

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN GEBELİKTE
ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYİNE ETKİSİ

ÇİSEM BAŞTARCAN

DANIŞMAN
PROF. DR. ÜMRAN OSKAY

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

İSTANBUL-2020





T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN GEBELİKTE ANKSİYETE VE DEPRESYON
DÜZEYİNE ETKİSİ

ÇİSEM BAŞTARCAN

DANIŞMAN
PROF. DR. ÜMRAN OSKAY

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİREĞİ
ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI


İSTANBUL-2020

TEZ ONAYI

Bu çalışma 24.01.2020 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Kadın Sağığı ve Hastalıkları Hemşireliğı Anabilim Dalı, Kadın Sağığı ve Hastalıkları Hemşireliğı Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ


Prof. Dr. Ümran OSKAY
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi


Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi


Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL
Marmara Üniversitesi
Sağık Bilimleri Fakültesi

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 çalışmasıyla 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 olmadığı beyan ederim.

ÇİSEM BAŞTARCAN



İTHAF

“Sevgili aileme ithaf ediyorum.”

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimleri ile desteğini esirgemeyen ve pozitif enerjisi ile bana çalışma azmi veren değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Ümran OSKAY'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini paylaştan, desteklerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN'e, Prof. Dr. Ergül ASLAN'a, Doç. Dr. İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ'a, Dr. Öğr. Üyesi Meltem KAYDIRAK'a,

Çalışmamın veri toplama aşamasında verdikleri destek için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Gebe Polikliniği hemşirelerine,

Çalışmaya katılarak benimle bilgilerini paylaştan değerli anne adaylarına,

Bu zorlu dönemde hep yanımda olan değerli hocalarım ve sevgili çalışma arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında beni destekleyen, sevinç ve üzüntülerimi paylaştan, maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen biricik aileme,

Çalışmam boyunca bana destek veren herkese,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çisem BAŞTARCAN

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İV
BEYAN.....	V
İTHAF.....	VI
TEŞEKKÜR.....	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
TABLolar LİSTESİ.....	XI
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	XII
ÖZET	XIII
ABSTRACT.....	XIV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Gebelik.....	3
2.2. Gebelikte Görülen Değişiklikler.....	3
2.2.1. Fiziksel Değişiklikler.....	3
2.2.2. Psiko-Sosyal Değişiklikler.....	8
2.2.3. Psikolojik Değişiklikler.....	8
2.2.3.1. Birinci Trimester.....	9
2.2.3.2. İkinci Trimester.....	9
2.2.3.3. Üçüncü Trimester.....	9
2.3. Gebelikte Görülebilecek Psikolojik Sorunlar.....	10
2.3.1. Anksiyete.....	10
2.3.1.1. Anksiyete Belirtileri.....	11
2.3.1.2. Anksiyete Nedenleri.....	11
2.3.2. Gebelik ve Anksiyete.....	12
2.3.3. Depresyon.....	13
2.3.3.1. Depresyon Belirtileri.....	13
2.3.3.2. Depresyon Nedenleri.....	14
2.3.4. Gebelik ve Depresyon.....	15
2.4. Kişilik.....	16
2.4.1. Kişilik Kuramları.....	17
2.4.2. Kişilik Özellikleri.....	20

2.5. Gebelik ve Kişilik Özellikleri.....	20
2.6. Gebelikte Görülen Psikolojik Sorunların Giderilmesinde Hemşirelik Yaklaşımı.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	23
3.2. Araştırma Soruları.....	23
3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Tarih.....	23
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	23
3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Veri Toplama Araçları.....	25
3.5.1. Sosyo-Demografik Veri Formu.....	25
3.5.2. Cervantes Kişilik Ölçeği (CKÖ).....	25
3.5.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD).....	26
3.6. Araştırma Verilerinin Analizi.....	27
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	28
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Gebelik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	30
4.2. Katılımcıların Cervantes Kişilik Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular.....	33
4.3. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Gebelik Özellikleri ile Cervantes Kişilik Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	35
4.4. Katılımcıların Cervantes Kişilik Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular.....	43
5. TARTIŞMA.....	45
5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Gebelik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	46
5.2. CKÖ ile Sosyo-Demografik ve Gebelik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	49
5.3. HAD ile Sosyo-Demografik ve Gebelik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	51
5.4. CKÖ ve HAD Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması.....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56

KAYNAKLAR	58
FORMLAR	68
ETİK KURUL KARARI	79
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	81
ÖZGEÇMİŞ	82



TABLolar LİSTESİ

Tablo 3-1: Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi.....	27
Tablo 4-1: Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (n=205).....	30
Tablo 4-2: Katılımcıların gebelik özellikleri (n=205).....	31
Tablo 4-3: Cervantes Kişilik Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular.....	33
Tablo 4-4: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular.....	34
Tablo 4-5: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puanlarının kesme puanlarına göre dağılımı.....	34
Tablo 4-6: Katılımcıların sosyo-demografik ve gebelik özellikleri ile CKÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.....	35
Tablo 4-7: Katılımcıların sosyo-demografik ve gebelik özellikleri ile HAD puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.....	39
Tablo 4-8: CKÖ alt boyutları ile HAD ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular.....	43

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

hCG	Human Chorionic Gonadotropin
LDL	Low Density Lipoprotein
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
CKÖ	Cervantes Kişilik Ölçeği
HAD	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HAD-A	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Boyutu
HAD-D	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Boyutu
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
n	Örneklem Büyüklüğü
SS	Standart Sapma
%	Yüzde
t	Student T Test
F	One Way Anova Test
r	Pearson Korelasyon Katsayısı

ÖZET

Baştarcan, Ç. (2019). Kişilik Özelliklerinin Gebelikte Anksiyete ve Depresyon Düzeyine Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Gebelik, kadınların önemli fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşadıkları bir dönemdir. Her kadın gebelikte görülen değişimlerle kişilik özellikleri doğrultusunda baş etmeye çalışmaktadır. Bu çalışma kişilik özelliklerinin gebelikte anksiyete ve depresyon düzeyine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı tarzda yapıldı. Araştırmanın örneklemini Haziran - Eylül tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi kadın doğum polikliniğine gebelik izlemi için gelen 18 yaş üstü 205 gebe oluşturdu. Araştırma verileri “Sosyo-demografik Veri Formu”, “Cervantes Kişilik Ölçeği (CKÖ)”, “Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)” kullanılarak toplandı. Katılımcıların yaş ortalamasının $30,73 \pm 5,66$ olduğu saptandı. Gebelerin CKÖ puan ortalamalarına göre en çok içe dönük ($12,561 \pm 6,454$), nörotik ($16,610 \pm 8,038$) ve tutarsız ($21,634 \pm 5,10$) kişilik özellikleri gösterdikleri bulundu. HAD puanlarına göre %21,4’ünün anksiyetesinin olduğu ve %14,1’inin depresyonunun olduğu belirlendi. Gebelerin eğitim durumunun, gebelik sayısının, düzenli gebelik kontrolünün, gebelikte desteklenme durumunun, çalışma hayatında sorun yaşamanın, doğum korkusunun CKÖ alt boyutlarını etkilediği bulundu. Katılımcıların eğitim durumunun, çalışma durumunun, düzenli gebelik kontrolünün, gebeliğe bağlı fiziksel yakınmaların, evlilik ile ilgili sorunların, doğum korkusunun HAD alt boyutlarını etkilediği saptandı. HAD ile CKÖ dışı/içe dönük olma ve duygusal denge/nörotizm alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($p < 0,01$). CKÖ alt boyutlarından duygusal denge/nörotizm ile dışı/içedönük olma ve tutarlı/tutarsız olma alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($p < 0,01$). HAD alt boyut puanları arasında pozitif yönde kuvvetli derecede anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($p < 0,01$). Bu çalışma sonucunda kişilik özelliklerinin anksiyete ve depresyon düzeyini etkilediği belirlendi. İçe dönük, nörotik ve tutarsız kişilik özelliğine sahip gebelerin anksiyete ve depresyona daha yatkın olduğu bulundu.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, anksiyete, depresyon, kişilik özellikleri, gebe kadın

ABSTRACT

Bastarcan, C. (2019). The Effect of Personality Traits on the Level of Anxiety and Depression in Pregnancy. Istanbul University-Cerrahpasa, Graduate Education Institute, Department of Women Health and Diseases Nursing, Master's Dissertation. Istanbul.

Pregnancy is a period in which women undergo significant physiological, psychological, and social changes. Each pregnant woman tries to cope with the changes in pregnancy according to their personality traits. This descriptive study was conducted to investigate the effects of personality traits on anxiety and depression levels during pregnancy. The study sample consisted of 205 pregnant women over the age of 18, who presented to the gynecology outpatient clinic of Cerrahpasa Medical Faculty Hospital of Istanbul University between June and September. The data were collected by means of the "Socio-demographic Data Form," "Cervantes Personality Scale (CPS)," and "Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)." The mean age of the participants was 30.73 ± 5.66 years. The mean CPS scores revealed that the most dominant personality traits they had were introversion (12.561 ± 6.454), neuroticism (16.610 ± 8.038), and inconsistency ($21,634 \pm 5,107$). HADS scores revealed that 21.4% had anxiety, and 14.1% had depression. It was found that educational status, number of pregnancies, regular prenatal visits, support during pregnancy, having problems in working life, and fear of childbirth affect the sub-scales of CPS. Besides, educational status, employment status, regular prenatal visits, pregnancy-related physical complaints, marital problems and fear of childbirth were found to affect the sub-scales of HADS. HADS was found to have a significant positive correlation with the extroversion/introversion and emotional instability/neuroticism sub-scales of CPS ($p < 0.01$). There was a significant positive correlation between emotional instability/neuroticism and extraversion/introversion and consistency/inconsistency sub-scales of CPS ($p < 0.01$). There was a strong positive correlation among the subscales of HADS ($p < 0.01$). This study concludes that personality traits affect anxiety and depression levels in pregnant women. Also, it was found that pregnant women who were introverted, neurotic, and inconsistent were more prone to anxiety and depression.

Key Words: Pregnancy, anxiety, depression, personality traits, pregnant women

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik, doğurgan çağıdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olaydır. Kadın, gebelik döneminde fizyolojik, psikolojik ve sosyal birçok değişim yaşar ve bu değişimlere uyum sağlamaya çalışır. Gebe kadın bu değişimlere uyum sağlayamazsa gebelik dönemi, durumsal ve gelişimsel bir kriz dönemi haline dönüşebilmektedir (Özdamar ve ark. 2014). Gebeler bu dönemde psikososyal değişiklikleri, yaşamın diğer dönemlerine oranla daha fazla yaşamaktadırlar. Bu nedenle stres ve kaygı oluşturabilecek birçok etken ile karşılaşma riski daha yüksektir ve bu durum anksiyete ve depresyon ile birleşebilmektedir (Yıldız 2011).

Gebelik döneminde görülen anksiyete ve depresyon gibi psikolojik bozukluklar genellikle gebelik ile ilgili olağan değişikliklere bağlandığından teşhisi güç olabilir ve tedavi aksayabilmektedir (Özdamar ve ark. 2014). Gebelikte psikolojik sağlığın iyi olması hem gebenin hem de fetüsün sağlığı için kritik önemdedir. Bu dönemde görülen psikolojik bozukluklar gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırmakta, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilemekte, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve intrauterin gelişme geriliği gibi sorunlara neden olabilmektedir (Virrit ve ark. 2008; Şen ve ark. 2012).

Toplumumuzun sık görülen rahatsızlığı olan depresyon; duygu durum değişikliği, üzüntü, çaresizlik, yalnızlık, kendini ayıplama, suçlama, cezalandırma, kaçma, saklanma, ölme isteği, uykusuzluk, cinsel istekte azalma, aktivite intoleransı, ajitasyon gibi belirtiler ile tanımlanan bir psikolojik rahatsızlıktır (Çalık ve Aktaş 2011; Townsend 2016). Depresyon, kişinin işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu ve doyumunu engelleyip yaşam kalitesini düşürerek işgücü kaybına neden olabilmektedir. Uluslararası çalışmalara göre depresyon doğurganlık sürecini içine alan 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda daha sık görülmektedir (Çalık ve Aktaş 2011). Daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü, ailede depresyon öyküsü, evlilik ile ilgili problemler, istenmeyen gebelik, düşük öyküsü, olumsuz yaşam deneyimleri gebelik döneminde depresyon için risk etkenleridir (Koyun ve ark. 2011).

Anksiyete, huzursuzluk, ölecekmiş hissi, kişiyi rahatsız eden bir düşüncenin akıldan çıkarılamaması ile görülen ve terleme, nefes darlığı, uyku problemi, titreme gibi belirtilerin olduğu bir bozukluktur (Özdamar ve ark. 2014). Gebelik dönemindeki fizyolojik ve psikolojik değişiklikler anksiyete belirtileri ile benzer olduğundan anksiyete

bozukluklarının tanısı gebelikte zor olabilmektedir. Yapılan araştırma sonuçlarına göre antenatal dönemde anksiyete bozukluklarının görülme oranı %9 ve %30 arasında değişmektedir (Uguz ve ark. 2010; Özdamar ve ark. 2014).

İnsan biyo-psiko-sosyo-kültürel bir varlıktır. Kişilik de tüm bu faktörlerin bir bütünüdür. Kişilik, bireyin yaşam kalitesini ve esenlik durumunu etkileyen önemli bir değişkendir. Kişilik özellikleri her bireyde kendine özgü olmakta ve onu diğer bireylerden ayırmaktadır (Bal ve Şahin 2011). Bireyler, yaşadıkları olaylara kişilik özellikleri ile bağlantılı olarak cevap vermekte ve bu olaylarla başetme yöntemlerini belirlemektedirler. Aynı zamanda kişilik özelliklerinin gebelikteki psikolojik sağlık ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Guszkowska ve ark. 2014). Hemşirelik bakımının da temel kişilik özellikleri göz önünde bulundurularak yapılması bu anlamda daha etkin olacaktır.

Gebelik döneminde anksiyete ve depresyonun erken tespit edilmesi, risk altındaki gebelere ulaşılması ve uygun girişimlerin başlatılması hemşirelerin primer rollerindedir. Hemşireler birinci basamak sağlık kurumlarında gebeler ile en yakın iletişim kuran sağlık personelleridir. Bireysel ve obstetrik öykü alınırken psikiyatrik bozukluk için risk altındaki gebeleri erken dönemde belirleyebilirler. Gebelikteki fizyolojik değişiklikler kadar psikolojik değişikliklerin de tanınması, gebe ve fetüsün sağlığını korumak açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle gebe izlemlerinde tıbbi değerlendirme yapılırken, fiziksel değerlendirme ile beraber psikolojik değerlendirmenin aynı özende yapılması, risk etmenlerinin değerlendirilmesi bütüncül bir yaklaşım açısından önemlidir ve riskli gebelerin psikiyatrik hastalıklar yönünden bilgilendirilmesi önem taşımaktadır.

Kişilik, bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkilediği gibi anksiyete ve depresyon gelişmesini de etkileyebilmektedir. Ülkemizde gebelik döneminde kadınların kişilik özelliklerinin anksiyete ve depresyon üzerine olan etkilerini ortaya koyan çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bilgiler ışığında çalışma kişilik özelliklerinin gebelikte anksiyete ve depresyon düzeyine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışma gebe kadınların anksiyete ve depresyon düzeyinin azaltılmasına yönelik girişimlerin planlanmasına katkı sağlayacaktır. Hemşirelik literatürüne de katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Kadın hayatının önemli dönemlerinden birisi de gebeliktir. Gelecek nesillerin devam ettirilebilmesi için gebelik şarttır. Gebe bu dönemde anneliğe hazırlanmakta ve hayatındaki önemli gelişmelerden birisini yaşamaktadır.

Kadın bedeni doğum için, uterusu büyüyen fetüse gerekli ortamı hazırlar ve ihtiyaçlarını karşılar. Toplam gebelik zamanı son menstruasyonun ilk gününden başlayarak 280 gün veya 40 haftadır (Taşkın 2016).

Gebelik süreci bir hastalık değil kadının yaşamındaki önemli olaylardan birisidir. Bu süreçte gebe de önemli fiziksel, psikolojik, anatomik değişiklikler görülür. Fertilizasyon ile başlayan ve gebelik süresi boyunca devam eden bu değişiklikler, hem annenin hem de bebeğinin sağlığını devam ettirmek, gerekli ihtiyaçlarını karşılamak ve doğum için uygun anatomik ve fizyolojik değişiklikleri sağlamak amacıyla gerçekleşir. Bu değişiklikler sırasında sorunlar yaşansa da gebe bunları hoş bir deneyim olarak düşünmektedir (Kızılkaya Beji 2015).

Bu dönemde hemşire gebe kadın ve eşine eğitim ve danışmanlıkta bulunarak ailenin sağlıklı bir bebeğe sahip olmasına yardım eder.

2.2. Gebelikte Görülen Değişiklikler

Gebelik boyunca kadının vücudunda hormonal nedenlere, fetüsün uterusu büyümesine ve kadının fiziksel uyumuna bağlı birçok değişiklik ortaya çıkar. Değişikliklerin birçoğu gebelik süresince devam eder ve doğumdan sonra büyük çoğunluğu gebelik öncesi haline geri döner (Kızılkaya Beji 2015).

2.2.1. Fiziksel Değişiklikler

Genital Sistem Değişiklikleri

Gebelik süresince genital sistemdeki değişiklikler hormon seviyesindeki ve damarlaşmadaki artış ile ilişkilidir.

Gebelik boyunca hormon değişimleri ve büyüyen fetüse bağlı uterusu değişimler gözlenir. Östrojen ve progesteronun etkisine bağlı, kas liflerinde ve endometrium dokusunda hipertrofi ve hiperplazi görülür. Gebelikten önceki döneme göre uterusun boyutunda da değişimler meydana gelir (Kızılkaya Beji 2015; Taşkın 2016). Uterusun

büyümesi fetüs hakkında bilgi verir ve doğum zamanını tahmin etme konusunda yardımcı olur (Taşkın 2016).

Uterusta gebeliğin ilk dönemlerinde başlayan ağrısız, düzensiz kontraksiyonlar görülür. Bu kontraksiyonlar gebeliğin 16. haftasından itibaren abdomenden hissedilebilir. Bu duruma Braxton-Hicks kontraksiyonları denir. Gebeliğin son trimesterinde bu kontraksiyonlar gebeyi rahatsız edici olabilir ve gerçek doğum sancuları ile karıştırılabilir (Kızılkaya Beji 2015).

Servikte östrojen ve progesterona bağlı kanlanma artar ve koyu mavi bir renk alır, buna Chadwick's işareti denir. Gebeliğin ilk döneminde vaskülarizasyonun artışına bağlı servikte yumuşama görülür, buna Godell's işareti denir (Taşkın 2016).

Gebelikte hormonların etkisi ile vajina, vaskülarizasyon nedeniyle serviks gibi mor ve ödemli görülür. Bununla beraber vajinal mukoza kalınlaşır, konnektif doku gevşer, vajinal akıntı miktarı artar ve bunlarla beraber vajina doğuma hazırlanır. Vulva ve perinede vaskülarizasyonun artması ve uterusun baskısı ile beraber varisler sık görülür (Taşkın 2016).

Üriner Sistem Değişiklikleri

İlk trimesterde, uterusun büyümesi ile mesaneye uygulanan basınç artar buna bağlı olarak gebe daha sık idrara çıkar. İkinci trimesterde uterusun abdomene doğru büyümesi ile mesaneye olan basıncı azalır fakat doğuma yakın tekrar mesaneye yaptığı basınç artar. Uterusun mesaneye olan basıncı bu alanı ödemli, enfeksiyona yatkın ve kolay zarar görebilir hale getirir. (Kızılkaya Beji 2015).

Büyüyen uterusun baskısı ile karın içi basınç artar ve pelvik organlar aşağı doğru itilir. Bu durumda pelvik taban kasları bir zorlanmaya maruz kalır ve pelvik destek olumsuz etkilenir. Gebelerde fasyaların gerilme gücünün gebe olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında daha az olduğu bulunmuştur (Helli ve ark. 2011).

Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Gebelikte kalp kasının (miyokard) çalışma gücü artar ve kalp hafif büyür. Gebeliğin son döneminde uterusun diyafragmaya yaptığı basınç ile kalp üste ve sola doğru itilir. Kalp sesleri normale göre daha yukarıdan ve yandan alınır (Kızılkaya Beji 2015).

Nabız hızı gebeliğin 14-20. haftalarında dakikada ortalama 20 atım artar ve doğuma kadar devam eder. Plazma hacmi ve kardiyak output gebeliğin 32. haftasında gebelik öncesi döneme göre %40-50 oranında artar, bu artışın %75'i ilk trimesterde gerçekleşir. Gebeliğin son haftasında ise %20 oranında artar ve doğum sonu dönemde tekrar artış görülür. (Regitz-Zagrosek ve ark. 2018).

Gebeliğin birinci ve ikinci trimesterlerinde arteriyel kan basıncında önemli bir değişim gözlenmezken, üçüncü trimesterde hafif bir yükselme görülebilir. Gebelik döneminde arteriyel kan basıncı, anne yatar pozisyonda iken en düşük, ayakta iken oturur pozisyona göre daha yüksektir. İkinci ve son trimesterde gebe supine pozisyonda iken büyüyen uterus, vena kava inferiora baskı yapar. Bu durum kalbe dönen kan miktarı ile kan basıncını azaltır. Bu duruma bradikardi, solgunluk, baş dönmesi, terleme, senkop belirtileri eklenmesi ile Supin Hipotansif Sendrom veya Vena Kava Superior Sendrom ortaya çıkar. Gebe lateral pozisyona döndüğünde belirtiler düzelir. Uzun süre supine pozisyonda yatması plasentaya giden kan akımını azaltır, bu nedenle gebelik boyunca ve doğumda annenin sol yan yatması önerilmektedir (Kızılkaya Beji 2015; Taşkın 2016).

Gebelik döneminde harcanan oksijen miktarının artmasına bağlı kırmızı kan hücrelerinde artış görülür. Hemoglobin düzeyi 0,5-1 gr/100 ml, hematokrit düzeyi de %40'tan %34'e düşer. Bu duruma gebeliğin fizyolojik anemisi denir. Hemoglobin düzeyi 10,5 gr/100 ml altına veya hematokrit düzeyi %33'ün altına düşerse demir eksikliği anemisi görülür. Bu durumda gebenin demir preparatı kullanması gerekir (Taşkın 2016).

Solunum Sistemi Değişiklikleri

Gebelik döneminde annenin ve fetüsün artan hücre sayısı nedeni ile oksijene duyulan gereksinim %15-20 oranında artar. Oksijen ihtiyacının büyük kısmı fetüs tarafından harcanır, geri kalan kısmı anne dokularında kullanılır. Bu duruma bağlı pulmoner ventilasyon %40 oranında artar. Havayollarında dilatasyon gözlenir, buna bağlı hava akımına rezistans azalır. Göğüs duvarının esnekliği artar, buna bağlı gebeler daha rahat nefes alır. Bu değişikliklere bağlı akciğerlerde daha kolay gaz alışverişi sağlanır ve gebelik döneminde artan oksijen ihtiyacı karşılanmış olur (Tetik Kurt 2000; Taşkın 2016). Gebelerde dakikada solunan hava hacminde gebe olmayan kadınlara göre %30-40 oranında artış görülür. Burun tıkanıklığı ve nazal konjesyon sık görülür ve gebelik riniti olarak bilinir. Artan östrojene bağlı gebelikte burun kanaması (epistaksis) sık görülür (Kızılkaya Beji 2015).

Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Gebeliğin ilk trimesterinde kadınların büyük çoğunluğunda görülen bulantı-kusma, gastrointestinal sistem motilitesinde azalma, hCG salınımı, karbonhidrat metabolizması değişiklikleri nedeniyle oluşabilmektedir. Tat ve koku duyularındaki hassasiyet gastrointestinal sistemde görülen sorunları arttırmaktadır. Dişetleri yumuşamış, kırmızı ve hiperemiktir, bir travmada kanama görülür. Bu durum gebelik sonrası normale döner. Gebelikte hormonlar nedeniyle tükürük salınımını artar, bu durum aşırı görülürse pityalizm denilmektedir (Kızılkaya Beji 2015; Taşkın 2016).

Gebeliğin ikinci trimesterinde görülen değişimler büyüyen uterusun baskısı ve progesteron hormonunda artışa bağlıdır. Uterusun baskısı ile bağırsaklar yana ve arkaya, mide yukarı doğru hareket eder. Mide yanması (pirozis), şişkinlik, konstipasyon görülür (Kızılkaya Beji 2015).

Kas İskelet Sistemi Değişiklikleri

Gebeliğin ilk trimesterinde ligamentler yumuşar ve esneme görülür, buna bağlı eklemler daha hareketlidir. Eklemlerdeki hareket artışı üçüncü trimesterde en yüksek noktaya ulaşır. Bu değişiklikler pelvik kavite boyunda artmayı sağlamak ve doğumu kolaylaştırmak içindir. Gebelikte oluşan pelvik hareketlilik ile postür değişimi görülür ve gebenin yürüyüşü farklılaşır. Postür değişikliğine uyum sağlamak için boyun öne eğilir ve omuzlar düşer. Buna bağlı bel ağrıları ve üst ekstremitte ağrıları sık görülür (Kızılkaya Beji 2015).

Gebeliğin birinci trimesterinde en sık görülen yakınmalar kalf kasında kramp (%26,7), ayak ağrısı (%13,3), alt ekstremitede karıncalanma ve uyuşukluk hissi (%10); ikinci trimesterde en sık görülen yakınmalar kalf kasında kramp (%47,8), bel ağrısı (%42), pelvik kuşak ağrısı (%37), ayak ağrısı (%17), alt ekstremitede karıncalanma ve uyuşukluk hissi (%15,4), karpal tünel sendromu (%9,3); üçüncü trimesterde en sık görülen yakınmalar ise kalf kasında kramp (%64,6), ayak ağrısı (%37,1), bel ağrısı (%33,7), pelvik kuşak ağrısı (%32,5), kalça ağrısı (%12,1) ve simfisis pubis ağrısı (%10,4) olarak görülmektedir (Ramachandra ve ark. 2015).

Memede Görülen Değişiklikler

Memelerde görülen değişimler gebelikte ilk belirtileridir. Değişen hormonlara bağlı memelerde şekil ve görünüm değişiklikleri olur. Memelerde hassasiyet, ağrı ve dolgunluk görülür. Meme areolası koyulaşır, pigmentasyon artışı olur ve meme uçları erektil hal alır. Memelerde 12. haftada elle sağıldığında sarı renkli, antikordan zengin bir sıvı (kolostrum) gelmeye başlar (Taşkın 2016).

Ciltte Görülen Değişiklikler

Gebelikte hormon seviyelerindeki değişimler nedeni ile ciltte belirgin farklılıklar görülür. Üçüncü trimesterde gebelerin %90'ında karın, kalça, meme ve kollarda pembe-mor renkli çizgiler şeklinde stria gravidarum görülür. Gebelerin büyük çoğunluğunda farklı derecelerde areola, aksilla ve genital bölge de hiperpigmentasyon görülür. İkinci trimesterde gebelerin %70'inde yüzde kahverengi lekelenmeler şeklinde melasma (kloasma veya gebelik maskesi) görülür (Bitirgen ve ark. 2016).

Gebelik döneminde saçların büyüme hızı ve saç foliküllerinin sayısı azalır. Doğumdan sonra saç foliküllerinin sayısı birden artar ve bu duruma bağlı ilk aylarda saçlarda dökülme görülür. 6-12 ay sonra dökülme durur ve normal haline döner. Gebelikte tırnaklar normale göre çabuk kırılır ve daha hızlı uzar (Kızılkaya Beji 2015; Bitirgen ve ark. 2016).

Metabolik Değişiklikler

Gebelikte ortalama 11-16 kg kilo alınması önerilmektedir. Gebelikte alınması gerekenden az kilo alınması fetüste intrauterin gelişme geriliğine, alınması gerekenden fazla kilo alınması ise gebede preeklampsiye, doğumun zor olmasına neden olmaktadır (Kızılkaya Beji 2015).

Gebelikte annenin ve fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak için su tutulumu artar. Tutulan su, fetüs ve ekleri için ve annenin hücre içi sıvı ihtiyacı ve artan kan hacmi için kullanılır (Kızılkaya Beji 2015). Hücre dışı hacim %30-50 ve plazma hacmi %30-40 artar. Annenin kan hacmi, gebe olmayan kadınlara göre %45 oranında artar. Üçüncü trimesterde plazma hacmi %50-60 artar ve plazma ozmolalitesi düşer. Plazma hacmindeki artış, gebelik sırasında dolaşımdaki kan hacminin, kan basıncının ve uteroplasental perfüzyonun korunmasında kritik bir rol oynar (Soma-Pillay 2016).

İlk trimesterde bulantı görülmesi gebelerin beslenmesinin azalmasına ve buna bağlı hipoglisemiye yatkınlığı arttırır. Bu dönemde gebelerin kısa aralarla beslenmesi ve öğünlerinde yeterli karbonhidrat alması gereklidir. Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde gebenin daha fazla insüline ihtiyacı olur. Kadınlarda insülin üretiminde gereken artış gerçekleşmez ise hiperglisemiye yatkınlık ortaya çıkar. Bu durum, gestasyonel diyabet olarak adlandırılır (Kızılkaya Beji 2015; Taşkın 2016).

Gebelik sırasında proteine ihtiyaç artar. Amino asitler, gelişmekte olan fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak için plasenta boyunca aktif olarak taşınır. Gebelikte toplam serum kolesterol ve trigliserid düzeylerinde bir artış görülür. Trigliserid düzeylerindeki artış karaciğer sentezinin artmasına ve lipaz aktivitesinin azalmasına neden olur. Düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) kolesterol düzeyi %50 oranında artar (Soma-Pillay 2016).

2.2.2. Psiko-Sosyal Değişiklikler

Kişinin sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması, yani sosyal yaşantısında olumsuzlukların olmaması psikososyal sağlık olarak tanımlanmaktadır (Kesgin ve Topuzoğlu 2006). Gebelikte psiko-sosyal sağlık; kadının eğitim durumu, sosyoekonomik durumu, gebelik ve doğum öyküsü, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olması, eş ile ilgili problemler, ailedeki bireylerin gebeye karşı tutumları, annenin psikiyatrik öyküsü, çevredeki olumlu olumsuz rol modelleri, kadının gebelik ile ilgili eğitimi, düşük öz saygı, sosyal izolasyon ve algıladığı sosyal destek gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir (Karaçam ve Ançel 2007; Körükcü ve ark. 2017; Özşahin ve ark. 2018). Gebelik döneminde görülen psiko-sosyal değişimler yaşamın diğer dönemleri ile karşılaştırılamayacak kadar yoğundur. Bu dönemde görülen değişikliklerin nedenini, fetüsün varlığı, fizyolojik değişiklikler, aile ve sosyal çevre oluşturabilmektedir (Bekmezci ve Özkan 2016). Psiko-sosyal sorunlar, gebe kadının psikolojik sağlığını etkileyerek gebelik ile ilgili olumsuz sonuçlar doğurabilir. Gebelik döneminde psikososyal sağlığın devamı üzerinde önemle durulmalı ve erken tanı konularak tedavisi planlanmalıdır. Bu anlamda hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir.

2.2.3. Psikolojik Değişiklikler

Gebelik, kadınlar için doğal bir olay olmasına rağmen gebe de biyolojik, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler görülür. Bu değişiklikler gebeliğe karşı tutum ve inançları etkiler (Kuğu ve Akyüz 2001; Çetin ve ark. 2017). Her trimesterde kendine özgü farklı uyum süreçleri yaşanır.

2.2.3.1. Birinci Trimester

Birinci trimesterde gebelerde zıt duyguların görülmesi yaygındır. İlk dönemlerde gebelerde bulantı, kusma ve yorgunluk sık görülür, bu durum gebelerin zıt duygular yaşamasına neden olur. Gebeliğe yeni uyum sağlama döneminde oldukları için bebeğe karşı çok az sevinç duyarlar ama hamile olduklarının herkes tarafından bilinmesini isterler (Kızılkaya Beji 2015). Kadınlar ilk doktor muayenelerine gittiklerinde bebeğinin sağlıklı olup olmadığını ve gebeliğinin nasıl gittiğini öğrenmek isterler (Taşkın 2016).

2.2.3.2. İkinci Trimester

İkinci trimesterde bulantılar hafiflemiş, gebeliğe bağlı fiziksel değişiklikler görülmeye başlanmıştır ve gebelerin yaşadıkları zıt duygular ortadan kalkmıştır. Gebeler fetüs hareketlerini hissetmeye başlarlar böylece içinde bir canlı yaşadığını ve kendisinden bir parça olduğunu kabullenirler. Bu dönemde gebelerde alınganlık, olaylara aşırı tepkiler, aniden kızgınlık, huzursuzluk, bir anda ağlama ve gülme gibi farklı tepkiler görülebilir. Karnındaki bebekle konuşmaya başlarlar ve bu durum prenatal bağlanmayı başlatır (Kızılkaya Beji 2015; Taşkın 2016).

2.2.3.3. Üçüncü Trimester

Üçüncü trimesterde annenin karnı iyice büyümüş, hareketlerinde kısıtlamalar başlamıştır. Eskisine göre daha çabuk yorulur, rahat edemez ve bu durum günlük yaşamını etkiler. Bebek ve doğum için eksiklikler tamamlanmaya çalışılır ve gebeler eşlerinin ve aile fertlerinin bebeğini aynı heyecanla beklemelerini ister. Birinci trimesterde görülen zıt duygular tekrar görülür. Hamilelikten nefret edebilir, bebeğinin doğmasını heyecanla bekler ama doğumdan korkar, doğumda bebeğine kötü bir şey olacağı düşüncesi yaşar (Taşkın 2016).

Yapılan bir çalışmada, gebeler birinci trimesterde en çok duygularının karma karışık olduğunu (%39,6), ikinci trimesterde gebeliği kabullendiklerini (%88) ve mutlu olduklarını (%78), üçüncü trimesterde ise bebeği ile ilgili hayaller kurduklarını (%79,2), doğumda bebeğinin ölmesinden korktuklarını (%60,4) ve doğumda ölmekten korktuklarını (%45,3) belirtmişlerdir (Demirci ve Karanisoğlu 2001).

2.3. Gebelikte Görülebilecek Psikolojik Sorunlar

Gebelik döneminde anne adaylarında oldukça yoğun fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler görülebilmektedir. Gebeliğin birinci trimesterinde mide bulantısı, memelerde değişimler gibi ilk hamilelik belirtileri duygusal değişikliklere zemin hazırlar. İleriki dönemlerde vücutta görülen fizyolojik değişiklikler, cinsel istekte değişiklikler ve doğum ile ilgili korku ve endişe psikiyatrik sorunların görülmesine katkı sağlar. Hamileliğin son aylarında doğum hazırlıklarının yarattığı stres nedeniyle hamilelerde anksiyete ve depresyon gözlenebilir. Gebeler bu durum ile baş edemezlerse gebelik, doğum ve ebeveynlik rollerinde kriz yaşayabilir (Özdamar ve ark. 2014).

Bu bölümde gebelikte görülen psikolojik sorunlardan anksiyete ve depresyon üzerinde durulmuştur.

2.3.1. Anksiyete

Anksiyete, bilinmeyen ya da tanımlanamayan bir neden ile yaşanan korku, huzursuzluk, tedirginlik, gerginlik ile seyreden ve terleme, dispne, uyku sorunları gibi değişiklikler görülen bir bozukluktur (Black ve Andreasen 2011; Özdamar ve ark. 2014). Psikiyatrik problemler arasında anksiyete en yaygın görülen hastalıktır ve kadınların yaklaşık %30'unda anksiyete problemleri görülür (Özdamar ve ark. 2014).

İnsanlar günlük hayatlarında anksiyete ile karşılaşır. Anksiyete genellikle stres kelimesi ile karıştırılır. Stres, kişinin üstesinden gelebildiği dışarıdan bir baskı iken anksiyete, strese verilen bir cevaptır (Townsend 2016). Anksiyete kişiyi çevresinde olan değişikliklere hazırlayan ve bunlara yanıt vermeyi sağlayan bir cevaptır. Anksiyete birçok durumda organizmanın koruma sistemidir ve tehdit oluşturan bir olay varlığında, organizmanın bu tehditten kaçmasını ya da savaşmasını sağlar. Anksiyete, tehdit anında organizma ile uyum içinde çalışır ve bu durum insanın yaşamını sürdürebilmesi için gerekli bir duygudur. Ancak anksiyetenin şiddetli ve uzun süre yaşanması, kişinin hayatını, sosyal yaşamını, insanlar ile ilişkilerini olumsuz etkiler. Bu durumda anksiyete, kişide ruhsal problem olarak karşımıza çıkar (Locke ve ark. 2015; Townsend 2016).

DSM V sınıflamasına göre anksiyete bozuklukları; ayrılma anksiyetesi bozukluğu, seçici konuşmama (mutizm), özgül fobi, toplumsal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi), panik bozukluğu, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu,

tanımlanmış diğerk bir anksiyete bozukluğu ve tanımlanmamış anksiyete bozukluğu olarak gruplanmaktadır (Köroğlu 2015).

2.3.1.1. Anksiyete Belirtileri

Bireyde anksiyete durumunda bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtiler görülebilmektedir.

Bilişsel Belirtiler: Kişide aklının karışık olması, etrafını bulanık görme, aşırı uyanıklık hali, sürekli kendine bakma, çevresini olduğundan farklı görmesi, olağanüstü hisler gibi duygusal belirtiler görülebilir. Önemli olayları unutma, kontrolü dışında düşünceler, konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı, düşüncede duraksama ve düşünme güçlüğü gibi düşünce zorlukları görülebilir. Kontrolünü yitireceğini düşünme, olaylarla başa çıkamama korkusu, ölüm korkusu, fiziksel zarar görme korkusu, aklını yitirme korkusu, bilişsel sapmalar gibi kavramsal zorluklar görülebilir (Stein ve Hollender 2011).

Duygusal Belirtiler: Kişide korku, endişe, tedirginlik, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik, alarm durumuna geçme, tehditten korunma amaçlı kaçma gibi belirtiler görülebilir (Köroğlu ve Güleç 2007).

Davranışsal Belirtiler: Kişide kaçma, huzursuzluk, birden donma kalma, davranışlarda baskılanma, konuşmada bozukluk, koordinasyon bozukluğu gibi belirtiler görülebilir (Köroğlu ve Güleç 2007).

Fizyolojik Belirtiler: Kişide çarpıntı, kalp hızında ve kan basıncında değişiklikler, bayılma hissi, derin solunum, aritmi, nefes darlığı, bronşiyal spazm, kaslarda gerginlik, reflekslerde artma, yorgunluk, karın ağrısı, spazm, bulantı, kusma, konstipasyon, ishal, ağız kuruluğu, iştahsızlık, uyku sorunları, cinsel problemler, sık idrara çıkma, terleme, ateş basması gibi belirtiler görülebilir (Köroğlu ve Güleç 2007; Stein ve Hollender 2011).

2.3.1.2. Anksiyete Nedenleri

Anksiyetenin ortaya çıkmasında biyolojik, psikolojik, sosyal birçok neden rol oynamaktadır.

Bireyde anksiyete oluşturan nedenler şunlardır:

- Dayanma mekanizmalarının etkisiz kullanımı, dayanma stratejilerinin tükenmesi, dayanma gücünü aşan stres kaynakları,

- Bir olay karşısında umutsuzluk ve güçsüzlük yaşamaması,
- Özgüveninin tehdit edilmesi,
- Olaylar karşısında gerçekleşmeyen beklentileri,
- Yaptığı işlere değer verilmemesi, saygı gösterilmemesi,
- Yeme, içme, uyku, dinlenme gibi fizyolojik gereksinimlerinin karşılanmaması,
- Fiziksel ve psikososyal değişimlere karşı oluşan kriz durumu,
- Sağlığının tehdit edilmesi,
- Yerleşim yerinin değişmesi, doğal afet gibi durumlarda oluşan çevresel değişiklikleri,
- Çalışma hayatında oluşan değişiklikler,
- Sürekli bakım gerektiren sağlık sorunları,
- Gelecek kaygısı (Pıçakçıefe 2010).

2.4. Gebelik ve Anksiyete

Anksiyete bozuklukları kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir ve kadınların %30'unda anksiyete bozuklukları üreme çağında görülebilmektedir (Kocabaşoğlu ve Başer 2008; Eskici ve ark. 2012). Bu yüzden, anksiyete bozukluğu olan birçok kadın, hastalıkları sırasında gebeliği yaşamaktadır. Buna rağmen gebelikte anksiyete bozuklukları ile ilgili yapılan çalışma sayısı sınırlıdır (Özdamar ve ark. 2014). Yapılan çalışmalarda gebelik döneminde anksiyete bozukluklarının oranı %6 ile %30 oranında değişmektedir (Andersson ve ark. 2003; Uğuz ve ark. 2010).

Kadınlarda doğurganlık dönemi ile birlikte gebelik ve doğum ile ilgili fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşanır ve bu değişiklikler anksiyete semptomlarına benzerdir. Bu nedenle gebelik döneminde anksiyete bozukluklarını teşhis etmek zordur (Cloitre 2004). Gebelikte yaşanan anksiyetenin asıl nedeni kadının kendinden çok bebeğini düşünmesidir. Eğitim durumu, eş ile ilgili sorun, bebek ile ilgili sorunlar, operasyonlu doğum, yaşamında oluşan değişiklikler, aile ile ilgili problemler gebelerde anksiyete bozukluklarına yol açmaktadır (Kocabaşoğlu ve Başer 2008; Şahin ve Kılıçarslan 2010; Dönmez ve ark. 2014).

Çalışmalarda kadınların gebelik döneminde gebelik ve doğum ile ilgili korkular yaşadığı ve bu korkuların anksiyete düzeyini arttırdığı bildirilmiştir (Alipour ve ark. 2011; Dönmez ve ark. 2014). Bu korkunun sezaryen doğum ya da zor doğum eylemi, preterm bebek, düşük doğum ağırlığı ile ilişkisi olduğu bildirilmektedir (Eskici ve ark. 2012). Gebelik döneminde kadın anksiyete tanısı aldıysa, çocukta düşük mental ve motor beceriler, huzursuz mizaç ve dikkat dağınıklığı görülebilmektedir (Özdamar ve ark. 2014).

2.3.3. Depresyon

Depresyon; umutsuzluk, karamsarlık, üzüntü duygularıyla ortaya çıkan duygudurum değişiklikleridir. Birey günlük işlerde ilgisizdir ve somatik semptomlar görülür. İştah değişiklikleri ve uyku problemleri en sık belirtileridir (Townsend 2016). Depresyon psikiyatrik hastalıklar arasında en sık görülen sorundur. Kadınların %21'inin ve erkeklerin %13'ünün hayatlarında bir kez depresyona girebileceği bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yayınladığı bir rapora göre 2020 yılında depresyonun çalışma hayatını etkileyen hastalıklar arasında birinci sırada olacağı tahmin edilmektedir (WHO 2001; Townsend 2016).

DSM V sınıflamasına göre depresif bozukluklar; yıkıcı duygudurum düzensizliği, majör depresif bozukluk, persistan depresif bozukluk, premenstrual disforik bozukluk, madde/ilaç ilişkili depresif bozukluk, tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk, tanımlanmış diğer bir depresyon bozukluğu, tanımlanmamış depresyon bozukluğu olarak gruplanmaktadır (Köroğlu 2015).

2.3.3.1. Depresyon Belirtileri

Depresyonu olan birçok kişi için, belirtiler genellikle iş, okul, sosyal yaşam ve insanlar ile ilişkiler gibi günlük aktivitelerde sorunlara neden olacak kadar ciddi olabilir. Belirtiler, depresyon tanısı için en az iki hafta sürmelidir. Ayrıca tıbbi durumlar, depresyon belirtilerini taklit edebilir, bu nedenle tıbbi nedenleri dışlamak önemlidir.

Bireyde depresyon durumunda bilişsel, duygusal, davranışsal ve fizyolojik belirtiler görülebilmektedir.

Bilişsel Belirtiler: Kişide yaşadığı hayal kırıklıklarını aklından çıkarmada zorlanma, yaşamında meydana gelen kayıpla meşgul olma, kendini suçlama, etrafındaki kişileri suçlama, pişmanlık, unutkanlık, sözel anlatımda zorlanma, mutizm, hayatında

belirsizlik yaşama, konsantrasyon güçlüğü çekme, düşüncelerin tekrarı, karamsarlık, intiharı düşünme, gerçekte var olmayan şeyleri görme, kafa karışıklığı, kararsızlık, konsantrasyon güçlüğü, halüsinasyon görme gibi belirtiler görülebilir (Mete 2008; Townsend 2016).

Duygusal Belirtiler: Kişide üzüntü, keder, kalp kırıklığı, karamsar ruh hali, öfke, anksiyete, kendini suçlama, çaresizlik, umutsuzluk, ümitsizlik, güçsüzlük, özgüven eksikliği, kendini değersiz hissetme, yalnızlık, boşluk duygusu gibi belirtiler görülebilir (Townsend 2016).

Davranışsal Belirtiler: Kişide ağlama nöbetleri, huzursuzluk, fiziksel hareketlerinde azalma, psikomotor yavaşlama, postür bozukluğu, konuşmada yavaşlama, ajitasyon, sosyal izolasyon, madde kullanımı öyküsü, kendine zarar verme, öz bakımını gerçekleştirirmede güçlük gibi belirtiler görülebilir (Stein ve Hollender 2011; Townsend 2016).

Fizyolojik Belirtiler: Kişide yorgunluk, bitkinlik, yeme bozuklukları, iştahta değişiklik, kilo kaybı, uyku problemleri, baş ağrısı, sırt ağrısı, göğüs ağrısı, karın ağrısı, enerji kaybı, konstipasyon, cinsel istekte azalma gibi belirtiler görülebilir (Mete 2008; Stein ve Hollender 2011).

2.3.3.2. Depresyon Nedenleri

Depresyonun nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte oluşma sebebi psikososyal, genetik ve biyolojik etkenlere dayandırılmaktadır. Depresyonun biyolojik ve genetik temelleri ortaya çıkmadan önce nedenleri yalnızca psikolojik kuramlarla açıklanmaya çalışılmıştır (Üçel 2016).

Yapılan çalışmalarda depresif bozuklukların oluşmasında psikososyal stresörlerin ve yaşam olaylarının etkisi olduğu bulunmuştur (Üçel 2016). Depresyon oluşumunda genetik faktörlerin %33 oranında etkili olduğu, şiddetli depresyon vakalarında ve erken yaşta gelişen ve yineleyen depresyon durumunda genetik faktör riskinin arttığı bildirilmektedir (Levinson 2006). Kullanılan birçok ilacın, depresyon gelişimine etkisi olabilmektedir. Bu ilaçlara, anksiyolitik, antipsikotik, sedatif, hipnotik grubu örnek verilebilir (Townsend 2016).

2.3.4. Gebelik ve Depresyon

Uluslararası çalışmalar depresyonun gebelik, doğum, doğum sonu gibi doğurganlık dönemini içine alan 18-44 yaşlar arasında kadınlarda daha sık görüldüğünü bildirmektedir (Çalık ve Aktaş 2011). Gebelerde %7 ile %21 oranında depresyon görülmektedir. Bir Cochrane Veri Tabanı incelemesinde gebelikte depresyon görülme oranının %10,7 olduğu bildirilmiştir (Altın 2012). Türkiye’de gebelikte depresif hastalıklar üzerine sınırlı sayıda çalışma vardır ve bu çalışmalar gebelerde depresyon görülme oranının %12 ile %36 arasında değiştiğini bildirmektedir (Eskici ve ark. 2012). Farklı kültürlerde gebelikte depresyon görülme sıklığını araştıran çalışmalara göre; Amerika’da %20, Macaristan’da %17,9, Kanada’da %25, Finlandiya’da %30 oranında gebelik döneminde depresyon görüldüğü bildirilmiştir (Da Costa ve ark. 2000; Kurki ve ark. 2000; Marcus ve ark. 2003; Bödecs ve ark 2009)

Depresyon belirtileri arasında olan uyku değişiklikleri, iştahta azalma, enerji azalmasının sağlıklı gebelik dönemi geçiren kadınlarda da görülmesi, depresyon tanısının atlanmasına neden olabilir. Gebenin dikkatli gözlenmesi ile umutsuzluk, hayattan zevk alamama, intihar düşüncesi, kendini suçlu hissetme gibi belirtiler fark edilerek depresyon tanısı koyulabilir (Dağlar ve ark. 2015). Gebelikte depresyon gelişmesinde annenin yaşının küçük ya da ileri yaş olması, düşük eğitim seviyesi, düşük sosyoekonomik durum, evlilikte sorun, daha önceden geçirilmiş depresyon öyküsü, ailede depresyon öyküsü, aile içi şiddet, madde bağımlılığı, sigara ve alkol kullanımı, çocuk sayısının fazla olması, istenmeyen gebelik, daha önce düşük yapmış olmak, evde bakıma muhtaç bir birey olması, fetüsün sağlığına duyulan kaygı, gebelik komplikasyonları, doğum korkusu risk oluşturmaktadır (Marakoğlu ve Şahsıvar 2008; Eskici ve ark. 2012; Dağlar ve ark. 2015).

Gebelikte depresyon tanısı alan kadınlarda erken doğum görülme oranı depresyon yaşamayan kadınlara göre %13 daha fazla bulunmuş ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranının da %15 arttığı bildirilmiştir. Depresyon tanısı alan kadınlarda fetüsün gebelik haftasına göre daha küçük, büyüme hızı daha yavaş ve düşük doğum ağırlıklı doğma oranı daha yüksek olduğu görülmüştür (Diego ve ark. 2009).

Gebelikte depresyon tanısı annenin ve fetüsün sağlığını etkiler ve postpartum depresyona zemin hazırlar. Bu nedenle gebeliğin erken döneminde tanı konularak tedavisi planlanmalı ve uygulanmalıdır (Çalık ve Aktaş 2011).

2.4. Kişilik

Kişilik, bireyin düşünce, duygu, davranış gibi psikolojik tepkilerini ve farklılıklarını belirleyen, sadece o an yaşadığı biyolojik durum veya sosyal ortam ile açıklanamayan şekilde süreklilik gösteren özellikler ve eğilimlerdir. Kişiliğin tanımlanması, davranışların motivasyonunu ve organizmanın çevreye adaptasyonunu açıklamayı sağlamaktadır. Kuramcılara göre kişilik, bireyin fiziksel, sosyal, zihinsel ve duygusal tüm özelliklerini içerir (Taymur ve Türkçapar 2012). Sosyal hayatın bir ögesi olarak yüzlerce yıl insanların ilgisini görmesine rağmen, 1930'lu yıllarda kişilik psikolojisinin diğer sosyal bilim disiplinlerinden ayrı olarak ele alınmasıyla beraber kişilik kavramı bilimsel olarak incelenmeye başlamıştır (Erdoğan 1994). Tıp literatürüne bir araştırma alanı olarak girmiş ve DSM-V'te bireyin yaşadığı çevre içerisinde beklentilerinden farklı olarak ilerleyen bir yaşantı ve davranış şekli olarak tanımlanmış ve kişilik bozukluğu adıyla bir tür tıbbi rahatsızlık belirlenmiştir (Köroğlu 2015).

Yakın anlamlar içermesine rağmen farklı anlamlar taşıyan, karakter, mizaç (huy), benlik gibi kavramlar sık sık kişilik anlamında kullanılmaktadır. Karakter, kişiliğin ahlaki yönünü gösteren, birtakım değer yargılarının benimsenmesi ile gelişen ve kişiliğin tutarlı, kalıplaşmış özelliklerini göstermek için kullanılan bir kavramdır. Mizaç, bireyin duygusal yaşamına ait, çabuk kızma, öfkelenme, neşelenme gibi özellikleri olarak tanımlanmaktadır (Baymur 1994; Kulaksızoğlu 2002). Benlik ise kişinin kendine bakışından oluşmakta ve kişinin davranışında rol oynayan değerlerin, amaçların ve ideallerin bir organizasyonu olarak tanımlanmaktadır (Kulaksızoğlu 2002).

Kişiliğin gelişmesinde, genetik etmenler ve çevresel etmenler etkilidir. Genetik etmenler çocuğun potansiyelinin belirlenmesinde etkili iken, çevresel etmenler de bu potansiyelin kullanılmasında etkilidir. Genetik etmenler arasında kişinin ebeveynlerinin zekâ düzeyleri, kişilik özellikleri, becerileri; çevresel etmenler arasında ise beslenme ve beş duyu organı ile elde edilen deneyimler kişiliğinin oluşmasında etkilidir (Özdemir ve ark. 2012). Kişilik sürekli gelişme gösterir. Bu gelişimin nedeni benliğin olgun ve dengeli hale gelmesidir. Bu da genetik ve çevresel etmenler ile beraber kişinin işlevlerinin değişmesi ve artması ile mümkün olmaktadır. Kişilik gelişimi ergenliğin sonuna kadar devam ederek temel yapısına ulaşır ve zaman içerisinde değişikliklere uğramasına rağmen ana özellikleri değişmez (Özdemir ve ark. 2012).

2.7.1. Kişilik Kuramları

Kişiliği anlama çabalarının hepsi bir kuramla başlar (Burger 2006). Davranış bilimciler kişiliğin özel ve ayırıcı yönlerinin keşfedilmesi sırasında ortak bir karara varamamışlardır, bunun sonucunda çeşitli kişilik kuramları ortaya çıkmıştır (Morgan 2015). Her bir kişilik kuramı farklı bir bakış açısıyla insan kişiliğini açıklamaya çalışmaktadır. İnsan gelişiminin belli bir alanına odaklanmakta, kişiliğin farklı bir boyutunu vurgulamaktadır (Burger 2006; İnanç ve Yerlikaya 2014). Bir kuram kişiliğin bir yönünü açıklamakta daha başarılı iken, diğer bir kuram başka bir yönünü açıklamakta daha başarılı olabilir (İnanç ve Yerlikaya 2014). Her bir kuram kişiliği tek başına açıklayamamakta ancak kişiliğe farklı bir perspektiften bakmaktadır. Bu bölümde bazı kişilik kuramlarına yer verilmiştir.

- **Psikanalitik Kuram**

Kişiliğin doğası üzerine asırlardır fikir yürütülmüş olsa da, bilinen ilk kişilik kuramcısı Sigmund Freud'dur (Burger 2006). Freud tarafından ortaya atılan psikanalitik kurama göre her davranışın bir nedeni vardır. Her tepki bir etkinin sonucudur ve her tepki bir etki oluşturur. Bazı davranışların nedeni kolaylıkla açıklanabilirken bazı davranışların nedeni zorlukla hatta bazen hiç açıklanamamaktadır. Freud insan davranışının nedenlerinin bilinç, bilinçaltı ve bilinçdışı olmak üzere üç ayrı bölümden oluştuğunu ileri sürer (Burger 2006).

Bilinç, o an farkında olduğumuz düşüncelerimizi ifade eder. Bilinçaltı, o an farkında olunmayan ancak çağrışımla ya da belli bir zihni çabayla bilince taşınması mümkün olan bilgiler ve yaşantılardır (Burger 2006; İnanç ve Yerlikaya 2014). Bilinçdışı ise farkında olmadığımız arzu, istek, dürtü, duygu ve düşüncelerin depolandığı bölümü ifade eder (İnanç ve Yerlikaya 2014). Tahmin edilenin aksine, bilgilerimizin büyük kısmı bilinç ya da bilinçaltında değil, bilinçdışında yer alır (Burger 2006). Bilinçdışındaki bilgiler, bilinç düzeyine aktarılamadığı için kanıtlanması güçtür. Freud'a göre bilinçdışı ancak dolaylı yollarla kanıtlanabilmektedir (İnanç ve Yerlikaya 2014).

Freud, kişiliğin zamanla gelişen bir yapısı olduğunu söyler. O'na göre kişilik, birbiriyle etkileşim halinde bulunan id, ego ve süperego'dan oluşmaktadır. İd, kişiliğin biyolojik bir bölümüdür ve insanın doğuştan var olan tüm dürtülerinin kaynağıdır. Freud, doğduğunda tek bir kişilik yapısının, alt-benliğin (id) var olduğunu söyler. Bilinçdışında yerleşmiş olan tüm içgüdülerin (açlık, cinsellik, kıskançlık, hırs, nefret, sevgi, güven)

bulunduğu bölüm alt-benliktir. Bilinçaltında depolanan bu dürtülerden cinsellik ve saldırganlık diğerlerine göre daha baskındır (Burger 2006; İnanç ve Yerlikaya 2014). Ego, kişiliğin denge ve uyum sağlayıcı, düzenleyici bir bölümdür. Ego, İd'in isteklerine mantıksal çerçeve içerisinde yanıt aramaya çalışmaktadır. Süperego ise, kişinin benimsenmiş değerler, idealler ve ahlaki standartlara göre davranmasını sağlar. Çocuklar anne-babaları ve toplumdaki diğer kişiler ile iletişimleri sonucunda bunu kazanırlar (Özdemir ve ark. 2012; İnanç ve Yerlikaya 2014).

Psikanalitik kuram, çocuğun gelişimsel bir süreç geçirdiğini, her gelişim evresinin kişiliğin oluşmasında kritik özellikler içerdiğini savunur. Psikanalitik kuram tüm davranışları içeren, geniş kapsamlı bir kuram olduğundan diğer kişilik kuramlarının gelişmesinde önemli rol oynamıştır.

- **Sosyo-Psikolojik Kuram**

Bu kuramın kurucuları Freud'un öğrencileri olan Carl Jung ve Alfred Adler'dir. Jung'a göre, çocukların yaşamlarının ilk yıllarında ailelerinden ayrı bir kimlikleri yoktur. Çocukların kişilikleri ebeveynlerinin kişiliğinin bir yansımasıdır. Çocuk okula başladığında anne ve babası ile iletişimi zayıflamaya başlar. Anne ve babanın aşırı koruyucu ve baskıcı tutumu çocuğun kişilik oluşumunu zedeleyebilir (Schultz ve Schultz 2009).

Jung içe dönük ve dışa dönük terimlerini ilk kullanan kişidir. İçe dönük kişilik yapısındaki bireylerin düşünce ve ilgisi iç dünyasına yönelmiştir. Diğer yandan dışa dönük kişilik yapısındaki kişiler sürekli başkaları ile iletişim halinde olmak ve yalnız kalmamak isterler. Jung'a göre bir kişinin dengeli bir yaşam için bu iki kişilik özelliğini eşit tutması gerekmektedir. Kişilikte görülen sorunlar bu iki özelliğin arasındaki dengesizlikten dolaydır (Cüceloğlu 2015).

Adler'e göre, kişinin hayattaki motivasyonunun üstünlük çabası olduğunu ileri sürmüştür. İnsanlar için esas güç üstünlük çabasına sahip olmaktır ve bu cinsel istekten daha kuvvetlidir (Cüceloğlu 2015). Adler kişiliği anlamak için sosyokültürel ortamda kişinin başkaları ile olan ilişkilerine bakmak gerektiğini söylemektedir. Anne ve babanın çocuk üzerindeki etkisinin çok fazla olduğunu ve ileriki yıllarda kişilik sorunu yaşanmasında ebeveyn tutumunun etkisinin olduğunu ifade etmektedir (Burger 2006; İnanç ve Yerlikaya 2014).

- **Özellik Kuramı**

İnsanın karmaşık bir yapısı olduğunu vurgulayan Gordon Allport ve Henry Murray kişiliğin oluşumu ve şekillenmesini anlayabilmek için yeni bir çalışmanın gerekli olduğunu düşünmekteydiler (Engler 2009). Allport, kişiliğin tanımını yapmadan önce 50’den fazla kişilik tanımını incelemiş ve kendi tanımını ortaya koymuştur. Allport’a göre kişilik, kişinin kendine has düşünce ve davranışlarını belirleyen psikofiziksel sistemlerin dinamik yapılanmasıdır (Engler 2009). Allport, bireyin yapısal özelliklerinin sinir sisteminden kaynaklı olduğunu ve nörolojik yapıların incelenerek kişilik özelliklerini belirleyecek bir teknolojinin gelişebileceğini söylemiştir. Bu yaklaşıma göre, bir araştırmada deneklerin birinden alınan sonuç diğer denekler ile karşılaştırılabilir. Allport, bu özelliklere “Genel Ayırıcı Özellikler” demiştir (Burger 2006).

Murray’ın yaklaşımı ise, psikanalitik ve ayırıcı özellik yaklaşımlarının bir sentezidir. Murray bu yaklaşımı kişilikbilim olarak adlandırmış ve kişiliğin temel ihtiyaçlarını tanımlamıştır. Çalışmaları sonucunda kişiliğin pek çok tanımını yapmıştır. Murray’a göre kişilik, insan hayatının içsel ve dışsal tüm uyarıları ve yönlerinin bir bütünüdür (Burger 2006).

- **Benlik Kuramı**

Benlik, kişinin kim olduğunu ve kim olmak istediğini belirten bir kavramdır. Bu kuram kişinin dünyayı nasıl algıladığını ve bu algının davranışlarını nasıl etkilediğinden yola çıkmaktadır. Benlik kuramının önemli bir ismi Carl Rogers, kişinin benlik bilinci kendisiyle ilgili fikirlerini, algılarını ve izlenimlerini içerir. Kişi benlik bilincinin gelişmesi yönünde olumlu bir yaklaşım gösterir (Cüceloğlu 2015). Rogers’e göre insanın temel ihtiyacı saygıdır. Başkaları tarafından saygı görme kişinin kendini değerli hissetmesini sağlar. Sağlıklı bir kişilik oluşumu için birey pozitif saygı deneyiminden geçmelidir (Barenbaum 2008).

Bu kuramın diğer bir temsilcisi Abraham Maslow’dur. Maslow’a göre insanın doğasının temel hedefi kendini gerçekleştirmektir. Kendini gerçekleştirmiş insan, kendini, çevresini ve doğan dünyayı kabul eder. Bağımsız hareket edebilir, insanlara ve düşüncelere değer verir. Mizah anlayışına sahip ve yaratıcıdır (Engler 2009; Schultz ve Schultz 2009).

2.4.2. Kişilik Özellikleri

Farklı zaman ve durumlarda bireyin istikrarlı düşünce, duygu ve davranış özelliklerine kişilik özellikleri denir (Kleanthi 2015). Bireyin kişilik özelliklerini oluşturan davranış ve tutumlarında zaman içinde gözlenen süreklilik ve tutarlılık vardır ama ortam ve koşullara bağlı olarak değişebilme özelliği gösterebilmektedir (Lilienfeld 2005). Kişilik özellikleri sakin, açık yürekli, iddiacı, neşeli, sabırlı, sabırsız, telaşlı, rekabetçi, umursamaz, nazik gibi birçok farklı sıfat ile ifade edilebilmektedir. Bu nedenle kişiliği tanımlarken kuramcılar, bazı özellikleri benzer fakat birbirinden farklı tanımlar yapmaktadırlar.

Kişilik özellikleri bireyi diğer insanlardan farklı kılar ve kişilik özellikleri ayırt edicidir. Kişiler bazen birbirlerine benzer davranışlar gösterebilirler fakat kendilerini özgün kılan bir takım özelliklere sahiptirler bu durum kişiyi diğer bireylerden farklı kılar. Birçok yönden farklılık gösteren kişiler, olayları ve olguları farklı şekilde yorumlarlar. Bu durum da kişiliğin temelini oluşturur (Durna 2005).

Kişilik tutarlılık göstermesinin yanı sıra dinamik bir yapıdadır. Kişilik hem genetik hem de çevresel faktörlerden etkilendiği için değişiklik gösterebilir. Örneğin kişinin katıldığı kültür ve eğitim faaliyetleri zamanla bireyin davranış ve alışkanlıklarını değiştirebilmektedir. Bu durum, zamanla bireyin kişilik özelliklerinin de değişmesine zemin hazırlayabilir (Lilienfeld 2005).

2.5. Gebelik ve Kişilik Özellikleri

Kişilik özellikleri araştırılmaya değerdir çünkü kişilik özellikleri gebelikteki psikolojik sağlığın belirleyicileri olabilmektedir. Kişilik ile ilgili beş faktör ortaya konmuştur, bunlar; dışadönüklük, duygusal tutarsızlık/nörotiklik, deneyime açıklık, uyumluluk ve sorumluluktur (Gencoz ve Oncul 2012). Nörotik kişilik özelliğinin gebelikte depresyona yol açabildiği, dışa dönük kişilik özelliğinin düşük ve nörotik kişilik özelliğinin yüksek olduğu gebelerde ise depresyon ve anksiyete bozukluğuna eğilim olabildiği belirtilmektedir (Bienvenu ve ark. 2001; Ormel ve ark. 2001; Guskowska ve ark. 2014)

Nörotik kişilik özelliğinin gebelik dönemindeki anksiyete ile ilişkili olduğu görülmüş, sürekli kaygının da gebelik depresyonuyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Kleanthi 2015)

Nörotik özelliğın gebenin psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz etkisi olduğu, uyumluluk özelliğinin ise olumlu etkisi olduğu görülmüştür (Peñacoba ve ark. 2011).

Kişilik özellikleriyle ayrıştırılabilecek kişilerarası farklılıkların gebelikte görülebilecek depresyon ve anksiyete semptomlarına nasıl etki ettiğini değerlendirmenin önemli olduğu düşünölmektedir (Peñacoba ve ark. 2011).

2.6. Gebelikte Görölen Psikolojik Sorunların Giderilmesinde Hemşirelik Yaklaşımı

Gebelik dönemi kadında fizyolojik ve psikolojik birçok değişikliğe sebep olmaktadır. Bu dönemde görölen psikolojik değişikliklere gebe kolay uyum sağlarken, bazen hafif, orta ve şiddetli düzeylerde ruhsal problemler de görölebilmektedir (Yılmaz ve Beji 2010). Gebelik döneminde görölebilen ruhsal problemler hem annenin hem de fetüsün sağlığını ve gelişimini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu sebeple gebelik döneminde görölen anksiyete ve depresyonun erken tanınması ve kontrol altına alınması gebe ve fetüsün sağlığını korumaya yardımcı olur (Savrun 2008; Yücel ve ark. 2013).

Gebelik döneminde psikiyatrik bozukluklar sık görölebilmekte fakat birçok kez gözden kaçmaktadır. Gebenin takibinde büyük rolleri olan hemşirelere anksiyete ve depresyon açısından risk altındaki gebelerin belirlenmesinde büyük sorumluluk düşmektedir. Tıbbi öyküde ruhsal bozukluk olması, evlilik ile ilgili problemler, sosyal destek zayıflığı, yetersiz sağlık bakımı alma, olumsuz yaşam deneyimleri, gebeliğe karşı zıt duygular, istenmeyen gebelik, yetersiz beslenme, alkol ve madde bağımlılığı gibi faktörler gebelikte anksiyete ve depresyon gelişiminde etkili olmaktadır (Marakoğlu ve Şahsıvar 2008; Çalık ve Aktaş 2011; Balkaya ve ark. 2014). Hemşirelerin gebelikte bakım, eğitim, danışmanlık rollerinin yanında kişinin kaygı düzeyinde yaşadığı problemleri çözmesi konusunda yardımcı olma sorumluluğu da vardır (Bahar 2006). Hemşireler gebelerin anksiyete ve depresyon ile baş etmesine yardımcı olacak eğitim ve danışmanlık yapmalı ve desteklemelidirler (Yücel ve ark. 2013).

Antenatal dönemde verilen eğitim ile gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ile ilgili gebelerin farkındalıklarının arttırılması, yaşanabilecek ruhsal problemlerin erken tanınması, önlenmesi, erken müdahale edilmesi ve tedavisine imkan sağlaması açısından çok önemlidir (Çelik ve ark. 2013). Tüm bunlar doğrultusunda gebelik dönemi hem anne hem bebek hem de aile için bir kriz dönemidir, bu dönemde gebenin profesyonel destek alabilmesi sağlıklı bir gebelik dönemi geçirmesinde etkili

olabilmektedir. Hemşirelerin, anne adaylarının hem fiziksel hem de psikolojik sağlıklarının tam bir iyilik halinde olması için gerekli değerlendirmeleri yapmaları, oluşabilecek sorunların erken dönemde tespit edilmesi için önemlidir. Bu kadar ciddi sonuçları olan gebelik dönemindeki psikiyatrik sorunların belirlenmesi, önlenmesi ve korunmasında hemşireler kilit rol oynamaktadırlar.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma, kişilik özellikleri ile gebelikte anksiyete ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı tarzda planlanmıştır.

3.2. Araştırma Soruları

1. Kişilik özellikleri gebelik döneminde anksiyete düzeyini etkiler mi?
2. Kişilik özellikleri gebelik döneminde depresyon düzeyini etkiler mi?
3. Gebelik trimesterlerine göre anksiyete düzeyinde farklılık görülür mü?
4. Gebelik trimesterlerine göre depresyon düzeyinde farklılık görülür mü?
5. Gebelik dönemi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Tarih

Çalışma, Haziran 2019 – Eylül 2019 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi kadın doğum polikliniğine gebelik izlemi için gelen 18 yaş üstü gebeler ile yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi kadın doğum polikliniğine 01.06.2019 - 30.09.2019 tarihleri arasında gebelik izlemi için gelen 18 yaş üstü tüm gebeler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini evrenden olasılıksız örnekleme yöntemi (gelişigüzel) ile seçilen, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan gebe kadınlar oluşturmuştur.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş üstü gebeler
- Ultrasonografide fetal kalp atımı saptanan gebeler
- Psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan gebeler
- Kronik hastalık öyküsü olmayan gebeler
- Aydınlatılmış onamı alınarak çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- 18 yaş altı gebeler
- Fetüste kromozom anomalisi saptanan gebeler
- Çoğul gebeliği olanlar
- Psikiyatrik hastalık öyküsü olan gebeler
- Kronik hastalık öyküsü olan gebeler

Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek üzere güç (power) analizi yapılmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0,5 etki büyüklüğünde örnekleme alınacak gebe sayısı 178 kişi olarak hesaplanmıştır (df=174; t=1,654). Hata payını azaltmak ve evrene genellenebilirliğini arttırmak için ulaşılabilen 205 kişi ile çalışma yürütülmüştür.

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri;

- Cervantes Kişilik Ölçeği puan ortalamaları
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puan ortalamaları

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri;

- Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, aile gelir seviyesi
- Doğum sayısı, gebelik sayısı, düşük/kürtaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik trimesteri
- Gebelik ve doğum ile ilgili eğitim alma durumu
- Gebelikte düzenli doktor kontrolüne gitme durumu
- Gebelikte herhangi bir sorun yaşama durumu
- Gebelikte yaşamını etkileyen önemli bir sorun yaşama durumu
- Gebelikte günlük aktivitelerini yaparken sorun yaşama durumu
- Doğum ile ilgili korku ve kaygı varlığı
- Doğum sonu destekleyici kişi varlığı

3.5. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Araştırma tek aşamada gerçekleştirilmiş olup izlem yapılmamıştır. Araştırmaya dahil edilme ve dahil edilmeme kriterlerine göre gebeler değerlendirilerek araştırmaya uygun olan gebelere araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu (EK 1) imzalamışlardır. Daha sonra Sosyo-demografik Veri Formu (EK 2), Cervantes Kişilik Ölçeği (EK 3), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (EK 4) doldurtulmuştur. Veriler gözlem altında ve yüzyüze görüşme şeklinde her bir gebe ile ortalama 20 dakika süre ile toplanmıştır.

Veri toplamada, Sosyo-demografik Veri Formu, Cervantes Kişilik Ölçeği (CKÖ) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) kullanılmıştır.

- Sosyo-demografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından; literatürden yararlanılarak gebelerin sosyo-demografik özelliklerini ve obstetrik özelliklerini belirlemeye yönelik 28 sorudan oluşan bir form oluşturulmuştur.

- Cervantes Kişilik Ölçeği (CKÖ)

Castelo-Branco ve arkadaşları tarafından 2008 yılında menopozal kadınların kişilik özelliklerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Castelo-Branco ve ark. 2008).

Cervantes kişilik ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması Bal ve Şahin tarafından 2011 yılında yapılmıştır (Bal ve Şahin 2011).

Ölçek 20 sorudan oluşan altılı likert tipi bir ölçektir. Ölçek 3 alt boyuttan oluşmaktadır (Dışa/içe dönük olma, duygusal denge/nörotizm, tutarlı/tutarsız olma). Ölçekteki her soru bireyin kendi deneyimlerine göre cevaplanmaktadır. Ölçekteki her madde 0'dan 5'e kadar puanlanmıştır. Birey kendisine uygunluk derecesine göre çok uygunsa 5 puan, hiç uygun değilse 0 puan arasında istediği puanı verebilmektedir. Ölçekte her alt grupta verilen puan arttıkça içe dönük olma, duygusal dengesiz (nörotizm) olma ve tutarsız olma özelliği artmaktadır. Her alt grupta verilen puan azaldıkça da dışa dönük olma, duygusal dengeli olma ve tutarlı olma özelliği artmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesi aşağıdaki hesaplamalar kullanılarak yapılmaktadır.

Dışa/içe dönük olma: Ölçekte 12. ve 18. soruların yanıtlarının toplamından 1., 4., 7., 10. ve 15. soruların yanıtlarının toplamı çıkartılıp 25 eklenerek dışa/içe dönük olma alt boyutu hesaplanmaktadır.

Formül: $[25+(12+18)-(1+4+7+10+15)]$. Puanlar 0 ile 35 arasında değişmektedir. 0 puan en dışa dönük kişilik özelliğini gösterirken, 35 puan en içe dönük kişilik özelliğini göstermektedir.

Duygusal denge/nörotizm: 2., 5., 8., 11., 13., 16. ve 19. soruların yanıtları toplanarak duygusal denge/nörotizm alt boyutu hesaplanmaktadır.

Formül: $[2+5+8+11+13+16+19]$. Puanlar 0 ile 35 arasında değişmektedir. 0 puan en duygusal dengeli kişilik özelliğini gösterirken, 35 puan nörotik/duygusal dengesiz kişilik özelliğini göstermektedir.

Tutarlı/tutarsız olma: 3., 6., 9., 14., 17. ve 20. soruların yanıtlarının toplam puanından 30 çıkarılarak tutarlı/tutarsız olma alt boyutu hesaplanmaktadır.

Formül: $[30-(3+6+9+14+17+20)]$. Puanlar 0 ile 30 arasında değişmektedir. 0 puan en tutarlı cevap veren kişilik özelliğini gösterirken, 30 puan en tutarsız cevap veren kişilik özelliğini göstermektedir. Bu alt boyut diğer iki alt boyuta verilen cevapları değerlendirmek amacıyla tasarlanmış olup kendisi bir kişilik faktörü değildir.

Cervantes Kişilik Ölçeği'nin Cronbach's Alpha güvenirlik kat sayısı dışa/içe dönük olma boyutu için $\alpha=0,97$; duygusal denge/nörotizm boyutu için $\alpha=0,81$; tutarlı/tutarsız olma boyutu için $\alpha=0,71$ olarak bulunmuştur (Bal ve Şahin 2011). Bu araştırmada, Cronbach's Alpha güvenirlik kat sayısı ölçeğin toplamı için $\alpha=0,874$; dışa/içe dönük olma boyutu için $\alpha=0,806$; duygusal denge/nörotizm boyutu için $\alpha=0,841$; tutarlı/tutarsız olma boyutu için $\alpha=0,888$ olarak bulundu.

- Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Zigmont ve Snaith tarafından 1983 yılında bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu tarayarak risk grubunu belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (Zigmont ve Snaith 1983).

Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Aydemir ve ark. tarafından 1997 yılında yapılmıştır (Aydemir ve ark. 1997).

HAD ölçeği anksiyete ve depresyon olarak iki alt boyuttan oluşan bir kendini-bildirim ölçeğidir. 7'si anksiyete, 7'si depresyon belirtilerini araştıran 14 sorudan oluşmaktadır. Her soru 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Alt boyutların toplam puanı 0 ile 21 arasındadır. 0-7 puan anksiyete ve depresyonun olmadığını, 8-10 arası puan sınırda anksiyete ve depresyon düzeyini ve $11 \geq$ anksiyete ve depresyonun mevcut olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilen puanın bedensel hastalığın varlığından etkilenmediği gösterilmektedir (Aydemir ve ark. 1997).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin Cronbach's Alpha güvenilirlik kat sayısı anksiyete boyutu için $\alpha=0,8525$; depresyon boyutu için $\alpha=0,7784$ olarak bulunmuştur (Aydemir ve ark. 1997). Bu araştırmada, Cronbach's Alpha güvenilirlik kat sayısı ölçeğin toplamı için $\alpha=0,858$; anksiyete boyutu için $\alpha=0,856$; depresyon boyutu için $\alpha=0,843$ olarak bulundu.

3.6. Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere normal dağılım testi uygulanmıştır.

Tablo 3-1. Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi

	İçe dönüklük	Nörotizm	Tutarsızlık	Hastane anksiyete	Hastane depresyon
Kolmogorov-Smirnov Z	1,020	1,032	1,355	0,846	1,123
p	0,250	0,238	0,051	0,472	0,129

Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır ($p > 0,05$). Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon analizi uygulanmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni ve araştırmanın yapılacağı İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır. Çalışmada kullanılmak üzere Cervantes Kişilik Ölçeği için Bal'dan (EK 5) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği için Aydemir'den (EK 6) ölçek kullanım izni alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden gebelere çalışmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilerek bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile yazılı onamları alınmıştır (EK 1). Onam formunda, araştırmaya katılmanın isteğe bağlı olduğu, araştırma nedeniyle kendilerine zarar gelmeyeceği, istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları, cevapların gizli tutulacağı ve kişisel bilgilerin kimseyle paylaşılmayacağı hakkında bilgiler verilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi kadın doğum polikliniğinde tek merkezli olarak ve örneklem dahil edilme kriterlerine uygun gebelerin katılımı ile gerçekleştirilmesi nedeniyle sonuçlar yalnızca bu örneklem üzerine genellebilir.

4. BULGULAR

Kişilik özelliklerinin gebelik döneminde anksiyete ve depresyon düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular dört bölümde ele alınmıştır:

- 4.1. Katılımcıların sosyo-demografik ve gebelik özelliklerine ilişkin bulgular
- 4.2. Katılımcıların CKÖ ve HAD puanlarına ilişkin bulgular
- 4.3. Katılımcıların sosyo-demografik ve gebelik özellikleri ile CKÖ ve HAD puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular
- 4.4. Katılımcıların CKÖ ve HAD puanları arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular



4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Gebelik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların sosyo-demografik özellikleri ve gebelik özellikleri belirtilmiştir.

Tablo 4-1: Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (n=205)

Sosyo-demografik Özellikler	Ort ± SS	Min - Max
Yaş	30,73±5,66	18-43
Eğitim yılı	10,11±4,46	4-16
	n	%
Yaş		
30 yaş ve altı	99	48,3
30 yaş üzeri	106	51,7
Eğitim durumu		
İlkokul	51	24,9
Ortaokul	46	22,5
Lise	54	26,3
Üniversite	54	26,3
Eğitim yılı		
10 yıl ve altı	97	47,3
10 yıl üzeri	108	52,7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	58	28,3
Çalışmıyor	147	71,7
Aile tipi		
Çekirdek aile	171	83,4
Geniş aile	34	16,6
Gelir seviyesi		
Düşük düzey	32	15,6
Orta düzey	173	84,4

Tablo 4.1’de gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı gösterilmektedir.

Katılımcıların yaşları 18 ile 43 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $30,73 \pm 5,66$ olduğu belirlendi. Gebelerin yaşlarına bakıldığında %48,3'ünün 30 yaş ve altında, %51,7'sinin 30 yaş üzerinde olduğu saptandı.

Katılımcıların %24,9'unun ilkokul, %22,5'inin ortaokul, %26,3'ünün lise, %26,3'ünün üniversite mezunu olduğu ve ortalama eğitim yılının $10,11 \pm 4,46$ olduğu belirlendi. Eğitim yılı ortalamalarına bakıldığında %47,3'ünün 10 yıl ve altında, %52,7'sinin 10 yıl üzerinde eğitim gördüğü saptandı.

Katılımcıların %28,3'ünün çalıştığı, %71,7'sinin çalışmadığı belirlendi. Gebelerin aile tipine bakıldığında %83,4'ünün çekirdek aile, %16,6'sının geniş aile olduğu belirlendi. Gelir seviyelerinde ise %15,6'sının düşük gelir seviyesine sahip olduğu ve %84,4'ünün orta gelir seviyesine sahip olduğu saptandı.

Tablo 4-2: Katılımcıların gebelik özellikleri (n=205)

Gebelik Özellikleri	Ort \pm SS	Min - Max
Gebelik sayısı	2,78 \pm 1,84	1-13
Doğum sayısı	1,15 \pm 1,12	0-5
Düşük/Kürtaj sayısı	0,62 \pm 1,23	0-9
Yaşayan çocuk sayısı	1,09 \pm 1,07	0-4
	n	%
Gebelik sayısı		
1-2	115	56,1
3 ve üzeri	90	43,9
Doğum sayısı		
Primipar	68	33,2
Multipar	137	66,8
Yaşayan çocuk sayısı		
Var	134	65,4
Yok	71	34,6
Planlı gebelik		
Evet	158	77,1
Hayır	47	22,9

Tablo 4-2 (Devam): Katılımcıların gebelik özellikleri (n=205)

Gebelik Özellikleri	Ort ± SS	Min - Max
Gebelik trimesteri		
1. Trimester	19	9,3
2. Trimester	78	38,0
3. Trimester	108	52,7
Antenatal eğitim alma		
Evet	39	19,0
Hayır	166	81,0
Gebelikte düzenli kontrol		
Evet	194	94,6
Hayır	11	5,4
Doğum şekli tercihi		
Normal doğum	77	37,6
Sezaryen doğum	53	25,9
Tercihim yok	75	36,5
Gebelikte sorun yaşama		
Evet	35	17,1
Hayır	170	82,9
Gebelikte yaşamı etkileyen olay		
Evet	33	16,1
Hayır	172	83,9
Gebelikte destekleyici kişi varlığı		
Evet	191	93,2
Hayır	14	6,8
Gebeliğe bağlı günlük aktivitede sorun yaşama		
Evet	72	35,1
Hayır	133	64,9
Doğum korkusu		
Evet	86	42,0
Hayır	119	58,0
Doğum sonu desteklenme durumu		
Evet	175	85,4
Hayır	30	14,6

Tablo 4.2’de katılımcıların gebelik özelliklerine ilişkin bulgular gösterilmektedir.

Katılımcıların gebelik sayılarının 1 ile 13 arasında değiştiği ve ortalamasının $2,78 \pm 1,84$ olduğu saptandı. Katılımcıların doğum sayısının ortalaması $1,15 \pm 1,12$ olduğu ve düşük/kürtaj geçirme oranının ortalama $0,62 \pm 1,23$ olduğu belirlendi. Ayrıca katılımcıların ortalama $1,09 \pm 1,07$ yaşayan çocuk sahibi oldukları bulundu.

Katılımcıların %9,3’ünün gebeliğin birinci trimesterinde, %38’inin gebeliğin ikinci trimesterinde, %52,7’sinin gebeliğin üçüncü trimesterinde olduğu belirlendi. Gebelerin %19’unun gebelik ve doğum ile ilgili eğitim aldığı, %81’inin herhangi bir eğitim almağı saptandı. Katılımcıların %71,1’inin gebeliklerinin planlı olduğu ve %94,6’sının düzenli doktor kontrolüne gittiği belirlendi. Gebelerin doğum şekli konusunda tercihlerine bakıldığında %37,6’sının normal doğum, %25,9’unun sezaryen doğum istediği ve %36,5’inin doğum şekli tercihi konusunda bir isteği olmadığı belirlendi.

Katılımcıların %17,1’inin gebelikleri süresince herhangi bir sorunla karşılaştıkları, %82,9’unun gebeliğinde herhangi bir sorun yaşamadığı saptandı. Katılımcıların gebelik boyunca yaşadıkları sorunların gestasyonel diyabet (%9,3), erken doğum riski (%7,8) olduğu bulundu. %16,1’inin gebeliğinde yaşamını etkileyen önemli bir olay yaşadığı, %83,9’unun herhangi bir olay ile karşılaşmadığı belirlendi. Gebelikte yaşamı etkileyen olaylara bakıldığında %8,3’ünün ailesinden birini kaybettiği, %7,8’inin aile içi sorunlar yaşadığı saptandı. %35,1’inin günlük aktivitelerini yaparken sorun yaşadığı, %42’sinin doğum ile ilgili korku ve kaygısının olduğu belirlendi. Gebelerin %93,2’sinin gebelikleri boyunca destek alabilecekleri birisinin olduğu ve %85,4’ünün doğum sonu destek olacak kişilerin olduğu saptandı.

4.2. Katılımcıların CKÖ ve HAD Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4-3: Cervantes Kişilik Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular

Cervantes Kişilik Ölçeği Alt Boyutları	Ort \pm SS	Min - Max
Dışa dönük ve içe dönük olma	12,561 \pm 6,454	0-30
Duygusal denge-duygusal dengesizlik (nörotizm)	16,610 \pm 8,038	0-35
Tutarlı-tutarsız olma	21,634 \pm 5,107	0-30

Katılımcıların CKÖ alt puan ortalamaları incelendiğinde; dışa dönük/içe dönük olma alt puan ortalaması $12,561 \pm 6,454$, duygusal denge/nörotizm alt puan ortalaması $16,610 \pm 8,038$, tutarlı/tutarsız olma alt puan ortalaması $21,634 \pm 5,107$ olarak saptandı.

Tablo 4-4: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puanlarına ilişkin bulgular

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Alt Boyutları	Ort \pm SS	Min - Max
Anksiyete (HAD-A)	7,356 \pm 4,425	0-21
Depresyon (HAD-D)	5,893 \pm 4,269	0-18

Katılımcıların HAD ölçeği alt puan ortalamaları incelendiğinde; anksiyete alt puan ortalaması $7,356 \pm 4,425$, depresyon alt puan ortalaması $5,893 \pm 4,269$ olarak saptandı.

Tablo 4-5: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği puanlarının kesme puanlarına göre dağılımı

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Alt Boyutları	n	%
Hastane anksiyete		
Anksiyete yok (0-7 puan)	116	56,6
Sınırlı anksiyete (8-10 puan)	45	22,0
Anksiyete var ($11 \geq$)	44	21,4
Hastane depresyon		
Depresyon yok (0-7 puan)	147	71,8
Sınırlı depresyon (8-10 puan)	29	14,1
Depresyon var ($11 \geq$)	29	14,1

Katılımcıların HAD ölçek alt boyut kesme puan ortalamaları incelendiğinde; hastane anksiyete boyutunda %56,6'sının anksiyetesinin olmadığı, %22'sinin sınırda anksiyete düzeyine sahip olduğu, %21,4'ünün anksiyetesinin olduğu bulundu. Ayrıca hastane depresyon boyutunda %71,8'inin depresyonunun olmadığı, %14,1'inin sınırda depresyon düzeyine sahip olduğu, %14,1'inin depresyonunun olduğu saptandı.

4.3. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Gebelik Özellikleri ile CKÖ ve HAD Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4-6: Katılımcıların sosyo-demografik ve gebelik özellikleri ile CKÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Sosyo-Demografik ve Gebelik Özellikleri	Dışa/İçe Dönük Olma		Duygusal Denge/Nörotizm	Tutarlı/Tutarsız Olma
	n	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Yaş				
30 yaş ve altı	99	12,990±6,100	17,273±8,018	21,959±4,929
30 yaş üzeri	106	12,160±6,773	15,991±8,045	21,330±5,272
t=		0,919	1,142	0,881
p=		0,359	0,255	0,379
Doğum sayısı				
Primipar	68	12,221±6,096	15,853±8,058	21,926±4,694
Multipar	137	12,730±6,640	16,985±8,030	21,489±5,311
t=		-0,531	-0,950	0,576
p=		0,596	0,343	0,565
Eğitim yılı				
10 yıl ve altı	97	13,412±6,828	17,959±8,611	21,793±5,392
10 yıl üzeri	108	11,796±6,029	15,398±7,315	21,490±4,857
t=		1,800	2,301	0,423
p=		0,073	0,022*	0,672
Çalışma durumu				
Çalışıyor	58	11,655±6,169	15,603±6,385	20,724±4,955
Çalışmıyor	147	12,918±6,550	17,007±8,590	21,993±5,138
t=		-1,264	-1,127	-1,609
p=		0,208	0,203	0,109
Aile tipi				
Çekirdek aile	171	12,421±6,346	16,374±8,179	21,655±4,917
Geniş aile	34	13,265±7,034	17,794±7,281	21,529±6,056
t=		-0,695	-0,940	0,131
p=		0,488	0,348	0,896
Aile gelir seviyesi				
Düşük düzey	32	14,906±6,712	17,813±8,322	21,656±5,331
Orta düzey	173	12,127±6,331	16,387±7,989	21,630±5,080
t=		2,260	0,921	0,027
p=		0,025*	0,358	0,979
Gebelik sayısı				
1-2	115	11,774±6,429	16,322±7,968	21,478±4,858
3 ve üzeri	90	13,567±6,381	16,978±8,156	21,833±5,430
t=		-1,988	-0,579	-0,493
p=		0,048*	0,563	0,623

t: Student T Test

F: One Way Anova Test

PostHoc: Scheffe Testi

*p<0,05

Tablo 4-6 (Devam): Katılımcıların sosyo-demografik ve gebelik özellikleri ile CKÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Sosyo-Demografik ve Gebelik Özellikleri	n	Dışa/İçer Dönük Olma	Duygusal Denge/Nörotizm	Tutarlı/Tutarsız Olma
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Yaşayan çocuk sayısı				
Yok	71	12,155±6,164	16,070±7,954	21,915±4,686
Var	134	12,776±6,616	16,896±8,096	21,485±5,327
t=		-0,655	-0,698	0,573
p=		0,513	0,486	0,567
Gebelik trimesteri				
1.trimester	19	12,263±6,649	15,895±7,578	22,421±4,004
2.trimester	78	12,987±6,176	16,308±7,267	21,423±5,319
3.trimester	108	12,306±6,658	16,954±8,673	21,648±5,150
F=		0,273	0,227	0,290
p=		0,761	0,797	0,748
Antenatal eğitim alma				
Evet	39	13,564±5,286	15,180±7,786	22,230±4,997
Hayır	166	12,325±6,692	16,946±8,082	21,494±5,137
t=		1,079	-1,237	0,810
p=		0,282	0,218	0,419
Planlı gebelik				
Evet	158	12,551±6,477	16,152±8,036	21,607±4,859
Hayır	47	12,596±6,446	18,149±7,934	21,723±5,922
t=		-0,042	-1,500	-0,136
p=		0,967	0,135	0,892
Gebelikte düzenli kontrol				
Evet	194	12,263±6,347	16,284±7,900	21,799±5,005
Hayır	11	17,818±6,337	22,364±8,652	18,727±6,230
t=		-2,824	-2,471	1,954
p=		0,005*	0,014*	0,052
Gebelikte sorun yaşama				
Evet	35	11,714±6,281	17,343±9,068	21,742±5,310
Hayır	170	12,735±6,494	16,459±7,830	21,611±5,080
t=		-0,854	0,592	0,138
p=		0,395	0,555	0,890
Gebelikte yaşamı etkileyen olay				
Evet	33	12,485±6,170	18,515±5,874	19,939±5,024
Hayır	172	12,576±6,525	16,244±8,353	21,959±5,072
t=		-0,074	1,491	-2,098
p=		0,941	0,064	0,037*
Gebelikte destekleyici kişi varlığı				
Evet	191	12,419±6,393	16,508±7,905	21,476±5,081
Hayır	14	14,500±7,208	18,000±9,907	23,785±5,161
t=		-1,166	-0,670	-1,640
p=		0,245	0,504	0,103

t: Student T Test

F: One Way Anova Test

*p<0,05

Tablo 4-6 (Devam): katılımcıların sosyo-demografik ve gebelik özellikleri ile CKÖ puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Sosyo-Demografik ve Gebelik Özellikleri	n	Dışa/İçer Dönük Olma	Duygusal Denge/Nörotizm	Tutarlı/Tutarsız Olma
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Günlük aktivitede sorun yaşama				
Evet	72	12,625±6,427	18,736±7,558	21,430±4,892
Hayır	133	12,526±6,493	15,459±8,082	21,744±5,234
t=		0,104	2,835	-0,419
p=		0,917	0,005*	0,676
Gebelikte çalışma hayatında sorun yaşama				
Evet	17	11,412±4,887	15,000±5,523	19,647±3,806
Hayır	188	12,665±6,578	16,755±8,222	21,813±5,179
t=		-0,766	-0,862	-2,172
p=		0,445	0,244	0,041*
Gebelikte evlilikte sorun yaşama				
Evet	6	15,167±5,672	19,000±5,329	23,000±2,828
Hayır	199	12,482±6,473	16,538±8,103	21,593±5,159
t=		1,004	0,739	0,664
p=		0,317	0,461	0,507
Doğum korkusu				
Evet	86	12,512±6,141	18,628±7,844	20,895±5,133
Hayır	119	12,597±6,697	15,151±7,890	22,168±5,042
t=		-0,093	3,121	-1,770
p=		0,926	0,002*	0,078
Doğum sonu desteklenme durumu				
Evet	175	12,326±6,284	16,069±7,679	21,657±4,819
Hayır	30	13,933±7,339	19,767±9,413	21,500±6,642
t=		-1,262	-2,354	0,124
p=		0,208	0,020*	0,902

t: Student T Test

*p<0,05

CKÖ dışa/içer dönük olma alt boyutu ile aile gelir seviyesi (p=0,025), düzenli doktor kontrolüne gitme (p=0,005), gebelik sayısı (p=0,048) arasında anlamlı fark bulundu. Bu puanların; aile gelir seviyesi düşük düzey olanların (14,906±6,712) aile gelir seviyesi orta düzey olanlara (12,127±6,331) göre yüksek olduğu saptandı. Ayrıca düzenli doktor kontrolüne gidenlerin (12,263±6,347) düzenli kontrole gitmeyenlere (17,818±6,337) göre ve 1-2 gebeliği olanların (11,774±6,429) 3 ve üzeri gebeliği olanlara (13,567±6,381) göre düşük olduğu belirlendi.

CKÖ duygusal denge/nörotizm alt boyutu ile eğitim yılı ($p=0,022$), düzenli doktor kontrolüne gitme ($p=0,014$), günlük aktivitede sorun yaşama ($p=0,005$), doğum ile ilgili korku ve kaygı yaşama ($p=0,002$), doğum sonu destekleyici kişinin varlığı ($p=0,020$) arasında anlamlı fark saptandı. Bu puanların; eğitim yılı 10 yıl ve altı olanların ($17,959\pm 8,611$) eğitim yılı 10 yıl üzeri olanlara ($15,398\pm 7,315$) göre, günlük aktivitede sorun yaşayanların ($18,736\pm 7,558$) günlük aktivitede sorun yaşamayanlara ($15,459\pm 8,082$) göre, doğum ile ilgili korku ve kaygı yaşayanların ($18,628\pm 7,844$) doğum ile ilgili korku ve kaygı yaşamayanlara ($15,151\pm 7,890$) göre yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca düzenli doktor kontrolüne gidenlerin ($16,284\pm 7,900$) düzenli doktor kontrolüne gitmeyenlere ($22,364\pm 8,652$) göre ve doğum sonu destekleyici kişinin olmasının ($16,069\pm 7,679$) doğum sonu destek olacak kişinin olmamasına ($19,767\pm 9,413$) göre düşük olduğu saptandı.

CKÖ tutarlı/tutarsız olma alt boyutu ile gebelikte yaşamı etkileyen olay yaşama ($p=0,037$) ve çalışma hayatında sorun yaşama ($p=0,041$) arasında anlamlı fark saptandı. Bu puanların; çalışma hayatında sorun yaşamayanların ($21,813\pm 5,179$) çalışma hayatında sorun yaşayanlara ($19,647\pm 3,806$) göre ve gebelikte yaşamı etkileyen bir olay yaşamayanların ($21,959\pm 5,072$) gebelikte yaşamı etkileyen bir olay yaşayanlara ($19,939\pm 5,024$) göre yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 4-7: Katılımcıların sosyo-demografik ve gebelik özellikleri ile HAD puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Demografik Özellikler	Hastane Anksiyete		Hastane Depresyon
	n	Ort ± SS	Ort ± SS
Yaş			
30 yaş ve altı	99	7,576±4,688	6,030±4,127
30 yaş üstü	106	7,151±4,177	5,764±4,413
t=		0,686	0,445
p=		0,494	0,657
Doğum sayısı			
Primipar	68	6,735±4,013	5,132±3,669
Multipar	137	7,664±4,599	6,270±4,502
t=		-1,419	-1,807
p=		0,158	0,072
Eğitim yılı			
10 yıl ve altı	97	8,031±4,831	6,660±4,793
10 yıl üzeri	108	6,750±3,951	5,204±3,622
t=		2,086	2,469
p=		0,040*	0,016*
Çalışma durumu			
Çalışıyor	58	6,310±3,152	4,741±3,442
Çalışmıyor	147	7,769±4,783	6,347±4,484
t=		-2,144	-2,455
p=		0,012*	0,007*
Aile tipi			
Çekirdek aile	171	7,392±4,417	5,965±4,259
Geniş aile	34	7,177±4,529	5,529±4,364
t=		0,259	0,542
p=		0,796	0,588
Aile gelir seviyesi			
Düşük düzey	32	8,219±3,892	7,031±4,490
Orta düzey	173	7,197±4,509	5,682±4,207
t=		1,202	1,649
p=		0,231	0,101
Gebelik sayısı			
1-2	115	7,165±4,275	5,635±3,908
3 ve üzeri	90	7,600±4,622	6,222±4,692
t=		-0,697	-0,978
p=		0,486	0,329
Yaşayan çocuk sayısı			
Yok	71	6,873±4,028	5,155±3,710
Var	134	7,612±4,616	6,284±4,502
t=		-1,138	-1,811
p=		0,256	0,072

t: Student T Test

F: One Way Anova Test

PostHoc: Scheffe Testi

*p<0,05

Tablo 4-7 (Devam): Katılımcıların sosyo-demografik ve gebelik özellikleri ile HAD puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Demografik Özellikler	Hastane Anksiyete		Hastane Depresyon
	n	Ort ± SS	Ort ± SS
Gebelik trimesteri			
1.trimester	19	7,895±4,306	5,632±3,833
2.trimester	78	6,513±3,934	5,295±3,524
3.trimester	108	7,870±4,716	6,370±4,778
F=		2,316	1,484
p=		0,101	0,229
Antenatal eğitim alma			
Evet	39	7,103±4,223	5,923±3,793
Hayır	166	7,416±4,482	5,886±4,384
t=		-0,397	0,049
p=		0,692	0,961
Planlı gebelik			
Evet	158	7,329±4,239	5,835±4,190
Hayır	47	7,447±5,051	6,085±4,568
t=		-0,160	-0,351
p=		0,873	0,726
Gebelikte düzenli kontrol			
Evet	194	7,196±4,294	5,691±4,065
Hayır	11	10,182±5,862	9,455±6,170
t=		-2,197	-2,896
p=		0,029*	0,072
Doğum şekli tercihi			
Normal doğum	77	6,571±3,978	5,481±4,421
Sezaryen doğum	53	8,038±5,211	6,019±4,405
Tercihim yok	75	7,680±4,192	6,227±4,029
F=		2,061	0,609
p=		0,130	0,545
Gebelikte sorun yaşama			
Evet	35	9,257±4,501	5,914±3,609
Hayır	170	6,965±4,320	5,888±4,402
t=		2,839	0,033
p=		0,005*	0,974
Gebelikte yaşamı etkileyen olay			
Evet	33	8,424±3,759	6,939±4,394
Hayır	172	7,151±4,523	5,692±4,228
t=		1,519	1,543
p=		0,130	0,124
Gebelikte destekleyici kişi varlığı			
Evet	191	7,293±4,356	5,775±4,180
Hayır	14	8,214±5,395	7,500±5,259
t=		-0,751	-1,464
p=		0,454	0,145
Gebelikte günlük aktivitede sorun yaşama			
Evet	72	9,792±4,528	7,681±4,844
Hayır	133	6,038±3,775	4,925±3,586
t=		6,329	4,627
p=		0,000*	0,000*

t: Student T Test

F: One Way Anova Test

*p<0,05

Tablo 4-7 (Devam): Katılımcıların sosyo-demografik ve gebelik özellikleri ile HAD puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Demografik Özellikler	Hastane Anksiyete		Hastane Depresyon
	n	Ort ± SS	Ort ± SS
Gebelikte çalışma hayatında sorun yaşama			
Evet	17	6,882±2,977	5,177±3,828
Hayır	188	7,399±4,537	5,957±4,310
t=		-0,460	-0,721
p=		0,522	0,471
Gebelikte evlilikte sorun yaşama			
Evet	6	12,000±4,899	9,833±4,750
Hayır	199	7,216±4,347	5,774±4,210
t=		2,647	2,319
p=		0,009*	0,021*
Doğum korkusu			
Evet	86	9,361±4,464	6,698±4,395
Hayır	119	5,908±3,802	5,311±4,096
t=		5,961	2,320
p=		0,000*	0,021*
Doğum sonu desteklenme durumu			
Evet	175	6,971±4,226	5,531±3,967
Hayır	30	9,600±4,952	8,000±5,330
t=		-3,067	-2,982
p=		0,002*	0,021*

t: Student T Test *p<0,05

HAD anksiyete alt boyutu ile eğitim yılı ($p=0,040$), çalışma durumu ($p=0,012$), düzenli doktor kontrolüne gitme durumu ($p=0,029$), gebelikte sorun yaşama durumu ($p=0,005$), günlük aktivitede sorun yaşama durumu ($p=0,000$), evlilik ile ilgili sorun yaşama durumu ($p=0,009$), doğum ile ilgili korku ve kaygı yaşama ($p=0,000$), doğum sonu destekleyici kişi varlığı ($p=0,002$) arasında anlamlı fark saptandı. Bu puanların; eğitim yılı 10 yıl ve altı olanların ($8,031±4,831$) eğitim yılı 10 yıl üzeri olanlara ($6,750±3,951$) göre, gebelikte herhangi bir sorun yaşayanların ($9,257±4,501$) gebelikte bir sorun ile karşılaşmayanlara ($6,965±4,320$) göre, günlük aktivitede sorun yaşayanların ($9,792±4,528$) günlük aktivitede sorun yaşamayanlara ($6,038±3,775$) göre, evlilik ile ilgili sorun yaşayanların ($12,000±4,899$) evlilik ile ilgili sorun yaşamayanlara ($7,216±4,347$) göre, doğum ile ilgili korku ve kaygı yaşayanların ($9,361±4,464$) doğum ile ilgili korku ve kaygı yaşamayanlara ($5,908±3,802$) göre yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca bir meslek sahibi olanların ($6,310±3,152$) çalışmayanlara ($7,769±4,783$) göre, düzenli doktor kontrolüne gidenlerin ($7,196±4,294$) düzenli doktor kontrolüne gitmeyenlere ($10,182±5,862$) göre, doğum sonu destek olacak kişinin olmasının

(6,971±4,226) doğum sonu destekleyecek herhangi birinin olmamasına (9,600±4,952) göre düşük olduğu saptandı.

HAD depresyon alt boyutu ile eğitim yılı ($p=0,016$), çalışma durumu ($p=0,007$), günlük aktivitede sorun yaşama durumu ($p=0,000$), evlilik ile ilgili sorun yaşama durumu ($p=0,021$), doğum ile ilgili korku ve kaygı yaşama ($p=0,021$), doğum sonu destekleyecek kişi varlığı ($p=0,021$) arasında anlamlı fark belirlendi. Bu puanların; eğitim yılı 10 yıl ve altı olanların (6,660±4,793) eğitim yılı 10 yıl üzeri olanlara (5,204±3,622) göre, günlük aktivitelerini yaparken sorun yaşayanların (7,681±4,844) günlük aktivitelerinde sorun yaşamayanlara (4,925±3,586) göre, evlilik ile ilgili sorun yaşayanların (9,833±4,750) evlilik ile ilgili sorun yaşamayanlara (5,774±4,210) göre, doğum ile ilgili korku ve kaygısı olanların (6,698±4,395) doğum ile ilgili korku ve kaygı yaşamayanlara (5,311±4,096) göre yüksek olduğu saptandı. Ayrıca bir meslek sahibi olanların (4,741±3,442) çalışmayanlara (6,347±4,484) göre ve doğum sonu destekleyecek birinin olmasının (5,531±3,967) doğum sonu destek olacak herhangi birinin olmamasına (8,000±5,330) göre düşük olduğu bulundu.

4.4. Katılımcıların CKÖ ve HAD Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Tablo 4-8: CKÖ alt boyutları ile HAD alt boyutları arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular

	Dışa/İçe Dönük Olma		Duygusal Denge/ Nörotizm		Tutarlı/ Tutarsız Olma		Hastane Anksiyete		Hastane Depresyon	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Dışa/İçe Dönük Olma	1,000	0,000								
Duygusal Denge/ Nörotizm	0,262**	0,000	1,000	0,000						
Tutarlı/ Tutarsız Olma	0,005	0,947	0,223**	0,001	1,000	0,000				
Hastane Anksiyete	0,186**	0,008	0,608**	0,000	0,054	0,438	1,000	0,000		
Hastane Depresyon	0,441**	0,000	0,524**	0,000	0,094	0,182	0,614**	0,000	1,000	0,000

r: Pearson Korelasyon Katsayısı *p<0,05 **p<0,01

Dışa/içe dönük olma, duygusal denge/nörotizm, tutarlı/tutarsız olma, hastane anksiyete, hastane depresyon alt boyutları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde;

- Duygusal denge/nörotizm ile dışa/içe dönük olma arasında (r=0,262) pozitif yönde zayıf derecede anlamlı bir ilişki olduğu (p=0,000<0,05),
- Tutarlı/tutarsız olma ile duygusal denge/nörotizm arasında (r=0,223) pozitif yönde zayıf derecede anlamlı bir ilişki olduğu (p=0,001<0,05),
- Hastane anksiyete ile dışa/içe dönük olma arasında (r=0,186) pozitif yönde çok zayıf derecede anlamlı bir ilişki olduğu (p=0,008<0,05),
- Hastane anksiyete ile duygusal denge/nörotizm arasında (r=0,608) pozitif yönde kuvvetli derecede anlamlı bir ilişki olduğu (p=0,000<0,05),

- Hastane depresyon ile dışa/içe dönük olma arasında ($r=0.441$) pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0,000<0,05$),
- Hastane depresyon ile duygusal denge/nörotizm arasında ($r=0,524$) pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0,000<0,05$),
- Hastane depresyon ile hastane anksiyete arasında ($r=0,614$) pozitif yönde kuvvetli derecede anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0,000<0,05$) belirlendi.

Diğer değişkenler arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA

Gebelik, kadınların istediği ve beklediği doğal bir yaşam olayı olmakla beraber önemli fizyolojik, sosyal, ruhsal değişimlerin yaşandığı bir süreçtir. Birçok kadın bu değişimlere uyum sağlamada güçlük çekmezken bazı kadınlarda ruhsal bozukluklara neden olabilir (Eskici ve ark. 2012; Dağlar ve Nur 2014; İşcan ve ark. 2018). Bireyin kişilik özellikleri de gebelikte oluşan değişiklikler ile başetmede etkili olabilir.

Bu çalışma kişilik özelliklerinin gebelik döneminde anksiyete ve depresyon düzeyine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirildi. Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular literatürde yer alan çalışmalar ile dört başlık altında tartışıldı.

1. Gebelerin sosyo-demografik ve gebelik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
2. CKÖ ile sosyo-demografik ve gebelik özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması
3. HAD ile sosyo-demografik ve gebelik özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması
4. CKÖ ve HAD arasındaki ilişkiye ilişkin bulguların tartışılması

5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Gebelik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmaya katılan gebelerin yaşları incelendiğinde 18 ile 43 arasında değiştiği ve yaş ortalamasının $30,73 \pm 5,66$ olduğu belirlendi (Tablo 4-1). İşcan ve ark. (2018)'nin Ankara'da 207 gebe ile yaptıkları çalışmada katılımcıların yaşlarının 17 ile 40 arasında değiştiği ve yaş ortalamasının $26,18 \pm 5,22$ olduğu bulunmuştur. Van De Loo ve ark. (2018)'nin Hollanda'da 2897 gebe kadın ile yaptıkları çalışmada gebelerin yaşlarının 18 ile 35 arasında değiştiği saptanmıştır. Daştan ve ark. (2015)'nin Kars'ta 188 gebe ile yaptıkları çalışmada yaş ortalaması $25,90 \pm 5,21$ olarak bulunmuştur. Dağlar ve Nur (2014)'un Sivas'ta 227 gebe ile yaptıkları çalışmada yaş ortalaması $27,4 \pm 5,7$ bulunmuştur. Guskowska ve ark. (2014)'nin Polonya'da 164 gebe kadın ile yaptıkları çalışmada gebelerin yaşlarının 22 ile 38 arasında değiştiği ve yaş ortalamasının $29,36 \pm 3,64$ olduğu saptanmıştır. Yücel ve ark. (2013)'nin Ankara'da 111 gebe ile yaptıkları çalışmada yaş ortalaması $25,59 \pm 5,2$ olarak bulunmuştur. Şahin ve Kılıçarslan (2010)'in Edirne'de 340 gebe ile yaptıkları çalışmada katılımcıların yaşları 17 ile 43 arasında değiştiği ve yaş ortalamasının $26,87 \pm 4,82$ olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada gebelerin yaş ortalaması diğer çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni çalışmaların yapıldığı bölgelerin farklı olması dolayısıyla eğitim düzeyi, çevresel faktörler ve kültürel farklılıklar olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada gebelerin %24,9'unun ilkokul, %22,5'inin ortaokul, %26,3'ünün lise, %26,3'ünün üniversite mezunu olduğu ve ortalama eğitim yılının $10,11 \pm 4,46$ olduğu belirlendi (Tablo 4-1). TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'de kadınların %29'u ilkokul, %20'si ortaokul, %41'i lise ve üzeri eğitim aldığı ve ortanca eğitim süresinin 8 yıl olduğu bulunmuştur. Ayrıca genç yaş grubunun ve kentsel bölgede yaşayan kadınların eğitim düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Özşahin ve ark. (2018)'nin 564 gebe ile yaptıkları çalışmada gebelerin %34,4'ünün ilkokul, %18,8'inin ortaokul, %25,2'sinin lise ve %21,6'sının üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. İşcan ve ark. (2018)'nin 207 gebe ile yaptıkları çalışmada %1,9'unun okur yazar olmadığı, %25,6'sının ilkokul, %24,6'sının ortaokul, %31,4'ünün lise, %15,9'unun üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Chong ve ark. (2016)'nin 609 kadın ile yaptıkları çalışmada %2,9'unun ilkokul, %23,9'unun ortaokul, %34,9'unun lise, %34,1'inin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Yücel ve ark. (2013)'nin 111 gebe ile yaptıkları çalışmada %76,6'sının

ilkokul, %15,3'ünün lise, %8,1'inin üniversite mezunu olduğu ve ortalama eğitim süresinin $7,49 \pm 3,2$ yıl olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada üniversite mezunu gebelerin oranı Türkiye'de yapılan diğer çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur. İlkokul ve lise mezunu oranları diğer çalışmalar ile benzerdir. TNSA 2018 verilerine göre bu çalışmada ortalama eğitim yılının daha yüksek olması çalışmanın İstanbul gibi metropol bir şehirde yapılması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada gebelerin çalışma durumu, aile tipi ve gelir seviyeleri incelendiğinde; %71,7'sinin çalışmadığı, %83,4'ünün çekirdek aile tipine ve %84,4'ünün orta düzey gelir seviyesine sahip olduğu bulundu (Tablo 4-1). TNSA 2018 verilerine göre kadınların %28'inin çalışmakta olduğu, %48,8'inin en yüksek gelir seviyesine sahip olduğu saptanmıştır. Özşahin ve ark. (2018)'nin çalışmasında gebelerin %80'inin çalışmadığı, %79,3'ünün çekirdek aileye sahip olduğu ve %66,5'inin gelirinin giderine eşit olduğu bulunmuştur. Körükcü ve ark. (2017)'nin çalışmasında gebelerin %75,2'sinin çalışmadığı, %77,9'unun çekirdek aile tipine sahip olduğu saptanmıştır. Daştan ve ark. (2015)'nin çalışmasında gebelerin %88,3'ünün çalışmadığı, %62,8'inin orta gelir seviyesine sahip olduğu ve %57,4'ünün geniş aile tipine sahip olduğu bulunmuştur. Karaçam ve ark. (2007)'nin çalışmasında gebelerin %84,6'sının çalışmadığı, %81,3'ünün orta ve yüksek gelir düzeyinde olduğu ve %67,6'sının geniş aileye sahip olduğu saptanmıştır. TNSA 2018 verileri ile bu çalışmadaki çalışan kadın sayısı benzer bulunmuştur. Bu çalışmada gebelerin çalışma durumu, çekirdek aile tipine sahip olma ve gelir düzeyi oranları diğer çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin çalışma yapılan bölgelerin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca yakın tarihli çalışmalarda gebelerin çalışma oranı ve çekirdek aile tipi oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada katılımcıların gebelik sayısı ortalama $2,78 \pm 1,84$ olarak belirlendi (Tablo 4-2). Karaçam ve Ançel (2007)'in 1039 gebe ile yaptıkları çalışmada gebelik sayısı ortalaması $1,98 \pm 1,18$ bulunmuştur. Şahin ve Kılıçarslan (2010)'in 340 gebe katılımcı ile yaptıkları çalışmada ortalama gebelik sayısı $1,78 \pm 1,19$ olarak saptanmıştır. Köybaşı ve Oskay (2017)'in 200 gebe ile yaptıkları çalışmada ise gebelik sayısı ortalaması $1,78 \pm 0,74$ bulunmuştur. Bu çalışmadaki ortalama gebelik sayısı literatürdeki diğer çalışmalar ile benzer bulunmuştur.

Bu çalışmada gebelerin doğum sayıları incelendiğinde %33,2'sinin primipar, %66,8'inin multipar olduğu ve ortalama doğum sayısının $1,15 \pm 1,12$ olduğu bulundu (Tablo 4-2). Marcus ve ark. (2003)'nin 3472 gebe ile yaptıkları çalışmada ortalama doğum sayısı $0,87 \pm 1,10$ bulunmuştur. Kaplan ve ark. (2007)'nin 97 gebe katılımcı ile yaptıkları çalışmada %30,9'unun primipar ve %69,1'inin multipar olduğu saptanmıştır. Yücel ve ark. (2013)'nin 111 gebe ile yaptıkları çalışmada %43,2'sinin primipar, %56,8'inin multipar olduğu bulunmuştur. Daştan ve ark. (2015)'nin 188 gebe ile yaptıkları çalışmada ise doğum sayısı ortalaması $1,25 \pm 1,37$ olarak bulunmuştur. Türkiye'de yapılan çalışmalarda doğum sayıları birbirine benzer iken diğer ülkelerde yapılan çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Gebeliğin planlı olması gebelik sürecini, annenin ve bebeğin sağlığını daha iyi yönde etkilemektedir. Bu çalışmada gebelerin %77,1'inin gebeliğini planladığı ve %19'unun antenatal eğitim aldığı bulundu (Tablo 4-2). Kaplan ve ark. (2007)'nin çalışmasında %61,9'unun gebeliği istediği, %67'sinin gebelik ve doğum ile ilgili eğitim aldığı bulunmuştur. Akbaş ve ark. (2008)'nin gebeler ile yaptıkları çalışmada %75'i gebeliği istediğini ve %48,1'i antenatal eğitim aldığını ifade etmişlerdir. Dağlar ve Nur (2014)'ün çalışmasında %44,9'unun gebeliğinin planlı olduğu saptanmıştır. Körükcü ve ark. (2017)'nin çalışmasında %33,6'sının gebelik ve doğum eğitimi aldığı belirlenmiştir. Bu çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun planlı gebelik olmasına rağmen antenatal eğitim alma oranı düşük bulunmuştur. Bunun nedeninin multipar gebelik sayısının fazla olması nedeniyle doğum konusunda bilgili olduklarını düşünmeleri yada antenatal eğitim sınıflarına ulaşmada zorluk yaşamaları olabilir.

Gebelik kadın yaşamı için fizyolojik bir dönem olmasına rağmen fiziksel ve hormonal değişiklikler ile farklı yakınmalar görülebilir. Bu çalışmada katılımcıların gebelikleri boyunca gestasyonel diyabet, erken doğum riski sorunlarını yaşadıkları bulundu (Tablo 4-2). Çetin ve ark. (2017)'nin çalışmasında katılımcıların gebelikleri boyunca en sık halsizlik ve yorgunluk, mide yanması, mide ekşimesi, sık idrara çıkma, sırt ve bel ağrısı, vajinal akıntı gibi yakınmalar yaşadıkları bulunmuştur. Tunçel ve Süt (2018)'ün çalışmasında gebelerin mide yanması, bulantı ve kusma, bel ağrısı, kaşıntı ve döküntü, halsizlik ve yorgunluk gibi sorunlar yaşadıkları saptanmıştır. Bu çalışmada diğer araştırmalardan farklı olarak gebeliği riskli hale getirebilecek ve doğum sonrası devam edebilecek sorunlar daha sık görülmüştür. Bunun nedeninin katılımcıların yaş

ortalamasının Türkiye’de yapılan diğer çalışmalara göre daha yüksek olması ile açıklanabilir.

Bu çalışmada katılımcıların %42’sinin doğum korkusu yaşadığı, doğum korkusu yaşayanların depresyon ve anksiyete oranlarının yaşamayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4-2). Akbaş ve ark. (2008)’nin çalışmasında gebelerin %76’sının doğum ile ilgili korku ve kaygısının olduğu bulunmuştur. Bülbül ve ark. (2016)’ın gebeler ile yaptıkları çalışmada %38,8’inin doğum ile ilgili şiddetli korku yaşadıkları bulunmuştur. Bu çalışmada doğum korkusunun depresyon ve kaygı düzeylerine olumsuz etkisi diğer çalışma sonuçlarıyla benzerdir.

5.2. CKÖ ile Sosyo-Demografik ve Gebelik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Cervantes Kişilik Ölçeği üç alt boyuttan oluşmaktadır. Her alt boyutta katılımcıların sorulara verdikleri puan arttıkça içe dönük kişilik, nörotik kişilik ve tutarsız kişilik özelliği artmaktadır. Sorulara verilen puanlar azaldıkça ise dışa dönük kişilik, duygusal dengeli kişilik ve tutarlı kişilik özellikleri artmaktadır.

Bu çalışmada gebelerin CKÖ alt boyut puan ortalamaları dışa dönük/içe dönük olma boyutunda $12,561 \pm 6,454$, duygusal denge/nörotizm boyutunda $16,610 \pm 8,038$, tutarlı/tutarsız olma boyutunda $21,634 \pm 5,107$ olarak bulundu (Tablo 4-3). Bal ve Şahin (2011)’in menopoz dönemindeki 200 kadın ile yaptıkları çalışmada CKÖ puan ortalamaları dışa/içe dönük olma özelliği için $15,95 \pm 9,1$, duygusal denge/nörotizm özelliği için $18,83 \pm 7,3$ ve tutarlı/tutarsız olma özelliği için $18,12 \pm 6,44$ olarak bulunmuştur. Ölçer ve ark. (2017)’nin 645 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada kız öğrencilerin CKÖ ortalamaları dışa/içe dönüklük için $13,18 \pm 5,79$, duygusal denge/nörotizm için $18,19 \pm 6,52$, tutarlı/tutarsızlık için $12,23 \pm 5,21$ olarak saptanmıştır. Bu çalışmada kadınların yüksek oranda tutarsız kişilik özelliği gösterdiği saptandı. Bu sonuç çalışmanın gebeler ile yapılmış olması ve gebelik sürecinde görülen hormonal ve fiziksel değişimler nedeniyle gebelerin tutarsız özellikler gösterebilmeleri ile açıklanabilir.

Bu çalışmada aile gelir seviyesi düşük düzey olanların dışa/içe dönük olma puanı orta düzey olanlara göre daha yüksek bulundu (Tablo 4-6). Gelir seviyesi düşük olanların daha içe dönük kişilik özelliğinde olduğu saptandı. Bal ve Şahin (2011)'in kadınlar ile yaptığı çalışmasında gelir düzeyinin dışa/içe dönük kişilik özelliğine etkisi olmadığı bulunmuştur.

Bu çalışmada 1-2 gebeliği olanların 3 ve üzeri gebelik geçirenlere göre ve gebelikleri boyunca düzenli doktor kontrolüne gidenlerin daha dışa dönük kişilik özelliği gösterdikleri saptandı (Tablo 4-6). Bu sonuç doktor kontrolüne düzenli giderek bebeklerinin sağlığı hakkında bilgi sahibi olmanın kadınlar için olumlu etkisi olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada eğitim yılı 10 yıl ve altı olanların daha duygusal dengesiz kişilik özelliğinde olduğu bulundu (Tablo 4-6). Bal ve Şahin (2011)'in çalışmasında da benzer bir sonuç bulunmuştur. Gebelikte düzenli doktor kontrolüne gidenlerin düzenli doktor kontrolüne gitmeyenlere göre duygusal denge/nörotizm boyut ortalaması daha düşük bulundu (Tablo 4-6). Buna göre düzenli doktor kontrolüne gidenlerin duygusal dengeli kişilik özelliği gösterdikleri saptanmıştır.

Bu çalışmada günlük aktivitede sorun yaşayanların ve doğum sonunda yardımcı olacak yakını olmayanların nörotik kişilik özelliği gösterdiği saptandı (Tablo 4-6). Bunun nedeninin gebelik döneminde günlük işlerini yaparken sorun yaşamaya ve doğum sonunda yardım alacak birinin olmamasına bağlı görülen stres nedeniyle duygularını kontrol edememeyle ilişkilendirilebilir.

Bu çalışmada doğum korkusu yaşayan gebelerin doğum korkusu yaşamayanlara göre duygusal denge/nörotizm kişilik puanının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4-6). Erdemoğlu ve ark. (2019) çalışmalarında yüksek kaygı düzeyine sahip, endişeli, sıklıkla olumsuz düşünceleri olan, her zaman şanssız olduğunu düşünen, karamsarlık gibi negatif kişilik özelliklerine sahip kadınların daha fazla doğum korkusu yaşadığını belirlemiştir. Doğumun nasıl olacağını bilinmezliği, ilk gebelik oluşu, yoğun ve karmaşık duyguların görülmesi nedeniyle oluşabilen doğum korkusu kadınların daha nörotik kişilik özelliği göstermesine neden olabilir.

Bu çalışmada çalışma hayatında sorun yaşamayan ve gebeliklerinde yaşamı etkileyen önemli bir olay yaşamayanların tutarlı/tutarsız olma puanları yüksek bulundu (Tablo 4-6). Diğer çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada çalışan kadınlar sorulara daha tutarsız cevaplar vermiştir (Bal ve Şahin 2011). Bu sonuçla paralel olarak çalışma hayatında gebeliğe bağlı sorun yaşamayanlarında tutarsız kişilik özelliği göstermiş olduğu bulundu (Tablo 4-6).

5.3. HAD ile Sosyo-demografik ve Gebelik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kadınlar, anne rahminden başlayıp yaşlılık dönemi dahil yaşamının her döneminde fiziksel, sosyal ve ruhsal pek çok değişim geçirmektedir. Yaşam evrelerinin her birinde yaşanan bu farklılıklar kadınlarda daha fazla psikiyatrik bozukluk görülmesine neden olmaktadır (Taşkın 2016). Özellikle gebelik döneminde görülen hormonal ve fizyolojik değişimlere uyum sağlayamayan kadınlarda psikiyatrik sorunlar sık görülebilmektedir. Yapılan birçok çalışmada gebelik döneminde özellikle anksiyete ve depresyonun yaygın görüldüğü görülmektedir (Dağlar ve ark. 2015; Zaman ve ark. 2018).

Bu çalışmada HAD alt boyut puan ortalamaları hastane anksiyete için $7,356 \pm 4,425$ ve hastane depresyon için $5,893 \pm 4,269$ olarak bulundu (Tablo 4-4). Tunçel ve Süt (2019) son trimester gebelerde hastane anksiyete puan ortalamasını $7,4 \pm 3,8$ ve hastane depresyon puan ortalamasını $4,2 \pm 3,7$ olarak bulmuştur. Van de Loo ve ark. (2018) hastane anksiyete puan ortalamasını $5,35 \pm 2,17$ ve hastane depresyon puan ortalamasını $3,66 \pm 2,66$ olarak bulmuştur. Yapılan çalışmalarda bu çalışma ile benzer olarak anksiyete puanları depresyon puanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlara göre gebelik döneminde görülen psikiyatrik sorunlarda anksiyetenin depresyona göre daha yaygın görüldüğü söylenebilir. Ayrıca Türk kadınları ile yapılan çalışmalarda anksiyete ve depresyon oranı yurt dışı çalışmalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum Türkiye’de kadınların aile baskısı, çalışma oranının daha az olması, aile içi sorunların yaygınlığı gibi nedenler dolayısıyla anksiyete ve depresyona yatkınlığın daha yüksek olması ile ilişkilendirilebilir.

Ülkemizde gebeler ile yapılan çalışmalarda anksiyete oranının %10-32 olduğu bulunmuştur (Tekgöz ve ark 2009; Tunç ve ark 2012; Yücel ve ark. 2013). Bu çalışmada gebelerin %21,4’ünde anksiyete görüldüğü ($11 \geq$) saptandı (Tablo 4-5). Tunçel ve Süt

(2019)'ün gebeler ile yaptığı çalışmasında %22,3'ünde anksiyete mevcut olduğu bulunmuştur. Zaman ve ark. (2018) çalışmasında gebelerin %23'ünde orta düzeyde ve %9'unda şiddetli düzeyde anksiyeteye sahip olduklarını bulmuştur. Yapılan diğer çalışmalardaki anksiyete oranları bu çalışma ile benzerdir. Bu sonuçlar gebeliğin anksiyeteye daha yatkın bir dönem olduğunu ortaya koymaktadır.

Türkiye'de gebeler ile yapılan birçok çalışma sonucuna göre depresyon prevalansı %23-53 oranında değişmektedir (Yılmaz ve Beji 2010; Tunç ve ark. 2012; Gölbaşı ve ark. 2013; Yücel ve ark. 2013). Bu çalışmada gebelerin %14,1'inde depresyon görüldüğü (11 \geq) bulundu (Tablo 4-5). Tunçel ve Süt (2019)'ün çalışmasında gebelerin %7,8'inin depresyona sahip olduklarını saptanmıştır. Bulut ve Yiğitbaş (2017) gebelerde şiddetli depresyon oranını %9,9 ve Akbaş ve ark. (2008) gebelerde şiddetli depresyon oranını %18,3 olarak saptanmıştır. Bu çalışma sonucu %14,1 olarak diğer çalışmalar ile benzer olarak bulunmuştur ve gebeliğin depresyona yatkınlığı arttırdığı düşünülerek konunun gözardı edilmemesi gerekmektedir.

Bu çalışmada eğitim düzeyi 10 yıl ve altı olan gebelerin anksiyete ve depresyon puanları yüksek bulundu (Tablo 4-7). Arslan ve ark. (2011)'nin ve Dönmez ve ark. (2012)'nin gebeler ile yaptıkları çalışmalarda eğitim yılı arttıkça anksiyete düzeylerinde bir fark görülmezken depresyon düzeylerinin düştüğü bulunmuştur. Eskici ve ark. (2012)'nin ve Yücel ve ark. (2013)'nin gebeler ile yaptıkları çalışmalarda eğitim düzeyinin artmasının anksiyete görülme oranını düşürdüğü ama depresyon üzerine bir etkisi olmadığı saptanmıştır. Van de Loo ve ark. (2018)'nin ve Dağlar ve Nur (2014)'ün çalışmalarında ise bu çalışmayla benzer olarak gebelerin eğitim düzeyi düştükçe anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyinin düşük olması gebelerin etkin baş etme yöntemleri kullanmalarını engelleyerek depresyon ve anksiyete düzeylerini etkileyebilmektedir.

Bu çalışmada çalışan gebelerde anksiyete ve depresyon düzeyleri daha düşük bulundu (Tablo 4-7). Arslan ve ark. (2011)'nin gebeler ile yaptıkları çalışmasında da benzer sonuç bulunmuştur. Bu çalışma ile farklı olarak Dönmez ve ark. (2012)'nin, Tekgöz ve ark. (2009)'nin, Akbaş ve ark. (2008)'nin ve İşcan ve ark. (2018)'nin gebeler ile yaptıkları çalışmalarında çalışma durumunun gebelikte anksiyete ve depresyon düzeyi ile bir ilişkisi olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucu Arslan ve ark. (2011)'nin

çalışmasının sonucuna benzer olup gebelikte de çalışmanın sıkıntı ve kaygıları azaltabileceğini akla getirmektedir.

Bu çalışmada gebelikte düzenli doktor kontrolüne gidenlerin anksiyete puanları daha düşük bulundu (Tablo 4-7). Dönmez ve ark. (2012)'nın, Dağlar ve Nur (2014)'un gebeler ile yaptıkları çalışmalarda antenatal kontrole gitmenin anksiyete ve depresyon düzeyine etkisi bulunmamıştır. Bu çalışmada düzenli doktor kontrolüne giden gebelerde anksiyete puanlarının daha düşük bulunması, antenatal kontrol ile bebeğin durumu hakkında bilgi almanın anne adayını rahatlatması nedeniyle anksiyete düzeylerinin düşük olması ile ilişkilendirilebilir.

Bu çalışmada gebeliklerinde sağlık sorunu yaşayan katılımcıların anksiyete düzeyleri yüksek bulundu ancak depresyon düzeyleri arasında fark saptanmadı (Tablo 4-7). Dağlar ve Nur (2014)'un çalışmasında da benzer olarak anksiyete düzeylerinde fark varken depresyon düzeyleri arasında fark bulunamamıştır. Bulut ve Yiğitbaş (2018)'in çalışmasında gebelikte sorun yaşayanların anksiyete ve depresyon düzeylerinde fark saptanmamıştır. Gebelerin gebelikleri süresince yaşadıkları gestasyonel diyabet ve erken doğum riski gibi sorunlar bebeğin ve kendi sağlığının durumu hakkında yaşanan korkuya bağlı anksiyete düzeylerinin yükselmesine neden olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada gebelikleri süresince günlük aktivitelerinde ve evliliklerinde sorun yaşayan, doğum korkusu yaşayan ve doğum sonunda destek olacak bir yakını olmayan gebelerin anksiyete ve depresyon puanları yüksek bulundu (Tablo 4-7). İşcan ve ark. (2018)'nin gebeler ile yaptıkları çalışmada aile içi sorun yaşayan ve doğum korkusu olan gebelerin depresyon düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Akbaş ve ark. (2008)'nin çalışmasında farklı olarak doğum ile ilgili korkunun gebelik depresyonuna etkisi olmadığı bulunmuştur. Gebelikte artma olasılığı olan fiziksel ve psikososyal sorunlar günlük yaşamı zorlaştırarak anksiyete ve depresyon yaşama risklerini de arttırmaktadır (Arslan ve ark. 2011; Eskici ve ark. 2012). İlk gebeliği olan kadınların bebeğinin sağlık durumu ile ilgili endişeleri ve doğum sonrası bebek bakımı hakkında neler yaşayacağını bilmemeleri nedeniyle de anksiyete ve depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuş olabilir.

5.4. CKÖ ve HAD Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların Tartışılması

Kişilik özelliklerinin insanın psikolojik sağlığı üzerine etkisi olabilmektedir. Kişilik özelliklerinin oluşturduğu kişilerarası farklılıklar gebelik döneminde görülebilecek anksiyete ve depresyon belirtilerini de etkileyebilir (Peñacoba ve ark. 2011; Gencoz ve Oncul 2012). Gebelik döneminde görülen fiziksel ve hormonal değişimler nedeniyle kadınlarda ruhsal bozukluklara yatkınlık artmaktadır. Bu nedenle gebelerin kişilik özelliklerinin de psikolojik sağlığın değerlendirilmesinde dikkate alınması önemlidir.

Bu çalışmada duygusal denge/nörotizm ile dışa/içe dönük olma alt boyutları arasında pozitif yönde zayıf derecede anlamlı bir ilişki bulundu. Aynı zamanda tutarlı/tutarsız olma kişilik özelliği ile duygusal denge/nörotizm kişilik özelliği arasında da pozitif yönde zayıf derecede anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 4-8). Bu bulgulara göre nörotik kişilik özelliğine sahip gebeler içe dönük ve tutarsız kişilik özelliği de göstermektedir. Literatürde kişilik özelliklerinin gebelikte anksiyete ve depresyon düzeyine etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. McCrae ve Costa (2003) bireylerin yetişkinlik döneminde diğer yaş gruplarına göre daha içe dönük kişilik özelliği gösterdiğini bildirmiştir. Kadınların kişilik özelliklerini araştıran çalışmalarda nörotik özelliklerin çok fazla ortaya konmamış olması bu çalışmada farklı olarak nörotik kişiliğin gebeliğe özgü ruh haliyle bağlantısı olabileceğini göstermektedir.

Bu çalışmada HAD anksiyete ve depresyon alt boyutları ile CKÖ dışa/içe dönük olma ve duygusal denge/nörotizm alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptandı ancak tutarlı/tutarsız kişilik özelliğinin anksiyete ve depresyon ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı bulundu (Tablo 4-8). Literatürde yapılan çalışmalarda 19-45 yaş aralığında bireylerde dışa dönüklük ve nörotikliğin öznel iyi oluşluluk hali ile anlamlı bir ilişkisi olduğu bulunmuştur (Penley ve Tomako 2002; İlhan ve Bacanlı 2007; Eryılmaz ve Ercan 2011). Bu çalışma sonucuna göre içe dönük ve nörotik kişilik özelliğine sahip gebelerin anksiyete ve depresyon gelişmesi açısından risk altında oldukları söylenebilir. Ayrıca gebelik izlemleri sırasında kişilik özelliklerinin değerlendirme ve hemşirelik bakımı noktasında dikkate alınmasının son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada HAD ölçek alt boyutları olan anksiyete ve depresyon arasında pozitif yönde kuvvetli derecede anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 4-8). Bu çalışma ile benzer olarak anksiyete ve depresyon arasında bir ilişki olduğu ve birbirlerinden

etkilendiği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (şahin ve Kılıçarslan 2010; Arslan ve ark. 2011; Chong ve ark. 2016). Ayrıca 26-45 yaş aralığında kadınlarda erkeklere oranla öznel iyi oluş düzeyleri daha düşük bulunmuştur (Eryılmaz ve Ercan 2011). Bu çalışmanın sonuçları gebelikte anksiyete ve depresyon belirtilerinin gebeliğin doğasından kaynaklanan özellikler nedeniyle de artma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Gebelik izlemlerinde anksiyete ve depresyon semptomları da değerlendirilerek gebe ruh sağlığının korunmasına katkı sağlanmalıdır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kişilik özelliklerinin gebelikte anksiyete ve depresyon düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışma sonuçlarına göre;

- Gebelerin CKÖ dışa/içe dönük olma alt boyutunun ortalamasının $12,561 \pm 6,454$, duygusal denge/nörotizm alt boyutunun ortalamasının $16,610 \pm 8,038$, tutarlı/tutarsız olma alt boyutunun ortalamasının $21,634 \pm 5,107$ olduğu,
- Gebelerin HAD anksiyete alt boyutunun ortalamasının $7,356 \pm 4,425$, depresyon alt boyutunun ortalamasının $5,893 \pm 4,269$ olduğu ve %21,4'ünün anksiyetesi, %14,1'inin depresyonunun olduğu,
- Gebelerin CKÖ dışa/içe dönük olma alt boyutu ile aile gelir seviyesi, gebelikte düzenli kontrole gitme, gebelik sayısı arasında anlamlı fark olduğu,
- Gebelerin CKÖ duygusal denge/nörotizm alt boyutu ile eğitim yılı, gebelikte düzenli kontrole gitme, günlük aktivitede sorun yaşama, doğum korkusu, doğum sonu destekleyici birisinin varlığı arasında anlamlı fark olduğu,
- Gebelerin CKÖ tutarlı/tutarsız olma alt boyutu ile çalışma durumu ve gebelikte yaşamı etkileyen olay yaşama arasında anlamlı fark olduğu,
- Gebelerin HAD anksiyete alt boyutu ile eğitim yılı, çalışma durumu, gebelikte düzenli kontrole gitme, gebelikte sorun yaşama, günlük aktivitede sorun yaşama, evlilikte sorun yaşama, doğum korkusu, doğum sonu destekleyici kişi varlığı arasında anlamlı fark olduğu,
- Gebelerin HAD depresyon alt boyutu ile eğitim yılı, çalışma durumu, günlük aktivitede sorun yaşama, evlilikte sorun yaşama, doğum korkusu, doğum sonu destekleyici kişi varlığı arasında anlamlı fark olduğu,
- Duygusal denge/nörotizm alt boyutu ile dışa/içe dönük olma alt boyutu arasında ve tutarlı/tutarsız olma alt boyutu ile duygusal denge/nörotizm alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf derecede anlamlı bir ilişki olduğu ($p < 0,01$),

- Hastane anksiyete alt boyutu ile dışa/içe dönük olma alt boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf derecede anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,01$),
- Hastane depresyon alt boyutu ile dışa/içe dönük olma alt boyutu arasında ve hastane depresyon alt boyutu ile duygusal denge/nörotizm alt boyutu arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,01$),
- Hastane anksiyete alt boyutu ile duygusal denge/nörotizm alt boyutu arasında ve hastane depresyon alt boyutu ile hastane anksiyete alt boyutu arasında pozitif yönde kuvvetli derecede anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,01$) bulundu.

Bu çalışmanın sonunda elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Gebelerin izlemleri sırasında fiziksel değerlendirme ile birlikte psikolojik değerlendirmeninde aynı dikkatle yapılması,
- Gebelik döneminin ruhsal bozukluklara yatkınlığı arttırdığı göz önünde bulundurularak buna yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması,
- Hemşirelik bakımını planlarken kadınların temel kişilik özelliklerinin göz önünde bulundurulması,
- Gebelerin anksiyete ve depresyon ile baş etmesine yardımcı olacak baş etme mekanizmalarını geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Akbaş, E., Vırıt, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, AH. ve Sertbaş, G. (2008). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **45**, 85-91.
- Alipour, Z., Lamyian, M., Hajizadeh, E. ve Vafaei, M.A. (2011). The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, **16(2)**, 1-6.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K. ve Åström, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **189(1)**, 148–154. DOI:10.1067/mob.2003.336
- Arslan, B., Arslan, A., Kara, S., Öngel, K. ve Mungan, M.T. (2011). Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, **21(2)**, 79-84.
- Aydemir, ., Güvenir, T., Key, L. ve Kültür, S. (1997). Hastane anksiyete ve depresyon leği Türkçe formunun geçerlik güvenilirlik alışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **8**, 280-287.
- Bahar, A. (2006). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygıyı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **9(4)**, 45-53.
- Bal, MD. ve şahin, N.H. (2011). Cervantes Kişilik leği'nin türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik alışması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **8(1)**, 39-45.
- Balkaya, N.A., Vural, G. ve Eroğlu, K. (2014). Gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunların incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **4(1)**, 6-16.
- Barenbaum, N.C. ve Winter, D.G. (2008). History of modern personality theory and research. İçinde P.O. John, R.W. Robins ve L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: theory and research*. New York: Guilford Pres; 3-29.

Baçoğul, C. ve Buldukoğlu, K. (2015). Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, **7(1)**, 1-15. DOI:10.5455/cap.20140426072955

Baymur, F. (1994). *Genel Psikoloji*. (11. Baskı). İstanbul: İnkılap Yayınları; 252-253.

Bekmezci, H. ve Özkan, H. (2016). Gebelikte psikososyal sağlık bakım, prenatal bağlanma ve ebe-hemşirenin sorumlulukları. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, **8**, 50-62. DOI:10.17367/JACSD.2016823640

Bienvenu, O.J., Nestadt, G., Samuels, J.F., Costa, P.T., Howard, W.T. ve Eaton, W.W. (2001). Phobic, panic, and major depressive disorders and the five-factor model of personality. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **189(3)**, 154-162. DOI:10.1002/da.20026

Bitirgen, E., Köşüş, A., Kalem, M.N., Duran, M. ve Köşüş, N. (2016). Gebelikte cilt hastalıkları. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, **13(2)**, 79-83.

Black, D.W. ve Andreasen, N.C. (2011). *Introductory textbook of psychiatry*. (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Bödecs, T., Horvath, B., Kovacs, L., Diffellne, Nemeth N.M. ve Sandor, J. (2009). Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orvosi Hetilap*, **150(41)**, 1888-1893. DOI:10.1556/OH.2009.28712.

Bulut, A. ve Yiğitbaş, Ç. (2017). Gebelerde depresyonla ilişkili sosyodemografik özellikler. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, **15(1)**, 5-9.

Burger, J.M. (2006). *Kişilik* (Çev. Erguvan Sarıoğlu, İ.D.). İstanbul: Kaknüs Yayınları; 35.

Bülbül, T., Özen, B., Çopur, A. ve Kayacık, F. (2016). Gebelerin doğum korkusu ve doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, **25(3)**, 126-130.

Castelo-Branco, C., Palacios, S., Ferrer-Barriendos, J., Parrilla, J.J., Manubens, M., Alberich, X. ve ark. (2008). Understanding how personality factors may influence quality of life. *Menopause*, **15(5)**, 914-918. DOI:10.1097/gme.0b013e318167b916

Chong, S.C., Broekman, B.F.P., Qiu, A., Aris, I.M., Chan, Y.H., Rifkin-Graboi, A. ve ark. (2016). Anxiety and depression during pregnancy and temperament in early infancy: findings from a multi-ethnic, asian, prospective birth cohort study. *Infant Mental Health Journal*, **00(0)**, 1–15. DOI:10.1002/imhj.21582

Ginsberg, D.L. (2004). Women and anxiety disorders: Implications for diagnosis and treatment. *CNS Spectrums*, **9(9)**, 1-16.

Cüceloğlu, D. (2015). *İnsan ve Davranışı*. (31. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

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

Çelik, F., Köken, G.N. ve Yılmaz, M. (2013). Gebelikte depresyon semptomlarının sıklığı ve depresyon gelişimini etkileyen faktörler. *The Anatolian Journal of Clinical Investigation*, **7(2)**, 110-117.

Çetin, F.C., Demirci, N., Çalık, K.Y. ve Akıncı, A.Ç. (2017). Gebelikte olağan fiziksel yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, **48(4)**, 135-141. DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktipb.304443>

Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M. ve Brender, W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders*, **59(1)**, 31–40. DOI:10.1016/s0165-0327(99)00128-7

Dağlar, G., Nur, N., Bilgiç, D. ve Kadioğlu, M. (2015). Gebelikte duygulanım bozukluğu. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, **2(1)**, 27-40.

Dağlar, G. ve Nur, N. (2014). Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, **36**, 429-441. DOI:<http://dx.doi.org/10.7197/1305-0028.76793>

Daştan, N.B., Deniz, N ve Şahin, B. (2015). Kars'ta gebelerin ev ziyareti ile ruhsal durumlarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **6(2)**, 71-78. DOI:10.5505/phd.2015.91885

Demirci, H. ve Karanisoğlu, H. (2001). İlk gebeliği olan kadınların psikolojik tepkilerinin incelenmesi, *I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı*, Antalya, 193-196.

Dertlioğlu, S.B., Çiçek, D., Uçak, H., Çelik, H. ve Halisdemir N. (2011). Gebelikte gözlenen deri değişiklikleri ve gebelik dermatozlarının incelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, **16(4)**, 170-174.

Diego M.A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C. ve Gonzalez-Quintero, V. (2009). Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Human Development*, **85(1)**, 65-70. DOI:10.1016/j.earlhumdev.2008.07.002.

Diriöz, M., Alkın, T., Yemez, B., Onur, E. ve Eminağaoğlu, N. (2012). Ayrılma anksiyetesi belirti envanteri ile yetişkin ayrılma anksiyetesi anketinin türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **23(2)**, 108-116. DOI:10.5080 / u6364

Dönmez, S., Dağ, H. ve Kazandı, M. (2012). Amniyosentez öncesi gebelerde anksiyete ve depresyon risk düzeylerinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **3(4)**, 255-261.

Dönmez, S., Yenieli, Ö.A. ve Kavlak, O. (2014). Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebeleri durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri*, **3(3)**, 908-920.

Durna, U. (2005). A ve B Tipi Kişilik Yapılarını ve Bu Kişilik Yapılarını Etkileyen Faktörlerle İlgili Bir Araştırma. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, **19(1)**, 276- 290.

Engler, B. (2009). *Personality theories*. USA: Nelson Education, Ltd.

Eryılmaz, A. ve Ercan, L. (2011). Öznel iyi oluşun cinsiyet, yaş grupları ve kişilik özellikleri açısından incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, **4(36)**, 139-151.

Eskici, L., Demir Akca, A.S, Atasoy, N., Arıkan, İ. ve Harma, M. (2012). Gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun obstetrik sonuçları ve yenidoğan üzerine etkileri. *The Anatolian Journal of Clinical Investigation*, **6(1)**, 10-16.

Gencoz, T. ve Oncul, O. (2012). Examination of personality characteristics in a turkish sample: development of basic personality traits inventory. *The Journal of General Psychology*, **139(3)**, 194-216. DOI: 10.1080/00221309.2012.686932

Golbasi, Z., Kelleci, M., Kisacik, G. ve Cetin, A. (2010). Prevalence and correlates of depression in pregnancy among turkish women. *Maternal and Child Health Journal*, **14(4)**, 485-491.

Guszkowska, M., Langwald, M., Zaremba, A. ve Dudziak, D. (2014). The correlates of mental health of well-educated Polish women in the first pregnancy. *Journal of Mental Health*, **23(6)**, 328-332. DOI:10.3109/09638237.2014.971144

Gümüşdaş, M. ve Apay, S.E. (2016). Gebelikte evlilik uyumu ve sosyal destek arasındaki ilişki. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, **3(1)**, 1-8. DOI:10.17681/hsp.16572

Helli, A., Dolapçioğlu, K. ve Çekiç, Ç. (2011). Gebelikte üriner sistemde meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişiklikler. *Türk Üroloji Seminerleri*, **2**, 121-3.

İlhan, T. ve Bacanlı, H. (2007). Mizah tarzları, kişilik özellikleri ve öznel iyi oluş: Bir model denemesi. *Eğitim Bilimleri ve Uygulama Dergisi*, **6(11)**, 33-50.

İnanç, B.Y. ve Yerlikaya, E.E. (2014). *Kişilik Kuramları* (9. Baskı). Ankara: Pegem Yayınları.

İşcan, G., İşcan, S.C., Koç, E.M. ve Karçaaltıncaba, D. (2018). Sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin gebelik depresyonuna etkisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **25(4)**, 429-435. DOI:10.17343/sdutfd.446740

Karaçam, Z. ve Ançel, G. (2007). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*, **25**, 344-356. DOI:10.1016/j.midw.2007.03.006

Karaman, Ö. (2018). Selektif mutizm olgusu. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, **10(2)**, 38-41.

Karamustafahoğlu, O. ve Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, **45(2)**, 65-74.

Kaplan, S., Bahar, A. ve Sertbaş, G. (2007). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **10(1)**, 113-121.

Kesgin, C. ve Topuzoğlu, A. (2006). Sağlığın tanımı: başa çıkma. *Journal of İstanbul Kültür University*, **3**, 47-49.

Kızılkaya Beji, N. ve Özkan, SA. (2015). Gebelikte görülen fizyolojik/psikolojik değişiklikler. İçinde N. Kızılkaya Beji (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 227-247.

Kleanthi, G. (2015). Psychological risk factors of depression in pregnancy: a survey study. *Health Science Journal*, **9(1)**, 1-6.

Kocabaşoğlu, B. ve Beşer, S.Z. (2008). Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, **62**, 349-354.

Koyun, A., Taşkın, L. ve Terzioğlu, F. (2011). Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **3(1)**, 67-99.

Köroğlu, E. (2015). *DSM - 5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*. Ankara: HYB Yayıncılık.

Köroğlu, E. ve Güleç, E. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. (2. Baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 297- 298.

Körükçü, Ö., Deliktaş, A., Aydın, R. ve Kabukcuoğlu, K. (2017). Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Clinical and Experimental Health Sciences*, **7**, 152-158. DOI:10.5152/clinexphealthsci.2017.359

Kuğu, N. ve Akyüz, N. (2001). Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **23(1)**, 61–64.

Kulaksızoğlu, A. (2002). *Ergenlik Psikolojisi* (5. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi; 106.

Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H. ve Ylikorkala, O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, **95(4)**, 487–490. DOI:10.1016/s0029-7844(99)00602-x

Levinson, D.F. (2006). The Genetics of Depression: A Review. *Biological Psychiatry*, **60(2)**, 84–92. DOI:10.1016/j.biopsych.2005.08.024

- Lilienfeld, S.O. (2005). Longitudinal studies of personality disorders: four lessons from personality psychology. *Journal of Personality Disorders*, **19(5)**, 547-556. DOI:10.1521/pedi.2005.19.5.547
- Locke, A.B., Kırst, N. ve Shultz, C.G. (2015). Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *American Family Physician*, **91(9)**, 617-624.
- Marakoğlu, K. ve Şahsıvar, M.Ş. (2008). Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, **28**, 525-532.
- Marcus, S.M., Flynn, H.A., Blow, F.C. ve Barry, K.L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, **12(4)**, 373- 380. DOI: 10.1089/154099903765448880
- Mete, H.E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, **11(3)**, 3-18.
- Morgan, C.T. (2015). *Psikolojiye giriş*. (Çev. Ed. R. Eski ve S. Karakaş). Konya: Eğitim Kitabevi Yayınları; 322.
- McCrae, R.R. ve Costa, P.T. (2003). *Personality in Adulthood. A Five-Factor Theory Perspective*. New York: The Guilford Press.
- Ormel, J., Oldehinkel, A.J. ve Brilman, E.I. (2001). The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in etiology of major and subsyndromal, first and recurrent depressive episodes in later life. *The American Journal of Psychiatry*, **158(6)**, 885-891. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.6.885
- Ölçer, Z., Bakır, N. ve Aslan, E. (2017). Üniversite öğrencilerinde kişilik özelliklerinin premenstrual şikâyetlere etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **7(1)**, 30-37.
- Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H.H. ve Muhcu, M. (2014). Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, **45(2)**, 71-77.
- Özdemir, O., Özdemir, P.G., Kadak, M.T. ve Nasıroğlu, S. (2012). Kişilik gelişimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **4(4)**, 566-589. DOI:10.5455/cap.20120433
- Özşahin, Z., Erdemoğlu, Ç. ve Karakayalı, Ç. (2018). Gebelikte psikososyal sağlık düzeyi ve ilişkili faktörler. *The Journal of Turkish Family Physician*, **9(2)**, 34-46. DOI:10.15511/tjtfp.18.00234

Öztekin, S., Aydın, O. ve Aydemir, Ö. (2017). DSM-5 özgül fobi şiddet ölçeği türkçe formunun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **18(2)**, 31-37. DOI:10.5455/apd.240709

Peñacoba, C., Carmona, F.J., Carretero, I. ve Marín, D. (2011). Effects of personality on psychiatric and somatic symptoms in pregnant women: the role of pregnancy worries. *Psychology of Women Quarterly*, **35(2)**, 293-302. DOI:10.1177/0361684310384105

Penley, J.A. ve Tomaka, J. (2002). Associations among the big-five, emotional responses, and coping with acute stress. *Personality and Individual Differences*, **32(7)**, 1215-1228. DOI: 10.1016/S0191-8869(01)00087-3

Pıçakçıfe, M. (2010). Çalışma yaşamı ve anksiyete. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **9(4)**, 367-374.

Ramachandra, P., Maiya, A.G., Kumar, P. ve Kamath, A. Prevalence of musculoskeletal dysfunctions among Indian pregnant women. *Journal of Pregnancy*, **4**, 1-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2015/437105>

Regitz-Zagrosek, V., Roos-Hesselink, J., Bauersachs, J., Blomström-Lundqvist, C., Cifkova, R., De Bonis, M. Ve ark. (2018). 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *European Heart Journal*, **39**, 3165–3241. DOI:10.1093/eurheartj/ehy340

Savrun, M. (2008). Gebelik ve Depresyon. *Klinik Gelişim Dergisi*, **21(1)**, 164-166.

Schultz, D.P. ve Schultz, S.E. (2009). *Theories of Personality*. (9th edition). Wadsworth Cengage Learning.

Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H. ve Mebazaa, A. (2016). Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal Of Africa*, **27(2)**, 89–94.

Stein, D.J. ve Hollender, E. (2011). *Textbook of anxiety disorder*. America: American Psychiatric Publishing.

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

Şen, S., Cetişli, N.E. ve Saruhan, A. (2012). Göçün gebelikteki depresyon, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi. *International Journal of Human Sciences*, **9(2)**, 1-13.

Taşkın, L. (2016). Gebelikte annenin fizyolojisi. İçinde L. Taşkın (Ed.), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 87-112.

Taymur, İ. ve Türkçapar, M.H. (2012). Kişilik: Tanımı, sınıflaması ve değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **4(2)**, 154-177. DOI:10.5455/cap.20120410

Tekgöz, İ., Sunay, D., Çaylan, A. ve Kısa, C. (2009). Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, **13(3)**, 132-136. DOI:10.2399/tahd.09.132

Tetikurt, C. (2000). Gebelikte solunum fizyolojisi. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, **31(2)**, 118-122.

Townsend, M.C. (2016). *Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri*. (Çev. Ed. C.T. Özcan ve N. Gürhan). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Tunç, S., Yenicesu, O., Çakar, E., Özcan, H., Pekçetin, S. ve Danışman, N. (2012). Antenatal dönemde anksiyete ve depresyonun görülme sıklığı ve ilişkili faktörler. *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology*, **9(35)**, 1431-1435.

Tunçel, N.T. ve Süt, H.K. (2018). Gebelikte yaşanan anksiyete, depresyon ve prenatal distres düzeyinin doğum öncesi bebeğe bağlanmaya etkisi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, **16(1)**, 9-17.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (Kasım 2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim 27.11.2019,

http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_anarapor.pdf

Uguz, F., Gezginc, K., Kayhan, F., Sarı, S. ve Büyüköz, D. (2010). Is pregnancy associated with mood and anxiety disorders? A cross-sectional study. *General Hospital Psychiatry*, **32(2)**, 213–215. DOI:10.1016/j.genhosppsy.2009.11.002

Üçel, U.İ. (2016). Depresyon etiyolojisi ve sitokinlerin rolü. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **6(1)**, 41-45.

Van De Loo, K.F.E., Vlenterie, R., Nikkels, S.J., Merkus, P.J.F.M., Roukema, J., Verhaak, C.M. ve ark. (2018). Depression and anxiety during pregnancy: The influence of maternal characteristics. *Birth*, **45**, 478–489. DOI: 10.1111/birt.12343

Velioğlu, P. (1991). *Hemşirelikte Kişiler Arası İlişkiler*. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları; 28.

Virit, O., Akbaş, E., Savaş, H.A., Sertbaş, G. ve Kandemir, H. (2008). Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, **45(1)**, 9-13.

WHO (2001). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization.

Yıldız, H. (2011). Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **4(1)**, 63-74.

Yılmaz, S.D. ve Beji, N.K. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, **20(3)**, 99-108.

Yücel, P., Çayır, Y. ve Yücel, M. (2013). Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*, **16**, 7-17.

Zaman, F.K., Özkan, N. ve Toprak, D. (2018). Gebelikte depresyon ve anksiyete. *Konuralp Tıp Dergisi*, **10(1)**, 20-25. DOI: 10.18521/ktd.311793

Zigmond, A.S. ve Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, **67(6)**, 361-370.

FORMLAR

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Başlığı: Kişilik Özelliklerinin Gebelikte Anksiyete ve Depresyon Düzeyine Etkisi

Bu araştırma İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans tez çalışmasıdır. Araştırmanın amacı kişilik özelliklerinin gebelikte anksiyete ve depresyon düzeyine etkisini belirlemektir.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Araştırmaya dahil edilmesi planlanan kişi sayısı 200'dür. Araştırmaya davet edilmenizin nedeni araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız, 18 yaş üzeri gebe olmanız, ultrasonografide fetal kalp atımınızın saptanmış olması, psikiyatrik hastalık öykünüzün olmaması, kronik hastalık öykünüzün olmamasıdır.

Araştırmaya katılımınız için sizden eklerde bulunan kişisel bilgi formu, Cervantes Kişilik Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği formlarını doldurmanız ve tahminen 20 dakika ayırmanız istenmektedir. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya zorlaması altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Formlardan elde edilen bilgileriniz ve kişisel bilgileriniz saklı tutularak yalnızca bilimsel olarak kullanılacaktır.

Bu çalışmaya katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı izin vermiş olmanıza karşın, çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahiptir. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Eğer araştırma konusuyla ilgili ya da araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgi elde edilirse siz de bilgilendirileceksiniz. Çalışmada yer aldığınız için herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi, çalışma sırasında araştırma amacıyla sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'dan herhangi bir ücret alınmayacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya cisembastarcan@gmail.com e-posta adresi ve

0(539)3994032 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının;

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmzası:

Araştırmacıların:

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmzası:

Prof. Dr. Ümran OSKAY

İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel: 0212 440 00 00

Çisem BAŞTARCAN

İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tel: 05393994032

EK 2. Sosyo-Demografik Veri Formu

1. Yaşınız:

2. Eğitim durumunuz:

A. İlkokul mezunu B. Ortaokul mezunu C. Lise mezunu D. Üniversite mezunu
Toplam Yıl

3. Mesleğiniz:

A. Ev hanımı B. Memur C. Serbest meslek D. Diğer (Belirtiniz).....

4. Aile tipiniz: A. Çekirdek aile B. Geniş aile

5. Ailenizin gelir seviyesi: A. Düşük düzeyde B. Orta düzeyde C. Yüksek düzeyde

6. Kaçınıcı gebeliğiniz?:

7. Yaşayan çocuk sayısı:

8. Daha önce düşük yaptınız mı? A. Evet (sayısını belirtiniz) B. Hayır

9. Daha önce küretaj/gebelik sonlandırma oldunuz mu?

A. Evet (sayısını belirtiniz)..... B. Hayır

10. Gebeliğiniz kaçınıcı trimesterde?

A. 1. Trimester (gebelik 1-12. haftada ise)

B. 2. Trimester (gebelik 13-27. haftada ise)

C. 3. Trimester (gebelik 28-40. haftada ise)

11. Ölü doğum sayısı:

12. Gebelik ve doğum hakkında eğitim aldınız mı? A. Evet B. Hayır

13. İsteyerek/planlı olarak mı gebe kaldınız? A. Evet B. Hayır

14. Gebelik yönünden düzenli doktor kontrolüne gidiyor musunuz? A. Evet B. Hayır

15. Doğum şekli konusunda bir tercihiniz var mı? A. Evet (belirtiniz) B. Hayır

16. Sigara içiyor musunuz? A. Evet B. Hayır

17. Alkol kullanıyor musunuz? A. Evet B. Hayır

18. Gebeliğiniz süresince herhangi bir sorun yaşadınız mı? A. Evet B. Hayır

19. 18. soruya yanıtınız evet ise yaşadığınız sorunu belirtiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

A. Bulantı-kusma B. Aşırı kilo alma C. Kan basıncında yükselme

D. Depresyon ve/veya anksiyete E. Diğer (Belirtiniz)

20. Kronik bir hastalığınız var mı? A. Evet (belirtiniz) B. Hayır

21. Daha önce bir psikiyatrist/psikologdan destek aldınız mı?

A. Evet (ne için olduğunu/tanı aldıysanız tanınızın ne olduğunu belirtiniz)

B. Hayır

22. Son zamanlarda yaşamınızda sizi etkileyen önemli bir olay yaşadınız mı?

A. Aileden birinin kaybı

B. Eş ile ilgili sorun (boşanma, ayrı yaşama, geçimsizlik, şiddet)

C. Çocukla ilgili sorun (çocuktan ayrılma vb)

D. Evde bakıma muhtaç birinin olması

E. Diğer (Belirtiniz)

23. Gebelik süresince bir sıkıntınız olduğunda sosyal çevrenizden kimden yardım/destek istersiniz?

A. Eş B. Anne C. Doktor D. Arkadaş E. Psikolog F. Diğer (Belirtiniz)

.....

24. Günlük aktivitelerinizi karşılarken gebeliğe bağlı sorunlar yaşıyor musunuz?

A. Evet

B. Hayır

25. Çalışıyor iseniz gebeliğe bağlı çalışma yaşamınızda yaşadığınız zorluklar var mı?

A. Evet

B. Hayır

26. Gebelik süresince evlilikle ilgili bir sorun yaşadınız mı? A. Evet B. Hayır

27. Doğum eylemi ile ilgili korku ve kaygılarınız var mı? A. Evet (belirtiniz) ... B. Hayır

28. Doğum sonrası doğum sonrası bebek bakımı konularında destek alabileceğiniz kişi ya da kişiler var mı?

A. Aile B. Bakıcı C. Yardım alabileceğim kimse yok D. Diğer(Belirtiniz).....

EK 3. CERVANTES KİŞİLİK ÖLÇEĞİ (CKÖ)

1. Konuşkan bir insan olduğumu düşünüyorum.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Kesinlikle öyleyim
2. Zaman zaman kendimi çok kötü hissediyorum.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
3. Bazen bana ait olmayan bir şeyi kaybederim veya bozarım.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
4. Çok arkadaşım var.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
5. Söylemediğim ya da yapamadığım şeyler sürekli olarak zihnimi meşgul eder.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
6. Bazen diğer insanlara imrenirim.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
7. Kimseyi tanımıyor olsam bile grup içinde/ partide iyi zaman geçirebilirim.	Asla	0	1	2	3	4	5	Daima
8. Duygu durumum değişiklik gösterir.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
9. Benim hatam olduğumu bile bile başka birisinin benim suçumu üstlenmesine izin veririm.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
10. Birisiyle dışarıya çıkmaya her zaman hazırım.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
11. Kendimi memnun hissetmek için diğer insanların onayına gereksinim duyarım.	Asla	0	1	2	3	4	5	Daima
12. Diğer insanlar ile bir şeyler yapmak yerine her zaman evde vakit geçirmeyi tercih ederim.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
13. Çok planlı davranmama karşın bazı şeyler kötü/ters gider.	Asla	0	1	2	3	4	5	Daima
14. Bazen dedikodu yaparım.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
15. Toplandığımız zaman birileriyle sohbet etmekten hoşlanırım.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
16. Bazen öyle gergin oluyorum ki işime devam edemiyorum.	Asla	0	1	2	3	4	5	Sürekli
17. Bazen diğer insanların ne konuştuklarına kulak misafiri olurum.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
18. Yeni tanıştırdığım biriyle konuşmayı başlatmakta zorlanırım.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru
19. Kendimi bomboş hissediyorum.	Asla	0	1	2	3	4	5	Daima
20. Bazen işlerimi ertesi güne ertelerim.	Hiç doğru değil	0	1	2	3	4	5	Çok doğru

EK 4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- () Çoğu zaman () Birçok zaman
() Zaman zaman, bazen () Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- () Aynı eskisi kadar
() Pek eskisi kadar değil
() Yalnızca biraz eskisi kadar
() Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

- () Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
() Evet, ama çok da şiddetli değil
() Biraz, ama beni endişelendiriyor
() Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- () Her zaman olduğu kadar
() Şimdi pek o kadar değil
() Şimdi kesinlikle o kadar değil
() Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- () Çoğu zaman
() Birçok zaman
() Zaman zaman, ama çok sık değil
() Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- () Hiçbir zaman () Sık değil
() Bazen () Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- () Kesinlikle () Genellikle
() Sık değil () Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- () Hemen hemen her zaman () Çok sık
() Bazen () Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- () Hiçbir zaman () Bazen
() Oldukça sık () Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- () Kesinlikle
() Gerektiği kadar özen göstermiyorum
() Pek o kadar özen göstermeyebilirim
() Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- () Gerçekten de çok fazla () Oldukça fazla
() Çok fazla değil () Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- () Her zaman olduğu kadar
() Her zamankinden biraz daha az
() Her zamankinden kesinlikle daha az
() Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- () Gerçekten de çok sık () Oldukça sık
() Çok sık değil () Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- () Sıklıkla () Bazen
() Pek sık değil () Çok seyrek

EK-5. Cervantes Kişilik Ölçeği (CKÖ) İzin Formu

Ölçek için izin isteği

2 ileti

Çisem Baştarcan <cisembastarcan@gmail.com>
Alıcı: meltemdemirgoz@gmail.com

14 Mart 2019 14:10

Merhaba hocam,
İstanbul Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Ümran OSKAY hocamın danışmanlığında yürüttüğüm yüksek lisans tez çalışmam için geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz 'Cervantes Kişilik Ölçeği (CKÖ)'ni izninizle kullanmak istiyorum.
Saygılarımla.

Çisem BAŞTARCAN

Meltem Demirgöz Bal <meltemdemirgoz@gmail.com>
Alıcı: Çisem Baştarcan <cisembastarcan@gmail.com>

15 Mart 2019 12:07

Elbette kullanabilirsiniz kolaylıklar dilerim.

Çisem Baştarcan <cisembastarcan@gmail.com>, 14 Mar 2019 Per, 15:10 tarihinde şunu yazdı:
[Alıntılanan metin gizlendi]

--
Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü

EK-6. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) İzin Formu

Ölçek için izin isteği

2 ileti

Çisem Baştarcan <cisembastarcan@gmail.com>
Alıcı: soaydemir@yahoo.com

19 Eylül 2019 13:10


Merhaba hocam,
İstanbul Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Ümran OSKAY hocamın danışmanlığında yürüttüğüm yüksek lisans tez çalışmam için geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'ni izninizle kullanmak istiyorum.
Saygılarımla.

Çisem BAŞTARCAN

Omer Aydemir <soaydemir@yahoo.com>
Alıcı: Çisem Baştarcan <cisembastarcan@gmail.com>

19 Eylül 2019 13:11

Merhaba Çisem,
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini araştırmanızda kullanmanızda memnuniyet duyarım.
Kolaylıklar diliyorum.
Prof. Dr. Ömer Aydemir
Manisa Celal Bayar Üniversitesi



EK 7. Kurum İzni

İÜC Tarih ve Sayı: 10/06/2019-84534



T. C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı :97248701-199-
Konu :Tez Çalışması-Çisem
BAŞTARCAN

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığına 12.05.2019 tarih ve 72425 sayılı yazınız.

Enstitümüz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Prof. Dr. Ümran OSKAY'ın danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden Çisem BAŞTARCAN'ın "Kişilik Özelliklerinin Gebelikte Anksiyete ve Depresyon Düzeyine Etkisi" başlıklı tez çalışmasını, Haziran 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında Etik Kurul onayı alınması şartıyla Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında yapmasının uygun görüldüğü hakkında; adı geçen Fakülte Dekanlığı'ndan alınan 30.05.2019 tarihli, 82509 sayılı yazı ile ekleri ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Mehmet BİLGİN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EK :
Yazı ile ekleri (49 sayfa)

[Dogrulamak için: http://dogrulama.istanbul.edu.tr/en/View.aspx?bilgi=dogrulama.aspx?YV=BENDEKULL](http://dogrulama.istanbul.edu.tr/en/View.aspx?bilgi=dogrulama.aspx?YV=BENDEKULL)

Ayrıntılı bilgi için e-posta: Hakan BAYRAKTAR Etilik : 19052

Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü, 34320 Avcılar-İstanbul
Tel : 0212 404 03 00 Faks : 0212 404 07 01
Elektronik Ad : www.istanbul.edu.tr

İÜC Tarih ve Sayı: 30/05/2019-82509



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :50200903-199-
Konu :Çisem Baştarcan'ın tez çalışması

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İÜC Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Prof.Dr.Ünran OSKAY'ın danışmanlığı altında yüksek lisans eğitimine devam eden Çisem BAŞTARCAN'ın "Kişilik Özelliklerinin Gebelikte Anksiyete ve Depresyon Düzeyine Etkisi" başlıklı tez çalışmasını Haziran 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında Etik Kurul onayı alınması şartıyla Fakültemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında yapılmasının uygun görüldüğü hakkında adı geçen anabilim dalı başkanlığından alınan 27.05.2019 tarihli, 80374 sayılı yazı ile Fakültemiz Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünün 15.05.2019 tarihli, 74412 sayılı yazısı ve söz konusu Enstitü Müdürlüğünün 12.05.2019 tarihli, 72425 sayılı yazısı ve eklerinin bir fotokopisi ilişikte sunulmuş olup, konu Dekanlığımızca da uygun görülmüştür. Bilgilerinize ve gereğine arz ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Mustafa Sait GÖNEN
Dekan

Ek:48

Doğrulamak için: <http://dogrulama.istanbul.edu.tr/en/ViewOn.aspx?bilgi=dogrulama.aspx?V=884ENAP3>

Ayrıntılı bilgi için adres: Mektep SÜYÜKHELELİ Binaları - 32525
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34098 Cerrahpaşa İstanbul
Tel : 0212 414 30 00 Faks : 0212 632 00 33
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

Bu belge 0070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ETİK KURUL KARARI

İÜC Tarih ve Sayı: 23/05/2019-79088



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :59491012-604.01.02-
Konu :Yüksek Lisans Öğrencisi Çisem
BAŞTARCAN'ın etik kurul
kararı A-15

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi **Prof.Dr.Ümran OSKAY**'ın danışmanlığında **Yüksek Lisans Öğrencisi Çisem BAŞTARCAN**'ın yürütücülüğünde "**Kişilik Özelliklerinin Gebelikte Anksiyete ve Depresyon Düzeyine Etkisi**" başlıklı Yüksek Lisans Tezi (ANKET) hakkında ilgi yazınız ve ekleri **21 Mayıs 2019** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup; etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmzalı
Prof. Dr. Ayşim Büge ÖZ
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: A-15	Tarih: 21 MAYIS 2019
	Prof.Dr.Ümran OSKAY'ın danışmanlığında Yüks.Lis.Öğr. Çisem BAŞTARCAN'nın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI:	Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR

ETİK KURUL ÜYELERİ								
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili	Katılım *	İmza	
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (Başkan)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK (Başkan Yard.)	Genel Cerrahi	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Muhlis Cem AR (Raportör)	İç Hastalıklar Hematoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Zeki ÖNGEN	Kardiyoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mahmut Reha BAYAR	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Yıllık iznli
Prof. Dr. Öner SÖZER	Tıbbi Farmakoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Nurten Uzun ADATEPE	Nöroloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hakkı Oktay SEYMEN	Fizyoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Oktay DEMİRKIRAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kongrede
Prof. Dr. Gülten DİNÇ	Tıp Tarihi ve Etik	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Suphi VEHİD	Halk Sağlığı	T.C. Demiroğlu Bilim Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Zeynep Hande TURNA	İç Hastalıklar Medikal Onkoloji	I.Ü.C.- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mutlu NİYAZOĞLU	İç Hastalıklar End./Metb./Diabet	Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hast.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Yıllık iznli
Avukat Ayfer DİKMEN	Ticaret ve Sağlık Hukuku	Serbest Hukuk Bürosu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Zümrüt GAMLI	Emekli Öğretmen	Sivil Öye	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN GEBELİKTE ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYİNE ETKİSİ

ORJİNALLIK RAPORU

%20 BENZERLİK ENDEKSİ	%12 İNTERNET KAYNAKLARI	%5 YAYINLAR	%16 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------	--------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	%1
2	GÜNDOĞDU, Yusuf Bahri. "PSİKANALİTİK KİŞİLİK KURAMLARINA GÖRE GELİŞİM VE DEĞİŞİMİN İMKÂNI", Erzincan Üniv. Fen Edebiyat Fak. Türk Dili ve Edebiyatı Bl., 2016. Yayın	%1
3	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
4	kadincecucusagligi2016.org İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to Yildirim Beyazıt Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
6	Submitted to Ordu Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
7	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Çisem	Soyadı	Baştarcan
Doğ.Yeri	Silivri	Doğ.Tar.	19.09.1995
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	36880678398
Email	cisembastarcan@gmail.com	Tel	05393994032

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans	2019
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2017
Lise	Silivri Anadolu Lisesi	2013

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	Beykent Üniversitesi	2018 - Halen
2.	Hemşire	Koç Üniversitesi Hastanesi	2017 - 2018

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi	-	58,75

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	71,66704	69,01082	64,38791

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları (Word, Excel, Powerpoint vb.)	İyi
SPSS Paket Programı	Orta

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Bastarcan C, Bolatli G. (2020). History and anatomy of cesarean section. International Journal of Health Administration and Education Congress (Sanitas Magisterium), 6(1), 1-9. (Uluslararası) (Hakemli) (Yayın No: 5886444)

Dogan, HD., Bastarcan, C. (2019). Effect of Media Literacy on Choice of Profession in Health Science Students. Beykent 2nd International Health Sciences Research Days Congress, 08-11 November 2019, Bulgaria. (Sözel Bildiri)

Aydin, OA., Bastarcan, C., Kaptanoglu, A. (2019). Breaking Bad News in Palliative Care. Beykent 2nd International Health Sciences Research Days Congress, 08-11 November 2019, Bulgaria. (Sözel Bildiri)

Bastarcan, C., Bolatli, G. (2019). History and Anatomy of Cesarean Section. Beykent 1st International Health Sciences Research Days Congress, 16-18 June 2019, Istanbul. (Sözel Bildiri)

Bastarcan, C., Ciftci, EK. (2019). Investigation of Researches on Postpartum Breastfeeding Problems. Beykent 1st International Health Sciences Research Days Congress, 16-18 June 2019, Istanbul. (Sözel Bildiri)

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Tiyatro, sinema, spor, kitap okumak

