir. 38 - 42. gebelik haftasında olan kadınların, bedensel şikayetleri 28-32. gebelik haftasında olan gebelere kıyasla istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Buna göre kadınlardaki bedensel şikayetler, doğum süreci yaklaştıkça belirgin oranlarda arttığı görülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma son trimesterinde gebelerin anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti durumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1. Çalışmaya katılan gebelerin %21,5' i 15 - 24 yaş grubunda, %58,5' i 25 - 34 yaş grubunda ve %20' si 35 yaş ve üzerindedir. Tüm gebeler evlidir, gebelerin %83' ü çekirdek aile, %17 'si geniş aile yapısına sahiptir. Gebelerin eğitim durumları incelendiğinde %34,5' i üniversite mezunudur, %37 'si çalışmaktadır.

2. Gebelerin eşleri %43,5' i üniversite mezunudur, %98' i çalışmaktadır (%34,5 'i serbest meslek, %20,5' i işçi, %31' i memur)

3. Gebelerin ailelerinin gelir durumları %36,5' i gelirim giderimden az, %52' si gelirim giderime denk, %11,5' i gelirim giderimden fazla olarak belirtmiştir.

4. Gebelerin tamamı gebelikleri boyunca hiç alkol içmedikleri, sigara içenlerin ise, %4,5'i gebelik öncesinde kullandığım kadar devam ediyorum, %11,5'i gebelikte azalttım, %10' u gebe kaldığımı öğrendiğimden beri bıraktım ve %74' ü ise hiç kullanmadım şeklinde belirtmişlerdir.

5. Gebelerin %49,5 ' i 28 - 32 gebelik haftası, %29' u 33 - 37 gebelik haftası, %21,5'i 38 - 42 gebelik haftasındadır. Gebelerin gebelik sayısı ortalaması $2,30 \pm 1,40$, küretaj sayısı ortalaması $1,47 \pm 0,68$, düşük sayısı ortalaması $1,20 \pm 0,50$, doğum sayısı ortalaması $1,53 \pm 0,84$ dür.

6. Gebelerin yarıdan fazlasının gebeliğinin planlı olduğu belirtilmiştir.

7. Gebelerin Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası, depresif duygulanım, olumlu duygulanım, bedensel şikayetler ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamalarına göre, bedensel şikayetler alt boyut puan ortalaması $7,07 \pm 4,21$, kişilerarası ilişkiler alt boyut ortalaması $1,62 \pm 1,97$, depresif duygulanım alt boyut puan ortalaması $5,75 \pm 5,15$ ve olumlu duygulanım alt boyut puanı ise $5,90 \pm 3,68$ olarak bulunmuştur. Buna göre, bedensel şikayetler, kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları depresif duygulanım ve olumlu duygulanım alt boyut puan ortalamalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

8. Algılanan Stres Ölçeği puan ortalaması $17,34 \pm 6,88$, durumluluk kaygı puan ortalaması $41,49 \pm 12,12$, süreklilik kaygı puan ortalaması ise $45,16 \pm 10,47$ olarak bulunmuştur. Gebelerin %50' sinin EAMDS 16 ve üzeri puan aldığı ve depresif semptomlarının olduğu görülmüştür.

9. Gebelerin yaş gruplarına göre Algılanan Stres Ölçeği, Durumluluk - Süreklilik Anksiyete Ölçeği, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği, depresif duygulanım, olumlu duygulanım, kişilerarası ilişkiler ve bedensel şikayetler alt boyut puanlarında yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

10. Gebelerin eğitim durumlarına göre Algılanan Stres Ölçeği puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). İlköğretim mezunu

gebelerdeki stres algısı, hem lise hem de üniversite mezunu gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır

11. Gebelerin EAMDS toplam ve alt boyutları eğitim durumlarına göre incelendiğinde depresif duygulanım, olumlu duygulanım, bedensel şikayetler ve EAMDS toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Gebelerin EAMDS kişilerarası ilişkiler alt boyut puanlarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). İlköğretim mezunu gebelerin toplam EAMDS, depresif duygulanım, olumlu duygulanım alt boyut puanları üniversite mezunu gebelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. İlköğretim mezunu gebelerin, bedensel şikayetler alt boyut puanları hem üniversite mezunu hem de lise mezunu gebelere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

12. Gebelerin eğitim durumlarına göre Süreklilik Kaygı Ölçeği puan ortalamalarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Gebelerin eğitim durumlarına göre Durumluluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir ($p < 0,05$). İlköğretim mezunu gebelerin durumluluk kaygı seviyesi, hem lise hem de üniversite mezunu gebelerin kaygı seviyesine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

13. Gebelerin çalışma durumlarına göre Algılanan Stres Ölçeği gebelerdeki çalışma durumlarına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışmayan gebelerin stres algısı çalışan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır.

14. Gebelerin çalışma durumlarına göre EAMDS toplam ve alt boyutları çalışma durumlarına göre incelendiğinde, toplam EAMDS ve depresif duygulanım alt boyutu için istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Gebelerin çalışma durumlarına göre EAMDS olumlu duygulanım, bedensel şikayetler, kişilerarası ilişkiler alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Çalışmayan gebelerin depresif semptom varlığı, çalışan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır.

15. Gebelerin çalışma durumlarına göre Durumluluk Kaygı Ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p < 0,05$). Süreklilik Kaygı Ölçeği puanında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Çalışmayan gebelerin durumluluk kaygı seviyesi çalışan gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu saptanmıştır.

16. Gebelerin aile yapısına göre Algılanan Stres Ölçeği puanı, incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p < 0,05$). Geniş ailede yaşayan gebelerin stres algısı çekirdek ailede yaşayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur

17. Gebelerin aile yapısına göre EAMDS toplam, depresif ve olumlu duygulanım alt boyut puanları aile yapısına göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Gebelerin aile yapısına göre EAMDS bedensel şikayetler, kişilerarası ilişkiler alt boyut puanı istatistiksel olarak incelendiğinde anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Geniş ailede yaşayan gebelerin depresif, olumlu duygulanım

ve toplam puanları çekirdek aile de yaşayan gebelere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

18. Gebelerin aile yapısına göre Süreklilik Kaygı Ölçeği puanı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p < 0,05$). Gebelerin aile yapısına göre Durumluluk Kaygı Ölçeği puanında istatistiksel olarak bir anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Geniş ailede yaşayan gebelerin süreklilik kaygı seviyesi çekirdek ailede yaşayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

19. Gebeliklerinin planlı olup olmama durumlarına göre, Algılanan Stres Ölçeği puanında gebeliklerinin planlı olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p > 0,05$).

20. Gebeliklerinin planlı olup olmama durumlarına göre, EAMDS toplam ve dört alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Gebeliği planlı olmayan gebeler, planlı olan gebelere kıyasla depresif semptom açısından daha fazla belirtiyeye sahiptir.

21. Gebeliklerinin planlı olup olmama durumlarına göre, Durumluluk Kaygı Ölçeği puanında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Gebelerin Süreklilik Kaygı Ölçeği puanında gebeliklerin planlı olup olmama durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p > 0,05$). Gebeliği planlı olmayan gebeler, planlı olan gebelere kıyasla durumluluk kaygı seviyesi açısından daha fazla belirtiyeye sahiptir.

22. Gebelerin gebelik haftası durumlarına göre toplam ASÖ puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

23. Gebelerin gebelik haftası durumlarına göre EAMDS depresif duygulanım ve bedensel şikayetler alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). EAMDS toplam, EAMDS olumlu duygulanım ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). 38 - 42. gebelik haftasında olan kadınların depresif semptomları hem 28 - 32. gebelik haftasında olan hem de 33 - 37. gebelik haftasında olan gebelere kıyasla istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. 38 - 42. gebelik haftasında olan kadınların, bedensel şikayetleri 28 - 32. gebelik haftasında olan gebelere kıyasla istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur.

24. Gebelerin gebelik haftası durumlarına göre Durumluluk Kaygı Ölçeği puanında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Süreklilik Kaygı Ölçeği puanı, açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Durumluluk kaygı seviyesi puanları açısından değerlendirildiğinde ise, 28 - 32 gebelik haftasındaki kadınların kaygı seviyeleri 38 -42 gebelik haftasındaki kadınlara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir.

25. Gebe kadınların gebelik sayısına göre, Algılanan Stres Ölçeği puanında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

26. Gebe kadınların gebelik sayısına göre EAMDS olumlu duygulanım alt boyut puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Toplam EAMDS, kişilerarası ilişkiler, bedensel şikayetler ve depresif duygulanım alt boyut puanlarında bir

ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$). İlk gebeliği olan kadınlar, gebelik sayısı 2 (iki) ve üzeri olan kadınlara kıyasla olumlu duygulanım açısından daha düşük puana sahiptir.

27. Gebe kadınların gebelik sayısına göre Durumluluk - Süreklilik Kaygı Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

28. Gebe kadınların doğum sayılarına göre, Algılanan Stres Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

29. Gebe kadınların doğum sayılarına göre EAMDS toplam ve dört alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

30. Gebe kadınların doğum sayılarına göre Süreklilik Kaygı Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Durumluluk Kaygı Ölçeği puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$). Doğum sayısı 1 (bir) olan gebelere kıyasla, 2 (iki) ve üzeri doğum yapan gebelerin Süreklilik Kaygı seviyelerinin istatistiksel olarak daha fazla olduğu görülmektedir.

31. Gebelerin yaş, aile tipi ve gebelik sayısı açısından EAMDS kesme puanına göre dağılımları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$). Sosyo - demografik özelliklerden eğitim, eşin eğitim düzeyi, çalışma durumu açısından EAMDS kesme puanına göre dağılımları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). İlköğretim mezunu olan gebeler, lise ve üniversite mezunu gebelere kıyasla daha fazla depresif semptom sahibidir. Eşi lise mezunu olan gebeler, eşleri diğer eğitim düzeyinde olan gebelere kıyasla daha fazla depresif semptom sahibidir. Çalışmayan gebelerin, çalışan gebelere göre daha fazla depresif semptomu mevcuttur. Gebelik haftası 33 - 37 ve 38 - 42 olan gebeler, 28 - 32 haftalık gebeliği olanlara kıyasla daha fazla depresif semptom sahibidir.

Gebelerin stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelendiği bu araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda;

- * Doğum öncesi ve sonrası ruhsal rahatsızlıkların erken tanı, tedavi ve önlenmesi açısından birinci basamak sağlık kurumlarında ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesi,
- * Kadın ve doğum ünitelerinde çalışan ebe ve hemşirelerin stres, anksiyete ve depresyon konusunda bilgilendirilmesi açısından hizmet içi eğitim, seminer, konferans gibi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- * Gebelikte sigara kullanımının anne ve bebeğin sağlığı açısından riskleri göz önüne alınarak anneye bu konuda danışmanlığın yapılması,
- * Prenatal stresin değerlendirildiği takip programlarının oluşturularak stresli bir olaya maruz kalan gebelerin hızlı bir şekilde güvenli ve temel ihtiyaçlarının sağlandığı alanlara sevk edilmesi,
- * İstmeden ve plansız gebe kalan kadınlarda stres ve kaygı durumunun değerlendirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Aydemir İ. Edirne İl Merkezindeki 40 - 59 Yaş Arası Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi ; 2007.

Akbaş E, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2008; 45: 85 – 91.

Ayan R. Gebelerin Olağan Şikayetleriyle Başa Çıkma Yolları ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi ; 2013.

Armstrong DS. Emotional Distress And Prenatal Attachment İnPregnancy After Perinatal Loss. J Nurs Scholars 2002; 34 : 339 - 345.

Alimoğlu K. Tıp eğitiminde stres, başa çıkma yolları ve memnuniyet. Yüksek Lisans Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi ; 2010.

Akköz S, Acar A. Gebelikte yaş ile kaygı düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Jinekolojik ve Obstet 2007; 21 (2) : 96 - 103.

Aybaş G. Gebelik Döneminde Görülen Psikososyal Değişikliklerin Gebe, Fetüs ve Çocuklar Üzerine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1997.

Aydın H, Bozkurt A, Özgen F. Duygudurum bozukluklarının genetik yönü. Depresyon Monografileri Serisi 3 / Hekimler Yayın Birliği, 1993; 25: 135 - 152.

Altınay S. Gebelikte depresyon prevalansı, sosyodemografik özellikler, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi. Ankara : Ankara Üniversitesi; 1999.

Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, IV. Baskı (DSM – IV - TR). APA, Washington, Çeviren: Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği. Ankara. 1994.

Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi, Klin Psikiyatri Dergisi 2004 ; 2: 70 - 74.

Ayan A, Aksoy C, Edizkan H. Doğuma hazırlık kursunun gebeler üzerine etkisi. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi 15 - 18 Ocak 2009; Bursa; Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa: 423 - 424.

Aslan S, Yüksel N. Anksiyete bozukluklarında ilaç tedavileri, Türkiye Klinikleri J İnt. Med Sci 2006; 2 (12) : 68 – 80.

Aktaş S, Yeşilçiçek KÇ, Dinçkol M, Kara H, Budak S, Güney S. Gebelikte depresyon, depresyona etki eden faktörler ve gebelik depresyonu ile sosyal destek

arasında ilişki. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi 15 - 18 Ocak 2009; Bursa; Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa: 459 - 460.

Andersson L, Sundström - Paromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Aström M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population based study. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 189 : 148 – 154.

Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları, 9. baskı, Remzi Kitabevi İstanbul, 2006; 28 – 34.

Bıdzınka JE. Stres Factors in Deffective Diseases. *Brit.J. Psychist* 1984; 144: 161-166.

Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı, 2. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul ,1994; 38 - 42.

Carolan - Olah M, Barry M. Antenatal stress: An Irish case study. *Midwifery* 2014;30 : 310 - 316.

Cardwell Michael S, MD, JD, MPH, MBA. Stress: Pregnancy Considerations. *Cme Review Article* 2013; 68 (2) :119 - 129.

Costa D, Larouche J, Drista M, Brender W. Variations in stres levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy- specific stress. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 47 : 609 - 621.

Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi* 10 (1) :11 - 18.

Cohen LS, Sichel DA, Faraone SV, Robertson LM, Dimmock JA, Rosenbaum JF. Couse of panic disorder during pregnancy and the puerperium: a preliminary study. *Biol Psychiatry* 1996; 39 : 950 - 954.

Cury F, Menezes R. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women' s Mental Health* 2006; 10 : 25 - 32.

Coşkun D. Perimenopozal ve postmenopozal dönemdeki kadınlarda depresyon insidansı ve hormon replasman tedavisinin etkileri. *Uzmanlık Tezi, İstanbul, Ok Meydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2008.*

Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3 (1) : 142 - 162.

Çelik F ve ark. Gebelikte Depresyon Semptomlarının Sıklığı ve Depresyon Gelişimini Etkileyen Faktörler. *Afyon. Anatol J Clin Investig ; 7 (2): 110 - 117.*

Çucu NÖ. Adölesan gebelerin kaygı düzeylerinin ve prenatal risk faktörlerinin incelenmesi. *Yüksek lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi; 2001.*

Dülgerler Ş, Engin E, Ertem . Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005 ; 21 (1) :115-126.

Dal G. Gebe kadınların ve eşlerinin algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmaların incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi; 2002.

Dietz PM, Williams SB, Callaghan WM, et al. Clinically Identified Maternal Depression Before, During, And After Pregnancies Ending In Live Births. Am J Psychiatry 2007; 164 : 1515 - 1520.

Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014 ; 36 : 429 - 441.

Durat G. Sakarya İlindeki Gebe Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Riskinin Belirlenmesi ve Yüksek Riskli Kadınlarda Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2003.

Davitsen JRT, Hughes DL, George LK, Blazer DG. The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. Psychological Medicine 1993; 23 : 709 - 718.

Esel E. Genelleşmiş anksiyete bozukluğunun nörobiyolojisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003; 13 (2) : 78 - 87.

Erdem Ö, Bucaktepe GE, Özen Ş, Kara İH. Prepartum ve postpartum dönemde annelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin incelenmesi. Düzce Tıp Dergisi 2010 ;12 (3) :24 - 31.

Erci, B. Reliability and validity of the Turkish version of Perceived Stress Scale. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9 (1) : 58 - 64.

Fortinash KM, Holoday-Worret PA. Psychiatric Nursing Care Plans, Mosby 1995; 20 : 27 - 30.

Fasial – Cury A, Rossi Menezes P. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. Arch Womens Ment Health 2007; 10 : 25 – 32.

Field T, Hernandez - Reif M, Diego M. Risk factors and stress variables that differentiate depressed from nondepressed pregnant women. Infant Behavior & Development 2006; 29: 169 - 174.

Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer - Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol 2005; 106: 1071 - 1083.

Gabbard GO. Anxiety Disorders: Psychodynamic Aspects. In: Sadock VA eds. Comprehensive textbook of psychiatry. 7 th ed.PA: Lippincott Williams and Wilkins 2000; 1464 – 1476.

Gündoğdu G. Son trimasterdeki gebelerin anksiyete düzeyleri ile doğumdaki anksiyete düzeyleri ile doğumdaki anksiyete ve ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2013.

Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. Best Parti'ce & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2014; 28: 25 – 35.

Güneştaş İ. Gebelik yaşının kadınların kaygı düzeylerine etkisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2011.

Gotlib IH, Whiffen VE, Mount JH, Milne K, Cordy NI. Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. J Consult Clin Psychol 1989; 57 (2) :269 - 274.

Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3: 39 - 66.

Gölbaş Z, Kelleci M, Kısacık G. Gebelikte depresif belirtiler: Prevalans ve risk faktörlerine ilişkin bir çalışma. 5. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19 - 22 Nisan 2007, Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa: 255.

Hedeard M, Henriksen TB, Secher NJ, Hatch M, Sabroe S. Do stressful life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery? Am J Epidemiol 1996; (7): 339 - 45.

Işık E, Taner Y. Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları. Asimetrik Parellel Kitabevi 2006; 3 - 29.

Ickovics JR, Reed E, Magriples U, et al. Effects of group prenatal care on psychological risk in pregnancy: results from a randomized controlled trial. Psychol Health 2011; 26 : 235 - 250.

Kılıçaslan S. Edirne şehir merkezinde' ki son trimaster gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Edirne, 2008.

Köknel Ö. Stres ve Hastalıklar. Tarhan N, editör. Gri Ajans, İstanbul, 1990.

Kocabaşoğlu N, Başer ZS. Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye' de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu Dizisi 2008; 62 : 349 - 354.

Katz J, Weine H. Stress, Distress and Ego Defences. Arc. Gen. Psych 1990; 23.

Karaçam Z, Ançel G. Depression anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. Midwifery ; 2009; 344 - 356.

Karabekiroğlu K. Antenatal dönemde stereroidlerin f3tal beyin 3zerine etkileri ve psikiyatrik sonuçları. New Symposium Journal 2007; 45 : 3

Karakuş A. Sezaryan ve normal doğum yapan kadınların doğum y3ntemlerine olan davranış ve tutumlarının belirlenmesi.Y3ksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul 3niversitesi; 2007.

K3ey L, G3leē ē. Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monografaları Serisi /Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993.

Kaplan HI, Sadock BJ. Pocket Handbook of Clinical Psychiatur, 2th ed, NewYork, New York University Medical Center press, William and Wilkins 1995 ; 97-112.

Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum 3ncesi ve doğum sonrası d3nemlerde durumluk - s3rekli kaygı d3zeylerinin incelenmesi. Atat3rk 3niversitesi Hemşirelik Y3ksekokulu Dergisi 2007; 10: 113 - 120.

Kara B, ēakmaklı B, Nacak E, T3reci F. Doğum sonrası depresyon. STED 2001; 10 (9) :333 - 334.

Kırlı S. Anksiyete bozukluklarının oluşumu ve farmakolojik tedavisi. Pfizer Yayınevi, Bursa, 2000 ; 16 - 18.

Kaplan & Sadock' s. Comprehensive Texbook of Psychiatry. G3neş Kitabevi, 2007; 17 - 21.

Kingston D, Heaman M, Fell D, Dzakpasu S, Charmers B. Factors associated with perceived stress and stressful life events in pregnant women: Findigs from the Canadian maternity experiences survey. Maternal and Child Health Journal, Accessed date: 16 – 11 - 2011. www. springerlink. com.

Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mat' la H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. Obstetrics & Gynecology 2000 ; 95: 487 - 90.

Lobel M, G. Hamilton Jada, T. Cannella Dolores. Psychosocial Perspectives on Pregnancy: Prenatal Maternal Stress and Coping. Social and Personality Psychology Compass 2008; 4 : 1600 – 1623.

Le Deux J. Fear and the brainwhere have we been and where are going? Biological Psyhiatry 1998; 44: 1229 – 1238.

Lancaster CA, Flynn HA, Johnson TR, Marcus SM, Davis MM. Peripartum length of stay women with depressive symptoms during pregnancy. J Womens Health (Larchmt) 2010; 19 : 31 - 37.

Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, et al. Prevalence, Course, And Risk Factors For Antenatal Anxiety And Depression. *Obstet Gynecol* 2007; 1110 - 1102 .

Le HN, Lara MA, Letechipia G, Hochhausen L. Prenatal depression in Latinas in the U. S. and Mexico. *Matern Child Health J* 2009; 13 : 67 - 76.

Mulder E, JM, Robles de Medina P.G. Huizink AC, Van Den Bergh B.R.H, Buitelaar JK, Visser G.H.A. (Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development* 2002 ; 70 : 3 - 14.

Marakoğlu K, Şahsıvar ŐM. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28: 525 - 532.

Mete S. Jinekolojik muayeneye gelen kadınlarda oluşan anksiyeteye hemşirelik yaklaşımının etkisi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998; 2 (2) : 1 - 7.

McCubbin JA, Lawson EJ, Cox S, Sherman JJ, Norton JA, Read JA. Prenatal maternal blood pressure response to stress predicts birth weight and gestational age : a preliminary study. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175 : 706 – 712.

Martini J, Knappe S, Beesdo - Baum K, Lieb R, Wittchen HUİ. Anxiety disorders before birth and self - perceived distress during pregnancy: associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Human Development* 2010; 86 : 305 - 310.

Ortaarık E, Tekgöz İ, Ak M, Kaya E. İkinci Trimester Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi 2008; 1: 16 - 20.

Özkan S. *Psikiyatri Konsültasyon - Lizözün Psikiyatri Kitabı*, 1. Baskı, İstanbul 1993 ; 201 - 209.

Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Mattek Matbaacılık, 2. Baskı, Ankara 2010 ; 130.

Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. HYB Yayıncılık , 1. Baskı, Ankara 2004 ;3 : 25 - 80.

Öner N, Le Compte A. *Sürekli Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 2. Baskı, 1998; 2 - 10.

Philippe - Gaignic R, Dayan J, Chokron S, Jacquet A – Y, Tordjman S. Effects of prenatal stress on fetal and child development: A critical literature review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2014; 43: 137 - 162.

Pişirgen T. Riskli gebeliklerde depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi; 2011.

Pınar EŞ, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G. Gebelerde Uyku Kalitesi İle Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014; 7 (3) : 171 - 177.

Rizzardo R, Magni G, Cremonese C, et al. Variations In Anxiety Levels During Pregnancy And Psychosocial Factors In Relation To Obstetric Complications. Psychother Psychosom 1998 ; 49 : 10 - 16.

Rallis S, Skouteris H, McCabe M, Milgrom J. A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. Women and Birth 2014; 27 : 36-42.

Qiano Y, Wang J, Li J, Wang J. Effect of depressive and anxiety symptoms during pregnancy on pregnant, obstetric and neonatal outcomes: a follow - up study. Journal Of Obstetrics and Gynaecology 2012; 32 : 237 - 240.

Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. Türk Hemşireler Dergisi 1998; 48 (6): 16 - 19.

Sutter - Dallay AL, Giaccone - Marcesche V, Glatigny - Dallay E et al. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postnatal depressive symptoms: a prospective survey of the matquid cohort. Eur Psychiatry 2004; 19: 459 - 463.

Sevil DÜ, Saruhan A, Ertem G, Kavlak O. Kadınların doğum öncesi ve doğum sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinin ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 18 (1): 67- 76.

Schneider FR, Johnson J, Hornig CD, Liebowitz MR, Weisman MM. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. Archives of General Psychiatry 1992; 49: 282 - 288.

Sevindik F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Elazığ: Fırat Üniversitesi; 2005.

Setse R, Grogan R, Pham L, Copper LA, Strobino D, Powe NR et al. Longitudinal study of depressive symptoms and health - related quality of life during pregnancy and after delivery: the Health Status in Pregnancy (HIP) study. Matern Child Health J 2009; 13: 577 - 587.

Şen S. Erken (preterm) doğum tehdidi olan gebelerin stresle başa çıkma stratejilerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi; 2006.

Sequin L, M.D, FRCPC, Lovise P ve ark. Chronic stressors, social support and depression during pregnancy. Obstetrics and Gynecology 1995 ; 4: 583 - 588.

Şen E, Şirin A. Preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Gaziantep Tıp Dergisi 2013; 19 (3): 159 - 163.

Şahin E.M, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 27 (1) ,51 - 58.

Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. Türk Hemşireler Dergisi 1998; 48 (6) : 16 - 19.

Türkmen S. Gebeliğin Son Trimesterinde Yaşanan Sağlık Sorunları ve Gebenin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi; 2014.

Torun A. Stres ve Tükenmişlik. Türk Psikologlar ve Kal - der Yayınları, 2. Baskı, Ankara, 1997.

Van den Bergh BR, Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalising problems, and anxiety in 8 and 9 year olds. Child Dev 2004; 75 : 1085 - 1097

Wadhwo PD, Sandman CA, Porto M, , Dunkel - Schetter C, Gaitte TJ. The association between prenatal stres and infant birth weight and gestational age at birth: aprospective investigation. Am J Ob Gyn 1993; 169 : 858 - 865.

Williams KE, Koran LM. Obsessive - compulsive disorder in pregnancy, the puerperium and the premenstruum. J Chin Psychiatry 1997; 58 : 330 - 334.

Woods M.S, Melville J.L, Guo Y, Fan Ming - Yu, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2010; 202 (61) : 1 – 7.

Yali A.M, Lobel M. Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology 1999; 20: 39 – 52.

Yanikkerem E, Atlan E, Demirtosun P. Manisa 1 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan gebelerde depresyon durumu. Kadın Doğum Dergisi 2004; 2 (4) : 301 - 306.

Yılmaz DS, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal ve bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi 2010; 20 : 99 - 108.

Yanikkerem E, Altınparmak S, Karadeniz G. Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. Aile ve Toplum Eğitim - Kültür ve Araştırma Dergisi 2006 ; 3 (10) : 35 - 42.

Yücel P, Çayır Y, Yücel M. Birinci Trimester Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu, Klinik Psikiyatri 2013 ; 16 : 7 -17.

8. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler:

Adı Soyadı: EDA DURMUŞ

Doğum Yeri ve Tarihi: Malatya/1985

Medeni Hali: Bekar

Yabancı Dil: İngilizce

E-posta Adresi: edadrmus@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu:

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2013-2015
Lisans	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi S.Y.O	2007-2012

İş Tecrübesi

Görev	Süre
Yeşilyurt Bostanbaşı 2 nolu ASM	2013-2014

EKLER

EK – 1

Ad Soyad:

Sayın Katılımcı,

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisiyim. Yüksek Lisans tez ödevim için ‘‘Gebelerin Anksiyete,Algılanan Stres ve Depresif Belirti Durumlarının İncelenmesi’’ isimli bir çalışma yapıyorum. Çalışmada gebe kadınların son trimesterlerinde sosyo - demografik bilgileri, anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti durumları ile ilgili birtakım sorularım olacaktır. Görüşmemizde paylaştığınız bilgileriniz araştırmamız kapsamında yapılan çalışmalarda kullanılacaktır. Araştırmadan istediğiniz an çekilebilirsiniz. Soruları içtenlikle cevaplayacağınıza inanıyorum.

Katılımlarınız İçin Teşekkür Ederim.

Eda DURMUŞ

SOSYO - DEMOGRAFİK BİLGİ TOPLAMA FORMU

1. Yaşınız nedir?

1()15 - 19 2()20 - 24 3()25 - 29 4()30 - 34 5()35 - 39 6()40 ve üstü

2. Medeni durumunuz nedir?

1()Evli 2()Bekar 3()Boşanmış 4()Diğer

3. Eğitim düzeyiniz nedir?

1()Okur - yazar değil 2()İlkokul / Ortaokul 3()Lise 4()Üniversite/ Yüksekokul 5()Diğer

4. Şuanda herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1()Çalışıyor 2()Çalışmıyor 3()Diğer

5. Mesleğiniz nedir?

1()Ev hanımı 2()Memur 3()İşçi 4()Serbest meslek 5()Diğer

6. Sağlık güvenceniz var mı?

1()Evet 2()Hayır

7. Yanıtınız ‘Evet’ ise sağlık güvenceniz nedir?

1() SGK 2() Bağ - kur 3() Emekli Sandığı 4()Yeşilkart 5() İsteğe bağlı 6()Diğer

8. Kronik bir hastalığınız var mı?

a)Hayır b)Evet

Evet ise açıklar mısınız?.....

9. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

a)Evet b)Hayır

Cevabı evet ise ilacın adı?.....

10. Nasıl bir aile tipine sahipsiniz?

1()Çekirdek aile 2()Geniş aile 3()Parçalanmış aile 4()Diğer

11. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?

1()Okur - yazar değil 2()İlkokul / Ortaokul 3()Lise 4()Üniversite/ Yüksekokul 5()Diğer

12. Eşinizin mesleği nedir?

1() İşsiz 2() Memur 3() İşçi 4() Serbest meslek 5() Diğer

13. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1()Gelirim giderimden az 2()Gelirim giderime denk 3()Gelirim giderimden fazla

14. Bugüne kadar en uzun yaşadığınız yer neresidir?

1()Büyükşehir 2()Şehir 3()İlçe 4()Köy

15. Bu gebelik kaçınıcı gebeliğiniz?

1()Bir 2()İki 3()Üç 4()Dört 5()Beş ve üzeri

16. Bu gebeliğinize gebe kaldığınızı öğrendiğinizde ne hissettiniz?.....

17. Şuanki gebeliğiniz planlanmış bir gebelik midir?

1()Evet 2()Hayır

18. Gebeliği sonlandırmayı düşündünüz mü?

1()Evet 2()Hayır

19. Şuanki gebelik haftası.....

20. Daha önce hiç gebelik kaybı yaşadınız?

1()Düşük

2()Ölü doğum

3()Neonatal ölüm

21. Kaç kez küretaj oldunuz?

1()Bir 2()İki 3()Üç 4()Dört 5()5 ve üzeri 6() Hiç

22. Kaç canlı doğum yaptınız?

1()Bir 2() İki 3()Üç 4()Dört 5()Beş 6()Hiç

23. Kaç tane yaşayan çocuğunuz var?

1()Bir 2()İki 3()Üç 4()Dört 5()Beş ve üzeri 6()Hiç

24. Bir önceki gebeliğiniz ile bu gebeliğiniz arasındaki süre ne kadar?

1()24 ay ve daha az

2()25 ay ve üzeri

3()İlk gebeliğim

25. Sigara kullanıyor musunuz?

1()Gebelik öncesi kullandığım kadar devam ediyorum

2()Gebelikte arttırdım

3()Gebelikte azalttım

4()Gebe kaldığımı öğrendiğimden beri bıraktım

5()Kullanmıyorum

26. Alkol kullanıyor musunuz?

1()Gebelik öncesi kullandığım kadar devam ediyorum

2()Gebelikte arttırdım

3()Gebelikte azalttım

4()Gebe kaldığımı öğrendiğimden beri bıraktım

5()Kullanmıyorum

27. Gebeliğinizin kaçınıcı ayında kontrole gitmeye başladınız?

1()1 aydan az 2()1-2 ay arası 3()3-4 ay arası 4()5-6 ay arası 5()7 ay ve daha fazla

28. Gebeliğiniz boyunca kaç kez sağlık kuruluşuna kontrole gittiniz?

1()1-2 kez 2()3-4 kez 3()5-6 kez 4()7-8 kez 5()9 kez ve üzeri 6()Bilmiyorum

29. Gebeliğiniz boyunca sizi endişelendiren bir olay oldu mu?

Cevabınız evet ise nedir?.....

30. Eşinizle aranızda bir anlaşmazlık var mı?

Cevabınız evet ise nedir?.....

31. Diğer çocuklarınızla ilgili bir sorun var mı?

Cevabınız evet ise nedir?.....

32. Gebelik ile ilgili bir endişeniz/korkunuz var mı?

Cevabınız evet ise nedir?.....

EK – 2

Anket No:

Ad Soyad:

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ (PSS)

Aşağıda **son bir ay içerisinde** kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

	Hiçbir zaman	Hemen hemen hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok sık
1. Son bir ay içinde beklenmeyen bir şeyler olması nedeniyle ne sıklıkta altüst (hayal kırıklığına uğramak, sarsılmak, şoke olmak) oldunuz?					
2. Son bir ay içinde kendi yaşamınızdaki en önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hangi sıklıkta hissettiniz?					
3. Son bir ay içinde kendinizi hangi sıklıkta sınırlı ve stresli hissettiniz?					
4. Son bir ay içinde kişisel problemlerinizi çözebilecek gücünüze ne sıklıkta güvündünüz?					
5. Son bir ay içinde sizinle ilgili bir şeylerin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?					
6. Son bir ay içinde yapmanız gereken tüm şeylerle ilgili olarak üstesinden gelemeyeceğinize ne sıklıkta inandınız?					
7. Son bir ay içinde kendi yaşamınızla ilgili olarak öfkenizi hangi sıklıkta kontrol ettiniz?					
8. Son bir ay içinde birçok sorunun üstesinden geldiğinizi (pek çok şeye yetebildiğinizi) ne sıklıkta düşündünüz?					
9. Son bir ay içinde kontrolünüzün dışında olan bir şeylerden dolayı hangi sıklıkta sinirlendiniz?					
10. Son bir ay içinde üstesinden gelemeyeceğiniz şeylere takılıp kalmanın zorluğunu ne sıklıkta hissettiniz?					

EK – 3

Anket No:

Ad Soyad:

DURUMLULUK KAYGI ENVANTERİ (STAI): STAI FORM I

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmek anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şuanda sakinim.				
2. Kendimi emniyette hissediyorum.				
3. Şuanda sinirlerim gergin.				
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.				
5. Şuanda huzur içindeyim.				
6. Şuanda hiç keyfim yok.				
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.				
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.				
9. Şuanda kaygılıyım.				
10. Kendimi rahat hissediyorum.				
11. Kendime güvenim var.				
12. Şuanda asabım bozuk.				
13. Çok sinirliyim.				
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.				
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.				
16. Şuanda halimden memnunum.				
17. Şuanda endişeliyim.				
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.				
19. Şuanda sevinçliyim.				
20. Şuanda keyfim yerinde.				

EK – 4

Anket No:

Ad Soyad:

SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ (STAI): STAI FORM II

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Genellikle keyfim yerindedir.				
2. Genellikle çabuk yorulurum.				
3. Genellikle kolay ağlarım.				
4. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.				
5. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.				
6. Kendimi dinlenmiş hissedirim.				
7. Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım.				
8. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.				
9. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.				
10. Genellikle mutluyum.				
11. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.				
12. Genellikle kendime güvenim yoktur.				
13. Genellikle kendimi emniyette hissedirim.				
14. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.				
15. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.				
16. Genellikle hayatımdan memnunum.				
17. Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.				
18. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.				
19. Akli başında ve kararlı bir insanım.				
20. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.				

EK - 5

Anket No:

Ad Soyad:

EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR MERKEZİ DEPRESYON SKALASI (CESD)

Aşağıda hissettiğiniz veya davranışlarınızla ilgili bir durumlar listesi vardır. Geçen hafta süresince belirtilen durumu ne sıklıkta hissettiğinizi lütfen söyleyiniz.

SON BİR HAFTA SÜRESİNCE				
	Nadiren ya da hiç (haftada 1 gün ya da daha az)	Ara-sıra (haftada 1-2 gün)	Sıklıkla (Haftada 3- 4 gün)	Çoğu zaman ya da her zaman (haftada 5-7 gün)
1. Normalde bana sıkıntı vermeyecek olaylar, beni rahatsız etti.				
2. Yemek yemek istemedim, iştahım kötüydü.				
3. Ailemin desteğine rağmen, hüzünlü olmaktan kurtulamadığımı hissettim.				
4. Hüzünlü olmaktan kurtulamadığımı hissettim				
5. Diğer insanlar kadar iyi olduğumu hissettim.				
6. Yaptığım işe zihnimi toparlamada sorun yaşadım.				
7. Kendimi içe kapanık (depresif) hissettim.				
8. Yaptığım her iş için çaba sarf etmem gerektiğini hissettim.				
9. Gelecek hakkında umut doluydum.				
10. Yaşamımda başarısız olduğumu hissettim.				
11. Kendimi korkulu, ürkek hissettim.				
12. Uykum huzursuzdu.				
13. Mutluydum.				
14. Her zamankinden daha az konuştum.				
15. Kendimi yalnız hissettim.				
16. İnsanlar bana dostça gelmedi.				
17. Yaşamdan zevk aldım.				
18. Ağlama nöbetlerim oldu.				
19. Kendimi üzgün hissettim.				
20. İnsanların benden hoşlanmadığını hissettim.				
21. Yaptığım herhangi bir şeye devam edemedim.				



T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı

03.12.2014

Sayı :94067927/344
Konu : Anket Çalışması

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi:26.11.2014 tarih ve 170.99-8376 sayılı yazınız

İstanbul Medipol Üniversitesi Kadın-Doğum Hemşireliği bölümünde yüksek lisans yaptığını belirten Eda DURMUŞ'un 'Malatyada Yaşayan Gebelerdeki Stres, Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi' isimli tez çalışma anketlerini Hastanemizde yapma talebi söz konusu araştırmanın katılım kriterlerinde Riskli Gebe olmamak şartı olması nedeniyle Gebe Polikliniğinde yapması uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. İlgin TÜRKÇÜOĞLU
Kadın Hast. Ve Doğum AD. Bşk.

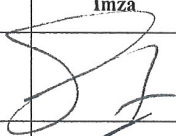


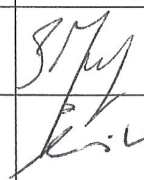
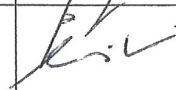
17099/11223	04/12/14
-------------	----------

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	19.11.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	19.11.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 269	Tarih: 28.11.2014				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Berna EREN	Halk Sağlığı	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma