



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**GEBELİKTE BEDEN İMAJI VE DEPRESİF
DAVRANIŞLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SEDA ERYILMAZ

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. NEŞE ÇELİK**

2017



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**GEBELİKTE BEDEN İMAJI VE DEPRESİF
DAVRANIŞLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SEDA ERYILMAZ

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. NEŞE ÇELİK**

2017

KABUL VE ONAY SAYFASI

Seda ERYILMAZ'ın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "**Gebelikte Beden İmajı ve Depresif Davranışlar Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi**" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "**KABUL**" edilmiştir.

Tarih

23.08/2017

Üye: Doç. Dr. F. Deniz SAYINER

Üye: Doç. Dr. Sena YILMAZ

Üye: Yrd. Doç. Dr. Nese GELİK

Üye:

Üye:

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 08.09/2017 tarih ve 1138/5531 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasan Veysi GÜNEŞ
Enstitü Müdürü

ÖZET

Gebelikte Beden İmajı ve Depresif Davranışlar Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Amaç: Bu çalışmada gebelikte beden imajı düzeyi ve depresif davranışların belirlenmesi ve arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, 28 Nisan - 31 Ağustos 2016 tarihleri arasında Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde yürütülmüştür. Çalışmada veri toplama aracı olarak gebelerin sosyo-demografik ve gebelikte ilgili bilgilerini içeren Anket Formu, gebelerin beden imajını ölçmek amacıyla Beden İmajı Ölçeği ve depresif belirtileri değerlendirmek amacıyla Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (version 22.0) istatistik paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda gebelerin yaş ortalamasının 25.82 ± 5.29 yıl olduğu, %68.7'sinin il merkezinde yaşadığı, %19.2'sinin üniversite ve üzeri mezunu olduğu, %81.2'sinin herhangi bir işte çalışmadığı saptanmıştır. Gebelerin ilk gebelik yaş ortalaması 21.65 ± 3.71 yıl, %61.2'sinin 3. trimesterde olduğu, %86.0'ının planlı olarak gebe kaldığı bulunmuştur. Gebelerin BİÖ toplam puan ortalaması 137.17 ± 24.36 olup ortalamanın üzerindedir. Gebelerin BDÖ toplam puan ortalaması 12.8 ± 9.81 olup hafif depresif belirti aralığındadır. Gebelerin BİÖ toplam puan ortalaması azaldıkça BDÖ toplam puan ortalaması artmaktadır ($p < 0.05$). Ekonomik durumu kötü olan, ölü doğum öyküsü bulunan, depresif belirtiler gösteren, gebelikte sağlık problemi yaşayan gebelerin BİÖ toplam puan ortalaması daha düşük bulunmuştur (her biri için; $p < 0.05$). Diğer taraftan ekonomik durumu iyi olan, üniversite/üzeri mezunu olan, planlı olarak gebe kalan, gebelik öncesi kilosuna dikkat eden, gebelikte sağlık problemi yaşamayan, sigara kullanmayan ve bebeğin bakımına yardım edecek birisi olan gebelerin BDÖ toplam puan ortalaması daha düşük bulunmuştur (her biri için; $p < 0.05$).

Sonuç: Araştırmamızda, gebelerin beden imajı puanları azaldıkça depresif belirtilerin arttığı saptanmıştır. Bu nedenle ebeler, gebe izlemi sürecinde gebelerin beden imajı düzeyi ve depresif belirtileri konusunda daha dikkatli olmalıdır. Kadınların daha sağlıklı ve pozitif bir gebelik süreci geçirmeleri için ebeler ilgili ebelik uygulamalarını bilmeli ve gerçekleştirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, beden imajı, depresyon

SUMMARY

Determining the Relationship between Body Image and Depressive Behaviours during Pregnancy

Aim: This study aims to determine and examine the relationship between body images level and depressive behaviours during pregnancy.

Method: The research was conducted between April 28 and August 31, 2016, at the Clinic of Gynaecology and Obstetrics at Ahi Evran University Training and Research Hospital, a subsidiary of the Public Hospitals Administration of Turkey. The data collection tool included a Questionnaire Form with the pregnant's socio-demographical and obstetrical information, a Body Image Scale to measure the pregnant's body image, and the Beck Depression Inventory to assess the depressive symptoms. The data were collected by the researcher through face-to-face interviews. The data were analysed via SPSS (version 22.0).

Results: Average age of the pregnant was 25.82 ± 5.29 ; 68.7% of them were living in the city; 19.2% had a bachelor's or higher degree of education, and 81.2% did not work. Average age of first-time pregnancy was 21.65 ± 3.71 ; 61.2% were in the third trimester; 86% became pregnant in a planned way. The pregnant's average total score on BIS was 137.17 ± 24.36 , which is above average. The pregnant's average total score on BDI was 12.8 ± 9.81 , which indicates a mild depressive symptom. The lower the average total score on BIS was, the higher the average total score on BDI was ($p < 0.05$). The pregnant's with a poor economic condition, a story of stillbirth, depressive symptoms, health problems during pregnancy were found to have a lower average total score on BIS (for each; $p < 0.05$). The pregnant's with a good economic condition, having a bachelor's or a higher degree of education, being pregnant in a planned way, watching their weight before pregnancy, having no medical problems during pregnancy, not smoking, having someone to help look after the baby were found to have a lower average total score on BDI (for each; $p < 0.05$).

Conclusion: The research results indicate that the lower the body image scores among pregnant are, the higher their depressive symptoms are. Midwives should be more attentive, therefore, to body images level and depressive symptoms among pregnant while monitoring their pregnancy. Midwives should know and implement the relevant applications of midwifery in order for women to go through more healthy and positive process of pregnancy.

Keywords: Pregnancy, body image, depression

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
ÖZET.....	iii
SUMMARY.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Beden İmajı Kavramı.....	4
2.2. Beden İmajının Tarihsel Süreci.....	5
2.3. Beden İmajının Bileşenleri.....	7
2.3.1. Beden Gerçekliği.....	8
2.3.2. Beden Sunumu.....	8
2.3.3. Beden İdeali.....	8
2.4. Beden İmajının Yaşam Dönemlerine Göre Gelişimi.....	9
2.4.1. Çocukluk Dönemi.....	9
2.4.2. Adölesan Dönemi.....	10
2.4.3. Erişkin Dönemi.....	10
2.4.4. Yaşlılık Dönemi.....	11
2.5. Beden İmajını Etkileyen Değişkenler.....	11
2.6. Beden İmajında Bozulmaya Gösterilen Tepkiler.....	13
2.6.1. Adaptif Tepkiler.....	13
2.6.1.1. Aşama (kayı kavrama).....	13

2.6.1.2. Aşama (Başa Çıkma).....	13
2.6.1.3. Aşama (Benimseme).....	13
2.6.2. Adaptif Olmayan Tepkiler.....	13
2.7. Gebelikte Beden İmajı.....	14
2.8. Gebelikte Beden İmajı ve Ebelik.....	17
2.9. Depresyon.....	19
2.10. Gebelik ve Depresyon.....	20
2.11. Gebelikte Depresyon ve Risk Faktörleri.....	23
2.12. Gebelikte Depresyon Belirti ve Bulguları.....	25
2.13. Gebelikte Depresyonun Etkileri ve Sonuçları.....	26
2.14. Gebelikte Depresif Bulguların Tespiti.....	29
2.15. Gebelik Depresyonunda Ebeğin Rolü.....	29
2.16. Beden İmajı ve Depresyon.....	31
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	33
3.1. Araştırmanın Şekli.....	33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	33
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	33
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	33
3.4. Veri Toplama Aracı.....	34
3.4.1. Anket Formu.....	34
3.4.2. Beden İmajı Ölçeği (BİÖ).....	34
3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	34
3.5. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	35

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	35
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	36
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA.....	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
7. KAYNAKLAR DİZİNİ.....	70
8. EKLER DİZİNİ.....	85
9. ÖZGEÇMİŞ.....	100



TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 4.2: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	38
Tablo 4.3: Gebelerin Bazı Alışkanlıklara ve Durumlara Göre Dağılımı....	39
Tablo 4.4: Gebelikte Beden İmajını Algılama İle İlgili Durumlara Göre Dağılımı.....	40
Tablo 4.5: Beden İmajı Ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puan Ortalaması ve Arasındaki İlişki.....	41
Tablo 4.6: Gebelerin Gebelikte Depresif Belirti Görülme Sıklığının Beden İmajı Ölçeği Puanına Göre Dağılımı.....	41
Tablo 4.7: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Beden İmajı Ölçeği Puanına Göre Dağılımı.....	42
Tablo 4.8: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Beck Depresyon Ölçeği Puanına Göre Dağılımı.....	43
Tablo 4.9: Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Beden İmajı Ölçeği Puanına Göre Dağılımı.....	44
Tablo 4.10: Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Beck Depresyon Ölçeği Puanına Göre Dağılımı.....	45
Tablo 4.11: Gebelerin Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin Beden İmajı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamasına Göre Korelasyonu.....	46
Tablo 4.12: Gebelerin Bazı Alışkanlıklar ve Durumlarının Beden İmajı Ölçeği Toplam Puanına Göre Dağılımı.....	47
Tablo 4.13: Gebelerin Bazı Alışkanlıklar ve Durumlarının Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanına Göre Dağılımı.....	48
Tablo 4.14: Gebelikte Beden İmajını Algılama İle İlgili Durumların Beden İmajı Ölçeği Toplam Puanına Göre Dağılımı.....	50
Tablo 4.15: Gebelikte Beden İmajını Algılama İle İlgili Durumların Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanına Göre Dağılımı.....	51
Tablo 4.16: Gebelik Öncesi Beden Kitle İndeksi 'nin Beden İmajı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanına Göre Dağılımı.....	52
Tablo 4.17: Gebelikte Beden Kitle İndeksi'nin Beden İmajı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanına Göre Dağılımı.....	52

KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG : American College of Obstetricians and Gynaecologists

ALPHA : Antenatal Psychosocial Health Assessment Form

BDÖ : Beck Depresyon Ölçeği

BIÖ : Beden İmajı Ölçeği

BKİ : Beden Kitle İndeksi

EDSDÖ : Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

NHLBI : National Heart, Lung and Blood Institute

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Beden imajı, insanın bedeninin parçalarına ve bu parçaların işlevlerine karşı oluşturduğu olumlu ya da olumsuz duygularını kendisinin algılamasıyla birlikte benlikte ortaya çıkan şeklidir (Salter, 2000; Öz, 2010). Diğer bir ifadeyle beden imajı, kendi bedenimizi zihnimizde resmettiğimiz hal olarak tanımlanır (Salter, 2000; Öz, 2010). Beden imajı hayatımızda benlik değerimiz, fiziksel ve mental sağlığımız için önemli bir faktördür ve yaşantımızda geniş bir etkiye sahiptir (Yörükoğlu, 2003).

Beden imajı kadınlarda erkeklere kıyasla daha ön planda olan bir kavramdır. Kadınlarda beden imajı gebelik, postpartum, menopoz ve adölesan gibi farklı yaşam dönemlerinde fizyolojik olarak farklılık göstermektedir (Özorhan, 2012). Gebelikte beden kitle oranının artması, karnın büyüüp belirginleşmesi, gebenin kendini ağır ve cazibesiz hissetmesi, postür değişikliği, koordinasyonda zorlanma, hareketlerde yavaşlama, kendine olan güven duygusunda azalma gebelikte beden imajını olumsuz etkileyen faktörlerdir (Goodwin, Astbury & McMeeken, 2000).

Gebelikte beden imajı ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda; gebelik öncesi normal vücut ağırlığında olan kadınların gebelikte daha olumsuz beden imajı sergiledikleri, gebelerin kilo almaktan çekindikleri, kendilerini gebelik öncesine göre daha çirkin bulduklarını ve kadınların gebelikten önceki bedenlerine tekrar dönemeyecekleri gibi kaygılarının olduğu bildirilmiştir (Fox & Yamaguchi, 1997; Duncombe, Wertheim, Skouteris, Paxton & Kelly 2008; Chang, Chao & Kenney, 2006). Diğer taraftan gebelik öncesi dönemde beden imajıyla ilgili endişeleri olan kadınların gebelik döneminde kaygı düzeylerinin, sigara/alkol gibi kötü alışkanlıkların ve aşırı diyet yapma eğilimlerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (Fox & Yamaguchi, 1997; Duncombe vd., 2008). Bilindiği gibi, gebelik sırasında vücutta gözlenen değişiklikler çoğunlukla üçüncü trimesterde ele alınmaktadır (İnanır, Çakmak, Nacar, Güler & İnanır, 2015). Bir diğer çalışmada ise gebelerin özellikle üçüncü trimesterde bedenlerini çekici bulmadığı bildirilmiştir (Smith & Hulsey, 2008).

Gebelik öncesi beden imajı olumlu olan ve gebelikte beden imajı olumlu olarak devam eden gebelerin bunu gebelik döneminde de koruduklarını belirten çalışmada mevcuttur. (Duncombe vd., 2008; Boscaglia, Skouteris & Wertheim, 2003).

Gebelikte beden imajıyla ilgili Türkiye’de yapılan çalışmalar sınırlı olup, Potur’un ilk kez gebe kalan ve 3. trimesterde olan gebeler ile yaptığı bir çalışmada, kadınların gebelikten önce ve gebelikte daha olumlu bir beden imajı algılarının olduğu bulunmuştur (Potur, 2003).

Gebelikte gelişen fizyolojik değişimlerin yanında gebenin sosyodemografik özellikleri, evlilik ve iş hayatı gibi başka değişkenlerde beden imajını etkileyebilmektedir. Kumcağız’ın yaptığı çalışmada,

sosyoekonomik seviyesi düşük olan gebelerin beden imajının da daha düşük olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada gebelerin evlilik yılı arttıkça beden imajı algılarının olumsuz olduğu, planlı olarak gebe kalan kadınların plansız olanlara göre daha olumlu beden imajı oluşturduğu rapor edilmiştir (Kumcağız, 2012).

Gümüş ve arkadaşlarının çalışmasında, gelir düzeyi düşük olan ve eşiyle olan ilişkilerini kötü olarak belirten aynı zamanda cinsel hayatında olumsuz durumların geliştiğini söyleyen kadınların beden imajı olumsuz bulunmuştur (Gümüş vd., 2011).

Gebelik ve doğum, fizyolojik bir olgudur bununla birlikte gebenin bu yeni duruma uyumu, problemlerle baş edebilmesi ve beden imajındaki değişikliklere olumlu yaklaşabilmesinde dışarıdan verilen destek önemlidir. Bu nedenle ebeler kadınları psikolojik olarak desteklemekte büyük görevler düşmektedir (Potur, 2003).

Ebeler, gebelerle sürekli iletişim halinde olan önemli sağlık profesyonelleridir. Gebelikte değişen beden imajına uyum sürecinin bütün aşamalarında ebelerin; beden imajının bireyi nasıl etkilediği, bireyin beden imajına verdiği cevabı, değişimde başkalarının tutum ve etkileri, oluşan değişimle nasıl baş etmesi gerektiğini bilmesi önem arz etmektedir (Özorhan, 2012).

Depresyon; derin üzüntülü bir duygu-durum halinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi semptomları içeren sendromdur (Sevindik, 2005).

Gebelikte depresyon anneyle birlikte bebek sağlığını da etkileyen bir ruhsal bozukluktur. Gebelikte depresyonunun oluşmasında bazı hazırlayıcı nedenler yer alır bunlar; genetik, biyolojik, psikolojik, hormonal ve çevresel faktörlerdir (Çalık & Aktaş, 2011).

Postpartum depresyonla ilgili birçok çalışmalar yapılmasına karşın gebelikte depresyon ile ilgili araştırmalar sınırlıdır (Muzik, Marcus, Heringhausen & Flynn, 2009; Brenda, Leung, Bonnie & Kaplan, 2009). Gebelik depresyonu ile ilgili yapılan çalışmalardan; gebelikte depresyon sıklığını Marcus ve arkadaşları %20, Kurki ve arkadaşları %30 olarak belirtmişlerdir (Marakoğlu & Şahsivar, 2008; Kurki, Hiilesmaa, Raitasalo Mattila & Ylikorkala, 2000; Marcus, Flynn, Blow & Barry; 2003). Türkiye’de gebelikte depresyon ile ilgili sınırlı sayıda çalışma olmasıyla birlikte Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) göre (kesme puan 17 ve üzeri) yapılmış araştırmalarda gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Sevindik %36,3, Altınay %27,9, Karaçam ve Ançel %27,3 olarak belirlemişlerdir (Karaçam & Ançel, 2009; Altınay, 1999; Sevindik, 2005).

Gebelikte depresyon üzerinde önemle durulması ve tanı koyulup tedavi edilmesi gereken önemli bir sorundur ve gebelikteki depresyonun

anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Sevindik, 2005).

Gebelikteki depresyon; preeklampsi, zor doğum, preterm eylem, fazla sayıda cerrahi m¼dahale, d¼ş¼k apgar skorlu ve d¼ş¼k doğum ağırlıklı yenidoğan gibi komplikasyonlara sebep olabilmektedir. Bununla birlikte gebelikte depresyon, postpartum depresyon ve intihar olaylarının gelişme oranını artırabileceği için ayrıca ¼nem taşımaktadır (alık & Aktaş, 2011). Gebelikte ¼zellikle erken d¼nemde gelişen depresyonun anne ve fet¼se uzun s¼reli negatif etkileri olabilmektedir. Bu riskleri en aza indirmek için gebelikte depresyonun erken tanınıp, tedavi edilmesi gerekir (alık & Aktaş, 2011).

Gebelik fizyolojik bir olaydır. Ancak bu doğal s¼reci bozan durumlar gelişebilmektedir. Gebelikte depresyon ve olumsuz beden imajı bu doğal s¼recin sağlıklı ilerlemesini bozabilir. Bununla birlikte doğumda, hem annenin hem de bebeğin sağlığını bozabileceği gibi doğum sonunda da çeşitli komplikasyonlara (postpartum depresyon, intihar girişimi, d¼ş¼k doğum ağırlıklı bebek vb.) sebep olabilir. Ebelerin gebelikte beden imajı algısını ve gebelikte depresyonu erken tespit etmesi ve bu s¼rete ortaya çıkabilecek ilgili sorunlara yaklaşımda bulunması, gebelerde prenatal ve postnatal d¼nemin sağlıklı ilerlemesine yardımcı olacaktır. Bu nedenle bu çalışmada gebelikte beden imajı ve depresif davranışların belirlenmesi ve arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmamızın hipotezleri:

- Beden imajı olumlu olan gebelerde depresif davranışlar daha azdır.
- Beden imajı olumsuz olan gebelerde depresif davranışlar daha fazladır.
- Planlı olarak gerçekleşen gebeliklerin istenmeyen gebeliklere g¼re depresyon puanları daha d¼ř¼kt¼r.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beden İmajı Kavramı

Beden imajı yaşantımızda benlik değerimiz, fiziksel ve mental sağlığımız için önemli bir faktördür ve hayatımızda geniş bir etkiye sahiptir. Bedenin hem öznel hem de bireysel algısı olduğu için kişiliğin temel bileşenleri arasındadır (Örsel, Canpolat & Akdemir, 2004).

Beden imajı çok bileşenli bir yapıya sahiptir ve duygusal, bilişsel, algısal ve davranışsal yanları ile bu kavram tanımlanır (Farrell, Shafran & Lee, 2006). Beden imajının iki başlığa ayrılacağı konusunda araştırmacılar aynı fikirdedir. Bunlardan birincisi algısal (beden şeması, kişinin beden ölçüleri ile ilgili tahmini), ikincisi ise nesnel ya da tutumsal (bilişsel; beden kavramı, bedene ilişkin düşünceler, inançlar ve bilgileri içeren) beden imajıdır. (Canpolat, Örsel, Akdemir & Özbay, 2003).

Beden imajı hem bilinçli hem de bilinçsiz ortaya çıkabilir. İnsanın bedeninin nasıl olduğunu ve insan ilişkilerini düşünmesine yardımcı olduğu için dikkat çekici bir kavramdır (Potur, 2003). Bireyin bedenini mental olarak ifade edebilmek için insanın öznel hayatına anlam yükleyen bedenin algılanması gerekir. Bedenin algılanmasını sağlayan tecrübeler, beyinde serebral kortekse gelir (Potur, 2003; Erkal & Pek, 1993).

Beden imajı insanın varoluşudur ve kimlik olarak bir temel oluşturur. Aynı zamanda hayatımızda karşımıza çıkan tehdit edici durumlar ve streslere karşı kendi benliğimizi savunmamızı sağlar. Bununla birlikte bireylerin kendilerini görme şekillerini ve iş yapma kabiliyetlerini etkiler. Bu sebeple insanın kapasitesini ve sınırlılıklarını da belirten bir kavramdır (Hamurcu, 2014).

Beden imajının pek çok bilim dalı ve düşünceler üzerinde katkısı olduğu ifade edilir. Tarihte, nörolojik sorunlar, ilaç etkileri, psikiyatrik sorunlar, hipnotik olaylar, psikoterapi sonuçları ve psikosomatik hastalık gibi konularla ilgili yapılan araştırmalarda kullanıldığı belirtilmektedir (Hamurcu, 2014).

Beden imajını bütün uzmanlar kendi uzmanlık alanlarına göre kısımlara ayırarak incelemişlerdir. Bu kavram pek çok disiplinde uygulama alanı bulduğu için, çok çeşitli tanımları yapılmıştır. Ama tanımlar arasında farkın olmadığı ifade edilmiştir (Küçük, 2007).

Achterberg 1985 yılında nörolojik olarak; "*beden imajını genel anlamda beynin sağ yarım küresinde parietal lopta, kenara itilmiş olduğunu ve bu kısmın herhangi bir nedenle zarar görmesi halinde; hasta kendi bedeninin parçalarını tanıyamaz*" şeklinde tanımlamıştır (Franklin, 1996).

Güzellik, çekicilik, gençlik gibi özellikler bazen toplumlarda en önemli bireysel özellikler olarak görülebilmektedir. Bütün olarak işlev gören

fizyolojik, psikolojik ve sosyal olgular zamanla birbiri üzerine şekillenir (Potur, 2003).

İnsanın beden sınırları çocukluktan itibaren anlamsal ve yapısal değişiklikleri anlatır. Bireyin beden sınırları hayatımızdaki değişimlere yardımcı olan bir araçtır (Erkal & Pek, 1993). Birey kendi beden sınırlarını öğrenmeli ve bunu kullanarak yargıya varması gerekmektedir. Gebelik, menopoz gibi dönemler veya hastalık/yaralanma gibi durumlarda kişi beden imajı sınırlarını kullanamaz ve yargılarının değişmesine sebep olur. Beden imajı algısı hem bilinçli hem de bilinçsiz oluşabilir. Ayrıca beden imajı kişinin öz saygı ve güvenini tayin etmede hayati önem taşır (Erkal & Pek, 1993).

2.2. Beden İmajının Tarihsel Süreci

Beden imajı bozukluğu ilk olarak 16. yüzyılda bir cerrah olan Ambroise Pare'nin fantom organ ağrısı yaşayan hastaları gözlemlemesi esnasında ortaya çıkmıştır. Fakat beden imajı kavramını açıklayan ve geliştiren çalışmalara 20. yüzyılın birinci yarısında başlanmıştır (Özorhan, 2012).

Head 1920'li yıllarda beden şeması terimini ileri sürmüştür. Buna göre beden şeması "*daha çok duygusal kortekste organize edilmiş olan geçmiş yaşantılar ve şimdiki duyumlardan oluşan bir bütün*" şeklinde ifade ettiği belirtilmiştir (Doğan & Doğan, 1992). Schilder 1935 yılında beden imajı kavramını "*kendi bedenimizin zihnimizde biçimlendirdiğimiz resmidir, o bedenin kendimize görünen biçimidir*" şeklinde ifade etmiştir (Öz, 2010; Newell, 2002; Tomey & Alligood, 2006).

Freud psikoanalitik kuramında, beden imajı kavramı üzerinde yoğunlaşmış, bu kavramı ego kavramı ile eş anlamlı düşünmüş ve yeni doğanda henüz ayrılmamış olan bireysellik kavramının, giderek düzenli organize ve farklı bir yapı oluşturduğunu ifade etmiştir. Ayrıca beden imajının gelişmesinde en önemli aşamanın, ego oluşumu olduğunu söyleyerek beden imajına referans olacak biçimde, egoyu sadece yüzeysel bir varlık olarak değil, aynı zamanda yüzeyin içe yansımaları şeklinde belirtmiştir (Arslangiray, 2013).

Greenacre, beden imajının başlangıç (ilkel) ego ve daha sonra gelişen beden imajının birleşimi olduğunu ve en önemli beden bölgelerinin yüz ve genital bölgeler olduğunu ifade etmiştir (Hamurcu, 2014).

Schwab 1968'de beden imajını, "*kişinin kendi bedeninin parçalarına ve onların işlevlerine karşı olumlu ya da olumsuz duygularının kendisi tarafından değerlendirilmesidir*" şeklinde ifade etmiştir (Öz, 2010; Potur, 2003).

Norris 1970'te beden imajını, "*bireyin başkalarından farklı olarak beden alanı hakkındaki, bilinçli ve bilinçdışı bilgisinin, duygularının ve*

algılarının tümünün düzenli olarak değişimidir" şeklinde tanımlamıştır (Öz, 2010).

Wood 1975'te beden imajını, *"kişinin bedeninin ruhsal bir görünümü olarak kavramsallaştırılması ve bedenin benliğe görünen biçimi"* şeklinde tanımlamıştır (Öz, 2010; Özorhan, 2012).

Chilton 1982'de beden imajının insanın kendini anlamasında çok önemli bir yer tuttuğunu belirtmiştir. *"İnsanların kendileri hakkında hissettikleri ile bedenleri hakkında hissettikleri bağlantılıdır. Beden insanın en çok görünen ve maddesel bölümüdür bu yüzden algılarının merkezine oturur. Beden imajı, kişinin bedenine yönelttiği bilinçli ve bilinçsiz tutumlarının toplamıdır. Öz saygısı yüksek olan kişiler, kendilerini açık bir şekilde anlayabilirler"* biçiminde tanımlamıştır (Hamurcu, 2014).

Smith 1984'de *"her bireyin kendi beden imajı olduğunu, bu imajın doğumda oluştuğunu ve büyürken geliştiğini belirtmiştir. İmajın çevresel faktörler ve sosyal kalıplardan etkilendiği üzerinde durmuştur. Bütün bireyler mükemmel bir beden imajına sahip olmak ister ama, bunun imkansız olduğunu bilirler"* biçiminde tanımlamıştır (Doğan & Doğan, 1992).

Gillies 1984'de beden imajı teorisini etkili bir biçimde kullanabilmek için; kendini görme biçimi, kendine saygı, beden kavramı, beden planı, beden imajı ve beden imajı sınırı terimlerinin ayırt edilmesi ve birbirleri ile ilişkilerinin anlaşılması gerekir biçiminde ifade etmiştir (Özorhan, 2012).

Norris ve Darkling-Fisher 1985'te *"bedensel benliktir"* şeklinde belirtmiştir (Öz, 2010; Özorhan, 2012).

Derbyshire 1986'da beden imajı oluşması ve gelişmesinin genetik, sosyalleşme, moda, kültür, ırk, eğitim ve kitle iletişim araçlarına bağlı olduğunu ve bunlar tarafından etkilendiği şeklinde belirtmiştir (Salter, 2000).

Salter 1988'de *"bireyin bedenine karşı sahip olduğu bilinçli ya da bilinç dışı tutumların toplamıdır. Büyüklük, işlev, görünüş, potansiyelle ilgili şimdiki, eski duygularını ve algılarını kapsar"* şeklinde ve 1989'da Samonds ve Cammermeyer beden imajını bireyin kendi bedenini algılaması olarak belirtmişlerdir (Salter, 2000; Öz, 2010; Tomey & Alligood, 2006).

Burnard ve Morrisan, 1990'da *"özsaygı", "özimaj" ve "özbenlik"* kavramlarının birbirleri ile yakından ilişkili olduğunu ve öz saygının bireyin kendi fizikseliği ile (beden imajı ve fiziksel görünüm) doğrudan etkileneceğini, birey fiziksel görünümünden memnunsaydı, özsaygısının oluşumu üzerinde olumlu etkilerin artacağını belirtmişlerdir. Dış görünüşünden memnun olmayan bireylerin kendileri hakkındaki düşünceleri de olumsuzdur şeklinde ifade etmişlerdir (Salter, 2000).

Cohen 1991'de "*makyaj, giysiler ve takıların olduğu kadar yardımcı materyallerin, (tekerlekli sandalye ve baston gibi) beden imajı içine dahil olduğunu ileri sürmüştür. Beden imajında değişiklik yapan görünüm ve fonksiyon değişiklikleri, hayatın farklı yönlerini etkiler örneğin; iş, sosyal aktiviteler ve cinsellik gibi. Beden imajı, daha çok kişinin yetiştirilmesine bağlıdır*" şeklinde belirtmiştir (Potur, 2003).

Fisher'e göre beden imajı, bireyin kendi bedenine karşı duygu ve tutumları ile psikolojik yaşantısının bedene aktarılmasıdır. Kısaca kafamızda oluşturduğumuz bedenimizin resmidir (Polat, 2007; Özorhan, 2012).

Kolb, beden imajı oluşumunda geçmiş deneyimlerin ve duyguların etkisi olduğunu belirtmiştir (Özorhan, 2012).

McCall'a göre görünüm çok önemli bir kavramdır. Bu, kişilerin başkaları tarafından nasıl algılandığı, değerlendirildiği ve kendilerini nasıl gördükleri ile bağlantılıdır (Özorhan, 2012).

Yukarıdaki beden imajı tanımlarının ortak özellikleri incelendiğinde beden imajı;

- ❖ İnsan bedeniyle ilgili eski ve yeni bütün algı, duygu ve tutumlar beden imajının gelişmesinde önemli rol oynar.
- ❖ İnsanın hem kendi algılarından hem de başka insanların bakış açılarından etkilenir.
- ❖ Dinamiktir ve değişebilir.
- ❖ Bireyin beden ve beden parçalarına karşı tutumunu gösterdiği gibi bunların işlevlerine karşı tutumu da yansıtır.
- ❖ Sosyokültürel değerleri etkiler.
- ❖ İnsanın gerçekte var olan beden yapısıyla uyumlu veya uyumsuz olabilir.
- ❖ Kimlik, benlik, kişilik ve ego kavramları ile yakın bir ilişkisi vardır.
- ❖ Bilinçdışı kişisel yaşantıların etkisiyle her bireyde farklı algılanır.
- ❖ "Somatik ego" olarak adlandırılır aynı zamanda kimliğin temel bir ögesidir.
- ❖ Algılanan beden imajı başka insanların gördükleriyle farklılık gösterebilir.
- ❖ Bilinçli ve bilinçdışı boyutu olan bir kavramdır (Öz, 2010; Doğan & Doğan, 1992; Potur, 2003; Özorhan, 2012).

2.3. Beden İmajının Bileşenleri

Literatürde beden imajı bedenimizin içselleştirilmiş, öğrenilmiş bir sunumu olduğu öne sürülmektedir (Özaltın, 2003; Hamurcu, 2014). Beden imajı, "beden gerçekliği" (kendibedenimizi algılayış şeklimiz ve bedenimizle ilgili neler hissettiğimiz), "beden sunumu" (bizim istediklerimize bedenimizin cevabı) ve "beden ideali" (bunların ikisinin

değerlendirildiği bir iç standart) bileşenlerinden oluşur (Özaltın, 2003; Hamurcu, 2014).

2.3.1. Beden Gerçekliği

Beden gerçekliği, bireyin genleriyle ve beslenmesiyle şekillenir ayrıca bedenimizi nesnel olarak ele alır. Beden gerçekliği ile ilgili karşılaştırmalar, insanın bulunduğu ırkın normlarına göre yapılır (Özaltın, 2003; Hamurcu, 2014). Beden genetik kod ve yaşanan çevreden etkilenerek gelişir, hızı farklı olup sürekli değişim halindedir. Beden gerçekliğinin bazı dönemlerdeki değişiklikleri daha fazla önem arz etmektedir. Örneğin; önemli orantısal değişikliklerin olduğu ergenlik sırasında göğüslerin gelişmesi, beden dış hatlarının belirginleşmesi, duygularımız ve kişilik algıları üzerinde derin etkileri olan temel beden gerçekliği değişiklikleridir (Özaltın, 2003; Hamurcu, 2014).

2.3.2. Beden Sunumu

Beden sunumu kolay anlamda sadece giyinme tarzı ve bireyin bedenini nasıl süslediğini ifade etmez. Birey bilinçli olarak bedeninin nasıl görüldüğüyle birlikte, niyetleri, iradesi ve duygularının bir simgesi olarak nasıl işlev gördüğünü de inceler. İnsan bedenini algılama şekli hem nasıl bir yapıda olduğu ve nasıl görünmesi gerektiği hem de bazı sosyal durumlarda bedeninin nasıl hareket ettiğinden etkilenir (Özaltın, 2003; Hamurcu, 2014).

2.3.3. Beden İdeali

Beden gerçekliği, bedeninin nasıl olması ve nasıl hareket etmesi gerektiğini düşündüğümüz bir ideale kıyaslanır ve o ideale ulaşmayı amaçlar. Bu ideal bireyin düşüncesindedir ve hem kendi beden gerçekliğine hem de bireye yakın olanlara da uygulanabilir. Beden ideali; karmaşık ve değişken olup nadiren bilinçli olduğumuz bir alandır (Özaltın, 2003; Hamurcu, 2014).

Beden idealinin bir diğer parçaları beden alanı ve sınırlarıdır. İçinde yaşadığımız bedenle birlikte çevremizdeki alanı da kontrol ederiz. Beden sınırı, beden gerçekliğinin dış çevre ile olan ortak alanıdır. Bu kısım farklı kültürlerde daralıp genişleyerek farklılık gösterir. İnsanlar farklı kültürlerde farklı beden alanları geliştirirler (Özaltın, 2003; Hamurcu, 2014). Beden ideali bireyin, bilinçli ya da bilinçsiz beden gerçekliği ve sunumunu bir standartla karşılaştırmasını içerir. Herkesin kendine ait standartları ve normları mevcuttur ve bunlar sürekli değişim halindedir. Ancak standart realitede yer almıyorsa kişide mutsuzluk görülüp depresyon oluşabilmektedir. Çoğu durumda bu standartları birey seçmez, toplum ve arkadaşlar daha evrensel bir ideali belirleyebilirler. Bireyin beden idealleri kişinin eğitim durumu, yetişme şekli ve kültür gibi beden gerçekliğini etkileyen faktörlere bağlıdır (Özaltın, 2003; Hamurcu, 2014). Beden idealinin tam anlamıyla gelişmesi, bebeklik döneminde bebeğin vücudunu başkalarıyla kıyaslamasıyla başlayıp bir ömür sürebilir. Beden ideali sürekli

değişim halindedir. Çocukluktan yaşlılığa kadar değişim söz konusudur (Hamurcu, 2014).

2.4. Beden İmajının Yaşam Dönemlerine Göre Gelişimi

Beden imajı sürekli büyüme ve gelişme süreci içinde gelişir. Bu gelişim, kişinin hem kişisel hem de sosyal deneyimlerinin sonucudur. Bu deneyimler bireyin duyu organlarına ait algıların bir ürünüdür. Aynı zamanda kişiler arası ilişkilere de bağlıdır (Özorhan, 2012). Bireylerin deneyimleri zaman içerisinde kendi iç yapısında tanımlanır. Normal beden imajı gelişiminin bilinmesi bireyin çocukluktan yaşlılığa kadar olan dönemde vereceği tepkilerin belirlenmesi açısından önem arz etmektedir. Doğumda bebekler fiziksel beden imajına sahip değildir. Beden imajının normal olarak gelişimi çocukluk, adolesan, erişkin ve yaşlılık dönemleri şeklinde ayrılarak incelenebilir (Özorhan, 2012).

2.4.1. Çocukluk Dönemi

Çocukluk dönemlerinden süt çocuğunda; fiziksel beden imajı yoktur. Motor becerileriyle çevresinde bulunan nesnelere kendisinden farklı olduğunu anlar. Beden imajının bu dönemde gelişmesinde en önemli etken uyarılmadır. Uyarılma ağız çevresinde olup, hoşlanma duygusunu keşfeder. Bedeninde geçirdiği değişiklikler diğer yaşam dönemlerinde onun için alt yapı oluşturur (Erkal & Pek, 1993; Potur, 2003).

Bedenin kullanılmasıyla ilgili deneyimlerin algılanması uzun zaman içinde olur. Çocuğun gelişim dönemlerinde beden imajı ve kişilik gelişimi arasında önemli bir ilişki vardır. Eğer çocuk, beslenir, sevilir, ilgi görür birlikte oynanır ve tuvalet eğitimi verilirse bedenini kullanmaya ve dolayısıyla da kişiliğinin farkına varmaya başlar. Duygusal iletiler ve dokunmayla acı, haz, utanma, kaybetme ve başarıma duygularını keşfeder. Böylelikle kendi becerilerinin ve sınırlarının farkına varır. Çocuk kendisinin diğer bireylerden ayrı bir varlık olduğunu deneyimlediği zaman kendi beden bilinci içerisinde büyür (Potur, 2003). Oyun Çocuğunda ise beden imajı devamlı değişim gösterir. Fiziksel olarak büyümesiyle motor becerileri gelişerek çevresini keşfeder. Hem bedenini hem de çevreyi nasıl kontrol edebileceğini anlamaya başlar. Çocuğun bedenini ve çevresini keşfetmesinde ailenin tutumu çok önemlidir. Çocuğun bedenini değerli ya da değersiz olarak algılaması ona bakan bireylerin ona verdiği değeri gösterir (Özorhan, 2012). Okul Dönemi beden imajının belirlenmesi çocuğun öğrenme becerileri ve akranlarıyla olan ilişkilerine odaklanır. Okul döneminde psikososyal problemler gelişebilir. Çocuğun beden yapısı normal olsa dahi çocuk bunu kabullenmeyebilir. Çocuğun beden imajı onun kişilik oluşumunda ve ego bütünlüğünün sağlanmasında önemlidir. Farklı gelişim dönemlerinde çocuğun deneyimlerini organize etme stili onun beden sınırlarını belirlemede yardımcı olur (Erkal & Pek, 1993; Potur, 2003).

2.4.2. Adölesan Dönemi

Bireyin bebeklikten sonra en hızlı gelişim gösterdiği dönem adölesan dönemidir. Ergenlik döneminde birbirinden farklı yaş aralıkları öne sürülmesine rağmen en geniş yaş aralığı 11-21 olarak kabul edilmektedir (Ertem & Yazıcı, 2006). Bu dönemde ergenin ruhsal, bedensel ve zihinsel yönden çok hızlı değiştiği görülmektedir. Diğer taraftan ergen bu dönemde yoğun stres altında yaşamını sürdürürken beden imajının söz konusu stresi tetikleyen bir etken olduğu da gözlemlenmiştir (Özorhan, 2012).

Adölesanın gelişim döneminde beden imajının son derece önemi vardır. Çünkü adölesanın öz güveninin gelişiminde beden algısı belirleyicidir. Nitekim adölesan döneminde beden algısının olumsuz yönde olması depresyon, anksiyete ve negatif değerlendirilme endişesiyle ilgili olabilmektedir (Baybek & Yavuz, 2005).

Ergenlikte benliğin simgesi olarak nitelendirilen beden imajı benlik algısıyla ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Diğer taraftan bireyin bedeninden hoşnut olmasıyla, fiziksel değişikliklerin hızlı yaşandığında adölesan döneminde beden imajının doğrudan bir ilgisi olduğu vurgulanmıştır (Örsel, Canpolat & Akdemir, 2004).

Ergenin bütün dikkatini bedenine yöneltmesinden dolayı beden algısıyla ilgili endişelerinin ortaya çıkması, onlarda "hiç sevilmedikleri" gibi gerçekte var olmayan ısrarlı olumsuz düşüncelere zemin hazırlamaktadır. Ergenlikte görülen fizyolojik değişikliklere gençlerin nasıl tepki verdikleri çeşitli yönlerden ele alınıp incelenmiştir. Ergen, kendi bedeninde gözlemlediği değişimi çoğunlukla bedenine karşı "yabancılaşma" olarak algılar (Koç, 2004).

2.4.3. Erişkin Dönemi

Genellikle bir yetişkinin beden imajı ve ben kavramı sosyal değişimlerle şekillenir. Örneğin; toplum görünüşü normal olan bir beden imajını benimser. Ayrıca bireyin beden imajı kendi iç dünyasını geliştirirken onun başarıya ulaşmasını da etkilemektedir (Özorhan, 2012). Erişkinin beden imajı kişiliği, kimliği ve ben kavramı arasında sürekli bir etkileşim halindedir. Kendi beden imajını olumlu algılayan birey olumlu tutum sergiler (Erkal & Pek, 1993).

Erişkin birey 45-65 yaşları arasında fizyolojik, psikolojik ve fiziksel değişimleri fark eder. İnsan bedenindeki değişiklikler erkek ve kadında farklı olmakla birlikte fiziksel güçlerinde her iki cinste de azalma görülür. Aynı zamanda kadınlarda şişmanlık ve menopoz, erkeklerde saç dökülmesi beden imajındaki değişiklikleri meydana getirir. Dolayısıyla gençlik imajının kaybolduğunu düşünen orta yaşlı birey gençliğe olan özentisini yaşam biçimi ve giyim tarzına yansıtır (Özorhan, 2012).

2.4.4. Yaşlılık Dönemi

Yaşlılık dönemiyle birlikte kişinin ben kavramında belirgin bir değişim görülür. Yani yaşlı bireyde hem fiziksel ve zihinsel hem de emosyonel ve sosyal değişiklik meydana gelir. Liderlik rolü, uğraşlarının azalması, emeklilik, eşin ya da yakın bir akrabasının yitilmesi, takma diş, gözlük, işitme cihazı, baston, tekerlekli sandalye gibi destekleyici aletlerin kullanımı, yürümede ve hareketlerde yavaşlık, cilt ve saçlarda görülen değişiklikler, duyuşsal ve motor aktivitelerde azalma ve güç kaybı ben kavramını etkileyen önemli faktörlerdir. Yaşlı bireyin duyuşsal anlamda desteklenmesi onun beden imajını daha gerçekçi algılamasına yardımcı olur (Öz, 2010; Erkal ve Pek, 1993).

2.5. Beden İmajını Etkileyen Değişkenler

Beden imajı bir bireyin kişiliği, değerleri ve çevresiyle olan ilişkileriyle şekillenir. Beden imajı fizyolojik temele dayanmasına rağmen, psikolojik ve sosyal etkenlerle de biçimlenir. Bu sebeple beden imajı bireyin kişilik yapısıyla sınırlı kalmayıp toplumsal olarak sosyolojik bir anlam taşır (Erkal & Pek, 1993). Beden imajı bozukluğu vücut ya da vücudun algılanmasındaki bir değişiklikten doğan benlik algısı bozukluğudur. Beden imajının bozulmasına yol açan yaşam içinde bireyin karşılaşılabileceği bazı değişiklikler vardır. Bunlar;

- Fizyolojik ve dönemselsel değişiklikler; ergenlik, gebelik, yaşlılık dönemleri
- Fiziksel sağlık problemleri ile ilgili değişiklikler; yaralanma, yanıklar, akut hastalıklar, traksiyon, bandaj, amputasyon, mastektomi, nefrektomi, kronik böbrek yetmezliği, karaciğer hastalıkları, hastanede yatma, bazı invaziv girişimler,
- Ruhsal sağlık problemleri ile ilgili değişiklikler; depresyon, şizofreni vb (Polat, 2007).

Bütün bunlarla birlikte bireylerin yavaş gelişen beden değişikliklerini daha kolay, ani gelişen beden değişikliklerini ise daha zor kabul ettikleri ve daha uzun sürede uyum gösterdikleri belirtilmektedir (Üstündağ, Demir, Zengin & Gül, 2007). Ayrıca beden imajıyla ilgili ortaya çıkan sorunlar bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gibi ruhsal durumunu da kötü yönde etkileyebilir (Cash, 2002; Striegel-Moore & Franko, 2002).

Bireyin beden imajındaki değişikliği algılaması fiziksel görünümdeki değişiklik ve ya fonksiyon kaybının önemiyle yakından ilgilidir. Bu nedenle beden ya da beden parçasının önemi arttıkça beden imajındaki değişimde aynı oranda artmaktadır (Potter & Perry, 2001).

Bireyin belirli organını kaybetmesi beden bütünlüğünü değiştirirken bu da bireyden eksiklik hissine sebep olabilmektedir. Örneğin; Histerektomi ve mastektomi kadının annelik ve çekicilik duygularının değişmesine aynı zamanda beden imajına ve benlik saygısına karşı tehdit oluşturur. Bu durum bireyde psikolojik ve sosyal sorunların ortaya

çıkmasını tetikleyebilir. Bunun sebebi beden imajı değişiklikleri ve ölüm korkusudur (Wonda, 2004; Öz, 2010). Cerrahi girişimlerin sebep olduğu beden imajı bozulmalarına bir örnek daha verecek olursak, stoma cerrahisi beden imajında ani değişim yapması ve travmatik bir girişim olması sebebiyle bireyde bütün bedeninin bozulduğu algısı uyandırıp kişiyi kötü yönde etkileyebilmektedir (Weerakoon, 2001; Üstündağ vd., 2007).

Bireyler hastalıklar veya organ kayıplarıyla bedenini, yaşamını, geleceğini ve hedeflerini tehdit altında hisseder. Nitekim ortaya çıkan bu durum kişinin özgüvenini ve beden imajını zedeler. Ayrıca bireyin özgürlük ve yeterliliği kısıtlanır. Diğer taraftan insanın bedenine, beden parçalarına ve işlevlerine yüklediği anlam ve değer farklı olabilir. Aynı zamanda bireyin kendi beden imajı ile başkalarının onun bedeniyle ilgili düşünceleri farklılık gösterebilir (Polat, 2007).

Beden imajının gelişimi ve sürekli değişmesi sadece bedendeki değişiklikler değil aynı zamanda birçok etkene de bağlıdır. Bunlar, bireyin benlik gücü, dürtüleri, güdülenmesi, benlik saygısı, cinsiyeti, öğrenme ve olgunlaşma düzeyi, bedenine karşı duyarlılığı ve verdiği anlam, nesne ilişkileri, başkalarına karşı tutumu ile başkalarının ona karşı tutumu, toplumun beden görünüşüne verdiği değer sayılabilir (Ergür, 1996; Polat, 2007).

Toplumda farklı kültürlerden gelen farklı mesajlar hem kadını hem de erkeği etkilemektedir. Basın, medya, filmler toplumun beden imajını etkileyen faktörler arasındadır. Görsel medyada kadınlar gerçekte olmayacak kadar ince erkekler de daha güçlü ve kaslı olarak gösterilmektedir. Özellikle televizyon kadınlara hayali bir beden imajını empoze etmektedir. Bu gösteriler kadınların beden imajını etkileyip aynı zamanda yeme bozukluklarına sebep olmaktadır (Oğuz, 2005; Öz, 2010).

Beden imajını etkileyen faktörlerden bir de kitle iletişim araçlarıdır (Atik &Örten, 2008; Öz, 2010). Güzel, genç, sağlıklı ve normal kilodaki bir beden ideal beden olarak kabul edilmektedir (Öz, 2010). İnsanlar davranışlarını düşüncelerini ve algılarını toplumda kabul gören ideal bedene göre biçimlendirebilmektedir (Öz, 2010). Türkiye'de yapılan bir araştırma sonucuna göre güzel yüz, zayıf beden ve uzun boy kavramlarını ideal beden imajıyla eşleştirmişlerdir. Ayrıca ideal bedende olan bireyin toplumu dış görünüşüyle etkileyeceğini ifade etmişlerdir (Atik &Örten, 2008). Bireyin beden ölçüsü ideal bedenden farklılık gösterdikçe kişinin ruh hali olumsuz etkilenebilir (Öz, 2010). Yapılan bir çalışmada normal kiloda olan kadınların kilolu olan kadınlara göre bedeninden memnun olma durumu daha yüksek bulunmuştur (Cachelin,Monreal&Juarez, 2006).

Birçok sebepten etkilenebilen beden imajı kişinin ruhsal durumunu etkiler. Beden imajı bozulması sonucu görülen özellikler; Beden bölgelerine bakma ya da dokunmanın reddi, bedeninin saklanması ya da aşırı sergilenmesi, bedeninin yapı ve fonksiyon değişikliklerini kabullenememe, sosyal ilişkilerinin sıklığında azalma, beden hakkında olumsuz düşünceler, beden kısımları ya da fonksiyon kaybı ile ilgili tasa,

ümitsizlik fikirlerinin belirtilmesi, reddedilme korkusunun belirtilmesi, gerçek değişikliğin inkârı, çevredeki nesnelere birleşmek için beden sınırlarının geliştirilmesidir (McFarland & Thomas, 1994; Hamurcu, 2014).

2.6. Beden İmajında Bozulmaya Gösterilen Tepkiler

Beden imajında bozulmaya karşı gösterilen tepkiler adaptif ve adaptif olmayan tepkiler şeklinde incelenir.

2.6.1. Adaptif Tepkiler:

Adaptif tepkiler kaybın kabul edilmesiyle ilişkilidir. Kriz durumunda ilk olarak reddetme sonra yavaş yavaş kabul etme ve problemin azalması gibi aşamalar gerçekleşir. Bireyin verdiği tepkiler stresin şiddetine, sosyal desteğe ve bireyin tutumuna bağlıdır. Fiziksel kayıplarda kederlenme üçe ayrılır:

2.6.1.1. Aşama (kayı kavrama): Şok ve inanmama durumu baskındır. Bir kaç dakika, saat veya gün sürebilen bir dönemdir. Genellikle kişinin ilk tepkisi olumsuzdur. Hasta bu durumu reddeder. Eğer bu aşama uzarsa iyileşme gecikir. Hasta bütün dikkatini kayıp üzerinde toplar. Bu aşamada ağlama, kaybı kabullenmede yardımcı olup hasta genellikle depresiftir (Erkal & Pek, 1993).

2.6.1.2. Aşama (Başa Çıkma): Hasta kendisinin ve çevresinin anksiyete, kızgınlık ve üzüntü içinde olduğunu bilir. Birey, yaşamının eskisiyle aynı olmadığını farkındadır. Belki de hasta bir başkasına bağımlı yaşayacak, sınırlı hareket edip isteklerinde sınırlılıklar olacaktır. Hasta çevresindekilerden uzaklaşır ve benlik saygısı azalır. Zaman bu aşamada en önemli faktördür. Zamanla hasta çabasını kaybın onarılması için harcar ve kaybı gerçek anlamda kabullenmeye çalışır (Erkal & Pek, 1993).

2.6.1.3. Aşama (Benimseme): Hasta değişim geçirdiğinin ve yetersizliğinin farkındadır. Geçmişteki halini aklından geçirir. Kendisiyle ilgili konuşmaya hevesli oluşu sağlıklı adaptasyonun belirtisidir. Kişi kendisine sunulan hayatı kabullenmiştir. Hasta, ailesi ve sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim çok önem taşımaktadır. Hastanın bu kişilerden aldığı destek onun için önemlidir. Bu aşamada hedef hastayı çalışmaya yönlendirmek değil onun kapasitesini en etkili kullanmasına teşvik etmektir. Kişi tarafından sevilen birinin, objenin ya da vücut bölümü veya vücut fonksiyonunun kaybedilmesinde bu dönemin başarıyla çözülmesi için keder sürecinin tamamlanmış olması gerekmektedir (Erkal & Pek, 1993).

2.6.2. Adaptif Olmayan Tepkiler: Hasta bulunduğu durumu kabul etmediği zaman adaptif olmayan tepkiler meydana çıkar. Keder çözülmez. Hastada değişim olmadan önceki beden imajını devam ettirme isteği mevcuttur (Polat, 2007). Çevreden kendini soyutlaması,

gölme ya da şaka yapması kişinin yalanlama eyleminde olduğunu gösterir. Hasta mental olarak kaybın farkındadır. Fakat kabul etmek istemez. Sorumluluklarından kaçır ve daha önce kullandığı savunma mekanizmalarını kullanır. Kişi sosyal, emosyonel ve seksüel yaşama başlamakta zorluk çekebilir. Hasta yetersizliklerini saklamaya çalışabilir ve zamanını ve parasını boş şeylerle harcayabilir. Hastalar bu dönemde sağlık çalışanlarına karşı bağımsızlık veya aşırı bağımlılık gösterebilirler. Bununla birlikte iletişime geçmekte sağlık çalışanlarının yardım isteklerini red edebilmektedirler (Polat, 2007).

2.7. Gebelikte Beden İmajı

Gebelik fizyolojik bir olay olmakla birlikte zigotun uterusu implante olmasıyla kadın organizmasında değişiklikler meydana gelir (Yücel, 2005). Fertilizasyondan sonra kadında anatomik ve biyokimyasal değişiklikler başlamakta ve gebelik süresince devam etmektedir. Fetüsün korunması, metabolik ihtiyaçlarının karşılanması ve oluşan atıkların atılması, doğum eylemi için gerekli anatomik değişikliklerin tamamlanması, eylemde harcanacak enerjinin sağlanması, anne ve bebeğin sağlığını en iyi şekilde korumak için gebelikte fizyolojik ve biyokimyasal değişimler meydana gelmektedir (Fenkci, 2006).

Gebelikte anne organizmasında anatomik ve fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Bunlar; genital, kardiyovasküler, solunum, gastrointestinal, üriner, kas-iskelet, endokrin, hemotolojik ve immünolojik sistemde, memelerde, ciltte, metabolizmada olan değişikliklerdir (Fenkci, 2006; Cengiz & Kimya, 2008; Taşkın, 2011).

Bireylerin yaşamlarında sergiledikleri rollere ilişkin tutum ve davranışları farklılık göstermektedir. Bu rollerden gebelik rolü kadınlar için doğal bir yaşam krizi olarak bilinmektedir (Kuğu & Akyüz, 2001). Gebelikte hem fizyolojik hem de psikolojik ve emosyonel değişimler yaşanır. Gebeler zaman zaman, bu değişimlere adapte olmakta zorluklar yaşayabilmektedirler (Şahin, Ongan, İnanç, Başer & Mucuk, 2009; Beydağ, 2007; Taşpınar, 2008).

Beden imajı bireyin dış görüntüsünün içsel ifadesi olarak tanımlanmıştır. Gebelik süreci boyunca gebelerde fiziksel değişimler yaşandığı için gebelerin beden imajı algıları da değişebilmektedir (Skouteris, Carr, Wertheim, Paxton & Duncombe, 2005; Wingood, Diclemente, Harrington & Davies, 2002). Boscaglia ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada gebelerin, gebelik öncesi ve gebeliğin erken dönemlerinde beden imajı memnuniyet oranının önemli düzeyde düştüğü belirtilmiştir (Boscaglia, Skouteris & Wertheim, 2003).

Gebelik kadının dikkatini bedenine verdiği önemli dönemler arasındadır. Gebelikte gebenin dikkatini bedenine çekmesine sebep olan değişiklikler şunlardır; kilo artışı, göğüs ve kalçanın ölçülerinde artış, kalıcı

ve geçici cilt değişiklikleri, saç ve tırnaklardaki değişikliklerdir (Çırak, 2014).

Birinci trimesterde fizyolojik olarak uykusuzluk-yorgunluk, iştahta artma ve azalma, sık idrara çıkma, bulantı-kusma ve aşırme gibi semptomlar görülebilmektedir (Demiryay, 2006). Bu semptomlar beden imajını olumsuz etkileyebilmektedir. Birinci trimesterde gebeler yorgunluk hissi yaşayabilmektedirler. Gebe, gebelik için zamanlamanın doğru olup olmadığı, sağlığı ile ilgili kaygılar ve yeni bir aile bireyinin dünyaya gelmesinin vereceği heyecan vb. gibi ambivalan duygular yaşayabilir (Taşpınar, 2008). Böylelikle gebelikte oluşan olumsuz yargı ve endişe giderek artabilir.

İkinci trimesterde gebede, kilo artışı, karında ve memelerde büyüme gibi bedeninde hızlı ve yoğun değişiklikler olur. Bu değişiklikler gebenin kendini sakar, cazibesiz, hantal, çirkin hissetmesine sebep olabilir. Bu değişimlerin neticesinde, gebenin kendine güven duygusu ve benlik saygısı azalır ve beden imajı negatif yönde etkilenebilir (Taşkın, 2011; Goodwin, Astbury & McMeeken, 2000).

Üçüncü trimesterde gebede fiziksel rahatsızlık ve gebelik yükü artmıştır ve gebe bu dönemde doğuma hazırlanır. Gebenin kendisi ve bebeğiyle ilgili kaygıları olabilir (Taşpınar, 2008). Gebelikte varis, hemoroid, bacak krampları gibi şikayetler II.ve III. trimesterde sıklıkla görülür. Bununla birlikte baş ağrısı, yorgunluk ve uykusuzluk, sık idrara çıkma, III. trimesterde de görülür. Solunum güçlüğü, bel ağrısı, konstipasyon gibi yakınmalar ise genellikle üçüncü trimesterde meydana gelmektedir (Demiryay, 2006).

Gebeliğin ikinci yarısından itibaren deride pigmentasyon artışı görülür. Özellikle yüz, alın, memenin areolasında, göbek, vulva ve anüs çevresinde görülebilir. Gebelik maskesi ortaya çıkabilir. Gebelik maskesi (Chlosma gravidarum) pigmentasyonun yüzde ve alında görülmesidir. Pubis ile göbek arasındaki linea alba çizgisi renk değiştirir ve bu durum linea fusca veya linea negro olarak adlandırılır (Kömürcü, 2000).

Gebelikte gebenin dış görünüşünde olan değişimler gebenin beden imajı yönünden hoşnutsuzluk yaşamasına sebep olabilir. Gebelik süreci boyunca kadınlar değişen bedenlerini inceler. Bu incelemeler sürecinde gebelik öncesi beden imajının gebelik sonrası beden imajını etkilediği belirtilmektedir. Gebelikte kadının mutlu olması ve bedeninden memnun olabilmesi için baş etme mekanizmalarını etkili kullanıp olumlu bir bakış açısı geliştirmelidir (Potur, 2003).

Bireyin beden imajını algılamasında hem bireysel hem de aile, eş gibi sosyal destek sistemleri etkilidir. Sosyal destekten alınan olumlu tepkiler beden imajını iyi yönde etkilerken bu desteğin yetersiz olması beden imajını kötü etkileyebilir (Taşkın, 2011).

Kadınların gebelikte dış görünüşlerini farklı algıladıklarını ileri süren çalışmalar mevcuttur (Chang, Chao & Kenney, 2006; Akbaş ve ark, 2008). Fox ve Yamaguchi'nin yaptığı bir çalışmada; gebelik öncesinde kilolu olan kadınların gebelikte daha olumlu beden imajına sahipken, gebelik öncesi normal kiloda olan kadınların daha olumsuz bir beden imajının olduğu görülmüştür (Fox & Yamaguchi, 1997).

Gebelik, kadınlara seçkinlik duygusu, kendini gerçekleştirme ve güven duygusu katabilir. Bununla birlikte kadınların beden imajı algısı kültürel farklılıklara göre iyi ya da kötü yönde değişebilmektedir (Chang vd., 2006). Aynı zamanda gebeliğin planlı olup olmaması da önem arz etmektedir. İstenen ve planlı gebeliklerde gebeler mutluluk ve doyum duygusunu yaşayarak bedenindeki değişiklikleri olumlu karşılamaktadırlar (Schmied & Lupton, 2001; Boscaglia, Skouteris & Wertheim, 2003).

Hofmeyr ve arkadaşlarının çalışmasında; değişik kültürdeki gebeler sürekli olarak kilo alma ile ilgili endişelerinin olduğunu ifade etmiş ve gebelik öncesi bedenlerini kıyasladıklarında daha az çekici olduklarını dile getirmişlerdir (Hofmeyr & ark, 1990).

Yapılan araştırmalar gebelikte fizyolojik değişimlerle birlikte gebenin sosyodemografik özellikleri, evlilik ve eşi ile ilgili özelliklerinde beden imajını algılamada etkili olduğunu göstermiştir (Çırak, 2014; Kumcağız, 2012; Gümüş vd., 2011). 2012'de Kumcağız yaptığı çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan gebelerin beden imajının da olumsuz olduğunu belirlemiştir. Aynı çalışmada planlı olarak gebe kalan gebelerin beden imajı plansız olan kadınlara göre daha olumlu olduğu görülmüştür (Kumcağız, 2012).

Gümüş ve arkadaşlarının araştırmasında, gelir düzeyi düşük olan ve eşiyle olan ilişkilerini kötü olarak belirten aynı zamanda cinsel hayatında olumsuz durumların geliştiğini söyleyen gebelerin beden imajı olumsuz bulunmuştur (Gümüş vd., 2011).

Gebelik sürecini bazı kadınlar daha rahat ve problemsiz yaşamalarına rağmen bazıları çok daha stresli olarak yaşayabilmektedir. Gebelikte kilo artışının sebep olduğu dış görünüşün değişmesiyle oluşan stres, kadında yetersizlik duygusu gibi çeşitli duygusal sorunların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Yetersizlik ve stres duygusu gibi duygu durumları kadının beden imajını olumsuz algılamasına yol açabilmektedir (Okanlı, Tortumluoğlu & Kırkpınar 2003; Yanıkkerem, Altıparmak & Karadeniz 2006).

Huang ve arkadaşlarının çalışmasında üçüncü trimesterdeki olumsuz beden imajının, zayıf/yetersiz anne-bebek bağlanmasına sebep olduğunu belirtmiştir (Huang, Wang & Chen, 2004).

Chang ve arkadaşları III. trimesterde ki gebelerle yaptığı çalışmada; gebeler kendilerini gebelik öncesi kadınsı hissetme durumuyla ilgili kaygılarını paylaşmışlardır. Özellikle gebelikte meydana gelen memelerdeki renk farklılığı ve büyümeyi, karında oluşan çatlakları beğenmedikleri, kendilerini çirkin olarak gördükleri bununla birlikte tekrar gebelik öncesi hallerine dönemeyecekleri korkusu yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Chang vd., 2006).

Skouteris ve arkadaşlarının çalışmasında; kadınlar gebeliğin ilk dönemlerinde, gebelik sürecinde ve gebelikten sonra bedenlerinden daha az memnun olduklarını belirtmişlerdir (Skouteris vd., 2005).

Gebeliğin 12. ve 24. haftaları arasında olumsuz beden imajı yetersiz/zayıf anne bebek ilişkisi ve bununla birlikte uzun ve zor bir doğum eylemi ile ilişkilendirilmektedir (Chang vd., 2006).

Kamysheva ve arkadaşlarının çalışmasında; kadınların gebelik boyunca kendilerini şişman olarak gördükleri, daha az çekici hissettikleri ve bu sebeple öz saygılarının düşük olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada gebeliğin kadın için anksiyete oluşturabileceği ve kadının bedeninde meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler bazen stres yaşamalarına sebep olabileceği belirtilmiştir (Nierop, Wirtz, Bratsikas, Zimmermann & Ehlert, 2008).

Literatürde beden imajını olumlu olarak algılayan gebelerin olduğu çalışmalarda vardır (Duncombe vd., 2008; Boscaglia vd., 2003; Özorhan, 2012). Gebelik öncesi beden imajı olumlu olan gebelerin bunu gebelik sürecinde de devam ettirdikleri görülmüştür. Ayrıca gebelikte spor aktivitesi olan gebelerin sedanter olanlara göre beden imajı değişikliklerine daha iyi uyum sağladığı, anksiyete, uykusuzluk/yorgunluk gibi semptomların daha az görüldüğü ve gebelerin daha mutlu olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Reich 1987 yılında gebelikte egzersiz yapmanın olumsuz beden imajını yenme ve anksiyeteyi azaltmada yararlı olduğunu belirtmiştir (Duncombe vd., 2008; Boscaglia vd., 2003; Zwelling, 1997; Özorhan, 2012).

2.8. Gebelikte Beden İmajı ve Ebelik

Ebeler gebelerle sürekli ve yakın ilişki kuran, gebeleri doğru ve sağlıklı yönlendirmede önemli bir yere sahip meslek mensuplarıdır. Bu sebeple beden imajı bozulan bireye yardım konusunda ebeler ayrı önem taşımaktadırlar. Beden imajında değişiklik olan gebenin bu değişikliklere adapte olması baş etme becerilerini kullanma becerisinden, aile ve sağlık çalışanlarının sağladığı desteklerden etkilenir (Öz, 2010).

Ebe, gebenin yeni beden imajı ile ilgili olumlu bir yaşam tarzı geliştirmesinde ona yardım edebilmesi için öğrenmesi gereken bilgiler

şunlardır; değişen beden bölümünün birey için önemi, bireyin değişikliklere olan tepkisi, başkalarının tepkilerinin birey için önemi, bireyin baş etme mekanizmaları, bireyin beden imgesindeki değişikliği konusunda bilgisinin doğruluğudur (Öz, 2010).

Bu bilgiler ışığında gebenin beden imajı değerlendirilir ve olumlu bir beden imajı varsa herhangi bir girişime gerek duyulmaz ancak negatif bir algılamada gebeye yardım edilmelidir. Bunun için

- ✓ Gebenin kendi bedenine ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanır.
- ✓ Beklenen fiziksel değişimler hakkında eşlere eğitim verilir.
- ✓ Geçerli/güvenilir bilgiler verilir ve verilen bilgiler tekrarlanır.
- ✓ Gebeyi etkileyen eş, aile vb. yakınları fiziksel ve duygusal değişimlere hazırlanır.
- ✓ Uyum sağlama aşamasında aile desteklenir.
- ✓ Gebenin yakın akrabaları ziyaret için bilgilendirilir. Özellikle bu kişilere "gebenin onlar için ne kadar önemli olduğunu" gebe ile paylaşması istenir.
- ✓ Gebelik döneminde kilo kontrolünün sağlanması için beslenmenin düzenlenmesine yardımcı olunur (Bu konuda eşlere ve ailelere eğitim verilir).
- ✓ Düzenli yürüyüş ve egzersizin önemi anlatılarak bu konuda destek olunur (Bu konuda eşlere ve ailelere eğitim verilir)
- ✓ Gebe beden imajı ile ilgili değişiklikleri ifade etmesi için cesaretlendirilir.
- ✓ Gevşeme ve solunum egzersizleri konusunda gebeye ve eşine eğitim verilir (Potur, 2003; Carpenito-Moyet, 2005).

Gebelik döneminde gebede görülen psikolojik tepkiler arasında en çok ambivalans, kararsızlık, anksiyete ve beden imajına tepki gelir. Ebeler gebelikte görülen psikolojik tepkileri bilmeli ve bu konuda gebe ile iletişim içerisinde olmalıdır. Gebe bu duyguların sadece kendisinde olmadığını anladığında gebe rahatlayacak ve işbirliği içinde olacaktır (Potur, 2003).

Ebenin önemli görevlerinden biri de duygusal anlamda gebeyi ve eşini destekleyip, danışmanlık yapmaktır. Gebeliğin bir kriz olmadığını, normal bir olay olup sadece rol geçişi evresi olduğu anlatılmalıdır. Danışmanlık aşamasında gebe ile danışman arasında güven verici, empatik ve anlayışlı bir ortamın sağlanması son derece önemlidir. Böylelikle gebe aldığı hizmetlerden daha fazla faydalanıp, gebeliği olumlu algılayacaktır (Taşkın, 2003).

Gebelik ve doğum fizyolojik bir süreçtir. Bununla birlikte gebenin bu dönemde artan sorumlulukları, bedeninde oluşan değişimlere adaptasyonu ve pek çok problemlerle baş edebilmesinde ebenin desteği çok önemlidir. Ebe gebe ve eşine yeni beden imajına adaptasyon sürecinde de yardım eder. Anne ve baba adaylarının kendilerine ne olduğu, nasıl değişimlerden geçtiklerini dışardan bakan bir göz olarak ebenin yardımı ile öğrenebilirler.

Ayrıca gebe ve eşine ailelerinden ve arkadaşlarından duygusal destek almaları önerilir (Demirci, 1996).

Ebenin genel olarak gebelikte beden imajı ile ilgili sorumlulukları arasında eğitim ve psikolojik destek bulunmaktadır (Demirci, 1996). Ebelerin değişen beden imajıyla ilgili gebeye yardımcı olabilmesi için kendi duygu ve tutumlarını da öncelikli olarak gözden geçirmesi gerekmektedir (Çırak, 2014).

2.9. Depresyon

Depresyon; derin üzüntülü bir duygu durum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, intihar gibi duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Depresyon, hem bilişsel hem de duygusal alanlarla ilgili pek çok belirtileri içermektedir. Bu belirtiler hafif düzey depresyonla başlayıp şiddetli düzeye kadar ulaşabilmektedir. Depresyon birincil olarak ortaya çıkabileceği gibi bazı tıbbi ve psikiyatrik duruma ikincil olarak da ortaya çıkabilmektedir (Sağduyu, Ögel, Özmen & Boratav, 2000; Çalık ve Aktaş, 2011).

Depresyon, keder veya eleme benzeyen bir duygu durumudur. Depresif duygu durumu sağlıklı kişilerde; hayal kırıklığına sebep olan veya istenmeyen yaşamsal olaylarla karşılaştığında ortaya çıkan üzüntü ve sıkıntı içeren duygusal tepkiler normal bir tepki olarak kabul edilirken, klinikte ruhsal bir rahatsızlık olarak kabul gören depresif duygu durum ise bu olaylar karşısında çok daha şiddetli, insanın yaşamını olumsuz etkileyen ve tüm yaşamsal işlevlerini bozan bir durumdur (Teixeira, Fisk & Glover 1999; Sevindik, 2005). Depresif duygu durumu olan hastalar iştah, enerji ve ilgi kaybı, düşüncelerini belli bir konuya yoğunlaştırmada zorluk çekme, suçluluk duyguları intihar ve ölüm düşünceleri gibi belirtiler gösterirler. Bu bozukluklar çoğu zaman mesleki ve toplumsal işlevsellikte bozulma ile devam eder (Sağduyu vd., 2000; Sevindik, 2005).

Depresyonun gelişme sebepleri incelendiğinde kalıtım ve biyokimyasal etkenlerin önemli olduğu görülmektedir (Teixeira vd., 1999; Sevindik, 2005). Bazı aile ve kalıtım çalışmalarında duygulanım bozukluğu olan kişilerin birinci derece akrabalarında, hastalanma oranının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Sağduyu vd., 2000; Sevindik, 2005). Diğer taraftan depresyonun biyokimyasal etiyolojisi ise nörotransmitter monoaminlerin (serotonin, dopamin, norepinefrin,) eksikliğidir (Teixeira vd., 1999; Sevindik, 2005).

Depresyon bireylerin işlevselliğini, yapısını, sevincini ve günlük yaşantıdaki doyumunu bozarak yaşam kalitesini düşürüp iş gücü kayıplarına sebep olmaktadır. Kronikleşmesi, tekrarlayabilmesi, yaygınlık, iş gücü kaybı ve intihar riskinin fazla olması sebebiyle önemli bir sağlık

sorunudur. Dünyada hastalık yükünün önde gelen dördüncü nedeni olması sebebiyle depresyonun tanınması, önlenmesi, tedavisi ve tekrarlama riskinin belirlenmesi oldukça önemlidir (Yılmaz, 2013).

2.10. Gebelik ve Depresyon

Gebelikte en sık görülen, anne ve bebek sağlığını olumsuz etkileyen ruhsal hastalığın depresyon olduğu bilinmektedir. Depresyon, postpartum depresyon riskini arttırması, gebelikte komplikasyonlara sebep olması, fetüs-yenidoğan açısından olumsuz sonuçlara yol açması sebebiyle üzerinde önemle durulması gereken bir sağlık sorunudur (Yılmaz, 2013).

Literatürde depresyonun büyük ölçüde gebelik, doğum, lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içeren 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda sıklıkla görüldüğü belirtilmektedir (Muzik vd., 2009; Stewart, 2005; Çalık & Aktaş, 2011; Nacar, 2016). Bu dönemlerden gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmasıyla birlikte psikososyal ve biyolojik değişimlerin yaşandığı, anksiyete ve stres oluşturabilecek pek çok etkenle karşılaşma riski yüksek olduğu bir dönemdir (Vırit, Akbaş, Savaş, Sertbaş & Kandemir, 2008).

Gebelik ve doğum süreçlerinde meydana gelen nöroendokrin ve psikososyal değişimlerin hayatımızın diğer dönemleriyle karşılaştırılmayacağı bir gerçektir (Faisal & Rossi, 2007; Diego vd., 2009). Gebelik kadınların yaşantısında yüksek düzeyde stres dönemi olabilir hatta endişe ve depresyonla birleşebilir (Sevindik, 2005; Ocaktan, Çalışkan, Öncü, Özdemir & Köse, 2005). Gebelik depresyonu anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkileyip postpartum depresyona sebep olabilmesi nedeniyle ayrıca önem taşımaktadır. Bu nedenle önlenmesi, erken tanısı ve tedavisi üzerinde dikkatle durulmalıdır (Ayvaz, Hocoğlu, Tiryaki & Ak, 2006; Bunevicius vd., 2009).

Postpartum depresyon üzerine çok çalışmalar yapılmış olmasına rağmen gebelik depresyonu ile ilgili çalışmalar sınırlı sayıdadır (Muzik vd., 2009; Brenda vd., 2009; Çalık & Aktaş, 2011). Yapılan araştırmalara göre, gebelikte depresyon ve depresif semptom görülme sıklığı %10,0-%30,0 arasında değişiklik göstermektedir (Da Costa, Larouche, Dritsa & Brender; Bowen & Muhajarine, 2006; Pereira vd., 2009; Brenda vd., 2009; Shah vd., 2011). Bodecs ve arkadaşları (2009) Macaristan'da yaptıkları çalışmada gebelik depresyonu sıklığını % 17,9, Marcus ve arkadaşları (2003) Amerika'da yaptıkları çalışmada % 20,0, Kurki ve arkadaşları (2000) Finlandiya'da yaptıkları çalışmada % 30,0 olarak bulmuşlardır (Bodecs vd., 2009; Marcus, Flynn, Blow & Barry, 2003; Kurki vd., 2000).

Türkiye'de bu konu ile ilgili sınırlı sayıda çalışma mevcuttur ve Beck Depresyon Ölçeğine (BDÖ) göre (kesme puan 17 ve üzeri) yapılan çalışmalarda gebelikte depresif belirti görülme prevalansını; Karaçam ve Ançel %27,3, Altınay %27,9, Sevindik %36,3, Cebeci ve arkadaşları %12

olarak belirtmişlerdir. (Karaçam & Ançel, 2009; Altınay, 1999; Sevindik, 2005; Cebeci, Aydemir & Göka, 2002). McKee ve arkadaşlarının düşük gelir düzeyine sahip gebeler üzerinde yaptığı bir çalışmada ise Beck depresyon ölçeğine göre (kesme değeri 14 ve üzeri) depresyon sıklığı %51 olarak belirlenmiştir (McKee, Cunningham, Jankowski & Zayas, 2001).

Bir çok çalışmada gebe kadınların ortalama %18'inin major depresyon tanısı aldıkları saptanmıştır (Sevindik, 2005; Aktaş vd., 2009; Muzik vd., 2009; Marcus, 2009).

Chen ve ark. "Centre for Epidemiological Studies-Depression" skalasına göre gebelikte depresif semptom görülme sıklığını; 1. trimesterde %8, 2. trimesterde %10 ve 3. trimesterde %2 olarak tespit etmişlerdir (Chen, Chan, Tan & Lee, 2004).

Gebeliğin trimesterlerine göre gebelikte depresif belirti görülme sıklığı farklılık gösterebilmektedir. Literatürde gebeliğin birinci ve üçüncü trimesterinde ikinci trimestere kıyasla anksiyete ve depresyonun daha çok görüldüğü belirtilmiştir (Vırit, 2008; Sevindik, 2005; Aktaş vd., 2009). Bennet ve arkadaşları sistematik derlemede depresyon sıklığını; gebeliğin ilk trimesterinde %7.4, ikinci trimesterde %12.8 ve üçüncü trimesterde %12 olarak bulmuşlardır (Bennett, Einarson, Taddio, Koren & Einarson, 2004). Bunevicius ve arkadaşları çalışmasında gebelik depresyonunun en fazla birinci trimesterde görüldüğünü bildirmişlerdir (Bunevicius vd., 2009). Akbaş ve arkadaşları gebelik haftası 36 ve üzerinde olan gebelerdeki depresyon prevalansını araştıran çalışmalarında; bu gebelerin %42.3'ünün hafif, %39.4'ünün orta ve %18.3'ünün şiddetli ve ağır depresyon belirtileri gösterdiği belirtilmiştir (Akbaş, Vırit Kalenderoğlu, Savaş & Sertbaş, 2008).

Ruhsal sorunların annenin duygu durumunu etkileyerek, gebelikte ilgili olumsuz sonuçlara sebep olabileceği bildirilmektedir. Bu konu da yapılan çalışmalarda depresyona müdahale edilmediği durumda birçok obstetrik komplikasyonlara ve doğumsal patolojilere sebep olabileceği bildirilmiştir. Gebelik döneminde görülen psikopatolojik semptomların fetüse olumsuz etkiler yaptığı düşünülmektedir (Marakoğlu & Şahsivar, 2008). Gebelikte depresyonla ilişkili görülen diğer durumlar; Spontan abortus, düşük apgar skoru, neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma, neonatal büyüme geriliği, spontan erken doğum, fetal ölüm, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, gestasyon yaşına göre küçük bebek doğurma, perinatal ve doğum komplikasyonları, pretem eylem ve yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurmaktır. (Marakoğlu & Şahsivar, 2008). Öte yandan yapılan araştırmalarda depresyonu olan annelerden doğan çocukların, depresyon olmayan annelerden doğan çocuklara kıyasla çocuklarda depresyon gelişme riski 6 kat artmıştır. Söz konusu durum çocuklarda depresyon gelişme nedenlerinin sadece çevresel faktörler değil aynı zamanda genetik yatkınlığında önemli olduğunu akla getirmektedir (Bonari vd., 2004).

Literatürde maternal depresyon ne kadar erken başlarsa o kadar bebeğe olumsuz etkileri olduğu ve erken dönemde ortaya çıktığı belirtilmiştir (Field, 1998). Örneğin; prenatal depresyon geçiren annelerin yenidoğanları, Brazelton Neonatal Değerlendirme Skalası'na göre düşük oryantasyon, motor fonksiyonlarda yavaşlama, yüksek irritabilite, düşük aktivite puanları, yüksek depresyon gösterdiği bulunmuştur (Abrams, Field, Scafidi & Prodromidis, 1995; Lundy, Field & Pickens, 1996). Gebelikteki stresin yenidoğana etkilerinin incelendiği bir çalışmada annedeki doğum öncesi stresin yenidoğanın gestasyon yaşı ve yenidoğan kilosu üzerinde etkili olduğu görülmüştür (Wadhwa vd., 1993). Ayrıca gebeliğin son 2 ayında annede depresyonun ortaya çıkması; sezaryen doğum, epidural anestezi ve yenidoğanın hastanede kalma oranını yükseltmektedir (Chung, Lau, Yip, Chiu & Lee, 2001).

Düşük sosyoekonomik düzeyde yüzondokuz gebenin incelendiği çalışmada depresif belirtiler gösteren annelerin bebekleri önemli farklılıkla düşük doğum ağırlıklı ve prematüre bebek olduğu belirlenmiştir. (Field vd., 2004).

Gebelikte depresyon özellikle adölesan gebelerde daha çok problemlere sebep olmaktadır. Adölesan gebeliklerin anne ve bebek için bir risk olduğu bilinen bir gerçektir. Adölesan gebeliklerde 13-14 yaş aralığında on altı kilogram, 15-16 yaş gebeliklerde on iki kilogram ve 17 yaşta on kilogramdan fazla kilo almak gerekmektedir (Casanueva, Labastida, Sanz & Morales, 2000). Ayrıca adölesan gebeliklerde depresyon görülmesi gebede kilo alma eğilimini de artırmaktadır (Scholl & Hediger, 1993). Gebelik depresyonu kilo alma eğilimini artırmasının yanında uzun vadede obezite ve kronik hastalık riskini artırabilmektedir (Casanueva vd., 2000). Gebelikte depresyonun artması; düşük sosyoekonomik düzey, aile içi problemler, ailede depresyon hikayesi olması, stresli yaşam olayları ile ilişkilidir (Scholl & Hediger, 1993). Gebelikte depresyonu etkileyen diğer faktörler arasında annede daha önce görülen psikiyatrik semptomlar, eşten alınan düşük sosyal destek, zayıf sosyal ağ ve gebelikte yaşanan problemler yer alır (Casanueva vd., 2000; Dimitrovsky vd., 1987; Murray, 1992).

Adölesan dönem planlanmamış gebelikler depresyon riskini daha da artırmaktadır (Casanueva vd., 2000). Bazı araştırmalarda gebelikte gösterilen olumsuz davranışlar yüksek perinatal ölüm oranlarıyla ilgili olduğu belirtilmiştir (Lee vd., 2004). Stevens-Simon ve Mcanarney'in 127 gebeye yaptığı araştırmada, geçmiş yaşantısında şiddete uğrayan gebelerin depresyon düzeyi yüksek çıkmıştır. Bu kadınlarda aile destekleri düşük, ilaç ve alkol kullanımı yüksek seviyede bulunmuştur. Geçmiş yaşantısında cinsel şiddete maruz kalan kadınlar, cinsel şiddet öyküsü olmayan kadınlara göre gebeliklerinde ve doğumlarında daha çok problem yaşadığı belirtilmektedir (Kathleen, Wisner & Hanusa, 2004).

Gebelik depresyonu postpartum depresyona zemin hazırlaması nedeniyle önem taşımaktadır. Doğum sonrası depresyonun dörtte biri

gebelik döneminde başlamaktadır (Abrams vd., 1995). Gebede depresyon, anne-çocuk iletişimini, çocuğun sosyal ve zihinsel gelişimini negatif etkiler (Stein vd., 1991).

Gebelik depresyonu kadının ilaç, alkol, sigara kullanımı ve kilo alımı yetersiz olduğu zaman fetus için tehlikeli bir hâl alır. Bu bebekler hem davranışsal hem de gelişimsel problemler açısından risk altındadır (Stein vd., 1991). Süt çocuğu döneminde depresyonun etkileri; düzensiz uyku, artmış norepinefrin ve kortizol düzeyidir. Bu çocuklar 1 yaşına ulaştığı zaman gelişimde gerilikler fark edilebilmektedir (Field, 1998). Bays ve Keller bu çocukların hem ihmal hem de istismar yönünden risk grubunda olduklarını ifade etmişlerdir (Field vd., 2004; Zuckerman, Amaro, Bauchner & Cabral, 1989; Sevindik, 2005).

2.11. Gebelikte Depresyon ve Risk Faktörleri

Gebelik depresyonu risk faktörleri geniş olarak incelenmesi gerekir. Literatürde, genetik, psikolojik, çevresel, sosyal ve biyolojik faktörlerin etkileri vurgulanmıştır. Daha önce geçirilmiş depresyon atağı, ailede depresyon öyküsü, evlilikte yaşanan sorunlar, partner yokluğu, sosyal desteğin zayıf olması, olumsuz yaşam deneyimleri, aile içi şiddet, düşük sosyo-ekonomik düzey, kötü obstetrik geçmiş (daha önceki gebeliklerde düşük, ölü doğum öyküsü), istenmeyen gebelik, erken yaşta gebelik, gebelikte depresyon için risk faktörlerini oluşturmaktadır (Bowen & Muhajarine, 2006; Lau & Keung, 2007; Pereira vd., 2009; Bowen vd., 2009).

Leigh ve Milgrom'un Avusturalya'da 2008 yılında üçyüztümüşyedi gebede yaptıkları bir araştırmada; özsaygısı düşük olan, gebeliğinde anksiyete yaşayan, sosyal desteği az ya da hiç olmayan, sürekli olumsuz yönde düşünme eğilimi olan, yaşamında büyük bir travma yaşamış, gelir seviyesi düşük kadınlarda gebelik depresyonu riskinin yüksek olduğunu belirlemişlerdir (Leigh & Milgrom, 2008). Figueiredo ve ark. Portekiz'de yaptığı çalışmada, adölesan gebelerin gebelik ve postpartum döneminde daha fazla depresif belirti gösterdiği bulunmuştur (Figueiredo, Pacheo & Costa, 2007).

Kalken ve arkadaşları ikiyüzotuz gebe ile yaptığı bir çalışmada; gebeliğin erken zamanlarında meydana gelen şiddetli bulantı ve kusmanın gebelikte olan anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur (Kalken vd., 2008).

Antidepresan tedavi alan hastalar gebe kaldıkları zaman ilaç tedavisini kestiklerinde depresyonun alevlenmesi veya yinelenmesi bakımından risk altındadırlar. Özellikle tedavi bırakıldıktan sonraki ilk sekiz hafta alevlenme görülmesi açısından en riskli dönemdir (Yılmaz, 2013). Cohen ve arkadaşlarının çalışmasında gebelik öncesi majör depresif atak geçiren kadınların %43'ünde gebelik döneminde relaps olduğu, tedaviye devam edenlerin %26'sı, tedaviyi kesen hastaların %68'inde depresyonun

tekrarladığını bulmuşlardır. Ayrıca bu çalışmadaki olguların pek çoğunda plansız gebelikler, kişiler arası iletişim bozukluğu ve evlilikle ilgili sorunlar daha sık olduğu görülmüştür (Cohen vd., 2006).

Gebelikte oluşan herhangi bir komplikasyon ve gebeliği riskli hâle getirebilecek her durum psikiyatrik semptomlara sebep olur. Hipertansiyon, diyabet gibi tıbbi sorunları olan gebelerde ve preeklampsi, erken doğum tehdidi, poligohidroamnios, oligohidroamnios, intrauterin büyüme geriliği gibi obstetrik riskli durumların olduğu gebelerde, herhangi bir tıbbi sorunu olmayanlara nazaran, gebelik ve doğum sonrası dönemde daha fazla anksiyete ve depresyon görüldüğü bulunmuştur (Benute vd., 2010; King vd., 2010).

Daha önceden mevcut veya yeni ortaya çıkan her türlü majör psikiyatrik bozukluk, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı bulunmuştur (Marakoğlu & Şahsivar, 2008).

Gebelikte sosyodemografik ve obstetrik faktörler gebelik depresyonunu etkileyebilir. Yapılan bir çalışmada; gebelik depresyonunun evlilik süresi ile pozitif, eğitim düzeyi ile negatif olarak bağlantısı bulunmuştur. Yine aynı çalışmada çekirdek ailede yaşayan gebelerin geniş ailede yaşayan gebelere kıyasla depresyon puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Akbaş vd., 2008).

Gebelerin sosyoekonomik düzeyi ve gelir getiren bir işte çalışması depresyonu etkileyebilir. Bödecs ve ark. 18 yaş altı ve herhangi bir işte çalışmayan gebelerde gebelik depresyonu daha fazla görülmüştür (Bödecs vd., 2009).

Gebenin şimdiki veya geçmişteki gebelik öyküsü (düşük, küretaj, ölü doğum vb.), ve gebelikte yaşadığı duygusal ve fiziksel sorunlar gebelik depresyonu için risk faktörleri arasındadır (Muzik vd., 2009; Cebeci vd., 2002). Gözüyeşil ve ark. gebelik haftası 36 ve üzeri yüzotuzaltı gebede gebelik sorunları puan ortalaması, düşük ve küretaj sayılarıyla gebelik depresyonu puan ortalaması arasında pozitif bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca bu çalışmada, eşiyle evlilik uyumu iyi olan gebelerin depresyon puan ortalaması uyumu iyi olmayan gebelere göre daha düşük çıkmıştır. Bu sonuçlar, evlilikteki sorunların gebelik depresyonu açısından bir risk oluşturabileceğini göstermektedir (Gözüyeşil, Şirin & Çetinkaya, 2008).

Gebelikteki fizyolojik değişimler gebelik depresyonuna sebep olabilmektedir. Bu değişimlerden birisi olan kilo artışı, gebede memnuniyetsizlik oluşturup gebelikte ve postpartum dönemde depresif belirtileri artırabilir (Clark vd., 2009). Aktaş ve arkadaşları gebelerin "gebelik sırasında kilo alma korkusunun" depresyon puan ortalamasını istatistiksel olarak anlamlı olmasa da arttırdığını bulmuşlardır. Ayrıca gebe

kadınlardaki doğum korkusu da önemli bir depresyon sebebi olabilmektedir (Sidebotham, 2008).

Gebeye verilen sosyal destek onu duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, stres kaynakları ve kaygı ile daha etkili baş etmelerini sağlayıp annelik rolüne daha kolay geçmelerini sağlamaktadır. Sosyal destek eş, aile ve arkadaşlar tarafından sağlanan destektir. Gebenin sosyal destek sistemleri ile gebelik depresyonu arasında sıkı bir ilişki mevcuttur (Akbaş vd., 2008). Altınay yaptığı çalışmada, gebelik sürecinde eş desteğinin olmamasının veya yakın çevre ile olan iletişim eksikliğinin depresyon gelişimine etkisi olduğunu bulmuştur (Altınay, 1999). Aktaş ve ark. gebenin sosyal destek sistemleri ile depresyonu arasında negatif bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (Aktaş vd., 2009). Sosyal desteğin eksikliği veya yokluğu gebelik ve postpartum depresyon oluşumunda önemli risk etmenleridir. Kanada'da yapılan bir araştırmada gebelikte yetersiz destek sistemlerine sahip gebelerde gebelik ve postpartum depresyon riski anlamlı derecede arttığı görülmüştür (Xie, He, Koszycki, Walker & Wen 2009).

Gebelikteki beslenme düzeni gebelik depresyonuna yatkınlığı artırdığı düşünülen bir faktördür. Gebelikte çinko, magnezyum gibi elementler, B6 ve B12 vitamini yeterli miktarda alındığında serotonin hormonunu olumlu etkileyerek depresyonun önlenmesine yardımcı olur (Pinto, Barros & Dos Santos, 2008).

Araştırmacılar, beslenmenin gebelik depresyonuyla ilişkisinden söz edilebilmesi için beslenmenin çok boyutlu değerlendirilmesinin önemini ve bu konuda daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu ifade etmektedirler (Brenda vd., 2009; Borja & Marino, 2010).

2.12. Gebelikte Depresyon Belirti ve Bulguları

Depresyon, normal olmayan davranışlara sebep olarak obstetrik sonuçları negatif etkileyebileceği gibi sağlıklı yaşam tarzı olan ve normal davranışları olmayan gebelerde daha sık ortaya çıkabilmektedir (Altshuler vd., 2001).

Gebeliğin birinci trimesterinde olan başlıca depresif belirti ve bulgular; uyku ve iştah değişiklikleri, duygulanım ve anksiyete durumlarında dalgalanma, aşırı yorgunluk, libido kaybı, konsantrasyon güçlüğüdür. Bununla birlikte gebeliğin üçüncü trimesterinde anksiyete, aşırı yorgunluk, uyku ve iştah bozuklukları, doğumla ilgili kaygılar olabilmektedir. Bu depresif belirtiler gebeliğin ikinci trimesterinde daha az görülmektedir (Marakoğlu&Şahsivar, 2008). Literatürde, postpartum dönemde görülen depresif belirtilerin veya gebe olmayan kadınlarda olan depresif belirtilerin gebelik sürecinde de en az bu dönemlerdeki kadar görüldüğü ifade edilmiştir (Vırit vd., 2008). Gebelikteki depresif belirtiler genel depresyon belirtilerinden farklı değildir ve gebe depresif hastalarda diğer depresif

hastalara göre bulantı, mide ağrısı, sık soluk alıp verme, baş ağrısı gibi somatik şikayetler anlamlı derecede fazla görülmektedir (Bowen & Muhajarine, 2006).

Depresif belirtileri olan gebeler sağlık çalışanların tavsiyelerine daha zor uyarlar ayrıca beslenme problemi yaşar, karar vermeleri zorlaşır ve uykusuzluktan yakınır (Altshuler vd., 2001).

Depresyonda olan gebelerin sosyal fonksiyonlarında azalma, duygusal olarak içe kapanma ve gelecekte ebeveyn olabilme kaygısı ile ilgili problemleri ortaya çıkabilmektedir. Gebelikleri ile ilgili çok fazla stres yaşayabilir, obstetrik muayene ve rutin kontrollerini aksatabilirler. İştahları azaldığı için gebelik sürecinde normalden daha az kilo alabilirler. Ayrıca öz bakımları azalabilir ve antenatal bakımın gerektirdiği şeylere uymakta zorlanabilirler. Bunun tam aksine depresyonda olmayan gebeler sağlık konularıyla oldukça ilgilidirler (Altshuler vd., 2001). Depresyonda olan gebeler olmayanlara göre folik asit ve vitamin konusunda daha az bilgilidirler ve daha az kullanmaktadırlar (Zuckerman vd., 1989).

Depresif gebeler yardım isteme konusunda isteksizdirler. Ayrıca bu konuda sağlık hizmetlerinin faydasının olacağına inanmazlar. Bu davranışların hepsi gebeliğin problemleri sonuçlanma riskini artırmaktadır. Buna ek olarak, ileri derecede depresyon, kendine zarar verme, psikotik, atılgan ve zararlı davranışlar sergileme oranını da yükseltip intihara kadar gidebilen sonuçlara sebep olabilmektedir (Bonari vd., 2004; Comtois, Schiff & Grossman, 2008; Gavin vd., 2011; Da Silva vd., 2012). Gebelikte görülen depresif durumun psikiyatrik rahatsızlıkların akut formlarına dönüşebildiği ifade edilmektedir (Stocky & Lynch, 2000).

2.13. Gebelikte Depresyonun Etkileri ve Sonuçları

Ruhsal sıkıntıların annenin duygu durumunu etkileyerek, gebelikte ilgili negatif sonuçlar doğurabileceği ve tedavi almayanlarda maternal morbidite ve mortalite hızını (intihar girişimleri dahil olmak üzere) arttırdığı bilinmektedir (Muzik vd., 2009; Marakoğlu & Şahsivar, 2008; Brenda vd., 2009). Depresyondaki gebelerde gebelik sürecinde nörendokrin yapıda ve uterusu olan kan akımında değişiklikler meydana gelir. Bu değişikliklerin sonucunda anne ve fetus sağlığı kötü yönde etkilenir. Depresyonla birlikte gebelerde norepinefrin ve kortizol seviyeleri artmakta ve bu süreçte artan norepinefrin ve kortizol uterusu olan kan akımını azaltarak anne ve fetus üzerinde ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlara sebep olmaktadır (Muzik vd., 2009; Diego vd., 2009; Bowen & Muhajarine, 2006). Anne ya da bebeğe bu sürecin olumsuz etkileri; gebeliğin hipertansif hastalıkları (preeklampsi-eklampsi), spontan abortus, antenatal kanama, artmış uterusu arter direnci, düşük apgar skoru, neonatal yoğun bakım gerektiren bebek doğurma, neonatal büyüme geriliği, spontan erken doğum, fetal ölüm, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, gestasyon yaşına göre küçük bebek doğurma, perinatal ve

doğum komplikasyonları, preterm eylem ve yüksek kortizol düzeyine sahip bebek doğurmadır. Ayrıca gebelik depresyonu postpartum depresyonunun gelişimi için de önemli bir risk oluşturmaktadır (Muzik vd., 2009; Marakoğlu & Şahsivar, 2008; Brenda vd., 2009; Bowen & Muhajarine, 2006).

Depresyon, sezaryen ya da forseps gibi müdahaleli doğumlara, doğumun normalden daha fazla ağrılı olmasına ve daha fazla epidural analjezi ihtiyacı gibi durumlarla ilgili bulunmuştur. Birçok çalışmada, ruhsal hastalığın annenin hareketlilik durumunu, prenatal bakım sağlamasını ve sağlıklı davranışlarını önleme kabiliyetini etkilediği bulunmuştur. Depresyonda olan kadınlar sigara içmeye, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddeleri kullanmaya daha yatkın olabilmekte ve bu durumlar da gebeliğin olumsuz yönde sonuçlanmasına olanak sağlayabilmektedir (Marcus vd., 2003; Bonari vd., 2004).

Literatürde gebelik depresyonunun sonuçlarına ilişkin önemli çalışmalar bulunmaktadır. Amerika'da BDÖ ile yapılan bir çalışmada gebeliğinde depresyon yaşayan gebelerin yaşamayanlara göre %13 oranında erken doğum görülme sıklığının arttığı bulunmuştur. Ayrıca düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma insidansında %15 oranında arttığı görülmüştür (Diego vd., 2009). Yine aynı çalışmada, gebelik depresyonu tanısı alanlarda fetüslerin gestasyon haftasına göre daha küçük, fetüsün büyüme hızının daha yavaş ve düşük doğum ağırlıklı bebek oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Diego vd., 2009).

Rahman ve arkadaşlarının çalışmasında depresyonda olan annelerin bebeklerinin ağırlıkları depresyonda olmayan annelerin bebeklerine kıyasla 1.9 kat daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir (Rahman, Bunn, Lovel & Creed, 2007). Zuckerman ve arkadaşları depresif annelerin bebeklerinin artmış kortizol ve katekolamin düzeylerine bağlı olarak doğum sonrası daha sık ağladığını, daha geç avunduğunu ve daha geç uykuya daldıklarını saptamışlardır (Zuckerman vd., 1989). Bu annelerin intrauterin dönemdeki fetüsün hiperaktif ve fetal kalp atımlarının normalin üzerinde olduğu, yenidoğan döneminde de düşük apgar skoru ile doğdukları ve daha fazla oranda yoğun bakım ünitelerine başvurduklarını belirtmişlerdir (Stewart, 2005; Raynor & Oates, 2009; Field vd., 2004).

Gebelik depresyonu alkol, sigara ve kokain kullanımı ile bağlantılıdır. Bu toksik maddeler anne ve fetüsün sağlığını olumsuz etkileyip doğumun kötü sonuçlanmasına sebep olabilmektedir (Zuckerman vd., 1989). Gebelikteki depresyonun doğum eylemine yönelik olumsuz sonuçlanması (erken doğum, zor doğum, cerrahi müdahalelerde artış gibi) daha fazla ikinci ve üçüncü trimester sırasında ortaya çıkan depresyonlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Sevindik, 2005; Bowen & Muhajarine, 2006). Diğer yandan tedavi edilmeyen depresyonlar gebede kardiyovasküler problem ve irritabl bağırsak sendromu riskinin artmasına sebep olmaktadır (Bowen & Muhajarine, 2006). Depresyonda olan gebede, iştah azlığı

sebebiyle gebelik sürecinde kilo alımı daha az olabilmektedir. Buna ek olarak beslenme bozukluğuna bağlı intrauterin gelişme riski artar (Stewart, 2005; Sidebotham, 2008).

Depresyonda olan annelerin, gebeliği sürecinde sağlık çalışanlarından daha az bakım aldığı ve kendi öz bakımına daha az özen gösterdiği ifade edilmektedir. Doğum öncesi bakımdaki bu eksiklik annede ağrı ve rahatsızlıkların daha çok görölmesine yol açabilir (Muzik vd., 2009; Sidebotham, 2008; Raynor & Oates, 2009). Depresyonda olan gebelerde, bulantı ve kusma, mide ağrısı, solunum problemleri, gastrointestinal sistem yakınmaları, kalp çarpıntısı ve baş dönmesi sorunları daha sık meydana gelmektedir (Bowen & Muhajarine, 2006).

Gebelikteki depresyon postpartum süreçte de devam ederse bebeğin ileriki yaşamının olumsuz etkilenme riski de artmaktadır. Bu olumsuz etkiler; anne-bebek bağının kurulmasında sorunların oluşması, büyümede gerilik, motor ve dil gelişiminde gecikme, duygusal gelişimde bozukluk ve davranış problemleridir (Muzik vd., 2009; Diego vd., 2009; Brenda vd., 2009; Field vd., 2004).

Stewart çalışmasında; gebelikte depresyon yaşayan annelerin bebeklerinde büyüme gerilikleri, malnütrisyon, solunum ve ishal gibi sağlık problemleri görölme sıklığının daha da artırdığı görölmüştür (Stewart, 2005). Gebelik depresyonunun bu gibi olumsuz sonuçları dışında ayrıca postpartum depresyon riskini 6.5 kat artırdığı bulunmuştur (Bowen & Muhajarine, 2006).

Gebelikte yaşanan stres, bebekte bir çok gelişimsel problemlere sebep olabilmektedir (ağlama, hiperaktivite, kolay kırılma, asosyal davranışlar sergileme, şizofreni, dikkat eksikliği hiperaktivite hastalığı). (Grote & Frank, 2003). Yapılan bir çalışmada depresyonu olan kadınlardan doğan bebeklerin depresyonu olmayan kadınlardan doğan bebeklere kıyasla depresyon gelişme riskinin 6 kat arttığı görölmüştür. Bu durum bebeklerde depresyon gelişme etiyolojisinde çevresel faktörlerle birlikte genetik yatkınlığın da rolü olduğunu düşündürmektedir (Bonari vd., 2004).

Gebelik depresyonunun diğer sorunlarından birisi intihar düşüncesi veya girişimidir (Appleby, 1991). Gebelikte depresyon %50-%62 oranında doğum sonrası atak girişimi ve içinde bulunduğu psikiyatrik durumun daha kötüye gitme riski vardır (Evans vd., 2001). Psikiyatrik sebeplerden dolayı gebeliğin sonlandırıldığı olgular mevcuttur ve az değildir. "National Depressive and Manic Depressive Association"nın gebelikteki depresyon hakkındaki görüşleri gebelik sürecinde depresif olup tedavi almayan gebelerin %15'inin intihar girişiminde bulunduğu, %50-%62'sinin de postpartum dönemde depresif durumlarının devam ettiği ifade edilmiştir (Bonari vd., 2004).

2.14. Gebelikte Depresif Bulguların Tespiti

Gebeliklerinde depresyon yaşayan kadınlarda tedavi girişimlerinde bulunmak, hastalığın uzun dönemli negatif etkilerini en düşük düzeye düşürmede yararlı olacağı için, risk altında bulunan kadınları erken dönemde teşhis etmek önem arz etmektedir. American College Of Obstetricians And Gynecologists (ACOG); sosyal statüsü, eğitim düzeyi, etnik kökeni ne olursa olsun tüm gebe kadınların, gebelik döneminde her trimesterde en azından bir kere, ruhsal hastalıklar açısından taranmasını önermektedir (ACOG, 2006). Tarama, kısa, geçerli, güvenilir, yüksek sensitiviteye ve düşük yanlış pozitifliğe sahip bir test ile yapılmalıdır. Gebelerde depresyon taraması için kullanılan başlıca ölçekler şunlardır;

- Hasta Sağlık Anketi (Patient Health Questionnaire),
- Beck Depresyon Ölçeği,
- Epidemiyolojik Çalışmalar Merkezi Depresyon Ölçeği (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale),
- Antenatal Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Formu (Antenatal psychosocial health assessment form-ALPHA),
- İki-soru Testi,
- Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

(Whooley, Avins, Miranda & Browner, 1997; USPSTF, 2002; Breedlove & Fryzelka, 2011).

2.15. Gebelik Depresyonunda Ebinin Rolü

Gebelik depresyonu tedavisi, araştırmacılar ve hekimler için giderek artan oranda bir ilgi konusu haline gelmektedir. Son yıllara kadar klinisyenlerin ilgisi, depresyon tedavisi esnasında gebe kalan kadınların kullandıkları ilaçların, fetüse zarar verebileceği üzerine yoğunlaşırken, asıl sorunun tedavisiz depresyon olduğunun ortaya çıkmasıyla birlikte, bugün için üzerinde fikir birliğine varılan görüş, gebelikte görülen depresyonun, hem anne hem de fetüs sağlığında olumsuz sonuçlar doğurması sebebiyle mutlaka tedavisinin yapılması gerektiğidir (Yılmaz, 2013).

Gebelik depresyonunun erken dönemde tanılanmasında başta ebe, hekim ve hemşire olmak üzere sağlık çalışanlarına çok büyük görevler düşmektedir (Bowen & Muhajarine, 2006; Kim vd., 2009; Çalık & Aktaş, 2011). Ülkemizde de diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gibi gebelik depresyonuna yönelik sağlık çalışanları tarafından tarama programları başlatılmalı, yaygınlaştırılmalı, depresyon riski olan gebeler (geçmişinde

depresyon öyküsünün bulunması, kronik hastalığın olması gibi) erken dönemde tespit edilmelidir. Erken teşhis ve tedavisi yapılmamış depresyonun gebe ve bebek için tehlikeli olduğu unutulmamalıdır (Diego vd., 2009). Ebe ve hekimin, depresyon tedavisi için ilaç kullanmak zorunda kalan gebeleri postpartum dönemde dahil daha sık aralıklarla izlemesi önemlidir (Diego vd., 2009; Kim vd., 2009; Xie vd., 2009).

Gebelerin takibinde görev alan ebeler depresyon ve anksiyete yönünden risk altındaki kadınları tespit etmelidir. Tıbbi öyküde ruhsal bozukluk olması, sosyal destek zayıflığı, evlilik problemleri, kötü yaşam deneyimleri ve gebeliğe karşı ambivalan tutumlar gibi birçok psikososyal risk faktörleri de gebelik ve postpartum dönemde ruhsal bozukluk gelişimine etki etmektedir. Buna ek olarak ebe depresyonla ilgili risk faktörlerini tanımalı ve gebede değerlendirebilmelidir (Şahin, 2015).

Ebelerin gebelerde üstlenmiş oldukları bakım içerisinde bireyin kaygı düzeyi ve yaşadığı sağlık sorunlarını çözmesinde yardımcı olma sorumluluğu da vardır (Kaplan, Bahar & Sertbaş, 2007). Gebelikte ebeler bakımını, gebeye hem bilgi ve fiziksel bakım vermeyi hem de gözlem, destek, yardım etme, sürekli eğitim, danışmanlık rol ve işlevlerini de kapsamalıdır (Mercer & Ferketich, 2007; Gözüyeşil vd., 2008). Gebelerin en önemli sosyal destekleyicisinin eşi ve yakın akrabaları olduğu bilinmekle birlikte, sağlık profesyoneli olarak bir gebeyi destekleyecek en yakın kişi ebedir.

Gebelikte depresyonun erken tanınması ve gebelerin biyo-psiko-sosyal boyutu ile ele alınarak değerlendirilmesi, depresyon açısından risk grubunda olan gebelere ulaşılması ve uygun girişimlerin başlatılmasında primer olarak sağlık profesyonelleri önemli bir yere sahiptir. Bu alanda çalışan ebe, doktor ve hemşireler birinci basamak sağlık kurumlarında gebelerle en yakın etkileşimde olan sağlık profesyonelleridir. Doğum öncesi bakım hizmeti veren sağlık çalışanları gerekli yardımların başlatılmasında önemlidir. Bireysel ve obstetrik özellikleri yönünden risk altında olan kadınlara ulaşarak erken evrede depresif semptomları tespit edebilir (Daş & Kelleci, 2006).

Gebelikte depresyon üzerinde önemle durulması ve tanı konulup tedavi edilmesi gereken bir konudur. Bazı çalışmalar gebelikteki psikolojik rahatsızlıklarla postpartum depresyon arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Ayrıca gebelikteki depresyonun fetüs ve annenin iyilik haline olan olumsuz etkileri bu konunun önemini artırmaktadır (Lee vd., 2004; Şahin, 2015).

Gebelik sürecinde depresyon geçiren annenin doğum sonrası dönemde depresyon geçirme riski 6.5 kat artmaktadır (Muzik vd., 2009). Eğer gebelik döneminde bu depresyon tanınıp etkili biçimde tedavi edilirse postpartum depresyonun önlenmesine yönelik önemli bir adım atılmış olacaktır. Ortaya çıkarılmamış veya tedavi edilmemiş gebelik ve postpartum depresyonunun bir diğer yaşamsal komplikasyonunun da

intihar olduğu hep akılda tutulması gerektiği bir gerçektir (Demiralp & Oflaz, 2007; Alwan vd., 2007; Phillips, 2005). Bu sebeple; bu kadar ciddi sonuçları olabilen gebelik depresyonunun belirlenmesi, önlenmesi, korunması ve tedavisinde ebe, hemşire ve hekim kilit rol oynamaktadır (Sidebotham, 2008; Şahin & Kılıçarslan, 2010).

Gebelikte depresyonun tedavi edilmesi kadar oluşmadan önce korunmakta büyük önem taşımaktadır. Primer koruma; Özellikle riskli gruplar (daha önceden geçirilmiş depresyon atağı, ekonomik olarak kötü olan, sosyal destek azlığı ve planlanmamış gebelikler, preeklampsi vb.) tespit edilmelidir (Sevindik, 2005). Sekonder koruma; depresyonun altındaki neden araştırılmalı, kadınlara yapılan ev ziyaretleriyle baş etme mekanizmaları anlatılmalı ve geliştirilmeli, fetüsün kalp atım sesleri dinlenir ve anormal belirtiler izlenir (Sevindik, 2005). Tersiyer koruma ise; Etkili anne-bebek ilişkilerinde anneye yardımcı olma, anneye bebek bakımı, postpartum dönem ve aile planlaması konularında eğitimler verme, kadına ve eşine psikolojik danışma hizmetlerinin sunulması gibi konular yer almaktadır (Sevindik, 2005).

2.16. Beden İmajı ve Depresyon

Gebelik fizyolojik bir süreç olmasıyla birlikte bu dönemde fiziksel ve duygusal değişiklikler yaşanmaktadır. Kilo alımı ve cilt değişiklikleri gibi dış görünüşte meydana gelen değişiklikler gebelik boyunca tüm vücutta görülür. Bunların yanı sıra artmış spinal lordoz, azalmış abdominal kas kuvveti ve kütle merkezinin yerinde anterior kayma gibi belirli biyomekanik değişiklikler gözlemlenmiştir (İnanır vd., 2015).

Beden imajı, bireyin dış görünüşünün iç ifadesi olarak tanımlanır. Beden imajı bireylerin yeme davranışları, sosyal kaygı seviyesi, cinsel davranış, sosyal ilişkiler ve duygusal durum üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Gebelik sırasında kadın vücudunda meydana gelen hızlı fiziksel değişikliklere bağlı olarak beden imajı değişebilir. Gebeliğin erken evrelerinde beden imajının gebelik öncesi döneme göre önemli ölçüde azaldığı bildirilmektedir (İnanır vd., 2015). Gebelik sırasında kadının vücudunda meydana gelen değişiklikler hacim duygusu, beceriksizlik, çirkinlik ve çekicilik hissinde azalmaya neden olabilir. Bu değişiklikler sonucunda, kendine güven, benlik saygısı ve kadınların beden imajı algısı gerileyebilir ve olumsuz etkilenebilir (Goodwin, Astbury & McMeeken, 2000).

Gebelik süresince bazı psikolojik rahatsızlıkların görülme sıklığı artmaktadır; anksiyete belirtilerinin prevalansı yaklaşık %20 - %25, depresyon oranı ise popülasyonlar arasında farklılık gösterir, ancak genelde yaklaşık %20 civarındadır (Bennett vd., 2004). Maternal anksiyete, stresli yaşam, geçirilmiş depresyon, sosyal destek eksikliği, aile içi şiddet, istenmeyen gebelik, ve sağlık sigortasının olup olmaması gebelik sırasında depresif belirtilerin oluşmasını etkileyen faktörler arasındadır.

Bazı çalışmalarda yaşam stresinin, destek eksikliğinin ve aile içi şiddetin antepartum depresif belirtileri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Christie vd., 2010).

Kamysheva ve arkadaşları ve Thompson ve arkadaşları, gebe kadınlarda depresyon, benlik saygısı ve yüksek BKİ'nin olumsuz vücut tutumlarını ortaya çıkardığını tespit etmişlerdir. Sinirlilik, endişe ve kaygının, gebe kadınların beden imajı için olumsuz uyarılara sebep olabileceğini ifade etmişler (Kamysheva vd., 2008; Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff, 1999).

Brezilya'nın Minas Gerais eyaletindeki Juiz de Fora kentinde Meireles ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada gebe kadınların beden imajı üzerinde yeme tutumları, depresif belirtiler, benlik saygısı, kaygı ve vücut kitle indeksi etkisini incelemişlerdir. Araştırma sonucunda bu değişkenlerin gebe kadınlarda olumsuz beden imajı üzerinde % 41.4 olarak ölçülen bir etki ortaya çıkardığı görülmüştür (Meireles, Neves, Carvalho & Ferreira, 2017). Uygunsuz beslenme davranışları, düşük benlik saygısı, depresif belirtiler ve yüksek BKİ'nin saptandığı gebelerin olumsuz beden imajı ile ilişkili olduğu ve bu faktörler üzerinde etkili olduğu sonucuna varılabilir. Kaygı, olumsuz bir beden imajı ile ilişkili olmasına rağmen, bu çalışmadaki örnekte vücutla ilgili duyguları belirgin bir şekilde tahmin etmemiştir. Ayrıca, bulgular katılımcıların %20.5 'inin sağlığa zararlı beslenme davranışları olduğunu ve %12.2'sinin depresyon belirtileri gösterdiğini ortaya koymaktadır. Son olarak bu çalışmada, gebe kadınlarda psikolojik değişkenlerin değerlendirilmesi ile uzunlamasına çalışmalar yapılması önerilmiştir. Çünkü bu değerler bir gebelik döneminde değişime uğrayabilir şeklinde belirtmişlerdir (Meireles vd., 2017).

Gebelik normal bir fizyolojik süreç olmasıyla birlikte gebede fizyolojik, psikolojik bir çok değişiklik meydana gelir. Bu değişikliklerle birlikte olumsuz bir beden imajı ve depresyon bu fizyolojik sürecin bozulmasına sebep olabilir. Bununla birlikte gebelikte, doğumda ve doğum sonrası süreçte hem annenin hem de bebeğin sağlığı açısından çeşitli komplikasyonlara (postpartum depresyon, intihar girişimi, düşük doğum ağırlıklı bebek vb.) sebep olabilir. Bu sebeplerden dolayı özellikle ebelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Ebeler diğer sağlık profesyonellerinden farklı olarak gebe ile daha yakın ilişki kuran ve gebeler üzerinde etkileri sebebiyle önemli yere sahiplerdir. Ebe, anne adayları ve eşlerine gebelik sürecinde meydana gelen değişikliklerin normal olduğunu, değişen beden imajına uyum sağlamasında, baş etme becerilerinin kazanılmasında ve sürdürülmesinde önemli payı bulunmaktadır. Gebelikte değişen beden imajını algılaması, kadının buna yanıtı, başka insanların tutum ve etkileri, gebenin bununla baş etme mekanizması, gebelikte depresyon belirtileri ve bunun önlenmeye çalışılması gibi konularda ebelerin bilgi sahibi olması gerekmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, gebelikte beden imajı düzeyi ve depresif davranışlar arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanan tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma; 28 Nisan - 31 Ağustos 2016 tarihleri arasında Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde yürütülmüştür.

Çalışmanın yürütüldüğü Kırşehir ili İç Anadolu bölgesinde yer almaktadır. İlin toplam nüfusu TÜİK 2016 yılı verilerine göre 229.975'dir. İl nüfusunun 144.006 merkeze, geriye kalan 85.969'si ilçeler ve köylere yerleşmiştir. Şehir nüfusunun 114.815'ü erkek 115.160'si kadındır. Çalışmanın gerçekleştirileceği Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1957 yılında hizmete açılmıştır, bünyesinde Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi bulunmakta ve şuan 338 yatak kapasitesine sahiptir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 28 Nisan- 31 Ağustos 2016 tarihleri arasında Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran tüm gebeler oluşturdu. Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2014 yılında 1870 canlı doğum gerçekleşmiştir.

3.3.2. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini belirlemek için güç analizi kullanıldı. Güç analizi ile örneklem hacmi belirlenirken gebe sayısı ön uygulamadaki gebelerin verilerine dayalı olarak G-power 3.1.9.2. programı kullanılarak hesaplandı. G-power ile etki büyüklüğü ($|\rho|$)=0,28, I. Tip hata olasılığı $\alpha=0,05$ ve testin gücü yani $1-\beta=0,95$ (%95) olarak alındığında çalışmaya dahil edilmesi gereken minimum gebe sayısı 312 olarak belirlendi. Çalışma, veri toplama sürecinde araştırmaya katılmayı reddetme ve araştırmaya dahil olma kriterleri dışında kalma gibi nedenlerle kayıp vaka olasılıkları düşünülerek toplam 520 gebe ile tamamlandı.

Araştırmaya okur-yazar olan, görme ve işitme problemi bulunmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü gebeler dahil edildi. Araştırmanın örneklemini evrende açıklanan grup içinden çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler oluşturdu.

3.4. Veri Toplama Aracı

Çalışmada veri toplama aracı olarak gebelerin sosyo-demografik ve gebelikle ilgili bilgilerini içeren Anket Formu (EK-1), gebelerin beden imajını ölçmek amacıyla Beden İmajı Ölçeği (EK-2) ve depresif belirtileri değerlendirmek amacıyla Beck Depresyon Ölçeği (EK-3) kullanılmıştır.

3.4.1. Anket Formu

Anket Formu; araştırmacı tarafından geliştirilen benzer araştırmalar dikkate alınarak ve araştırmacının amacına uygun literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanmıştır (Özorhan, 2012; Potur, 2003; Sevindik, 2005). Soruların 14'ü gebe ve eşine yönelik sosyo-demografik bilgileri, 13'ü gebelik öyküsünü, 9'u gebelikteki beden imajı, gebe olduğunu öğrenince hissettiği duygular gibi konuları içeren sorular, 6'sı sigara ve alkol kullanma durumunu ve spor aktivitesini içeren sorular olmak üzere toplamda 42 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Beden İmajı Ölçeği (BİÖ):

Secord ve Jourard tarafından 1953 yılında geliştirilen bu ölçek, kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Ülkemizde ölçeğin geçerlik çalışması Hovardaoğlu (1993) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçekte 40 madde yer almakta, bütün maddeler 1 ve 5 arasında puanlanmaktadır (1: Hiç beğenmiyorum; 2: Pek beğenmiyorum; 3: Kararsızım; 4: Oldukça beğeniyorum; 5: Çok beğeniyorum). Tek puan elde edilen bu ölçekten alınabilecek en düşük puan 40, en yüksek puan 200'dür. Puan artışı beden imajını olumlu değerlendirmedeki artış anlamına gelmektedir (Hovardaoğlu, 1993; Gümüş vd., 2011). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,917 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):

Beck Depresyon Ölçeği, hastalığın etyolojisini değil, bilişsel içerik daha belirgin olmak üzere depresyonun duygusal, somatik, motivasyonel boyutlarına ait bulguları derecelendirerek, depresif belirti ve tutumlar hakkında bilgi vermektedir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında psikiyatrik olan ya da olmayan gruplarla, depresyon alt tiplerini ve depresyonla anksiyeteyi birbirinden ayırabildiği gösterilmiştir. Beck tarafından 1961'de geliştirilen ve ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Teğin (1980) ve Hisli (1988) tarafından yapılan (Cronbach Alpha: 0.86) Beck Depresyon Ölçeği karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşmaktadır (Hisli, 1988; Şahin, 2015).

Beck Depresyon Ölçeği, depresif hastaların sıklıkla gösterdiği semptomların ve depresyona özgü tutumların klinik alanda gözlenmesi ve

sıklıkla görülen davranışların bir araya getirilmesiyle oluşturulmuştur. Klinik gözlemler sistematik olarak 21 semptom altında birleştirilmiş ve tutumlar yoğunluğuna göre 0-3 arasında derecelendirilmiştir. Bunlar biliş, duyu, açıkça görülen davranış, kişiler arası sorunlar, somatik semptomları ölçmektedir. Ölçmek için verilen kesim puanları araştırmalarda farklılık göstermekle birlikte 17 kesim puanının klinik depresyonu belirlemede yeterli olabileceği belirtilmektedir. Puanlaması: Her maddenin yanında yazılı olan sayı (0 ile 3 arasında değişir), o maddeye verilecek olan puanı gösterir. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilmektedir (Beck, 1961; Şahin, 2015).

Beck Depresyon Ölçeği'nin (BDÖ) puanlama kriterleri şöyledir:

0 - 9 puan = Depresif belirtiler yok
10 - 16 puan = Hafif düzeyde depresif belirtiler
17 - 29 puan = Orta düzeyde depresif belirtiler
30 - 63 puan = Şiddetli depresif belirtiler şeklinde yorumlanmaktadır
(Beck, 1961; Şahin, 2015).

3.5. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Veri toplama formlarının uygulanması 28 Nisan - 31 Ağustos 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Gebelere araştırma ile ilgili sözlü bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden yazılı onam alınmıştır (EK-4). Veriler, araştırmacı tarafından Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerinde bulunan gebe bekleme salonunda gebelerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin toplanması sırasında anket formların doldurulması her bir gebe için yaklaşık 20-30 dk sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, SPSS (version 22.0) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde kategorik değişkenler (örneğin yaş, öğrenim durumu, sosyal güvence vb.) frekans ve yüzde olarak sunulmuştur. Gebelerin Beden İmajı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar ortalama ve standart sapma olarak belirtilmiştir. Verilerin analizinde ilk olarak parametrik test koşullarının sağlanıp sağlanmadığı araştırılmıştır. Bu amaçla Kolmogorow-Smirnov, Shapiro-Wilk testleri ile Skewness ve Kurtosis değerleri kullanılmıştır. Parametrik test koşullarının sağlandığı durumlarda iki grubun karşılaştırılması amacıyla bağımsız örneklem t testi (Independent Sample t testi), üç veya daha fazla grupların karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi (Oneway ANOVA) uygulanmıştır. Üç ve daha fazla grubun karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bulunan sonuçlarda farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla Tukey çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Parametrik test koşullarının sağlanmadığı durumlarda ise üç veya daha fazla grubun

karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkinin yönünü ve derecesini belirlemek amacıyla Pearson Korelasyonu kullanılmıştır. Bütün istatistiksel analizlerde önemlilik seviyesi olarak $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için T.C. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 27.04.2016 tarih ve 78968926-108/760-2355 sayılı onay alındı (EK-5).

Ayrıca çalışmanın yapılabilmesi için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetiminden gerekli olan izinler yazılı olarak alındı (EK-6).



4. BULGULAR

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne 28 Nisan-31 Ağustos 2016 tarihleri arasında başvuran 520 gebenin, beden imajı ile depresif belirtileri ve ikisi arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlayan çalışmamızın bulguları bu bölümde verilmiştir.

4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	16-19	58	11.2
	20-34	431	82.9
	35 ve üzeri	31	6.0
Öğrenim Düzeyi	Okuryazar	7	1.3
	İlkokul Mezunu	68	13.1
	Ortaokul Mezunu	145	27.9
	Lise Mezunu	200	38.5
	Üniversite ve Üzeri	100	19.2
Meslek	Çalışmıyor	422	81.2
	İşçi	12	2.3
	Memur	54	10.4
	Diğer	32	6.2
Yaşadığı Yer	İl	357	68.7
	İlçe	94	18.1
	Köy	69	13.3
Sosyal Güvence	Var	456	87.7
	Yok	64	12.3
Ekonomik Durum	Kötü	21	4.0
	Orta	349	67.1
	İyi	150	28.8
Aile Yapısı	Çekirdek	395	76.0
	Geniş	125	24.0
Evlilik Süresi	0-5 Yıl	342	65.8
	6-10 Yıl	100	19.2
	11 Yıl ve Üstü	78	15.0
Toplam		520	100.0

Tablo 4.1'de gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Buna göre gebelerin yaşları 16-46 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 25.82 ± 5.29 yıldır. Çalışmamızda gebelerin %68.7'si (n=357) il merkezinde yaşamaktadır. Çalışma grubuna katılan gebelerin öğrenim düzeyi incelendiğinde, %1.3'ü (n=7) okuryazar, %13.1'i (n=68) ilkokul, %27.9'u (n=145) ortaokul, %38.5'i (n=200) lise, %19.2'si (n=100) üniversite ve üzeri mezunu olduğu görüldü. Gebelerin %81.2'sinin (n=422) herhangi bir işte çalışmadığı, %87.7'sinin (n=456) sosyal güvencesinin olduğu saptandı. Ayrıca gebelerin %76.0'sı (n=395) çekirdek aile yapısında olup %65.8'i (n=342) evliliğinin ilk 5. yılındadır.

Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Obstetrik Özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
İlk Gebelik Yaşı	14-19	157	30.2
	20-23	230	44.2
	24-27	87	16.7
	28 ve üzeri	46	8.8
Trimester	1. trimester	66	12.7
	2. trimester	136	26.2
	3. trimester	318	61.2
Toplam Gebelik Sayısı	1-2	343	66.0
	3-4	153	29.4
	5 ve üzeri	24	4.6
Düşük Öyküsü	Yok	440	84.6
	1	72	13.8
	2 ve üzeri	8	1.6
Küretaj Öyküsü	Yok	485	93.3
	Var	35	6.7
Canlı Doğum Sayısı	Yok	238	45.8
	1	149	28.7
	2	103	19.8
	3	16	3.1
	4 ve üzeri	14	2.7
Yaşayan Çocuk Sayısı	Yok	241	46.3
	1	151	29.0
	2	100	19.2
	3	18	3.5
	4	10	1.9
Ölü Doğum Öyküsü	Yok	508	97.7
	Var	12	2.3
Gebelik Sayısı	Primipar	221	42.5
	Multipar	299	57.5
Toplam		520	100.0

Tablo 4.2’de gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Çalışmamızda kadınların ilk gebelik yaş aralığı 14-36 ile değişmekte olup, ortalama 21.65 ± 3.71 yıldır. Gebelerin % 61.2’sinin (n=318) 3. trimesterde olduğu görülmektedir. Çalışmamızda gebelerin toplam gebelik sayıları incelendiğinde %66’sının (n=343) toplam gebelik sayısı 1-2, %29.4’ünün (n=153) toplam gebelik sayısı 3-4, %4.6’sının toplam gebelik sayısı 5 ve üzeri olduğu bulunmuştur. Gebelerin düşük öykülerine bakıldığında %84.6’sının (n=440) düşük yaşamadığı, %13.8’inin (n=72) 1 kere, %1.6’inin (n=8) 2 ve üzeri düşük öyküsü olduğu görülmektedir. Gebelerin %93.3’ünün (n=485) küretaj öyküsü olmadığı, %6.7’sinin (n=35) küretaj öyküsü olduğu saptanmıştır. Çalışmada gebelerin %45.8’inin (n=238) canlı doğumu yoktu, %28.7’sinin (n=149) 1 tane, %19.8’inin (n=103) 2 tane, %3.1’inin (n=16) 3 tane, %2.7’sinin (n=14) 4 ve üzeri canlı doğum sayısı vardı. Gebelerin %46.3’ünün yaşayan çocuğu olmadığı, %29.0’inin 1 tane, %19.2’sinin 2 tane, %3.5’inin 3 tane ve %1.9’unun 4 tane yaşayan çocuğu olduğu görülmüştür. Gebelerin %97.7’sinin (n=508) ölü doğum öyküsü olmadığı, %2.3’ünün (n=12) ölü

doğum öyküsü olduğu, %57.5'inin (n=299) multipar olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda toplam gebelik sayısı ortalaması 2.13 ± 1.25 , düşük sayısı ortalaması 0.17 ± 0.42 , küretaj sayısı ortalaması 0.06 ± 0.25 , canlı doğum sayısı ortalaması 0.88 ± 1.01 , yaşayan çocuk sayısı ortalaması 0.85 ± 0.97 ve ölü doğum sayısı ortalaması 0.02 ± 0.18 bulunmuştur.

4.2. Gebelerin Gebelikteki Bazı Alışkanlıklar ve Durumlar ile Beden İmajını Algılama Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. Gebelerin Bazı Alışkanlıklara ve Durumlara Göre Dağılımı

Gebelikteki alışkanlık ve durumlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Dış Görünüşe Önem Verme		
Evet	447	85.9
Hayır	73	14.0
Gebelikten Önce Spor Yapma Durumu		
Evet	173	33.2
Hayır	347	66.7
Gebelik Öncesi Kiloya Dikkat Etme		
Evet	315	60.6
Hayır	205	39.4
Gebe Olduğunu Öğrendiğinde Duygu Durumu		
Çok mutlu oldum	369	71.0
Şaşırdım beklemiyordum	100	19.2
Şaşırmadım bekliyordum	51	9.8
Gebeliği Planlama Durumu		
Evet	447	86.0
Hayır	73	14.0
Gebelikte Sağlık Problemi Yaşama Durumu		
Evet	309	59.4
Hayır	211	40.6
Gebelikte Yaşanan Sağlık Problemleri*		
Bulantı-kusma	240	77.6
Aşırı kilo alma	19	6.2
Kan basıncında yükselme	22	7.2
Kan şekerinde yükselme	28	9.0
Gebelerin Sorunlarını Paylaştıkları Kişiler		
Eşimle	395	76.0
Annemle	80	15.4
Arkadaşımle	25	4.8
Diğer	20	3.8
Bebek Doğduktan Sonra Bakımına Yardım Edecek Kişi Varlığı		
Evet	432	83.1
Hayır	88	16.9
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	30	5.8
Hayır	490	94.3
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	3	0.6
Hayır	517	99.4

*Gebelikte sağlık problemi yaşayan gebelerin sayısı (n=309).

Tablo 4.3'te çalışma grubunu oluşturan gebelerin bazı alışkanlık ve durumlara göre dağılımı verilmiştir. Gebelerin %85.9'unun (n=447) dış görünüşe önem verdiği, %66.7'sinin (n=347) gebelik öncesi spor yapmadığı, %60.6'sinin (n=315) gebelik öncesi kilosuna dikkat ettiği, %71.0'ünün gebe olduğunu öğrendiğinde çok mutlu olduğu saptanmıştır. Gebelerin %86.0'ünün (n=447) planlı olarak gebe kaldığı, %59.4'ünün gebelikte sağlık problemi yaşadığı belirlenmiştir. Gebelerin %77.6'sının (n=240) bulantı-kusma yaşadığı, %6.2'sinin (n=19) aşırı kilo aldığı, %7.2'sinin (n=22) kan basıncında yükselme yaşadığı, %9.0'unun (n=28) kan şekerinde yükselme problemi yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca gebelerin %76.2'sinin (n=396) sorunlarını eşiyile paylaştığı, %83.1 gebenin (n=432) bebek doğduktan sonra bakımına yardım edecek birisinin olduğu bulunmuştur. Gebelerin %94.3'ünün (n=490) sigara kullanmadığı ve %99.4'ünün (n=517) alkol kullanmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.4. Gebelikte Beden İmajını Algılama İle İlgili Durumlara Göre Dağılımı

Beden İmajını Algılama İle İlgili Durumlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Beden İmajını Algılama Durumu		
Olumlu	259	49.8
Olumsuz	71	13.7
Fikrim yok	190	36.5
Değişen Beden İmajını Algılamada Başkasından Etkilenme Durumu		
Evet	126	24.2
Hayır	394	75.8
Değişen Beden İmajını Algılamada Etkilendiği Kişiler*		
Eş	105	83.3
Aile	4	3.1
Eşinin ailesi	2	1.6
Komşu-Çevre	12	9.6
Arkadaşlar	3	2.4
Değişen Beden İmajını Algılamada Etkilenme Yönü*		
Olumlu	48	38.0
Olumsuz	78	62.0

*Değişen beden imajını algılamada başkasından etkilenen gebelerin toplam sayısı (n=126).

Tablo 4.4'te çalışma grubunu oluşturan gebelerin beden imajını algılama ile ilgili durumlara göre dağılımı verilmiştir. Gebelerin %49.8'inin (n=259) beden imajını olumlu algıladığı, %75.8'inin (n=394) değişen beden imajını algılamada başkasından etkilenmediği, %24.2'sinin (n=126) etkilendiği ve etkilenen gebelerin %83.3'ü (n=105) eşlerinden etkilendiğini belirtmişlerdir. Ayrıca bu durumdan etkilenen gebelerin %62.0'ı (n=78) olumsuz yönde etkilendiğini ifade etmiştir.

4.3. Gebelerin Beden İmajı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.5. Beden İmajı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puan Ortalaması ve Arasındaki İlişki

Ölçekler/Puan Ortalaması	n	Ortalama Standart Sapma	Median	Min-Max	Pearson Korelasyonu
Beden İmajı Ölçeği	520	137.17 ±24.36	136.00	64-200	r=-0.281 p<0.001
Beck Depresyon Ölçeği	520	12.51± 7.44	11.00	0-43	

Tablo 4.5'te BİÖ toplam puanı ile BDÖ toplam puan ortalamaları ve arasındaki ilişki verilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin BİÖ toplam puan ortalamaları 137.17±24.36'dır. BDÖ toplam puan ortalamaları ise 12.8±9.81'dir. BİÖ toplam puan ortalaması ve BDÖ toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde r=0,281'lik bir ilişki bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Buna göre depresyon puanları arttıkça, beden imajı ölçeğinden alınan puanlar azalmaktadır.

Tablo 4.6. Gebelerin Gebelikte Depresif Belirti Görülme Sıklığının Beden İmajı Ölçeği Puanına Göre Dağılımı

Depresif Belirtilerin Derecesi	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ort±SS	Test ve p Değeri
Depresif belirti yok (0-9 puan)	201	38.7	147.44±24.25	f=26.592 p<0.001
Hafif düzeyde depresif belirti (10-16 puan)	191	36.7	134.43±21.37	
Orta düzeyde depresif belirti (17-29 puan)	94	18.1	125.45±22.43	
Şiddetli düzeyde depresif belirti (30 ve üzeri)	34	6.5	124.17±21.78	
Toplam	520	100.0	137.17±24.36	
2. Sınıflandırma (17 puan kesme sınırı alınarak)				
Depresif belirti yok	392	75.4	141.10±23.77	t=6.714 p<0.001
Depresif belirti var	128	24.6	125.11±22.18	

Çalışmamızda gebelerin %38.7'sinde depresif belirti olmadığı, %36.7'sinde hafif, %18.1'inde orta ve %6.5'inde şiddetli düzeyde depresif belirti olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Bir diğer sınıflandırma incelediğinde gebelerin %75.38'inde depresif belirti olmadığı, %24.61'inde depresif belirti olduğu bulunmuştur. Gebelikte depresif belirtilerin görülme sıklığına göre her iki sınıflandırmada da BİÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Depresif belirtisi olmayan gebelerin BİÖ puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksektir.

4.4. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Beden İmajı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.7. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Beden İmajı Ölçeği Puanına Göre Dağılımı

Özellikler		Beden İmajı Ölçeği		
		Sayı (n)	Ort±SD	Test değeri f/t ; p
Yaş	16-19	58	132.37±24.05	2.113; 0.122
	20-34	431	137.37±24.57	
	35 ve üzeri	31	143.25±20.89	
Öğrenim Düzeyi	Okuryazar	7	132.85±17.50	2.293; 0.058
	İlkokul Mezunu	68	140.83±26.46	
	Ortaokul Mezunu	145	134.42±24.33	
	Lise Mezunu	200	135.47±23.05	
	Üniversite ve Üzeri	100	142.35±25.22	
Meslek	Çalışmıyor	422	136.25±24.54	1.088; 0.354
	İşçi	12	140.41±30.14	
	Memur	54	141.77±18.50	
	Diğer	32	140.28±28.16	
Yaşadığı Yer	İl	357	136.94±24.23	1.490 (KW); 0.475
	İlçe	94	139.31±27.49	
	Köy	69	135.40±20.36	
Sosyal Güvence	Var	456	137.15±24.22	-0.039; 0.969
	Yok	64	137.28±25.56	
Ekonomik Durum	Kötü	21	126.33±24.00	11.521 (KW); 0.003
	Orta	349	136.26±24.07	
	İyi	150	140.80±24.59	
Aile Yapısı	Çekirdek	395	136.11±24.33	-1,754; 0.080
	Geniş	125	140.49±24.27	
Evlilik Süresi	0-5 Yıl	342	136.24±25.38	2.018; 0.134
	6-10 Yıl	100	141.54±21.80	
	11 Yıl ve Üstü	78	135.62±22.49	

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre BİÖ toplam puan ortalamaları Tablo 4.7’de verilmiştir. Çalışmamızda yaş, eğitim durumu, meslek, yaşadığı yer, sosyal güvence, aile yapısı ve evlilik süresi gibi sosyo-demografik özelliklerle BİÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (her biri için; $p>0.05$). Gebelerin ekonomik durumu ile BİÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ekonomik durumu iyi olan gebelerin kötü olanlara göre BİÖ toplam puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.8. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Beck Depresyon Ölçeği Puanına Göre Dağılımı

Özellikler		Beck Depresyon Ölçeği		
		Sayı (n)	Ort±SD	Test değeri f/t ; p
Yaş	16-19	58	13.67±8.32	1.061; 0.347
	20-34	431	12.43±7.34	
	35 ve üzeri	31	11.41±6.92	
Öğrenim Durumu	Okuryazar	7	11.00±9.86	3.064; 0.016
	İlkokul Mezunu	68	12.38±7.27	
	Ortaokul Mezunu	145	13.48±8.10	
	Lise Mezunu	200	12.99±7.24	
	Üniversite ve Üzeri	100	10.35±6.37	
Meslek	Ev Hanımı	422	12.65±7.52	2.492; 0.059
	İşçi	12	11.00±4.95	
	Memur	54	10.46±6.27	
	Diğer	32	14.65±8.26	
Yaşadığı Yer	İl	357	12.55±7.49	0.233; 0.792
	İlçe	94	12.09±7.16	
	Köy	69	12.86±7.60	
Sosyal Güvence	Var	456	12.47±7.29	-0.359; 0.720
	Yok	64	12.82±8.46	
Ekonomik Durum	Kötü	21	17.00±8.79	6.790; 0.001
	Orta	349	12.83±7.47	
	İyi	150	11.15±6.84	
Aile Yapısı	Çekirdek	395	12.53±7.37	0.130; 0.897
	Geniş	125	12.44±7.68	
Evlilik Süresi	0-5 Yıl	342	12.46±7.40	0.482; 0.618
	6-10 Yıl	100	12.14±7.37	
	11 Yıl ve Üstü	78	13.21±7.73	

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalamaları Tablo 4.8'de verilmiştir. Çalışmamızda yaş, meslek, yaşadığı yer, sosyal güvence, aile yapısı ve evlilik süresi gibi sosyo-demografik özelliklerle BDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (her biri için; $p > 0.05$). Diğer taraftan öğrenim durumu ile BDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Üniversite mezunu olan gebelerin depresyon puanları daha düşük bulunmuştur. Ayrıca ekonomik durum ile BDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Ekonomik durumu iyi olan gebelerin depresyon puanları daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.9. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Beden İmajı Ölçeği Puanına Göre Dağılımı

Obstetrik Özellikler		Beden İmajı Ölçeği		
		Sayı (n)	Ort±SD	Test değeri f/t ; p
İlk Gebelik Yaşı	14-19	157	134.66±24.39	1.716; 0.163
	20-23	230	137.90±24.01	
	24-27	87	136.39±23.94	
	28 ve üzeri	46	143.56±26.25	
Trimester	1. trimester	66	136.60±19.70	0.069; 0.933
	2. trimester	136	137.80±25.32	
	3. trimester	318	137.01±24.88	
Toplam Gebelik Sayısı	1-2	343	137.09±24.77	0.786; 0.456
	3-4	153	138.22±24.03	
	5 ve üzeri	24	131.54±20.45	
Düşük Öyküsü	Yok	440	136.80±24.57	0.347; 0.707
	1	72	138.93±22.36	
	2 ve üzeri	8	141.25±32.07	
Küretaj Öyküsü	Yok	485	137.24±24.39	0.258; 0.796
	Var	35	136.14±24.40	
Canlı Doğum Sayısı	Yok	238	136.55±24.87	0.305; 0.875
	1	149	138.69±24.90	
	2	103	136.75±23.91	
	3	16	138.50±21.26	
	4 ve üzeri	14	133.00±17.33	
Yaşayan Çocuk Sayısı	Yok	241	136.45±24,86	0.374; 0.827
	1	151	138.65±24,58	
	2	100	136.48±24,60	
	3	18	140.55±20,87	
	4	10	132.90±9,83	
Ölü Doğum Öyküsü	Yok	508	137.31±24.43	0.851; 0.523
	Var	12	131.25±21.54	
Gebelik Sayısı	Primipar	221	135.86±25.06	-1.051; 0.373
	Multipar	299	138.13±23.83	

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre BİÖ toplam puan ortalamaları Tablo 4.9'da verilmiştir. İlgili tablo incelendiğinde; ilk gebelik yaşı, trimester düzeyi, toplam gebelik sayısı, düşük öyküsü, küretaj öyküsü, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum öyküsü gibi obstetrik özelliklerle BİÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (her biri için; $p > 0.05$).

Tablo 4.10. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Beck Depresyon Ölçeği Puanına Göre Dağılımı

Obstetrik Özellikler		Beck Depresyon Ölçeği		
		Sayı (n)	Ort±SD	Test değeri f/t ; p
İlk Gebelik Yaşı	14-19	157	13.19±8.17	1.676; 0.171
	20-23	230	12.63±7.27	
	24-27	87	12.01±6.35	
	28 ve üzeri	46	10.54±7.38	
Trimester	1. trimester	66	11.74±8.48	0.776; 0.461
	2. trimester	136	12.16±7.40	
	3. trimester	318	12.82±7.22	
Toplam Gebelik Sayısı	1-2	343	12.29±7.36	0.981; 0.376
	3-4	153	12.70±7.60	
	5 ve üzeri	24	14.41±7.45	
Düşük Öyküsü	Yok	440	12.39±7.45	0.649; 0.523
	1	72	13.38±7.18	
	2 ve üzeri	8	11.37±9.31	
Küretaj Öyküsü	Yok	485	12.45±7.44	-0.657; 0.511
	Var	35	13.31±7.42	
Canlı Doğum Sayısı	Yok	238	12.35±6.84	0.336; 0.854
	1	149	12.48±8.20	
	2	103	12.50±7.55	
	3	16	13.43±8.07	
	4 ve üzeri	14	14.50±7.88	
Yaşayan Çocuk Sayısı	Yok	241	12.31±6.82	0.641; 0.633
	1	151	12.65±8.15	
	2	100	12.33±7.62	
	3	18	13.05±8.03	
	4	10	16.00±8.08	
Ölü Doğum Öyküsü	Yok	508	12.81±9.88	-0.238; 0.632
	Var	12	13.50±6.40	
Gebelik sayısı	Primipar	221	12.36±6.77	-0.404; 0.029
	Multipar	299	12.62±7.90	

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre BDÖ toplam puan ortalamaları Tablo 4.10'da verilmiştir. İlgili tablo incelendiğinde; ilk gebelik yaşı, trimester düzeyi, toplam gebelik sayısı, düşük öyküsü, küretaj öyküsü, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum öyküsü gibi obstetrik özelliklerle BDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (her biri için; $p>0.05$). Diğer taraftan primipar ve multipar gebelik durumu ile BDÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.11. Gebelerin Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin Beden İmajı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puan Ortalamasına Göre Korelasyonu

Sosyo-demografik ve Obstetrik Özellikler	Bedensel İmaj Ölçeği	Beck Depresyon Ölçeği
	Pearson Korelasyonu (r; p)	Pearson Korelasyonu (r; p)
Yaş	0.048; 0.274	0.055; 0.212
Evlilik Süresi	0.019; 0.663	0.018; 0.687
İlk Gebelik Yaşı	0.073; 0.095	-0.110; 0.012
Toplam Gebelik Sayısı	0.002; 0.965	0.055; 0.213
Düşük Sayısı	0.028; 0.518	0.031; 0.487
Küretaj Sayısı	-0.011; 0.796	0.026; 0.550
Canlı Doğum Sayısı	-0.003; 0.954	0.048; 0.279
Yaşayan Çocuk Sayısı	0.008; 0.857	0.047; 0.280
Ölü Doğum Sayısı	-0.054; 0.217	0.012; 0.778

Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin BİÖ ve BDÖ toplam puan ortalamasına göre dağılımı Tablo 4.11'de verilmiştir. İlgili tablo incelendiğinde; gebelerin yaşı, evlilik süresi, toplam gebelik sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum sayısı ile BİÖ ve BDÖ toplam puan ortalamasına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır (her biri için; $p < 0.05$).

Gebelerin ilk gebelik yaşı ile BİÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p < 0.05$). Diğer taraftan ilk gebelik yaşı ile BDÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna göre ilk gebelik yaşı arttıkça depresyon puanları daha düşük bulunmuştur.

4.5. Gebelerin Gebelikteki Bazı Alışkanlıklar ile Beden İmajını Algılama Durumlarının Beden İmajı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.12. Gebelerin Bazı Alışkanlıklar ve Durumlarının Beden İmajı Ölçeği Toplam Puanına Göre Dağılımı

Gebelikteki alışkanlık ve durumlar	Beden İmajı Ölçeği		
	Sayı (n)	Ort±SD	Test değeri f/t ; p
Dış Görünüşe Önem Verme			
Evet	447	137.35±24.20	0.427; 0.670
Hayır	73	136.04±25.50	
Gebelikten Önce Spor Yapma Durumu			
Evet	173	137.39±21.43	0.150; 0.881
Hayır	347	137.05±25.73	
Gebelik Öncesi Kiloya Dikkat Etme			
Evet	315	137.81±24.23	0.744; 0.457
Hayır	205	136.18±24.60	
Gebe Olduğunu Öğrendiğinde Duygu Durumu			
Çok mutlu oldum	369	136.94±22.84	0.549 (KW); 0.760
Şaşırdım beklemiyordum	100	137.14±27.80	
Şaşırmadım bekliyordum	51	138.86±28.07	
Gebeliği Planlama Durumu			
Evet	447	137.57±24.06	0.945; 0.345
Hayır	73	134.67±26.17	
Gebelikte Sağlık Problemi Yaşama Durumu			
Evet	309	134.33±22.02	-3.243; 0.001
Hayır	211	141.32±26.95	
Gebelikte Yaşanan Sağlık Problemleri*			
Bulantı-kusma	240	133.88±21.45	2.140 (KW); 0.544
Aşırı kilo alma	19	130.94±30.15	
Kan basıncında yükselme	22	134.90±21.73	
Kan şekerinde yükselme	28	140.03±21.03	
Gebelerin Sorunlarını Paylaştıkları Kişiler			
Eşimle	395	136.78±22.82	5.553 (KW); 0.136
Annemle	80	138.33±28.75	
Arkadaşımla	25	131.20±30.45	
Diğer	20	147.50±25.42	
Bebek Doğduktan Sonra Bakımına Yardım Edecek Kişi			
Evet	432	137.39±24.28	0.456; 0.649
Hayır	88	136.09±24.88	
Sigara Kullanma Durumu			
Evet	30	131.80±29.15	-1.244; 0.214
Hayır	490	137.50±24.04	
Alkol Kullanma Durumu			
Evet	3	129.66±19.85	-0.535; 0.593
Hayır	517	137.21±24.40	

*Gebelikte sağlık problemi yaşayan gebelerin sayısına göre verilmiştir (n=309).

Çalışma grubunda gebelerin bazı alışkanlıklar ve durumlarının beden imajı ölçeği toplam puanına göre dağılımı Tablo 4.12'de sunulmuştur.

Tablodaki sağlık problemi yaşama durumu dışındaki özellikler ile BİÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışmamızda gebelikte herhangi bir sağlık problemi yaşama durumu ile BİÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre gebelikte herhangi bir sağlık problemi yaşamadığını ifade eden gebelerin BİÖ toplam puan ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 4.13. Gebelerin Bazı Alışkanlıklar ve Durumlarının Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanına Göre Dağılımı

Gebelikteki alışkanlık ve durumlar	Beck Depresyon Ölçeği		
	Sayı (n)	Ort±SD	Test değeri f/t ; p
Dış Görünüşe Önem Verme			
Evet	447	12.25±7.34	-1.963; 0.050
Hayır	73	14.09±7.86	
Gebelikten Önce Spor Yapma Durumu			
Evet	173	12.59±6.80	0.173; 0.863
Hayır	347	12.47±7.74	
Gebelik Öncesi Kiloya Dikkat Etme			
Evet	315	11.73±6.86	-3.006; 0.003
Hayır	205	13.72±8.11	
Gebe Olduğunu Öğrendiğinde Duygu Durumu			
Çok mutlu oldum	369	12.29±7.29	2.324; 0.099
Şaşırdım beklemiyordum	100	13.86±8.07	
Şaşırmadım bekliyordum	51	11.45±7.01	
Gebeliği Planlama Durumu			
Evet	447	12.22±7.28	-2.238; 0.026
Hayır	73	14.31±8.14	
Gebelikte Sağlık Problemi Yaşama Durumu			
Evet	309	13.81±7.30	4.916; p<0.001
Hayır	211	10.61±7.24	
Gebelikte Yaşanan Sağlık Problemleri*			
Bulantı-kusma	240	13.67±7.02	1.735; 0.160
Aşırı kilo alma	19	13.10±6.68	
Kan basıncında yükselme	22	17.09±10.12	
Kan şekerinde yükselme	28	12.85±7.18	
Gebelerin Sorunlarını Paylaştıkları Kişiler			
Eşimle	395	12.37±7.28	0.481; 0.696
Annemle	80	12.63±7.74	
Arkadaşımle	25	14.20±9.19	
Diğer	20	12.65±7.22	
Bebek Doğduktan Sonra Bakımına Yardım Edecek Kişi			
Evet	432	12.11±7.39	-2.715; 0.007
Hayır	88	14.46±7.39	
Sigara Kullanma Durumu			
Evet	30	16.66±8.99	3.176; 0.002
Hayır	490	12.26±7.26	
Alkol Kullanma Durumu			
Evet	3	20.00±14.73	1.751; 0.081
Hayır	517	12.47±7.38	

*Gebelikte sağlık problemi yaşayan gebelerin sayısı (n=309).

Çalışmamızda gebelerin bazı alışkanlıklar ve durumlarının BDÖ toplam puanına göre dağılımı Tablo 4.13'de verilmiştir. Gebelik öncesi kiloya dikkat etme durumu ile BDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Gebelik öncesi kiloya dikkat eden gebelerin etmeyenlere göre depresyon puanları daha düşük bulunmuştur.

Gebeliği planlama durumu ile BDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Planlı olarak gebe kalan kadınların depresyon puanları daha düşüktür. Gebelikte herhangi bir sağlık problemi yaşama durumu ile BDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Buna göre gebelikte herhangi bir sağlık problemi yaşayan gebelerin yaşamayanlara göre BDÖ toplam puan ortalamaları daha yüksektir.

Gebelerin bebek doğduktan sonra bakımına yardım edecek birinin olması durumu ile BDÖ toplam puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre bebek bakımına yardım edecek birisi olmayan gebelerin BDÖ puan ortalamaları olanlara göre daha yüksektir.

Gebelerin sigara kullanma durumu ile BDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre sigara kullanmayan gebelerin kullananlara göre BDÖ puan ortalamaları daha düşüktür. Yukarıda belirtilen alışkanlık ve durumlar dışında ilgili tablodaki özellikler ile BDÖ arasında anlamlı fark bulunmamıştır (her biri için; $p<0.05$).

Tablo 4.14. Gebelikte Beden İmajını Algılama İle İlgili Durumların Beden İmajı Ölçeği Toplam Puanına Göre Dağılımı

Gebelikte Beden İmajını Algılama İle İlgili Durumlar	Beden İmajı Ölçeği		
	Sayı (n)	Ort±SD	Test değeri f/t ; p
Değişen Beden İmajını Algılama Durumu			
Olumlu	259	140.02±24.98	7.815 (KW); 0.020
Olumsuz	71	130.49±28.29	
Fikrim yok	190	135.77±21.26	
Değişen Beden İmajını Algılamada Başkasından Etkilenme Durumu			
Evet	126	131.75±25.75	-2,887; 0.004
Hayır	394	138.90±23.68	
Değişen Beden İmajını Algılamada Etkilendiği Kişiler			
Eş	105	133.11±25.34	1.450; 0.222
Aile	4	122.50±21.42	
Eşinin ailesi	2	127.50±24.74	
Komşu-Çevre	12	131.83±27.71	
Arkadaşlar	3	99.00±30.51	
Değişen Beden İmajını Algılamada Etkilenme Yönü			
Olumlu	48	138.79±23.25	2,454; 0.015
Olumsuz	78	127.42±26.39	

Tablo 4.14'te gebelerin gebelikte beden imajını algılama ile ilgili durumlarının Beden İmajı Ölçeği toplam puanına göre dağılımı verilmiştir. Gebelerin değişen beden imajını algılama durumu ve BİÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Beden imajını olumlu olarak algılayan gebelerin olumsuz olanlara göre BİÖ puan ortalamaları daha yüksektir.

Gebelerin değişen beden imajını algılamada başkasından etkilenme durumu ile BİÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Beden imajını algılamada başkasından etkilendiğini ifade eden gebelerin BİÖ puan ortalamaları etkilenmeyenlere oranla düşük seviyededir. Başkasından etkilenen gebelerin etkilendiği kişilere göre BİÖ toplam puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Değişen beden imajını algılamada başkasından etkilenen gebelerin etkilenme yönü ile BİÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Değişen beden imajı değişiminden olumlu yönde etkilenen gebelerin BİÖ puan ortalamaları daha yüksektir.

Tablo 4.15. Gebelikte Beden İmajını Algılama İle İlgili Durumların Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanına Göre Dağılımı

Gebelikte Beden İmajını Algılama İle İlgili Durumlar	Beck Depresyon Ölçeği		
	Sayı (n)	Ort±SD	Test değeri f/t ; p
Değişen Beden İmajını Algılama Durumu			
Olumlu	259	11.10±6.89	10.357; 0.001
Olumsuz	71	14.81±7.82	
Fikrim yok	190	13.57±7.64	
Değişen Beden İmajını Algılamada Başkasından Etkilenme Durumu			
Evet	126	14.43±8.41	3.363; 0.001
Hayır	394	11.90±7.00	
Değişen Beden İmajını Algılamada Etkilendiği Kişiler			
Eş	105	14.27±8.70	1.008 (KW); 0.799
Aile	4	17.50±11.12	
Eşinin ailesi	2	16.50±7.77	
Komşu-Çevre	12	13.83±6.04	
Arkadaşlar	3	17.00±5.56	
Değişen Beden İmajını Algılamada Etkilenme Yönü			
Olumlu	48	12.27±6.44	-2.304; 0.023
Olumsuz	78	15.76±9.21	

Tablo 4.15'te gebelerin gebelikte beden imajını algılama ile ilgili durumlarının Beck Depresyon Ölçeği toplam puanına göre dağılımı verilmiştir. Gebelerin değişen beden imajını algılama durumu ve BDÖ puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Beden imajını olumlu algılayan gebelerin BDÖ puan ortalaması daha düşüktür.

Gebelerin değişen beden imajını algılamada başkasından etkilenme durumu ile BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Beden imajını algılamada başkasından etkilenen gebelerin BDÖ puan ortalaması daha yüksektir. Başkasından etkilenen gebelerin etkilendiği kişilere göre BİÖ toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Değişen beden imajını algılamada başkasından etkilenen gebelerin etkilenme yönü ile BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Beden imajı değişiminden olumsuz yönde etkilenen gebelerin BDÖ puan ortalaması daha yüksektir.

4.6. Gebelik Öncesi ve Gebelikteki BKİ'nin Beden İmajı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.16. Gebelik Öncesi Beden Kitle İndeksi'nin Beden İmajı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanına Göre Dağılımı

Gebelik Öncesi BKİ*	Sayı (n)	BİÖ Ort±SD	BDÖ Ort±SD	Test değeri KW; p
Düşük (<18.5)	24	138.33±23.66	11.37±8.83	BİÖ 7.486; 0.058 BDÖ 7.687; 0.053
Normal (18.5 -24.99)	283	139.61±25.54	12.01±7.34	
Fazla Kilolu (25.0-29.99)	161	133.98±23.65	13.08±7.64	
Obez (30 ve üzeri)	52	133.19±18.57	13.98±6.45	
Toplam	520	137.17±24.36	12.51±7.44	

*Beden Kitle İndeksi Sınıflaması (NHLBI, 2000)

Tablo 4.16'da çalışma grubunu oluşturan gebelerin gebelik öncesi Beden Kitle İndeksi (BKİ)'nin BİÖ toplam puan ortalamaları ve BDÖ toplam puan ortalamalarına göre dağılımı verilmiştir. Gebelik öncesi BKİ'ye göre BİÖ ve BDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (her biri için; $p>0.05$).

Tablo 4.17. Gebelikte Beden Kitle İndeksi'nin Beden İmajı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Toplam Puanına Göre Dağılımı

Gebelikte BKİ	Sayı (n)	BİÖ Ort±SD	BDÖ Ort±SD	Test değeri f/t ; p
Düşük (<18.5)	6	134.50±18.46	19.83±11.26	BİÖ 3.216; 0.023 BDÖ 4.453; 0.004
Normal (18.5 -24.99)	146	142.04±24.42	11.65±7.50	
Fazla Kilolu (25.0-29.99)	205	136.62±25.27	11.96±7.32	
Obez (30 ve üzeri)	163	133.58±22.77	13.71±7.13	
Toplam	520	137.17±24.36	12.51±7.44	

Tablo 4.17'de çalışma grubunu oluşturan gebelerin gebelikteki BKİ'sinin BİÖ toplam puan ortalamaları ve BDÖ toplam puan ortalamalarına göre dağılımı verilmiştir. Gebelikte BKİ'ye göre BİÖ ve BDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (her biri için; $p<0.05$). Normal kiloda olan gebelerin obez olanlara göre BİÖ puan ortalamaları daha yüksektir. Diğer taraftan düşük kiloda olan gebelerin normal ve fazla kilolu olan gebelere göre depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Gebelik doğal bir süreç olmakla birlikte bu dönemde kadında fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan değişiklikler yaşanır (İnanır vd., 2015). Gebelikte kadının vücudunda meydana gelen değişiklikler kişinin beden imajını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Goodwin vd., 2000). Ayrıca bu süreçteki değişimlerle birlikte meydana gelen depresyon hem anne hem de bebek sağlığını olumsuz etkilemektedir (Ayvaz vd., 2006; Bunevicius vd., 2009). Bu çalışma, gebelikte beden imajı ve depresif davranışların belirlenmesi ve arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda gebelerin yaşları 16-46 arasında değişmekte olup yaş ortalamaları 25.82 ± 5.29 yıl olarak bulunmuştur (Tablo 4.1). Sevindik (2005) gebelikte depresyon prevalansını incelediği çalışmasında yaş ortalamasını 26.78 ± 5.52 yıl olarak bulmuştur (Sevindik, 2005). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 yılı verileri incelendiğinde; en yüksek doğurganlık hızının 25-29 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Çalışmamızdaki gebelerin yaş ortalaması Sevindiğin çalışmasındaki yaş ortalaması ve TNSA 2013 verileri ile uyumlu olup ülkemiz yaş ortalaması değerlerine paraleldir.

Çalışmamızda gebelerin %38.5'i lise mezunudur (Tablo 4.1). TNSA 2013 verilerine göre kadınların öğrenim düzeyi incelendiğinde; 15-49 yaş grubu arasında lise ve üzeri eğitimin %31.1 olduğu görülmektedir. Çalışmamızda herhangi bir işte çalışan gebelerin oranı %18.8'dir. Özbaşaran ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmaya göre gebelerin %18.7'sinin çalıştığı saptanmıştır (Özbaşaran & Taşpınar & Bolsoy, 2001). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Mart 2016 verileri incelendiğinde, kadınların istihdam oranının %27.5 olduğu görülmektedir (TÜİK, 2016). Çalışmamızdaki öğrenim düzeyi, çalışıyor olma durumu ülkemiz verileri ile uyumlu olup ülkemizde yapılan çalışmalarla paraleldir. Gebelerin %12.3'ünün herhangi bir sosyal güvencesi yoktur (Tablo 4.1). Çırak (2014) yaptıkları çalışmada gebelerin %13.9'unun sosyal güvencesi olmadığı bildirilmiştir. Çalışmamızla Çırak'ın yaptığı çalışma benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda gebelerin %68.7'si şehir merkezinde yaşamaktadır (Tablo 4.1). Şahin'in yaptığı çalışmada gebelerin %78.1'i il merkezinde yaşamaktadır (Şahin, 2015). Çalışma sonucumuz Şahin'in çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmada gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde; gebelerin ilk gebelik yaş ortalaması 21.65 ± 3.71 yıl, toplam gebelik sayısı ortalaması 2.13 ± 1.25 , düşük sayısı ortalaması 0.17 ± 0.42 , küretaj sayısı ortalaması 0.06 ± 0.25 , canlı doğum sayısı 0.88 ± 1.01 , yaşayan çocuk sayısı ortalaması 0.85 ± 0.97 ve ölü doğum sayısı 0.02 ± 0.18 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2). TNSA verilerine göre; Türkiye genelinde, ortanca ilk doğum

yaşı 22.9, ortalama gebelik sayısı 2.26, ortalama düşük sayısı 0.33, ortalama küretaj sayısı 0.20, ortalama canlı doğum sayısı 1.67, ortalama yaşayan çocuk sayısı 1.60 ve ortalama ölü doğum sayısı 0.04 olarak ifade edilmektedir (TNSA 2013). Çalışma kapsamına alınan gebelerin obstetrik özellikleri açısından Türkiye geneline yakın sonuçlara sahip olduğu görülmektedir.

5.2. Gebelerin Gebelikteki Bazı Alışkanlıklar ve Durumlar ile Beden İmajını Algılama Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kadınların gebelik öncesi spor yapması, kilosuna dikkat etmesi, gebelikte değişen beden imajında başkalarından olumlu ya da olumsuz etkilenmesi gibi bazı durumların beden imajını etkileyebildiği bilinmektedir (Duncombe vd., 2008; Boscaglia vd., 2003; Zwelling, 1997; Özorhan, 2012). Bu nedenle gebelerin alışkanlıkları ve beden imajını etkileyebilecek durumlar incelenmiştir.

Çalışmamızda gebelerin gebelikteki beden imajını etkileyebileceği düşünülen bazı alışkanlıkları ve durumları incelendiğinde; gebelerin %85.9'unun dış görünüşüne önem verdiği, %33.2'sinin gebelik öncesi spor yaptığı bulunmuştur (Tablo 4.3). Çalışmamızda gebelerin dış görünüşüne genel anlamda önem verdiği ancak spor aktivitesini yapan gebenin daha az sayıda olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin %60.6'sının gebelik öncesi kiloya dikkat ettiği saptanmıştır (Tablo 4.3). Çırak'ın (2014) yaptığı çalışmada gebelerin %69.1'inin gebelik öncesi kilosuna dikkat ettiği ve kilosundan memnun olduğu bildirilmiştir (Çırak, 2014). Çırak ile bizim çalışma sonucumuz benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda gebelerin %71.0'ı gebe olduğunu öğrendiğinde "çok mutlu oldum" cevabını vermiştir ve %86.0'ı planlı olarak gebe kaldıklarını belirtmiştir (Tablo 4.3). Çırak'ın (2014) yaptığı çalışmada gebelerin %75.7'sinin planlı bir şekilde gebe olduğu bildirilmiştir (Çırak, 2014). Çalışmamızda da planlı gebeliklerin sayısı Çırak'ın çalışmasına benzer olup, gebelerin çoğunluğunun gebe olduğunu öğrendiğinde mutlu oldukları görülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin %59.4'ünün sağlık probleminin olduğu ve bunların %77.6'sinin bulantı-kusma yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Gümüş ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada gebelerin %23.3'ünün sağlık problemi yaşadığı bildirilmiştir (Gümüş vd., 2011). Sevindik'in (2005) yaptığı çalışmada gebelerin %76.3'ü sağlık problemi yaşadığı ve bunlardan %61.3'ünün bulantı-kusma problemi yaşadığı bildirilmiştir (Sevindik, 2005). Bizim çalışmamız ve diğer iki çalışmada da görüldüğü üzere gebeler gebelikleri sürecinde farklı düzeylerde sağlık problemleri yaşamaktadırlar. Sevindik'in çalışması ile benzer olarak bizim çalışmamızda da en sık yaşanan sağlık problemi bulantı-kusmadır. Bulantı

kusma gebeliğin erken dönemlerinde gelişen ve yaklaşık gebelerin %50-80'inde görülen semptomlardan biridir (Özdemir, Bodur, Nazik, Nazik & Kanbur, 2010). Bu anlamda bulgumuz literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda gebelerin genel olarak sorunlarını paylaştıkları kişilerin %76.0 ile eşleri olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Sevindik'in (2005) yaptığı çalışmada da gebelerin %71.7'sinin sorunlarını eşleriyle paylaştığı bildirilmiştir (Sevindik, 2005). Sevindik ve bizim çalışmamızdaki benzer sonuç hakkında gebelerin en yakınında bulunan ve gebelikte yaşadığı değişiklikleri en yakından gören kişilerin eşleri olduğu için sorunların paylaşımını da sağlamıştır denilebilir.

Çalışmamızda gebelerin %83.1'i doğum sonrasında bebeğin bakımına yardım edecek birisi olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.3). Sevindik'in (2005) yaptığı çalışmada gebelerin %54.2'sinin doğacak bebeğin bakımına yardım edecek birinin olduğu bildirilmiştir (Sevindik, 2005). Bebeğinin bakımına yardım edecek birinin olması gebeyi doğum sonrasında karşılaşacağı farklı yaşam sürecinde rahatlatacak bir olgudur.

Çalışmamızda gebelerin %5.8'inin sigara kullandığı, %0.6'sının alkol kullandığı bulunmuştur (Tablo 4.3). Şahin'in (2015) yaptığı çalışmada gebelerin %37.5'inin sigara kullandığı bildirilmiştir (Şahin, 2015). Çalışma sonucumuz Şahin'in çalışmasıyla farklılık göstermekte olup, çalışmamızdaki sigara ve alkol kullanımı düşüktür. Bu farklılık gebelerin eğitim düzeyi ve yaşadıkları yerin farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda gebelerin %49.8'i beden imajını olumlu olarak algıladıklarını belirtmiştir. Gebelerin %24.2'si beden imajını algılamada başkasından etkilendiğini ve bu etkilendikleri kişinin de %83.3 ile eşi olduğunu bildirmiştir. Ayrıca başkasından etkilenen gebelerin %62.0'ünün olumsuz etkilendiği bulunmuştur (Tablo 4.4). Özorhan'ın (2012) yaptığı çalışmada gebelerin %50.9'u beden imajını olumlu algıladığı bildirilmiştir. Gebelerin %29.1'inin değişen beden imajını algılamada başkasından etkilenmektedir. Başkasından etkilenen bu gebelerin %39.1'inin en çok oranla eşten etkilendiği ve %69.6'sının olumlu etkilendiği bildirilmiştir (Özorhan, 2012). Çalışma sonucumuz Özorhan'ın çalışma sonuçlarına yakın olup gebelerin değişen beden imajını algılamada başkasından etkilenme yönleri açısından farklılık göstermektedir. Gebelerin eşleri ile olan iletişim ve ilişkileri beden imajını algılamasında olumlu ya da olumsuz etkiye sahip olabileceği söylenebilir.

5.3. Gebelerin Beden İmajı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kadınların gebelikteki bedensel değişikliklerin onların beden imajını etkilediği bununda gebelikte görülen depresif belirtileri etkileyebileceği düşünülerek beden imajı ve depresif belirtileri incelediğimizde; çalışmamızda gebelerin BİÖ toplam puan ortalaması 137.17 ± 24.36 bulunmuştur (Tablo 4.5). Çırak (2014) çalışmasında gebelerin BİÖ toplam

puan ortalamasını 146.3 ± 23.9 olarak bildirmiştir (Çırak, 2014). Durmaz'ın (2013) çalışmasında ise BİÖ toplam puan ortalaması 123.12 ± 31.13 bulunmuştur (Durmaz, 2013). Meireles ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada BİÖ toplam puan ortalaması 121.39 ± 17.30 olarak bulunmuştur (Meireles vd., 2017). İnanır ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada gebelerin BİÖ puan ortalaması 118.3 ± 32.0 olarak bildirilmiştir. Bu sonuçlara göre gebelerin beden imajı ölçeği puan ortalamaları 118-146 puan aralığındadır. Bizim çalışma sonucumuzda bu puan aralığında olup gebelerin genel olarak beden imajı puanının ortalamasının üstünde olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda gebelerin Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması 12.8 ± 9.81 hafif depresif bulunmuştur (Tablo 4.5). Sevindik'in yaptığı çalışmada gebelerde BDÖ puan ortalaması 14.97 ± 8.58 olarak ifade edilmiştir (Sevindik, 2005). Yanikkerem ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin BDÖ puan ortalaması 14.52 ± 10.43 olarak bulunmuştur (Yanikkerem, Atlan & Demirtosun, 2004). Meireles ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada gebelerde BDÖ puan ortalaması 10.46 ± 8.84 olarak bildirilmiştir (Meireles vd., 2017). Diğer çalışmalar ve bizim çalışmamızdaki ortalamalar birbirine yakın olup gebelerin hafif depresif belirtiler yaşadığı görülmektedir.

Çalışmamızda beden imajı ve depresif belirtiler arasında negatif yönde ve anlamlı ilişki olduğu, gebelerin beden imajı düzeyi düştükçe depresif belirtilerinde arttığı saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.5). Meireles ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada gebelerde beden imajı ve depresif belirtiler arasında negatif yönde ve anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır (Meireles vd., 2017). Rauf & Downs'ın (2011) yaptıkları çalışmada da gebelerin beden imajı ve depresif belirtiler arasında negatif ve anlamlı ilişki olduğunu bulmuşlardır (Rauff & Downs, 2011). Çalışmamız Meireles ve arkadaşları ile Rauff & Downs'un yaptıkları çalışmalarla paralellik göstermektedir. Bu sonuçlarla beden imajı düzeyi daha düşük olan gebelerin daha fazla depresif belirti gösterdiği sonucuna varılabilir. Kadınların gebelikte yaşayacağı çok yönlü değişiklikler sonrasında beden imajı algısı gerileyebilir veya olumsuz etkilenebilir. Gebelikte yaşanan olumsuz beden imajı algısı psikolojik sorunların görülme sıklığının artmasına neden olabilir (Bennett vd., 2004; Christie vd., 2010; Goodwin vd., 2000).

Çalışmamızda gebelerin %38.7'sinde depresif belirti olmadığını, %36.7'sinde hafif, %18.1'inde orta ve %6.5'inde şiddetli düzeyde depresif belirti olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Gebelerde depresyon belirtilerinin düzeylerine yönelik çalışmalar incelendiğinde Sevindik'in çalışmasında gebelerin %30'unda depresif belirti olmadığını, %33.8'inde hafif, %23,8 ininde orta ve %12,5'inin de şiddetli düzeyde depresyon tespit edilmiştir (Sevindik, 2005). Aktaş ve arkadaşları ise gebelerin %46.6'sında depresif belirti olmadığını, %34.5'inde hafif, %13,9'unda orta düzeyde, % 4.8'inin de ağır düzeyde depresif belirtilerinin olduğunu saptamışlardır. Çalışma

sonucumuz Sevindik ile Aktaş ve arkadaşlarının çalışması ile benzerlik göstermektedir. Bizim ve diğer iki çalışmanın sonucuna göre gebelerin yarısından fazlasında farklı düzeylerde depresif belirtiler görülmektedir. Depresif belirtilerin varlığı gebelikle ilişkili olabileceği gibi gebelik öncesi kadının duygusal durumu ile de ilişkili olabilir.

Çalışmamızda Beck Depresyon Ölçeği 17 puan kesme sınırı alınarak değerlendirildiğinde gebelerin %24.61'inde depresif belirti bulunmaktadır (Tablo 4.6). Bodecs ve arkadaşları (2009) Macaristan'da yaptıkları çalışmada gebelik depresyonu sıklığını % 17,9 Marcus ve arkadaşları (2003) Amerika'da yaptıkları çalışmada % 20,0, Kurki ve arkadaşları (2000) Finlandiya'da yaptıkları çalışmada % 30,0 olarak bulmuşlardır (Bodecs vd., 2009; Marcus vd., 2003; Kurki vd., 2000). Türkiye'de BDÖ'ye göre (kesme puan 17 ve üzeri) yapılan bazı çalışmalarda gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Karaçam ve Ançel %27.3, Altınay %27.9, Sevindik %36.3, Cebeci ve arkadaşları belirti görülme sıklığı %12 olarak bildirmişlerdir (Karaçam & Ançel, 2009; Altınay, 1999; Sevindik, 2005; Cebeci vd., 2002). Yapılan çalışmalara göre gebelikte depresif belirti görülme sıklığı ülkemizde %12- 36 arasında değişiklik göstermekte olup depresyon gebelikte görülebilen önemli bir sağlık sorunudur ve bu sonuçlar literatür ile uyumludur (Muzik vd., 2009; Stewart, 2005; Çalık & Aktaş, 2011; Nacar, 2016).

5.4. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Beden İmajı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda gebelerin sosyo-demografik özelliklerle BİÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; **BİÖ ile yaş grupları** arasında ve BİÖ ve yaş ham verileri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7 ve Tablo 4.11). Gümüş ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da yaş grupları ile BİÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Gümüş vd., 2011). Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Kumcağz'ın (2012) yaptığı çalışmada ise beden imajı ile yaş arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş olup genç yaştaki gebelerin beden imajı algılarının daha iyi olduğu bildirilmiştir. (Kumcağz, 2012). Bu sonucun çalışmamızla farklılık göstermesinin sebebi çalışmaya katılan gebelerin farklı bireysel özelliklere sahip olması olabilir.

Gebelerin öğrenim düzeyi, meslek, sosyal güvence, aile yapısı, yaşadığı yer ile BİÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (her biri için; $p>0.05$) (Tablo 4.7). Gümüş ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında öğrenim düzeyi, meslek, sosyal güvence, aile yapısı, Kumcağz'ın (2012) çalışmasında ise meslek, sosyal güvence, aile yapısı ve yaşadığı yer ile BİÖ puan ortalaması arasında bir ilişki saptanmamıştır (Gümüş vd., 2011; Kumcağz, 2012). Çalışma sonucumuz bu çalışmalarla paralellik göstermektedir. Buna göre öğrenim

düzeyi, meslek, sosyal güvence, aile yapısı, yaşadığı yerin beden imajını etkilemediği söylenebilir.

Çalışmamızda gebelerin **evlilik süreleri** ile BİÖ puan ortalaması ve BİÖ ve evlilik süresi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7 ve Tablo 4.11). Kumcağız (2012) çalışmasında evlilik yılı arttıkça BİÖ puan ortalamasının azaldığını bildirmiştir. Bu sonuç çalışmamızla farklılık göstermekte olup bu farklılık için geçen zaman içerisinde kadının yaşının da ilerlemesi ile birlikte beden imajına eskisinden daha az önem verir hale geldikleri söylenebilir.

Gebelerin **ekonomik durumu** ve **BİÖ** puan ortalaması karşılaştırıldığında ekonomik durumu iyi olan gebelerin kötü olanlara göre BİÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Gümüş ve arkadaşları (2011) ile Kumcağız'ın (2012) çalışmasında da aynı sonuçlar bildirilmiştir (Gümüş vd., 2011; Kumcağız, 2012). Ekonomik düzeyi artan bireylerin beden imajını olumlu destekleyeceği düşünülen giyim, kozmetik, bakım ürünleri gibi imkanlara daha rahat ulaşabileceği ve bu durumun beden imajı algısını yükseltiyor olabileceği söylenebilir.

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin **sosyo-demografik özellikleri** ile **BDÖ** puan ortalaması karşılaştırıldığında; gebelerin yaş grupları ile BDÖ ve yaş ile BDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.8 ve Tablo 4.11). Casanueva ve arkadaşları (2000) yaptıkları çalışmada adolesan gebelerin depresyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Casanueva vd., 2000). Figueiredo ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında adolesan gebeliklerin hem gebelik hem de postpartum dönemde anlamlı olarak daha çok depresif belirti gösterdiğini bildirilmiştir (Figueiredo vd., 2007). Bu sonuçlar bizim çalışmamızdan farklı olmakla birlikte erken yaş gebelikte depresyon sıklığı için bir risk faktörü olabilir.

Çalışmamızda gebelerin **öğrenim durumu** ile **BDÖ** puan ortalaması karşılaştırıldığında üniversite mezunu olan gebelerin daha düşük depresyon puanına sahip olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.8). Gözüyeşil ve arkadaşları (2008) yapmış olduğu çalışmada üniversite mezunu gebelerin daha düşük depresyon puanlarına sahip olduğunu rapor etmiştir (Gözüyeşil vd., 2008). Çalışma sonucumuz bu sonuçla benzerlik göstermektedir. Eğitim seviyesi yükseldikçe kadınların baş etme mekanizmalarını da daha iyi kullanıyor olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda gebelerin **çalışıyor olma durumları** ile **BDÖ** puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Sevindik (2005) ve Altınay'ın (1999) çalışmasında da gebelerde herhangi bir işte çalışma ile BDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Sevindik, 2005; Altınay, 1999). Casanueva ve arkadaşları (2000) da gebelerin çalışıp çalışmama durumlarının depresif belirtileri etkilemediğini bildirmiştir (Casanueva vd., 2000). Çalışmamız diğer

çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Bu sonuçlara göre çalışıp çalışmama durumunun depresif belirtileri etkilemediği söylenebilir.

Çalışmamızda **ekonomik durum** ve **BDÖ** puan ortalaması karşılaştırıldığında ekonomik durumu iyi olan gebelerin depresyon puanları daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.8). Yanikkerem ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada ailenin gelir durumu azaldıkça depresyon puanlarının arttığını bulmuşlardır (Yanikkerem vd., 2004). Çalışma sonucumuz Yanikkerem'in çalışması ile benzerlik göstermekte olup ekonomik durumun kötüleşmesi yaşama ilişkin farklı problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilir ve bireyi depresyona yatkınlaştırabilir.

Çalışmamızda **evlilik süresi** ile **BDÖ** ve evlilik süresi ham verileri ile BDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.8 ve Tablo 4.11). Akbaş ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmada evlilik süresi arttıkça depresif belirtilerin arttığını bildirmiştir (Akbaş vd., 2008). Akbaş ve ark'nın çalışması ile bizim çalışmamızın sonucu farklılık göstermektedir. Bizim çalışmamızda evlilik süresinin depresyonu etkilemediği söylenebilir.

Çalışmamızdaki gebelerin **aile yapısı** ile **BDÖ** puan ortalaması karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.8). Şahin'in (2015) gebelerle yaptığı çalışmada geniş aile yapısında yaşayanların çekirdek aileye göre daha çok depresif belirti gösterdiği bulunmuştur (Şahin, 2015). Diğer taraftan Akbaş ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada ise tam tersine geniş ailede bulunanların depresyon puanları daha düşük bulunmuştur (Akbaş vd., 2008). Bizim çalışmamızda aile yapısının depresif belirtileri etkilemediği görülmektedir. Çalışmamızla diğer iki çalışma farklılık göstermekte olup aile kimi zaman çok büyük bir destek olarak görülürken kimi zaman ise en büyük duygusal rahatsızlıkların ve gerilimlerin ana kaynağı olabilmektedir (Özmen, 2004).

Çalışmamızda gebelerin ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı, trimester, düşük deneyimi, küretaj deneyimi, canlı doğum deneyimi, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum öyküsü ve bunların ham verileri ile **BİÖ** toplam puan ortalaması birbirine benzer olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan önemli bir farkın olmadığı saptanmıştır (her biri için; $p > 0.05$) (Tablo 4.9). Çırak'ın (2014) yaptığı çalışmada da aynı özellikler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Çırak, 2014). Kumcağız'ın (2012) yaptığı çalışmada trimester, küretaj öyküsü ve düşük yapma öyküsü ile BİÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Kumcağız, 2012). Ayrıca Gümüş ve arkadaşlarının (2011) gebelerle yaptıkları çalışmada gebelik sayısı, trimester, düşük öyküsü, küretaj öyküsü ile BİÖ puan ortalaması arasında da anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Gümüş vd., 2011). Çalışma sonuçlarımız literatür sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Diğer sonuçlarla birlikte kadınların belirtilen obstetrik deneyimlerinin beden imajını etkilemediği söylenebilir.

Çalışmamızda gebelerin **ilk gebelik yaşı** ile **BDÖ** arasındaki ilişki incelendiğinde ilk gebelik yaşı arttıkça depresyon puanları daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.11). Lau ve arkadaşlarının (2007) gebelerle yaptıkları çalışmada genç yaşta olan gebeliklerde depresif belirtilerin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Lau vd., 2007). Çalışma sonucumuz bu çalışmayla benzerlik göstermekte olup ilk gebelik yaşının düşük olması depresyonu etkilediği söylenebilir. Erken gebeliklerin anne ve bebek için risk oluşturduğu ve daha çok psikolojik problemlere neden olduğu bilinmektedir (Casanueva vd., 2000).

Çalışmamızda gebelerin toplam gebelik sayısı, trimester, düşük öyküsü, küretaj öyküsü, canlı doğum öyküsü, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum öyküsü ve bunların ham verileri ile **BDÖ** puan ortalaması karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (her biri için; $p > 0.05$) (Tablo 4.10 ve Tablo 4.11). Gözüyeşil ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada düşük ve küretaj öyküsü olanların depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur (Gözüyeşil vd., 2008). Sevindik'in (2005) yaptığı çalışmada ölü doğum ve düşük öyküsü olan gebelerin depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur (Sevindik, 2005). Diğer taraftan Şahin'in yaptığı çalışmada düşük öyküsü olmayan gebelerin depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur (Şahin, 2015). Bizim çalışmamızda ölü doğum öyküsü depresyon puan ortalamalarını etkilememektedir. Sevindik'in (2005) yaptığı çalışmada gebelik trimesteri ile depresyon puan ortalaması arasında bir farklılık olmadığı bulunmuştur (Sevindik, 2005). Yanikkerem ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada da aynı şekilde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Yanikkerem vd., 2004). Çalışma sonuçları farklılık göstermekte olup bu farklılık bireysel özelliklerden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda multipar gebelerin primipar gebelere göre **BDÖ** toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Yanikkerem ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada multipar gebelerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Yanikkerem vd., 2004). Çalışma sonucumuz paralellik göstermektedir. Gebelik sayısının artması annenin evde iş yükünün artması demektir. Bu durum annenin çocuklarına bakma ve ilgilenme durumlarında yetersizlik düşüncesine iterek depresif davranışları artırabilir.

5.5. Gebelerin Gebelikteki Bazı Alışkanlıklar ile Beden İmajını Algılama Durumlarının Beden İmajı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Gebelerin sağlığa zararlı alışkanlıkları kullanması, planlı olmayan gebelikler, bebeğin bakımına yardım edecek birinin olmayışı gibi bazı durumların beden imajını ve gebelikte depresyonu etkileyebileceği düşünülmüştür. Gebelerin bazı alışkanlıkları ile beden imajını algılama durumlarının beden imajı ve depresif davranışlarla karşılaştırdığımız çalışmamız incelendiğinde; gebelerin dış görünüşe önem verme,

gebelikten önce spor yapma, gebelik öncesi kiloya dikkat etme, alkol kullanma durumu, bebeğin bakımına yardım edecek birinin bulunma durumu ve gebelerin sorunlarını paylaştıkları kişiler ile **Beden imajını** etkilemediği saptanmıştır (her biri için; $p>0.05$) (Tablo 4.11).

Çalışmamızda **gebeliği planlama durumu** beden imajı algısını etkilememiştir ($p<0.05$). Kumcağız'ın (2012) yaptığı çalışmada planlı olarak gebe olan kadınların planlı olmayan gebelere göre beden imajları daha yüksek bulunmuştur (Kumcağız, 2012). Çırak'ın (2014) yaptığı çalışmada aynı şekilde planlı olarak gebe olan kadınların beden imajının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Çırak, 2014). Diğer taraftan Gümüş ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada gebeliği planlama durumu ile BİÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Gümüş vd., 2011). Gümüş'ün çalışması bizim çalışmamızla benzerlik göstermekle birlikte diğer çalışmalar bizim sonuçlarımızdan farklıdır. Gebeliklerin planlı olması gebenin beden imajını olumlu destekleyeceği düşünülebilir ancak bireysel ve sosyokültürel farklılıklar bu durumu değiştirebilir.

Çalışmamızda **sigara içme** durumu gebelerin beden imajı algısını etkilememiştir ($p>0.05$). Kumcağız'ın yaptığı çalışmada sigara kullanmayan gebelerin beden imajı kullanan gebelere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Kumcağız, 2012). Sigara kullanımının sağlığa birçok yönüyle zararlı olduğu bilinmekle birlikte bizim çalışmamızda gebelerin beden imajını etkilemediği söylenebilir.

Çalışmamızda gebelerin gebe **olduğunu öğrendiğindeki duygu durumu** ile **BİÖ** puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.11). Potur'un (2003) yaptığı çalışmada da kadınların gebe olduğunu duyduğundaki his durumu ile beden imajı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Potur, 2003). Bu çalışma ile bizim çalışma sonucumuz benzerdir. Bu iki sonuca göre gebelerin gebe olduğunu öğrendiğindeki duygu durumunun BİÖ puan ortalamasını etkilemediği söylenebilir.

Çalışmamızda gebelerin **gebelikte sağlık problemi yaşama durumları** ile **BİÖ** puan ortalaması karşılaştırıldığında gebelikte herhangi bir sağlık problemi yaşamayan gebelerin yaşayanlara göre daha yüksek beden imajına sahip olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.11). Gümüş ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada ise gebelerin yaşadıkları sağlık problemleri ile BİÖ puan ortalaması arasında herhangi bir farklılık saptanmamıştır (Gümüş vd., 2011). Çalışma sonucumuz Gümüş ve arkadaşlarının çalışma sonucu ile farklılık göstermektedir. Gebelikte birlikte yaşanan sağlık problemleri bireyin psikolojisini bozarak beden imajını algısını olumsuz etkileyebilir.

Çalışmamızda **gebelik öncesi kiloya dikkat etme durumu** ile BDÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında gebelik öncesi kilosuna dikkat eden gebelerin depresyon puanları daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo

4.12). Gebelik öncesi kilosuna dikkat etmeyen kadınların gebelik öncesinde de var olan depresif belirtilerinin olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda **gebeliği planlama durumu** ile **BDÖ** puan ortalaması karşılaştırıldığında gebeliğini planlamayanların depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.12). Yanikkerem ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada gebeliğini planlamayan kadınların depresyon puanının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Yanikkerem vd., 2004). Çalışma sonucumuz Yanikkerem'in çalışması ile benzer olup gebeliği planlanma durumunun kadınlar üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu ve bu nedenle depresif belirtileri azaltmış olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda **sağlık problemi yaşayan gebelerin** yaşamayanlara göre depresyon puanları daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.12). Şimşek ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada bulantı-kusması olan gebelerin depresyon sıklığı normal gebelere oranla anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (Şimşek ve ark., 2012). Kalken ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada gebeliğin erken döneminde görülen şiddetli bulantı kusmanın depresyonla ilişkili olduğu saptanmıştır (Kalken vd., 2008). Çalışma sonucumuz bu iki çalışma ile benzerlik göstermektedir. Buna göre yaşanan sağlık problemlerinin gebelerin psikolojisi üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda **doğacak bebeğinin bakımına yardım edecek birileri olmayan gebelerin** depresyon puanları daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.12). Sevindik'in (2005) yaptığı çalışmada bebek bakımına yardım edecek birileri olup olmama durumu ile depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Sevindik, 2005). Altınay'ın (1999) çalışmasında da aynı şekilde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Altınay, 1999). Çalışma sonucumuz diğer çalışmalardan farklıdır. Doğacak bebeğinin bakımına yardım edecek birinin olmaması gebelerin kendini yalnız hissetmesine ve olumsuz duygular yaşamasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda **gebelerin sorunlarını paylaştıkları kişiler** ile BDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.12). Sorias'ın (1988) yaptığı çalışmada önemli sorunlarını eşleri ile paylaşan ve annelik rolü eşi tarafından onaylanan gebelerin yeni rollerine daha kolay uyum sağladığı bildirilmiştir (Sorias'tan aktaran Sevindik, 2005). Kitamura'nın (1998) yaptığı çalışmada eşinden destek göremeyen gebelerin daha depresif olduğu belirtilmiştir (Kitamura, 1998). Altınay'ın (1999) çalışmasında ise eş desteğinin olmamasının ya da yakın çevre ile iletişim zayıflığının depresyonda etkili olduğu bildirilmiştir (Altınay, 1999). Çalışma sonucumuz diğer sonuçlardan farklıdır. Bu farklılık gebe kadınların sorunlarını paylaştıkları kişileri sosyal destek olarak görüp görmemesinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda **sigara kullanan gebelerin** depresyon puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.12). Şahin'in (2015) yaptığı çalışmada sigara kullanan gebelerin daha depresif olduğu

bulunmuştur (Şahin, 2015). Çalışma sonucumuz bu sonuçla paralellik göstermektedir. Diğer taraftan Sevindik'in (2005) yaptığı çalışmada sigara içen ve içmeyen gebeler arasında BDÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Sevindik, 2005). Sigara kullanan bireyler genellikle yaşadıkları sorunlar üzerine sigara içmeye başlamakta ve zamanla bağımlı olmaktadır. Depresyonda olan bireylerde sigara bağımlılığı artarken, zaten sigara bağımlısı olan kişilerde depresyonun olmasıyla sigara kullanımını artmaktadır. Ayrıca sigara bağımlısı olan bireylerde olmayanlara göre depresyon geçirme olasılığının fazla olduğu bilinmektedir (Kamışlı, Karatay, Terzioğlu & Kublay, 2008).

Çalışmamızda gebelikte **değişen beden imajını** olumlu algıladığını ifade eden gebelerin **BİÖ** puan ortalamaları da yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.13). Özorhan'ın (2012) yaptığı çalışmada da yeni beden imajını olumlu algılayan gebelerin beden imajı puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Özorhan, 2012). Çalışma sonucumuz bu sonuçla paralellik göstermektedir. Bireyin kendini olumlu algılaması beden imajı algısını da yükseltmektedir.

Çalışmamızda **değişen beden imajını algılamada başkasından etkilendiğini ifade eden gebelerin** BİÖ puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.13). Chang ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada da beden imajını algılamada başkasından etkilenen gebelerin beden imajının daha olumsuz olduğu bulunmuştur (Chang vd., 2006). Loth ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada ise beden imajını algılamada başkasından etkilenen gebelerin beden imajı puanları daha yüksek bulunmuştur (Loth, Bauer, Wall, Berge&Neumark, 2011). Çalışma sonucumuz ve diğer sonuçlara göre farklılıklar gebelerin beden imajını etkileyen kişilerin yaklaşımlarından kaynaklanıyor olabilir.

Gebelerin **beden imajını algılamada etkilendiği kişilere göre** BİÖ puan ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.13). Özorhan'ın (2012) yaptığı çalışmada da gebelerin etkilendiği kişilere göre beden imajı puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Özorhan, 2012). Özorhan'la çalışmamız benzerdir. Gebelerin beden imajını etkileyen kişilerden çok bireyin kişilerden etkilenip etkilenmeme durumunun beden imajı algısı üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Değişen beden imajını algılamada başkasından etkilendiğini ifade eden gebelerin beden imajını algılamalarındaki etkisi değerlendirildiğinde "olumsuz yönde" etkilendiklerini ifade eden gebelerin BİÖ puan ortalaması daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.13). Özorhan'ın (2012) ile Fox & Yamuchi'nin (1997) yaptığı çalışma sonuçları da bizim çalışmamızla benzerdir (Fox & Yamuchi, 1997). Diğer bireylerden olumsuz yönde etkilenen gebelerin beden imajı algısı da olumsuz olmaktadır.

Çalışmamızda **gebelerin beden imajı özellikleri** ile **BDÖ** puan ortalaması incelendiğinde; değişen beden imajını "olumlu" algıladığını ifade

eden gebelerin BDÖ puan ortalaması daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Buna göre depresif belirti gösterme durumu beden imajını olumsuz etkilemektedir. Kendini olumlu algılayan kadının psikolojisi de olumlu etkilenmektedir.

Beden imajını algılamada başkasından etkilendiğini ifade eden gebelerin **BDÖ** puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Depresif belirti gösteren gebelerin beden imajını algılamada başkalarından etkilenmeye daha açık oldukları düşünülebilir.

Değişen beden imajını algılamada başkasından etkilenen gebelerin etkilendiği kişilerle **BDÖ** puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.14). Bireyin beden imajını algılamada etkilendiği kişilerin depresyon düzeyi üzerinde bir etkisi olmadığı görülmüştür.

Değişen beden imajını algılamada başkasından etkilenenlerin etkilenme yönü ile **BDÖ** puan ortalaması karşılaştırıldığında "olumsuz etkilendiğini" ifade eden gebelerin BDÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Depresyon düzeyi yüksek olan gebeler başkalarından olumsuz yönde etkilenmektedir.

5.6. Gebelik Öncesi ve Gebelikteki BKİ'nin Beden İmajı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışma grubumuzu oluşturan gebelerin gebelik öncesi BKİ ile BİÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.15). Çalışma grubumuzda gebelerin gebelik öncesi BKİ'ye göre BDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; gebelik öncesi BKİ'ye göre anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.15). Buna göre gebelerin gebelik öncesi BKİ'nin beden imajı ve depresyonu etkilemediği görülmüştür.

Gebelikteki BKİ ile **BİÖ** puan ortalamaları karşılaştırıldığında normal kiloda olan gebelerin BİÖ puan ortalamaları obez olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.16). Özorhan'ın (2012) yaptığı çalışmada gebelik öncesi ve gebelikteki BKİ'ye göre beden imajı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Özorhan, 2012). Potur'un (2003) yaptığı çalışmada da gebelik öncesi ve gebelikteki BKİ'ye göre beden imajı puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Potur, 2003). Çalışma sonucumuzla bu sonuçlar farklılık göstermektedir. Obez bireyler genellikle dış görünüşlerinden hoşlanmaz ve kilo vermek isterler. Kilo verdiklerinde daha güzel görüneceği, çekiciliklerinin artacağını düşünürler ve kendilerini daha iyi hissedebileceklerine inanırlar (Rosen, 2002). Buna göre normal kiloda olan gebelerin beden imajının daha olumlu olması bu görüşü desteklemektedir.

Çalışmamızda gebelerin **gebelikteki BKİ** dağılımı ile **BDÖ** puan ortalaması karşılaştırıldığında normal ve fazla kilolu olanlara göredüşük kilolu olan gebelerin BDÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.16). Wright ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada gebelikte veya doğum sonrası dönemde depresyonu olan gebelerin daha az kilo aldıkları bulunmuştur (Wright vd., 2013). Yılmaz'ın (2013) yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (Yılmaz, 2013). Hickey ve arkadaşlarının (1995) Amerika'da yaptığı çalışmada depresyonun beyazlarda az kilo alımına sebep olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte aynı çalışmada gebelikteki stres, uyku düzeni, fiziksel aktivite, sigara ve alkol kullanımı gibi etmenlerde kilo alımı üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (Hickey, Cliver, Goldenberg, Mcneal& Hoffman, 1995). Çalışma sonucumuzla bu çalışmalar benzerlik göstermektedir. Bu çalışmalar gebelikteki kilo alma durumu ile depresyonu ilişkilendirmektedir. Bu çalışma için BKİ'nin düşük olmasının depresyon düzeyini arttırdığı söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar;

- Çalışmamızda gebelerin yaş ortalaması 25.82 ± 5.29 yıl olarak bulundu.
- Gebelerin %68.7'sinin il merkezinde yaşadığı belirlendi.
- Gebelerin %1.3'ü okuryazar, %13.1'i ilkokul, %27.9'u ortaokul, %38.5'i lise, %19.2'si üniversite ve üzeri mezunu olduğu saptandı.
- Gebelerin %81.2'sinin herhangi bir işte çalışmadığı ve %87.7'sinin sosyal güvencesinin olduğu bulundu.
- Gebelerin %76.0'sının çekirdek aile yapısında olduğu ve %65.8'inin evliliğinin ilk 5. yılında olduğu saptandı.
- Gebelerin ilk gebelik yaş ortalaması 21.65 ± 3.71 yıl olarak bulundu.
- Gebelerin %61.2'sinin 3. trimesterde olduğu saptandı.
- Çalışmamıza alınan gebelerin %66.0'ının toplam gebelik sayısı 1 ya da 2 olduğu, %15.4'ünün ise en az 1 kere düşük yaptığı bulundu.
- Gebelerin %6.7'sinin küretaj öyküsü, %54,2'sinin en az 1 canlı doğumu, %53.7'sinin en az 1 yaşayan çocuğu olduğu ve %2.3'ünün ölü doğum öyküsü olduğu bulundu.
- Gebelerin %85.9'unun dış görünüşe önem verdiği, %66.7'sinin gebelik öncesi spor yapmadığı, %60.6'sının gebelik öncesi kilosuna dikkat ettiği ve %71.0'ının gebe olduğunu öğrendiğinde "çok mutlu olduğu" saptandı.
- Gebelerin %86.0'ının planlı olarak gebe kaldığı saptandı.
- Gebelerin %59.4'ünün gebelikte sağlık problemi yaşadığı ve bunların %77.6'sının bulantı-kusma problemi olduğu saptandı.
- Gebelerin %76.0'ının sorunlarını eşiyle paylaştığı, %83.1 gebenin bebek doğduktan sonra bakımına yardım edecek birisinin olduğu bulundu.

- Gebelerin %94.3'ünün sigara kullanmadığı ve %99.4'ünün alkol kullanmadığı saptandı.
- Gebelerin %49.8'inin beden imajını "olumlu" algıladığı saptandı.
- Gebelerin değişen beden imajını algılamada %24.2'sinin başkasından etkilendiği, bu gebelerin %83.3 oranında en çok eşlerinden etkilendiği ve %62.0'ının "olumsuz" yönde etkilendiği saptandı.
- Çalışmaya katılan gebelerin Beden İmajı Ölçeği toplam puan ortalaması 137.17 ± 24.36 'dır.
- Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması 12.8 ± 9.81 olup gebelerin %36.7'si hafif depresif belirti göstermektedir.
- Gebelerin depresyon puanları arttıkça, beden imajı ölçeğinden alınan puanlar azalmaktadır ($p < 0.05$).
- Çalışmamızda gebelerin %38.7'sinde depresif belirti olmadığı, %36.7'sinde hafif depresif belirti olduğu saptandı.
- Çalışmamızda depresif belirtisi olmayan gebelerin Beden İmajı Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulundu ($p < 0.05$).
- Çalışmaya alınan gebelerden ekonomik durumu iyi olan gebelerin beden imajı puan ortalaması daha yüksek bulundu ($p < 0.05$).
- Üniversite mezunu olan gebelerin depresyon puan ortalaması daha düşük bulundu ($p < 0.05$).
- Ekonomik durumu iyi olan gebelerin depresyon puan ortalamasının daha düşük olduğu bulundu ($p < 0.05$).
- İlk gebelik yaşı arttıkça gebelerin Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması daha düşük bulundu ($p < 0.05$).
- Ölü doğum öyküsü olmayan gebelerin Beden İmajı Ölçeği toplam puan ortalaması daha yüksek bulundu ($p < 0.05$).
- Gebelik trimesterlerine göre Beden İmajı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > 0.05$).
- Gebelikte herhangi bir sağlık problemi yaşamayan gebelerin Beden İmajı Ölçeği toplam puan ortalaması daha yüksek bulundu ($p < 0.05$).

- Gebelik öncesi kiloya dikkat eden gebelerin depresyon puan ortalaması daha düşük bulundu ($p<0.05$).
- Çalışmamızı oluşturan gebelerden planlı olarak gebe kalan kadınların depresyon puan ortalaması daha düşük bulundu ($p<0.05$).
- Gebelikte herhangi bir sağlık problemi yaşayan gebelerin depresyon puan ortalaması daha yüksek bulundu ($p<0.05$).
- Çalışmamızı oluşturan gebelerden bebek bakımına yardım edecek birisi olmayan gebelerin depresyon puan ortalaması daha yüksek bulundu ($p<0.05$).
- Çalışmamızda sigara kullanmayan gebelerin depresyon puan ortalaması daha düşük bulundu($p<0.05$).
- Çalışmamızda beden imajı olumlu olan gebelerin olumsuz olanlara göre Beden İmajı Ölçeği puan ortalaması daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$).
- Çalışmamızda beden imajını algılamada başkasından etkilenen gebelerin Beden İmajı Ölçeği puan ortalaması etkilenmeyenlere oranla daha düşük olduğu bulundu ($p<0.05$).
- Çalışmamızda değişen beden imajı değişiminden olumlu yönde etkilenen gebelerin Beden İmajı Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulundu ($p<0.05$).
- Beden imajı olumlu olan gebelerin daha az depresif davranışlar gösterdiği bulundu ($p<0.05$).
- Beden imajını algılamada başkasından olumsuz yönde etkilenenler daha çok depresif davranış göstermektedir ($p<0.05$).
- Gebelik öncesi Beden Kitle İndeksi'ne göre Beden İmajı Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).
- Çalışmamızda normal kiloda olan gebelerin obez olanlara göre beden imajını daha olumlu algıladığı bulundu ($p<0.05$).
- Çalışmamızda düşük kiloda olan gebelerin normal ve fazla kilolu olan gebelere göre depresyon puanları daha yüksek bulundu ($p<0.05$).

6.2. Öneriler

Bu çalışmanın sonuçları ışığında;

- Planlanmayan gebeliklerin anne ve bebek sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı aile planlaması hizmetleri daha fazla artırılmalıdır. Kadınlara isteyerek ve planlı bir şekilde gebe kalması konusunda bilinçlendirilmeli,
- Gebelikte meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, kilo alımı, egzersiz gibi konularda gebe ve eşine eğitimler verilmeli,
- Gebelerin beden imajlarından daha memnun olmaları ve özgüven duymaları konusunda ebeler daha duyarlı olmalı,
- Ebeler, gebe takibi sırasında gebelerin beden imajı algılarını ve depresyon belirtilerini değerlendirebilmeli ve bu değerlendirme süreci ile ilgili ebelere eğitim verilmeli,
- Ebeler, beden imajı olumsuz olan ve depresif belirtiler gösteren gebeleri sağlık yardımı alması konusunda bilgilendirmeli ve ilgili birimlere yönlendirmeli,
- Gebelikte depresyonun yol açabileceği riskler konusunda anne ve eşine eğitim verilmeli,
- Gebelikte depresif belirti gösteren kadınların baş etme becerileri oluşturulmalı ve ebelere bu konuda eğitim programları düzenlenmeli,
- Ülkemizde kadınların gebelik sürecinde beden imajını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, daha olumlu beden imajı algısının oluşturulması ve sürdürülmesi için daha geniş çaplı araştırmalar yapılmalı,
- Gebelikte daha olumlu beden imajının oluşturulması ve depresif belirtilerin azaltılması için alternatif yöntemleri içeren ebelik uygulamalarının geliştirilmesi ve bununla ilgili çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR DİZİNİ

Abrams, S. M., Field, T., Scafidi, F., & Prodromidis, M., (1995). *Maternal Depression Effects on Infants Brazelton Scale Performance*. *Infant Mental Health Journal* 16:231-235.

Acog. (2006). *Psychosocial Risk Factors: Perinatal Screening and Intervention*. Committee Opinion No.343. *Obstet Gynecol.*, 108: 469-77.

Akbaş, A., Vırit, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, H., & Sertbaş, G., (2008). *Gebelikte Sosyo Demografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyiyle İlişkisi*. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 45:85-91.

Aktaş, S., Yeşilçiçek, Ç. K., Dinçkol, M., Kara, H., Budak, S., & Güney, S.,(2009). *Gebelikte Depresyon, Depresyona Etki Eden Faktörler ve Gebelik Depresyonu ile Sosyal Destek Arasında İlişki*. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, 15-18 Ocak 2009, Bursa, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa: 459-460.

Aktaş, Y. E., (2013). *Ankara'da Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne Başvuran Gebelerde 'Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği' ile Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.*

Altınay, S.,(1999). *Gebelikte Depresyon Prevelansı, Sosyodemografik Özellikler, Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi, Ankara.*

Altshuler, L. L., Cohen, L. S., Moline, M. L., Kahn, D. A., Carpenter, D., & Docherty, J. P., (2001). *Expert Consensus Panel for Depression in Women. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of depression in women. Postgrad Med, (Spec No):1-107.*

Alwan, S., Reefhuis, J., Rasmussen, S. A., Olney, R. S., & Friedman, J. M., (2007). *National Birth Defects Prevention Study. Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of birth defects. N Engl J Med., 356: 2684-2692.*

Appleby, L., (1991). *Suicide During Pregnancy and in the First Postnatal Year. BMJ, 302:137-40.*

Arslangiray, N., (2013). *Üniversite Öğrencilerinde Beden İmajının Yordayıcıları Olarak Bağlanma Stilleri ve Toplumsal Cinsiyet Rollerini. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı, Ankara.*

Atik, D., Örtten, T., (2008). *İdeal Beden İmgelerini Oluşturan Sosyal ve Kurumsal Faktörler ve Bu İdealin Bireyler Üzerindeki Etkileri. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 25 (1): 17-35.*

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Ayaz, Ş., (2002). Hemşirelerin Benlik Saygısı ve Atılganlık Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Ayvaz, S., Hocoğlu, Ç., Tiryaki, A., & Ak, İ., (2006). Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi: 17:243- 251.

Baybek, H., Yavuz, S., (2005). Muğla Üniversitesi Öğrencilerinin Benlik Saygılarının İncelenmesi. Muğla Üniversitesi SBE Dergisi: 14.

Beck, A. T., (1961). An Inventory For Measuring Depression. Archives of General Psychiatry; 4:561-571.

Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R., (2004). *Prevalence of depression during pregnancy: systematic review.* Obstet Gynecol; 103:698-709.

Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y., Reis, J. S., Junior, R. F., Souza De Lucia, M. C., & Zugaib, M., (2010). *Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes.* Clinics, 65: 1127-1131.

Beydağ, K. D., (2007). Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (6): 479-484.

Bodecs, T., Horvath, B., Kovacs, L., Diffellne, Nemeth, M., Sandor, J., (2009). Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. Orv Hetil, 150: 1888-1893.

Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., & Koren, G., (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. Canadian Journal of Psychiatry; 49:11; 726-735.

Borja-Hart, N., Marino, J., (2010). Role of Omega-3 Fatty Acids for Prevention or Treatment of Perinatal Depression. Pharmacotherapy, 30:210-216.

Boscaglia, N., Skouteris, H., & Wertheim, H. E., (2003). Changes in Body Image Satisfaction During Pregnancy: A Comparison of High Exercising and Low Exercising Women, Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology; 43: 41-45.

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

Bowen, A., Stewart, N., Baetz, M., & Muharajine, N., (2009). Antenatal Depression in Socially High-Risk Women in Canada. J Epidemiol Community Health., 63: 414-416.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Bowen, A., Muhajarine, N., (2006). Prevalance of Antenatal Depression in Women Enrolled in an Outreach Program in Canada. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs., 35: 491-8.

Bödecs, T., Horvath, B., Kovacs, L., Diffellne Nemeth, M., & Sandor, J., (2009). Prevalence of Depression and Anxiety in Early Pregnancy on a Population Based Hungarian Sample. Orv Hetil; 150:1888-1893.

Brenda, M., Leung, Y., Bonnie, N. D., & Kaplan, J., Perinatal Depression: Prevalance, Risks, and the Nutrition Link-A Review of the Literatüre. J Am Diet Assoc 2009; 109: 1566-1577.

Bunevicius, A., Kusminskas, L., & Bunevicius, R., (2009). Validation of the Lithuanian Version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Medicina, 45: 544-548.

Bunevicius, R., Kusminskas, L., Bunevicius, A., Nadisauskiene, R. J., Jureniene, K., & Pop, V. J., (2009). Psychosocial Risk Factors for Depression During Pregnancy. Acta Obstet Gynecolscand; 88:599-605.

Cachelin, F. M., Monreal, T. K., & Juarez, L. C., (2006). Body image and Size Perceptions of Mexican American Women. Body Image, 3: 67-75.

Canpolat, B. I., Örsel, S., Akdemir, A., & Özbay, M. H., (2003). *Ergenlerin Kendilik Algısında Beden İmajının ve Beden Kitle İndeksinin Rolü*. 3P Dergisi, 11(2): 143-154.

Carpenito-Moyet, L. J., (2005). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*, Çeviri: F. Erdemir. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 84-89.

Casanueva, E., Labastida, J., Sanz, C., & Morales-Carmona, F., (2000). Depression and Body Fat Deposition in Mexican Pregnant Adolescent. Archives of Medical Research 31/1:48-52.

Cash, T., (2002). Understanding Body Images, Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice. New York, Guilford Publications, USA: 10-11.

Cebeci, S. A., Aydemir, Ç., & Göka, E., (2002). Puerperal Dönemde Depresyon Semptom Prevalansı: Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek İle İlişkisi. Kriz Dergisi, 10:11-8.

Cengiz, C., & Kimya, Y., (Ed). (2008). *Maternal Fizyoloji: Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. (s. 163-175). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.

Chang, S. R., Chao, Y., & Kenney, N. J., (2006). I am a womanand I'm pregnant: Body image of women in Taiwan during the third trimester of pregnancy, Birth, 33(2): 147-153.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Chen, H., Chan, Y. H., Tan K. H., & Lee, T., (2004). Depressive symptomatology in pregnancy a Singapore an perspective. SocPsychiatry Psychiatr Epidemiol;39:975-9.

Christie, A., Lancaster, M. D., MS; Katherine, J., Gold, M. D., MSW, MS; Heather, A., Flynn, Phd; Harim Yoo; Sheila M. Marcus, M. D; Matthew, M., Davis, M. D., MAPP. (2010). Risk Factors for Depressive Symptoms During Pregnancy: A Systematic Review. American Journal Of Obstetrics Gynecology, s. 5-14.

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. Psychosomatic Medicine 63:830-834.

Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Milgrom, J., (2009). The Relationship Between Depression and Body Dissatisfaction Across Pregnancy and the Postpartum: A prospective study. J Health Psychol; 14:27-35.

Cohen, L. S., Altshuler, L. L., Harlow, B. L., Nonacs, R., Newport, R., Viquera, A. C., Suri, R., Burt, V. K., Hendrick, V., Reminick, A. M., Loughead, A., Vitonis, A. F., & Stowe, Z. N., (2006). Relapse of Major Depression During Pregnancy in Women Who Maintain or Discontinue Antidepressant Treatment. Jama, 295: 499-507.

Comtois, K. A., Schiff, M. A., & Grossman, D. C., (2008). Psychiatric Risk Factors Associated with Postpartum Suicide Attempt in Washington State, 1992-2001. Am J Obstet Gynecol., 199: 120.

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

Çırak, R., (2014). Adölesan Gebelerde Beden İmajı Algısının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., & Brender, W., (2000). Psychosocial Correlates of Prepartum and Postpartum Depressed Mood. J Affect Disord., 59: 31-40.

Da Silva., R. A., Da Costa Ores, L., Jansen, K., Da Silva Moraes, I. C., De Mattos Souza, L. D., Magalhaes, P., & Pinheiro., R. T., (2012). Suicidality and Associated Factors in Pregnant Women in Brazil. Communtiy Ment Health J., 48: 392-5.

Daş, Z., Kelleci, M., (2006). Depression in Woman According to Some Sociodemographic and Obstetrics Characteristics. Health and Society; 16(2):48-53.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Demiralp, M., Oflaz, F., (2007). Bilişsel Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:132-139.

Demirci, H., (1996). İlk Gebeliği Olan Kadınların Psikolojik Tepkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Demiryay, A., (2006). Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınlıklar, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.

Diego, M. A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., & Gonzalez-Quintero, V., (2009). Prenatal Depression Restricts Fetal Growth. *Early Hum Dev*; 85:65-7.

Dimitrovsky, L., Perz-Hirshberg, M., & Itskowitz, R., (1987). Depression During and Following pregnancy: Quality of Family Relationship. *Journal of Psychology* 12/3:213-218.

Doğan, O., Doğan, S., (1992). *Çok Yönlü Beden Self İlişkileri Ölçeği El Kitabı*. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi, Sivas.

Duncombe, D., Wertheim, H. E., Skouteris, H., Paxton, J. S., & Kelly, L., (2008). How Well do Women Adapt to Changes in Their Body Size and Shape Across the Course of Pregnancy, *Journal of Health Psychology*, 13(4): 503-515.

Ergür, E., (1996). Üniversite Öğrencilerinde Beden Benlik Algısı İle Ruh Sağlığı Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü, İzmir.

Erkal, S., Pek, H., (1993). Beden İmajında Değişimler ve Hemşirenin Rolü. *Hemşirelik Bülteni*; 7:30, s.61-71.

Ertem, Ü., Yazıcı, S., (2006). Ergenlik Döneminde Psikososyal Sorunlar ve Depresyon. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*, 3(9): 7-8.

Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J., (2001). Cohort Study of Depressed Mood During Pregnancy and After Childbirth. *BMJ*, 323:257-60.

Faisal-Cury, A., & Rossi-Menezes, P., (2007). Prevalence of Anxiety and Depression During Pregnancy in a Private Setting Sample. *Arch Womens Men Health*. 10: 25-32.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Farrell, C., Shafran, R., & Lee, M., (2006). *Empirically evaluated treatments for body image disturbance: A review. European Eating Disorders Review*, 14: 289-300.

Fenkci, İ. V. (Ed). (2006). *Maternal Fizyoloji: Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi.*(s. 187-195.) Ankara: Güneş Kitapevi.

Field, T., Diego, M., Dieter, J., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., & Kuhn, C., (2004). Prenatal Depression Effects on the Fetus and Newborn. *Infant Behav Dev*; 27:216-229.

Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega, N., Goldstein, S., & Guy, L., (1985). Pregnancy Problems, Postpartum Depression and Early Mother-infant Interactions. *Developmental Psychology* 21/6: 1152-1156.

Field, T., (1998). Maternal Depression Effects on Infants and Early Interventions. *Preventive Medicine* 27:200-203.

Figueiredo, B., Pacheo, A., & Costa, R., (2007). Depression During Pregnancy and the Postpartum Period in Adolescent and Adult Portuguese Mothers. *Arch Womens Ment Health*, 10: 103-109.

Fox, P.,& Yamaguchi, C., (1997). Body İmage Change in Pregnancy: A Comparison of Normal Weight and Overweight Primigravidas. *Birth*, 24: 35-40.

Franklin, E., (1996). Dynamic Alignment Throught. Imagery Categorization. *The Body Image Alligment, Human Cinetics*; s.45-46 Champaign, U.S.A.

Gavin, A. R., Tabb, K. M., Melville, J. L., Guo, Y., & Katon, W., (2011). Prevalence and Correlates of Suicidal İdeation During Pregnancy. *Arch Womens Ment Health*, 14: 239-46.

Goodwin, A., Astbury, J., McMeeken, J., (2000). Body İmage and Psychosocial Well-Being in Pregnancy. A Comparison Exercisers and Non-Exercisers. *Aus N Z J Obstet Gynecol*. 40(4):442-447.

Gözüyeşil, E., Şirin, A., & Çetinkaya, Ş., (2008). Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Dergisi*, (3):9.

Grote, N. K., Frank, E., (2003). Difficult to Treat Depression: the Role of Contexts and Comorbidities. *Biol Psychiatry*, 53:660-70.

Gümüş, B. G., Çevik, N., Hyusni, S. H., Biçen, Ş., Keskin, G., & Malak, A. M., (2011). Gebelikte Benlik Saygısı ve Beden İmajı ile İlişkili Özellikler. *Anatol J Clin Investig*, 5 (1): 7-14.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Hamurcu, P., (2014). Obez Bireylerde Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Hickey, C. A., Cliver, S. P., Goldenberg, R. L., Mcneal, S.F., & Hoffman, H. J., (1995). Relationship of Psychosocial Status to Low Prenatal Weight Gain Among Nonobese Black and White Women Delivering at Term. *Obstet Gynecol.*, 86: 17783.

Hisli, N., (1988). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma, *Psikoloji Dergisi*; 6:118-126.

Hofmeyr, G. J., Marcos, E. F., Butchart, A. M., (1990). Pregnant Women's Perceptions of Themselves: A survey. *Birth*, 17: 205-206.

Hovardaoğlu, S., (1993). Vücut Algısı Ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*; 1 (1): 26, Testler özel eki.

Huang, H. C., Wang, S. Y., Chen, C. H., (2004). Body Image, Maternal Fetal Attachment, and Choice of Infant Feeding Method: A study in Taiwan. *Birth*, 31: 183-188.

İnanır, S., Çakmak, B., Nacar, M. C., Güler, A. E., & İnanır, A., (2015). Body Image Perception and Self-esteem During Pregnancy. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* 3:4, s. 196-200.

Kalken, G., Yilmazer, M., Coşar, E., Sahin, F. K., Çevrioglu, S., & Geçiçi, O., (2008). Nausea and Vomiting in Early Pregnancy: Relationship with Anxiety and Depression. *Jornal of Psychosomatic Obstetrics Gynaecology*, 29:91-95.

Kamışlı, S., Karatay, G., Terzioğlu, F., & Kublay, G., (2008). *Sigara ve Ruh Sağlığı*. Klasmat Matbaacılık, Ankara.

Kamysheva, E., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J., (2008). Examination of a Multi-Factorial Model of Body-Related Experiences During Pregnancy: the Relationships Among Physical Symptoms Sleep Quality, Depression, Self-Esteem, and Negative Body Attitudes. *Body Image*, 5(2):152-163.

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

Karaçam, Z., Ançel, G., (2009). Depression, Anxiety and Influencing Factors in Pregnancy: A Study in a Turkish Population. *Midwifery*; 25:344-356.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Kathleen, S. P., Wisner, K. L., Hanusa, B. H., (2004). Identifying Depression in the First Postpartum Year: Guidelines for Office based Screening and Referral. *Journal of Affective Disorders* 80:37-44.

King, N. M., Chambers, J., O'donnell, K., Jayaweera, S. R, Williamson, C., & Glover, V.A., (2010). Anxiety, Depression and Saliva Cortisol in Women with a Medical Disorder During Pregnancy. *Arch Womens Ment. Health*, 13: 339-345.

Kim, J., La Porte, L. M., Adams, M. G., Gordon, Te., Kuendig, J. M., & Silver, R. K., (2009). Obstetric Care Provider Engagement in a Perinatal Depression Screening Program. *Arch Womens Ment Health*, 12:167-172.

Kitamura, T., Toda, M. A., Shima , S., Sugawara, K., & Sugawara, M., (1998). Social Support and Pregnancy: II. Its Relationship With Depressive Symptoms Among Japanese Women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 52/1:37-45.

Koç, M., (2004). Gelişim Psikolojisi Açısından Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17: 231-256.

Kömürcü, N., (2000). *Doğum Öncesi Dönem ve Sorunları*. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Editör: Anahit Coşkun Vehbi Koç Vakfı Yayınları No:11 Birmat Matbaacılık San. Tic. Ltd. Şti; İstanbul.

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

Kumcağız, H., (2012). Gebe Kadınlarda Beden Algısı ve Benlik Saygısının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *International Journal of Human Sciences [Electronic Journal]*, 9:2 691-703. Erişim: <http://www.i-human-sciences.com>.

Kurkı, T., Hılesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H., & Ylıkorkala, O., (2000). Depression and Anxiety in Early Pregnancy and Risk for Preeclampsia. *Obstet Gynecol.*, 95: 487-490.

Küçük, N., (2007). Talasemi Majörlü Adölesanlarda Beden İmajının Benlik Saygısına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Lau, Y., Keung, D. W., (2007). Correlates of Depressive Symptomatology During the Second Trimester of Pregnancy Among Hong Kong Chinese. *Soc Sci Med.*, 64: 1802-1811.

Lee, D., Chan, S., Sahota, D., Yip, A., Tsui, M., & Chung, T., (2004). A Prevalence Study of Antenatal Depression Among Chinese Women. *Journal of Affective Disorders* 82:93-99.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Leigh, B., Milgrom, J., (2008). Risk Factors for Antenatal Depression, Postnatal Depression and Parenting Stres. *BMC Psychiatry*, 8:24.

Loth, K. A., Bauer, K. W., Wall, M., Berge, J., & Neumark-Sztainer, D.,(2011). Body Satisfaction During Pregnancy. *Body Image*, 297–300.

Lundy, B., Field, T., & Pickens, J., (1996). Newborns of Mothers with Depressive Symptoms are Less Expressive. *Infant Behaviour and Development* 19:419-424.

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

Marcus, S. M., (2009). Depression During Pregnancy: Rates, Risks and Consequences. *Motherisk Update 2008*. *Can J Clin Pharmacol*. 16: 15-22.

Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., & Barry, K.L., (2003). Depressive Symptoms Among Pregnant Women Screened in Obstetrics Settings. *J Womens Health*, 12: 373-380.

McFarland, G., Thomas, M. D.,(1994). *Psychiatric Mental Health Nursing*, J.B. Lippincott Company,410-417.

Mckee, M. D., Cunningham, M., Jankowski, K. R., & Zayas, L.,(2001). Health Related Functional Status in Pregnancy: Relationship to Depression and Social Support in a Multi-Ethnicpopulation. *Obstet Gynecol*;97:988-93.

Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Carvalho, P. H. B., & Ferreira, M. E. C., (2017). Body Image, Eating Attitudes, Depressive Symptoms, Self-Esteem and Anxiety in Pregnant Women of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil, *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(2):437-445.

Mercer, T. R., Ferketich, S., (2007). Effect Of Stress On Family Functioning During Pregnancy, *Nursing Research*; 5:268-278.

Murray, L., (1992). The Impact of Postnatal Depression on Infant Development. *J. Child Psychvol. Psychiatry* 33/3: 543-561.

Muzik, M., Marcus, S. M., Heringhausen, J. E., & Flynn, H. A., (2009). When Depression Complicates Childbearing: Guidelines for Screening and Treatment During Antenatal and Postpartum Obstetriccare. *Obstet GynecolClin North Am*. 36:771–788.

Nacar, G., (2016). Gebelerin Uyku Özellikleri Ve Depresif Semptomlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Newell, R., (2002). Living with disfigurement. Nursing Times: 98(15). 34-35.

NHLBI (National Heart, Lung, and Blood Institute North American Association for The Study of Obesity). (2000). Obesity Education Initiative. The practical guide: Identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. National Institutes of Health (NIH Publication Number 00- 4084), 80.

Nierop, A., Wirtz, P. H., Bratsikas, A., Zimmermann, R., & Ehlert, U., (2008). Stress Buffering Effects of Psychosocial Resources on Physiological and Psychological Stress Response in Pregnant Women, Biological Psychology, 78: 261-268.

Ocaktan, M. E., Çalışkan, D., Öncü, B., Özdemir, O., & Köse, K.,(2005). Park Sağlık Ocağı Bölgesindeki Gebelerde Doğum Öncesi Ve Sonrası Depresyonun Değerlendirilmesi. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23 Nisan, Ankara,Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa 277-278.

Oğuz, G. Y., (2005). Bir Güzellik Miti Olarak İncelik ve Kadınlarla İlgili Beden İmgisinin Televizyonda Sunumu. Selçuk İletişim, 4(1): 31- 37.

Okanlı, A., Tortumluoğlu, G., & Kırkpınar İ., (2003). Gebe Kadınların Ailelerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4: 98-105.

Örsel S., Canpolat B. N., & Akdemir, A., (2004). *Diyet Yapan ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı, Beden İmajı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması*. Türk Psikiyatri Dergisi: 15(1): 5-15.

Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, Ankara: Mattek Matbaacılık Basım. 68-92.

Özaltın, G., (2003). Beden İmgesi Değişimine Yaklaşımlar. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi. 51(8):4-14.

Özbaşaran, F., Taşpınar, A., & Bolsoy, N., (2001). Manisa İli Horozköy Sağlık Ocağı Bölgesinde Bulunan Gebelerde Risk Faktörlerinin Saptanması. Hemşirelik Forumu 4;6 s.56-31 Kasım-Aralık.

Özmen, K., (2004). Aile İçinde Öfke ve Saldırganlığın Yansımaları, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, Ankara, 37(2):27-39.

Özorhan, E. Y., (2012). Gebelerin Gebelik Sürecinde Beden İmajını Algılama Durumlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Pereira, P. K., Lovisi, G. M., Pilowsky, D. L., Lima, L. A., & Legay, L. F. (2009). Depression During Pregnancy; Prevalence and Risk Factors Among Women Attending a Public Health Clinic in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saude Publica*, 25: 2725-2736.

Phillips, K., (2005). Preventing, Identifying and Treating Maternal Depression: Tools for Employers. Center for Prevention and Health Services Issue Brief,3:1-20.

Pinto, E., Barros, H., & Dos Santos, S., (2008). Dietary intake and Nutritional Adequacy Prior to Conception and During Pregnancy. a follow up study in the north of Portugal. *Public Health Nutr*, 12:922-931.

Polat, A. (2007). Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi, Bilim Uzmanlığı Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu

Potter, P., Perry, A. G., (2001). Self Concept. *Fundamentals of Nursing*. St. Louis: Mosby: 540-65.

Potur, C. D., (2003). İlk Gebelikte Beden İmajının Algılanma Durumunun Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

Rahman, A., Bunn, J., Lovel, H., & Creed, F., (2007). Association Between Antenatal Depression and Low Birthweight in a Developing Country. *Acta Psychiatr Scand*, 115: 481-486.

Rauff, E. L., Downs, D. S., (2011). Mediating Effects of Body Image Satisfaction on Exercise Behavior, Depressive Symptoms, and Gestational Weight Gain in Pregnancy. *Ann Behav Med*, 42(3): 381-390.

Raynor, M. D., Oates, M. R., (2009). *Perinatal Mental Health*. In Myles Textbook For Midwives, 15 th ed.(Eds DM Fraser, MA Cooper): 679-703. London, Elsevier.

Roberts, L. S., (1978). Body Image. *Behavioral Concepts and Nursing Throughout the Life Span*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, s. 266-296, New Jersey.

Rosen, J. C., (2002). Obesity and Body Image. In C.G. Fairburn and K.D. Brownell (eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, Newyork:Guilford,399-402.

Sağduyu, A., Ögel, K., Özmen, E., & Boratav, C., (2000). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 11:3-16.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Salter, M., (2000). *Altered Body Image The Nurse's Role*, New York: Baillire Tindall. 2-3, 92-93.

Schmied, V., & Lupton, D., (2001). The Externality of the Inside: Body Images of Pregnancy, *Nursing Inquir*, 8: 32-40.

Scholl, T. O., Hediger, M. I., (1993). A Rewiev of the Epidemiolgy of Nutrition and Adolescent Pregnancy: Maternal Growth During Pregnancy and its Effect of the Fetus. *Journal of Amarican Coll Nutrition* 12: 101.

Sevindik, F., (2005). Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevelansı Ve Etkileyen Faktörler. Yüksek lisans tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.

Shah, S. M., Bowen, A., Afridi, I., Nowshad, G., & Muhajarine, N., (2011). Prevalance of Antenatal Depression: Comparison Between Pakistani and Canadian Women. *J Pak Med Assoc.*, 61: 242-6.

Siu, B. W., Leung, S. S., IP, P., Hung, S. F., & O'hara, M. W., (2012). Antenatal Risk Factors for Postnatal Depression: a Prospective Study of Chinese Women at Maternal and Child Health Centres. *BMC Psychiatry.*, 12: 22.

Sidebotham, M. (2008). *Mental health problems*. In *Mayes' Midwifery: A Textbook For Midwives*, 13th ed. (Eds C Henderson, S Macdonald): 918-934. London, Elsevier.

Skouteris, H., Carr, R., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Duncombe, D., (2005). A Prospective Study of Factors that Lead to Body Image Dissatisfaction During Pregnancy. *Body Image*, 2(4): 347-361.

Smith, S. A., Hulsey, T., (2008). Goodnight W. Effect of Obesity on Pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 37(2):176-184. doi: 10.1111/j.15526909.2008.00222.x.

Stein, A., Gath, D. H, Bucher, J., Bond, A., Day, A., & Cooper, P. J., (1991). The Relationship Between Postnatal Depression and Mother-Child Interaction. *British Journal of Psychiatry* 158:46-52.

Stewart, D., (2005). Depression during pregnancy . *Can Fam Physician*. 51:1061-1063.

Stocky, A., Lynch, J., (2000). Acute Psychiatric Disturbance in Pregnancy and the Puerperium. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 14:73-87.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L., (Ed). (2002). *Body Image Issues Among Girls and Women*. In Cash Thomas F, *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. New York, USA, Guilford Publications: 183-190.

Şahin, E. M., Kılıçarslan, S., (2010). Son Trimester Gebelerin Depresyon Ve Kaygı Düzeyleri İle Bunları Etkileyen Etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27:51-58.

Şahin, H., Ongan, D., İnanç, N., Başer, M., & Mucuk, S., (2009). Gebelerin inanışları: Besin seçimi bebeğin cinsiyetini ve fiziksel özelliklerini etkiler mi?, *Aile ve Toplum, Ekim-Kasım-Aralık*, 41-51.

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

Şimşek, Y., Çelik, Ö., Yılmaz, E., Karaer, A., Yıldırım, E., & Yoloğlu, S., (2012). Anxiety, Depression and Hyperemesis Gravidarum. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*, 13:32-36.

Taşkın, L., & Kukulcu, K., (2011). *Kadın Sağlığına Giriş. (ed.), Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği*.(s. 117). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

Taşkın, L., (2003). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 6. Baskı, Ankara. Sistem Ofset Matbaacılık: 67-76.

Taşpınar, A., (2008). *Normal Gebelik. (Ed). Kadın Sağlığı*, İzmir, Basın Yayıncılık.

Teixeira, J. M., Fisk, N. M., Glover, V., (1999). Association Between Maternal Anxiety in Pregnancy and Increased Uterine Artery Resistance Index: Cohort Based Study. *British Medical Journal* 318:153-157.

Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., Tantleff-Dunn, S., (1999). *Exacting Beauty: Theory, Assessment, and Treatment of Body Image Disturbance*. Washington: American Psychological Association.

Tomey, A. M., Alligood, M. R., (2006). *Nursing Theorists and Their Work*, USA, Mosby Elsevier.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Kasım 2014.

U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF). (2002). Screening for Depression: Recommendations and Rationale. *Am Fam Physician*, 66: 647-650.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Üstündağ, H., Demir, N., Zengin, N., & Gül, A., (2007). Stomalı Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 27: 522-527.

Vırit, O., Akbaş, E., Savaş, H. A., Sertbaş, G., Kandemir, H., (2008). Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek ile İlişkisi. Noropsikiyatri Arşivi. 45:9-13.

Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C., & Garite, T. J., (1993). The Association Between Prenatal Stres and Infant Birth Weight and Gestational Age at Birth: A Prospective Investigation. American Journal of Obstetrics and Gynecology 169/4:858-865.

Weerakoon, P., (2001). Sexuality and the Patient with a Stoma. Sexuality and Disability, 19(2): 121-129.

Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., & Browner, W. S., (1997). Case Finding Instruments for Depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med., 12: 439-445.

Wingood, G. M., Diclemente, R. J., Harrington, K., & Davies, S. L., (2002). Body Image and African Female's Sexual Health, Journal of women's health, 11(5): 433-439.

Wonda, K., (2004). Psychiatric Mental Health Nursing. New York: Lippincott Williams and Wilkins: 566-568.

Wright, C., Bilder, D., Deblasis, T., Mogul, M., Rubin, D., & Shea, J. A., (2013). Psychosocial Factors Associated with Gestational Weight Gain in a Low-Income Cohort. J Health Care Poor Underserved, 24: 332-43.

Xie, R. H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., & Wen, S. W., (2009). Prenatal Social Support, Postnatal Social Support, and Postpartum Depression. An Epidemiol; 19: 637-643.

Yanikkerem, E., Altıparmak, S., & Karadeniz, G., (2006). Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi, Aile ve Toplum. Temmuz-Ağustos-Eylül, (3)10: 35-42.

Yanikkerem, E., Atlan, E., & Demirtosun, P., (2004). Manisa 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Gebelerde Depresyon Durumu. Kadın Doğum Dergisi 2(4):301-306.

Yılmaz, E., (2013). Ankara'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne Başvuran Gebelerde "Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ile Depresyon Sıklığı ve İlişkili Etmenler, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Yörükoğlu, K., (2003). Sporun 15 -17 Yaş Çocukların Benlik Kavramları Ve Beden Algılarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.

Yücel, M. (Ed). (2005). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Palme Yayıncılık, 33-47.

Zuckerman, B., Amaro, A., Bauchner, H.,& Cabral, H., (1989). Depressive Symptoms During Pregnancy: Relationship to Poor Health Behaviours. *American Journal of Obstetric and Gynecology* 160:1107-1111.

Zwelling, E., (1997). *Psychological Responses to Pregnancy* (Ed. Francine H. Nichols). *Maternal- Newborn Nursing Theory and Practise*. S. 454-455 W.B. Saunders Comp USA.

8. EKLER DİZİNİ

EK-1

ANKET FORMU

1) Yaşınız :.....

2) Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okur yazar b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu
d) Lise mezunu e) Üniversite mezunu veya üzeri

3) Mesleğiniz nedir?

- a) Ev hanımı b) İşçi c) Memur d) Diğer.....

4) Yaşadığınız yerleşim yeri neresidir?

- a) İl b) İlçe c) Köy

5) Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Var b) Yok

6) Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Kötü b) Orta c) İyi

7) Aile yapınız nedir?

- a) Çekirdek Aile b) Geniş Aile

8) Evlilik süreniz (Yıl)? :.....

9) Eşinizin yaşı? :.....

10) Eşinizin eğitim durumu nedir?

- a) Okur yazar değil b) Okur yazar c) İlkokul mezunu
d) Ortaokul mezunu e) Lise mezunu f) Üniversite mezunu veya üzeri

11) Eşinizin mesleği nedir?

- a) İşçi b) Memur c) Serbest meslek d) İşsiz e) Diğer.....

12) Kaçınıcı gebeliğiniz?.....

13) Daha önce hiç gebelik deneyimi yaşadınız mı?

- a) Evet b) Hayır (21.soruya geçiniz)

14) İlk gebelik yaşıınız? :

15) Toplam gebelik sayınız? :

16) (Varsa) Kendiliğinden Düşük Sayınız? :

- 17) (Varsa) Kürtaj sayınız? :.....**
- 18) Kaç canlı doğum yaptınız? :**
- 19) Yaşayan çocuk sayınız? :.....**
- 20) (Varsa) Ölü doğum sayınız? :.....**
- 21) Gebelik öncesi kilonuz nedir? :.....**
- 22) Gebelikteki (Şu an) kilonuz nedir? :**
- 23) Boyunuz? :.....**
- 24) Şu an gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?.....**
- 25) Gebelikten önce dış görünüşünüze önem verir miydiniz?**
1) Evet 2) Hayır
- 26) Gebelikten önce herhangi bir spor aktivitesi yapıyormuydunuz?**
1) Evet 2) Hayır
- 27) Evet ise ne sıklıkta ve sürede yapıyorsunuz?)**
2) Evet her gün
3) Evet haftada bir
4) Evet ama ara sıra
- 28) Gebelikten önce kilonuza dikkat eder miydiniz?**
1) Evet 2) Hayır
- 29) Gebeliğiniz süresince herhangi bir sağlık problemi yaşadınız mı?**
1) Evet 2) Hayır
- 30) Cevabınız evet ise belirtiniz.**
1) Bulantı-kusma
2) Aşırı kilo alma
3) Kan basıncında yükselme
4) Kan şekerinde yükselme
5) Diğer.....
- 31) Gebe olduğunuzu duyduğunuzda neler hissettiniz?**
a) Çok mutlu oldum
b) Şaşırdım, beklemiyordum
c) Şaşırmadım, bekliyordum

32) Bu bebeğe isteyerek mi hamile kaldınız?

- 1) Evet 2) Hayır

33) Değişen/değişecek olan beden imajınızı nasıl algılıyorsunuz?

- a) Olumlu b) Olumsuz c) Fikrim yok

34) Değişen/değişecek olan beden imajınızı algılamada başkasından etkilendiniz mi?

- a) Evet (Kimden.....) b) Hayır

35) Evet ise; Etkileri hangi yönde oldu?

- 1) Olumlu yönde 2) Olumsuz yönde

36) Günlük hayatta karşılaştığınız sorunları en fazla kiminle konuşursunuz?

- 1) Eşimle 2) Annemle 3) Arkadaşımle 4) Diğer.....

37) Gebeliğiniz boyunca kaç kere kontrole gittiniz? :.....

38) Bebek doğduktan sonra bakımına yardım edecek kimse var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

39) Sigara kullanıyor musunuz?

- 1) Evet kullanıyorum
2) Hayır kullanmıyorum
3) Kullanıyordum gebelik döneminde bıraktım

40) Sigara kullanıyorsanız günlük kullandığınız miktarı yazınız.

.....

41) Alkol kullanıyor musunuz?

- 1) Evet kullanıyorum
2) Hayır kullanmıyorum
3) Kullanıyordum gebelik döneminde bıraktım

42) Alkol kullanıyorsanız günlük kullandığınız miktarı yazınız.

.....

EK-2

BEDEN İMAJI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorularda bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı en iyi anlatan ifadenin altına (X) işareti koyunuz

İFADELER	Hiç Beğenmiyorum	Pek Beğenmiyorum	Kararsızım	Oldukça Beğeniyorum	Çok Beğeniyorum
Saçlarım					
Yüzümün rengi					
İştahım					
Ellerim					
Vücudumdaki kıl dağılımı					
Burnum					
Fiziksel gücüm					
İdrar- dışkı düzenim					
Kas kuvvetim					
Belim					
Enerji düzeyim					
Sırtım					
Kulaklarım					
Yaşım					
Çenem					
Vücut yapım					
Profilim					
Boyum					
Duyularımın keskinliği					
Ağrıya dayanıklılığım					
Omuzlarımın genişliği					
Kollarım					
Göğüslerim					
Gözlerimin şekli					
Sindirim sistemim					
Kalçalarım					
Bacaklarım					
Dişlerimin şekli					
Cinsel gücüm					
Ayaklarım					
Uyku düzenim					
Sesim					
Sağlığım					
Cinsel faaliyetlerim					
Dizlerim					
Vücudumun duruş şekli					
Yüzümün şekli					
Kilom					
Cinsel organlarım					
Hastalığa direncim					

EK-3

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda gruplar halinde bazı sorular yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Bugün dâhil geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlenin yanındaki numaranın içine (X) koyunuz. Seçiminizi yapmadan önce her gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.

- 1.** 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

- 2.** 0. Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarıyım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

- 3.** 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi geliyor.
 2. Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

- 4.** 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamı ile zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.

- 5.** 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

- 6.** 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.

- 7.** 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

- 8.** 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9.** 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10.** 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1. Eskisine kıyasla kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Simdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 11.** 0. Başkaları ile görüşmek konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1. Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile görüşme ve konuşma isteğimi kaybettim.
3. Hiç kimse ile görüşüp konuşmak istemiyorum.
- 12.** 0. Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.
1. Eskiden olduğu kadar kolay karara veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 13.** 0. Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.
1. Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14.** 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 15.** 0. Her zamanki gibi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
- 16.** 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım hemen her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- 17.** 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım eskisi kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.
- 18.** 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo verdim.
- 19.** 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 20.** 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.
- 21.** 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.
1. Cezalandırılabilceğimi seziyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

EK-4

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

GEBELİKTE BEDEN İMAJI VE DEPRESİF DAVRANIŞLAR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

SEDA ERYILMAZ

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Neşe ÇELİK

Sevgili gebe,

Bu çalışmanın amacı gebelikte beden imajı ve depresif davranışlar arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Araştırmaya katılmayı kabul edeceğiniz takdirde size beden imajını belirlemeye yönelik 40 maddelik Beden İmajı Ölçeği, 40 maddelik Anket Formu ve 21 maddelik Beck Depresyon Ölçeği doldurtulacaktır. Beden İmajı Ölçeği'nde herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendirmeniz istenecektir. Depresyon Ölçeği'nde ise bugün dâhil geçen hafta içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçmeniz istenecektir.

Bu formların uygulama süresi yaklaşık 30 dakika sürecektir. Her bir soruyu eksiksiz olarak doldurmanız araştırmanın gerçekleştirilmesi için yeterli ve önemlidir. Bu çalışmaya katılmanız tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Gönüllü olarak katılacağınız bu çalışmada, katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Ayrıca çalışmaya başladıktan sonra da çekilme hakkına sahipsiniz. Araştırma boyunca bilgileriniz gizli kalacaktır. Verdiğiniz bilgiler araştırma dışında herhangi bir neden için kullanılmayacaktır.

İçtenlikle vereceğiniz yanıtlar için teşekkür ederim.

EK-5

AHI EVRAN ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL KARARI



T.C.
AHI EVRAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik


Sayı : 78968926-108/ 760-2355
Konu : Etik Kurul Kararı

04./05/2016

SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulunuz Öğretim Elemanlarından Arş. Gör. Seda ERYILMAZ'ın Üniversitemiz Etik Kurulu Başkanlığından alınan Etik Kurul Değerlendirme formu yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Mustafa KURT
Rektör Yardımcısı

Ek: 1 Adet Etik Kurul Değerlendirme
Formu

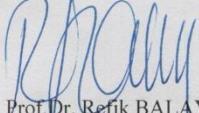
Ahi Evran Üniversitesi Bağbaşı Yerleşkesi 40100 KIRŞEHİR
Telefon: (0386) 2804045 Faks : (0386) 2804052

AHI EVRAN ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

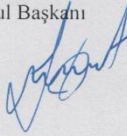
Araştırmacının Ünvanı, Adı Soyadı	Arş. Gör. Seda ERYILMAZ
Araştırmanın Türü	<input checked="" type="checkbox"/> Yüksek Lisans Tezi <input type="checkbox"/> Doktora Tezi <input type="checkbox"/> Araştırma Projesi <input type="checkbox"/> Diğer
Araştırmanın Başlığı:	“Gebelikte beden imajı ve depresif davranışlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi”
Kararın Alındığı Toplantı Tarihi	27/ 04/ 2016
Toplantı / Karar Sayısı	2016-05/06

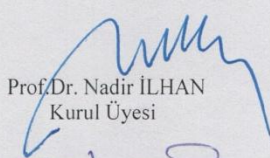
SONUÇ


1.	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul
2.	<input type="checkbox"/> Düzeltme Gereklidir.
3.	<input type="checkbox"/> Red
Gerekçe, Görüş, Tavsiye ve Açıklamalar:	

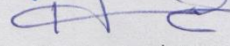

Prof. Dr. Refik BALAY
Kurul Üyesi


Prof. Dr. Levent KULA
Kurul Başkanı

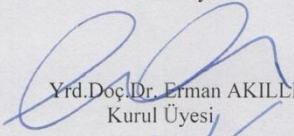


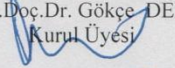

Prof. Dr. Nadir İLHAN
Kurul Üyesi

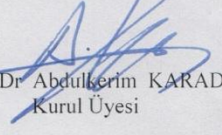

Doç. Dr. Ali AKBULUT
Kurul Üyesi

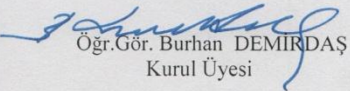

Doç. Dr. Hüseyin ŞİMŞEK
Kurul Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Mustafa ÖZDURAN
Kurul Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Erman AKILLI
Kurul Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Gökçe DEMİR
Kurul Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Abdülkerim KARADENİZ
Kurul Üyesi


Öğr. Gör. Burhan DEMİRDAŞ
Kurul Üyesi

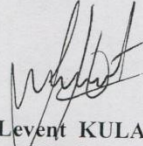
T.C
AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : 2016/06
Konu : Üniversite Etik Kurul Kararları

27/04/2016

REKTÖRLÜK MAKAMINA

Üniversitemiz Etik Kurulunun 27.04.2016 tarihli kararları ekte sunulmuştur.
Bilgilerinize arz ederim.


Prof.Dr. Levent KULA
Etik Kurul Başkanı

EK:

- 1-Karar Metni (2 Sayfa)
- 2-Değerlendirme Formu (08 Adet)



T.C.
AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ

ETİK KURUL KARARLARI

Toplantı Tarihi: 27.04.2016

Toplantı Sayısı :05

Üniversitemiz Etik Kurulu, Prof. Dr. Levent KULA Başkanlığında toplandı.

KARAR 2016-05/01: Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Fikriye Yasemin ÖZATİK' in "Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi" başlıklı çalışması kapsamında Etik Kurul izin talebi görüşüldü ve araştırma kapsamında uygulayacağı veri toplama araçlarının uygulanmasında Üniversitemiz Etik Kurul Yönergesine aykırı bir durumun bulunmadığına, toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir..

KARAR 2016-05/02: Ahi Evran Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Matematik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Kamile ŞANLI KULA' nın danışmanlığını yürüttüğü Yüksek Lisans öğrencisi Elif GÜNDEM'in "Ahi Evran Üniversitesi Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Matematiğe Bakış Açılarının İncelenmesi " adlı yüksek lisans tezi araştırması kapsamında Etik Kurul izin talebi görüşüldü ve araştırma kapsamında uygulayacağı veri toplama araçlarının uygulanmasında Üniversitemiz Etik Kurul Yönergesine aykırı bir durumun bulunmadığına, toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

KARAR 2016-05/03: Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Fakültesi İlköğretim Bölümü Matematik Eğitimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Bülent ALTUNKAYA' nın "Ortaokul Öğrenci Velilerinin Matematik Eğitiminden Beklentilerinin İncelenmesi" Başlıklı çalışması kapsamında Etik Kurul izin talebi görüşüldü ve araştırma kapsamında uygulayacağı veri toplama araçlarının uygulanmasında Üniversitemiz Etik Kurul Yönergesine aykırı bir durumun bulunmadığına, toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

KARAR 2016-05/04: Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Fatma ÇELİK' in " Anestezi ilişkili hasta anksiyetesinin operasyon öncesi dönemde değerlendirilmesi" adlı çalışması kapsamında Etik Kurul izin talebi görüşüldü ve araştırma kapsamında uygulayacağı veri toplama araçlarının uygulanmasında Üniversitemiz Etik Kurul Yönergesine göre aykırı bir durumun bulunmadığına, toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

KARAR 2016-05/05: Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Fakültesi Öğretim Üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Bahadır GÜLBAHAR' ın "Yükseköğretimde Öğrenci Memnuniyetiyle İlgili Nitel Bir Çalışma" adlı çalışması kapsamında Etik Kurul izin talebi görüşüldü ve araştırma kapsamında uygulayacağı veri toplama araçlarının uygulanmasında Üniversitemiz Etik Kurul Yönergesine göre aykırı bir durumun bulunmadığına, toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

KARAR 2016-05/06: Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Elemanlarından Arş. Gör. Seda ERYILMAZ'ın "Gebelikte beden imajı ve depresif davranışlar arasındaki ilişkinin belirlenmesi" adlı araştırması kapsamında Etik Kurul izin talebi görüşüldü ve araştırma kapsamında uygulayacağı veri toplama araçlarının uygulanmasında Üniversitemiz Etik Kurul Yönergesine aykırı bir durumun bulunmadığına, toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

(Handwritten signatures and initials)



T.C.
AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ

KARAR 2016-05/07: Ahi Evran Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Matematik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Kamile Şanlı KULA'nın "Matematik Yazılımı Geogebra'nın, Lise Öğrencilerinin Matematik Dersi Geometrik Yer Konusundaki Akademik Başarısına Etkisi" isimli çalışması kapsamında Etik Kurul izin talebi görüşüldü ve araştırma kapsamında uygulayacağı veri toplama araçlarının uygulanmasında Üniversitemiz Etik Kurul Yönergesine aykırı bir durumun bulunmadığına, toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

KARAR 2016-05/08: Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Bilimler Bölümü plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi Aşabilim Dalı Başkanı Yrd. Doç. Dr. Ozan Luay ABBAS'ın 'Revizyon Rinoplasti Uygulanan Hastalarda Uzun Dönem Memnuniyetin Değerlendirilmesi' isimli çalışması kapsamında Etik Kurul izin talebi görüşüldü ve araştırma kapsamında uygulayacağı veri toplama araçlarının uygulanmasında Üniversitemiz Etik Kurul Yönergesine aykırı bir durumun bulunmadığına, toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Levent KULA
Başkan

Prof. Dr. M. Refik BALAY
Üye

Doç. Dr. Ali AKBULUT
Üye

Yrd. Doç. Dr. Mustafa ÖZDURAN
Üye

Yrd. Doç. Dr. Abdulkadir KARADENİZ
Üye

Öğr. Gör. Burhan DEMİRDAŞ
Üye

Prof. Dr. Nadir İLHAN
Üye

Doç. Dr. Hüseyin ŞİMŞEK
Üye

Yrd. Doç. Dr. Erman AKILLI
Üye

Yrd. Doç. Dr. Gökçe DEMİR
Üye

EK-6

**TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU KIRŞEHİR AHI
EVİRAN ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ'NDEN ALINAN ÇALIŞMA İZİNİ**



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Kırşehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

KIRŞEHİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - KIRŞEHİR İLİ KHBGS ÖZELLİKLI
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
26/02/2016 16:43 - 10670833 - 044 - E.1395
00019880140

Sayı : 10670833/044
Konu : Anket İzni

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi:a)08.01.2016 tarih ve 16 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ekinde yer alan Enstitünüz Ebeklik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programına kayıtlı 522720140007 numaralı öğrenciniz Seda ERYILMAZ'ın çalışma talebi Araştırma Ön İzin komisyonumuz tarafından 22.02.2016 tarihinde yeniden değerlendirilmiştir.

Seda ERYILMAZ' ın Birliğimize bağlı Sağlık Bakanlığı Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanemizde "Gebelikte Beden İmajı ve Depresif Davranışlar Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu Yüksek Lisans Tezi statüsünde anket çalışması yapma talebi ile ilgili Genel Sekreterlik Makamından alınan Olur sureti ekte gönderilmiştir. Adı geçenin yapacağı çalışmanın başlama-bitiş tarihlerinin Genel Sekreterliğimize bildirmesi ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumundan izin alınmadan yayınlanmaması hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Op.Dr.Alpaslan KUŞ
Genel Sekreter

EKLER:

1- Çalışma İzin Talebi(Araştırma Gör.Seda ERYILMAZ)_ Ustyazi

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır
29.02.2016

Kırşehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
03862128050 F.GÜLSER

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 40a9a335-00a1-485c-89e5-0fa6506f98ff kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Kırşehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

KIRŞEHİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - KIRŞEHİR İLİ KHBGS ÖZELLİKLI
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ
24/02/2016 16:42 - 10670833 - 020 - E.1316



00019752269

Sayı : 10670833/020
Konu : Çalışma İzin Talebi(Araştırma
Gör.Seda ERYILMAZ)

KIRŞEHİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü Araştırma Görevlisi Seda ERYILMAZ' ın Birliğimize bağlı Sağlık Bakanlığı Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde "Gebelikte Beden İmajı ve Depresif Davranışlar Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu Yüksek Lisans Tezi statüsünde anket çalışması yapmayı talep etmektedir.

İlgili çalışma talebi 22.02.2016 tarihinde Klinik Araştırmalar Ön İzin Komisyonumuz tarafından değerlendirilmiş olup; çalışmaya başlanması uygun görülmüştür. Söz konusu çalışmanın Birliğimize bağlı Sağlık Bakanlığı Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanemizde yapılması hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

Dr.Halim KOÇPINAR

Tıbbi Hizmetler Başkanı

OLUR

.../02/2016

Op.Dr.Alpaslan KUŞ

Genel Sekreter

Güvenli Elektronik İmza:

Aslı ile Aynıdır

28.10.2016.

Kırşehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
03862128050 F.GÜLSER

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 80071833-0000-4056-80-5-0033506198611kultuibilgi@khsb.gov.tr adresinden ulaşabilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

9. ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı- Soyadı : Seda ERYILMAZ
Doğum tarihi ve yeri : 01.11.1990 / ANKARA
Uyruğu : T.C.
Medeni durumu : Evli
İletişim adresleri : seda_eroglu90@hotmail.com

Eğitim Durumu

Lisans: Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü – 2009/2013
Yüksek Lisans: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Yüksek Lisans Programı - 2014/...

Yabancı Dil: İngilizce

Mesleki Deneyim

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi-Araştırma Görevlisi / 2013-2014
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi-Araştırma Görevlisi / 2014-2015
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi-Araştırma Görevlisi / 2015-Halen

Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler

Türk Ebeler Derneği

Katılan Kurslar

- Selçuk Üniversitesi Yabancı Diller Yüksekokulunda yapılan orta üzeri düzey İngilizce kursu, 07 Ekim 2013- 15 Nisan 2014, Konya
- AGEP'in Akademik Gelişim Semineri, 2013, Ankara
- Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı Eğitimi, 2013, Ankara
- Fetal Monitörizasyon Kursu, 2013, Ankara
- 2. & 3. Ulusal Ankara Ebelik Günleri, 2013, Ankara
- Türk Ebeler Derneği tarafından düzenlenen Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi Kursu, 5-6-7 Aralık 2014, Eskişehir
- 6. Ulusal & 2. Uluslararası Ebelik Öğrencileri Kongresi, 27-30 Nisan 2015, İstanbul

Etkinlikler

- Eskişehir Sağlık Yüksekokulu, 5 Mayıs Ebeler Günü Etkinliği Düzenleme Komitesi Görevi, 2015

Yayınlar

- **Eroğlu S**, Sayiner FD, Özerdoğan N, Esin E, Kaçar N, Ata B, Anne adaylarının Fetal Sağlığı Değerlendirmede Kullanılan Testlerle İlgili Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, 6. Ulusal & 2. Uluslararası Ebelik Öğrenci Kongresi, 27-30 Nisan, İstanbul, 2015 (Poster Bildiri)