

**SELİM
PARLA**

**GEBELİKTE DEPRESİF SEMPTOM YAYGINLIĞI VE
DEPRESİF SEMPTOMLARIN
DOĞUM KORKUSU İLE İLİŞKİSİ**

**SCÜSBE
SİVAS
2019**



T.C.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELİKTE DEPRESİF SEMPTOM YAYGINLIĞI VE DEPRESİF
SEMPTOMLARIN DOĞUM KORKUSU İLE İLİŞKİSİ**

SELİM PARLA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

ANA BİLİM DALI

SİVAS-2019

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELİKTE DEPRESİF SEMPTOM YAYGINLIĞI VE DEPRESİF
SEMPTOMLARIN DOĞUM KORKUSU İLE İLİŞKİSİ**

SELİM PARLA

YÜKSEK LİSANS TEZİ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ZEHRA GÖLBAŞI

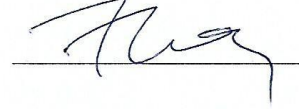
SİVAS-2019

“Gebelikte Depresif Semptom Yaygınlığı Ve Depresif Semptomların Doğum Korkusu İle İlişkisi” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI (Danışman)



Üye Dr. Öğr. Üyesi Tuba UÇAR



Üye Dr. Öğr. Üyesi Nuriye Erbaş



ONAY

Bu tez çalışması, 28.12.2018 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

ÖZET

GEBELİKTE DEPRESİF SEMPTOM YAYGINLIĞI VE DEPRESİF SEMPTOMLARIN DOĞUM KORKUSU İLE İLİŞKİSİ

Selim PARLA

Yüksek Lisans Tezi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI

2019, 65 sayfa

Dünya genelinde en sık rastlanan duygu durum bozukluğu olan depresyon, gebelerin işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu bozan hayattan doyum almayı engelleyerek yaşam kalitesini düşüren ciddi bir rahatsızlıktır. Gebelikte depresyona neden olabilecek birçok faktörden biride doğum korkusudur. Gebelik sırasında oluşan doğum korkusunun depresyonu arttırabileceği bunun yanında doğum korkusunun gizli depresyon belirtisi olabileceği vurgulanmaktadır. Bu nedenle gebelik sırasında ortaya çıkan doğum korkusunun kritik seviyeyi aşmasını önleyerek, gebede meydana gelen duygu durum değişikliklerinin azaltılması ve depresyonu tetiklemesinin önüne geçilmesi önemlidir. Gebelikte ortaya çıkan depresyonun doğum korkusuyla ilişkisinin gösterilmesi, depresyonun önüne geçmek için planlanacak aktivitelere de yol gösterici olacaktır. Bu çalışma Sivas Numune Hastanesi kadın doğum polikliniklerine başvuran son trimesterdeki gebe kadınlarda depresif semptom yaygınlığını ve depresif semptomların doğum korkusuyla ilişkisini araştırmak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı Sivas Numune Hastanesi kadın doğum polikliniklerine sağlık kontrolü amacıyla başvuran ve gebelik haftası 27 ve üzeri olan gebeler oluşturmuştur. Örneklem sayısı güç analizi ile hesaplanmış, 0,05 yanılma payı ve %95 güvenirlikle 262 gebe kadın olarak bulunmuştur. Belirlenen sayıda gebe kadın gebelik kontrolleri için 20.03.2017-30.06.2017 tarihleri arasında kuruma başvuran gebeler arasından seçilmiştir. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ve Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu (W-DEQ-A) ile toplanmıştır. Veri toplama formları gebe kadınlara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Araştırma

başlamadan önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay ve çalışmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Çalışma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir (SBF-051). Veriler bilgisayar ortamında SPSS programında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde, bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann Whitney u testi, varyans analizi, Kruskal Wallis varyans analizi ve korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Araştırmaya katılan gebe kadınların yaş ortalaması $27,08 \pm 5,34$ olup, %46,9'u lise üzeri eğitime sahip, %79'u çekirdek ailede yaşamakta ve %86,6'sı çalışmamaktadır. Kadınların EPDÖ puan ortalaması $8,45 \pm 4,48$ olup, ölçeğin kesme noktası dikkate alındığında gebe kadınların %21,8'inin depresif semptom yaşadığı bulunmuştur. Kadınların W-DEQ-A puan ortalaması $56,29 \pm 19,50$ olduğu belirlenmiştir. W-DEQ-A puanına göre gebe kadınların %48,5'inin orta, %26,3'ünün şiddetli ve %6,5'inin klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı saptanmıştır. Gebe kadınların EPDÖ ile W-DEQ-A puan ortalaması arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,44$, $p=0,00$).

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar son trimesterde olan gebe kadınların yaklaşık beşte birinin depresif semptom yaşadığını göstermiştir. Ayrıca doğum korkusunun gebe kadınlar arasında önemli bir sorun olduğu ve doğum korkusu arttıkça depresif semptomların da artış gösterdiği dikkati çekmiştir. Bu nedenle doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında gebelerin doğum korkusu değerlendirilmeli, doğuma hazırlık eğitimleri ile korku düzeyi azaltılmalıdır. Böylece gebelikte depresyon yaygınlığı da azabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Doğum, Doğum Korkusu, Gebelikte Depresif Semptom.

ABSTRACT

PREVALENCE OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN PREGNANCY AND RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSIVE SYMPTOMS AND FEAR OF CHILDBIRTH

Selim PARLA

Master's Thesis

Obstetrics and Gynecology Department of Nursing

Consultant: Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI

2019, 65 Page

The most encountered mood disorder on the world depression is a serious illness ruining functionality of pregnancy, creativeness and happiness and by preventing being content of life and lowering the quality of life. One of many factors to cause depression in pregnancy is the fear of childbirth. Depression during pregnancy can both increase depression and fear of childbirth can be a sign of secret depression. Therefore it is important to prevent fear of childbirth during pregnancy to exceed critical level and decrease mood changes of pregnant and prevent the induction of depression. Indicating the relationship of depression in pregnancy with fear of childbirth will also lead to activities to be planned for preventing depression. This study has been conducted to search prevalency of depressive symptoms on pregnant women in the last trimester applying for women birth polyclinics at Sivas Numune Hospital and the relationship of depressive symptoms with fear of childbirth as descriptive.

The universe of this study is pregnant women applying for women birth polyclinics at T.C. Ministry of Health Sivas Numune Hospital for a health check and pregnant for 27 weeks and above. Number of samples has been calculated with power analysis and found out to be 262 pregnant women of 0.05 margin of error and 95 % reliability. The pregnant women in a determined number has been elected from pregnant women applying for the institution for pregnancy checks between 20.03.2017-30.06.2017. Data of research has been collected by Personal Information Form, Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) and Wijma Delivery Expectancy /Experience Questionnaire Scale

Version A (W-DEQ-A). Data collection forms have been presented to pregnant women by face-to-face contact method by the researcher. A written permission has been received from the institution of study and the Ethic Board of Sivas Cumhuriyet University non-invasive Clinical Researches. The study was supported by Sivas Cumhuriyet University Scientific Research Projects unit (SBF-051). Data have been assessed by SPSS programme in the computer. In statistical analyses of data, Student t test, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis variance analyses, One way ANOVA and correlation analyses have been used. Statistical meaningfulness level has been regarded as 0.05.

Age average of pregnant women in the study is 27.08 ± 5.34 , 46.9 % is graduate of high school and above, 79 % live in a nuclear family and 86.6% do not study. EPDS point average of women is 8.45 ± 4.48 , when cutting point of scale is considered 21.8 % of pregnant women are found to have a depressive symptom. W-DEQ-A point average of women is determined to be 56.29 ± 19.50 . The pregnant women are discovered to have a medium level fear of childbirth of 48.5 %, 26.3 % of severe and 6.5 % clinically. A positive statistical meaningful relationship has been found out between EPDS and W-DEQ-A average points of pregnant women ($r=0.44$, $p=0.00$).

Results obtained from this research has proved that approximately 1/5 of women in the last trimestre have depressive symptoms. And fear of childbirth is also an important problem of pregnant women and the more fear of childbirth they have the more depressive symptoms they have. Therefore as the care services before birth, fear of childbirth of pregnant women should be assessed and their fear level should be decreased with trainings of birth preparation. So prevalency of depression will be able to decrease in pregnancy.

Key words: Birth, Fear of Birth, Depressive Symptom in Pregnancy.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitiminin her safhasında ve tez sürecinin her aşamasında verdiği bilgilerle yoluma ışık tutan danışman hocam Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI'na müteőekkirim. Veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Fatma DÜZ ve Medine DURMUŐ başta olmak üzere Sivas Numune Hastanesi çalışanlarına ve araştırmaya katılan gebelere teşekkür ederim. Tez baskısının yapılmasında bana destek olan değerli arkadaşım Selman ÜSTÜN'e teşekkür ederim. Hayatın her alanında olduğu gibi eğitim öğretim yaşantımda da bana sürekli destek olan eőim Emine PARLA ve kızlarım Ela ile Defne'ye, sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

| | |
|---|-------------|
| ÖZET | iv |
| ABSTRACT | vi |
| TEŞEKKÜR | viii |
| TABLolar DİZİNİ | xi |
| KISALTMALAR | xii |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi..... | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 4 |
| 1.3. Araştırmanın Soruları..... | 4 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 5 |
| 2.1. Gebelik | 5 |
| 2.2. Gebelikte Meydana Gelen Değişiklikler | 5 |
| 2.2.1. Anatomik Değişiklikler | 6 |
| 2.2.2. Fizyolojik Değişiklikler | 6 |
| 2.2.3. Psikolojik Değişiklikler | 8 |
| 2.3. Gebelikte Görülen Depresyon..... | 9 |
| 2.4. Doğum Korkusu | 12 |
| 2.4.1. Doğum Korkusunun Nedenleri..... | 13 |
| 2.4.2. Doğum Korkusunun Olumsuz Sonuçları..... | 14 |
| 3. GEREÇ ve YÖNTEM | 17 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi | 17 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... | 17 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni | 17 |
| 3.4. Araştırmanın Örnekleme..... | 17 |
| 3.5. Veri Toplama Araçları | 18 |
| 3.5.1. Kişisel Özellikler Formu | 18 |
| 3.5.2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği | 18 |
| 3.5.3. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu | 18 |
| 3.6. Verilerin Toplaması | 19 |
| 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi | 19 |

| | |
|---|-----------|
| 3.8. Araştırmanın Etik Yönü | 20 |
| 4. BULGULAR..... | 21 |
| 5. TARTIŞMA..... | 30 |
| 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER..... | 35 |
| 6.1. Sonuçlar..... | 35 |
| 6.2. Öneriler | 37 |
| KAYNAKLAR | 38 |
| EKLER | 46 |
| EK-1 Kişisel Özellikler Formu | 47 |
| EK-2 Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği | 50 |
| EK-3 Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu..... | 53 |
| EK-4 Bilgilendirilmiş Olur Formu..... | 57 |
| EK-5 Etik Kurul Raporu | 60 |
| EK-6 Araştırma İzin Onayı | 62 |
| EK-7 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Proje Bilgi Fişi .. | 64 |
| ÖZGEÇMİŞ | 65 |

TABLolar DİZİNİ

| | <u>Sayfa No</u> |
|--|-----------------|
| Tablo 2.1: Depresyonun Anne ve Yenidoğan İçin Olumsuz Sonuçları..... | 11 |
| Tablo 4.1: Gebe Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları..... | 21 |
| Tablo 4.2: Gebe Kadınların Bazı Bireysel ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Ortalamaları..... | 22 |
| Tablo 4.3: Gebe Kadınların EPDÖ ve W-DEQ-A Puan Ortalamaları..... | 22 |
| Tablo 4.4: Gebe Kadınların EPDÖ Puanına Göre Depresif Semptom Yaşama Durumlarının Dağılımı | 23 |
| Tablo 4.5: Gebe Kadınların W-DEQ-A Puanına Göre Doğum Korkusu Düzeyleri..... | 23 |
| Tablo 4.6: Gebe Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre EPDÖ Puan Ortalaması..... | 24 |
| Tablo 4.7: Gebe Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre EPDÖ Puan Ortalaması..... | 25 |
| Tablo 4.8: Gebe Kadınların Bazı Özellikleri ile EPDÖ Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon..... | 26 |
| Tablo 4.9: Gebe Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre W-DEQ A Puan Ortalaması..... | 27 |
| Tablo 4.10: Gebe Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre W-DEQ-A Puan Ortalaması..... | 28 |
| Tablo 4.11: Gebe Kadınların Bazı Özellikleri ile W-DEQ-A Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon..... | 29 |

KISALTMALAR

| | |
|----------------|---|
| ACOG | American College of Obstetrician and Gynecologist |
| EPDÖ | Edinburgh Postpartum Depresyon ölçeği |
| NST | Nonstres Test |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| TDK | Türk Dil Kurumu |
| W-DEQ-A | Wijma Doğum Beklentisi /Deneyimi Ölçeği A Versiyonu |



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik kadınların deneyimlediği önemli gelişimsel yaşam olaylarından biridir. Bu önemli olay kadın üreme hücresi olan ovumun fertilize olması ve ilerleyen süreçte kadının gebe olduğunu öğrenmesiyle birlikte bir takım fizyolojik ve psikolojik değişiklikleri de beraberinde getirir (Kaplan ve ark. 2007; Sayiner ve Özerdoğan 2009; Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji 2010; Taşkın 2011; Üst ve ark. 2013). Literatürde gebelik ve doğum sürecinden kaynaklanan nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerin kadın yaşamının diğer dönemleriyle kıyaslanmayacak kadar büyük olduğu belirtilmektedir. Bu nedenlerden dolayı gebelik kriz potansiyeli taşıyan gelişimsel bir stresör olarak değerlendirilmekte ve anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik sorunlarla birleşmektedir (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş 2011; Çelik ve ark. 2013). Gebeliğin birinci trimesterinde meydana gelen psikolojik değişikliklerden en belirgin yaşananı kadının gebe olup olmamaya ilişkin yaşadığı ambivalan duygulardır. İkinci trimester ise kadının, gebeliğin meydana getirdiği fiziksel değişikliklere uyum sağladığı dönemdir. Anne adayları artık gebe olduğu gerçeğini ve hayatında oluşacak değişiklikleri benimsediğinden ambivalan duyguları azalır. Ancak üçüncü trimesterde kadın yeniden ambivalan duygular yaşamaya başlar. Bu dönemde gebeliğe bağlı yaşanan fizyolojik sıkıntılar artar, anne adayları bebeğini ister ancak doğumdan korkar ve yakında olacak doğuma yönelik ilk iki trimestere göre daha yoğun anksiyete yaşar (Serçekuş 2005; Şahin ve ark. 2009). Gebelik döneminde meydana gelen psikolojik değişikliklere çoğu kadın tarafından kolaylıkla uyum sağlanabilirken, bazı kadınlarda değişik derecelerde ruhsal sorunlar görülebilmektedir (Kaplan ve ark. 2007; Doğan Yüksekol ve ark. 2014). Gebelikte karşılaşılan ruhsal problemlerin en başında, depresyon ve anksiyete bozuklukları gelmektedir (Bostancı Daştan ve ark. 2015).

Dünya genelinde en sık rastlanan duygu durum bozukluğu olan depresyon, gebelerin işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu bozan hayattan doyum almayı engelleyerek yaşam kalitesini düşüren ciddi bir rahatsızlıktır. Depresyon evlilik, gebelik, doğum, lohusalık gibi kadın yaşamında önemli bir yere sahip olayları da içine alan, 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda daha fazla görülmektedir (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş 2011; Çelik ve ark.2013). Gebelikte depresyon görülme sıklığının ise %7,4-12,7

arasında değiştiği belirtilmektedir (Bennett ve ark. 2004; Lancaster ve ark. 2010; Özdamar ve ark. 2014). Hong Kong'da yapılan bir çalışmada antenatal depresyon prevalansı gebeliğin ilk trimesterinde %22,1, ikinci trimesterinde %18,9 ve üçüncü trimesterinde %21,6 olarak bulunmuştur (Lee ve ark. 2007). Macaristan'da yapılan nüfus tabanlı araştırmalarda gebe kadınların %17,9'u depresyon belirtileri gösterirken, bunların %1,0'inin şiddetli depresyon geçirdiği tespit edilmiştir (Bodecs ve ark. 2010). Ayrıca gebelikte depresyon yaygınlığı Kanada'da %25, Finlandiya'da %30 olarak bulunmuştur (Da Costa ve ark. 2000; Kurki ve ark. 2000). Yunanistan'da yapılan bir araştırmada ise gebelerin yaklaşık üçte birinde antenatal depresyon varlığından söz edilmektedir (Kleanthi 2015). Andersson ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise gebelik sırasında psikiyatrik problemlerin yaygınlığı %14,1 olarak bulunmuş ve bu problemleri yaşayan gebelerin %3,3'ünde major depresyon ve %6,9'unda minör depresyon olduğu tespit edilmiştir (Andersson ve ark. 2003).

Gebelik sürecinde tanılanmayan depresyon anne ve fetüsün sağlığı üzerinde zararlı etkilere yol açabilir. Gebelik kontrollerinin aksatılması, doğum öncesi bakım almama ve hatta intihar girişimi gibi durumlar depresyonun en tehlikeli sonuçlarıdır. Bununla beraber depresyon yaşayan kadınların gebelik sırasında sigara ve madde bağımlılığı gibi sağlığını olumsuz etkileyecek davranışlarda bulunma ihtimali daha da yükselmektedir. Gebelik sırasında depresyon yaşayan kadınlarda, ruhsal problemi bulunmayan gebelere oranla bulantı, gastrointestinal sistem şikâyetleri, nefes darlığı gibi semptomların daha fazla görüldüğü rapor edilmiştir. Ayrıca gebelikte görülen depresyonunun, annenin nöroendokrin sisteminde ve uterusu olan kan akımında değişikliğe neden olarak; preeklampsi tablosuna, prematüriteye ve düşük doğum ağırlığına neden olacağı belirtilmiştir (Stewart 2005; Muzik ve ark. 2009; Pearlstein 2015). Bu olumsuz durumların oluşmasını engellemek adına bazı mesleki örgütler gebelik sırasında depresyon için rutin tarama önermektedir. Örneğin Amerika Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (ACOG) gebeliğin her trimesterinde depresyon için tarama önermektedir (Lancaster ve ark. 2010).

Yukarıda yer alan literatür bilgileri göz önüne alındığında azımsanmayacak sayıda kadının gebelik sürecinde depresyon ile karşılaştığı ve sağlıklı bir gebelik süreci geçiremediği söylenebilir. Gebelik sürecinin sağlıklı olarak sürdürülebilmesi için sorunların önlenmesi ve erken dönemde tespiti büyük önem taşımaktadır. Depresyon dâhil olmak üzere gebelikte ortaya çıkan ruhsal sorunların önlenmesi için özellikle bu

sorunlara zemin hazırlayan risk faktörlerinin bilinmesi, bunların ortadan kaldırılmasına yönelik girişimlerin başlatılması açısından önemli olacaktır.

Gebelik sırasında görülen depresyon için birçok risk faktörü sıralamak mümkündür. Bunlar arasında stresli yaşam tarzı, sosyal destek eksikliği, aile içi şiddet, istenmeyen gebelik, düşük sosyoekonomik seviye, madde kullanımı, önceki kürtaj öyküsü, gebeliğe yönelik kararsızlık, fetüs hakkında endişe, düşük evlilik doyumu ve işsizlik başlıca risk faktörleri olarak yer almaktadır (Lancaster ve ark. 2010; Räisänen ve ark. 2014; Kleanthi 2015). Gebelikte depresyon açısından riskli grupların tespit edilmesinin yanında, özellikle bu grupta depresyon belirtilerine yönelik dikkatli bir şekilde değerlendirme yapılması önemlidir. Genellikle depresyon belirtileri ile gebelik nedeniyle ortaya çıkan duygusal ve fiziksel değişimler birbirine benzerlik gösterdiğinden gebelik sırasında ortaya çıkan depresyon gözden kaçırılmaktadır.

Gebelikte depresyonla ilişkili olan diğer bir durum doğum korkusudur. Gebelik sırasında oluşan doğum korkusunun depresyonu arttırabileceği, diğer taraftan doğum korkusunun gizli depresyon belirtisi olabileceği ileri sürülmüştür (Storksken ve ark. 2012). Yapılan bir araştırmada depresif duygu durumu ve klinik depresyonu olan primigravidalarda doğum korkusu olduğu tespit edilmiştir (Jaju ve ark. 2015). Literatürdeki çalışmalar gebe kadınların çoğunun doğum korkusu yaşadığını göstermektedir. Örneğin İskandinav ülkelerinde kadınların %7,4 ile %15,8'inin doğumla ilgili korku yaşadıkları tespit edilmiştir (Laursen ve ark. 2008; Kjærgaard ve ark. 2008; Nieminen ve ark. 2009). Bulgaristan'da yapılan bir çalışmada ise gebe kadınların %26'sının doğumdan korktuğu bildirilmiştir (Dimitrova 2012). Ayrıca doğum korkusunun nulliplarlarda, doğum yapan ya da sezaryen olan kadınlardan daha şiddetli yaşandığı ve daha yaygın olduğu yapılan araştırmalarla tespit edilmiştir (Rouhe ve ark. 2009; Nordeng ve ark. 2012; Demirsoy ve Aksu 2015). Danimarka ve İsviçre'de yapılan ulusal çalışma sonuçları, doğum korkusu olan kadınların daha genç, düşük eğitim seviyesine sahip, kişisel sağlığına dikkat etmeyen, sosyal iletişim kaybı olan, sigara içimi yaygın ve yüksek oranda anksiyete ve depresyona sahip kadınlar olduğunu göstermektedir (Waldenström ve ark. 2006; Laursen ve ark. 2008). Doğum korkusunun aşırı seviyede olması depresyonun yanı sıra katekolamin düzeyinin artmasına böylece uterus kontraksiyonlarının baskılanması sonucu doğum süresinin uzamasına (Adams ve ark. 2012) ve doğuma eylemine dışarıdan daha fazla müdahale edilmesine yol açmaktadır (Çiçek ve Mete 2015). Bu nedenle gebelik sırasında ortaya çıkan doğum

korkusunun değerlendirilmesi ve kritik seviyeyi aşmasının önlenmesi; gebede meydana gelen duygu durum değişikliklerinin azaltılması ve kontrol altına alınması açısından önemlidir. Böylece yüksek seviyelerdeki korkunun tetikleyeceği depresyon gibi ruhsal sorunlar da önlenilecektir. Bu tür değerlendirmeler depresyonun bir belirtisi olarak ortaya çıkan doğum korkusunun ayırt edilmesinde de yararlı olacaktır. Böylece özelde gebelik sürecinde anne ve fetüs sağlığı, genelde doğumdan sonraki dönemde ana çocuk sağlığı, aile ve toplum sağlığı korunmuş olacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma gebelikte depresif semptom yaygınlığı ve depresif semptomların doğum korkusu ile ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Gebelerde depresif semptom yaygınlığı nedir?
2. Gebelerde doğum korkusu görülme oranı nedir?
3. Gebelerde görülen doğum korkusunun düzeyi nedir?
4. Gebelerde görülen depresif semptomlar ile doğum korkusu arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Tüm canlılar dünya üzerindeki varlıklarını devam ettirebilmek için birbirinden çok farklı ve çeşitli üreme sistemlerini kullanırlar. Böylece türe özgü özelliklerin korunarak nesilden nesile aktarılması sağlanır. İnsanlarda ise bu amaç için özelleşmiş kadın ve erkek üreme sistemleri vardır (Taşkın 2009; Sözeri 2011).

Kadın üreme hücresi ovum ile erkek üreme hücresi spermiumun birleşmesi ile genetik materyallerin kaynaşmasına fertilizasyon denir. Kadın üreme organı olan uterusun fallop tüplerinde gerçekleşen bu olay sonucunda oluşan yeni hücreye zigot adı verilir. Daha sonra yeni bir bireyin oluşacağı zigot, mitoz bölünmeler ile bir taraftan hücre sayısını artırırken diğer taraftan ilerlemesini sürdürerek 3. günde uterus kavitesine ulaşır ve 4. gün uterusun endometriyum tabakasına implante olmaya başlar (Çiçek ve ark. 2004; Şahin 2015).

İmplantasyonun tamamlanması ile embriyo intrauterin büyüme ve gelişme sürecine girer. Gebelik süresince büyüyen ve gelişen embriyonun/fetüsün tüm gereksinimleri anne adayını tarafından karşılanır. Kadın vücudu bu gereksinimleri karşılarken embriyo/fetüs için optimum ortam koşullarını sağlar. Gebelik son menstruasyonun ilk gününden itibaren 280 gün veya 40 haftalık bir süreçtir (Demiryay 2006; Taşkın 2009).

Gebelik kadının hayatı boyunca karşılaştığı en önemli olaylardan birisidir. Anne adayını 40 haftalık gebelik süresince anatomik, fizyolojik ve psikolojik birçok değişik yaşar. Bu değişiklikler anne ile fetüsün sağlık durumunu en iyi şekilde sürdürebilmelerini, metabolik faaliyetlerini devam ettirebilmelerini ve doğum eylemine hazırlanmalarını sağlar (Taşkın 2009; Kömürcü ve Doğan Merih 2012).

2.2. Gebelikte Meydana Gelen Değişiklikler

Gebelik sürecinde meydana gelen anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler kadının ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu değişiklikler aşağıda kısaca özetlenmiştir.

2.2.1. Anatomik Değişiklikler

İntrauterin gelişimini sürdüren embriyo/fetüs ve hormonal aktiviteler gebelikte oluşan anatomik değişimlerin başlıca nedenleridir. Uterus gebelikten önce yaklaşık olarak 7,5x5x2,5 cm boyutlarında ve 60 gram ağırlığındadır. Gebelik sonunda ise boyutları yaklaşık olarak 28x24x21 cm ağırlığı ise 1100 grama ulaşır. Gebelik haftasına paralel olarak büyüyen uterusun hacmi 10 ml'den 5000 ml'ye kadar artar. Ayrıca östrojen ve progesteron hormonlarının etkisi ile hiperplazi ve yağ depolanması sonucu meme dokusunda da büyüme meydana gelir (Davidson ve ark. 2003; Özorhan 2016).

Uterusun ön tarafa doğru büyümesi ile vücudun ağırlık merkezi de öne doğru yer değiştirir ve bunlara bağlı olarak lumbosakral bölgede lordozis görülür. Bu durumu dengeleyebilmek için servikodorsal eğrilikte değişiklikler meydana gelir (Ayhan ve ark. 2008).

Gebelik haftasına paralel olarak büyüyen uterusun diyafragmayı yukarı yönde itmesi sonucunda kalp de yukarı yönde yer değiştirir. Bu durum apex'in 15 derece sola ve öne dönmesine neden olur (Çiçek ve Mungan 2007). Uterusun itmesi sonucunda diyafram yaklaşık olarak 4 cm yukarı yükselir. Göğsün transvers çapı artar ve subkostal açı %50 oranında genişler. Göğüs çapı yaklaşık 2 cm göğüs çevresi ise 6 cm artar (Köken ve Yılmaz 2007; Çiçek ve Mungan 2007).

2.2.2. Fizyolojik Değişiklikler

Gebelikte görülen fizyolojik değişimlerin başlıca iki nedeni vardır. Bunlar anne adayının gebelik süreci ve doğum eylemi sırasında oluşabilecek komplikasyonlardan korunması ile embriyo/fetüsün büyüme ve gelişmesinin sağlanmasıdır (Demiryay 2006).

Östrojen ve progesteron hormonlarının salınımının artışına bağlı olarak uterusu vaskülarite ve vazodilatasyonda artış meydana gelir. Ayrıca uterusun büyümesine paralel olarak uterusu olan kan akımı da artar (Çiçek ve Mungan 2007). Serviks gebeliğin erken dönemlerinde vazokonjesyon nedeni ile yumuşamaya başlar buna Goodell's belirtisi denir. Hormonların etkisi ile hipertrofi ve hiperplaziye uğrayan serviksde mukus üretimi de artar. Progesteronun da etkisi ile servikal açıklığı kapatan mukoz tıkaç oluşur ve bu sayede intrauterin kaviteye bakteri girişi engellenmiş olur (Ricci 2007). Vajina epitel dokusunda vaskülarizasyonda artma olur. Vajinal sekresyon

miktarı artmıştır ayrıca yoğun, beyaz renkte ve pH değeri 3,5-6 arasındadır. Vajinal sekresyonun asidik özellikte olması gebelik sürecinde enfeksiyonların önlenmesinde önemlidir (Davidson ve ark. 2003).

Gebelik süresi boyunca relaksin hormonunun etkisi ile pelvik eklemlerin bağlarında gevşeme olur. Eklemlerdeki bu gevşeme vajinal doğumu kolaylaştırır ancak gebeliğin sonlarına doğru pelvik ağrı şikâyetlerinin ortaya çıkmasına yol açar (Taşkın 2011). Gebeliğin 6-8 haftalarından itibaren kan hacmi artmaya başlar. Kan hacmindeki bu artış plazma volümünde %30-50 oranında iken, eritrosit hacminde %20-30 oranındadır. Bu durumda gebelerde kan yoğunluğunun azalması sonucunda fizyolojik anemi görülebilir. Gebeliğin son trimesterinde kan viskozitesinin azalması anne adayını tromboembolitik olaylardan korur ayrıca plasental ve fetal dolaşımı kolaylaştırır (Ayhan ve ark. 2008). Gebenin sırt üstü pozisyonda olması; büyüyen uterusun vena kava inferiora baskı yapması nedeni ile venöz dönüşün engellenmesine bağlı kalbe dönen kan miktarını azaltır. Bu durum kan basıncını etkiler ve uterus dolaşımında yetmezlikler ortaya çıkar. Bu nedenle son aylarda anne adayına yan yatış pozisyonu önerilir (Wong ve ark. 2006; Şahin 2015).

Üst solunum yollarında damarlanmaya bağlı olarak mukozalarda ödem ve hiperemi meydana gelir. Bu durum gebelerde burun kanamalarına yol açar. Gebelikte oksijen gereksinimi artar. Buna bağlı olarak pulmoner ventilasyonda %40 oranında artış olur. Solunumda yaşanan değişimler gebelerde dispne, hiperventilasyon gibi semptomlara neden olur (Çiçek ve Mungan 2007; Taşkın 2009).

Gebelikte üriner sistemde meydana gelen değişimlerin kaynağı hormonal etki, kan volümündeki artış ve büyüyen uterusun yaptığı basınçtır. Glomerular filtrasyon hızında %50 oranında bir artış meydana gelir. Glomerular filtrasyon hızının geri emilim hızını aşması sonucunda gebelikte glikozüri görülür. Büyüyen uterusun yaptığı basınç ve üreterlerde dilatasyon gelişmesi sonucunda idrar akımı yavaşlar ve üriner enfeksiyonlara yatkınlık artar (Ayhan ve ark. 2008).

Gebelerde hormonların etkisi ile hiperpigmentasyon meydana gelir. Pigmentasyonun artması perine renginin koyulaşmasına ve yüzde melazma ya da gebelik maskesi denilen hipermelanozis oluşumuna neden olur. Bunun yanında stria, gravidarum ve vasküler değişimler gibi birçok fizyolojik cilt değişiklikleri gözlenebilir. Gebelik haftası ilerledikçe karın duvarı gerilip incelenerek parlak bir görünüm alır. Karın

duvarında daha çok 24. haftadan sonra stria ya da linea gravidarum adı verilen çatlamlar görülür (Ricci 2007; Şahin 2015).

2.2.3. Psikolojik Değişiklikler

Kadın hayatında önemli bir dönüm noktası olan gebelik dönemi yeni rollere uyum gerektiren gelişimsel bir kriz dönemidir. Gebelik kadınlar için mutluluk, doyum, neşe kaynağı olabildiği gibi stres, kaygı, endişe gibi olumsuz duygu durumlarında kaynağı olabilir. Gebelik sürecinde anne adayının yaşadığı duygular ve olaylara verdiği tepkiler trimesterlere göre farklılık gösterir (Terzioğlu 2016; Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş 2011).

Birinci trimesterde genellikle ambivalan duygular baskındır. Anne adayı kendi içerisinde gebe olduğu gerçeğine uyum sorunu ile mücadele verir. Aile hayatı, sosyal çevresi, iş yaşantısı ve gebeliğinin getireceği yeni güçlükler kadının gebe olduğu gerçeğine karşı geliştireceği tutumda etkili olmaktadır (Sözeri 2011; Şahin 2015). Bu dönemde yorgunluk hissetmesi, bulantı kusma gibi fiziksel rahatsızlıkların ortaya çıkması anne adayını ruhsal olarak daha da sıkıntılı bir noktaya getirir hatta gebeliği istememesine neden olabilir. İlk trimesterde istenmeyen gebelikler depresyon riskini arttırabilir (Kuğu ve Akyüz 2001; Taşkın 2009).

İkinci trimester gebeliğin diğer dönemlerine göre ruhsal sorunların görülme oranının en düşük olduğu dönemdir. Anne adayı fiziksel ve mental olarak kendini daha iyi hisseder ve ilk trimesterde yaşadığı bulantı, yorgunluk gibi şikâyetleri azalır. İkinci trimesterde gebeliğe uyum sağlanmaya başlanır ve anne adayı bebeğinin durumuna odaklanır (Sevindik 2005; Şahin 2015).

Üçüncü trimesterde doğum korkusu, bebeğin engelli doğması, doğum sancısı, ölüm korkusu gibi nedenler gebenin stres yaşamasına ve ambivalan duyguların ortaya çıkmasına yol açar. Bu dönemde anne adayının duyarlılığı ve duygusal bağımlılığı artar. Eş desteğinin olması önemlidir. Kadın eşinin gebelik, doğum ve bebek ile ilgili duygularını öğrenmek ister (Taşkın 2009; Sözeri 2011; Özorhan 2016).

Gebelik kadınlarda başka hiçbir nedenle ortaya çıkamayacak birçok sistematik değişime neden olmaktadır. Kadınların çoğu gebeliğe bağlı oluşan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken bazı kadınlarda çeşitli düzeylerde ruhsal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Kadının içinde bulunduğu ruhsal durum gebeliğin seyrini etkileyebildiği gibi, gebelikte kadının ruhsal ve duygusal yaşantısı üzerinde

etkili olmaktadır (Kaplan ve ark. 2007; Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş 2011; Yıldız 2011). Bu etkileşim sonucunda ortaya çıkan depresyon en sık karşılaşılan sorunlardan birisidir.

2.3. Gebelikte Görülen Depresyon

Gebelik süreci ve doğum eylemi kadınların hayat boyu deneyimlediği en önemli olgular arasında yer almaktadır. Bu olgular anne adayları tarafından farklı şekillerde algılanabilir bazı kadınlar gebeliği mutluluk, doyum, olgunluk gibi olumlu duygulanımlar ile ifade ederken bazılarında ise stres, endişe, kaygılı bekleyiş gibi olumsuz duygulanımlar ön plandadır. Olumsuz duygulanımların yanında gebelik sürecinde ailesel problemlerin olması, yeni rollere uyum sağlanamaması, sosyoekonomik problemlerin varlığı ve doğum ile ilgili sorunların olması kadınların sağlığını olumsuz etkilemekte ve depresyon da dâhil olmak üzere birçok soruna yol açmaktadır (Marakoğlu ve Şahsıvar 2008).

Depresyon derin üzüntülü bir duygu durum içerisinde düşünce ve hareketlerde yavaşlama, durgunluk, güçsüzlük, değersizlik, isteksizlik, intihar düşüncesi ve girişimi gibi belirtiler ile kendini gösteren bir sendromdur. Gebelerde depresyon belirti ve bulguları, gebelikte görülen fizyolojik değişimler ve şikâyetler ile benzer olduğundan tanılanması zordur (Marakoğlu ve Şahsıvar 2008; Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş 2011).

Gebelikte görülen başlıca depresyon belirti ve bulguları; uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında değişimler, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğü, doğum ile ilgili kaygılardır (Kocabaşoğlu ve Başer 2008; Özdamar ve ark. 2014). Bu belirtiler ilk ve son trimesterinde daha belirgin olmak üzere gebeliğin tüm süreçlerinde görülür. Gebelikte görülen depresyon belirtileri genel depresyon belirtileri ile aynıdır ancak depresyon tanısı almış gebelerde bulantı, takipne, mide ağrısı ve baş ağrısı şikâyetleri anlamlı derecede fazla görüldüğü rapor edilmiştir (Bowen ve Muhajarine 2006).

Depresyon yaygınlık, tekrarlama ve kronikleşme oranlarının yüksek olması iş gücü kaybı ve intihar riskini arttırması sebebi ile özellikle 18 - 44 yaş aralığındaki kadınlar başta olmak üzere tüm bireyler için önemli bir sağlık sorunudur. Depresyon doğurganlık çağındaki kadınlarda yaygın bir problem olmasının yanında, gebelikte görülme sıklığı daha da artmaktadır (Erbil ve ark. 2009).

Postnatal depresyon araştırmacıların ve klinisyenlerin dikkatini çekmesine rağmen antenatal depresyona ilişkin nispeten daha az araştırma yapılmıştır. Gebelikte depresyon prevalansının postpartum depresyon prevalansına eşit veya daha yüksek olduğu yapılan çalışmalarla tespit edilmiştir (Evans ve ark. 2001; Ocaktan ve ark. 2006). Gebelikte görölen depresyon ile ilgili yapılan araştırmalara göre depresyon ve depresif semptom yaşama yaygınlığı %11,1 - %31,8 arasında değişmektedir (Felice ve ark. 2004; Ocaktan ve ark. 2006; Biratu ve Haile 2015).

Gebelerin kontrol ve bakım hizmetlerini veren sağlık personelleri depresyona neden olan etkenleri bilmelidir. Kadınların geçmişte depresyon tanısı almış olması, ailesinde depresyon tanısı almış bireylerin olması, eşinden veya çevresinden yeterli sosyal destek görmemesi, fiziksel, duygusal veya cinsel istismar geçmişi, sigara içme, alkol tüketme, madde kullanımı ya da geçmişi, stresli sağlık sorunları, yalnız yaşama ve gebeliği hakkında kararsızlık yaşaması gebelikte depresyon görölme riskini arttıran etkenlerdir (Westdahl ve ark. 2007; Muzik ve ark. 2009;). İstenmeyen gebelik de dâhil olmak üzere gebelik ve doğum ile ilgili olumsuz olaylar maternal depresyona önemli ölçüde katkı sağlayabilir (Akkaş Yılmaz 2013; Abajobir ve ark. 2016).

Depresyon önlenemediği ve tedavi edilmediği takdirde gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerde anne ve bebek için birçok komplikasyona ve olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (Bonari ve ark. 2004; Muzik ve ark. 2009). Bu olumsuz sonuçlar Tablo-2.1'de verilmiştir (Chung ve ark. 2001; Muzik ve ark. 2009; Özten ve Hızlı Sayar 2015; Gentile 2017).

Tablo 2.1: Depresyonun Anne ve Yenidoğan İçin Olumsuz Sonuçları

| Annede Görülen Olumsuz Sonuçlar | Yenidoğanda Görülen Olumsuz Sonuçlar |
|--|---|
| Maternal morbidite ve mortalite hızında artış | Düşük apgar skoru |
| Gebelikte hipertansif durumlar (preeklampsi, eklampsi) | Neonatal yoğun bakım gerektiren bebek |
| Spontan abortus | Neonatal büyüme geriliği |
| Spontan erken doğum | Fetal ölüm |
| Antenatal kanama | Motor ve dil gelişiminde gecikme |
| Sigara ve alkol kullanımında artış | Duygusal gelişimde bozukluk ve davranış problemleri |

Depresyon bunların yanı sıra isteğe bağlı sezaryen oranında artışa, doğuma forseps vakum gibi mekanik müdahalelere, ağrı artışına yol açması nedeni ile daha fazla farmakolojik tedavi kullanılmasına neden olmaktadır. Ayrıca gebelikte görülen depresyon postpartum depresyona neden olan önemli bir etken olarak belirtilmiştir (Chung ve ark. 2001; Karaçam ve Ançel 2009; Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş 2011).

Allister ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada fetal kalp monitörüne bağlanan gebelerde 10 dakika boyunca bazal fetal kalp atım hızı kaydedilmiş, başlangıç periyodu sırasında herhangi bir dış uyaran verilmediğinde, depresif gebelerin fetüslerinin kontrol grubunda bulunan gebelerin fetüslerinden daha yüksek fetal kalp atım hızına sahip olduğunu tespit edilmiştir (Allister ve ark. 2001). Li ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmadan elde ettikleri sonuçlara göre depresif belirtileri olan gebe kadınların preterm doğum riski artmaktadır. Ayrıca depresif belirtilerin yanı sıra obezite ve stresli olaylar, sosyal risk faktörleri ve üreme sağlığı ile ilgili riskli durumların varlığının preterm doğum riskini daha da şiddetlendirebileceğini ifade etmişlerdir (Li ve ark. 2009).

Benzer şekilde maternal depresyonun yenidoğan üzerindeki etkilerinin incelendiği araştırmalara göz attığımızda, Lundy ve arkadaşlarının çalışmasında depresif gebelerin yenidoğanlarında daha yüksek plazmatik kortizol ve norepinefrin düzeyi gösterdikleri bulunmuştur (Lundy ve ark. 1999). Bir başka araştırmada ise Field ve arkadaşları depresif semptom yaşayan gebelerde prenatal kortizol düzeylerini daha yüksek,

dopamin ve serotonin düzeylerini ise daha düşük bulmuşlardır. Ayrıca depresif semptom yaşayan gebelerin preterm eylem ve düşük doğum ağırlıklı bebeklere sahip olma olasılıklarını daha yüksek bulmuşlardır. Depresif semptom yaşayan gebelerin yenidoğanları, daha yüksek kortizol düzeylerine, daha düşük dopamin ve serotonin düzeylerine sahip olup annelerinin prenatal seviyelerini taklit etmişlerdir (Field ve ark. 2004). Bir başka araştırmada ise daha zayıf büyüme ve daha yüksek diyare riski gibi yenidoğan fiziksel problemleri, prenatal dönemde maternal depresyon ile ilişkili bulunmuştur (Rahman ve ark. 2004).

2.4. Doğum Korkusu

Gebelik anatomik, fizyolojik ve psikolojik birçok değişimler ile kadının doğum eylemine ve annelik rolüne hazırlandığı bir dönemdir. Bu dönemde kadınlar neler olacağını tahmin edilemeyeceği ve nasıl sonuçlanacağı kesin olarak belli olmayan bir süreç olan doğum eyleminden çok çeşitli ve farklı düzeylerde korku duymaktadırlar (Şahin ve ark 2009; Demirsoy ve Aksu 2015).

Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre korku kelimesinin ruh bilimindeki karşılığı, gerçek veya beklenen bir tehlike ile yoğun bir acı karşısında uyanan ve coşku, beniz sararması, ağız kuruması, kalp, solunum hızlanması vb. belirtileri olan veya daha karmaşık fizyolojik değişimler ile kendini gösteren duygu olarak verilmiştir (<http://www.tdk.gov.tr> Erişim Tarihi: 19.10.2018). Korku diğer duygular gibi değişik belirtiler ile her insanın farklı durumlar karşısında yaşayabileceği bir duygudur. Önemli olan bu gibi duygu ve düşüncelerin günlük yaşantıyı olumsuz olarak etkilemesine izin vermemektir (Lazoğlu 2014). Makul seviyede bir korkunun kadının doğuma hazırlanmasında faydalı olacağı belirtilmiştir ancak doğum korkusu gebelikten önce ortaya çıkar ve patolojik bir hal alırsa “tokofobi” olarak adlandırılır (Alessandra ve Roberta 2013; Molgora ve ark. 2018).

İlk kez Hofberg ve Brockington tarafından gebeliğe özgü spesifik bir anksiyete türü ve doğum sırasında ölme korkusu olarak tanımlanan tokofobi günümüz literatüründe patolojik doğum korkusu olarak ifade edilmektedir. Tokofobi primer, sekonder ve prenatal depresyon belirtisi şeklindeki tokofobi olmak üzere üç grupta toplanmaktadır (Hofberg ve Brockington 2000; Körükçü 2009).

Primer tokofobi, gebelikten önce ortaya çıkan doğum korkusudur. Adölesan veya erken erişkinlik döneminde oluşabilen primer tokofobi kadının gebelikten kaçınmasına neden olabilir. Bu kadınlar gebe kalmaları durumunda bebeği istiyor olmalarına rağmen doğum korkusu nedeni ile gebeliklerini sonlandırabilir ya da hekimden elektif sezaryen talep edebilirler. Primer tokofobi ile baş etmek zordur. Bu nedenle kadınlar çocuksuz kalmayı ya da evlat edinmeyi tercih etmektedirler (Serçekuş 2005; Öztürk 2014).

Sekonder tokofobi, daha önce yaşanan travmatik bir obstetrik olaydan sonra gelişen doğum korkusudur. Bu travmatik olayın en tipik şekli “travmatik doğum eylemidir”. Bunun yanı sıra düşük yapma, ölü doğum veya gebeliğin sonlandırılmasını takip eden dönem kadın için travmatik olabilen durumlardır (Körükçü 2009; Alessandra ve Roberta 2013).

Prenatal Depresyon Belirtisi Şeklindeki Tokofobi, prenatal dönemde anne adayının herhangi bir korku ya da kaygısının olmamasına rağmen gebelik sürecinde yaşadığı depresif duygu durumu ile birlikte kendisini gösteren doğum korkusudur. Bu tür olgularda gebe kadın bebeği doğuramayacağını, doğum yapsa bile öleceğini düşünür (Körükçü 2009; Öztürk 2014).

2.4.1. Doğum Korkusunun Nedenleri

Gebelikte döneminde görülen doğum korkusunun nedenleri biyolojik, psikolojik nedenler, sosyal destek yetersizliği ve daha önceki doğum deneyimlerine bağlı nedenler olarak belirtilmiştir (Güleç ve ark 2014; Bülbül ve ark. 2016). Kadının doğumdan korkmasına neden olan etkenin araştırılarak belirlenmesi bu korkunun aşılmasını sağlayabilir (Rathfisch 2012).

Doğum korkusuna neden olan biyolojik faktör doğum ağrısıdır. Doğum ağrısı doğum korkusuna neden olan etkenlerin başında gelir (Uçar ve Gölbaşı 2015). Doğum korkusunun nedeni olarak araştırmalarda en fazla sorgulanan ifadelerden birisi doğum ağrısıdır. Vajinal doğum ile sezaryen doğumun karşılaştırıldığı bir araştırmada gebelerin %29’u acı çekmekten korktuklarını ifade etmişlerdir (Dönmez ve ark. 2014). Kadınların hangi doğum yapma şeklini tercih edeceklerinin araştırıldığı bir çalışmada sezaryen doğumu tercih etme nedenleri arasında en fazla doğumdan / doğum ağrısından korkma (%71,1) olduğu bulunmuştur (Gözükara ve Eroğlu 2008). Yapılan araştırmalar doğum korkusu yüksek olan gebelerin daha fazla ağrı yaşadığını ayrıca doğum ağrısı fazla

olanlarında daha fazla korktuğunu göstermektedir (Gözükara ve Eroğlu 2008; Sayiner ve ark. 2009; Karabulutlu 2012).

Doğum korkusunun psikososyal nedenleri arasında genel anksiyete, düşük benlik saygısı, post travmatik stres bozukluğu, sosyal destek yetersizliği, eş desteğinin yetersiz olması, çocukluk çağı istismarı gibi durumlar yer alır. Gebenin yaşadığı en son doğum deneyimi sonraki doğuma ilişkin anksiyete ve korku seviyesinin belirlenmesinde önemli yere sahiptir (Alessandra ve Roberta 2013; Çiçek ve Mete 2015; Molgora ve ark. 2018). Yurt dışında yapılan çalışmalarda doğum korkusu olan kadınların daha genç, düşük eğitim seviyesine sahip, kişisel sağlığına dikkat etmeyen, sosyal iletişim kaybı olan, sigara içimi yaygın ve yüksek oranda anksiyete ve depresyona sahip kadınlar olduğu tespit edilmiştir (Waldenström ve ark. 2006; Laursen ve ark. 2008). Yapılan bir çalışmada anksiyete veya depresyon yaşayan kadınların doğum korkusunun 2,4 kat, anksiyete ve depresyonu birlikte yaşayan kadınların doğum korkusunun ise 11 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Storksens ve ark. 2012). Klinik depresyonu olan kadınların şiddetli doğum korkusu hissetme olasılıkları artmaktadır (Molgora ve ark. 2018).

Gebelerin daha önce yaşadıkları olumsuz deneyimler doğumdan korku duymalarına neden olur. Bu olumsuz deneyimler arasında perineal yırtıklar, müdahaleli doğum eylemi, doğum sırasında bebeğin zarar görmesi, sağlık personelinin olumsuz davranışlarına maruz kalma gibi birçok durum sıralanabilir (Uçar ve Gölbaşı 2015; Molgora ve ark. 2018). Yapılan bir araştırmada önceki gebeliklerinde ölü doğum, abortus veya anomalili bebek doğurma gibi olumsuz problemleri yaşayan kadınlarda sonraki gebeliklerinde doğum korkusu oluşma riskinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Melender 2002). İsveç'te yapılan bir araştırmada önceki doğum deneyimini travmatik olarak tanımlayıp doğum korkusu yaşayan gebelerde, sezaryen doğum oranının 5,2 kat arttığı belirlenmiştir (Sydsjö ve ark. 2013).

2.4.2. Doğum Korkusunun Olumsuz Sonuçları

Oldukça rahatsız edici bir duygu olan doğum korkusunun ve ortaya çıkardığı stresin gebelik süreci, doğum eylemi ve fetüs üzerinde olumsuz sonuçları vardır. (Bakshi ve ark. 2008). Ayrıca yapılan araştırmalar önlenemeyen ya da tedavi edilmeyen doğum korkusunun doğum sonrası süreçlerde de olumsuz sonuçları olduğunu göstermektedir.

Doğum korkusu gebelik öncesinde başlayabilir. Bu durum kadının gebe kalmak istememesine neden olur hatta doğum korkusu olan kadınlar gebe kalmaları durumunda gebeliklerini sonlandırmaya karar verebilirler. Bazı kadınlar çok istemelerine rağmen doğum korkusu nedeni ile çocuksuz kalmayı tercih edebilirler (Sydsjö ve ark. 2013; Klabbbers ve ark. 2016). Literatürde kadınların %13'ünün doğum korkusundan dolayı gebeliği ertelediği ya da gebe kalmaktan kaçındığı belirtilmektedir (Hofberg ve Ward 2003).

Doğum korkusu gebenin günlük yaşamını etkileyebilir (Sydsjö ve ark. 2013). Gebelikte doğuma yönelik giderek artan stres ve anksiyete, gebenin bazı emosyonel, davranışsal ve fiziksel değişimler yaşamasına neden olabilir. Gebe uykusuzluk, huzursuzluk, sinirlilik, ağlama nöbetleri, yeme içme ve fiziksel aktivitelerde değişim yaşayabilir (Bakshi ve ark. 2008).

Gebenin doğum sırasında yaşadığı korku ve endişe gibi duygu durumları, adrenalin ve noradrenalin gibi stres hormonlarının salınımını artırır (Adams 2012; Alessandra ve Roberta 2013). Bu hormonlar uterusu giden kan akımında azalmaya neden olur. Uterusa giden kan miktarındaki azalma paralel olarak plasental dolaşımdaki oksijen seviyesi azalır. Fetusa giden oksijen azaldığından ise fetusta distres gelişir. Bu durum gebeye tıbbi müdahale gereksinimini artırır (Alessandra ve Roberta 2013; Onat Köroğlu ve ark. 2017).

Korku ve endişe durumunda artan adrenalin hormonu, oksitosin miktarını azaltarak doğum sırasındaki kontraksiyonların baskılanmasına neden olur böylece doğum eyleminin uzamasına, hatta durmasına yol açar (Alessandra ve Roberta, 2013). Doğum eyleminin ikinci evresi uzar ve uzayan doğum eylemi gebede doğum korkusunu daha da artırır. Doğum korkusu yaşayan kadın ile sağlık personeli arasındaki iletişim problemleri doğumun yönetimini zorlaştırarak, klinik karar vermeyi geciktirebilir (Adams ve ark. 2012).

Yapılan araştırmalarda doğum öncesi dönemde ortaya çıkan stres ve anksiyete preterm eylem, postterm eylem, doğum sürecinde uzama, doğumda analjezi kullanımında artış, müdahaleli doğum ve acil sezaryen ile ilişkili bulunmuştur. Fetusta asfiksi, intrauterin gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlığı görülür (Saisto ve ark. 2001; Bakshi ve ark. 2008). Doğum korkusu yaşayan kadını sakinleştirmek için kullanılan ilaçlar yeni doğanı da etkiler. Gebede doğum sırasında anksiyete mevcut ise

yeni doğanın apgar skoru normalden daha dūřuk olabilir (Alessandra ve Roberta 2013). Ayrıca maternal anksiyete erken çocukluk dönemindeki zihinsel ve motor becerileri geciktirebilir ve neonatal kolik oluşturabilir (Bakshi ve ark. 2008). Amniyotik mayide kortizol seviyesinin yüksek olması fetüsün beyin gelişimini dolayısıyla sosyal beceri, bellek ve dil yeteneklerini etkileyebilir (Alessandra ve Roberta 2013).

Gebelik döneminde başlayan doğum korkusu olumsuz bir doğum deneyimiyle sonuçlandığı gibi doğum sonu dönemde de depresyon, anne bebek bağlanmasında gecikme (Saisto ve ark. 2001; Bakshi ve ark. 2008) ve post travmatik stres bozukluğuna neden olur (Aksoy 2015). Doğum korkusunun düzeyinin tespit edilmesi gebeye özgü yeterli destek ve müdahalenin uygulanması açısından önemlidir (Molgora ve ark. 2018).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, gebelikte depresif semptom yaygınlığı ve depresif semptomların doğum korkusu ile ilişkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, 20.03.2017-30.06.2017 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sivas Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerinde yapılmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sivas Numune Hastanesi 11 kadın doğum uzmanı ile hizmet sunmaktadır. Poliklinik içerisinde 2 ebeğin görev yaptığı 1 adet Nonstres Test (NST) odası bulunmaktadır. Kadın doğum polikliniklerine gebelik planlayan, halihazırda gebeliği devam etmekte olup gebelik takibi yaptıran ve doğum yapmayı amaçlayan kadınlar başta olmak üzere tüm kadınlar kontrol, tedavi ve tetkik amacı ile başvurumaktadırlar.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Sivas Numune Hastanesi Kadın Doğum Polikliniklerine doğum öncesi kontrol amacı ile başvuran 27 ve üzeri gebelik haftasına sahip kadınlar oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnekleme alınacak gebe sayısını belirlemek amacı ile güç analizi yapılmıştır %80 güç, 0,05 yanılma payı ve %95 güvenirlikle 262 gebenin araştırmaya alınmasına karar verilmiştir. Daha önce depresyon tanısı almamış, kesin sezaryen endikasyonu bulunmayan, 27 ve üzeri gebelik haftasına sahip ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “Kişisel Özellikler Formu” (Ek 1), “Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği” (Ek 2) ve “Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonu” (Ek 3) kullanılmıştır.

3.5.1. Kişisel Özellikler Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Özellikler Formu kadınların sosyodemografik özelliklerini (yaş, eğitim durumu, aile tipi vb.), genel sağlık öyküsünü (kronik hastalık varlığı, sigara kullanımı vb.), evlilik ve obstetrik özelliklerini (evlilik yaşı, gebelik sayısı, doğum sayısı vb.) ve var olan gebeliğe ilişkin öyküsünü (gebelik haftası, kontrol sayısı vb.) belirlemek amacı ile oluşturulan 24 soruyu içermektedir.

3.5.2. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği Cox ve arkadaşları tarafından 1987’de tanımlanmış ve günümüze kadar pek çok ülkede, farklı dillerde geçerliliğini ve güvenilirliğini kanıtlayarak erken postnatal depresyonun klinisyenlerce fark edilmesinde oldukça faydalı olmuştur. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını ise Engindeniz ve arkadaşları 1996’da yapmışlardır ve ölçeğin iç tutarlılık katsayısını 0,79 olarak bulmuşlardır. Araştırmamızda Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinin Cronbach Alfa katsayısı 0,76 olarak hesaplandı. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, 4’lü likert tipinde 10 maddeden oluşan kendini bildirim ölçeğidir. Sorulara verilen yanıtlar 0-3 arasında puanlandırılmakta olup ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 1.,2. ve 4. maddeler 0-1-2-3 şeklinde puanlanırken, 3.,5.,6.,7.,8.,9. ve 10. maddeler 3-2-1-0 şeklinde, ters olarak puanlandırılmaktadır. Araştırmamızda Edinburgh Postpartum Depresyon ölçeği kesme noktası 12 puan olarak belirlenmiş olup bu değer ve üzerinde puan alanların depresyon semptomu yaşadığı kabul edilmiştir (Cox ve ark. 1987; Engindeniz ve ark. 1996).

3.5.3. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu

Wijma Doğum Beklentisi /Deneyimi Ölçeği A Versiyonu kadınların yaşadığı doğum korkusunu ölçmek amacı ile Wijma ve ark. (1998) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe

geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Körükçü ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır ve ölçeğin Cronbach Alfa değeri primipar gebeler için 0,88, multipar gebeler için 0,90 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ise Wijma Doğum Beklentisi /Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Cronbach Alfa değeri 0,88 olarak hesaplandı. Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte doğum sancıları ve doğumun nasıl olacağı, doğum sancuları ve doğum sırasında nasıl hissedecekleri, bebek doğduğundaki duyguları, bir ay içerisinde doğuma yönelik düşünceleri içeren sorular yer almaktadır. Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekten en yüksek alınan puan 165'tir. 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31 numaralı sorular ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça korku artmaktadır buna göre korku düzeyi de değişmektedir. W-DEQ-A puanları dört alt gruba ayrılmıştır. Bunlar; düşük derecede doğum korkusu yasayanlar (W-DEQ-A puanı ≤ 37), orta derecede doğum korkusu yasayanlar (W-DEQ-A puanı 38-65 arasında olanlar), şiddetli derecede doğum korkusu yasayan kadınlar (W-DEQ-A skor 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu yasayan kadınlardır (W-DEQ-A puanı ≥ 85) (Körükçü 2009; Körükçü ve ark. 2012).

3.6. Verilerin Toplaması

Veri toplama formları örnekleme alınan gebe kadınlara kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 16.0 programında değerlendirilmiştir. Sayımla elde edilen veriler sayı ve yüzde olarak, ölçümle elde edilen veriler ortalama ve standart sapma olarak gösterilmiştir. Ölçümle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde normal dağılıma uygun olan verilerde bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, uymayanlarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup karşılaştırmalarında normal dağılıma uygun verilerde varyans analizi, uymayanlarda Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Ölçümle elde edilen iki değişken arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütölmüştür. Uygulamaya geömeden önce Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakölte Etk Kurul Başkanlığı'ndan 20.01.2017 tarihli, 2017-01/21 sayılı etik kurul onayı (EK.5) ve öalışmanın yapılacağı Sivas Numune Hastanesi'nin bağlı bulunduğu T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden 20.03.2017 tarihli, 75723911-044 sayılı (EK.6) yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınacak tüm gebeler; yapılacak olan araştırmaya yönelik bilgilendirilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-4). Öalışmaya katılan gebelere elde edilen verilerin bilimsel amaölarla sadece bu öalışma için kullanılacağı belirtilmiştir. Araştırmamız Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından SBF-051 numaralı Yüksek Lisans Araştırma Projesi olarak desteklenmiştir (Ek-7).

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Gebe Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları

| Özellikler | Sayı (%) |
|-----------------------|------------|
| Eğitim | |
| İlkokul ve altı | 39 (14,9) |
| Ortaokul | 100 (38,2) |
| Lise ve üzeri | 123 (46,9) |
| Aile Tipi | |
| Çekirdek Aile | 207 (79,0) |
| Geniş Aile | 55 (21,0) |
| Yaşadığı Yer | |
| İl Merkezi | 211 (80,5) |
| İlçe ve Köy | 51 (19,5) |
| Çalışma Durumu | |
| Çalışan | 35 (13,4) |
| Çalışmayan | 227 (86,6) |
| Ekonomik Durum | |
| Geliri Fazla | 12 (4,6) |
| Geliri Giderine Eşit | 171 (65,3) |
| Gideri Fazla | 79 (30,2) |
| Sosyal Güvence | |
| Var | 229 (87,4) |
| Yok | 33 (12,6) |
| Toplam | 262 (100) |

Araştırmaya katılan gebe kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %46,9’u lise ve üzeri eğitime sahip, %79,0’u çekirdek aile yapısında, %80,5’i il merkezinde ikamet etmekte, %86,6’sı herhangi bir işte çalışmamakta, %65,3’ünün geliri giderine eşit olduğu ve %87,4’ünün sosyal güvencesi bulunduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Gebe Kadınların Bazı Bireysel ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Ortalamaları (n=262)

| Değişkenler | Ortalama ± SD | Minimum | Maksimum |
|--------------------|----------------------|----------------|-----------------|
| Yaş | 27,08 ±5,34 | 17 | 43 |
| Evlilik Yaşı | 21,28 ± 3,66 | 14 | 38 |
| Evlilik Süresi | 5,58 ±5,22 | 0 | 24 |
| Gebelik Sayısı | 2,33 ±1,35 | 1 | 8 |
| Doğum Sayısı | 1,04 ± 1,06 | 0 | 5 |
| Düşük Sayısı | 0,28 ± 0,61 | 0 | 4 |
| Kürtaj Sayısı | 0,01 ± 0,10 | 0 | 1 |
| Gebelik Haftası | 34,88 ± 3,40 | 27 | 41 |
| Kontrol Sayısı | 9,24 ± 3,60 | 1 | 25 |

Araştırmaya katılan gebe kadınların bazı bireysel ve obstetrik özelliklerine ilişkin ortalamaları Tablo 4.2’de verilmiştir. Tabloya göre, kadınların yaş ortalamasının 27,08 ±5,34, ortalama evlilik yaşının 21,28 ± 3,66, ortalama evlilik süresinin 5,58 ±5,22, ortalama gebelik sayısının 2,33 ±1,35, ortalama doğum sayısının ise 1,04 ± 1,06 (Min:0, Max:5) olduğu belirlendi. Ayrıca araştırmaya katılan gebelerin ortalama 34,88 ± 3,40 gebelik haftasına sahip olduğu ve ortalama 9,24 ± 3,60 defa doğum öncesi kontrole geldiği belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Gebe Kadınların EPDÖ ve W-DEQ-A Puan Ortalamaları (n=262)

| | Ortalama ± SD | Minimum | Maksimum |
|---------|----------------------|----------------|-----------------|
| EPDÖ | 8,45 ± 4,48 | 0 | 21 |
| W-DEQ-A | 56,29 ± 19,50 | 5 | 108 |

Araştırmaya katılan gebe kadınların EPDÖ ve W-DEQ-A puan ortalamaları Tablo 4.3’de verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların depresyon puan ortalamaları 8,45 ± 4,48, doğum korkusu puan ortalamaları ise 56,29 ± 19,50 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4. Gebe Kadınların EPDÖ Puanına Göre Depresif Semptom Yaşama

Durumlarının Dağılımı (n=262)

| Depresif Semptom | Sayı | (%) |
|-------------------------|-------------|------------|
| Yaşayan | 57 | (21,8) |
| Yaşamayan | 205 | (78,2) |

Araştırmaya katılan gebe kadınların EPDÖ puanına göre depresif semptom yaşama durumlarının dağılımı Tablo 4.4’de verilmiştir. Buna göre kadınların %21,8’inin gebelikte depresif semptom yaşadığı bulunmuştur.

Tablo 4.5. Gebe Kadınların W-DEQ-A Puanına Göre Doğum Korkusu Düzeyleri

(n=262)

| Korku Düzeyi | Sayı | (%) |
|------------------------------|-------------|------------|
| Düşük (37 ve altı) | 49 | (18,7) |
| Orta (38-65) | 127 | (48,5) |
| Şiddetli (66-84) | 69 | (26,3) |
| Klinik Düzeyde (85 ve üzeri) | 17 | (6,5) |

Araştırmaya katılan gebe kadınların W-DEQ-A puanına göre doğum korkusu düzeyleri Tablo 4.5’te gösterilmiştir. Buna göre kadınların; %48,5’ inin orta düzeyde, %26,3’ünün şiddetli düzeyde %6,5’inin ise klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Gebe Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre EPDÖ Puan Ortalaması (n=262)

| | EPDÖ Puan Ortalaması ± SD | |
|------------------------|----------------------------------|-------------------|
| Eğitim | | |
| İlkokul ve altı | 9,17 ±4,48 | KW=1,57 p=0,45 |
| Ortaokul | 8,47 ±4,68 | |
| Lise ve üzeri | 8,21 ±4,33 | |
| Çalışma | | |
| Evet | 7,88 ± 4,74 | z=-0,79 p=0,42 |
| Hayır | 8,54 ± 4,44 | |
| Aile Tipi | | |
| Çekirdek | 8,28 ± 4,34 | z=-1,04 p=0,29 |
| Geniş | 9,09 ± 4,97 | |
| Yerleşim Yeri | | |
| İl | 8,34 ± 4,38 | z=-0,68 p=0,49 |
| İlçe ve Köy | 8,94 ± 4,90 | |
| Evlenme Şekli | | |
| Görücü Usulü | 8,53 ± 4,37 | z=-0,50 p=0,61 |
| Tanışarak | 8,37 ± 4,60 | |
| Kronik Hastalık | | |
| Evet | 7,70 ± 4,18 | z=-0,81 p=0,41 |
| Hayır | 8,54 ± 4,51 | |
| Sigara Kullanma | | |
| Evet | 9,53 ± 3,94 | z=-1,05 p=0,29 |
| Hayır | 8,39 ± 4,51 | |

Araştırmaya katılan gebe kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre EPDÖ puan ortalamaları Tablo 4.6’da gösterilmiştir. Tabloya göre ilkokul ve altında eğitim düzeyinde olanlarda, çalışmayanlarda, geniş aile tipine sahip olanlarda, fiziksel

rahatsızlığı bulunanlarda ve sigara kullananlarda EPDÖ puan ortalamaları daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.7. Gebe Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre EPDÖ Puan

Ortalaması (n=262)

| | EPDÖ Puan Ortalaması \pm SD | z / p |
|---------------------------------|---|---------------|
| Gebelik Sayısı | | |
| Primigravida | 7,62 \pm 4,16 | -2,28 / 0,01* |
| Multigravida | 8,88 \pm 4,59 | |
| Doğum Sayısı | | |
| Primipar | 7,68 \pm 4,26 | -2,38 / 0,01* |
| Multipar | 8,92 \pm 4,56 | |
| Planlı Gebelik | | |
| Evet | 8,12 \pm 4,37 | -2,13 / 0,03* |
| Hayır | 9,50 \pm 4,68 | |
| Düzenli Kontrol | | |
| Evet | 8,31 \pm 4,48 | -1,71 / 0,08 |
| Hayır | 9,84 \pm 4,32 | |
| Gebelik Eğitimi | | |
| Evet | 7,68 \pm 4,48 | -1,25 / 0,20 |
| Hayır | 8,62 \pm 4,47 | |
| Doğum Yapmaktan Korkuyor | | |
| Evet | 9,03 \pm 4,39 | 3,53 / 0,00* |
| Hayır | 6,74 \pm 4,33 | |

Araştırmaya katılan gebe kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre EPDÖ puan ortalamaları Tablo 4.7’de verilmiştir. Buna göre EPDÖ puan ortalamalarının multigravidalarda primigravidalara göre daha yüksek olduğu ($p<0,05$), multipar kadınlarda primipar kadınlardan daha yüksek olduğu ($p<0,05$), planlamadan gebe kalanlarda planlı bir gebeliğe sahip olanlardan daha yüksek olduğu ($p<0,05$), ve doğum yapmaktan korktuğunu ifade edenlerde doğum yapmaktan korkmuyorum diyenlerden daha yüksek olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur. Ayrıca düzenli kontrole gelenler ile gebelik

eğitimi alanlarda depresyon puan ortalamaları daha düşük olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Gebe Kadınların Bazı Özellikleri ile EPDÖ Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon (n=262)

| | | EPDÖ |
|------------------------|--------------|--------------|
| Yaş | r / p | 0,13 / 0,03* |
| Evlilik Yılı | | 0,17 / 0,00* |
| Evlilik Yaşı | | -0,06 / 0,27 |
| Gebelik Sayısı | | 0,15 / 0,01* |
| Doğum Sayısı | | 0,15 / 0,01* |
| Düşük Sayısı | | 0,00 / 0,90 |
| Gebelik Haftası | | 0,01 / 0,82 |
| W-DEQ-A | | 0,44 / 0,00* |

Araştırmaya katılan gebe kadınların bazı özellikleri ile EPDÖ puan ortalaması arasındaki korelasyon Tablo 4.8’de gösterilmiştir. Tabloya göre yaş, evlilik yılı, gebelik sayısı, doğum sayısı ve doğum korkusu puan ortalaması ile depresyon puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) pozitif yönde bir korelasyon bulunmuştur.

Tablo 4.9. Gebe Kadınların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre W-DEQ-A Puan Ortalaması (n=262)

| | W-DEQ-A Puan Ortalaması ± SD | |
|-----------------------------|-------------------------------------|-----------|
| Eğitim | | |
| İlkokul ve altı | 56,10 ± 18,90 | F = 0,01 |
| Ortaokul | 56,52 ± 19,92 | P = 0,98 |
| Lise ve üzeri | 56,17 ± 19,50 | |
| Çalışma | | |
| Evet | 58,82 ± 19,23 | t = 0,82 |
| Hayır | 55,90 ± 19,56 | p = 0,41 |
| Aile Tipi | | |
| Çekirdek | 56,30 ± 19,34 | t = 0,02 |
| Geniş | 56,23 ± 20,29 | p = 0,98 |
| Yerleşim Yeri | | |
| İl | 56,16 ± 19,35 | t = -0,21 |
| İlçe ve Köy | 56,82 ± 20,31 | p = 0,82 |
| Evlenme Şekli | | |
| Görücü Usulü | 55,42 ± 19,60 | t = -0,73 |
| Tanışarak | 57,20 ± 19,43 | p = 0,46 |
| Kronik Hastalık | | |
| Evet | 59,74 ± 23,28 | t = 0,96 |
| Hayır | 55,89 ± 19,04 | p = 0,33 |
| Fiziksel Rahatsızlık | | |
| Evet | 58,50 ± 16,26 | t = 0,16 |
| Hayır | 56,27 ± 19,55 | p = 0,87 |
| Sigara Kullanma | | |
| Evet | 62,66 ± 20,46 | t = 1,30 |
| Hayır | 55,90 ± 19,50 | p = 0,19 |

Araştırmaya katılan gebe kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre W-DEQ-A puan ortalaması Tablo 4.9’da gösterilmiştir. Tabloya göre gebe kadınların eğitim

düzeyleri, aile tipi, yerleşim yeri ile doğum korkusu puan ortalamaları arasında fark yoktur ($p>0,05$). Ayrıca doğum korkusu puan ortalamaları çalışan kadınlarda çalışmayanlara göre, kronik hastalığı olanlarda kronik hastalığı bulunmayanlara göre, sigara kullananlarda sigara kullanmayanlara göre daha fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Gebe Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre W-DEQ-A Puan Ortalaması (n=262)

| | W-DEQ-A Puan Ortalaması \pm SD | t / p |
|---------------------------------|--|---------------|
| Gebelik Sayısı | | |
| Primigravida | 51,67 \pm 19,11 | -2,78 / 0,00* |
| Multigravida | 58,67 \pm 19,33 | |
| Doğum Sayısı | | |
| Primipar | 52,64 \pm 19,62 | -2,38 / 0,01* |
| Multipar | 58,50 \pm 19,15 | |
| Planlı Gebelik | | |
| Evet | 55,28 \pm 19,85 | -1,45 / 0,14 |
| Hayır | 59,37 \pm 18,20 | |
| Düzenli Kontrol | | |
| Evet | 55,62 \pm 19,55 | -1,71 / 0,08 |
| Hayır | 62,64 \pm 18,21 | |
| Gebelik Eğitimi | | |
| Evet | 52,51 \pm 20,83 | -1,47 / 0,14 |
| Hayır | 57,12 \pm 19,15 | |
| Doğum Yapmaktan Korkuyor | | |
| Evet | 59,58 \pm 19,20 | 4,90 / 0,00* |
| Hayır | 46,53 \pm 17,08 | |

Araştırmaya katılan gebe kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre W-DEQ-A puan ortalaması Tablo 4.10'da gösterilmiştir. Tabloya göre doğum korkusu puan ortalamalarının multigravidalarda primigravidalara göre daha yüksek olduğu ($p<0,05$), multipar kadınlarda primipar kadınlardan daha yüksek olduğu ($p<0,05$), doğum

yapmaktan korktuğunu ifade edenlerde doğum yapmaktan korkmuyorum diyenlerden daha yüksek olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur. Ayrıca planlı gebelikte, düzenli kontrole gelen gebelerde ve gebelik eğitimi alanlarda doğum korkusu puan ortalamaları daha düşük olmasına rağmen istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.11. Gebe Kadınların Bazı Özellikleri ile W-DEQ-A Puan Ortalaması Arasındaki Korelasyon (n=262)

| | | W-DEQ-A |
|------------------------|--------------|----------------|
| Yaş | r / p | 0,07 / 0,22 |
| Evlilik yılı | | 0,10 / 0,09 |
| Evlilik Yaşı | | -0,04 / 0,47 |
| Gebelik Sayısı | | 0,07 / 0,23 |
| Doğum Sayısı | | 0,09 / 0,11 |
| Düşük Sayısı | | -0,05 / 0,35 |
| Gebelik Haftası | | 0,04 / 0,48 |
| EPDÖ Puanı | | 0,44 / 0,00* |

Araştırmaya katılan gebe kadınların bazı özellikleri ile W-DEQ-A puan ortalaması arasındaki korelasyon Tablo 4.11’de verilmiştir. Buna göre kadınların doğum korkusu puan ortalamaları ile depresif semptom yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir korelasyon olduğu bulunmuştur ($r=0,44$, $p=0,00$).

5. TARTIŞMA

Depresyon evlilik, gebelik, doğum, lohusalık gibi kadın yaşamında önemli bir yere sahip olayları da içine alan, 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda daha fazla görülmektedir (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş 2011; Çelik ve ark.2013). Ayrıca gebelik sürecinde tanılanmayan depresyonun anne ve fetüsün sağlığı üzerinde zararlı etkilere yol açtığı belirtilmektedir (Stewart 2005; Muzik ve ark. 2009). Depresyonun tanılanması ve riskli grupların belirlenmesi bu zararlı etkilerin önlenerek maternal ve fetal sağlığın korunması açısından önemlidir. Araştırmamızda gebelikte depresif semptom yaygınlığı %21.8 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda depresif semptom yaygınlığının; Ocaktan ve ark.'nın (2006) çalışmasında %31,8, Karaçam ve Ançel 'in (2009) çalışmasında %27,9, Erbil ve ark.'nın (2009) çalışmasında %30,9, Arslan ve ark.'nın (2011) çalışmasında %35,0, Çelik ve ark.'nın (2013) çalışmasında %54,8, Akkaş Yılmaz'ın (2013) çalışmasında %25,5, Dağlar ve Nur'un (2014) çalışmasında %50,7, Bostancı Daştan ve ark.'nın (2015) çalışmasında %16,0 olduğu tespit edilmiştir. Yurt dışında yapılan araştırmalarda ise depresif semptom yaygınlığının; Marcus ve ark.'nın (2003) çalışmasında %20,4, Nordeng ve ark.'nın (2012) çalışmasında %8,1, Storksens ve ark.'nın (2012) çalışmasında %8,9, Jaju ve ark.'nın (2015) çalışmasında %9,8, olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalara göre depresif semptom yaygınlığı %8,1 ile %54,8 arasında değişmektedir çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuç bu değerler arasındadır. Bu çalışmada son trimesterde bulunan yaklaşık beş gebeden birinin depresif semptom yaşadığının bulunması önemli bir sonuçtur.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz verilere göre ilkokul ve altında eğitim düzeyinde olanlarda, çalışmayanlarda, geniş aile tipine sahip olanlarda, fiziksel rahatsızlığı bulunanlarda ve sigara kullananlarda EPDÖ puan ortalamaları daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan araştırmalara baktığımızda Arslan ve ark.'nın (2011) çalışmasında, eğitim düzeyi arttıkça ve gebelik sırasında çalışma oranı yükseldikçe depresyon puanının düştüğü bulunmuştur. Dağlar ve Nur'un (2014) çalışmasında ilkokul ve ortaokul mezunu gebelerin depresyon puan ortalamaları lise ve üzeri eğitime sahip gebelerin puan ortalamalarından, çalışmayanların depresyon puan ortalamaları ise çalışanların depresyon puan

ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca gelirini giderinden fazla algılayan grubun depresyon puan ortalaması gelirini giderinden az algılayan gruptan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bostancı Daştan ve ark.'nın (2015) çalışmasında, eğitim düzeyinin depresyon düzeyini etkilemediği, çalışma durumuna göre ev hanımlarının depresyon puanlarının daha yüksek olduğu, sosyal güvencesi olanların depresyon puan ortalamalarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Şahin'in (2015) araştırmasında gebe kadınların çoğunun orta seviyede depresif belirti gösterdiği ileri gebelik yaşına sahip olanların ve sigara kullanan kadınların depresyon düzeylerinin diğer gebelere göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kartal ve Şimşek'in (2017) yaptıkları çalışmada çalışma durumunun, gebelikte sağlık problemi yaşama gibi faktörlerin depresyon puanını etkilediği tespit edilmiştir.

Pek çok obstetrik özelliğin depresyonu etkilediği bilinmektedir. Çalışmamızda depresyon puan ortalamalarının multigravidalarda primigravidalara göre daha yüksek olduğu, multipar kadınlarda primipar kadınlardan daha yüksek olduğu, planlamadan gebe kalanlarda planlı bir gebeliğe sahip olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca yaş, evlilik yılı, gebelik sayısı, doğum sayısı ve doğum korkusu puan ortalamaları ile depresyon puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Yücel ve ark. (2013) çalışmasında gebelik sayısı arttıkça depresyon belirtilerinin arttığı ve plansız gebelerde planlı gebelere göre depresyon belirtilerinin daha sık olduğu belirtilmiştir. Doğum sayısının fazla olması, istenmeyen gebelik olması gibi durumların da depresyon belirtilerini arttırdığı yapılan çalışmalarda rapor edilmiştir (Karaçam ve Ançel 2009; Erbil ve ark 2009; Bostancı Daştan ve ark 2015). Abajobir ve ark.'nın (2016) istenmeyen gebelik ve perinatal depresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri meta analiz çalışmasında istenmeyen gebelikte perinatal depresyon prevalansını %21 olarak bulmuşlardır. İstenmeyen gebelik durumunda maternal depresyon prevalansının iki katına çıktığını tespit etmişlerdir. Ayrıca istenmeyen gebelik ile maternal depresyon arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca Arslan ve ark.'nın (2011) çalışmasında gebelerin gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı arttıkça depresyon puanlarının arttığı, Bostancı Daştan ve ark.'nın (2015) çalışmasında gebeliği istemeyenlerin depresif düzeyleri daha yüksek bulunurken gebelerin doğum sayısı arttıkça da depresyon düzeylerinde artış olduğu bulunmuştur. Erbil ve ark.'nın (2009) yaptıkları çalışmada gebenin eğitim seviyesi, geçmişte psikiyatrik sorun yaşama durumu, gebeliğin

istenmemesi gibi faktörlerin gebelerin depresyon semptom şiddetini etkilediği ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar daha önce yapılan çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Bu sonuçlara göre sağlık kuruluşlarında verilen aile planlaması eğitimlerinin etkinliğinin gözden geçirilmesi ve çiftlerin planlı, istedik gebeliğe sahip olmaları gebelikte depresif semptom yaşama durumlarını olumlu yönde etkileyeceği söylenebilir.

Doğum korkusu gebe kadınlar arasında yaygın olarak görülen bir duygudur. Genel olarak, doğum korkusu prevalansı yaklaşık %20–25 olarak tanımlanırken, şiddetli doğum korkusu yaygınlığı %14 olarak tahmin edilmektedir (Molgora ve ark. 2018). Çalışmamızda son trimesterdeki gebelerin; doğum korkusu puan ortalamasının 56,29 olduğu ve gebelerin; %48,5' inin orta düzeyde, %26,3'ünün şiddetli düzeyde %6,5'inin ise klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Doğum korkusunun yaygınlığının belirlenmesi, sağlık personellerinde doğum korkusuna yönelik farkındalık oluşturulması, doğum korkusunun kadınların özellikle de gebelerin sağlık durumunun ne ölçüde etkilediğinin gösterilmesi ve bu bağlamda uygulanacak sağlık politikalarının belirlenmesi açısından önemlidir. Ülkemizde ve farklı ülkelerde yapılan araştırmalarda; Rouhe ve ark.'nın (2009) çalışmasında doğum korkusu puan ortalaması $68,3 \pm 21,1$, Şahin ve ark.'nın (2009) çalışmasında $85,63 \pm 13,76$, Güleç ve ark.'nın (2014) çalışmasında $46,4 \pm 31,2$, Körükçü ve ark.'nın (2017) çalışmasında $79,95 \pm 17,33$, Okumuş ve Şahin'in (2017) çalışmasında İstanbul için doğum korkusu puan ortalaması $97,3 \pm 19,8$, Siirt ili için $77,7 \pm 16,2$ olarak bulunmuştur. Nordeng ve ark.'nın (2012) çalışmasında kadınların %7,8'inin klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı, Adams ve ark.'nın (2012) çalışmasında kadınların %7,5'inin klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı, Storksens ve ark.'nın (2012) çalışmasında ise kadınların %8'inin klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı, tespit edilmiştir. Stoll ve Hall'ın (2012) çalışmasında kadınların yaklaşık %25'inin orta ve yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadığı, Nieminen ve ark.'nın (2009) çalışmasında gebelerin %21,6'sının, Nerum ve ark.'nın (2006) çalışmasında ise %33'ünün orta düzeyde doğum korkusu yaşadığı tespit edilmiştir. Lukasse ve ark.'nın (2014) altı Avrupa ülkesinde yaptıkları araştırmada şiddetli doğum korkusu prevalansını Belçika'da %4,5, Estonya'da primipar gebeler için %15,6, İzlanda'da %7,6, İsveç'te %15,2 olarak bulmuşlardır. Yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlar arasındaki farklılıkların çalışmaların değişik bölgelerde ve farklı kültürlerde yapılmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Literatürde doğum korkusunun düşük eğitim seviyesine sahip, kişisel sağlığına dikkat etmeyen, sosyal iletişim kaybı olan, sigara içimi yaygın kadınlarda görüldüğü vurgulanmaktadır (Waldenström ve ark. 2006; Laursen ve ark. 2008). Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre gebe kadınların eğitim düzeyleri, aile tipi, yerleşim yeri ile doğum korkusu puan ortalamaları arasında fark yoktur. Ayrıca doğum korkusu puan ortalamaları çalışan kadınlarda çalışmayanlara göre, kronik hastalığı olanlarda kronik hastalığı bulunmayanlara göre, sigara kullananlarda sigara kullanmayanlara göre daha fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan araştırmalara baktığımızda ise Şahin ve ark.'nın (2009) çalışmasında yaş ve doğum sayısı arttıkça gebelerde gözlenen doğum korkusunun istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı belirlenmiştir. Güleç ve ark.'nın (2014) çalışmasında doğum korkusunun eğitim durumundan, çalışma durumundan ve doğum sayısından etkilenmediği saptanmış, sadece gelir durumunu iyi olarak değerlendiren gebelerin doğum korkularının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan araştırmalarda sosyodemografik özellikler ile doğum korkusu arasındaki ilişkide farklılıklar görülmektedir. Bu durumun, gebelik ve doğum kavramlarının her kadın için farklı anlam taşımamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Multipar gebelerin daha önceki doğumlarda karşılaştıkları bebeğini kaybetme, obstetrik travma, riskli gebelik öyküsü gibi olumsuz deneyimler doğumdan korku duymalarına neden olmaktadır (Şahin ve ark. 2009; Aksoy 2015). Çalışmamızda doğum korkusu puan ortalamalarının multigravidalarda primigravidalara göre daha yüksek olduğu, multipar kadınlarda primipar kadınlardan daha yüksek olduğu bulunurken planlı gebelikte, düzenli kontrole gelen gebelerde ve gebelik eğitimi alanlarda doğum korkusu puan ortalamaları daha düşük olmasına rağmen istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır. Körükçü ve ark.'nın (2017) araştırmasında gebelerin doğum korkusu düzeyleri ve doğum sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış, gebelik öncesi sağlık problemi olma ve doğuma ilişkin bilgi alma durumu ile doğum korkusunun ilişkili olduğu saptanmıştır. Demirci ve Şimşek'in (2017) araştırmasında gebe eğitim sınıflarının doğum korkusunu azalttığı bulunmuştur. Okumuş ve Şahin'in (2017) iki farklı bölgede yaptığı araştırmada iki farklı örnekleme de doğum korkusu puan ortalaması ile eğitim düzeyi ve planlanmış gebelik açısından farklılık bulunmamıştır. Şahin ve ark.'nın (2009) araştırmasında doğum korkusu puan ortalamaları ile eğitim durumu ve doğum sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde

edilememiştir. Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Gebelik sırasında oluşan doğum korkusunun depresyonu arttırabileceği bunun yanında doğum korkusunun gizli depresyon belirtisi olabileceği belirtilmiştir (Storksken ve ark. 2012). Araştırmamızda son trimesterdeki gebelerin doğum korkusu puan ortalamaları ile depresif semptom yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Jaju ve ark.'nın (2015) araştırmasında depresif duygu durumu ve klinik depresyonu olan primigravidalarda doğum korkusu olduğu tespit edilmiştir. Räisänen ve ark.'nın (2014) çalışmasında doğum korkusu için en önemli risk faktörünün depresyon olduğu ifade edilmiştir. Rouhe (2015) araştırmasında en yaygın ruh sağlığı problemlerinin anksiyete bozuklukları ve depresyon olduğunu ayrıca bu problemlerin yaygınlığının doğum korkusu olan kadınlarda daha fazla olduğunu belirtmiştir. Depresyon ve doğum korkusu arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda araştırma mevcuttur. Bu nedenle çalışmamız doğum korkusu ile depresif semptom yaşama durumu arasındaki ilişkiyi göstermesi açısından dikkat çekicidir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gebelik haftası 27 ve üzerinde olan gebe kadınlarda depresif semptom yaygınlığı ve depresif semptomların doğum korkusu ile ilişkisini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Gebelerin; %46,9'u lise ve üzeri eğitime sahip, %79,0'u çekirdek aile yapısında, %80,5'i il merkezinde ikamet etmekte, %86,6'sı herhangi bir işte çalışmamakta, %65,3'ünün gelirinin giderine eşit olduğu ve %87,4'ünün sosyal güvencesi bulunduğu belirlenmiştir (**Tablo 4.1**).
2. Gebelerin; yaş ortalamasının $27,08 \pm 5,34$, ortalama evlilik yaşının $21,28 \pm 3,66$, ortalama evlilik süresinin $5,58 \pm 5,22$, ortalama gebelik sayısının $2,33 \pm 1,35$, ortalama doğum sayısının ise $1,04 \pm 1,06$ olduğu belirlendi. Ayrıca araştırmaya katılan gebelerin ortalama $34,88 \pm 3,40$ gebelik haftasına sahip olduğu ve ortalama $9,24 \pm 3,60$ defa doğum öncesi kontrole geldiği belirlenmiştir (**Tablo 4.2**).
3. Gebelerin; depresyon puan ortalamaları $8,45 \pm 4,48$, doğum korkusu puan ortalamaları ise $56,29 \pm 19,50$ olarak bulunmuştur (**Tablo 4.3**).
4. Gebelerin; %21,8'inin gebelikte depresif semptom yaşadığı bulunmuştur (**Tablo 4.4**).
5. Gebelerin; %48,5' inin orta düzeyde, %26,3'ünün şiddetli düzeyde %6,5'inin ise klinik düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (**Tablo 4.5**).
6. Gebelerden; ilkokul ve altında eğitim düzeyinde olanlarda, çalışmayanlarda, geniş aile tipine sahip olanlarda, fiziksel rahatsızlığı bulunanlarda ve sigara kullananlarda EPDÖ puan ortalamaları daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (**Tablo 4.6**).
7. Gebelerin; EPDÖ puan ortalamalarının multigravidalarda primigravidalara göre daha yüksek olduğu, multipar kadınlarda primipar kadınlardan daha yüksek olduğu, planlamadan gebe kalanlarda planlı bir gebeliğe sahip olanlardan daha yüksek olduğu ve doğum yapmaktan korktuğunu ifade edenlerde doğum

yapmaktan korkmuyorum diyenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca düzenli kontrole gelenler ile gebelik eğitimi alanlarda depresyon puan ortalamaları daha düşük olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (**Tablo 4.7**).

8. Gebelerin; yaş, evlilik yılı, gebelik sayısı, doğum sayısı ve doğum korkusu puan ortalamaları ile depresyon puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$) (**Tablo 4.8**).
9. Gebelerin; eğitim düzeyleri, yerleşim yeri ve aile tipi ne göre doğum korkuları puan ortalamaları arasında fark yoktur. Ayrıca doğum korkusu puan ortalamaları çalışan kadınlarda çalışmayanlara göre, kronik hastalığı olanlarda kronik hastalığı bulunmayanlara göre, sigara kullananlarda sigara kullanmayanlara göre daha fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır ($p>0,05$) (**Tablo 4.9**).
10. Gebelerin; doğum korkusu puan ortalamalarının multigravidalarda primigravidalara göre daha yüksek olduğu, multipar kadınlarda primipar kadınlardan daha yüksek olduğu, doğum yapmaktan korktuğunu ifade edenlerde doğum yapmaktan korkmuyorum diyenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca planlı gebelikte, düzenli kontrole gelen gebelerde ve gebelik eğitimi alanlarda doğum korkusu puan ortalamaları daha düşük olmasına rağmen istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (**Tablo 4.10**).
11. Gebelerin; depresif semptom yaşama durumları ile doğum korkusu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir korelasyon olduğu bulunmuştur ($r=0,44$, $p=0,00$) (**Tablo 4.11**).

6.2. Öneriler

Gebelikte depresif semptom yaygınlığı ve depresif semptomların doğum korkusu ile ilişkisini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

1. Gebelikte depresyon ile ilişkili olduğu belirlenen ileri gebelik yaşı, uzun süreli evlilik yılı, birden fazla gebelik ve doğum sayısı olan kadınlar başta olmak üzere sağlık kuruluşlarına başvuran tüm gebelerin depresyon açısından değerlendirilmesi ve bu değerlendirmenin rutin olarak yapılması,
2. Plansız gebeliklerde depresif semptom yaygınlığı daha yüksek olduğundan çiftlere doğumların sağlıklı bir şekilde planlanmasına yönelik eğitim ve danışmanlık verilmesi,
3. Depresif semptom yaşama durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkiye yönelik sağlık çalışanlarının farkındalıklarının artırılması,
4. Doğum öncesi kontrol için sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin doğum korkusunun değerlendirilmesi ve bu değerlendirmenin rutin olarak yapılması,
5. Doğuma hazırlık sınıflarında multigravidaların, multipar kadınların ve doğum yapmaktan korktuğunu ifade eden kadınların öncelikli grup olarak ele alınması,
6. Farklı örneklem büyüklükleri kullanılarak benzer çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

Abajobir A. A., Maravilla J. C., Alati R., Najman J. M. (2016). A systematic review and meta-analysis of the association between unintended pregnancy and perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 192: 56–63.

Adams S., Eberhard-Gran M., Eskild A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG*, 119: 1238–1246.

Akkaş Yılmaz E. (2013). Ankara’da Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği’ne Başvuran Gebelerde “Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği” İle Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Aksoy A.N. (2015). Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi. *ODÜ Tıp Dergisi/ODU Journal of Medicine*, 2 (3): 161-165.

Alessandra S., Roberta L. (2013). Tokophobia: When Fear of Childbirth Prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 1(1): 1-18.

Allister L., Lester B.M., Carr S., Jing Liu J. (2001). The effects of maternal depression on fetal heart rate response to vibroacoustic stimulation. *Develop Neuropsychol*, 20: 639–651.

Andersson L., Sundstrom-Poromaa I., Bixo M., Wulff M., Bondestam K., aStrom M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*, 189:148-154.

Arslan B., Arslan A., Kara S., Öngel K., Mungan M.T. (2011). Gebelik Anksiyete ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 21 (2): 79-84.

Ayhan A., Durukan T., Günalp S., Gürgan T., Önderoğlu S., Yaralı H., Yüce K. (2008). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum, 2. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 163-175.

Bakshi R., Mehta A., Mehta A., Sharma B. (2008). Tokophobia: Fear of Pregnancy and Childbirth. *Internet J Gynecol Obstet*, 10 (1): 9.

Bennett H. A., Einarson A., Taddio A., Koren G., Einarson T. R. (2004). Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology*, 103 (4): 698-709.

Biratu A., Haile D. (2015). Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 12 (99): 2-8.

Bodecs T., Horvath B., Szilagy E., Gonda X., Rihmer Z., Sandor J. (2010). Effects of depression, anxiety, self-esteem, and health behaviour on neonatal outcomes in a population-based Hungarian sample. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 154: 45–50.

Bonari L., Pinto N., Ahn E., Einarson A., Steiner M., Koren G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry*, 49: 726-735.

Bostancı Daştan N., Deniz N., Şahin B. (2015). Kars'ta Gebelerin Ev Ziyareti İle Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 6 (2): 71-78.

Bowen A., Muhajarine N. (2006). Antenatal depression. *Canadian Nurse Journal*, 102: 26-30.

Bülbül T., Özen B., Çopur A., Kayacık F. (2016). Gebelerin Doğum Korkusu ve Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 25: 126-130.

Chung T.K., Lau T.K., Yip A.S., Chiu H.F., Lee D.T. (2001). Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and Neonatal outcomes. *Psychosom Med*, 63: 830-834.

Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. (1987). Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150 (6): 782-786.

Çelik F., Nadirgil Köken G., Yılmaz M. (2013). Gebelikte Depresyon Semptomlarının Sıklığı ve Depresyon Gelişimini Etkileyen Faktörler. *Anatol J Clin Investig*, 7 (2): 110-117.

Çiçek M., Akyürek C., Çelik Ç., Haberal A. (2004). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi, 99-107, Ankara.

Çiçek M., Mungan M. (2007). Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 79-89.

Çiçek Ö., Mete S. (2015). Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Doğum Korkusu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 8 (4): 263-268.

Da Costa D., Larouche J., Dritsa M., Brender W. (2000). Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord*, 59: 31-40.

Dağlar G., Nur N. (2014). Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyi İle İlişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36: 429-441.

Davidson M., Olds S., London M., Ladewing P. (2003). *Maternal-Newborn Nursing & Davidson Women's 7th ed.*, USA, P. 300-320.

Demirsoy G., Aksu H. (2015). Doğum korkusunun Nedenleri ve Baş Etme. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2 (2): 36-45.

Demiryay A. (2006). Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel Ve Emosyonel Yakınlıklar. Yüksek lisans tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

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

Dimitrova D.S. (2012). Experience of Fear of Childbirth Amongst Pregnant Women in Bulgaria. Webmed Central Psychology, 3 (12): wmc003905.

Doğan Yüksekol Ö., Çoban Arguvanlı S., Başer M. (2014). Annelik Hüznü ve Hemşirelik. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2 (1), 56-61.

Dönmez S., Yeniel Ö., Kavlak O., (2014). Vajinal Doğum Ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences, 3 (3): 908-920.

Engindeniz AN, Küey L, Kültür S (1996) Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1 Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 51-52.

Erbil N. Oruç H. Karabulut A. (2009). Gebelikte Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 19 (2):67-74.

Evans J., Heron J., Francomb H., Oke S., Golding J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. BJM, 323, 257–260. doi:10.1136/bmj.323.7307.257.

Felice E., Saliba J., Grech V., Cox J. (2004). Prevalence rates and psychosocial characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. Journal of Affective Disorders, 82, 297–301. doi:10.1016/j.jad.2003.11.011.

Field T., Diego M., Dieter J., Hernandez Reif M., Schanberg S., Kuhn C., Yando R., Bendell D., (2004). Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. Infant Behavior & Development, 27: 216–229.

Gentile S. (2017). Untreated Depression During Pregnancy: Short - and Long - Term Effects in Offspring. A Systematic Review. Neuroscience, 342: 154–166.

Gözükar F., Eroğlu K., (2008). İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 32–46.

Güleç D., Öztürk R., Sevil Ü., Kazandı M. (2014). Gebelerin Yaşadıkları Doğum Korkusu İle Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst., 24 (1): 36-41.

Hofberg K., Brockington I.F. (2000). Tokophobia: An Unreasoning Dread of Childbirth: A Series of 26 Cases. The British Journal of Psychiatry, 176 (1): 83-85.

Hofberg K., Ward M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. Postgrad Med J 79:505–510.

Jaju S., Al Kharusi L., Gowri V. (2015). Antenatal prevalence of fear associated with childbirth and depressed mood in primigravid women. *Indian J Psychiatry*, 57: 158-161.

Kaplan S., Bahar A., Sertbaş G. (2007). Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (1): 113-121.

Karabulutlu Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20 (3): 210-218.

Karaçam Z., Ançel G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery*, 25: 344–356.

Kjærgaard H., Wijma K., Dykes A.K., Alehagen S. (2008). Fear of childbirth in obstetrically low risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 26: 340-350.

Klabbers, G. A., Van Bakel H. J. A., Van den Heuvel M. M. A., Vingerhoets A. J. M. (2016). Severe Fear of Childbirth: Its Features, Assesment, Prevalence, Determinants, Consequences and Possible Treatments. *Psychological Topics*, 25 (1): 107-127.

Kleanthi G. (2015). Psychosocial Risk Factors of Depression in Pregnancy: A Survey Study. *Health Science Journal ISSN*, 1698-9465. 9 (1): 11.

Kocabaşoğlu N., Başer S. Z. (2008). Gebelik ve Doğumla Tetiklenen Psikiyatrik Hastalıklar. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No:62, S:349-354.*

Köken G., Yılmaz M. (2007). Gebelik ve Egzersiz. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, (17): 385-392.

Kömürcü N., Doğan Merih Y. (2012). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Doğum Öncesi Dönem, Tankuter K. (ed.), Koç Üniversitesi Yayınları İstanbul, 131-163.

Körükçü H.Ö. (2009). Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlilik güvenilirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.

Körükçü Ö., Deliktaş A., Aydın R., Kabukçuoğlu K. (2017). Investigation of the Relationship Between the Psychosocial Health Status and Fear of Childbirth in Healthy Pregnancies. *Clin Exp Health Sci* 2017: DOI: 10.5152/clinexphealthsci.2017.359

Körükçü Ö., Kukulcu K., Fırat M.Z. (2012). The Reliability and Validity of the Turkish Version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with Pregnant Women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19: 193–202.

Kuğu N., Akyüz G. (2001). Gebelikte Ruhsal Durum, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 23 (1): 61–64.

Kurki T., Hiilesmaa V., Raitasalo R., Mattila H., Ylikorkala O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol*, 95: 487-490.

Lancaster C.A., Gold K.J., Flynn H.A., Yoo H., Marcus S.M., Davis M.M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 202 (1): 5–14.

Laursen M., Hedegaard M., Johansen C. (2008). Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*, 115 (3): 354-360.

Lazoğlu M. (2014). Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Öz-Yeterlilik Algısının Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Lee A.M., Lam S. K., Mun Lau S.M.S., Yin Chong C. S., Chui H.W., Tak Fong D. Y. (2007). Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 110 (5): 1102-1112.

Li D., Liu L., Odouli R. (2009). Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Human Reproduction*, 24: 146–153.

Lukasse M., Schei B., Ryding E. L. (2014). Prevalence and Associated Factors of Fear of Childbirth In Six European Countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5 (3): 99-106.

Lundy L., Jones N. A., Field T., Nearing G., Davalos M., Pietro P. A., Schanberg S., Kuhn C. (1999). Prenatal depression effects on neonates. *Infant Behavior & Development*, 22: 119 –129.

Marakoğlu K, Şahsıvar Ş. (2008). Gebelikte Depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, (28): 525-532.

Markus S.M., Flynn H.A., Blow F.C., Barry K.L. (2003). Depressive Symptoms among Pregnant Women Screened in Obstetrics Settings. *Journal Of Women's Health*, Volume 12, Number 4, 373-380.

Melender H. L., (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*, 29 (2): 101-111.

Molgora S., Fenaroli V., Prino L. E., Rollè L., Sechi C., Trovato A., Vismara L., Volpi B., Brustia P., Lucarelli L., Tambelli R., Saita E. (2018). Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment. *Women and Birth*, 31: 17–123.

Muzik M., Marcus S.M., Heringhausen J.E., Flynn H. (2009). When Depression Complicates Childbearing: Guidelines for Screening and Treatment during Antenatal and Postpartum Obstetric Care. *Obstet Gynecol Clin North Am.*, 36 (4): 771–788.

Nieminen K., Stephansson O., Ryding E.L. (2009). Women's Fear of Childbirth and Preference for Cesarean Section: A Cross-Sectional Study at Various Stages of Pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrics Gynecology Scandinavia*, 88: 807-813.

Nordeng H., Hansen C., Garthus-Niegel S., Eberhard-Gran M. (2012). Fear of childbirth, mental health, and medication use during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*, 15: 203–209.

Ocaktan M.E., Çalışkan D., Öncü B., Özdemir O., Köse K. (2006). Antepartum and postpartum depression in a primary health care center area. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 59: 151-157.

Okumuş F., Şahin N. (2017). Fear of childbirth in urban and rural regions of Turkey: Comparison of two resident populations. *North Clin Istanbul*, 4 (3): 247-256.

Onat Köroğlu C., Gökyıldız Sürücü Ş., Avcıbay Vurgeç B., Usluoğlu F. (2017). The Fear Of Labor And The Roles Of Midwives. *International Journal of Health and Life-Sciences ISSN 2454-5872, Volume 3, Issue 2*, pp. 51-64.

Özdamar Ö., Yılmaz O., Beyca H.H., Muhcu M. (2014). Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(2): 71-77.

Özorhan E.Y. (2016). Gebelikteki Yakınlıklar ve Yaşam Kalitesine Etkisi Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Özten E., Hızlı Sayar G. (2015). Gebelikte Depresyonun Somatik Tedavisi Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, *Current Approaches in Psychiatry*, 7 (3): 244-254.

Öztürk T. (2014). Travayda Primipar Gebelerin Doğum Korkusunun Giderilmesinde Hemşirelik Desteğinin Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Pearlstein T. (2015). Depression during Pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 29: 754-764.

Rahman A., Iqbal Z., Bunn J., Lovel H., Harrington R. (2004). Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness. A cohort study. *Arch Gen Psychiatry*, 61: 946–952.

Räisänen S., Lehto S.M., Nielsen H.S. (2014). Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002–2010 in Finland. *BMJ Open*, 4:e004883.

Rathfisch G. (2012). Doğal Doğum Felsefesi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Ricci S. (2007). *Essentials of Maternity, Newborn, and Women's Health Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins, 236-245.

Rouhe H. (2015). Fear of Childbirth. Academic Dissertation. Department of Obstetrics and Gynaecology Helsinki University Hospital University of Helsinki Finland.

Rouhe H., Salmela-Aro K., Halmesmaki E., Saisto T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG*, 116: 67–73.

Saisto T., Salmela-Aro K., Nurmi J. and Halmesma E. (2001) Psychosocial Characteristics of Women and Their Partners Fearing Vaginal Childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 108, 492-498.

Sayiner F.D., Özerdoğan N. (2009) Doğal Doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2 (3): 143-148.

Sayiner F. D., Özerdoğan N., Giray S., Özdemir E., Savcı A. (2009). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi*, 17 (3): 104-112.

Serçekuş P. (2005). Nullipar Kadınlarda Normal Spontan Doğuma İlişkin Korkular ve Nedenlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Sevindik F. (2005). Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.

Sözeri C. (2011). Gebelikte Psikososyal Sağlığın Değerlendirilmesinin Doğum Sonu Depresyonu Belirlemedeki Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Stewart D. (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 5: 1061-1063.

Stoll K.H., Hall W. (2012). Childbirth Education and Obstetric Interventions Among Low-Risk Canadian Women: Is There a Connection? *The Journal of Perinatal Education*, 21 (4): 229-237.

Storksén H.T., Eberhard-Gran M., Garthus-Niegel S., Eskild A. (2012). Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91: 237-242.

Sydsjö G., Angerbjörn L., Palmquist S., Bladh M., Sydsjö A., Josefsson A. (2013). Secondary Fear of Childbirth Prolongs the Time to Subsequent Delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 92 (2): 210-214.

Şahin N., Dinç H., Dişsiz M. (2009). Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40 (2): 57-62.

Şahin P. (2015). Gebelikte Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyi ve İlişkili Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Takegata M., Haruna M., Matsuzaki M., Shiraishi M., Okano T., Severinsson E. (2015). Does Antenatal Fear of Childbirth Predict Postnatal Fear of Childbirth? A Study of Japanese Women. *Open Journal of Nursing*, 5: 144-152.

Taşkın L. (2009). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 9. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.

Taşkın L. (2011). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 10. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.

Terzioğlu F. (2016). Ebeveynliğe Hazırlanma ve Doğum Öncesi Bakım, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Taşkın L. (ed.), 13. Baskı Özyurt Matbaacılık, Ankara, 183: 203-215.

Türkiye Dil Kurumu.(<http://www.tdk.gov.tr> Erişim Tarihi:15.12.2017)

Uçar T., Gölbaşı Z. (2015). Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4 (2): 54-58.

Üst Z.D., Pasinlioğlu T., Özkan H. (2013). Doğum Eyleminde Gebelerin Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16 (2): 110-115.

Yeşilçiçek Çalık K., Aktaş S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches in Psychiatry, 3 (1): 142-162.

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

Yücel P., Çayır Y., Yücel M. (2013). Birinci Trimester Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu. Klinik Psikiyatri, 16: 83-87.

Waldenström U., Hildingsson U., Ryding E. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. BJOG, 113: 638–646.

Westdahl C., Milan S., Magriples U., et al. (2007). Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. Obstet Gynecol, 110:134. (PubMed: 17601908).

Wijma K., Wijma B., Zar M. (1998). Psychosomatic aspects of W-DEQ: A new questionnaire for measurement of fear of childbirth. Journal of Psychosomatic Obstetric Gynaecology, 19 (4): 84-97.

Wong D., Hockenberry M., Wilson D., Perry S., Lowdermilk P. (2006). Maternal Child Nursing Care, 3th ed. China, Elsevier, 235-253.



EKLER

EK-1 Kişisel Özellikler Formu

Tarih:

Anket No:

A. Sosyodemografik Özellikleri

1. Kaç Yaşındasınız?.....
2. Eşiniz Kaç Yaşında?.....
3. Eğitim Durumunuz Nedir?
 - a. Okur-yazar değil
 - b. İlkokul mezunu
 - c. Ortaokul mezunu
 - d. Lise mezunu
 - e. Lisans mezunu
 - f. Diğer
4. Herhangi Bir Gelir Getiren İşte Çalışıyor musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
5. Ailenizin Gelir Düzeyini Nasıl Değerlendiriyorsunuz?
 - a. Gelirimiz giderimizden fazla
 - b. Gelirimiz giderimize eşit
 - c. Gelirimiz giderimizden az
6. Sosyal/Sağlık Güvenceniz Var mı?
 - a. Var
 - b. Yok
7. Aile Tipiniz Nedir?
 - a. Çekirdek aile
 - b. Geniş aile
8. Nerede Yaşıyorsunuz?
 - a. İl merkezi
 - b. İlçe merkezi
 - c. Kasaba
 - d. Köy

B. Genel Sağlık Öyküsü

9. Kronik Hastalığınız Var mı?
a. Evet
b. Hayır
10. Sigara Kullanıyor musunuz?
a. Evet
b. Hayır
11. Daha Önce Depresyon Tanısı Aldınız mı?
a. Evet
b. Hayır

C. Evlilik ve Obstetrik Öykü

12. Kaç Yaşında Evlendiniz?
.....
13. Evlenme Şekliniz Nedir?
a. Görücü usulü ile istemeyerek evlendim
b. Görücü usulü ile İsteyerek evlendim
c. Tanışarak evlendim
d. Diğer
14. Kaç Yıldır Evlisiniz?
.....
15. Toplam Gebelik Sayınız Kaçtır?
.....
16. Kaç Doğum Yaptınız?
.....
17. Kaç Düşük Yaptınız?
.....
18. İsteyerek Yaptığınız Kürtaj Sayısı Kaçtır?
.....

D. Var Olan Gebeliğe İlişkin Öykü

19. Şimdiki Gebeliğiniz Planlı Bir Gebelik midir?
a. Evet
b. Hayır

20. Şuan Kaçınıc Gebelik Haftasındasınız?

.....

21. Doğum Öncesi Kontrollere Düzenli Olarak Geliyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

22. Şuana Kadar Toplam Kaç Kez Kontrole Geldiniz?

.....

23. Doğum Konusunda Bilginiz Var mı?

- a. Yeterince bilgim var
- b. Biraz bilgim var
- c. Hiç bilgim yok

24. Doğum Yapmaktan Korkuyor musunuz?

- a. Evet
- b. Hayır

EK-2 Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Artık pek o kadar değil
- Artık kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

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

Son 7 gündür;

3) Bir eyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- Hayır, hiç bir zaman
- Çok seyrek
- Evet, bazen
- Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Hayır, çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
- Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
- Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum
- Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, bazen
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok sık değil
- Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- Evet, çoğu zaman
- Evet, oldukça sık
- Çok seyrek
- Hayır, asla

Son 7 gündür;

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- Evet, oldukça sık
- Bazen
- Hemen hemen hiç
- Asla



EK-3 Wijma Doğum Beklentisi / Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu

© 2005 K. Wijma ve B. Wijma

YÖNERGE

Bu anket formu, kadının doğum sancıları ve doğumu sırasında yasayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır. Her bir sorunun yanıtı 0' dan 5'e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) asırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır. Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancılarınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini **hayal ettiğiniz** duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

Lütfen soruları yanıtlarken **hayal ettiğiniz** doğum sancılarını ve doğumu düşününüz, *ümit ettiğiniz* şeklini değil.

I. Doğum sancuları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

| | | | | | | |
|---|--------------------------|---|---|---|---|--------------------|
| 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece mükemmel | | | | | Hiç mükemmel değil |
| 2 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece Korkunç değil | | | | | Hiç korkunç |

II. Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

| | | | | | | |
|---|---------------------------|---|---|---|---|--------------------------|
| 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece yalnız | | | | | Hiç yalnız değil |
| 4 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece güçlü | | | | | Hiç güçlü değil |
| 5 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece kendinden emin | | | | | Hiç kendinden emin değil |
| 6 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece korkmuş | | | | | Hiç korkmamış |

| | | | | | | |
|----|-------------------------------|---|---|---|---|--------------------------|
| 7 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece yüzüstü bırakılmış | | | | | Hiç yüzüstü bırakılmamış |
| 8 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece güçsüz | | | | | Hiç güçsüz değil |
| 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece güvende | | | | | Hiç güvende değil |
| 10 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece bağımsız | | | | | Bağımlı |
| 11 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece umutsuz | | | | | Hiç umutsuz değil |
| 12 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece gergin | | | | | Gerginlik yok |
| 13 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece memnun | | | | | Hiç memnun değil |
| 14 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece hoşnut | | | | | Hiç hoşnut değil |
| 15 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece terk edilmiş | | | | | Hiç terk edilmemiş |
| 16 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Tamamen kendine hakim | | | | | Hiç kendine hakim değil |
| 17 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece rahat | | | | | Hiç rahat değil |
| 18 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece mutlu | | | | | Hiç mutlu değil |

II. Doğum sancuları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

| | | | | | | |
|----|-----------------------------|---|---|---|---|-------------------------------|
| 19 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Aşırı panik | | | | | Hiç panik değil |
| 20 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Aşırı ümitsizlik | | | | | Ümitsizlik yok |
| 21 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Aşırı çocuğa kavuşma isteği | | | | | Hiç çocuğa kavuşma isteği yok |
| 22 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Aşırı öz güvenli | | | | | Öz güveni yok |
| 23 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece güvenli | | | | | Kendine güvensiz |
| 24 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Aşırı ağrılı | | | | | Hiç ağrı yok |

III. Doğum sancularınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|--|
| 25 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece kötü bir şekilde davranacağım | | | | | Kötü bir şekilde davranmayacağım |
| 26 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vereceğim | | | | | Bedenimin bütün kontrolü sağlamasına izin vermeyeceğim |
| 27 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Kontrolümü tamamen kaybedeceğim | | | | | Kontrolümü kaybetmeyeceğim |

IV. Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

| | | | | | | |
|----|-------------------------------|---|---|---|---|---------------------------------|
| 28 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece keyif verici | | | | | Hiç keyif verici değil |
| 29 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece doğal | | | | | Hiç doğal değil |
| 30 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Tamamen olması gerektiği gibi | | | | | Hiç olması gerektiği gibi değil |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Son derece tehlikeli | | | | | Hiç tehlikeli değil |

V. Son bir ay içinde dođum sancıları ve dođumunuz ile ilgili dűşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?

| | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|-----|
| 32 | dođum sancıları ve dođumunuz sırasında bebeđinizin öleceđine iliřkin dűřünceleriniz? | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Hiç sık | | | | | Çok |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---------|
| 33 | dođum sancıları ve dođumunuz sırasında bebeđinizin zarar görebileceđine iliřkin dűřünceleriniz? | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Hiç | | | | | Çok sık |

Lűtfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol ediniz?



EK-4 Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sayın

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Gebelikte depresif semptom yaygınlığı ve depresif semptomların doğum korkusu ile ilişkisidir.”

Bu araştırmanın amacı, son trimesterdeki gebe kadınların doğum korkuları ve depresyon semptomları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada sizde gebelik depresyon semptomları ve doğum korkusu saptanırsa ilgili tedavi birimlerine yönlendirmeniz yapılacaktır. Bunun için Edinburgh depresyon ölçeği ile depresyon puanınız Wijma doğum beklentisi ölçeği A versiyonu ile doğum korkunuz ölçülecektir. Bu araştırmada yer almanız için sizinle bir defa görüşmemiz yeterli olup, araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 262’dir. Çalışma ortalama 8 ay sürecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermektir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar doğum korkusu ve depresyon durumunuzun tespiti ve tedavi için uygun birimlere ulaşmanızın sağlanmasıdır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Hemşire Selim PARLA tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile verileriniz alınacaktır. Yine izniniz doğrultusunda bu çalışmayı yapabilmek için 3 adet veri toplama formunu doğru bir şekilde yanıtlamanız gerekmektedir.

Yanıtlamanız gereken ölçekler: 1-) Kişisel Özellikler Formu: Bu form sizin bazı bireysel özelliklerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmış 24 soruyu içermektedir. 2-) Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonu (W-DEQ-A):

Wijma Doğum Beklentisi /Deneyimi Ölçeği A Versiyonu kadınların yaşadığı doğum korkusunu ölçmek amacı ile geliştirilmiş 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte doğum sancıları ve doğumun nasıl olacağı, doğum sancıları ve doğum sırasında nasıl hissedecekleri, bebek doğduğundaki duyguları, bir ay içerisinde doğuma yönelik düşünceleri içeren sorular yer almaktadır. 3-) Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği: 10 maddelik bir ölçek olup depresif semptom yaşama durumunu belirlemektedir. Formların yanıtlanması yaklaşık 20'dk. sürecektir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için, çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0553 506 58 08 numaralı telefonda araştırmacı hemşireniz Selim PARLA 'ya başvurabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma kapsamındaki testler için sizden veya bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, formları eksik yanıtlamanız, araştırmaya katılmak için taşımanız gereken kriterlerin ortadan kalkması vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden

geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur, alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden

kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK-5 Etik Kurul Raporu

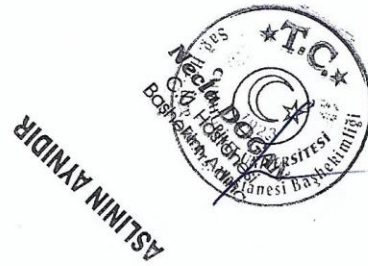
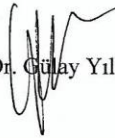
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

| | |
|-----------------------|---|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Gebelikte Depresif Semptom Yaygınlığı ve Depresif Semptomların Doğum Korkusu İle İlişkisi |
|-----------------------|---|

| | | |
|----------------------|------------------|---|
| ETİK KURUL BİLGİLERİ | ETİK KURULUN ADI | Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu |
| | AÇIK ADRESİ: | Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas |
| | TELEFON | 0 346 219 10 10 / Dahili: 2092 |
| | FAKS | - |
| | E-POSTA | gokaek2014@gmail.com |

| | | | | |
|-------------------|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI | Doç. Dr. Zehra Gölbaşı | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı | | |
| | DESTEKLEYİCİ | - | | |
| | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ | - | | |
| | ARAŞTIRMANIN TÜRÜ | Yüksek lisans tezi | | |
| | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> | ULUSAL <input type="checkbox"/> |

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım
İmza:



GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

| | |
|-----------------------|---|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Gebelikte Depresif Semptom Yaygınlığı ve Depresif Semptomların Doğum Korkusu İle İlişkisi |
|-----------------------|---|

| DEĞERLENDİRİLEN BELGELER | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili |
|--------------------------------|---|--------------------------|-------------------|--|
| | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ | | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| | OLGU RAPOR FORMU | | | Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
| DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER | Belge Adı | Açıklama | | |
| | SIGORTA | <input type="checkbox"/> | | |
| | ARAŞTIRMA BÜTÇESİ | <input type="checkbox"/> | | |
| | BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU | <input type="checkbox"/> | | |
| | İLAN | <input type="checkbox"/> | | |
| | YILLIK BİLDİRİM | <input type="checkbox"/> | | |
| | SONUÇ RAPORU | <input type="checkbox"/> | | |
| DİĞER: | <input type="checkbox"/> | | | |
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No: 2017-01/21 | Tarih: 20.01.2017 | | |
| | Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacı/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacı/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. | | | |

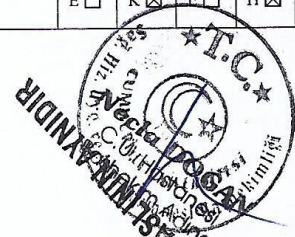
| KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU | |
|---------------------------------|---|
| ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI | Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi |
| BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: | Doç. Dr. Gülay Yıldırım |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | Araştırma ile ilişki | | Katılım * | | İmza |
|------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|--------------------|
| | | | E | K | E | H | E | H | |
| Prof. Dr. Şahane Elagöz | Patoloji | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Prof. Dr. Serpil Değerli | Parazitoloji | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Prof. Dr. Naim Nur | Halk Sağlığı | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Doç. Dr. Ercan Özdemir | Fizyoloji | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Doç. Dr. Diğdem Eren | Diş Hastalıkları ve Tedavisi | Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Doç. Dr. Sulhaddin Arslan | Göğüs Hastalıkları | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Doç. Dr. Gülay Yıldırım | Tıp Tarihi ve Etik | Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Doç. Dr. Zehra Gölbaşı | Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği | Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |
| Yrd. Doç. Dr. Ceylan Hepokur | Eczacılık Biyokimya | Cumhuriyet Üniversitesi, Eczalık Fakültesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> | <i>[Signature]</i> |

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım
İmza:

[Signature]



EK-6 Araştırma İzin Onayı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 75723911-044
Konu : Araştırma Komisyon Kararı-Selim
PARLA

SİVAS NUMUNE HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi : a) 15/03/2017 tarih ve 38623810-044 130869 sayılı yazısı
b) TKHK Kamu Hastane Birlik Daire Başkanlığının 19.06.2013 tarih ve 95796091-010.07 sayılı yazısı

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Selim PARLA "Gebelikte Depresif Semptom Yaygınlığı ve Depresif Semptomların Doğum Korkusu ile İlişkisi" başlıklı tezin başvurusu Tıbbi Hizmetler Başkanlığındaki inceleme komisyonu tarafından değerlendirilmiştir.

İlgi (a) tarih ve sayılı yazıda belirtilen çalışmanın, TKHK Kamu Hastane Birlik Daire Başkanlığının ilgi (b) tarih ve sayılı yazısı gereği, çalışmaların Sağlık Tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi ve kişisel bilgilerin gizliliği ilkesi göz önünde bulundurularak, sonucun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi hususları dikkate alınarak Birliğimize bağlı Sivas Numune Hastanesinde yapılması Genel Sekreterliğimiz tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim

Uzm.Dr.Yaşar TAŞTEMUR
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER

1-Komisyon Kararı (1 Sayfa)

.Gereği:

-Selim PARLA

Bilgi:

-Sivas Numune Hastanesi

Faks No:

e-Posta:zeynep.gokgul@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0184ae07-b645-4260-9e48-c1bed000786a kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Zeynep GÖKGÜL

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:3462258080 / 309



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SİVAS İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - SİVAS İLİ KHBGS İDARİ HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
1703/2017 09-46 - 75723911 - 020 - E.75723911-020-2473



İZİN BAŞVURU TALEBİ İNCELEME KOMİSYON TUTANAĞI

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Selim PARLA "Gebelikte Depresif Semptom Yaygınlığı ve Depresif Semptomların Doğum Korkusu ile İlişkisi" konulu anket çalışmasını Sivas Numune Hastanesinde yürütmek üzere Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu ile başvuruda bulunmuştur.

Yapılan başvuru, Tıbbi Hizmetler Başkanlığındaki inceleme Komisyonumuz tarafından, Sivas Numune Hastanesinin de görüşü alınarak değerlendirilmiş ve yapılan çalışma programı dahilinde kişisel bilgilerin gizliliği ilkesi göz önünde bulundurularak, belirtilen çalışmanın Sivas Numune Hastanesinde yapılması uygun görülmüştür. İş bu tutanak komisyonumuz tarafından imza altına alınmıştır.

Başkan
Uzm. Dr. Ahmet Kemal FİLİZ
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Üye
Uzm. Dr. Yaşar TAŞTEMUR
İdari Hizmetler Başkanı

Üye
Muhammed Zahid KAYA
Mali Hizmetler Başkanı

Üye
Uzm. Dr. Mahmut ALUÇ
Sivas Numune Hastanesi Yöneticisi


Üye
Op. Dr. Emin Emrah TEMİZÖZ
Sivas Numune Hastanesi Başhekim Yrd.

Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadıburhanettin Mahallesi Demiryolları Caddesi No:7
Kat:1 3 (Eski Demiryolu Hastanesi) 58040 Sivas Tel: 0 (346) 225 80 80 Dahili:309 / Fax: 0 (346) 225 80 88
Web: <http://sivas.khb.saglik.gov.tr> E-Posta: zeynep.gokgul@saglik.gov.tr İrtibat: Zeynep GÖKGÜL
Evrakın elektronik imza suretine <http://tc.belge.saglik.gov.tr> adresinden 0184407-6645-4260-9648-efbed000786a kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Proje

Bilgi Fişi


31.12.2018

| | |
|---|---|
|  | T.C. SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROJELERİ KOORDİNASYON BİRİMİ YÜKSEK LİSANS TEZ PROJESİ PROJE BİLGİ FİŞİ |
|---|---|

Proje Bilgi Fişi

| | | | | |
|-------------------------------|------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------|
| Proje No ve Türü | SBF-051/TEZ | Proje Durumu | Proje sonuç raporu teslimi bekleniyor | |
| Kurumu | SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ | Süresi(Ay) | 6 | |
| Proje Tutarı | 3.355,50 TL | Başlama Tarihi | 03-10-2017 | |
| Proje Yürütücüsü | Prof.Dr. Zehra GÖLBAŞI | Bitiş Tarihi | 03-11-2018 | |
| Yrd.Araştırmacılar | Selim PARLA (%45) | Proje Konusu | | |
| | | Gebelikte Depresif Semptom Yaygınlığı ve Depresif semptomları Doğum Korkusuyla İlişkisi | | |
| Hakemler ve Görüşleri | | | | |
| Proje Oluşturma Tarihi | 21-03-2017 15:37:46 | | | |
| Verilen Ek Süre(Ay) | 7 | Verilen Ek Ödenek | 0,00 TL | |
| Ara Rapor Tarihleri | Harcama Kalemi | Toplam Ödenek | Toplam Harcama | Kalan Ödenek |
| 03-10-2017 Teslim Edildi | 03.7 Makine Teçhizat | 794,38 | 618,32 | 176,06 |
| 04-04-2018 Teslim Edildi | 06.1 Makine Teçhizat | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 05-10-2018 Teslim Edilmedi | 03.2 Sarf Malzeme | 471,12 | 469,42 | 1,70 |
| | 03.5 Hizmet | 90,00 | 0,00 | 90,00 |
| | 03.3 Yolculuk Yevmiye | 2.000,00 | 0,00 | 2.000,00 |
| | Diğer | | | |
| | Toplam | 3.355,50 TL | 1.087,74 TL | 2.267,76 TL |

Dr.Öğr. Üyesi Önder GÜRSOY
CÜBAP Koordinatörü



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı Selim Parla
Doğum Yeri ve Tarihi Gaziantep-1988
Medeni Hali Evli
Yabancı Dil İngilizce
İletişim Adresi Balıkesir Ayvalık Devlet Hastanesi, Pediatri Servisi
10400 Ayvalık/Balıkesir
E-posta Adresi TC.selimparla@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise Antalya Karatay Lisesi, 2005
Lisans Aksaray Üniversitesi, 2012
Pedagojik Formasyon
Sertifika Programı Amasya Üniversitesi, 2017
Ünvan Hemşire

İş Tecrübesi

Cumhuriyet Üniversitesi Hemşire 2013
Hastanesi
Sivas Numune Hastanesi Hemşire 2014
Balıkesir Atatürk Devlet Hemşire 2017
Hastanesi
Ayvalık Devlet Hastanesi Hemşire 2018