



**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PRETERM EYLEM TANISI İLE HASTANEDE YATAN
GEBELERİN DEPRESYON VE KAYGI DÜZEYLERİNİN
HASTANE STRESÖRLERİ İLE İLİŞKİSİ**

NEFİSE UÇAR

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
EBELİK ANABİLİM DALI**

SİVAS-2017

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PRETERM EYLEM TANISI İLE HASTANEDE YATAN
GEBELERİN DEPRESYON VE KAYGI DÜZEYLERİNİN
HASTANE STRESÖRLERİ İLE İLİŞKİSİ**

NEFİSE UÇAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. ŞÜKRAN ERTEKİN PINAR**

SİVAS-2017

ONAY

“Preterm Eylem Tanısı ile Hastanede Yatan Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Hastane Stresörleri ile İlişkisi” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Ebelik** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.**

Başkan

Üye

Üye (Danışman)

ONAY

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

Prof. Dr. Zübeyde AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

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

Çalışma sırasında bana destek olan Murat ÖZEL ve Advije İDRİZİ'ye.....

ÖZET

PRETERM EYLEM TANISI İLE HASTANEDE YATAN GEBELERİN DEPRESYON VE KAYGI DÜZEYLERİNİN HASTANE STRESÖRLERİ İLE İLİŞKİSİ

Nefise UÇAR

Yüksek Lisans Tezi

Ebelik Ana Bilim Dalı

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Şükran ERTEKİN PINAR

2017, 87 sayfa

Araştırma, preterm eylem tanısı ile hastanede yatan gebelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin hastane stresörleri ile ilişkisinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Ağrı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Riskli Gebe ve Lohusa Servisi-2’de preterm eylem tanısı ile yatan 20-37. gebelik haftaları arasında olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 147 gebe oluşturmuştur. Veriler ilk hastaneye hattığı zaman ve ikinci olarak da taburcu olacakları dönemde toplanmıştır. Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DKE-SKE) ve Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği (AHSÖ) ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı ve yüzdeler dağılımı, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Wilcoxon İşaret Sıra testi ve Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Gebelerin ikinci izlem DKE puanlarının birinci izleme göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Gebelerin AHSÖ ayrılık ve çevre alt boyutlarından alınan puanlar birinci izlemde daha düşük bulunurken, sağlık durumu, sağlık profesyonelleriyle iletişim, duygusal durum ve aile durumu alt boyutlarından alınan puanlar ikinci izlemde daha düşük olarak saptanmıştır.

Gebelerin birinci izlemde, BDÖ puanları arttıkça durumluk-kaygı, duygusal durum ve aile durumu puanlarının, DKE puanları arttıkça SKE, ayrılık, sağlık durumu, sağlık profesyonelleri ile iletişim, duygusal durum ve aile durumu puanlarının, SKE puanları arttıkça sağlık durumu ve duygusal durum puanlarının arttığı saptanmıştır. Birinci izlemde AHSÖ ayrılık alt boyut puanları arttıkça, sağlık durumu, benlik algısı ve aile durumu puanlarının, çevre puanları arttıkça sağlık durumu ve duygusal durum, sağlık durumu puanları arttıkça benlik algısı, duygusal durum ve aile durumu puanlarının, sağlık profesyonelleri ile iletişim

puanları arttıkça duygusal durum, benlik algısı puanları arttıkça duygusal durum, duygusal durum puanları arttıkça da aile durumu puanlarının artış gösterdiği saptanmıştır.

İkinci izlemde ise; gebelerin BDÖ puanları arttıkça durumluk-sürekli kaygı envanteri, duygusal durum ve aile durumu puanlarının, DKE puanları arttıkça SKE ve aile durumu puanlarının, SKE puanları arttıkça duygusal durum puanlarının arttığı saptanmıştır. İkinci izlemde AHSÖ ayrılık alt boyut puanları arttıkça benlik algısı ve aile durumu puanlarının, çevre puanları arttıkça sağlık durumu, sağlık durumu puanları arttıkça benlik algısı, duygusal durum ve aile durumu puanlarının, benlik algısı puanları arttıkça duygusal durum ve aile durumu puanlarının, duygusal durumu puanları arttıkça aile durumu puanlarının artış gösterdiği saptanmıştır. Gebelerin prenatal dönemde ruhsal sorunlarına ele alınması ve yatak istirahatinde olan gebelerin hastane stresörlerin azaltılmasına yönelik bakımın planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yüksek Riskli Gebelik, Preterm Eylem, Anksiyete ve Depresyon, Hastane Stresörleri.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN HOSPITAL STRESSORS AND DEPRESSION AND ANXIETY LEVELS OF HOSPITALIZED PREGNANTS

Nefise UÇAR

Master's Thesis

Department of Midwifery

Supervisor: Assistant Prof. Dr. Şükran ERTEKİN PINAR

2017, 87 pages

The research was conducted in order to determine the relationship between hospital stressors and depression and anxiety levels of pregnant women hospitalized with preterm labor diagnosis. 147 voluntary pregnant women hospitalized in High-Risk Pregnancy and Postnatal Service-2 Unit of Ağrı Maternity and Children Hospital with preterm labor diagnosis, and who were in week 27-37 of their pregnancy formed the sample group of the research. Data were collected in the initial hospitalization stage and secondly, in discharge period. Research data were collected through Personal Information Form, Beck Depression Scale (BDC), State-Chronic Anxiety Inventory (SAI-CAI) and Antepartum Hospital Stressors Scale (AHSS). Numeric and percentage distribution, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis Test, Wilcoxon Signed-Rank Test and Spearman correlation coefficient were used in the assessment of data.

Second monitoring SAI scores of pregnant women were detected to be lower than the initial monitoring scores. Scores obtained from AHSS separation and environmental sub-dimensions were detected to be lower in the initial monitoring whereas the scores obtained from health state, communication with health professionals, emotional state and family state sub-dimensions were detected to be lower in the second monitoring.

In the initial monitoring of pregnant women it was detected that, their emotional state and family state scores increased in parallel with the increase in their BDS scores; their CAI, separation, health state, communication with health professionals, emotional state and family state scores increased in parallel with the increase in their SAI scores and their health state and emotional state scores increased in parallel with the increase in their CAI scores. In the initial monitoring it was detected that; their health state, self-esteem and family state scores increased in parallel with the increase in their AHSS separation sub-dimensional scores; their health state and emotional state scores increased in parallel with the increase in their environmental scores; their self-esteem, emotional state and family state scores increased in

parallel with the increase in their health state scores; their emotional state scores increased in parallel with the increase in their scores in communication with health professionals; their emotional state scores increased in parallel with the increase in their self-esteem scores and that, their family state scores increased in parallel with the increase in their emotional state scores.

In the second monitoring of pregnant women it was detected that, their state-chronic anxiety inventory, emotional state and family state scores increased in parallel with the increase in their BDS scores; their CAI and family state scores increased in parallel with the increase in their CAI scores. In the second monitoring it was detected that; their self-esteem and family state scores increased in parallel with the increase in their AHSS separation sub-dimensional scores; their health state scores increased in parallel with the increase in their environmental scores; their self-esteem, emotional state and family state scores increased in parallel with the increase in their health state scores; their emotional state and family state scores increased in parallel with the increase in their self-esteem scores and that, their family state scores increased in parallel with the increase in their emotional state scores. Consequently; it is advised to handle the psychological problems of pregnant women in prenatal stage and to design care programs that intend to minimize hospital stressors of hospitalized pregnant women.

Keywords: High-Risk Pregnancy, Preterm Labor, Anxiety and Depression, Hospital Stressors.

TEŞEKKÜR

Tez alıŐmamın uygulama aŐamasında bana olanak tanıyan ve yardımcı olan Ağrı Kadın Doğum ve ocuk Hastalıkları Hastanesi, Riskli Gebe ve Lohusa Servisi 2 ve Acil Servisi'ndeki tüm personele ve istatistik analizinde yardımcı olan ArŐ. Gör. Gökçen Aydın Akbuğa'ya çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ONAY	i
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar.....	x
KISALTMALAR/SİMGELER	xii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Preterm Eylem	4
2.2. Doğum Eylemi.....	5
2.3. Preterm Eylemin Belirti ve Semptomları	8
2.4. Preterm Eylemin Nedenleri ve Risk Faktörleri	8
2.5. Gebelik ve Ruh Sağlığı.....	11
2.6. Preterm Eylemde Depresyon ve Kaygının Anne ve Bebek Üzerine Etkisi.....	13
2.7. Hastane Stresörlerinin Preterm Eylem Hastaları Üzerine Etkisi	17
2.8. Preterm Eylem Tanılı Gebelerde Ebelik Yaklaşımları	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Tipi.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	21
3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	21
3.5. Verilerin Toplanması ve Araçlar	22
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	22
3.5.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	22
3.5.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DKE-SKE):.....	22
3.5.4. Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği (AHSÖ):.....	23
3.6. Ön Uygulama.....	23
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	24

3.8. İstatistiksel Yöntem	24
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA.....	61
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	73
6.1. Sonuçlar	73
6.2. Öneriler.....	77
7. KAYNAKLAR.....	79
EKLER	88
Ek 1-Kişisel Bilgi Formu.....	88
Ek 2-Beck Depresyon Ölçeği	90
Ek 3-Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri.....	92
Ek 4. Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği.....	94
Ek 5-C. Ü. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	99
İZİNLER	101
EK 6. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı Kurul Kararı	101
Ek 7. Ağrı Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği İzin Belgesi	103
ÖZGEÇMİŞ.....	104

TABLolar

Sayfo No

Tablo 2.1.1. WHO Preterm Doğum Oranları 2015	4
Tablo 2.4.1. Creasy Puanlama Sistemi	10
Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı	25
Tablo 4.2. Gebelerin Eşlerinin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 4.3. Gebelerin Obstretrik Özelliklerinin Dağılımı (n=147)	27
Tablo 4.4. Gebelerin Hastane Öyküsüne Yönelik Özelliklerinin Dağılımı	28
Tablo 4.5. Gebelerin Ruhsal Özelliklerinin Dağılımı	29
Tablo 4.6. Gebelerin Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	30
Tablo 4.7. Gebelerin Birinci İzlemede Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı	32
Tablo 4.8. Gebelerin Birinci İzlemede Obstretrik Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı	34
Tablo 4.9. Gebelerin Birinci İzlemede Ruhsal Özellikleri ve Hastane Öyküsüne Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı	36
Tablo 4.10. Gebelerin Birinci İzlemede Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri Puanlarının Dağılımı	37
Tablo 4.11. Gebelerin Birinci İzlemede Obstretrik Özelliklerine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puanlarının Dağılımı	39
Tablo 4.12. Gebelerin Birinci İzlemede Ruhsal Özellikleri ve Hastane Öyküsüne Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Dağılımı	41
Tablo 4.13. Gebelerin Birinci İzlemede Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği Puanlarının Dağılımı	42
Tablo 4.14. Gebelerin Birinci İzlemede Obstretrik Özelliklerine Göre Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği Puanlarının Dağılımı	46
Tablo 4.15. Gebelerin Birinci İzlemede Ruhsal Özellikleri ve Hastane Öyküsüne Göre Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği Puanlarının Dağılımı	49
Tablo 4.16. Gebelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı	52
Tablo 4.17. Gebelerin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puanlarının Dağılımı	52
Tablo 4.18. Gebelerin Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği Puanlarının Dağılımı	53

Tablo 4.19. Gebelerin Birinci İzlemede Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki	57
Tablo 4.20. Gebelerin İkinci İzlemede Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki	58



KISALTMALAR/SİMGELER

DDA	Düşük Doğum Ağırlıklı
SGA	Gebelik Yaşına Göre Küçük
CRL	Crown Rump Length (Baş-Popo Mesafesi)
BPD	Biprietal Diameter Uzunluğu
HC	Head Circunference (Baş Çevresi)
CRH	Kortikotropin Salgılatıcı Hormon
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
GJ	Gap Junction
MHZK	Myozin Hafif Zincir Kinaz
cAMP	Siklik Adenozin Monofosfat
ACTH	Adrenokortikotropik Hormon
ATPaz	Adenozin Trifosfataz
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
DKE	Durumluk Kaygı Envanteri
SKE	Sürekli Kaygı Envanteri
DSKE	Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri
AHSÖ	Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği
EMR	Erken Memran Rüptürü
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Preterm eylem, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre; yenidoğanın kilosuna bakılmaksızın, doğumun 37. gebelik haftasından önce gerçekleşmesidir. Preterm eylem, 20-37. gebelik haftaları arasında servikte silinme ve dilatasyona neden olacak sık ve güçlü uterus kontraksiyonlarının olması şeklinde tanımlanmaktadır (Derbent ve Turhan, 2009; Ege ve ark., 2009).

Preterm eylem sık görülmesi ve sonuçlarının önemli problemler yaratması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (Derbent ve Turhan, 2009). Her yıl dünyada 15 milyon bebek prematüre doğmakta, 1 milyondan fazla çocuk ise preterm eyleme bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir (Başer ve Eskiocak, 2013). Preterm eyleme bağlı komplikasyonlar nedeniyle bebek ölümü Amerika'da %12-13, Avrupa'da %5-9 olarak bilinmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada preterm eylem prevalansı %17.3 olarak bulunmuştur (Şen ve Şirin, 2013). Konjenital anomaliler hariç preterm eylem sonucu doğan bebeklerin mortalite oranı ise %85'dir (Çetin ve ark., 2012).

Gebelik gelişimsel bir kriz ya da kritik bir dönem olarak değerlendirilmekte ve kadının yaşamında önemli bir yeri bulunmaktadır (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010; Koyun, Taşkın ve Terzioğlu, 2011; Yıldız, 2011). Gebelik, kadın için doğal bir olay olmasının yanında, önemli biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler ile kaygı, stres gibi ruhsal sorunların da yaşanabileceği bir dönemdir (Ehsanpour ve ark., 2012; Maraloğlu ve Şahsivar, 2008; Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011). Özellikle preterm eylem gibi yüksek riskli gebeliklerde kaygı ve stres düzeyi daha da artabilmektedir (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010; Koyun, Taşkın ve Terzioğlu, 2011; Maraloğlu ve Şahsivar, 2008; Misund ve ark., 2013; Yıldız, 2011). Bu durum kadının fonksiyonlarını, mutluluğunu, hayattan doyumunu etkileyerek yaşam kalitesini düşürmekte ve iş gücü kayıplarına yol açabilmektedir (Ehsanpour ve ark., 2012; Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011). Gebede ruhsal sorunların yaşanması sonucu norepinefrin ve kortizol düzeyleri yükselir ve uterusu giden kan akımı azalır. Bu durum obstetrik ve neonatal sorunlara neden olur. İntrauterin dönemde fetüsün büyüme hızını yavaşlatarak, düşük doğum ağırlıklı (DDA), gebelik yaşına göre küçük (SGA) ve intrauterin ex fetüsler doğabilir. Ayrıca bebekte davranış problemleri, uyku bozuklukları, emmede güçsüzlük, motor becerilerde yetersizlik ve işlevsellikte azalma görülebilmektedir (Ege ve ark., 2009; Ehsanpour ve ark., 2012; Gennaro ve Hennessy, 2003; Halbreich, 2005; Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011).

Preterm eylem tanısı alan gebelere evinde ya da hastanede yatak istirahati önerilmektedir. Bu yatak istirahati gebeyi fiziksel ve psikolojik olarak strese sokabilir. Yapılan çalışmalar

preterm eylem nedeni ile hastanede yatmanın ve yatak istirahatinin gebelerde fiziksel ve ruhsal sorunlara neden olduğunu göstermektedir (Pamuk ve Arslan, 2009; Yeşiltepe Oskay, 2001). Hastanede kalmaya bağlı gebeler, tedavilerin yoğun olması, bebeğini kaybetme korkusu, doğumu beklemenin getirdiği stres ve kaygı, hastanenin konforsuz olması, mahremiyet ile ilgili problemler, yalnızlık duygusu, aileden uzak kalma ve destek sistemlerinin azlığı gibi duygusal sorunlar belirtmektedirler. Bununla beraber hazımsızlık, kas güçsüzlüğü, baş ağrısı, yorgunluk, konstipasyon, özofagial reflü gibi fiziksel sorunlar da yaşanabilmektedir (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010; Pamuk ve Arslan, 2009; Serçekuş ve Okumuş, 2004).

Preterm eylem sonucunda doğan bebekler term bebeklere göre daha hassas ve düşük kiloda olmaları nedeni ile anneler kendilerini daha güçsüz, yetersiz, şaşkın, hazırlıksız ve kendilerine karşı yabancı hissedebilirler. Çünkü anne, bebek doğduktan sonra bebeğin bakımını nasıl yerine getirebileceği konusunda endişe ve korku yaşamaktadır (Arslan ve Turgut, 2013; Yeşiltepe Oskay, 2001). Yapılan çalışmalar preterm eylem tanılı gebelerin normal gebelere göre anlamlı düzeyde anksiyete ve depresyon yaşadıklarını göstermektedir (Ehsanpour ve ark., 2012; Kısa ve Yıldırım, 2004; Padovani ve ark., 2009; Şen ve Şirin, 2013). Ehsanpour ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada preterm eylem ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gebe kadının sosyal desteğinin güçlü olması yaşadığı sorunlarla baş edebilmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Destek sisteminin güçlü olduğu durumlarda gebe rahatlamakta, baş etmede kolaylık yaşamakta ve annelik rolüne daha kolay geçiş yapabilmektedir. Şen ve Şirin'in (2013) yaptıkları çalışmada sosyal destek sistemi yetersiz olan gebelerde depresyon ve kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Yapılan çalışmalar gebelik döneminde yaşanan sorunların sonucunda yenidoğan ile ilgili sorunların ortaya çıktığını ve özellikle anne bebek bağlanmasını olumsuz etkilediğini göstermektedir (Çelik, Nadirgil Köken ve Yılmaz, 2013; Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji 2010). Dayan ve arkadaşları (2002) preterm eylem ile anksiyete ve depresyon arasında pozitif bir ilişki olduğunu, Kurki ve arkadaşları (2000) 623 Fin kadın ile yaptığı çalışmada depresyonun preeklemsi riskinin artışı ile ilişkili olduğunu saptamıştır.

Preterm eylem tanılı gebelerde yaşanabilecek ruhsal sorunlar erken dönemde belirlenmelidir. Çünkü prepartum ve postpartum dönemde psikolojik sorunların tedavisinin erken dönemde başlamasını, başlanan tedavinin normal süreçten daha kısa olmasını sağlayacaktır. Fetüs için ise preterm eylemi önleyerek neonatal komplikasyonların yaşanmasını engellemektedir. Bunların dışında hem ülke ekonomisine hem de sağlık personeline zaman açısından fayda sağlayacaktır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2005 yılında erken doğumun yıllık ekonomik

maliyetinin 26.2 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. Sağlık profesyonellerinin özellikle de gebe ile daha yakın iletişime sahip olan ebelerin yaklaşımı ve açıklamaları gebenin birđok endişe ve kaygısını giderebilir. Bu anlamda ebeler, gebelerin psikososyal sorunlarının erken dđnemde belirlenmesi, erken tanı ve tedavilerin sağlanması, gerektiğinde sevk edilmesi ve ebelik yaklaşımlarının sağlanması açısından kilit noktada bulunmaktadır (Carvalho ve ark., 2009; Dđlgerler, Engin ve Ertem, 2009; Ehsanpour ve ark., 2012; Gennaro ve Hennessy, 2003; Nasreen ve ark., 2010; Padovani ve ark., 2004).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, preterm eylem tanısı ile hastanede yatan gebelerin depresyon ve kaygı dđzeylerinin hastane stresđrleri ile ilişkisinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Preterm Eylem

Doğum eyleminin 37. gebelik haftasını tamamlamadan önce 20-37. haftalar arasında başlamasına preterm eylem denir. Ancak son dönemde 20-37. haftalar içinde olmasına rağmen bebeğin foksiyonları normal ise prematüre olarak kabul edilmeyebilir (Ertürk 2001; Uludağ Üniversitesi, 2007). Gebelik haftası, 28 haftadan küçük ise aşırı perterm, 28-32 haftaları arasında küçük preterm ve 32-37 haftaları arasında ise orta-geç preterm olarak adlandırılır (Gökalp ve Gülmez, 2013). Ancak bazen son adet tarihinin bilinmediği durumlarda erken gebelik dönemlerindeki ultrason bilgileri çok önemlidir. Çünkü 12. haftadan sonra Crown Rump length (CRL), Biprietal Diameter uzunluğu (BPD) ve Head Circunference (HC) ölçümleri yanıltıcı olabilir (Lembed, 2002; Özkesici, 2006).

Preterm eylem tanısının konması her zaman kolay olmayabilir. Gerçekte preterm eylem olmayan anneye preterm eylem tanısı koymak annenin hem strese girmesine hem de ciddi yan etkileri olan ilaçları kullanmasına neden olur. Tam tersi olarak da gerçekte preterm eylem olup anneye preterm eylem tanısı koymamak, pramatüre ile sonuçlanan doğumlara, hatta ölüm riskiyle karşı karşıya kalınmasına neden olabilir. Bu yüzden tanı konulurken çok dikkatli olunmalıdır (Ertürk, 2001).

Erken doğum oranı 184 ülkede, doğan bebeklerin %5 ile %18'i arasında değişmektedir. Preterm doğumların %60'ından fazlası Afrika ve Güney Asya ülkelerinde meydana gelmektedir. Ancak preterm eylem dünya çapında bir sorun oluşturmaktadır. Düşük gelirli ülkelerde bebeklerin %12'si erken doğarken, yüksek gelirli ülkelerde bu oran %9'dur. Bu ülkeler içinde, düşük sosyo-ekonomik düzeyde olan aileler yüksek risk grubunda yer almaktadır (WHO, 2015). Dünya sağlık örgütünün 2015 verilerine göre preterm doğumların en fazla olan ülkeler tablo 2.1.1'de görülmektedir.

Tablo 2.1.1.WHO Preterm Doğum Oranları 2015

Hindistan	3 519 100	Amerika Birleşik Devletleri	517 400
Çin	1 172 300	Bangladeş	424 100
Nijerya	773 600	Filipinler	348 900
Pakistan	748 100	Demokrotik Kongo Cumhuriyeti	341 400
Endonezya	675 700	Brezilya	279 300

Ancak ülkemize baktığımızda preterm eyleme dayalı genel çaplı bir istatistiksel veri bulunmamaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2013 verilerine göre

neonatal ölüm hızı 1000 canlı doğumda 7, postnatal ölüm hızı 1000 canlı doğumda 6 olarak verilmiştir. Ancak bu oranlar bölgesel farklılıklar göstermektedir. Bebek ölüm hızı ülkemizin batısında 1000 canlı doğumda 13 iken, doğuda 24 olarak bulunmuştur. Bu farklılıkların eğitim, sosyo-ekonomik koşullar, doğurganlık yaşı, doğum aralığı, doğum öncesi bakım, beslenme gibi birçok faktörlerin etkilediği ortaya çıkmıştır. Doğumların %31'i en az bir önlenebilir yüksek risk kategorisinde, %8'i iki ya da daha fazla yüksek risk kategorisinde, %32'si ise kaçınılmaz risk katogorisinde olduğu ortaya çıkmıştır. Bu riskler anne ve bebeğin hayatını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyerek bebek ölümlerine neden olmaktadır (TNSA, 2013).

2.2. Doğum Eylemi

Doğum eyleminin başlamasında hücrel, moleküler, hormonal mekanimalar ve sitokinler rol oynamaktadır.

1.Hücrel Mekanizma: Bu mekanizmada Gap Junction (GJ) rol oynamaktadır. GJ sayısı ve boyutları, uterusdaki myometrial hücrelerin arasında nadir olarak görülür ve gebeliğin ilerlemesi ile artmaya başlar. Doğumun başlaması ile GJ sayısı artarak fetüs ve plasentanın doğum kanalından atılmasını sağlar. Ortama prostaglandinlerin gelmesiyle GJ'ların artarak kontraksiyonları artırmaktadır. Prostaglandin inhibitörlerin eklenmesiyle GJ mekanizmasının durduğu ve kontraksiyonların azaldığı gösterilmektedir (Deniz, 2007; Lopez Bernal, 2007; Yılmaz, 2010).

2.Moleküler Mekanizma: Hücrenin içindeki kalsiyum, düz ve çizgili kaslardaki kontraktileti düzenler. Hücre içindeki kalsiyumun artışı ile kalsiyum-kalmodulin kompleksi oluşur ve bu kompleks myozin hafif zincir kinaz (MHZK) enzimini aktive eder. Miyozinin fosforlanması ve aktinle birleşmesi ile aktomyozin kompleksi oluşur. Aktin, myozindeki ATPaz aktivitesini açığa çıkartarak kasta kontraksiyonun meydana gelmesine neden olur. Oksitosin, hücre zarında bulunan Ca^{+2} - Mg^{+2} -ATP'az enzimini inhibe ederek hücre içindeki kalsiyumu artırır. Relaksin hormonunun hücre içi cAMP'i aktive etmesi ile hafif zincir kinazı inhibe eder ve hücre içi kalsiyumu azaltır. Bu mekanizma ile kasılıp gevşeme sağlanmış olur (Deni, 2007; Özkesci, 2006; Yılmaz, 2010).

3.Hormonal Mekanizma: Oksitosin, östrojen-progesteron, Adrenokortikotropin (ACTH), endotelin-1, prostaglandin hormonları rol oynamaktadır (Yılmaz, 2010).

Oksitosin; östrojenin etkisi ile desiduada ve koryonda sentez edilir. MHZK foforilizasyonunu ve hücre içindeki kalsiyum konsantrasyonunu artırır ve kontraktiletinin oluşmasını sağlar. Hücre içindeki depolardan kalsiyum salınımını başlatarak kalsiyumun sarkoplazmik retikulumda depolanmasını engeller. Böylece kas kasılmasını artırır. Oksitosin, myometrium

ve deciduayı uyarması ile prostaglandin sentezini sağlar. Myometriyal ve decidual dokularda Prostaglandin E ve Prostaglandin F yapımını artırmasıyla servikal dilatasyona neden olur (Beksaç ve ark., 2001; Yılmaz, 2010).

Östrojen-Progesteron; progesteron oksitosinin myometrium üzerindeki etkisini engeller. Östrojenler doğum eylemi üzerinde doğrudan etkili olmamakta ve GJ proteinlerinin oluşumunda etkili olmaktadır. Çünkü oksitosin reseptörlerinin artmasına, uterusun oksitosine karşı duyarlı olmasına ve serviksin olgunlaşmasına neden olmaktadır. Östrojen, oksitosin sentezinin artmasını ve dolaşıma oksitosinin katılmasını sağlar (Deniz, 2007; Beksaç ve ark., 2001; Yılmaz, 2010).

Adrenokortikotrop hormon (ACTH); fetüste stres oluşturup ACTH ve katekolamin salgılanmasını baskılayarak kontraksiyonları başlatır. CRH ve adrenokortikotropik (ACTH) gibi hormonlar T hücreleri ve mast hücreleri ile etkileşime girebilir. Sinir ve endokrin sistemlerdeki denge gebeliğin sürdürülebilmesi için çok önemlidir. Fakat depresyonun bu sistemlerde dengesizliğe yol açarak Th-1 ve Th-2 sitokin dengesizliği olabilir. Sitokin gebelik sırasında koruyucu görev üstlenir ve bunların miktarında bir değişiklik olduğu zaman koagülasyonun anne kan dolaşımını etkilediği düşünülür. Böylece iskemik amputasyon ve düşük yapmasına yol açar. (Bonari ve ark., 2004).

Relaksin; relaksin hormonu corpus luteum, myometriyum, decidua ve plasenta tarafından sentezlenen ovariyal kaynaklı hormondur. İlk trimesterden itibaren progesteron ile birlikte uterin aktiviteyi engeller ve gebelik boyunca myometrial kontraksiyonların engellenmesinde görev alır. Ayrıca oksitosin salınımını da baskılar (Beksaç ve ark., 2001; Latendresse, 2009; Yılmaz, 2010).

Endotelin-1; kuvvetli vazokonstrüksiyon etki yapan maddelerdendir. Gebe olmayan kadınların uterusundaki myometriyum bantlarında kuvvetli kasılma yapar. Bu etki mekanizması hücre içerisine kalsiyumun girişini hızlandırarak ya da hücre içindeki depolarda bulunan kalsiyumun salınması ile etki yapmaktadır (Yılmaz, 2010).

Prostaglandinler; amnion ve koryon membranlarından, deciduadan sentezlenir. Servikal olgunlaşmayı, membran rüptürünü ve uterus kontraksiyonlarını arttırır. Kontraksiyonlar başlamadan önce amnion sıvısında prostaglandinler artmaya başlar. Doğum eylemi başladığında ise koryon ve amnion sıvısından prostaglandin sentezi artar. Ancak preterm doğumu, prostaglandin inhibitörü engelleyerek gebeliği uzatır. Östrojen ve progesteron oranlarındaki değişiklikler progesteronun lokal olarak azalması ile olur. Prostaglandin sentezinin artmasının nedeni fiziksel ve kimyasal streslerden dolayı lizozomlardan salınan

enzimler neden olur. Ayrıca serviksin gerilmesi ile östrojen ve oksitosin prostaglandini uyarır (Deniz, 2007; Gibb,1998; Yılmaz, 2010).

4.Sitokinler: Sitokinlerin bazıları prostaglandin sentezini attırarak, kontraktiliteye neden olurlar. Servikal olgunlaşmaya ve membran rüptürüne neden olarak doğumun başlamasında etkili olurlar (Peltier, 2003; Yılmaz, 2010).

Maternal ve fetal bağışıklık sistemini birbirinden ayıran plasenta, bazı antikörlerin anneden fetüsa geçmesine izin verirken zararlı ajanlara karşı koruyucu bir bariyer görevi görür. Fetüsün devamlılığını sağlayabilmek için hem fetal bağışıklığın tanınması hem de maternal bağışıklığın baskılanması gereklidir. Bu baskılanma sürecinde oluşan değişikliğe bağlı olarak preterm eylemleri tetikleyebilir. Bazı sitokinler uterustan prostaglandin ve arasıdonik asit sentezinin artışından sorumludur. Bu sitokinler fetal membranların yırtılmasına ve servikal olgunlaşmaya neden olarak doğumu başlatabilir (Peltier, 2003;Yılmaz, 2010).

Th2 sitokinleri, gebeliğin erken dönemlerinde progesteron üretiminin artmasına neden olur. Progesteron, Th2 sitokin sekresyonunu arttırırken Th1 ve proinflammatuar sitokinlerin üretilmesini azaltır. Pozitif feedback ile gebeliğin devamlılığı sağlanır. Prematurite, antiinflammatuardan proinflammatuara doğru dengenin değişmesiyle gebeliğin sonlarına doğru bu denge proinflammatuar özellikteki Th1 sitokinlerine doğru kayar. Sitokinler vazodilatasyon veya vazokonstriksiyon etkiye neden olur. Tekrarlayan preterm doğum ve gebelik kayıpları artışının nedenlerinden biri de sitokin genlerinin birden fazla biçimde bulunmasıdır (Peltier, 2003; Yılmaz, 2010).

Gebelik sırasında annenin dolaşım sisteminde CRH varlığı plasenta kökenlidir. Gebeliğin yaklaşık 16. haftasından sonra düzenli olarak doğum zamanına kadar katlanarak artar. CRH, erken doğum üzerinde rol oynar. Bu duruma gebelik süresi ve doğum zamanlaması dahildir. CRH'ın anne, fetüs ve plasentanın endokrin sistemi ve bağışıklık sisteminde karışıklıklara sebep olduğu düşünülmektedir. Ancak geri beslenme sistemi, hipotalamik CRH ile düzenlenmektedir. Kortizol plasentayı uyarır ve CRH üretimini inhibe eder. Gebe de sinir ve adrenal stres hormonlarının ACTH dahil olmak üzere vazopersin, oksitosin ve katekolaminler plasentada tarafından yüksek CRH üretimine yol açar. CRH belli seviyeye ulaştıktan sonra doğum için gerekli kasılmaların oluşmasında ve serviksin olgunlaşmasında önemli rol oynar. Bu etkileşimler çok karmaşık ve daha tam olarak anlaşılammıştır (Li, Liu ve Odouli, 2009; Peltier, 2003; Yeşiltepe Oskay, 2004).

Depresyon, hipotalamus hipofiz adrenal aksın fonksiyonlarını bozarak kandaki kortizol düzeylerinin artışına neden olur. Bu sorunların bazıları anne kanındaki artmış kortizol düzeyi ile ilişkilidir. Depresyon puanları ile kortizol artışı arasında ilişki bulunmaktadır. Bu ilişkinin,

serotonin ve dopaminin azalmasına da neden olduğu bilinmektedir (Savrun, 2008). Antenatal stres, hipofiz adrenal aksisi aktive ederek erken doğuma yol açar. Maternal plazma ve plasentada kortikotropin salgılayan hormon seviyelerinin yükselmesi erken doğum ile ilişkilendirilir (Anderson ve ark., 2003). Yorucu çalışma hayatı, depresyon ve anksiyete gebelikte komplikasyon riskini artırır. Fakat günlük stres bununla ilişkilendirilemez. Depresyon ve anksiyete, vazokonstriksiyon ve uterin arter direncinin artmasına dolayısıyla kan basıncının yükselmesine neden olur (Kurki ve ark., 2000).

2.3. Preterm Eylemin Belirti ve Semptomları

Preterm eylemin belirti ve semptomları; kanıtlanmış uterus kontraksiyonları, kanama ve nişanenin gelmesi, membran rüptürü, servikal dilatasyonun 1cm üstünde ve efasmanın ortalama %80 civarında olması gibi faktörlerden en az birinin gerçekleşmesidir (Ertürk, 2001; Gültekin, 2008; Özkesici, 2006). Bunun yanında iyi genel muayene ve anamnez alınmalıdır. Membran rüptürü, gebeler tarafından alınan anamnezde bazen yanıltıcı olabilir. Bu yüzden membran rüptürünün olup olmadığını anlamak için vajenden, pH ölçümüne dayanan, pH aralığı 4.5-7.5 olan nitrazin testi yapılmalıdır (Çetin ve ark., 2012; Deniz, 2007; Ertürk, 2001). Belde ağrı olması, pelvik ve suprapubik bası hissi, menstrüel tarzda kramp, uylukta hissedilen ağrı, diare, vajinal akıntının özelliğinde değişim gibi belirtiler görülebilmekte ve normal gebelik semptomları ile karıştırılabilmektedir (Özkesici, 2006; Uludağ Üniversitesi, 2007).

2.4. Preterm Eylemin Nedenleri ve Risk Faktörleri

Çoğu erken doğum kendiliğinden olur fakat gerçekleşen erken doğumların bir kısmı tıbbi veya tıbbi olmayan nedenleri içerir. Erken doğumun nedenleri, çoğul gebelikler, enfeksiyonlar, diyabet ve yüksek tansiyon gibi kronik nedenler olabildiği gibi bazen herhangi bir nedeni de olmayabilir. Ayrıca genetik etkisi de olabilir. Erken doğumları önlemek ve çözümler geliştirebilmek için nedenlerinin ve mekanizmalarının daha iyi anlaşılması gerekmektedir (WHO, 2015). Preterm eylemin nedenleri aşağıda belirtilmiştir:

Obstetrik Nedenler

- Çoğul gebelik
- Gebelik yaşı ve aralığı
- Genetik faktörler
- Uterus anomalileri ve servikal yetmezlik
- Riskli gebelik (Preeklamsi, Plasenta previa...vs.)

Çevresel Nedenler

- Enfeksiyonlar
- Yaşam şekli
- Beslenme
- Düşük sosyo-ekonomi
- Sigara kullanımı
- Psikiyatrik nedenler (Gökalp ve Gülmez, 2013; Gültekin,2008; Özkesici, 2006; Uludağ Üniversitesi, 2007).

Creasy ve arkadaşları (1980) tarafından, erken doğum eylemi açısından riskli popülasyonun belirlenebilmesi için bir skorlama sistemi ortaya koymuştur (Tablo 2.4.1). Bu sistem preterm eylem için riskli hastaları ve tedbirler alınmasını belirlemek için oluşturulmuştur. Sosyo-ekonomik durum, günlük alışkanlıklar ve gebeliğe bağlı komplikasyonlar gibi gebelik bağlı faktörleri 1 ile 10 arasında puanlamaktadır. On ve üstü puan alınması, preterm eylemde travay evresi için risk olarak değerlendirilmektedir (Özkesici, 2006).

Çoğul Gebelik: Çoğul gebelikler, tek gebeliklere göre preterm eylem riski 10 kat daha fazladır. Yardımcı üreme tekniklerinin artması, çoğul gebeliklerin artışını da beraberinde getirmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, yardımcı üreme teknikleri kullanılarak gebe kalan kadınlarda preterm eylem oranı 45.870 canlı doğumda %33 olarak bulunmuştur. Bu oran genel doğum nüfusun %12.2 ile karşılaştırıldığında ortalamanın 3 katından daha fazla olduğunu göstermektedir (Sunderam ve ark., 2012).

Gebelik Yaşı ve Aralığı: Kadının ileri yaşta gebelik yaşaması yaşa bağlı olarak risk faktörlerini de beraberinde getirmektedir. Gebelik aralığının 24 aydan küçük olması herhangi bir yaşa bakılmaksızın risk grubunu oluşturmaktadır. TNSA 2013 verilerine göre, annenin yaşı ile bebek ölümleri arasındaki ilişkiye bakıldığında 20 yaş altında bebek ölüm oranı binde 25, 20-39 yaş arasında binde 14, 30-39 yaş arasında binde 25 olarak bulunmuştur. Gebelik aralığı 2 yıldan az olanlarda ise bebek ölüm oranı binde 34, 2 yıl olanlarda binde 20, 3 yıl olanlarda binde 9 olarak saptanmıştır (Gökalp ve Gülmez, 2013; TNSA, 2013).

Genetik Faktörler: Yapılan çalışmalar, daha önce preterm doğum yapan veya ailesinde preterm eylem öyküsü olan kadınların riskinin daha fazla olduğunu göstermektedir (Bream ve ark., 2013; Dolan, 2010). Clausson, Lichtenstein ve Cnattingius'un (2000) İsveç'te yaptıkları çalışmada monozigotun, dizigota göre preterm eylem riskinin diğer nesillere aktarmasının daha fazla olduğu bulunmuştur. Uterus gerginliğini etkileyen matriksmetalloproteinazları, inflamatuvar yanıt, desidual hemoraji, maternal-fetal stres, metabolik enzimlerin hedef

genleri, polimorfizmleri ile açıklanmaya çalışılmaktadır (Clausson, Lichtenstein ve Cnattingius, 2000).

Tablo 2. 4.1.Creasy Puanlama Sistemi

Puan	Özellik	Parametre
1	Demografik Geçmiş hikaye Günlük alışkanlıklar Bu gebelik	<ul style="list-style-type: none"> • Düşük sosyo-ekonomik düzey • Bir düşük • Son doğumdan beri <1 yıldan zaman • Evin dışında çalışma • Aşırı yorgunluk
2	Demografik Geçmiş hikaye Günlük alışkanlıklar Bu gebelik	<ul style="list-style-type: none"> • Tek ebeveyn • Anne yaşının <20 veya >40 olması • 2 düşük • Günde ondan fazla sigara • 32 hafta civarında kilo alımı 13 kg'dan az • Albuminüri • Bakteriüri • Hipertansiyon
3	Demografik Geçmiş hikaye Günlük alışkanlıklar Bu gebelik	<ul style="list-style-type: none"> • Çok düşük sosyo-ekonomik seviye • Boy<150 cm • Ağırlık<45kg • 3 düşük • Ağır çalışma • Uzun yolculuk • Makat prezantasyonu (32.hafta) • 2 kg'dan fazla kilo kaybı • Ateşli hastalık
4	Demografik Geçmiş Hikaye Bu gebelik	<ul style="list-style-type: none"> • 18'den küçük anne yaşı • Piyelonefrit • 12 haftadan sonra vajinal kanama • Servikal silinme veya dilatasyon • Uterin irritabilite ve
5	Geçmiş hikaye Bu gebelik	<ul style="list-style-type: none"> • Uterin anomali • 2.trimester gebelik kaybı • Plasenta previa • Polihidramnios
10	Geçmiş hikaye	<ul style="list-style-type: none"> • Preterm doğum • 2.trimester gebelik kaybı

Riskli Gebelik: Hipertansiyon, diyabet, preeklamsi gibi hastalıklar preterm eylem riskini yüksek oranda arttırmaktadır. Hipertansif gebelerde yüksek kan basıncına bağlı bebeğe giden kan akımının azalması intrauterin ex fetüslere yol açabilmektedir. Diyabetin, polihidroamnios ve makrozomi gibi sorunlara neden olması uterusun uyarılmasına ve kontraksiyonun başlamasına neden olabilmektedir. Preeklamsili gebelerde hem annenin hem de bebeğin

hayati riskinin yüksek olması preterm eylem tehditi için zamanla savaşı başlatmaktadır (Gökalp ve Gülmez, 2013).

Enfeksiyonlar: Preterm eylemlerde enfeksiyon önemli bir risk faktörüdür. Çünkü üriner sistem enfeksiyonu ve bakteriyel vajinozis, prematürelige, erken membran rüptürüne sonra da koryoamnionitise neden olmaktadır. Buna bağlı olarak da düşük doğum ağırlıklı bebekler doğabilmektedir. İnflamatuvar sitokin, preterm eylemin yanı sıra geç dönemde nörogelişimsel sorunlara ve kronik akciğer hastalıkları riskini de artırmaktadır (Gökalp ve Gülmez, 2013; Yılmaz, 2010).

Beslenme: Kadının hem obez olması hemde beden kitle indeksinin düşük olması preterm eylem için bir risk faktörüdür (Dayan ve ark., 2002; Gökalp ve Gülmez, 2013). Dayan ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, beden kitle indeksi düşük ve anoreksia nervroza olan kadınların preterm eylem riskinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Düşük Sosyo-Ekonomik Durum: Sosyo-ekonomik durum birçok faktörle bağlantılı olarak kendisini göstermektedir. Çünkü bireyin beslenmesini, yaşam şeklini, prenatal bakım alması ve psikolojini etkilemektedir (Gökalp ve Gülmez, 2013).

Sigara Kullanımı: Gebelerde sigara içilmesi plasenta previa, ablasyo plasenta, erken membran rüptürü gibi preterm eyleme neden olabilecek komplikasyonların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Ayrıca sigara kullanımı fetüse giden kan akımını azaltarak fetüsün distrese girmesine, düşük doğum ağırlı fetüsün olmasına ve preterm eylemin başlamasına neden olabilmektedir (Gökalp ve Gülmez, 2013).

Psikiyatrik Nedenler: Gebenin önceden psikiyatrik öyküsünün olması veya ilk defa gebelikte psikiyatrik sorunların çıkması, gebelikle birlikte hormonların etkisi, gebeliğe uyum sağlanamaması gibi nedenlerle tetiklenebilmektedir. Diğer bir durum ise gebelikte çeşitli nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan bu sorunlar kortikotropin relasing hormonunun seviyesini artırarak uterusu giden kan akımının azalmasına neden olabilmesidir (Gökalp ve Gülmez, 2013).

2.5. Gebelik ve Ruh Sağlığı

Gebelik durumu sadece kadın için değil eş ve çocuklar için de önemli bir dönemdir. Bu durumu bazı çiftler, heyecan ve mutluluk verici, eğlenceli, kendilerine verilmiş bir hediye gibi düşünürken bazı çiftler için ise kriz oluşturabilir. Eğer yaşadığı fiziksel, psikolojik ve sosyal stres etkenleri ile baş edemezse bu dönem krizle sonuçlanabilir. Bu kriz hem çiftler arasında uyumsuzluk sorunu yaratırken, aynı zamanda gebede ruhsal bozukluklar ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Maraloğlu ve Şahsıvar, 2008; Özdamar ve ark., 2014; Savrun, 2008; Şentürk, 2008).

Gebelikte yaşanan psikiyatrik bozukluklardan en fazla depresyon görülmekte ve gelişmiş ülkelerde gebelikte depresyon oranı %7-15, gelişmekte olan ülkelerde ise %19-25 arasında belirtilmektedir. Anamnezinde duygu durum bozukluğu olan kadınlarda bu oran daha yüksektir ve yaklaşık %50 civarındadır (Maraloğlu ve Şahsıvar, 2008; O'Keane ve Marsh, 2007; Savrun, 2008; Şentürk, 2008). Türkiye'deki çalışmalarda, gebelikte depresif belirti sıklığı %12-36 bulunmuştur (Altınay, 1999; Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş, 2011; Eskici ve ark., 2012; Karaçam ve Şen, 2012; Sevindik, 2005). Gebelik, duygusal durum bozukluğunun tekrarlanma riskini artırmakta, depresyona neden olabilmekte ya da depresif eğilimleri kötüleştirilebilmektedir (O'Keane ve Marsh, 2007). Fetüs ve annenin bedensel ve ruhsal olarak iyilik halini kötü yönde etkilemesi, postpartum depresyona zemin hazırlaması nedeniyle oldukça önemlidir. Bu yüzden erken dönemde tanı konulup tedavi edilmesi gereken bir sorundur. Eren'in (2007) çalışmasında gebelerin postpartum depresyon prevalansını %17.5 olarak bulmuştur (Çelik, Nadirgil Köken ve Yılmaz, 2013, Eren, 2007). Tunç ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışma gebelerin %47'sinde depresyon, %32'sinde anksiyete puanlarının anlamlı düzeyde yüksek ve gebelerin intihar girişiminde bulunma oranı da %2 olarak bulunmuştur. Tekgöz ve arkadaşları (2009) gebeliğin son 3 ayında yaptıkları çalışmada %40.2 anksiyete, %38.3 depresyon, %31.8 tanımlanmamış anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik sorunlar saptanmıştır. Daha önce ruhsal bozukluk öyküsü olan gebelerin %50'sinde, tedavi öyküsü olan gebelerin ise %70'inde gebelik döneminde tekrar ortaya çıktığı belirlenmiştir (Savrun, 2008). O'Keane ve Marsh'ın (2007) çalışmalarında tekrarlayan depresyon öyküsü olanların %68'inin gebelik sonrası ilaç tedavisine devam etmediği, ilaç tedavisine kesintisiz devam edenlerin ise %26 olduğu bulunmuştur. Çelik, Nadirgil Köken ve Yılmaz'ın (2013) yaptığı çalışmada gebelik öncesi depresyon tanısı alan gebelerin tamamında depresyon belirtisinin orta ve şiddetli düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalar depresyonun büyük çoğunlukla gebelik, doğum ve postpartum süreçte görüldüğünü göstermektedir.

Psikiyatrik sorunların ortaya çıkmasına neden olan birçok faktör bulunmaktadır. Yetersiz sosyal destek, tedavi edilmemiş ruhsal bozukluklar, tedaviyi gebelik döneminde bırakma, istenmeyen gebelik, düşük sosyo-ekonomik durum, riskli gebelik durumu, daha önceki gebeliğinde kötü deneyim yaşaması, aile içi şiddet, eğitim seviyesi, kültürel farklılıklar gibi bir çok faktör psikiyatrik sorunları etkilemektedir (Çelik, Nadirgil Köken ve Yılmaz, 2013; Maraloğlu ve Şahsıvar, 2008; O'Keane ve Marsh, 2007; Savrun 2008; Şentürk 2008). Yapılan bazı çalışmalarda, özellikle I. ve III. trimesterlerde, depresyon ve kaygı gibi sorunların daha fazla yaşandığı saptanmıştır (Çelik, Nadirgil Köken ve Yılmaz, 2013; Eskici

ve ark., 2012; Şahsıvar, 2007). Çünkü I. trimesterde fiziksel durum değişikliklerine uyum sağlama, yorgunluk, bulantı ve kusma gibi fizyolojik belirti ve bulgular, istenmeyen gebelikler, III. trimesterde ise doğum ve fetüse ait oluşabilecek komplikasyonlarla ilgilidir. Doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağı ve bebeğin sağlık durumu ile ilgili endişeler ön plana çıkmaktadır. Bununla birlikte doğum sonrası bebeğin bakımı, annelik rol ve işlevlerini yerine getirip getiremeyeceği konusunda endişeler yaşanabilmektedir (Çelik, Nadirgil Köken ve Yılmaz, 2013; Eskiçi ve ark., 2012; Şahsıvar, 2007).

Çelik, Nadirgil Köken ve Yılmaz'ın (2013) çalışmasında kaygı ya da endişe yaşayan gebelerde depresyon semptom sıklığı %57.3, gebelik ile ilgili komplikasyon yaşamış kadınlarda %74.1 olarak bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda da preterm eylem ve düşük doğum ağırlığının, depresyon ve anksiyete ile ilişkisinin olduğu bulunmuştur (Hoffman ve Hatch, 2000; Orr, James ve Blackmore 2002; Tekgöz ve ark., 2009). Eskiçi ve arkadaşlarının (2012) BAE'ne göre anksiyete ile preterm eylem ve düşük doğum ağırlıklı fetüs arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Gümüştaş, Ejder Alpay ve Özorhan'ın (2014) yaptıkları çalışmada, riskli gebelerde stres, kaygı ve bunlara bağlı depresyon gelişme durumunun, risksiz gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Li, Liu ve Odouli'nin (2009) çalışmalarında, depresif bozuklukların gebelerde preterm eylem riskini artırdığını ortaya koymuştur. Bu çalışma sonucunda kadınların %41.2'sinde depresif semptom, %21.7'sinde ağır depresif semptom bulguları belirlenmiştir.

Gebelerde ruhsal bozuklukların belirtisi olarak; umutsuzluk, endişe, kaygı, aşırı halsizlik, psikomotor ajitasyon, iştah ve uyku sorunları, yetersizlik hissi, hayattan zevk almama, suçluluk hissi, intihar düşüncesi görülebilmektedir. Burada belirtilen somatik yakınmalar gebeliğe bağlı yakınmalar da olabilmektedir. Bu nedenle ayırt edilmesi zor bir durumdur (Şentürk, 2008). Gebenin ruhsal sorunlarına tanı konamaması, fetüsün bedensel ve ruhsal gelişiminin olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir. Anne ve çocuk ilişkisini de olumsuz yönde etkilediği için birey, aile ve toplum açısından önem taşımaktadır (Özdamar ve ark., 2014).

2.6. Preterm Eylemde Depresyon ve Kaygının Anne ve Bebek Üzerine Etkisi

Endüstrileşmiş toplumlarda bebek ve çocuk ölümlerinin en büyük nedeni preterm eylem ve ona bağlı komplikasyonlardır. Dünyada her yıl 15 milyon bebek doğmakta ve 10 milyonu preterm eyleme bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir. Tıp, genetik ve teknolojinin ilerlemesine rağmen hala preterm eylem insidanslarında bir azalma olmamaktadır (Gökalp ve Gülmez, 2013; Lembed, 2002).

Prematürelilik sadece ölüm riskini değil, geç dönemde respiratuar distres, hemoraji, nekrotizan enterokolit, bronkopulmoner displazi, sepsis, patent ductus arteriosus ve prematür retinopati gibi sorunları da beraberinde getirmektedir. Ayrıca, daha sık hospitalizasyon, büyüme ve gelişmenin yavaş olması, davranış, dikkat ve öğrenme yetilerinin bozulmasına neden olmaktadır. Gebelik haftası ve doğum ağırlığı azaldıkça sorunlar daha çok ve ağır görülmektedir. 23-27. gebelik haftaları arasındaki prematüre bebek, term bebek ile karşılaştırıldığında serebral palsi riski 80 kat, mental gerilik riski 10 kat artmaktadır (Moster, 2008). Her geçen gün preterm eyleme bağlı yaşayan prematüre bebek sayısı artmaktadır fakat aileye ve bulunduğu topluma etkileri daha ağır olmaktadır. Bebeğin doğduktan sonra yaşamı boyunca ortaya çıkabilecek hasarların engellenmesi gerekmektedir. Bu da preterm eylemlerin önlenmesi ile olmaktadır (Bonari ve ark., 2004; Gökalp ve Gülmez, 2013; Lembed, 2002).

Gebelikte görülen ruhsal bozukluklar, gebenin, fetüsün, yenidoğanın ve ailenin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyen önemli bir sorundur. Bebeğin sağlığı konusunda duyulan endişe, kaygı, gebelikte yaşanan komplikasyonların, depresyonla ilişkili olduğu belirtilmektedir. Tanısı konulmadığı takdirde semptomlar aylarca sürmektedir. Tedavi edilmeyen antenatal depresyon %50-62 oranında doğum sonrası psikiyatrik durumun kötüleşmesine neden olmaktadır (Bonari ve ark., 2004; Çelik, Nadirgil Köken ve Yılmaz, 2013; Şentürk, 2008).

Ruhsal bozukluklar annede yeti yitimine, anne sütünün kesilmesine ve anne bebek ilişkisinin bozulmasına neden olmaktadır. Buna bağlı olarak annenin bebeğine daha az ilgi göstermesi ve bebeğini reddetme durumu görülebilmektedir (Çelik, Nadirgil Köken ve Yılmaz, 20013; Demirbaş ve Kadioğlu, 2014; Mercer, 2006; Şentürk, 2008). Mercer (2006), anne ve bebek ilişkisinin neonatal dönemde değil prenatal dönemde başladığını belirtmektedir. Küçüköğlü, Çelebioğlu ve Coşkun'un (2014) çalışmalarında bebeği yenidoğan kliniğinde yatan annelerin emzirme öz yeterlilik düzeylerinin daha düşük olduğunu ve yüksek oranda depresyon belirtisi görüldüğünü bulmuştur.

Depresyon çeşitli obstetrik ve doğumsal komplikasyonlara da neden olabilmektedir. İştahın azalması ile kilo alımının azalması ve öz bakımının bozulması görülebilmektedir. Hipertansif ve buna bağlı hastalıklar en başta gelen sorunlardandır. Bunlarla birlikte; spontan abortus, preterm eylem, düşük doğum ağırlıklı fetüs, düşük apgar skoru, intrauterin ex, neonatal büyüme geriliği, artmış uterin arter rezistansı gibi komplikasyonlara da neden olmaktadır. Nasreen ve arkadaşlarının (2010) Bangladeş'ta 720 gebeyle yaptığı çalışmada, düşük doğum ağırlığının depresyon ve anksiyete ile %95 oranında ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Depresyon, sezeryan doğuma, doğumun daha ağırlı ve yüksek kontraksiyonlu olmasına neden

olacağı için epidural anesteziye ihtiyaç duyulabilmektedir (Bonari ve ark. 2004; Çelik, Nadirgil Köken ve Yılmaz, 2013; Savrun, 2009; Şentürk, 2008). Bu durum bebeği doğrudan etkilemektedir. Neonatal dönemde motor tonusda azalma, anormal refleks cevabında artış, iritabilite, uyarılara verilen emosyonel cevapta azalma, hiperaktivite, ağlama, kolay kırılma, dikkat eksikliği, sosyal davranış ve diğer psikomotor davranış bozuklukları arasında yakın ilişki saptanmıştır. Bazı çalışmalarda tedavi edilmemiş antenatal depresyon tanısı olan gebelerin çocuklarında suç işleme potansiyelinin daha yüksek olduğu ve çocuklarda da depresyon gelişme riskinin 6 kat arttığı bulunmuştur (Bonari ve ark., 2004; Maraloğlu ve Şahsivar, 2008; Savrun, 2008). Gebelikte anksiyete tanısı alan gebelerin bebeklerinde neonatal dönem içinde 8 aylıkken düşük mental ve motor gelişimine, 6-9 yaş arasında gri cevher yoğunluğunun azalmasına, 27 aylıkken huzursuz ve dikkat dağınıklığına neden olduğu öne sürülmüştür (Arch, 2013). O'Keane ve Marsh'ın (2007) yaptıkları çalışmada, gebelikte depresyon yaşayan kadınlardan doğan bebeklerin ilk 3 aylık dönemde beklenmedik şekilde gerçekleşen ölüm nedenlerinden birinin cranial nöral krest bozuklukları ve bu oranın %8.36 civarında olduğu saptanmıştır. Bu durum, annede oluşan stres ve yüksek anksiyete oranının bebeğin gelişimini olumsuz yönde etkileyerek, çocuklarda ortalama 4 yıl boyunca davranışsal bozukluk yaşanmasının sebebini gösterebilir (O'Keane ve Marsh, 2007). Bonari ve arkadaşlarının (2004) ultrason ile yaptıkları çalışmada depresyon tanısı alan bir gebenin fetüsünün daha çok sol yan yatarak uyuduğu, depresyon olmayan gebelerin fetüsünün ise daha hareketli olduğu gözlenmiştir. Fetüsün bu davranışı depresyonun fetüs üzerindeki olumsuz etkisini göstermektedir. Anneleri depresyon geçiren bebeklerin sol frontal lobunda elektriksel aktivitelerinin azaldığı görülmüştür. Bu durumun önemli olmasının nedeni beynin bu bölgesinin sevinç ve mutlulukla ilişkili olmasıdır (Bonari ve ark., 2004). Field ve arkadaşları (2002) depresyonu olan ve olmayan annelerin bebeklerin tükrük salgısındaki kortizol düzeyini değerlendirdikleri çalışmalarında, anneleri depresyon olan bebeklerde yüksek bazal kortizol seviyelerinin olduğu görülmüştür. Ayrıca bebeklerin ilk iki yılında kortizol seviyelerinin yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Maki ve arkadaşlarının (2003) çalışmalarında ise suç işleyen çocukların annelerinde doğum öncesi tedavi edilmeyen depresyonun olduğu saptanmıştır.

Depresyonun gebeliğin sonucunu etkileyebilecek sağlıksız davranışlara yol açtığı da bilinmektedir. Sağlıksız davranışlara yol açtığı gibi bu davranışlarla başa çıkmayı da zorlaştırır ve doğum sonucunu etkiler. Çünkü psikiyatrik hastalıklar kişilerin karar verme kapasitesini etkiler. Depresyon olan kadınlar toplumsal işlevlerde, duygusal yoksunluk ve gelecekteki ebeveynliği konusunda aşırı kaygı duymaktan yakınmaktadırlar. Gebelik

hakkında aşırı endişe duyarlar fakat düzenli olarak obstetrik kontrollerini gerçekleştiremeyebilirler. Kendi öz bakımlarını yerine getirmekte sorun yaşarlar, iştahta azalma ve buna bağlı olarak olması gereken kilodan daha az kiloda olmaları ile de karşımıza çıkabilirler. Gebelikte kullanılması gereken vitamin, folik asit almazlar ve önemli olduklarının farkında değildirler. Hatta bu obstetrik hizmetlerin zararlı olduklarını dahi düşünebilirler (Bonari ve ark., 2004). Ruhsal ve fiziksel hastalıklar, dikkat eksikliği, beslenme problemi, uykusuzluk, sosyal fonksiyonlarda azalma, içe kapanma gibi belirtiler de görülebilmektedir (Maraloğlu ve Şahsıvar, 2008). Depresyonda olan kadınlar, sigara, alkol gibi maddeleri kullanmaya daha çok yatkındırlar. Bu alışkanlıklar gebeliğin sonuçlarını etkileyen önemli faktörlerdendir. Sağlıksız davranış şeklinin intrauterin gelişmesine büyük etkisi vardır. Bu durum bize stresin erken doğum üzerinde etkisi olduğunu da göstermektedir (Bonari ve ark., 2004; O'Keane ve Marsh, 2007; Şentürk, 2008).

Duygu durum veya anksiyete bozukluğu olan hastaların ancak %26'sının tanı aldığı belirtilmektedir. Gebelikte ölü doğuma ve depresyona neden olan bir diğer durum ise sağlıksız yaşam tarzıdır. Ulusal Depresif ve Manik Depresif Derneklerinin yaptığı açıklamaya göre; gebelikte depresyon yaşayan ve tedavi edilmeyen kadınların intihar girişiminde bulunma oranının %15 olduğu bildirilmiştir (Bonari ve ark., 2007; NMDA, 1997).

Perital depresyonun etkisi sadece perinatal dönemde kalmayıp pospartum dönemi de etkilemektedir. Kısacası kadının yaşamının her dönemini etkileyebilmektedir. Gebelikte psikiyatrik morbiditeye sahip olma, pospartum depresyon yaşama olasılığını 3.7 kat daha arttırmaktadır (Ayvaz ve ark. 2006). Türkoğlu, Yalçınöz Baysal ve Küçükoğlu'nun (2014) yaptıkları çalışmada gebelikte tedavi edilmemiş depresyonun pospartum dönemde depresyon sıklığı %28 olarak bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada gebelikte BAE puanlarının yüksekliği ile doğum sonu depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kısa ve Yıldırım'a (2004) göre komplikasyonsuz doğumu izleyen ilk 3 ay veya 2 yıl içinde kadınların psikiyatrik nedenlerle hastaneye başvurularında artış olduğu belirtilmektedir. Annelerin stres, anksiyete ve kaygıyı artıran en önemli nedenleri, bebekle ilgili komplikasyonlar, doğumun erken gerçekleşmesi, bakıma yönelik aktiviteler, sağlık sorunlarıyla bebekten ayrı olmaları, hastane deneyimleri gibi faktörlerdir. Gebenin riskli bir gebelik yaşaması bu durumu doğrudan etkilemektedir (Taş Arslan ve Turgut, 2013; Türkoğlu, Yalçınöz Baysal ve Küçükoğlu, 2014). Latendresse'nin (2009) çalışmasında, hasta bebeğe sahip annelerin sağlıklı bebeğe sahip olan annelere göre pospartum depresyon puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuştur.

2.7. Hastane Stresörlerinin Preterm Eylem Hastaları Üzerine Etkisi

Preterm eylem tanısı almış gebelerin tıbbi tedavi ve bakım alabilmeleri için uzun süre hastanede yatmaları gerekebilmektedir. Kesin ya da kısmi olarak yatak istirahati doğuma kadar devam edebilir (Yeşiltepe Oskay, 2004).

Preterm eylem maternal ve fetal mortalite ve morbite riski olan, gebe ve ailesini fizyolojik ve psikolojik yönden etkileyen bir durumdur. Genellikle hastanede başlayıp evde ya da doğuma kadar hastanede devam eden yatak istirahati önerilmektedir. Çünkü yatak istirahati, uterus perfüzyonunun iyileşmesine, serviks üzerindeki baskıyı azaltıp silinme ve dilatasyonu önleyerek bebeğin terme ulaşmasına, gebenin dinlenmesine ve iyileşmesine katkı sağlamaktadır (Hediye ve Korkmaz, 2005; Pamuk ve Arslan 2009; Yeşiltepe Oskay,2001; Yeşiltepe Oskay, 2004).

Yatak istirahati gebeyi psikolojik strese sokabilir. Biyolojik olarak vücut sistemlerini etkileyebilir. EEG dalgalarında ve kortikal işlevlerinde yavaşlama, bilişsellikte, duygulanımda ve algılamada bozulma gibi psikofizyolojik değişiklikler de görülebilir. Gebenin ruhsal yönden olumsuz etkilenmesi özellikle depresyon ve kaygının olması gebelik, doğum ve doğum sonu komplikasyonların yaşanmasına ve artışına neden olabilmektedir. Bu durum fetal ve maternal sağlığı olumsuz yönde etkileyebilir (Maloni ve ark., 2005; Yeşiltepe Oskay, 2004). Goutlet ve arkadaşları (2001) çalışmalarında, hastanede uzun süre yatan gebelerin anne-bebek ve aile etkileşiminin olumsuz yönde etkilendiğini saptamışlardır.

Normal gebelik süreci zaten bir kriz durumu olarak değerlendirilirken, riskli bir gebeliğin yaşanması ve akut bir şekilde hastaneye yatma gebe ve ailesi için önemli bir kriz oluşturmaktadır. Gebe için en kötü durum, bebeğin sağlığından endişe edilmesi ve aileden ayrı olunmasıdır. Gebenin eşinde ise eşini ve bebeğini kaybetme korkusu ile endişe ve kaygı yaşanmasıdır (Serçekuş ve Okumuş, 2004; Yeşiltepe Oskay, 2004).

Preterm eylem tanılı gebelerde yatak istirahati üç şekilde olmaktadır. Birinci tip yatak istirahati, hafif ev işleri yapma, yarım gün çalışma, kısa yürüyüş ve gün içerisinde iki saat dinlenme şeklindedir. İkinci tip yatak istirahatinde ise, çalışmayı bırakma, ev işleri için yardım alma, yürüyüş yapabilme ancak egzersiz yasak, günün büyük bir kısmında dinlenme şeklindedir. Üçüncü tip yatak istirahati ise kesin, tam yatak istirahatidir. Sadece oda içinde hareket etme, zorunlu gereksinimler dışında ayağa kalkmama durumu vardır. Bu üç yatak istirahati tipinde gebe ve ailesinin günlük yaşam aktivitelerinde, alışkanlıklarında önemli değişiklikler yaşanmaktadır. Gebe ve ailesi bu durumdan olumsuz etkilenebilmektedir (Karaçam ve Şen, 2012).

Hastaneye yatma ile oluşan fiziksel ve sosyal ortam değişikliği gebenin ve bebeğinin sağlık durumunda sapma olması, yatak istirahatine bağlı aktivitelerin kısıtlanması, başkalarına bağlı olma, uygulanan tedavi, test ve girişimler, aileden ayrılma, belirsizlik gibi gebede fiziksel ve psikolojik sorunlara yol açabilmektedir. Bu durum gebelerde hem riskli gebeliğe bağlı hem de hastanede yatmaya bağlı sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Antenatal bakım, fiziksel iyiliği sağlama ve psikolojik sorunlara yönelik gereksinimleri sağlamayı içermelidir. Gebenin hastaneye yatırılmasıyla antenatal bakımı gereksinimleri artmakta, özel ve nitelikli bakım alma gereksinimi ortaya çıkmaktadır (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010; Pamuk ve Arslan, 2009; Serçekuş ve Okumuş, 2004; Yeşiltepe Oskay, 2004).

Uzun süre hastanede yatma ve yatak istirahatine bağlı kaslarda güçsüzlük ve ağrı, aktivite intoleransı, kilo kaybı, gastrointestinal sıkıntılar, burun dolgunluğu ve baş ağrısı, uyku problemi, kardiyovasküler kapasitede azalma, trombozis, cinsel yaşamda değişiklik gibi problemler ortaya çıkmaktadır (Karaçam ve Şen, 2012; Yeşiltepe Oskay, 2004).

Psikolojik sorunlar ise hastanede yatmaya bağlı fiziksel ve sosyal ortam değişikliği, aktivite kısıtlanması, başkalarına bağımlı olma, mahremiyet ile ilgili endişe, belirsizlik, kontrol kaybı, aile bütünlüğünün bozulması, çaresizlik, kendi kendine yetememe, can sıkıntısı, suçluluk, öfke, yalnızlık, umutsuzluk, fetüsün sağlık durumu ile ilgili endişe, ilaç uygulamaları ve evdeki çocukların bakımı ile ilgili endişe yaşamadır. Bunların hepsi bir stres etkeni olabilmektedir (Karaçam ve Şen, 2012; Yeşiltepe Oskay, 2004). Heaman ve Gupton'un (1998) yaptıkları çalışmada hastanede yatan gebelerin daha fazla anksiyete, depresyon yaşadıkları, benlik saygısında ve aile fonksiyonlarında azalma olduğu bulunmuştur.

2.8. Preterm Eylem Tanlı Gebede Ebelik Yaklaşımları

Ebeler, gebelerin rutin gereksinimlerini karşılamaları dışında preterm eylemin gerektirdiği sorunlara yönelik gebeyi bilgilendirme, danışmanlık hizmeti verme gibi sorumlulukları vardır. Ayrıca hastanede yatan gebelerin yatak istirahatine bağlı ortaya çıkabilecek fiziksel ve ruhsal sorunlarının belirlenmesi ve uygun girişimlerde bulunulması gerekmektedir (Yeşiltepe Oskay, 2004).

Gebelerde hastanede yatmaya ve preterm eylemin getirdiği strese bağlı olarak psikolojik sorunlar yaşanmaktadır. Gebelerde yalnızlık, güçsüzlük, huzursuzluk, korku, öfke gibi duygulara neden olmaktadır. Gebenin kendi bakımı üzerindeki kontrolünü mümkün oldukça elinde tutmasına izin verilmelidir. Odasının onun özel alanı olduğu hissettirilmeli, kendi çarşaflarını, fotoğraflarını, özel eşyalarını getirmesine izin verilmelidir. Sürekli pijama yerine kendi normal elbiselerini giymesi desteklenmelidir. Yapılan girişimlerin neden, niçin yapıldığı anlatılmalı, sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir. İşlemler için gebe ve eşinin de

düşünceleri göz önünde tutulmalıdır. Hastanede yatma süresi arttıkça gebede can sıkıntısı ve yalnızlık duygusu başlar. Ebe bunun için sosyal aktiviteler ve fırsatlar yaratmalıdır. İsterse el işi veya yatak içinde başka işler yapmasına, oda arkadaşı ve diğer hastalarla sohbet etmesine yardımcı ve destek olunmalıdır. Bu hastalar için en iyi şey birlikte toplanıp sohbet edebilecekleri, televizyon seyredebilecekleri bir ortamın oluşturulmasıdır. Ebe, gebenin fiziksel ve ruhsal durumunu sorgulamalı ve problemlere özgü baş etme yöntemleri geliştirmesine yardımcı olmalıdır. Aileden ayrı olduğu için ziyaret saatleri esnek olmalı, gerekirse özel oda ayarlanmalıdır. Eğer gebe odada tek başına kalıyorsa istek durumuna göre eşinin kalmasına da izin verilmelidir (Hediye Korkmaz, 2005; Karaçam ve Şen, 2012; Pamuk ve Arslan, 2009; Tezel ve Gözüm, 2005; Yeşiltepe Oskay, 2004).

Gebelerde preterm eyleme yol açan sağlık sorunları ve aktivite azalması nedeniyle fiziksel sorunlar yaşanmaktadır. Uzun süre yatak istirahatine bağlı olarak kaslarda güçsüzlük ve ağrı, kalp hızında artış, nefes darlığı, hipotansiyon, baş dönmesi, kilo kaybı, konstipasyon, reflü, kulak ve burun dolgunluğu, baş ağrısı gibi sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunları en aza indirmek için yatak içi egzersizler, yataktan kademeli yavaş yavaş kalkma, bol sıvı tüketmesi ve lifli besinler yemesi sağlanmalı, düzenli tuvalet alışkanlığı kazandırılmalıdır. Yabancı bir yatakta yatmak, ortam değişikliği, gündüz şekerleme uykularının olması, bebeğin ve kendisinin sağlık durumunu düşünmesi gibi birçok nedene bağlı uyku problemi en çok yaşanan sorunların başında gelmektedir. Bu durum hakkında gebe bilgilendirilmeli, kitap okuması, duş alması desteklenmeli, personel ve hastane gürültüsünü en aza indirmelidir. (Hediye ve Korkmaz, 2005; Pamuk ve Arslan, 2009; Yeşiltepe Oskay, 2004). Literatürde gebelerde hemşireler tarafından sağlanan emosyonel desteğin çok önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle gebenin korkularını, endişelerini dinlemek ve onlarla konuşmak için zaman ayırmak önemlidir. Bu amaçla uygulanan ebelik girişimlerinin etkinliği değerlendirilmeli ve izlenmelidir (Hediye ve Korkmaz, 2005; Karaçam ve Şen, 2012 Pamuk ve Arslan, 2009; Yeşiltepe Oskay, 2004). Ebeler, gebenin sorunlarını paylaşabilecek ve yardımcı olabilecek önemli sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle gebe ve ailesinin sosyal destek sistemlerini değerlendirmeli ve gereksinimleri doğrultusunda destekleyici bakım vermelidir. Gebenin stres ile başa çıkmasında olumlu düşünce geliştirmesi, hayal kurması, gevşeme tekniklerinin kullanılması, masaj yapılması ve durumu hakkında bilgilendirilmesi yararlı olabilmektedir. Ayrıca gebelere beslenme, günlük aktiviteleri, cinsel yaşam, fetüsün büyüme ve gelişimi, komplikasyonların belirti ve semptomları ile bireysel sorunlarına yönelik eğitim ve danışmanlık verilmelidir (Tezel ve Gözüm, 2005).

Eğer depresyon tanısı var ise hastanın intihar potansiyeli olup olmadığı mutlaka değerlendirilmelidir. Hasta ve ailesi ile işbirliği yapılması tedavisine göstereceği uyumda önemlidir. İzlemler sırasında hastanın endişeleri, korkuları, kaygıları sürekli olarak değerlendirilmeli, hastanın gereksinimlerine yönelik bilgi ve danışmanlık sağlanmalıdır. Hastanın anksiyetesini azaltmak için, gebenin yanında olunmalı ve değerli olduğu hissettirilmelidir. İletişim kurarken basit ve somut kelimeler kullanılmalı, sorulara cevap vermesi için zaman tanınmalıdır. Basmakalıp cümleler kullanmak duygularının önemsiz olduğu düşüncesine neden olduğundan bu tür ifadelerden kaçınılmalıdır. Derin nefes alıp verme, kasları gevşetme egzersizi, problem çözme eğitimi ve pozitif düşünme gibi başatme yöntemleri öğretilmelidir. Gerçek duygularını anlatması için cesaretlendirilmeli ve destek olunmalıdır (Ertekin Pınar ve Tel, 2012; Tezel ve Gözüm, 2005).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, 200 yataklı olan Ağrı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmıştır. Hastanede Riskli Gebe ve Lohusa Servisi-2, Doğum Salonu, Yenidoğan Servisi, Yenidoğan Yoğun Bakımı, Süt Çocuğu Servisi ve Çocuk İzolasyon Servisi bulunmaktadır. Araştırma 40 yataklı olan Riskli Gebe ve Lohusa Servisi-2'de yapılmıştır. Serviste toplam 6 kadın doğum uzmanı ve 30 ebe görev yapmakta, normal ve sezeryan doğum sonrası lohusaların ve riskli gebelerin takibi yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ağrı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Riskli Gebe ve Lohusa Servisi-2'de preterm eylem tanısı ile yatan, gebeliği 20-37. haftalar arasında olan, intrauterin ex ve anomali fetüs olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler oluşturmuştur. Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'ne preterm eylem tanısı ile 1 Ocak-31 Aralık 2013 tarihleri arasında 290 gebe yatmıştır. Yapılan güç analizinde; $\alpha=0.05$, $p=0.80$ güç ve 0.02'lik kabul edilebilir fark için örneklem büyüklüğü 150 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın yapıldığı süre içinde 150 gebeye ulaşılmıştır. Fakat bu geberden bir tanesi EMR nedeniyle doğum salonuna yatışı yapılmış, iki gebe ise araştırmayı kabul etmediği için çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışma 147 gebe ile tamamlanmıştır.

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımsız Değişkenler:

Araştırmada gebelerin yaşı, çalışma ve eğitim durumu, eşin çalışma ve eğitim durumu, evlilik yılı, aile tipi, akraba ile evlilik durumu, gelir gideri algılama, sosyal güvence, sigara içme ve ailede sosyal destek durumu gibi sosyo-demografik özellikler ve gebelik, canlı doğum, yaşayan çocuk sayısı, abortus, gebelik haftası, gebeliğin planlı ve istendik olma durumu, gebeliğin oluş şekli, gebelikte ilaç kullanma ve tanı almış fiziksel hastalık durumu, planlanan doğum şekli, kontrollere gitme durumu ve bebeğin cinsiyeti gibi özellikler bağımsız değişkenleri oluşturmuştur.

Bağımlı Değişken:

Araştırmada Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği puanları bağımlı değişkenleri oluşturmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması ve Araçlar

Araştırmada veriler, Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği ile toplanmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür taranarak hazırlanan formda gebelerin yaşı, çalışma, eğitim durumu, evlilik yılı gibi sosyo-demografik özelliklerin ve gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, abortus, gebelik haftası gibi obstetrik özelliklerin yer aldığı toplam 34 soru bulunmaktadır (Arslan ve Korkmaz, 2005; Kılıçarslan, 2008; Sunal ve Demiryay, 2009; Şentürk, 2008; Serçekuş ve Okumuş, 2004) (Ek 1).

3.5.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri içeren ölçek, depresyon belirtilerinin derecesini nesnel olarak belirlemeyi amaçlamaktadır. Ölçek, her biri 0-3 arasında puanlanan, 21 maddeden oluşmaktadır. Cevaplana puanlar toplanarak depresyon puanı belirlenmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63 ve kesme puanı 17'dir. Bu puanın üzerindeki bireyde depresyon belirtilerini gösterdiği ve ölçekten alınan puan arttıkça depresyon belirti şiddetinin de arttığı belirtilmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach's alpha katsayısı 0.80'dir (Aydemir ve Köroğlu, 2009). Bu çalışmada ise ilk ölçümde Cronbach's alpha katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur (Ek 2).

3.5.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DKE-SKE)

Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen envanter, kısa değerlendirilmelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Envanter likert tipinde olup "Hiç" ile "Tamamıyla" arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Envanterin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirliği Öner ve Lecompte tarafından (1983) yapılmıştır. Envanter toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. Durumluk kaygı envanteri 20 maddeden oluşmaktadır ve bireyin belirli bir anda ve belirli koşullar altında kendini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. Sürekli kaygı envanteri ise 20 maddeden oluşmakta ve bireyin içinde bulunduğu durumu koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinde doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getiren iki tür ifade vardır. Durumluk kaygı envanterinde 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeler tersine dönmüş ifadelerdir. Sürekli kaygı envanterinde ise 21,26,27,30,33,36 ve 39. uncu maddeler tersine dönmüş ifadeleri oluşturur. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyesini,

düşük puanlar düşük kaygı seviyesini ifade eder. Envanterin durumluk kaygı envanteri için alpha korelasyon katsayısı 0.94 ile 0.96, sürekli kaygı envanteri için 0.83 ile 0.87 arasındadır (Aydemir ve Köroğlu, 2009) (Ek 3). Bu çalışmada birinci ölçümde durumluk kaygı envanteri için alpha korelasyon katsayısı 0.91, sürekli kaygı envanteri için 0.93 olarak bulunmuştur.

3.5.4. Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği (AHSÖ)

White ve Richie tarafından (1981) geliştirilen sonra da Maloni ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilen, hastanede yatan yüksek riskli gebelerin stres kaynaklarını belirlemek amacıyla kullanılan likert tipi bir ölçektir. Ölçek stresör içeren 49 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yedi alt grup bulunmaktadır. Bunlar;

Ayrılık (6,7,10,19,22, 32,47. madde)

Çevresel durum (16,20,25,26,28,35,38,39,40. madde)

Sağlık durumu (3,4,9,14,27,36,37,43,44,48. madde)

Sağlık profesyonelleriyle iletişim (5,12,13,33,41,45,49. madde)

Benlik algısı (1,2,8,11,17,29,31,42. madde)

Duygusal durum (15,21,24,30,46. madde) ve

Aile durumu (18,23,34. madde)'dur.

Stresörlerin yarattığı stres şiddetine göre, stres yok (0), çok az stresli (1), biraz stresli (2), çok stresli (3), çok fazla stresli (4) veya bana uygun değil seçenekleri şeklinde sınıflandırılmıştır. Gerilimin etkeni kişiyle ilişkili değilse kişi, "Bana uygun değil" seçeneğini işaretlemektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi her bir alt grubun puanı, gruba ait stresörlerin toplam puanının stresör sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Ölçeğin Cronbach's alpha değerini White ve Richie 0.61–0.93 aralığında, Maloni ve ark. 0.63–0.93 aralığında, ölçeği Türkçeye çeviren ve dil geçerliliğini çalışan Yeşiltepe Oskay, (2001) ise 0.65- 0.83 aralığında bulmuştur. Aile durumu alt grupta bulunan madde sayısı ve tüm maddelere cevap veren vaka sayısı düşük olduğundan hem Oskay'ın çalışmasında hem de bu çalışmada Cronbach's alpha katsayısı düşüktür. Cronbach's alpha katsayısı düşük olsa dahi tüm maddelerin kendi içinde korelasyon katsayıları yüksek olduğundan bu alt grubun kalabileceği ve aile durumu ile ilgili stresörlerin değerlendirilmesinde kullanılabileceği belirtilmiştir (Yeşiltepe Oskay, 2001; White ve Ritchie, 1984). Bu çalışmada Cronbach's alpha katsayısı ilk izlemde 0.50-0.71 aralığında bulunmuş ve Cronbach's alpha katsayıları cevaplanan maddeler üzerinden değerlendirilmiştir (Ek 4).

3.6. Ön Uygulama

Araştırmada yer alan soruların anlaşılır olup olmadığını değerlendirmek amacıyla ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra soru formlarında değişiklik yapılmamıştır.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma 20 Ocak-30 Temmuz 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma kriterlerini karşılayan gebeler ile önce tanışılmış, çalışmanın amacı açıklandıktan sonra, araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerin onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere araştırmacı tarafından Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği yüz yüze görüşme yöntemi ile iki kez doldurulmuştur. Birinci izlemde formlar gebenin hastaneye ilk yattığı (birinci) gün uygulanmıştır. İkinci izlemde formlar gebenin taburcu olduğu gün (hastanedeki son günü) uygulanmıştır. Formların doldurulması 30 ile 45 dakika sürmüştür. Gebelere servisteki rutin uygulamalar dışında araştırmacı tarafından herhangi bir uygulama yapılmamıştır.

3.8. İstatistiksel Yöntem

Araştırmaların verileri SPSS 22.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım göstermeyen veriler için iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmasında ise Kruskal Wallis testi, bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında Wilcoxon İşaret Sıra testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma yapılmadan önce Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Etik Kurul onayı (Karar no: 2014-09/10) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Gebelere araştırma konusunda ve amacı hakkında bilgi verilmiş, aydınlatılmış onam formunun okunması ya da okunarak sağlanmıştır. Gebelere çalışmaya katılıp katılmama kararının kendilerine ait olduğu, formların üzerine isim yazılmayacağı, elde edilen bilgilerin çalışma dışında kullanılmayacağı, kişisel bilgilerinin korunacağı ifade edildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul edenlerin onamları alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu çalışmada, Ağrı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Riskli Gebe ve Lohusa Servisi-2'de preterm eylem tanısı ile yatan gebeleri kapsamakta olup, elde edilen sonuçlar tüm gebelere genellenemez. Ayrıca hastanede preterm eylem tanısı ile yatan gebe sayısı sınırlı ve araştırma pretest-posttest yapıldığı için örneklem sayısı sınırlı kalmıştır. Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği'nde yer alan maddeler "Bana uygun değil" seçeneği dışındaki cevap veren kişi sayısı üzerinden değerlendirilme yapıldığı için bazı maddelere cevap veren kişi sayısı sınırlı kalmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	%
Yaş Grupları		
16-25	86	58.5
26-35	52	35.4
36-42	9	6.1
Yaş ortalaması	X ± SS =25.52±5.98	
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	1	99.3
Çalışmıyor	146	0.7
Eğitim Durumu		
Okuryazar-okuryazar değil	60	40.8
İlköğretim	78	53.1
Lise ve üzeri	9	6.1
Aile Yapısı		
Çekirdek	81	55.1
Geniş	66	44.9
Akraba Evlilik Durumu		
Var	48	32.7
Yok	99	67.3
Evlilik Yılı		
1-5 yıl	78	53.1
6-10 yıl	36	24.5
11 yıl ve üzeri	33	22.4
Gelir Giderini Algılama Durumu		
Gelir giderden az	76	51.7
Gelir gidere eşit	54	36.7
Gelir giderden fazla	17	11.6
Sosyal Güvence Varlığı		
Var	48	32.7
Yok	99	67.3
Sigara Kullanma Durumu		
İçiyor	18	12.2
Gebelikte bırakmış	11	7.5
Hiç içmiyor	118	80.3
Ailede Destek Olan Kişilerin Varlığı		
Var	125	85
Yok	22	15
Toplam	147	100

Tablo 4.1’de gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Gebelerin yaş ortalaması 25.52±5.98 (min:16; max: 42), %58.5’i 16-25 yaş grubunda, %99.3’ü çalışmamakta, %53.1’i ilköğretim mezunu, %55.1’i çekirdek ailede yaşamakta, %67.3’ünün akraba evliliği bulunmamakta ve %53.1’i 1-5 yıldır evlidir. Araştırmada gebelerin %51.7’si gelirinin giderinden az olduğunu, %67.3’ü sosyal gevencesinin olmadığını, %80.3’ü hiç sigara içmediğini, %85’i ailede destek olacak kişilerin olduğunu belirtmiştir.

Tablo 3.2. Gebelerin Eşlerinin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	%
Eşin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	132	89.8
Çalışmıyor	15	10.2
Eşin Eğitim Durumu		
Okuryazar-okuryazar değil	19	12.9
İlköğretim	97	66.0
Lise ve üzeri	31	21.1
Eşin Sigara Kullanma Durumu		
İçiyor	91	61.9
Hiç içmiyor	56	38.1
Eşi İle İletişimini Algılaması		
İyi	112	76.2
Orta	34	23.1
Kötü	1	0.7
Toplam	147	100

Tablo 4.2’de gebelerin eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Eşlerinin %89.8’inin herhangi bir işte çalıştığı, %66’sının ilköğretim mezunu olduğu, %61.9’unun sigara içtiği ve %76.2’sinin eşi ile iletişimini iyi düzeyde algıladığı belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Obstetrik Özellikler	Sayı	%
Gebelik Haftası		
20-24 hafta	14	9.5
25-27 hafta	133	90.5
Gebelik Sayısı	40	27.2
Bir	107	72.8
İki ve üzeri		
Gebelik sayısı ortalaması	X ± SS =3.30±2.14	
Gebeliğin Planlı ve İstendik Olma Durumu		
Evet	96	65.3
Hayır	51	34.7
Gebeliğin Oluş Şekli		
Spontan	143	97.3
Tedavi	4	2.7
Gebelikte İlaç Kullanımı		
Evet	106	72.1
Hayır	41	27.9
Tanı Almış Fiziksel Hastalık Durumu		
Var	39	26.5
Yok	108	73.5
Planlanan Doğum Şekli		
Normal doğum	114	77.6
Sezeryen	33	22.4
Kontrollere Gitme Durumu		
Evet	93	63.3
Hayır	54	36.7
Bebelin Cinsiyeti		
Kız	41	27.9
Erkek	68	46.3
Kız ve Erkek (İkiz)	8	5.4
Bilinmiyor	30	20.4
Toplam	147	100

Tablo 4.3’de gebelerin obstretrik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Gebelerin gebelik sayısı ortalaması 3.30 ± 2.14 (min: 1; max: 11)’dür. Araştırmada gebelerin %90.5’inin 25-27. gebelik haftasında olduğu, %72.8’inin iki ve daha fazla gebelik geçirdiği, %65.3’ünün gebeliğinin planlı ve istendik olduğu, %97.3’ünün gebeliğinin spontan olarak gerçekleştiği, %72.1’inin gebelikte ilaç kullandığı, %73.5’inin gebelikte tanı almış fiziksel bir hastalığının olduğu, %77.6’sının doğumunun normal doğum olarak planlandığı, %63.3’ünün kontrollerine düzenli olarak gittiği, %46.3’ünün bebeğinin cinsiyetinin erkek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Gebelerin Hastane Öyküsüne Yönelik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Gebeliğinde Daha Önce Hastanede Yatma Durumu		
Evet	52	35.4
Hayır	95	64.6
Hastanede Ziyaretçisinin Gelme Durumu		
Evet	95	64.6
Hayır	52	35.4
Yatak İstirahatini Evde Yapmayı Tercih Etme Durumu		
Evet	98	66.7
Hayır	49	33.3
Hastanede Yatış Süresi		
1-3 gün	114	77.6
4-10 gün	33	22.4
Toplam	147	100

Tablo 4.4’de gebelerin hastane öyküsüne yönelik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Gebelerin %64.6’sının gebeliği sırasında daha önce hastanede yatmadığı, %64.6’sının hastanede yatarken ziyaretçisinin geldiği, %66.7’sinin hastane yerine evde yatmayı tercih ettiği, %77.6’sının ise hastanede yatış süresinin 1-3 gün arasında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Gebelerin Ruhsal Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Tam Almış Ruhsal Hastalık Durumu		
Evet	19	12.9
Hayır	128	87.1
Daha Önce Ruhsal Hastalığına Yönelik Yardım Alma Durumu		
Evet	20	13.6
Hayır	127	86.4
Ruhsal Durumunun Bebeğine Zarar Verme Düşüncesi		
Evet	114	77.6
Hayır	20	13.6
Bilmiyor	13	8.8
Gebeliğinde Ruhsal Yönden Yardım Almayı İsteme Durumu		
Evet	95	64.6
Hayır	52	35.4
Toplam	147	100

Tablo 4.5’de gebelerin ruhsal özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Gebelerin %87.1’inin daha önce ruhsal bir hastalığı bulunmamakta, %86.4’ü daha önce ruhsal hastalığına yönelik herhangi bir yardım almamış, %77.6’sı ruhsal durumunun bebeğine zarar verebileceğini düşünmekte ve %64.6’sı gebeliğinde ruhsal yönden yardım almayı istemektedir.

Tablo 4.6. Gebelerin Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	n	Birinci İzlem			n	İkinci İzlem		
		min	max	X±S		min	max	X±S
Beck Depresyon Ölçeği	147	2	53	17.59±9.84	147	2	53	17.98±10.43
Durumluk Kaygı Envanteri	147	27	76	51.91±11.86	147	20	69	33.17±11.73
Sürekli Kaygı Envanteri	147	21	77	44.46±13.72	147	20	77	44.23±14.82
Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği*								
Ayrılık	116	0	3	1.81±0.67	120	0	3.17	1.93±0.64
Çevresel durum	94	0	3.11	1.53±0.69	117	0.22	3.22	1.90±0.69
Sağlık durumu	104	0.50	2.90	1.72±0.46	116	1.25	2.50	1.32±0.49
Sağlık profesyonelleriyle iletişim	35	0.29	2.43	1.42±0.48	24	0.17	1.33	0.86±0.30
Benlik algısı	53	0.57	3.14	1.54±0.50	109	0.29	2.71	1.43±0.47
Duygusal durum	143	0	4	2.24±0.82	147	0	3.60	1.37±0.87
Aile durumu	68	0.67	4	2.82±0.76	68	0	4	2.34±0.79

*Ölçekte yer alan maddeler "Bana uygun değil" seçeneği dışındaki cevap veren kişi sayısı üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 4.6'da gebelerin BDÖ, DSKE ve AHSÖ puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. BDÖ puan ortalaması birinci ve ikinci izlem için sırasıyla 17.59 ± 9.84 (min: 2; max: 53), 17.98 ± 10.43 (min:2; max: 53)'dür. Durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması birinci ve ikinci izlem için sırasıyla 51.91 ± 11.86 (min:27; max:76), 33.17 ± 11.73 (min:20; max:69)'dür. SKE puan ortalaması birinci ve ikinci izlem için ise sırasıyla 44.46 ± 13.72 (min:21; max:77), 44.23 ± 14.82 (min:20; max:77) olarak bulunmuştur.

AHSÖ alt gruplarından ayrılık puan ortalaması birinci ve ikinci izlem için sırasıyla 1.81 ± 0.67 (min: 0; max: 3), 1.93 ± 0.64 (min:0; max: 3.17)'dir. Çevresel durum puan ortalaması birinci ve ikinci izlem için sırasıyla 1.53 ± 0.69 (min: 0; max: 3.11), 1.90 ± 0.69 (min: 0.22; max: 3.22)'dir. Sağlık durumu puan ortalaması birinci ve ikinci izlem için sırasıyla 1.72 ± 0.46 (min:0.50; max: 2.90), 1.32 ± 0.49 (min: 1.25; max: 2.50)'dur. Sağlık profesyonelleriyle iletişim puan ortalaması birinci ve ikinci izlem için sırasıyla 1.42 ± 0.48 (min: 0.29; max: 2.43), 0.86 ± 0.30 (min: 0.17; max: 1.33)'dur. Benlik algısı puan ortalaması birinci ve ikinci izlem için sırasıyla 1.54 ± 0.50 (min: 0.57; max: 3.14), 1.43 ± 0.47 (min: 0.29; max: 2.71)'dir. Duygusal durum puan ortalaması birinci ve ikinci izlem için sırasıyla 2.24 ± 0.82 (min: 0; max: 4), 1.37 ± 0.87 (min: 0; max: 3.60)'dir. Aile durumu puan ortalaması birinci ve ikinci izlem için sırasıyla 2.82 ± 0.76 (min: 0.67; max: 4), 2.34 ± 0.79 (min: 0; max: 4)'dur.

Tablo 4.7. Gebelerin Birinci İzlemede Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Sosyo-demografik özellikler	n	X±SS	Ortanca	min-max
Yaş Grupları				
16-25	86	15.90±8.46	15.0	2.0-43.0
26-35	52	20.26±11.67	17.0	4.0-53.0
36-42	9	18.33±7.68	17.0	9.0-30.0
Test	<i>KW=4.053 p=0.132</i>			
Eğitim Durumu				
Okuryazar-okuryazar değil	60	18.73±9.43	17.0	3.0-53.0
İlköğretim	78	17.28±10.00	15.0	2.0-52.0
Lise ve üzeri	9	12.77±10.50	9.0	6.0-37.0
Test	<i>KW= 5.582 p=0.061</i>			
Eşin Eğitim Durumu				
Okur yazar-okuryazar değil	19	17.68±8.19	17.0	4.0-32.0
İlköğretim	97	19.03±10.11	17.0	3.0-53.0
Lise ve üzeri	31	13.06±8.69	12.0	2.0-52.0
Test	<i>KW=12.878 p=0.002*</i>			
Eşin Çalışma Durumu				
Çalışıyor	132	17.79±10.01	16.0	3.0-53.0
Çalışmıyor	15	15.86±8.27	13.0	2.0-33.0
Test	<i>MW-U= 883.000 p=0.493</i>			
Sosyal Güvence Varlığı				
Var	48	15.83±8.89	14.0	2.0-37.0
Yok	99	18.45±10.20	17.0	3.0-53.0
Test	<i>MW-U=1985.000 p=0.106</i>			
Gelir Giderini Algılama Durumu				
Gelir giderden az	76	20.30±10.25	19.0	2.0-52.0
Gelir gidere eşit	54	15.55±8.50	15.0	4.0-53.0
Gelir giderden fazla	17	12.00±8.32	9.0	3.0-32.0
Test	<i>KW=15.568 p=0.000*</i>			
Aile Yapısı				
Çekirdek	81	17.40±10.16	15.0	3.0-53.0
Geniş	66	17.83±9.49	17.0	2.0-49.0
Test	<i>MW-U= 2505.500 p=0.514</i>			
Sigara Kullanma Durumu				
İçiyor	18	21.44±11.13	17.0	9.0-52.0
Gebelikte bırakmış	11	20.27±11.14	17.0	11.0-49.0
Hiç içmiyor	118	16.76±9.41	15.0	2.0-53.0
Test	<i>KW=3.785 p=0.151</i>			

MW-U=Mann -Whitney U testi

KW= Kruskall Wallis testi

**p<0.05*

Tablo 4.7’de gebelerin birinci izlemde sosyo-demografik özelliklerine göre BDÖ puanlarının dağılımı verilmiştir.

Eşin eğitim durumu ile BDÖ puan ortalamaları/ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analiz sonucunda anlamlılığın eşi ilköğretim mezunu olan gebelerden kaynaklandığı, eşi ilköğretim mezunu olan gebelerin puan ortalaması/ortancasının diğer bireylerin puan ortalaması/ortancasına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Geliri giderinden az olan gebelerin BDÖ puan ortalaması/ortancaları diğer gruplara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Gebelerin yaş, eğitim durumu, eşin çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, aile yapısı, sigara içme durumu ile BDÖ puan ortalamaları/ortancaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Gebelerin Birinci İzlemede Obstretrik Özelliklerine Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Obstretrik Özellikler	Sayı	X±SS	Ortanca	min-max
Gebelik Haftası				
13-24	14	15.28±8.29	15.5	2.0-29.0
25-27 hafta	133	17.84±9.98	16.0	3.0-53.0
Test	<i>MW-U= 839.500 p=0.543</i>			
Gebelik Sayısı				
Bir	40	13.32±7.81	15.5	2.0-35.0
İki ve üzeri	107	19.19±10.07	17.0	4.0-53.0
Test	<i>MW-U= 1368.500 p=0.001*</i>			
Gebeliğin Planlı ve İstendik Olma Durumu				
Evet	96	16.75±10.19	15.0	2.0-52.0
Hayır	51	19.19±9.01	17.0	6.0-53.0
Test	<i>MW-U= 1971.500 p=0.052</i>			
Gebeliğin Oluş Şekli				
Spontan	143	17.66±9.88	16.0	2.0-53.0
Tedavi	4	15.25±8.95	16.0	4.0-25.0
Test	<i>MW-U= 259.500 p=0.752</i>			
İlaç Kullanım Durumu				
Evet	106	17.58±9.34	16.0	3.0-52.0
Hayır	41	17.63±11.14	16.0	2.0-53.0
Test	<i>MW-U= 2115.500 p=0.804</i>			
Tanı Almış Fiziksel Hastalık Durumu				
Evet	39	19.51±10.26	16.0	4.0-52.0
Hayır	108	16.90±9.63	15.5	2.0-53.0
Test	<i>MW-U= 1797.000 p=0.175</i>			
Planlanan Doğum Şekli				
Vajinal doğum	114	17.72±10.34	16.0	2.0-53.0
Sezeryan doğum	33	17.15±7.83	15.0	5.0-37.0
Test	<i>MW-U= 1880.000 p=0.996</i>			
Kontrollere Gitme Durumu				
Evet	93	16.25±9.41	15.0	2.0-53.0
Hayır	54	19.90±10.21	15.0	3.0-53.0
Test	<i>MW-U= 1909.000 p=0.015*</i>			
Bebegin Cinsiyeti				
Kız	41	17.07±8.16	16.0	4.0-40.0
Erkek	68	15.69±9.18	14.0	2.0-37.0
kız + erkek	8	19.37±5.62	19.5	12.0-27.0
Bilinmiyor	30	22.16±12.72	19.0	4.0-53.0
Test	<i>KW=8.947 p=0.037*</i>			

MW-U=Mann -Whitney U testi

KW= Kruskall Wallis testi

**p<0.05*

Tablo 4.8’de gebelerin birinci izlemde obstretrik özelliklerine göre BDÖ puanlarının dağılımı verilmiştir.

Gebelik sayısı iki ve üstü olan gebelerin BDÖ puan ortalamaları/ortancaları daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Düzenli kontrole gitmeyen, bebeğin cinsiyetini bilmeyen gebelerin BDÖ puan ortalamaları/ortancaları daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Gebelerin gebelik haftası, planlı ve isteyerek gebe kalma durumu, gebeliğin oluş şekli, ilaç kullanım durumu, tanı almış fiziksel hastalık durumu ve planlanan doğum şekli ile BDÖ puan ortalamaları/ortancaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4 Gebelerin Birinci İzlemede Ruhsal Özellikleri ve Hastane Öyküsüne Göre Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Özellikler	Sayı	X±SS	Ortanca	min-max
Tanı almış Ruhsal Hastalık Durumu				
Evet	39	19.51±10.26	15.0	2.0-53.0
Hayır	108	16.90±9.63	15.0	2.0-53.0
Test	<i>MW-U= 725.000 p=0.005*</i>			
Hastanede Ziyaretçisinin Gelme Durumu				
Evet	95	17.38±9.79	16.0	2.0-52.0
Hayır	52	17.98±10.00	16.0	4.0-53.0
Test	<i>MW-U=2475.500 p=0.800</i>			
Yatak İstirahatini Evde Yapmayı Tercih Etme Durumu				
Evet	98	16.70±10.47	15.0	2.0-53.0
Hayır	49	19.38±8.24	17.0	6.0-52.0
Test	<i>MW-U=1856.500 p=0.025*</i>			
Eşi İle İletişimini Algılaması				
İyi	112	16.52±9.36	15.0	2.0-53.0
Orta	35	21.02±10.66	19.0	3.0-49.0
Test	<i>MW-U=1425.500 p=0.015*</i>			

MW-U=Mann -Whitney U testi

KW= Kruskall Wallis testi

**p<0.05*

Tablo 4.9’da gebelerin birinci izlemede ruhsal özellikleri ve hastane öyküsüne göre BDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir.

Tanı almış ruhsal bir hastalığı olan, yatak istirahatını evde yapmayı istemeyen, eşiyile iletişimi orta düzeyde olan gebelerin BDÖ puan ortalamaları/ortancaları daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Araştırmada hastanede ziyaretçilerinin gelme durumu ile BDÖ puan ortalamaları/ortancaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 4.10. Gebelerin Birinci İzlemede Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri Puanlarının Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	Durumluk Kaygı Envanteri			Süreklilik Kaygı Envanteri		
		$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	min-max	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	min-max
Yaş Grupları							
16-25	86	50.96±11.41	51.0	27.0-53.0	43.36±13.52	40.50	21.0-75.0
26-35	52	54.26±12.54	56.5	30.0-76.0	46.21±14.62	42.0	22.0-77.0
36-42	9	47.44±10.66	44.0	34.0-68.0	45.0±9.69	41.0	36.0-60.0
Test		$KW=3.941 \quad p=0.139$			$KW=1.402 \quad p=0.496$		
Eğitim Durumu							
Okur yazar-değil	60	51.58±12.40	52.0	29.0-73.0	45.71±13.26	42.0	26.0-73.0
İlköğretim	78	51.61±11.64	53.0	27.0-76.0	43.87±13.98	41.0	21.0-77.0
Lise ve üzeri	9	56.77±10.02	51.0	47.0-73.0	41.33±15.11	39.0	27.0-75.0
Test		$KW=1.462 \quad p=0.482$			$KW=1.601 \quad p=0.449$		
Eşin Eğitim Durumu							
Okur yazar- değil	19	49.94±12.88	49.0	31.0-70.0	44.68±13.05	41.0	27.0-73.0
İlköğretim*	97	53.94±11.32	55.0	29.0-74.0	46.54±14.12	44.0	21.0-77.0
Lise ve üzeri	31	46.77±11.46	46.0	27.0-76.0	37.83±10.76	36.0	22.0-71.0
Test		$KW=9.527 \quad p=0.010^*$			$KW=9.525 \quad p=0.009^*$		
Eşin Çalışma Durumu							
Çalışıyor*	132	52.88±11.32	55.0	29.0-76.0	44.95±13.78	42.0	21.0-77.0
Çalışmıyor	15	43.40±13.44	40.0	27.0-71.0	40.20±12.80	39.0	26.0-68.0
Test		$MW-U=554.000 \quad p=0.005^*$			$MW-U=785.500 \quad p=0.190$		
Sosyal Güvence Varlığı							
Var	48	51.39±12.33	49.5	27.0-73.0	42.39±13.78	39.0	21.0-75.0
Yok	99	52.17±11.67	53.0	30.0-76.0	45.47±13.64	42.0	22.0-77.0
Test		$MW-U=2299.000 \quad p=0.750$			$MW-U=2034.000 \quad p=0.158$		
Gelir Giderini Algılama Durumu							
Gelir giderden az*	76	52.92±12.98	55.0	27.0-76.0	48.35±15.00	48.5	22.0-77.0
Gelir gidere eşit	54	52.24±9.92	52.5	34.0-71.0	41.18±10.90	39.0	26.0-70.0
Gelir giderden fazla	17	46.41±11.39	46.0	29.0-63.0	37.52±10.46	39.0	21.0-61.0
Test		$KW=3.928 \quad p=0.140$			$KW=11.197 \quad p=0.004^*$		
Aile Yapısı							
Çekirdek aile	81	51.30±11.98	52.0	29.0-76.0	42.85±12.81	40.0	21.0-73.0
Geniş aile	66	52.66±11.76	55.0	27.0-73.0	46.45±14.60	43.5	26.0-77.0
Test		$MW-U=2459.500 \quad p=0.405$			$MW-U=2341.000 \quad p=0.196$		
Sigara Kullanım Durumu							
İçiyor	18	53.27±12.40	52.0	32.0-76.0	46.05±12.16	45.5	26.0-71.0
Gebelikte bırakmış	11	49.9±10.64	47.0	34.0-68.0	46.27±14.65	41.0	28.0-77.0
Hiç içmiyor	118	51.89±11.95	53.5	27.0-73.0	44.05±13.93	41.0	25.0-75.0
Test		$KW=0.516 \quad p=0.773$			$KW=0.974 \quad p=0.614$		

MW-U=Mann -Whitney U testi

KW= Kruskall Wallis testi

**p<0.05*

Tablo 4.10'da gebelerin birinci izlemde sosyo-demografik özelliklerine göre DSKE puanları verilmiştir.

Eşi ilköğretim mezunu olan gebelerin DSKE puan ortalamaları/ortancaları, eşi çalışan gebelerin DKE puan ortalamaları/ortancaları, geliri giderinden az olan gebelerin SKE puan ortalamaları/ortancaları diğer gruplara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Gebelerin yaş, eğitim durumu, eşin çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, gelir giderini algılama durumu, aile yapısı ve sigara kullanım durumu ile DSKE puan ortalamaları/ortancaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Eşin çalışma durumu ile SKE, gelir giderini algılama durumu ile DKE puan ortalamaları/ortancaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).



Tablo 4.11. Gebelerin Birinci İzlemede Obstretrik Özelliklerine Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puanlarının Dağılımı

Obstretrik Özellikler	Sayı	Durumluk Kaygı Envanteri			Sürekli Kaygı Envanteri		
		X±SS	Ortanca	min-max	X±SS	Ortanca	min-max
Gebelik haftası							
13-24	14	52.21±13.09	56.5	27.0-67.0	44.92±15.93	41.0	21.0-74.0
25-27 hafta	133	51.88±11.77	52.0	29.0-76.0	44.42±13.53	41.0	22.0-77.0
Test		<i>MW-U=888.000 p=0.776</i>			<i>MW-U=915.500 p=0.919</i>		
Gebelik Sayısı							
Bir	40	49.95±11.88	50.0	27.0-68.0	41.15±14.60	36.5	21.0-74.0
İki ve üstü*	107	52.65±11.82	53.0	29.0-76.0	45.71±13.23	42.0	22.0-77.0
Test		<i>MW-U=1897.000 p=0.291</i>			<i>MW-U=1650.500 p=0.033*</i>		
Gebeliğin Planlı ve İstendik Olma Durumu							
Evet	96	51.65±11.31	52.5	27.0-76.0	43.76±13.71	41.0	21.0-77.0
Hayır	51	52.4±12.93	53.0	29.0-73.0	45.80±13.75	41.0	22.0-75.0
Test		<i>MW-U=2337.000 p=0.651</i>			<i>MW-U=2238.000 p=0.393</i>		
Gebeliğin Oluş Şekli							
Spontan	143	51.92±11.87	53.0	27.0-76.0	44.59±13.76	41.0	21.0-77.0
Tedavi	4	51.75±12.97	50.0	39.0-68.0	40.0±12.98	37.5	28.0-57.0
Test		<i>MW-U=279.000 p=0.934</i>			<i>MW-U=231.500 p=0.516</i>		
İlaç Kullanma Durumu							
Evet	106	52.07±11.37	53.0	29.0-76.0	44.93±14.05	42.0	21.0-77.0
Hayır	41	51.51±13.17	49.0	27.0-73.0	43.26±12.91	39.0	27.0-73.0
Test		<i>MW-U=2481.500 p=0.916</i>			<i>MW-U=2010.000 p=0.481</i>		
Tanı Almış Fiziksel Hastalık Durumu							
Evet	39	52.56±12.64	55.0	30.0-76.0	44.87±14.02	42.0	22.0-73.0
Hayır	108	51.68±11.61	52.0	27.0-74.0	44.32±13.67	41.0	21.0-77.0
Test		<i>MW-U=1990.500 p=0.640</i>			<i>MW-U=2056.500 p=0.828</i>		
Düzenli Kontrole Gitme Durumu							
Evet	93	50.35±11.52	51.0	27.0-76.0	41.81±12.66	40.0	21.0-77.0
Hayır*	54	54.61±12.06	58.0	32.0-73.0	49.03±14.36	45.5	29.0-77.0
Test		<i>MW-U=1987.500 p=0.035*</i>			<i>MW-U=1790.500 p=0.004*</i>		
Planlanan doğum şekli							
Vajinal doğum	114	51.78±12.16	53.0	27.0-76.0	44.63±13.91	42.0	21.0-77.0
Sezeryan doğum	33	52.36±10.89	52.0	33.0-73.0	43.90±13.22	40.0	27.0-75.0
Test		<i>MW-U=1853.000 p=0.897</i>			<i>MW-U=1884.500 p=0.829</i>		
Bebeğin cinsiyeti							
Kız	41	50.80±11.86	49.0	29.0-74.0	43.80±12.70	42.0	25.0-69.0
Erkek	68	50.13±11.22	49.5	27.0-73.0	41.52±13.75	39.0	21.0-75.0
Kız + erkek	8	56.50±11.53	59.5	39.0-71.0	47.75±12.39	49.0	31.0-64.0
Bilinmiyor*	30	56.26±12.50	60.0	31.0-76.0	51.16±13.43	51.5	32.0-77.0
Test		<i>KW=7.937 p=0.047*</i>			<i>KW=11.860 p=0.008*</i>		

MW-U=Mann -Whitney U testi

KW= Kruskall Wallis testi

**p<0.05*

Tablo 4.11’de gebelerin birinci izlemde obstretrik özelliklerine göre puanlarını dağılımı verilmiştir.

Gebelik sayısı iki ve üstü olan gebelerin SKE puan ortalamaları/ortancaları daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Düzenli kontrole gitme durumu ve bebeğin cinsiyeti ile DSKE puan ortalamaları/ortancaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Düzenli kontrole gitmeyen, bebeğin cinsiyetini bilmeyen gebelerin DSKE puan ortalamaları/ortancaları daha yüksektir.

Araştırmada gebelerin gebelik haftası, gebeliğin planlı ve istendik olma durumu, gebeliğin oluş şekli, ilaç kullanma durumu, tanı almış fiziksel hastalık durumu, planlanan doğum şekli ile DSKE, gebelik sayısı ile DKE puan ortalamaları/ortancaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Gebelerin Birinci İzlemede Ruhsal Özellikleri ve Hastane Öyküsüne Göre Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	Durumluk Kaygı Envanteri			Sürekli Kaygı Envanteri		
		X±SS	Ortanca	min-max	X±SS	Ortanca	min-max
Tam Almış Ruhsal hastalık durumu							
Evet*	19	57.73±11.15	60.0	38.0-76.0	53.05±13.77	53.0	33.0-73.0
Hayır	128	51.05±11.76	51.5	27.0-74.0	43.19±13.29	41.0	21.0-77.0
Test		<i>MW-U=838.500 p=0.029*</i>			<i>MW-U=733.500 p=0.005*</i>		
Hastanede Ziyaretçisinin Gelme Durumu							
Evet	95	51.60±12.06	52.0	27.0-76.0	45.03±14.16	41.0	21.0-75.0
Hayır	52	52.50±11.57	55.0	29.0-73.0	43.44±12.93	40.0	25.0-77.0
Test		<i>MW-U=2355.000 p=0.641</i>			<i>MW-U=2318.500 p=0.538</i>		
Yatak İstirahatını Evde Yapmayı Tercih Etme Durumu							
Evet	98	50.56±12.33	50.5	27.0-73.0	42.73±13.84	40.0	21.0-77.0
Hayır	49	54.63±10.45	55.0	32.0-76.0	47.93±12.91	49.0*	26.0-74.0
Test		<i>MW-U=1987.000 p=0.089</i>			<i>MW-U=1816.000 p=0.016*</i>		
Eşi İle İletişimini Algılaması							
İyi	112	51.14±11.90	51.5	27.0-76.0	42.34±13.09	39.0	21.0-74.0
Orta	35	54.40±11.54	57.0	31.0-73.0	51.25±13.64	50.0*	29.0-77.0
Test		<i>MW-U=1641.500 p=0.147</i>			<i>MW-U=1223.500 p=0.001*</i>		

MW-U=Mann -Whitney U testi

KW= Kruskall Wallis testi

**p<0.05*

Tablo 4.12’de gebelerin birinci izlemede ruhsal özellikleri ve hastane öyküsüne göre durumluk-sürekli kaygı ölçeği puanlarını dağılımı verilmiştir.

Ruhsal hastalığı olan gebelerin DSKE puan ortalamaları/ortancaları daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yatak istirahatını evde yapmayı istemeyen ve eşi ile iletişimini orta düzeyde algılayan gebelerin SKE puan ortalamaları/ortancaları daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Hastanede ziyaretçisinin gelme durumuna göre DSKE puan ortalamaları/ortancaları, yatak istirahatını evde yapmayı isteme ve eşi ile iletişimini algılama durumuna göre gebelerin DKE puan ortalamaları/ortancaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 5 Gebelerin Birinci İzlemede Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Özellikler	Ayrılık**	Çevre**	Sağlık durumu**	Sağlık profesyonelleri ile iletişimi**	Benlik algısı**	Duyusal durum**	Aile durumu**
	X±SS Med (Min-Max)	X±SS Med (MinMax)	X±SS Med (MinMax)	X±SS Med (MinMax)	X±SS Med (Min-Max)	X±SS Med (MinMax)	X±SS Med (MinMax)
Yaş Grupları							
16-25	1.73±0.64 1.83 (0.0-2.83)	1.57±0.73 1.44 (0.0-2.78)	1.78±0.47 1.80 (0.70-2.90)	1.55±0.41 1.42 (0.86-2.14)	1.62±0.57 1.57 (0.57-3.14)	2.17±0.86 2.20 (0-3.80)	2.76±0.75 2.66 (1.33-4.0)
26-35	1.93±0.69 2.0 (0.0-3.00)	1.46±0.64 1.55 (0.22-3.11)	1.67±0.45 1.80 (0.50-2.50)	1.40±0.51 1.4 (0.71-2.43)	1.51±0.42 1.57 (0.71-2.43)	2.44±0.75 2.40 (0.60-4.00)	2.85±0.79 2.66 (0.67-4.00)
36-42	1.87±0.73 1.8 (0.33-2.67)	1.53±0.65 1.50 (0.67-2.67)	1.46±0.47 1.45 (0.70-2.10)	0.89±0.42 1.0 (0.29-1.29)	1.25±0.25 1.28 (1-1.57)	1.73±0.53 1.60 (0.80-2.60)	2.90±0.71 3.0 (2-3.67)
Test	<i>KW=2.896</i> <i>p=0.235</i>	<i>KW=0.194</i> <i>p=0.907</i>	<i>KW=2.146</i> <i>p=0.342</i>	<i>KW=5.925</i> <i>p=0.052</i>	<i>KW=2.578</i> <i>p=0.276</i>	<i>KW=7.430</i> <i>p=0.024*</i>	<i>KW=0.155</i> <i>p=0.926</i>
Eğitim Durumu							
Okuryazar- Okuryazar değil	1.75±0.67 1.83 (0.00-3.00)	1.28±0.65 1.33 (0.00-2.56)	1.58±0.44 1.70 (0.50-2.40)	1.3±0.48 1.35 (0.29-2.43)	1.43±0.34 1.42 (0.71-2.00)	2.26±0.75 2.20 (0.60-3.80)	2.74±0.76 2.66 (0.67-4.00)
İlköğretim	1.89±0.66 2.00 (0.00- 2.83)	1.67±0.63 1.55 (0.56-3.11)	1.84±0.47 1.90 (0.80-2.90)	1.57±0.46 1.71 (0.71-2.14)	1.68±0.62 1.64 (0.57-3.14)	2.21±0.87 2.20 (0.00-4.00)	3.00±0.71 3.00 (1.33-4.00)
Lise ve üzeri	1.50±0.64 1.66 (0.50-2.17)	2.24±0.76 2.55 (0.89-2.67)	1.71±0.33 1.75 (1.30-2.20)	***	1.61±0.70 1.28 (1.14-2.43)	2.37±0.89 2.20 (1.20-3.80)	2.00±0.94 2.00 (1.33-2.67)
Test	<i>KW=2.972</i> <i>p=0.226</i>	<i>KW=10.270</i> <i>p=0.006*</i>	<i>KW=6.599</i> <i>p=0.037*</i>	<i>KW=3.076</i> <i>p=0.215</i>	<i>KW=1.853</i> <i>p=0.396</i>	<i>KW=0.201</i> <i>p=0.904</i>	<i>KW=3.657</i> <i>p=0.161</i>
Eşin Eğitim Durumu							
Okuryazar-okuryazar değil	1.90±0.52 1.75 (1.33- 2.67)	1.35±0.84 1.11 (0.22-3.11)	1.61±0.43 1.50 (0.70-2.30)	1.33±0.42 1.28 (0.71-1.86)	1.37±0.34 1.28 (0.86-2.00)	2.31±0.74 2.40 (0.80-3.40)	2.86±0.59 2.66 (2.00-4.00)
İlköğretim	1.81±0.69 2.00 (0.00-3.00)	1.52±0.59 1.44 (0.00-2.67)	1.77±0.48 1.80 (0.50-2.90)	1.50±0.49 1.42 (0.29-2.43)	1.60±0.52 1.57 (0.57-3.14)	2.35±0.79 2.20 (0.60-3.80)	2.79±0.76 2.66 (0.67- 4.00)
Lise ve üzeri	1.75±0.68 1.66 (0.50-2.83)	1.67±0.92 1.77 (0.22-2.78)	1.60±0.43 1.70 (0.90-2.50)	1.20±0.52 1.00 (0.71- 2.00)	1.55±0.55 1.42 (0.86-2.43)	1.84±0.86 1.80 (0.00-4.00)	3.06±1.11 3.33 (1.33-4.00)
Test	<i>KW=0.840</i> <i>p=0.657</i>	<i>KW=2.335</i> <i>p=0.311</i>	<i>KW=3.045</i> <i>p=0.218</i>	<i>KW=2.130</i> <i>p=0.345</i>	<i>KW=1.753</i> <i>p=0.416</i>	<i>KW=8.446</i> <i>p=0.015*</i>	<i>KW=0.888</i> <i>p=0.641</i>
Eşin Çalışma Durumu							
Çalışıyor	1.81±0.67 1.83 (0.00-3.00)	1.55±0.70 1.44 (0.00-3.11)	1.73±0.46 1.80 (0.70-2.90)	1.50±0.47 1.42 (0.29-2.43)	1.58±0.50 1.57 (0.57-3.14)	2.31±0.78 2.20 (0.60-4.00)	2.85±0.72 2.66 (1.00-4.00)
Çalışmıyor	1.79±0.64 1.75 (0.67-2.83)	1.31±0.55 1.38 (0.22-2.11)	1.55±0.49 1.60 (0.50-2.10)	0.97±0.23 0.85 (0.71-1.29)	1.33±0.47 1.50 (0.71-2.00)	1.62±0.89 1.80 (0.00-3.20)	1.62±0.89 1.80 (0.00-3.20)
Test	<i>MW-U=400.500</i> <i>p=0.730</i>	<i>MW-U=292.500</i> <i>p=0.485</i>	<i>MW-U=385.500</i> <i>p=0.350</i>	<i>MW-U=22.000</i> <i>p=0.012*</i>	<i>MW-U=138.500</i> <i>p=0.299</i>	<i>MW-U=572.500</i> <i>p=0.010*</i>	<i>MW-U=202.000</i> <i>p=0.463</i>

Tablo 4.13.'ün devamı

Özellikler	Ayrılık**	Çevre**	Sağlık durumu**	Sağlık profesyonelleri ile iletişimi**	Benlik algısı**	Duygusal durum**	Aile durumu**
	$\bar{X} \pm SS$ Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Med (MinMax)	$\bar{X} \pm SS$ Med (MinMax)	$\bar{X} \pm SS$ Med (MinMax)	$\bar{X} \pm SS$ Med (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Med (MinMax)	$\bar{X} \pm SS$ Med (MinMax)
Sosyal Güvence Varlığı							
Var	1.81±0.65 1.83 (0.17-2.83)	1.68±0.75 1.55 (0.22-3.11)	1.68±0.47 1.70 (0.80-2.60)	1.42±0.54 1.42 (0.71-2.43)	1.42±0.48 1.35 (0.57-2.43)	2.15±0.91 2.20 (0.00-3.80)	2.28±0.77 2.20 (0.40-4.00)
Yok	1.81±0.68 1.83 (0.00-3.00)	1.46±0.65 1.44 (0.00-2.67)	1.73±0.47 1.80 (0.50-2.90)	1.42±0.47 1.42 (0.29-2.14)	1.60±0.50 1.57 (0.71-3.14)	2.28±0.77 2.20 (0.40-4.00)	2.80±0.80 2.66 (0.67-4.00)
Test	<i>MW-U=1521.000</i> <i>p=0.849</i>	<i>MW-U=773.500</i> <i>p=0.166</i>	<i>MW-U=1096.500</i> <i>p=0.444</i>	<i>MW-U=108.000</i> <i>p=0.733</i>	<i>MW-U=247.000</i> <i>p=0.339</i>	<i>MW-U=2078.500</i> <i>p=0.444</i>	<i>MW-U=446.000</i> <i>p=0.642</i>
Gelir Giderini Algılama Durumu							
Gelir giderden az	1.76±0.71 1.83 (0.00-3.00)	1.43±0.63 1.44 (0.00-2.67)	1.72±0.43 1.80 (0.50-2.60)	1.47±0.46 1.42 (0.71-2.43)	1.38±0.34 1.42 (0.71-2.00)	2.36±0.89 2.40 (0.00-4.00)	2.83±0.69 2.66 (0.67-4.00)
Gelir giderde eşit	1.91±0.61 2.00 (0.00-2.67)	1.49±0.72 1.33 (0.22-3.11)	1.68±0.49 1.70 (0.80-2.90)	1.29±0.48 1.42 (0.29-1.86)	1.84±0.56 1.85 (1.14-3.14)	2.25±0.66 2.20 (0.80-3.40)	2.81±0.81 2.83 (1.00-4.00)
Gelir giderden fazla	1.67±0.67 1.75 (0.17-2.67)	2.08±0.66 2.27 (1.11-2.78)	1.82±0.52 1.70 (1.20-2.90)	1.76±0.54 2.00 (1.14-2.14)	1.59±0.66 1.71 (0.57-2.43)	1.68±0.73 1.60 (0.60-3.40)	2.75±1.28 2.83 (1.33-4.00)
Test	<i>KW=2.128</i> <i>p=0.345</i>	<i>KW= 6.725</i> <i>p=0.035*</i>	<i>KW=0.447</i> <i>p=0.800</i>	<i>KW=2.098</i> <i>p=0.350</i>	<i>KW=7.382</i> <i>p=0.025*</i>	<i>KW=10.422</i> <i>p=0.005*</i>	<i>KW=.052</i> <i>p=0.974</i>
Aile Yapısı							
Çekirdek aile	1.98±0.59 2.00 (0.33-3.00)	1.50±0.73 1.44 (0.00-3.11)	1.71±0.45 1.80 (0.50-2.50)	1.32±0.56 1.35 (0.29-2.43)	1.50±0.46 1.50 (0.57-2.57)	2.13±0.81 2.20 (0.60-4.00)	2.80±.79 2.66 (0.67-4.00)
Geniş Aile	1.58±0.69 1.66 (0.00-2.83)	1.57±0.61 1.44 (0.44-2.67)	1.73±0.50 1.80 (0.80-2.90)	1.51±0.39 1.42 (0.86-2.14)	1.65±0.58 1.57 (0.86-3.14)	2.36±0.82 2.20 (0.00-3.80)	2.85±0.68 2.66 (1.00-4.00)
Test	<i>MW-U=1080.000</i> <i>p=0.001*</i>	<i>MW-U= 995.000</i> <i>p=0.769</i>	<i>MW-U=1215.000</i> <i>p=0.792</i>	<i>MW-U=116.000</i> <i>p=0.243</i>	<i>MW-U=269.500</i> <i>p=0.484</i>	<i>MW-U=2158.000</i> <i>p=0.120</i>	<i>MW-U= 445.000</i> <i>p=0.776</i>
Sigara Kullanım Durumu							
Evet	2.05±0.67 2.08 (0.50-2.83)	1.45±0.78 1.44 (0.00-3.11)	1.72±0.49 1.90 (0.70-2.40)	1.71±0.64 1.78 (0.86-2.43)	1.58±0.42 1.64 (1.00-2.00)	2.37±0.84 2.40 (0.80-4.00)	2.79±0.94 2.66 (1.33-4.00)
Gebelikte bırakmış	1.51±0.65 1.66 (0.33-2.67)	1.55±0.55 1.55 (0.89-2.56)	1.60±0.66 1.40 (0.50-2.50)	1.33±0.54 1.57 (0.71-1.71)	1.73±0.89 1.50 (0.71-3.14)	2.47±0.82 2.60 (0.60-3.60)	2.13±0.86 2.66 (0.67-4.00)
Hiç içmedi	1.80 ±0.66 1.83 (0.00-3.00)	1.54±0.69 1.44 (0.22-2.78)	1.72±0.45 1.80 (0.70-2.90)	1.39±0.46 1.42 (0.29-2.14)	1.51 ±0.44 1.42 (0.57-2.57)	2.20±0.82 2.20 (0.00-3.80)	2.90±0.67 2.83 (1.00-4.00)
Test	<i>KW=5.606</i> <i>p=0.061</i>	<i>KW=0.065</i> <i>p=0.968</i>	<i>KW=0.240</i> <i>p=0.887</i>	<i>KW=1.265</i> <i>p=0.531</i>	<i>KW=0.318</i> <i>p=0.853</i>	<i>KW=2.072</i> <i>p=0.355</i>	<i>KW=3.564</i> <i>p=0.168</i>

MW-U=Mann -Whitney U testi

KW= Kruskall Wallis testi

**p<0.05*

***Ölçekte yer alan maddeler "Bana uygun değil" seçeneği dışındaki cevap veren kişi sayısı üzerinden değerlendirilmiştir.*

**** "Bana uygun değil" seçeneği nedeni ile maddelere cevap veren kişi sayısı yeterli olmadığından istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.*

Tablo 4.13'de gebelerin birinci izlemde sosyo-demografik özelliklerine göre AHSÖ puanlarının dağılımı yer almaktadır. Gebelerin yaş gruplarına göre AHSÖ duygusal durum alt boyutu puan ortalama/ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonrasında anlamlılığın 26-35 yaş grubundan kaynaklandığı, bu grubun duygusal durum puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebelerin yaş gruplarına göre AHSÖ ayrılık, çevre, sağlık durumu, sağlık profesyonelleri ile iletişim, benlik algısı ve aile durumu alt boyutlarından aldıkları puan ortalama/ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin eğitim durumuna göre AHSÖ alt boyut puanları arasındaki istatistiksel fark incelendiğinde, lise ve üzeri eğitimi olan gebelerin çevre alt boyutu ilköğretim mezunu gebelerin ise sağlık durumu alt boyutu puan ortalama/ortancalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Gebelerin eğitim durumu ile ayrılık, sağlık profesyonelleri ile iletişim, benlik algısı, duygusal durum ve aile durumu alt boyutları puan ortalama/ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Eşin eğitim durumu ile AHSÖ duygusal durum alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Yapılan ileri analiz sonrasında anlamlılığın lise ve üzeri eğitim grubundan kaynaklandığı, bu grubun duygusal durum puan ortalama/ortancasının diğer gruplardan düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gebelerin eş eğitim durumu ile AHSÖ ayrılık, çevre, sağlık durumu, sağlık profesyonelleri ile iletişim, benlik algısı ve aile durumu alt boyutlarından aldıkları puan ortalama/ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Eşi çalışan gebelerin AHSÖ sağlık profesyonelleri ile iletişim ve duygusal durum alt boyutlarından aldıkları puan ortalama/ortancaları eşi çalışmayan kadınlardan yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eş çalışma durumuna göre AHSÖ ayrılık, çevre, sağlık durumu, benlik algısı ve aile durumu alt boyutlarından aldıkları puan ortalama/ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Gelir giderini algılama durumu ile AHSÖ alt boyut puan ortalama/ortancaları arasındaki fark incelendiğinde gelirinin giderden fazla olduğunu belirten kadınların çevre alt boyutu puan ortalama/ortancalarının diğer gruplardan yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Geliri giderinden az olan kadınların benlik algısı alt boyutundan aldıkları puan ortalama/ortancalarının diğer gruplardan düşük olduğu ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Gelir giderini algılama durumu ile duygusal durum alt boyutu arasından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri

istatistik sonrasında bu durumun geliri giderinden fazla olan gruptan kaynaklandığı, bu grubun duygusal durum alt boyutu puan ortalaması/ortancalarının diğer gruplardan düşük olduğu saptanmıştır. Gelir giderini algılama durumu ile AHSÖ ayrılık, sağlık durumu, sağlık profesyonelleri ile iletişim ve aile durumu alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Çekirdek aile yapısına sahip olan gebelerin AHSÖ ayrılık alt boyutunun diğer gruptan yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Aile yapısına göre AHSÖ çevre, sağlık durumu, sağlık profesyonelleri ile iletişim, benlik algısı, duygusal durum ve aile durumu alt boyutları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Araştırmada sosyal güvence durumu ve sigara içme durumları ile AHSÖ tüm alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).



Tablo 6 Gebelerin Birinci İzlemede Obstretrik Özelliklerine Göre Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Özellikler	Ayrılık**	Çevre**	Sağlık durumu**	Sağlık profesyonelleri ile iletişimi**	Benlik algısı**	Duygusal durum**	Aile durumu**
	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-max)
Gebelik Haftası							
13-24	1.70±0.95 2.00 (0.00- 2.67)	***	***	1.07±0.41 1.07 (0.71- 1.43)	1.07±0.32 1.14 (0.57- 1.43)	2.07±0.96 2.20 (0.00-3.60)	3.00±0.70 3.00 (2.33- 4.00)
25 ve üzeri	1.82±0.64 1.83 (0.00-3.00)	1.54±0.69 1.44 (0.00-3.11)	1.71±0.47 1.80 (0.50-2.90)	1.47±0.48 1.42 (0.29-2.43)	1.61±0.49 1.57 (0.71-3.14)	2.26±0.80 2.20 (0.40-4.00)	2.80±0.76 2.66 (0.67-4.00)
Test	<i>MW-U=520.500</i> <i>p=0.925</i>	<i>MW-U=9.000</i> <i>p=0.166</i>	<i>MW-U=38.500</i> <i>p=0.664</i>	<i>MW-U=32.000</i> <i>p=0.118</i>	<i>MW-U=50.500</i> <i>p=0.011*</i>	<i>MW-U=840.000</i> <i>p=0.668</i>	<i>MW-U=143.500</i> <i>p=0.738</i>
Gebelik Sayısı							
Bir	1.66±0.72 1.83 (0.00-2.83)	1.84±0.75 2.22 (0.67-2.78)	1.77±0.35 1.80 (1.20- 2.40)	1.34±0.36 1.42 (0.86- 1.86)	1.61±0.73 1.42 (0.57-3.14)	2.17±0.89 2.20 (0.00- 3.80)	***
İki ve üstü	1.86±0.64 1.83 (0.00-3.00)	1.46±0.66 1.44 (0.00-3.11)	1.70±0.49 1.80 (0.50-2.90)	1.44±0.51 1.42 (0.29- 2.43)	1.53±0.43 1.57 (0.71-2.57)	2.26±0.79 2.20 (0.40-4.00)	***
Test	<i>MW-U=1118.500</i> <i>p=0.212</i>	<i>MW-U=466.500</i> <i>p=0.064</i>	<i>MW-U=748.500</i> <i>p=0.619</i>	<i>MW-U=87.500</i> <i>p=0.663</i>	<i>MW-U=230.500</i> <i>p=0.991</i>	<i>MW-U=1960.000</i> <i>p=0.757</i>	***
İsteyerek Gebe Kalma							
Evet	1.80±0.69 1.83 (0.00-2.83)	1.63±0.66 1.44 (0.22-3.11)	1.79±0.43 1.90 (0.80-2.90)	1.47±0.40 1.42 (0.71-2.14)	1.61±0.52 1.57 (0.57-3.14)	2.18±0.82 2.20 (0.00-4.00)	2.88±0.84 2.83 (1.00-4.00)
Hayır	1.83±0.64 1.83 (0.17-3.00)	1.38±0.71 1.44 (0.00-2.67)	1.60±0.49 1.65 (0.50-2.90)	1.34±0.62 1.35 (0.29-2.43)	1.45±0.45 1.35 (0.71-2.57)	2.34±0.81 2.40 (0.60-3.80)	2.77±0.69 2.66 (0.67-4.00)
Test	<i>MW-U=1555.500</i> <i>p=0.936</i>	<i>MW-U=891.500</i> <i>p=0.183</i>	<i>MW-U=992.500</i> <i>p=0.040*</i>	<i>MW-U=117.000</i> <i>p=0.463</i>	<i>MW-U=270.000</i> <i>p=0.197</i>	<i>MW-U=2036.000</i> <i>p=0.255</i>	<i>MW-U=517.500</i> <i>p=0.510</i>
Gebeliğin Oluş Şekli							
Doğal yolla	1.80±0.67 1.83(0.00-3.00)	1.5317±0.69 1.44(0.00-3.11)	1.72±0.47 1.80(0.50-2.90)	1.42±0.49 1.42(0.29-2.43)	1.55±0.50 1.57(0.57-3.14)	2.24±0.82 2.20 (0.00-4.00)	2.81±0.76 2.66 (0.67-4.00)
Tıbbi yardımla	2.16±0.47 2.16 (1.83-2.50)	***	1.60±0.28 1.60 (1.40-1.80)	***	***	2.10±0.68 2.00 (1.40-3.00)	***
Test	<i>MW-U=80.000</i> <i>p=0.468</i>	<i>MW-U=45.000</i> <i>p=0.956</i>	<i>MW-U=78.500</i> <i>p=0.577</i>	<i>MW-U=12.500</i> <i>p=0.654</i>	<i>MW-U=23.000</i> <i>p=0.843</i>	<i>MW-U=241.500</i> <i>p=0.654</i>	<i>MW-U=18.000</i> <i>p=0.423</i>
İlaç Kullanma Durumu							
Evet	1.73±0.69 1.83 (0.00-2.83)	1.48±0.68 1.44 (0.00-2.78)	1.71±0.47 1.80 (0.70-2.90)	1.39±0.50 1.42 (0.71-2.43)	1.51±0.49 1.42 (0.57-3.14)	2.28±0.80 2.20 (0.40-4.00)	2.78±0.74 2.66 (1.00-4.00)
Hayır	1.99±0.59 2.00 (0.17-3.00)	1.64±0.71 1.55 (0.22-3.11)	1.74±0.45 1.80 (0.50-2.90)	1.47±0.47 1.50 (0.29-2.00)	1.61±0.52 1.57 (0.71-2.57)	2.14±0.87 2.10 (0.00-3.80)	2.90±0.80 3.00 (0.67-4.00)
Test	<i>MW-U=1421.500</i> <i>p=0.500</i>	<i>MW-U=987.000</i> <i>p=0.968</i>	<i>MW-U=1220.500</i> <i>p=0.821</i>	<i>MW-U=131.000</i> <i>p=0.807</i>	<i>MW-U=302.000</i> <i>p=0.478</i>	<i>MW-U=2140.500</i> <i>p=0.488</i>	<i>MW-U=467.000</i> <i>p=0.721</i>

Tablo 4.14'ün devamı

Özellikler	Ayrılık**	Çevre**	Sağlık durumu**	Sağlık profesyonelleri ile iletişimi**	Benlik algısı**	Duygusal durum**	Aile durumu**
	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-Max)	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-max)
Tanı Almış Fiziksel Hastalık Durumu							
Evet	1.94±0.66 2.00 (0.00- 2.83)	1.41±0.79 1.33 (0.22-2.67)	1.60±0.52 1.50 (0.50-2.90)	1.50±0.57 1.57 (0.71-2.43)	1.50±0.52 1.28 (0.71-2.57)	2.25±0.86 2.10 (0.60-4.00)	2.87±1.01 3.00 (0.67-4.00)
Hayır	1.76±0.67 1.83 (0.00-3.00)	1.56±0.66 1.44 (0.00-3.11)	1.75±0.44 1.80 (0.70-2.60)	1.38±0.41 1.42 (0.29-2.149)	1.57±0.49 1.57 (0.57-3.14)	2.23±0.81 2.20 (0.00-3.80)	2.80±0.62 2.66 (1.33-4.00)
Test	<i>MW-U=1057.000</i> <i>p=0.074</i>	<i>MW-U=683.000</i> <i>p=0.448</i>	<i>MW-U=752.500</i> <i>p=0.049*</i>	<i>MW-U=130.000</i> <i>p=0.565</i>	<i>MW-U=272.000</i> <i>p=0.416</i>	<i>MW-U=1992.000</i> <i>p=0.989</i>	<i>MW-U=440.500</i> <i>p=0.475</i>
Düzenli Kontrolle Gitme Durumu							
Evet	1.88±0.62 1.91 (0.17-2.83)	1.62±0.71 1.55 (0.00-3.119)	1.69±0.48 1.70 (0.50-2.90)	1.39±0.52 1.42 (0.71-2.43)	1.56±0.51 1.57 (0.57-2.57)	2.14±0.82 2.20 (0.00-4.00)	2.79±0.86 2.66 (0.67-4.00)
Hayır	1.71±0.73 1.83 (0.00-3.00)	1.39±0.64 1.27 (0.22-2.67)	1.77±0.43 1.80 (0.70-2.90)	1.47±0.44 1.42 (0.29-2.14)	1.52±0.49 1.42 (1.00-3.14)	2.41±0.79 2.30 (0.80-3.80)	2.86±0.61 3.00 (1.00-4.00)
Test	<i>MW-U=1453.000</i> <i>p=0.313</i>	<i>MW-U=842.000</i> <i>p=0.068</i>	<i>MW-U=1115.000</i> <i>p=0.397</i>	<i>MW-U=130.500</i> <i>p=0.474</i>	<i>MW-U=294.000</i> <i>p=0.588</i>	<i>MW-U=1953.000</i> <i>p=0.082</i>	<i>MW-U=539.000</i> <i>p=0.739</i>
Planlanan Doğum Şekli							
Vajinal doğum	1.79 ±0.67 1.83 (0.00-3.00)	1.56±0.70 1.44 (0.22-3.11)	1.73±0.47 1.80 (0.70-2.90)	1.41±0.46 1.42 (0.29-2.14)	1.58±0.54 1.57 (0.57-3.14)	2.25±0.83 2.20 (0.00-4.00)	2.88±0.70 2.66 (1.00-4.00)
Sezeryan doğum	1.88±0.68 2.00 (0.00-2.83)	1.41±0.66 1.44 (0.00-2.67)	1.67±0.46 1.70 (0.50-2.40)	1.53±0.70 1.50 (0.71-2.43)	1.45±0.37 1.42 (0.71-2.00)	2.20±0.79 2.20 (0.60-3.80)	2.68±0.87 2.66 (0.67-4.00)
Test	<i>MW-U=1074.000</i> <i>p=0.402</i>	<i>MW-U=685.500</i> <i>p=0.614</i>	<i>MW-U=921.500</i> <i>p=0.766</i>	<i>MW-U=55.500</i> <i>p=0.735</i>	<i>MW-U=254.000</i> <i>p=0.538</i>	<i>MW-U=1679.000</i> <i>p=0.779</i>	<i>MW-U=438.000</i> <i>p=0.566</i>
Bebğin cinsiyeti							
Kız	1.84±0.65 2.00 (0.00-2.67)	1.62±0.73 1.44 (0.22-3.11)	1.72±0.48 1.80 (0.80-2.60)	1.35±0.35 1.28 (1.00-2.00)	1.59±0.43 1.57 (1.14-2.57)	2.12±0.84 2.20 (0.40-3.80)	2.92±1.00 3.00 (1.00-4.00)
Erkek	1.71±0.69 1.83 (0.00-2.83)	1.51±0.63 1.50 (0.00-2.78)	1.60±0.45 1.60 (0.50-2.40)	1.51±0.52 1.42 (0.86-2.43)	1.49±0.59 1.42 (0.57-3.14)	2.15±0.80 2.00 (0.00-3.80)	2.66±0.76 2.66 (0.67-4.00)
Kız + Erkek	1.70±0.28 1.75 (1.33-2.00)	1.83±0.29 1.88 (1.44-2.11)	1.93±0.23 2.00 (1.50-2.20)	1.57±1.57 1.57 (1.57-1.57)	1.28±0.20 1.28 (1.14-1.43)	2.50±0.60 2.50 (1.60-3.20)	3.08±0.50 3.00 (2.67-3.67)
Bilinmiyor	2.07±0.64 2.16 (0.50-3.00)	1.35±0.78 1.38 (0.22-2.67)	1.88±0.49 1.90 (1.10-2.90)	1.37±0.53 1.42 (0.29-2.14)	1.67±0.35 1.57 (1.14-2.29)	2.52±0.82 2.50 (0.80-4.00)	3.00±0.55 3.00 (2.33-4.00)
Test	<i>KW=6.383</i> <i>p=0.094</i>	<i>KW=2.606</i> <i>p=0.456</i>	<i>KW=6.095</i> <i>p=0.107</i>	<i>KW=.947</i> <i>p=0.814</i>	<i>KW=3.148</i> <i>p=0.369</i>	<i>KW=5.817</i> <i>p=0.121</i>	<i>KW=2.971</i> <i>p=0.396</i>

MW-U=Mann - Whitney U testi; KW= Kruskall Wallis testi

**p<0.05*

***Ölçekte yer alan maddeler "Bana uygun değil" seçeneği dışındaki cevap veren kişi sayısı üzerinden değerlendirilmiştir.*

****"Bana uygun değil" seçeneği nedeni ile maddelere cevap veren kişi sayısı yeterli olmadığından istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.*

Tablo 4.14.'de gebelerin birinci izlemde obstretrik özelliklerine göre AHSÖ puanlarının dağılımı yer almaktadır.

İsteyerek gebe kalan gebelerin AHSÖ sağlık durumu alt boyutu puan ortalama/ortancasının diğer gruptaki gebelerden yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). İsteyerek gebe kalma durumu ile AHSÖ ayrılık, çevre, sağlık profesyonelleri ile iletişim, benlik algısı, duygusal durum, aile durumu alt boyutları puan ortalama/ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tanı almış fiziksel hastalığı olmayan gebelerin AHSÖ sağlık durumu alt boyutu puan ortalama/ortancasının diğer gruptaki gebelerden yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Tanı almış fiziksel hastalık durumu ile ayrılık, çevre, sağlık profesyonelleri ile iletişim, benlik algısı, duygusal durum, aile durumu alt boyutları puan ortalama/ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo incelendiğinde gebelik haftası, gebelik sayısı, gebeliğin oluş şekli, ilaç kullanım durumu, düzenli kontrollere gitme durumu, planlanan doğum şekli ve bebeğin cinsiyetine göre AHSÖ alt boyutları puan ortalama/ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Gebelerin Birinci İzlemede Ruhsal Özellikleri ve Hastane Öyküsüne Göre Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Özellikler	Ayrılık**	Çevre**	Sağlık durumu**	Sağlık profesyonelleri ile iletişimi**	Benlik algısı**	Duygusal durum**	Aile durumu**
	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-Max)	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-max)
Tanı Almış Ruhsal Hastalık Durumu							
Evet	2.00±0.92 2.33 (0.00-2.83)	1.59±0.67 1.44 (1.00-3.11)	1.58±0.45 1.70 (0.80-2.40)	1.95±0.50 2.00 (1.43-2.43)	1.68±0.21 1.71 (1.43-2.00)	2.70±0.70 2.80 (1.60-4.00)	3.16±0.65 3.16 (2.33-4.00)
Hayır	1.79±0.63 1.83 (0.00-3.00)	1.52±0.69 1.44 (0.00-2.78)	1.73±0.47 1.80 (0.50-2.90)	1.37±0.46 1.42 (0.29-2.14)	1.53±0.52 1.42 (0.57-3.14)	2.17±0.82 2.20 (0.00-3.80)	2.76±0.76 2.66 (0.67-4.00)
Test	<i>MW-U=450.500</i> <i>p=0.054</i>	<i>MW-U=489.500</i> <i>p=0.977</i>	<i>MW-U=473.000</i> <i>p=0.243</i>	<i>MW-U=18.000</i> <i>p=0.075</i>	<i>MW-U=83.000</i> <i>p=0.257</i>	<i>MW-U=687.000</i> <i>p=0.016*</i>	<i>MW-U=211.500</i> <i>p=0.168</i>
Yakınların Ziyaret Gelme Durumu							
Evet	1.79±0.67 1.83 (0.00-3.00)	1.48±0.68 1.44 (0.00-2.78)	1.77±0.51 1.85 (0.50-2.90)	1.40±0.48 1.42 (0.29-2.14)	1.59±0.54 1.57 (0.57-3.14)	2.24±0.88 2.20 (0.00-4.00)	2.85±0.78 2.83 (0.67-4.00)
Hayır	1.85±0.66 2.00 (0.00-2.83)	1.61±0.71 1.55 (0.44-3.11)	1.63±0.37 1.60 (0.90-2.50)	1.48±0.51 1.42 (0.71-2.43)	1.43±0.35 1.42 (0.86-2.00)	2.23±0.71 2.20 (1.00-3.60)	2.77±0.73 2.66 (1.00-4.00)
Test	<i>MWU=1366.50</i> <i>p=0.571</i>	<i>MWU=925.000</i> <i>p=0.518</i>	<i>MW-U=1008.000</i> <i>p=0.068</i>	<i>MW-U=129.000</i> <i>p=0.915</i>	<i>MW-U=244.000</i> <i>p=0.415</i>	<i>MW-U=2313.500</i> <i>p=0.891</i>	<i>MWU=534.00</i> <i>p=0.652</i>
Yatak İstirahatini Evde Yapmayı Tercih Etme Durumu							
Evet	1.84±0.65 1.91 (0.00-3.00)	1.51±0.70 1.44 (0.22-2.78)	1.72±0.48 1.80 (0.50-2.90)	1.44±0.52 1.42 (0.29-2.43)	1.50±0.47 1.42 (0.57-2.57)	2.17±0.85 2.20 (0.00-3.80)	2.71±0.69 2.66 (0.67-4.00)
Hayır	1.75±0.70 1.83 (0.00-2.83)	1.57±0.66 1.55 (0.00-3.11)	1.71±0.43 1.80 (0.70-2.60)	1.40±0.39 1.42 (0.86-2.00)	1.62±0.54 1.57 (1.00-3.14)	2.36±0.76 2.40 (0.40-4.00)	3.08±0.86 3.16 (1.33-4.00)
Test	<i>MW-U=1338.000</i> <i>p=0.540</i>	<i>MW-U=846.500</i> <i>p=0.521</i>	<i>MW-U=1110.000</i> <i>p=1.000</i>	<i>MW-U=126.500</i> <i>p=0.844</i>	<i>MW-U=301.500</i> <i>p=0.599</i>	<i>MW-U=1983.500</i> <i>p=0.173</i>	<i>MW-U=320.500</i> <i>p=0.029*</i>
Eşi İle İletişimini Algılaması							
İyi	1.83±0.68 2.00 (0.00-3.00)	1.58±0.66 1.44 (0.22-2.78)	1.74±0.45 1.80 (0.50-2.90)	1.39±0.50 1.42 (0.29-2.43)	1.58±0.52 1.57 (0.57-3.14)	2.16±0.83 2.20 (0.00-4.00)	2.79±0.80 2.66 (0.67-4.00)
Orta	1.73±0.61 1.83 (0.33-2.67)	1.37±0.76 1.33 (0.00-3.11)	1.65±0.52 1.55 (0.70-2.60)	1.50±0.44 1.42 (0.71-2.00)	1.42±0.43 1.28 (1.00-2.43)	2.46±0.75 2.60 (1.00-3.80)	2.90±0.66 2.66 (1.67-4.00)
Test	<i>MW-U=1066.000</i> <i>p=0.373</i>	<i>MW-U=705.500</i> <i>p=0.178</i>	<i>MW-U=842.000</i> <i>p=0.361</i>	<i>MW-U=114.500</i> <i>p=0.532</i>	<i>MW-U=204.000</i> <i>p=0.244</i>	<i>MW-U=1512.500</i> <i>p=0.075</i>	<i>MW-U=457.500</i> <i>p=0.759</i>

Tablo 4.15'in devamı

Özellikler	Ayrılık**	Çevre**	Sağlık durumu**	Sağlık profesyonelleri ile iletişimi**	Benlik algısı**	Duygusal durum**	Aile durumu**
	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-Max)	X±SS Med (min-max)	X±SS Med (min-max)
Ruhsal Durumunun Bebeğine Zarar Verme Düşüncesi							
Evet	1.92±0.60 2.00 (0.00-3.00)	1.50±0.66 1.44 (0.22-2.78)	1.77±0.41 1.80 (0.80-2.90)	1.46±0.50 1.42 (0.29-2.43)	1.61±0.52 1.57 (0.57-3.14)	2.30±0.83 2.20 (0.00-4.00)	2.95±0.68 2.66 (1.33-4.00)
Hayır	1.35±0.70 1.50 (0.17-2.67)	1.57±0.73 1.44 (0.44-2.67)	1.65±0.54 1.60 (0.70-2.50)	0.90±0.21 0.85 (0.71-1.14)	1.47±0.32 1.50 (1.14-2.00)	1.82±0.73 1.80 (0.80-3.80)	2.58±0.63 2.66 (1.33-3.67)
Bilmiyorum	1.68±0.83 1.75 (0.00-2.67)	1.64±0.89 1.66 (0.00-3.11)	1.43±0.62 1.30 (0.50-2.30)	1.53±0.24 1.50 (1.29-1.86)	1.22±0.34 1.28 (0.71-1.71)	2.30±0.68 2.40 (0.60-3.20)	2.48±1.13 2.66 (0.67-4.00)
Test	<i>KW=379.500</i> <i>p=0.001*</i>	<i>KW=443.000</i> <i>p=0.819</i>	<i>KW=458.500</i> <i>p=0.308</i>	<i>KW=12.500</i> <i>p=0.047*</i>	<i>KW=101.500</i> <i>p=0.543</i>	<i>KW=676.000</i> <i>p=0.012*</i>	<i>KW=197.000</i> <i>p=0.104</i>
Daha Önce Ruhsal Hastalığına Yönelik Yardım Alma Durumu							
Evet	1.89±0.88 2.16 (0.00-2.83)	1.47±0.46 1.44(1.00-2.56)	1.69±0.48 1.70 (0.80-2.50)	1.74±0.49 1.71 (1.14-2.43)	1.69±0.22 1.57 (1.43-2.00)	2.70±0.72 2.70 (1.40-4.00)	3.00±0.57 2.66 (2.33-4.00)
Hayır	1.80±0.64 1.83 (0.00-3.009)	1.54±0.73 1.44 (0.00-3.11)	1.72±0.46 1.80 (0.50-2.90)	1.37±0.47 1.42 (0.29-2.14)	1.52±0.53 1.42 (0.57-3.14)	2.17±0.81 2.20 (0.00-3.80)	2.78±0.79 2.66 (0.67-4.00)
Test	<i>MW-U=587.500</i> <i>p=0.281</i>	<i>MW-U=552.000</i> <i>p=0.675</i>	<i>MW-U=644.500</i> <i>p=0.831</i>	<i>MW-U=46.000</i> <i>p=0.169</i>	<i>MW-U=110.500</i> <i>p=0.182</i>	<i>MW-U=724.500</i> <i>p=0.015*</i>	<i>MW-U=278.500</i> <i>p=0.554</i>
Gebeliğinde Ruhsal Yönden Yardım Almayı İsteme Durumu							
Evet	1.82±0.64 1.83 (0.00-3.00)	1.56±0.69 1.55 (0.00-3.11)	1.69±0.45 1.80 (0.50-2.90)	1.47±0.45 1.42 (0.29-2.149)	1.50±0.54 1.50 (0.57-3.14)	2.43±0.83 2.40 (0.00-4.00)	2.92±0.75 3.00 (0.67-4.00)
Hayır	1.78±0.72 1.83 (0.00-2.83)	1.47±0.69 1.44 (0.22-2.67)	1.76±0.48 1.80 (0.70-2.90)	1.35±0.53 1.28 (0.71-2.43)	1.61±0.43 1.57 (1.14-2.43)	1.88±0.67 1.80 (0.80-3.40)	2.60±0.73 2.66 (1.00-4.00)
Test	<i>MW-U=1521.500</i> <i>p=0.926</i>	<i>MW-U=984.000</i> <i>p=0.585</i>	<i>MW-U=1213.500</i> <i>p=0.603</i>	<i>MW-U=111.500</i> <i>p=0.279</i>	<i>MW-U=290.500</i> <i>p=0.405</i>	<i>MW-U=1359.000</i> <i>p=0.000*</i>	<i>MW-U=366.500</i> <i>p=0.063</i>

MW-U=Mann -Whitney U testi

KW= Kruskall Wallis testi

**p<0.05*

***Ölçekte yer alan maddeler "Bana uygun değil" seçeneği dışındaki cevap veren kişi sayısı üzerinden değerlendirilmiştir.*

Tablo 4.15’de gebelerin birinci izlemde ruhsal özellikleri ve hastane öyküsüne göre AHSÖ puanlarının dağılımı yer almaktadır.

Tanı almış ruhsal hastalığı olan gebelerin AHSÖ duygusal durum alt boyutu puan ortalaması/ortancaları diğer gruptaki kadınlardan yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Tanı almış ruhsal hastalık bulunma durumu ile AHSÖ ayrılık, çevre, sağlık durumu, sağlık profesyonelleri ile iletişim, benlik algısı ve aile durumu alt boyutu puan ortalaması/ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yatak istirahatini evde yapmak istemeyen gebelerin AHSÖ aile durumu alt boyutu puan ortalaması/ortancası diğer gruptaki gebelerden yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yatak istirahatini evde yapmayı tercih etme durumu ile AHSÖ ayrılık, çevre, sağlık durumu, sağlık profesyonelleri ile iletişim, duygusal durum, benlik algısı alt boyutları puan ortalaması/ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Ruhsal durumunun bebeğine zarar vermeyeceğini düşünen gebelerin AHSÖ sağlık profesyonelleri ile iletişim ve duygusal durum puan ortalamalarının diğer gruptaki gebelerden düşük olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Ruhsal durumunun bebeğine zarar vereceğini düşünme durumlarına göre AHSÖ ayrılık, çevre, sağlık durumu, benlik algısı ve aile durumu alt boyutu puan ortalaması/ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Daha önce ruhsal hastalığına yönelik yardım alma ve ruhsal yönden yardım almayı isteme durumları ile AHSÖ duygusal durum alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Daha önce yardım alan ve ruhsal yönden yardım almayı isteyen gebelerin duygusal durum alt boyutu puan ortancalarının diğer gebelerden yüksek olduğu bulunmuştur. Daha önce ruhsal hastalığına yönelik yardım alma ve yardım almayı isteme durumlarına göre AHSÖ ayrılık, çevre, sağlık durumu, sağlık profesyonelleri ile iletişim, benlik algısı ve aile durumu alt boyutu puan ortalaması/ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

AHSÖ tüm alt boyutları puan ortalaması/ortancaları ile yakınlarının ziyarete gelme durumu ve eşi ile iletişimini algılaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.16. Gebelerin Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Beck Depresyon Ölçeği	n	min-max	Ortanca	X±SS
Birinci izlem	147	2.0-53.0	16.0	17.59±9.84
İkinci izlem	147	2.0-53.0	15.0	17.98±10.43
Test		$t = 1.895$	$p = 0.060$	

t: Paired-Sample t testi

Tablo 4.16’da gebelerin BDÖ puanlarının dağılımı gösterilmiştir. Gebelerin birinci izlemde BDÖ’nden aldıkları ortalama puan 17.59±9.84 iken, ikinci izlemde aldıkları ortalama puan 17.98±10.43’dür. Gebelerin birinci ve ikinci izlem puan ortalama/ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$)

Tablo 4.17. Gebelerin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puanlarının Dağılımı

Durumluk Kaygı Envanteri	n	min-max	Ortanca	X±SS
Birinci izlem	147	27.0-76.0	53.0	51.91±11.86
İkinci izlem	147	20.0-69.0	29.0	33.17±11.73
Test		$t = 23.075$	$p = 0.000^*$	
Sürekli kaygı envanteri				
Birinci izlem	147	21.0-77.0	41.0	44.46±13.72
İkinci izlem	147	20.0-77.0	41.0	44.23±14.82
Test		$t = 0.779$	$p = 0.437$	

t: Paired-Sample t testi

** $p < 0.05$*

Tablo 4.17’de gebelerin DSKE puanlarının dağılımı gösterilmiştir. Gebelerin DKE birinci ve ikinci izlemdeki puan ortalama/ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Gebelerin ikinci izlem puanları birinci izleme göre daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Gebelerin SKE birinci ve ikinci izlem puan ortalama/ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 4.18. Gebelerin Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği Alt Boyutları	n	min-max	Ortanca	X±SS
Ayrılık**				
Birinci izlem	147	0.0-3.0	1.8	1.81±0.67
İkinci izlem	147	0.0-3.1	2.0	1.93±0.64
Test		<i>t = 5.014</i>	<i>p = 0.000*</i>	
Çevre**				
Birinci izlem	147	0.0-3.1	1.4	1.53±0.69
İkinci izlem	147	0.2-3.2	2.0	1.90±0.69
Test		<i>t = 8.300</i>	<i>p = 0.000*</i>	
Sağlık Durumu**				
Birinci izlem	147	0.5-2.9	1.8	1.72±0.46
İkinci izlem	147	0.2-2.5	1.2	1.32±0.49
Test		<i>t = 12.531</i>	<i>p = 0.000*</i>	
Sağlık Profesyonelleriyle İletişim**				
Birinci izlem	147	0.2-2.4	1.4	1.42±0.48
İkinci izlem	147	0.1-1.3	0.9	0.86±0.30
Test		<i>t = 10.142</i>	<i>p = 0.000*</i>	
Benlik Algısı**				
Birinci izlem	147	0.5-3.1	1.5	1.54±0.50
İkinci izlem	147	0.2-2.7	1.4	1.43±0.47
Test		<i>t = 1.045</i>	<i>p = 0.301</i>	
Duyusal Durum**				
Birinci izlem	147	0.0-4.0	2.2	2.24±0.82
İkinci izlem	147	0.0-3.6	1.2	1.37±0.87
Test		<i>t = 17.264</i>	<i>p = 0.000*</i>	
Aile Durumu**				
Birinci izlem	147	0.6-4.0	2.6	2.82±0.76
İkinci izlem	147	0.0-4.0	2.3	2.34±0.79
Test		<i>t = 10.006</i>	<i>p = 0.000*</i>	

t: Paired-Sample t testi

* p < 0.05

** Ölçekte yer alan maddeler "Bana uygun değil" seçeneği dışındaki cevap veren kişi sayısı üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 4.18’de gebelerin AHSÖ puanlarının dağılımı verilmiştir. Gebelerin ayrılık, çevre, sağlık durumu, sağlık profesyonelleriyle iletişim, duygusal durum ve aile durumu alt boyutlarının birinci ve ikinci izlem puan ortalama/ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ayrılık ve çevre alt boyutlarından alınan puanlar birinci izlemde daha düşük olarak bulunurken, sağlık durumu, sağlık profesyonelleriyle iletişim, duygusal durum ve aile durumu alt boyutlarından alınan puanlar ikinci izlemde daha düşüktür. Gebelerin benlik algısı alt boyutunun birinci ve ikinci izlem puan ortalama/ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).



Tablo 4.19. Gebelerin Birinci İzlemede Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki

Ölçekler	Beck Depresyon Ölçeği		Durumluk Kaygı Envanteri		Sürekli Kaygı Envanteri		Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği Alt Boyutları													
							Ayrılık		Çevre		Sağlık Durumu		Sağlık Profesyonelleri ile İletişim		Benlik Algısı		Duygusal Durum		Aile Durumu	
	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>
Beck Depresyon Ölçeği	1.000		0.520**	0.000	0.767**	0.000	-0.014	0.882	0.025	0.808	0.139	0.159	0.319	0.062	0.194	0.164	0.562**	0.000	0.301*	0.013
Durumluk Kaygı Envanteri	0.520**	0.000	1.000		0.631*	0.000	0.188*	0.043	0.160	0.125	0.273**	0.005	0.397*	0.018	0.183	0.190	0.689**	0.000	0.487**	0.000
Sürekli Kaygı Envanteri	0.767**	0.000	0.631**	0.000	1.000		-0.023	0.803	-0.039	0.710	0.238*	0.015	0.270	0.116	0.165	0.237	0.544**	0.000	0.223	0.068
Ayrılık ^{***}	-0.014	0.882	0.188*	0.043	-0.023	0.803	1.000		0.194	0.084	0.285**	0.008	0.049	0.798	0.440**	0.003	0.120	0.205	0.573**	0.000
Çevre ^{***}	0.025	0.808	0.160	0.125	-0.039	0.710	0.194	0.084	1.000		0.229*	0.030	0.362	0.098	0.221	0.183	0.266*	0.011	0.279	0.055
Sağlık Durumu ^{***}	0.139	0.159	0.273**	0.005	0.238*	0.015	0.285**	0.008	0.229*	0.030	1.000		0.291	0.178	0.425**	0.007	0.355**	0.000	0.286*	0.038
Sağlık Profesyonelleri ile İletişim ^{***}	0.319	0.062	0.397*	0.018	0.270	0.116	0.049	0.798	0.362	0.098	0.291	0.178	1.000		0.204	0.448	0.541**	0.001	-0.188	0.485
Benlik Algısı ^{***}	0.194	0.164	0.183	0.190	0.165	0.237	0.440**	0.003	0.221	0.183	0.425**	0.007	0.204	0.448	1.000		0.365**	0.010	0.128	0.508
Duygusal Durum ^{***}	0.562**	0.000	0.689**	0.000	0.544**	0.000	0.120	0.205	0.266*	0.011	0.355**	0.000	0.541**	0.001	0.365**	0.010	1.000		0.439**	0.000
Aile Durumu ^{***}	0.301*	0.013	0.487**	0.000	0.223	0.068	0.573**	0.000	0.279	0.055	0.286*	0.038	-0.188	0.485	0.128	0.508	0.439**	0.000	1.000	

r_s=Spearman korelasyon

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Correlation is significant at 0.01 level (2-tailed)

***Ölçekte yer alan maddeler "Bana uygun değil" seçeneği dışındaki cevap veren kişi sayısı üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 4. 19’da gebelerin birinci izlemde depresyon, DSKE ve AHSÖ’nden aldıkları puanlar arasındaki ilişki verilmiştir.

Gebelerin BDÖ ile DKE’nden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($rs=0.520$; $p=0.000$); SKE’inden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ($rs=0.767$; $p=0.000$); duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($rs=0.562$; $p=0.000$); aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($rs=0.301$; $p=0.013$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelerin BDÖ puanları arttıkça DKE puanları, duygusal durum ve aile durumu puanları da artmaktadır.

Gebelerin DKE ile SKE’nden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($rs=0.631$; $p=0.000$); ayrılık alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde ($rs=0.188$; $p=0.043$), sağlık durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($rs=0.273$; $p=0.005$), sağlık profesyonelleri ile iletişim alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($rs=0.397$; $p=0.018$), duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($rs=0.689$; $p=0.000$) ve aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($rs=0.487$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelerin DKE puanları arttıkça SKE puanları, ayrılık, sağlık durumu, sağlık profesyonelleri ile iletişim, duygusal durum ve aile durumu puanları artmaktadır.

Gebelerin SKE ile sağlık durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($rs=0.238$; $p=0.015$) ve duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($rs=0.544$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelerin SKE puanları arttıkça sağlık durumu ve duygusal durum puanları artmaktadır.

Gebelerin ayrılık alt boyut puanları ile sağlık durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($rs=0.285$; $p=0.008$), benlik algısı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($rs=0.440$; $p=0.003$) ve aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($rs=0.573$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrılık puanları arttıkça, sağlık durumu, benlik algısı ve aile durumu puanlarının da arttığı bulunmuştur.

Gebelerin çevre alt boyut puanları ile sağlık durumu alt boyutundan ($rs=0.229$; $p=0.030$) ve duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($rs=0.266$; $p=0.011$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, çevre puanları arttıkça sağlık durumu ve duygusal durum puanlarının da arttığı saptanmıştır.

Gebelerin sağlık durumu alt boyut puanları ile benlik algısı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ($r_s=0.425$; $p=0.007$); duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ($r_s=0.355$; $p=0.000$) ve aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.286$; $p=0.038$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, sağlık durumu puanları arttıkça benlik algısı, duygusal durum ve aile durumu puanlarının da artış gösterdiği saptanmıştır.

Araştırmada gebelerin sağlık profesyonelleri ile iletişim alt boyut puanları ile duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r_s=0.541$; $p=0.001$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, sağlık profesyonelleri ile iletişim puanları arttıkça duygusal durum puanlarının da arttığı bulunmuştur.

Gebelerin benlik algısı alt boyut puanları ile duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.365$; $p=0.010$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, benlik algısı puanları arttıkça duygusal durum puanlarının da arttığı bulunmuştur.

Araştırmada gebelerin duygusal durum alt boyut puanları ile aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.439$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, duygusal durum puanları arttıkça aile durumu puanlarının da arttığı saptanmıştır.

Araştırmada BDÖ puanları ile ayrılık, çevre, sağlık durumu, sağlık profesyonelleri ile iletişim ve benlik algısı puanları arasında; DKE puanları ile ayrılık, çevre ve benlik algısı puanları arasında; SKE puanları ile ayrılık, çevre, sağlık profesyonelleri ile iletişim, benlik algısı ve aile durumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Ayrılık puanları ile çevre, sağlık profesyonelleri ile iletişim ve duygusal durumu puanları arasında; çevre ile sağlık profesyonelleri ile iletişim, benlik algısı ve aile durumu puanları arasında; sağlık durumu ile sağlık profesyonelleri ile iletişim puanları arasında; sağlık profesyonelleri ile iletişim ile benlik algısı ve aile durumu puanları arasında; benlik algısı ile aile durumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.70. Gebelerin İkinci İzlemede Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri ve Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki

Ölçekler	Beck Depresyon Ölçeği		Durumluk Kaygı Envanteri		Süreklilik Kaygı Envanteri		Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği Alt Boyutları***													
							Ayrılık		Çevre		Sağlık Durumu		Sağlık Profesyonelleri ile İletişim		Benlik Algısı		Duygusal Durum		Aile Durumu	
	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>
Beck Depresyon Ölçeği	1.000		0.728**	0.000	0.808**	0.000	-0.091	0.322	-0.008	0.932	0.034	0.714	-0.108	0.617	0.139	0.151	0.588**	0.000	0.319**	0.008
Durumluk Kaygı Envanteri	0.728**	0.000	1.000		0.748**	0.000	0.009	0.919	-0.055	0.559	0.198*	0.033	-0.051	0.814	0.188	0.050	0.715**	0.000	0.506**	0.000
Süreklilik Kaygı Envanteri	0.808**	0.000	0.748**	0.000	1.000		-0.086	0.349	-0.069	0.457	0.077	0.408	-0.043	0.841	0.068	0.481	0.621**	0.000	0.235	0.054
Ayrılık***	-0.091	0.322	0.009	0.919	-0.086	0.349	1.000		0.113	0.266	0.137	0.181	0.051	0.816	0.366**	0.000	0.149	0.104	0.604**	0.000
Çevre***	-0.008	0.932	-0.055	0.559	-0.069	0.457	0.113	0.266	1.000		0.216*	0.020	0.448	0.082	0.134	0.220	0.126	0.176	0.220	0.104
Sağlık Durumu***	0.034	0.714	0.198*	0.033	0.077	0.408	0.137	0.181	0.216*	0.020	1.000		0.017	0.952	0.324**	0.002	0.327**	0.000	0.439**	0.001
Sağlık Profesyonelleri ile İletişim***	-0.108	0.617	-0.051	0.814	-0.043	0.841	0.051	0.816	0.448	0.082	0.017	0.952	1.000		0.305	0.234	-0.070	0.745	-0.334	0.265
Benlik Algısı***	0.139	0.151	0.188	0.050	0.068	0.481	0.366**	0.000	0.134	0.220	0.324**	0.002	0.305	0.234	1.000		0.422**	0.000	0.477**	0.000
Duygusal Durum***	0.588**	0.000	0.715**	0.000	0.621**	0.000	0.149	0.104	0.126	0.176	0.327**	0.000	-0.070	0.745	0.422**	0.000	1.000		0.602**	0.000
Aile Durumu***	0.319**	0.008	0.506**	0.000	0.235	0.054	0.604**	0.000	0.220	0.104	0.439**	0.001	-0.334	0.265	0.477**	0.000	0.602**	0.000	1.000	

r_s=Spearman korelasyon

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Correlation is significant at 0.01 level (2-tailed)

***Ölçekte yer alan maddeler "Bana uygun değil" seçeneği dışındaki cevap veren kişi sayısı üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 4.20’de gebelerin ikinci izlemde depresyon, DSKE ve AHSÖ’inden aldıkları puanlar arasındaki ilişki görülmektedir.

Gebelerin BDÖ puanları ile DKE puanları arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ($rs=0.728$; $p=0.000$), SKE puanları arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ($rs=0.808$; $p=0.000$), duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($rs=0.588$; $p=0.000$) ve aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($rs=0.319$; $p=0.008$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. BDÖ puanları arttıkça DSKE, duygusal durum ve aile durumu puanları da artış göstermektedir.

Gebelerin DKE puanları ile SKE puanları arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ($rs=0.748$; $p=0.000$), sağlık durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde ($rs=0.198$; $p=0.033$) ve aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($rs=0.506$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. DKE puanları arttıkça SKE ve aile durumu puanları da artmaktadır.

Araştırmada SKE puanları ile duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($rs=0.621$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, SKE puanları arttıkça duygusal durum puanlarının da arttığı saptanmıştır.

Gebelerin ayrılık alt boyut puanları ile benlik algısı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($rs=0.366$; $p=0.000$) ve aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($rs=0.604$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, ayrılık puanları arttıkça benlik algısı ve aile durumu puanlarının da arttığı bulunmuştur.

Çevre alt boyut puanları ile sağlık durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde ($rs=0.216$; $p=0.020$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, çevre puanları arttıkça sağlık durumu puanlarının arttığı saptanmıştır.

Sağlık durumu alt boyut puanları ile benlik algısı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ($rs=0.324$; $p=0.002$), duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ($rs=0.327$; $p=0.000$) ve aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($rs=0.439$; $p=0.001$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, sağlık durumu puanları arttıkça benlik algısı, duygusal durum ve aile durumu puanlarının arttığı saptanmıştır.

Araştırmada benlik algısı puanları ile duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ($rs=0.422$; $p=0.000$) ve aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($rs=0.477$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Gebelerin benlik algısı puanları arttıkça duygusal durum ve aile durumu puanları da artış göstermektedir.

Duygusal durumu alt boyut puanları ile aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r_s=0.602$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, duygusal durumu puanları arttıkça aile durumu puanlarının arttığı saptanmıştır.

Araştırmada BDÖ puanları ile ayrılık, çevre, sağlık durumu, sağlık profesyonelleri ile iletişim ve benlik algısı puanları arasında; DKE puanları ile ayrılık, çevre, sağlık profesyonelleri ile iletişim, benlik algısı ve duygusal durum puanları arasında; SKE puanları ile ayrılık, çevre, sağlık durumu, sağlık profesyonelleri ile iletişim, benlik algısı ve aile durumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Ayrılık puanları ile çevre, sağlık durumu, sağlık profesyonelleri ile iletişim ve duygusal durum puanları arasında; çevre puanları ile sağlık profesyonelleri ile iletişim, benlik algısı, duygusal durum ve aile durumu puanları arasında; sağlık durumu ile sağlık profesyonelleri ile iletişim puanları arasında; sağlık profesyonelleri ile iletişim ile benlik algısı, duygusal durum ve aile durumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Gebelik fizyolojik bir olay olmasına rağmen, preterm eylem gibi yüksek riskli gebeliklerde anksiyete, depresyon ve stres gibi ruhsal sorunlar yaşanabilmektedir. Bu durum kadının fonksiyonlarını, yaratıcılığını, mutluluğunu ve yaşam doyumunu engelleyerek yaşam kalitesini düşürmekte, hem anne hem de bebek açısından ciddi sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir. Bu dönemde yaşanabilecek ruhsal sorunların erken dönemde belirlenmesi olumsuz sonuçların önlenmesi açısından önem taşımaktadır. Preterm eylem tanısı ile hastanede yatan gebelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin hastane stresörleri ile ilişkisinin belirlenmesi amacı ile yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda tartışılmıştır:

Araştırmamızda eşi ilköğretim mezunu olan gebelerin BDÖ ve DSKE puan ortalaması/ortancasının diğer bireylerin puan ortalaması/ortancasına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7, Tablo 4.10). Eşlerin eğitim seviyelerinin yüksek olması hem destek sistemi hem de gelir durumu açısından gebeyi olumlu yönde etkilemektedir. Çapık, Ejder Alpay ve Sakar'ın (2015) çalışmasında Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği puan ortalamasının eşi işsiz olanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ehsanpour ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında kadının eşinin depresyon puanının eğitim seviyesi ile ilişkili bulunması çalışmamızla paralellik göstermektedir. Ayrıca Kılıçarlan'ın (2008) çalışmasında da gebenin eşinin eğitim durumunun artması ile depresyon düzeyinin azaldığı belirlenmiştir. Bu bulgular çalışma sonucumuz ile uyumludur.

Geliri giderinden az olan gebelerin BDÖ ve SKE puan ortalaması/ortancaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7, Tablo 4.10). Ekonomik durum, temel fizyolojik ihtiyaçların karşılanabilmesi ve kişilerin kendilerini geliştirebilecek etkinliklere katılabilmeleri için zorunlu bir gereksinim olduğundan algılanan ekonomik durumun düşüklüğü bireylerde kaygı ve depresyon puanlarının artışına neden olabilmektedir. Ayrıca aileye katılacak olan yeni bir bebek, ekonomik zorlanmalara neden olabileceğinden gebelerin hem depresyon hem de sürekli anksiyete puanlarının artışına neden olduğunu düşündürmektedir. Leigh ve Milgrom (2008) gelir düzeyi düşük olan gebelerde gebelik depresyonunun anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu bulmuştur. Kılıçarlan'ın (2008) çalışmasında ortalama geliri az olan gebelerde daha çok depresyon görüldüğü saptanmıştır. Bödecs ve arkadaşları (2009) herhangi bir işte çalışmama ve gelir düzeyi düşük olma durumu ile depresyon ve anksiyetenin ilişkili olduğunu, Çelik, Nadirgil Köken ve Yılmaz (2013) de gelir düzeyi azalınca depresyon semptom sıklığında artış olduğunu saptamıştır. Bu bulgular çalışma sonucumuz ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda gebelik sayısı iki ve üstü olan gebelerin BDÖ ve SKE puan ortalamaları/ortancaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8, Tablo 4.11). Gebelik sayısının artışı bireylerin sorumluluklarının artmasına ve baş etmede güçlük yaşamalarına neden olabileceği için kaygı ve depresyonlarını arttırdığı düşünülmektedir. Tekgöz ve arkadaşları'nın (2009) çalışmasında doğum sayısı üç ve üzeri olan gebelerin istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete görülme oranının arttığı bulunmuştur. Tunç ve arkadaşları (2012) üç ve üstü doğum yapan gebelerin anksiyete ve depresyon puanlarının klinik seviyenin üzerinde olduğunu saptamıştır. Çelik, Nadirgil Köken ve Yılmaz'ın (2013) çalışmasında da yaşayan çocuk sayısı arttıkça depresyon puan ortalamalarında artış olduğu bulunmuştur. Bu bulgular çalışma sonucumuzu desteklemektedir.

Araştırmamızda düzenli kontrole gitmeyen gebelerin BDÖ puan ortalamaları/ortancalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8). Ülkemizde TNSA (2013) verilerine göre, kadınların %97'si son beş yıl içinde gerçekleşen en son doğumlarında en az bir kez sağlık personelinin doğum öncesi bakım almıştır. Doğum öncesi bakım, güvenli anneliği sağlamak, komplikasyonların erken tespit edilmesi, gebelik komplikasyonları, anne ölümleri, erken neonatal ölümler ve morbiditenin önlenmesi açısından önemlidir. Ayrıca gebenin bakım alması, genel sağlık durumunun değerlendirilmesi ve normal olmayan bir durumun daha kolay ve erken teşhis edilmesi açısından da yararlıdır (TNSA, 2013). Bu nedenle düzenli kontrole gitmemek bebeğin ve kendisinin sağlığı, yapılacak uygulamalar, önceden alınabilecek önlemler hakkında bilgisinin olmamasına neden olabileceği için gebenin depresyon puanının artmasına neden olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca gebenin her kontrole gittiğinde, kendisi ve bebeğine yönelik yapılacak uygulamalar hakkında eğitim ve danışmanlık alması, bireyin kendisini daha iyi hissetmesine neden olabilir. Turan, Ceylan ve Teyikçi'nin (2008) çalışmalarında annelerin %75.0'inin gebeliğin ilk 3 ayında kontrole gitmeye başladıklarını, %11.5'inin doğum öncesinde hiç kontrole gitmediği belirlenmiştir. Aynı çalışmada annelerin %19.8'inin gebelik ve doğum sırasında sorun yaşadığı tespit edilmiştir.

Araştırmamızda bebeğin cinsiyetini bilmeyen gebelerin BDÖ ve DSKE puan ortalamaları/ortancalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.8, Tablo 4.11). Çalışmamızın yapıldığı bölgenin sosyo-kültürel durumu göz önüne alındığında ve %44.9 oranla geniş ailede yaşamaları depresyon ve kaygı puanlarının artmasına neden olduğunu düşündürmektedir. Çünkü geniş ailede yaşayan bireylerin erkek çocuk beklentisi olması, gebelerin bebeğin cinsiyetini bilmemesi depresyon ve kaygı puanlarını arttırmış olabilir.

Erdem ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında kız bebeği olanlarda prepartum dönemde SKE puanı 45.7 ± 7.3 , erkek bebeği olanlarda ise 42.0 ± 7.0 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda SKE puanının kız bebeklerde 43.80 ± 12.70 erkek bebeklerde ise 41.52 ± 13.75 bulunması araştırma bulgumuzu desteklemektedir. Araştırma bulgumuzdan farklı olarak Şahsivar (2007) riskli gebeliklerde depresyon ve yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmasında (%13 preterm eylem) riskli ve risksiz gebeler arasında cinsiyet beklentisi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır. Akbaş ve arkadaşları (2008) da çalışmalarında istenen bebek cinsiyeti ile depresyon ve kaygı puanları arasında fark olmadığını bulmuştur.

Tanı almış ruhsal bir hastalığı olan gebelerin BDÖ, DSKE ve AHSÖ duygusal durum alt boyutu puan ortalama/ortancaları daha yüksektir (Tablo 4.9, Tablo 4.12, Tablo 4.15). Literatürde gebelerin geçmişinde psikiyatrik hastalıkların var olmasının gebelik depresyonu ve diğer ruhsal sorunları etkileyen faktörlerden biri olduğu belirtilmektedir (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş 2011; Çelik, Nadirgil Köken ve Yılmaz, 2013). Şahsivar'ın (2007) çalışmasında, gebelik öncesi psikiyatrik tanı ve tedavi alanlarda almayanlara göre Beck depresyon puanlarının daha yüksek olduğu bulunmakla beraber istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır. Akbaş ve arkadaşlarının (2008) yaptığı bir çalışmada, daha önce psikiyatrik hastalık geçirme öyküsü olan gebelerin depresyon ve kaygı için önemli bir risk oluşturduğu; Çelik, Nadirgil Köken ve Yılmaz (2013) de gebelik öncesi depresyonu olan bireylerin tamamında depresyon belirtisinin olduğu saptanmıştır. Danacı arkadaşları (2000) çalışmalarında ruhsal hastalık geçirme, daha önceki gebeliğinde ya da doğum sonrasında ruhsal hastalık geçirme durumu ile bu gebeliğinde ruhsal hastalık geçirme arasında anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Lau ve arkadaşları (2007) ikinci trimesterde olan gebeler üzerinde yaptığı çalışmada, bireysel ya da ailesinde psikiyatrik öyküsü olmasının depresif bulgularla ilişkili olduğunu, Ortaarık ve arkadaşları (2012) da ruhsal hastalık öyküsü olan gebelerin depresyon puanının yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Bu sonuçlar bizim bulgumuz ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda yatak istirahatını evde yapmayı istemeyen gebelerin BDÖ ve SKE puan ortalamaları/ortancaları daha yüksektir (Tablo 4.9, Tablo 4.12). Ev ortamı birey için tanıdık, kendini daha rahat ve güvende hissettiği bir ortamdır. Fakat gebenin hem kendisi hem de bebeğinde bir sorunla karşılaştığında ne yapacağını bilemediği bir ortamda olması, gereksinim duyduğunda acil yardım alabileceği bir yerde bulunmaması bu bulgumuzu açıklayabilir (Serçekuş ve Okumuş, 2004). Ayrıca araştırmanın yapıldığı bölgede gebelerin çoğunluğunun geniş aile yapısına sahip olmaları (%44.9), bu nedenle evde yeterince dinlenememeleri ve iklim koşullarının zor olması nedeni ile depresyon ve kaygı puanlarının yüksek olduğu

düşünülmektedir. Yeşiltepe Oskay'ın (2001) %53.3, Hediye ve Korkmaz'ın (2005) %46, Pamuk ve Arslan'ın (2009) çalışmasında ise %24.6 oranla gebelerin yatak istirahatini hastanede yapmayı tercih ettikleri ortaya konmuştur. Nedeninin ise hastanede daha iyi bakıldığıının, eve göre daha çok dinlendikleri, kendileri ve bebeğin sağlık durumu için daha güvelli olduğu gebeler tarafından bildirilmiştir. Bu bulgular araştırmadan elde edilen bulgumuzu desteklemektedir.

Araştırmamızda eşi ile iletişimini orta düzeyde değerlendiren gebelerin BDÖ ve SKE puan ortalamaları/ortancaları daha yüksektir (Tablo 4.9, Tablo 4.12). Eş ile iletişimin iyi olması gebenin, destek sisteminin daha güçlü olmasına, annelik rolünü daha kolay kabul etmesine ve gebeliğe daha kolay uyum sağlamasına yardım edebilir. Elde edilen bu bulgunun aksine Şahsıvar'ın (2007) riskli gebeliklerde depresyon ve yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmasında (%13 preterm eylem) riskli ve risksiz gebeler arasında eş ile iletişim açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır. Çalışma bulgumuza benzer şekilde Altınay (1999) gebelikte eşin desteğinin olmamasının ya da yakın çevre ile iletişim eksikliğinin depresyon gelişiminde etkili olduğunu saptamıştır. Gözüyeşil, Şirin ve Çetinkaya'nın (2008) çalışmasında eşiyle evlilik uyumu iyi olmayan gebelerin depresyon puanlarının, uyumu iyi olan gebelere göre yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgular çalışma sonucumuz ile uyumludur.

Araştırmamızda eşi çalışan gebelerin DKE ve AHSÖ sağlık profesyonelleri ile iletişim ve duygusal durum alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları/ortancaları diğer gruplara göre daha yüksektir (Tablo 4.10, Tablo 4.13). Durumluk kaygı bireyin belirli bir anda ve belirli koşullar altında kendini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir (Aydemir ve Köroğlu, 2009; Kaplan, Bahar, Sertbaş, 2007; Öner ve Lecompte, 1983). Sosyal desteğin iyi olması, gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, kaygı ile daha kolay baş etmesine yardımcı olmaktadır. Gebenin bebekle ve kendisi ile ilgili herhangi bir sorun yaşadığında hemen ulaşabilecek, destek olabilecek bir kişinin yanında bulunmaması, kendini yalnız ve duygusal olarak olumsuz hissetmesi araştırmamızdan elde edilen bulguyu açıklayabilir. Yeşiltepe Oskay'ın (2001) çalışmasında gebelerin hastanede yatak istirahati süresince %91.7 oranında eşlerinden destek aldıklarını saptamıştır. Ayrıca depresyon yaşayan gebelerin sağlık personelinde daha az bakım aldığı da belirtilmektedir (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş 2011; Pamuk ve Arslan, 2009). Yeşiltepe Oskay'ın (2001) çalışmasında kontrol grubunda eğitim verilen deney grubuna göre AHSÖ sağlık profesyonelleri ile iletişim ve duygusal durum alt boyutlarında hastane stresörlerinin daha çok yaşandığını saptamıştır. Maloni ve Kutil'in (2000) çalışmalarında ise

gebelerin tedavi ve bakımlarda tutarsızlık ve yapılan işlemler hakkında bilgi verilmediğini ifade etmişlerdir. Bu çalışmalar araştırmamızdan elde edilen bulgumuzu desteklemektedir.

Araştırmamızda gebelerin yaş gruplarına göre AHSÖ duygusal durum alt boyutu puan ortalama/ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). 26-35 yaş grubunda olan gebelerin duygusal durum puan ortalaması diğer gruplardan yüksektir (Tablo 4.13). Yapılan çalışmalarda yaşın artması ile anksiyete riskinin azaldığı saptanmıştır (Eskici ve ark., 2012; Tekgöz ve ark., 2009). Çapık, Ejer Apay ve Sakar'ın (2015) çalışmalarında yaş küçüldükçe distres oranının arttığı saptanmıştır. Lau ve arkadaşlarının (2007) ikinci trimesterde olan gebeler ile yaptıkları çalışmada da yaşın genç olması ile depresif bulgular arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Bu bulgular araştırma bulgumuz ile uyumluluk göstermektedir.

Lise ve üzeri eğitimi olan ve gelirinin giderden fazla olduğunu belirten gebelerin AHSÖ alt boyutlarından çevre alt boyutu puan ortalama/ortancalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13). Hastane ortamı bireyin alışık olduğu ortamdan farklıdır ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmekte güçlük yaşadığı bir ortamdır. Bu nedenle gebenin normal yaşamında bulunduğu çevre koşulları ve olanaklarının hastane ortamından daha iyi olması ve hastane ortamının bunu karşılayamaması nedeni ile çevre puanının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

İlköğretim mezunu kadınların sağlık durumu alt boyutu puan ortalama/ortancalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13). Eğitim düzeyinin düşüklüğü, bireyin durumu hakkında bazı bilgilerde eksikliğini de beraberinde getirebilir. Gebenin düşük eğitilmiş olması sonucunda bebeğinin sağlığını merak etmesi, yapılan işlemler ve durumu hakkında yeterince bilgi verilmemesi sağlık durumu puanlarının artışının nedenini açıklayabilir. Bu durum gebelerin sağlık durumu ile ilgili endişelerini daha da arttırabilir. Hediye ve Korkmaz'ın (2005) çalışmalarında gebelerin en çok bebeğinin sağlığı, ne kadar hastane kalacağı, durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi konusunda üzüntü, sıkıntı ve stres yaşadıkları saptanmıştır.

Geliri giderinden az olan kadınların benlik algısı alt boyutundan aldıkları puan ortalama/ortancalarının diğer gruplardan düşük, duygusal durum puanlarının ise yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13). Çalışmamızda gebelerin %99.3 çalışmamaktadır ve sadece eşin çalışması ekonomik sıkıntıları beraberinde getirebilir. Bu nedenle yeni doğacak olan bebeğin ve yaşayan çocukların bakım ve gereksinimlerini karşılamada sorun yaşanabilir. Gebelerin kendilerine yönelik benlik algılarının düşük olmasına ayrıca daha fazla endişe ve stres yaşamalarına da neden olabilir (Gümüştaş, Ejder Alpay ve Özorhan, 2011; Ölçer ve

Oskay, 2015). Gümüş Babacan ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında geliri yetersiz olan gebelerin benlik algısının olumsuz olduğu belirlenmiştir ve çalışmamızı desteklemektedir.

Çekirdek aile yapısına sahip olan gebelerin AHSÖ ayrılık alt boyutunun diğer gruptan yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13). Bu bulgunun, gebelerin çekirdek aile yapısına sahip, aile büyüklerinden, akrabalarından uzak ve ziyaret saatlerinin kısıtlı olması, eşlerin çalışması, evdeki çocuklarını düşünme gibi faktörlerden kaynaklandığı ve gebede anksiyete ve strese yol açtığı düşünülmektedir. Dereli Yılmaz ve Kızılya Beji'nin (2010) çalışmalarında çekirdek aile yapısına sahip gebelerin geniş aileye göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nde sosyal destek arama alt boyutunun yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucumuz yapılan diğer çalışmalarla da paralellik göstermektedir (Hediye ve Korkmaz, 2005; Pamuk ve Arslan, 2009; Şen ve Şirin, 2013; Tunç ve ark., 2012). Yeşiltepe Oskay'ın (2001) çalışmasındaki gebelerin %93.3 oranla çekirdek aileden oluştuğunu, deney grubunun, kontrol grubuna oranla ayrılık alt boyut stresörlerini daha çok yaşadığını belirlemiştir.

Eşi lise ve üzeri eğitim grubunda olan gebelerin ve geliri giderinden fazla olan grubun duygusal durum puan ortalama/ortancasının diğer gruplardan düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13). Eşinin eğitim seviyesinin artması ilgi ve desteğin artmasına, duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmasına, stres ve kaygı ile baş etmesine yardımcı olduğu düşünülmektedir. Aktaş ve arkadaşları (2009) gebenin sosyal destek sistemleri ile depresyonu arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Hediye ve Korkmaz'ın (2005) çalışmalarında gebelerin hastanede yattıkları süre içinde %80.7 oranında eşlerin destek verdiği bulunmuştur. Leigh ve Milgrom'un (2008) çalışmalarında, gelir düzeyi düşük olan gebelerde gebelik depresyonunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çapık, Ejder Apay ve Sakar (2015) eşi işsiz olanların Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği puan ortalamalarının, Şen ve Şirin (2013) de geliri giderine eşit gebelerin sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır.

İsteyerek gebe kalan gebelerin AHSÖ sağlık durumu alt boyutu puan ortalama/ortancası diğer gruptaki gebelerden yüksektir (Tablo 4.14). Ailenin gebeliği istemesi, gebeliğin tıbbi müdahale sonucu olması, olumsuz gebelik öyküsünün olması gebenin sağlık durumu hakkındaki endişelerinin artışına neden olabilir. Literatürde gebeliğin istenmesi ile anksiyete, depresyon ve gebeliğe uyumun anlamlı bir ilişki içinde olduğu saptanmıştır (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014; Şen ve Şirin, 2013; Tunç ve ark., 2012). Yeşiltepe Oskay'ın (2001) çalışmasında gebeliklerin %96.7'sinin istenen gebelik olduğu, deney ve kontrol grubundaki gebelerin en büyük endişelerinin bebeğin sağlığını düşünmek olduğu ve bu stresörün her iki grup arasında da anlamlı olmadığı saptanmıştır. Hediye ve Korkmaz'ın (2005) çalışmalarında

gebeliği isteyen gebelerin istemeyen gebelere göre daha çok gergin ve duygusal oldukları belirlenmiştir. Bu çalışmalar araştırmamızla paralellik göstermektedir.

Tanı almış fiziksel hastalığı olmayan gebelerin AHSÖ sağlık durumu alt boyutu puan ortalama/ortancası diğer gruptaki gebelerden yüksektir (Tablo 4.14). Bu bulgunun nedeni, gebeliğe bağlı veya gebelik öncesi herhangi bir hastalığının olmaması, hem kendi hem de bebeğinin sağlığı konusunda endişelenme, bulunduğu ortamın farklı olması, hastanede yatışın ve olabilecekler hakkında hiç bir düşüncesinin olmamasından kaynaklı olabilir. Maloni ve Kutil'in (2000) çalışmalarında gebelerde bebeğin sağlığı ile ilgili belirsizlik, başkalarına bağımlı olma, testlerin uygulanması ve sonuçları, hastane de ne kadar kalacağını bilmeme gibi sorunların olduğunu bildirmiştir. Yeşiltepe Oskay'ın (2001) çalışmasında ise kontrol grubundaki gebelerin deney grubuna göre sağlık durumu alt grubundaki stresörleri daha çok yaşadığını saptamıştır. Bu çalışmalar araştırmamızla paralellik göstermektedir.

Yatak istirahatini evde yapmak istemeyen gebelerin AHSÖ aile durumu alt boyutu puan ortalama/ortancası diğer gruptaki gebelerden yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15). Bunun nedeni evdeki çocukların bakımı, kadın ve eş olarak sorumluluklarını yerine getirememem ve kendi işlerini üstlenen eşini düşünmesinden kaynaklanabilir. Yeşiltepe Oskay'ın (2001) çalışmasında deney ve kontrol grubunda gebelerin evdeki çocukların bakımı hakkında endişelenme stresörünün en fazla olduğunu saptanmıştır. Hediye ve Korkmaz'ın (2005) çalışmalarında da aynı stresör yüksek düzeyde bulunmuştur.

Ruhsal durumunun bebeğine zarar vermeyeceğini düşünen gebelerin AHSÖ sağlık profesyonelleri ile iletişim ve duygusal durum puan ortalamaları diğer gruptaki gebelerden düşüktür (Tablo 4.15). Gerçekten ruhsal bir sorunu olmadığı ya da sorun olabileceği hakkında bilgisinin olmaması nedeni ile iletişim ve duygusal durum puanları düşük olmuş olabilir. Çünkü bir sorun olmadığında sağlık profesyonellerine ihtiyacı daha az olacak ve duygusal durum puan ortalaması da düşük olacaktır. Gebenin ruhsal bir sorunu olduğunda sağlık personeline ihtiyaç duyabilir ve iletişim kurmak durumunda olabilir. McCain ve Deatrick (1994) hemşirelerin sağladığı emosyonel desteğin önemli olduğunu belirtmiştir.

Araştırmamızda daha önce ruhsal hastalığına yönelik yardım alan ve ruhsal yönden yardım almayı isteyen gebelerin duygusal durum alt boyutu puan ortalama/ortancalarının diğer gebelerden yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.15). Gebenin daha önce ruhsal sorunlar yaşaması ve bu gebeliğinin riskli gebelik olması durumu tetikleyebilir. Çünkü bebeği ve kendisi için endişelenip korkacak, üzüntü, sıkıntı hissedecek ve destek sisteminin de yeterli olmaması ile sorunun daha da artmış olacağı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalar riskli gebelikler, sosyal desteğin yetersizliği ve gelir durumunun kötü olmasının ruhsal hastalıkları

etkilediği bulunmuştur (Dağlar ve Nur, 2014; Demirbaş ve Kadioğlu, 2014; Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010; Dülgerler, Engin ve Ertem, 2009; Eskici ve ark., 2012; Orr, James ve Blacmore, 2002).

Araştırmada gebelerin DKE birinci ve ikinci izlemdeki puan ortalama/ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Gebelerin ikinci izlem puanları birinci izleme göre daha düşüktür (Tablo 4.17). Bununla beraber SKE puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Durumluk kaygı, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullar altında kendini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirmektedir. Sürekli kaygı ise bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir (Aydemir ve Köroğlu, 2009; Kaplan, Bahar, Sertbaş, 2007; Öner ve Lecompte, 1983). Araştırmamızdaki gebeler preterm eylem ile hastanede yatan gebelerdir. Bu nedenle de kendisinin ve özellikle de bebeğin sağlık durumu konusunda endişeleri vardır. Bebeği kaybetme korkusu ile karşı karşıyadırlar (Hediye ve Korkmaz, 2005; Yeşiltepe Oskay, 2001). Bu durum gebelerin yeni hastaneye yattıkları dönemde durumluk kaygı puanlarının yüksek, taburcu oldukları zaman daha düşük olmasını açıklayabilir. Çünkü gebelerin hastane ortamında olması kendilerini daha fazla güvende hissetmesine ve sağlık sorunları çözümlendiğinde de endişelerinin daha da azalmasına neden olabilecektir. Türkan, Erer ve Akan'ın (2008) yaptıkları çalışmada preterm gebelerin hastalıkları ve gereksinimlerine yönelik verilen eğitim öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğunu bulmuştur.

Gebelerin ayrılık, çevre, sağlık durumu, sağlık profesyonelleriyle iletişim, duygusal durum ve aile durumu alt boyutlarının birinci ve ikinci izlem puan ortalama/ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ayrılık ve çevre alt boyutlarından alınan puanlar ikinci izlemde daha yüksek olarak bulunurken, sağlık durumu, sağlık profesyonelleriyle iletişim, duygusal durum ve aile durumu alt boyutlarından alınan puanlar birinci izlemde daha yüksektir (Tablo 4.18). Gebelerin ayrılık ve çevre alt boyutlarından alınan puanların ikinci izlemde daha yüksek olması hastane stresörlerine maruz kalmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Gebe hastaneye yeni yattığı zaman evdeki ailesinden, çocuklarından ayrılmış, bebeğinin ve kendisinin sağlık durumu, yapılan tetkikler ve sonuçları hakkında endişe duymakta ve korku yaşamaktadır. Ayrıca ne kadar hastanede kalacağını bilememesi gibi nedenlerle de gebe kendini üzüntülü, sıkıntılı ve yalnız hissedebilir. Bu yüzden sağlık profesyonellerine daha fazla ihtiyaç duyabilir. Bu durumlar, sağlık durumu, sağlık profesyonelleriyle iletişim, duygusal durum ve aile durumu alt boyutlarından alınan puanların

birinci izlemde daha yüksek bulunmasını açıklayabilir. İkinci izlemde ise bu puanların düşük olması, gebe taburcu olduğu için sorunların ortan kalmış olduğu düşüncesinden kaynaklanabilir. Yeşiltepe Oskay'ın (2001) çalışmasında ayrılık, çevre, sağlık durumu, sağlık profesyonelleriyle iletişim, benlik algısı, duygusal durum, aile durumu alt gruplarından oluşan stresörlerin, kesin yatak istirahatinde olup eğitim yapılan gebelerde daha az yaşandığı saptanmıştır. Kısmi yatak istirahatinde olan eğitim yapılan gebelerde, ayrılık, çevre, sağlık durumu, sağlık profesyonelleriyle iletişim, benlik algısı, duygusal durum ile ilgili stresörlerin daha az yaşandığı saptanmıştır. Aynı çalışmada aile durumunu oluşturan stresörlerin her iki grupta da benzer düzeyde daha az yaşandığı belirtilmektedir.

Birinci izlemde gebelerin DKE puanları arttıkça BDÖ, SKE puanları arttıkça BDÖ ve DKE puanları da artmaktadır (Tablo 4.18). Cebeci, Aydemir ve Göka'nın (2002) çalışmalarında depresyon semptom düzeyi yüksek olanlarda sürekli kaygı ortalama puanı 49.08 iken, olmayanlarda 46.27 olarak bulmuştur. Kılıçarslan (2008) depresyon düzeyi ile kaygı düzeyi ortalamaları, Karaçam ve Ançel (2009) gebelik depresyonu ile anksiyete puanları arasında pozitif ilişki olduğunu saptamıştır. Bödecs ve arkadaşları (2009) da depresyon yaşayan gebelerin, çoğunda anksiyete bulguları olduğunu belirlemişlerdir.

Gebelerin birinci izlemde ayrılık puanları arttıkça sağlık durumu, benlik algısı ve aile durumu puanları artmaktadır. Gebelerin çevre puanları arttıkça sağlık durumu ve duygusal durum puanları artmaktadır. Sağlık durumu puanları arttıkça benlik algısı, duygusal durum ve aile durumu puanları, sağlık profesyonelleri ile iletişim puanları arttıkça da duygusal durum puanlarında artış gözlenmektedir. Araştırmada ayrıca gebelerin benlik algısı puanları arttıkça duygusal durum, duygusal durum puanları arttıkça da aile durumu puanlarının arttığı bulunmuştur (Tablo 4.19). Hediye ve Korkmaz'ın (2005) çalışmalarında ayrılık alt boyutun gerginlik, sinirlilik, duygusal olma; çevre alt boyutun duygusal değişiklik, kabus görme; duygusal alt boyutun mizaç değişikliği, duygusal olma; aile alt boyutun gerginlik, sinirlilik; benlik algısı alt boyutun can sıkıntısı; sağlık ve sağlık profesyonelleri ile iletişim alt boyutunun gerginlik, sinirlilik durumları ile ilişkili olduğunu belirlemiştir. Kalıtsal ve çevrel etmenlerin ürünü olan benlik, bireyin kendini yargılaması ve değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan bir duygudur. Kendisini değerli hissetme, başarılı görme, kendisini kabul etmesi ve benimsemesi, başarıya, bilgi ve yeteneklerini ortaya koyma gibi bir çok etkenden oluşmaktadır. Çocukluktan itibaren başlayan aile, sosyo-kültürel özellikler ve kriz durumlarından etkilenmektedir (Arslan, 1992; Aydın, 1996; Özkan, 1994). Özkan (1994) gençlerle yaptığı çalışmasında gelir ve ilgi arttıkça benlik algısının arttığını bulmuştur. Gebelerin hastanede kaldığı süre içinde başkalarına bağımlı olma, anne olma konusunda

endişelenme, doğumu düşünme gibi benlik algısını etkileyen stresörlerdir bulunmaktadır. Hisli Şahin, Durak Batıgün ve Uzun (2011) anksiyete bozukluğu olan deney grubundaki bireylerin kontrol grubuna göre benlik algısının olumsuz olduğunu saptamıştır. Gebelerin hastanede kaldıkları süre içinde en çok etkileyen çevresel stresörler; yabancı yatakta yatma, hastane yemeklerini yeme, odanın temizliği, hastane gürültüsü, odayı başka hastalarla paylaşma ve mahremiyetin olmaması gibi sorunlardır (Heaman ve Gupton, 1998; Pamuk ve Arslan, 2009; Yeşiltepe Oskay, 2001). Yeşiltepe Oskay'ın (2001) çalışmasında özellikle yabancı yatakta yatma, hastane gürültüsü ve mahremiyetin olmaması gibi stresörleri kontrol grubunda deney grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuştur. Heaman ve Gupton'un (1998) çalışmasında mahremiyetin olmaması ve hastane ortamının gebeler açısından gerilim yarattığını bulmuştur. Arslan ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada hastane anksiyete ve depresyon ölçeğine göre anksiyete ve depresyon görülme oranlarının %28.8 ve %35.0 olduğu bulunmuştur. Pamuk ve Arslan (2009) gebelerin yatak istirahati tercihini evde istemelerinin nedeninin hastanede mahremiyetin olmaması ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Gebeler ilk olarak bebek ve kendilerinin sağlığı hakkında endişelenmeye başlamaktadır. Çünkü hastaneye başvuru şekli gebelikte normal gitmeyen bir durum olmasıdır. Hastaneye yatışla birlikte hastanede ne kadar kalacağı, yapılan testler ve sonuçları, ilaç almak, aniden hareket kısıtlaması gibi stresörler de beraberinde ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte gebede duygusal durumla ilgili üzüntü, korku, yalnızlık, öfke, kendini sıkıntılı hissetme duyguları başlayarak anksiyete görülebilmektedir. Hediye ve Korkmaz'ın (2005) çalışmasında hastanede yatmaya bağlı gebelerde gerginlik, sinirlilik, duygusal olma, mizaç değişikliği ruhsal sorunlar yaşandığı bulunmuştur. Yeşiltepe Oskay'ın (2001) çalışmasında deney ve kontrol grubundaki gebelerde bebeğin sağlığını düşünme konusunda çok fazla stres yaşandığını saptamıştır. Hastaneye yatış gebenin hastanede yalnız kalmasına, ailesinden, en önemli sosyal desteği olan eşinden, alıştığı ortamdan ve işten ayrı olmasına neden olabilmektedir. Özellikle evdeki çocukların bakımı ve kendisinin sorumluluklarını yapmayı üstlenen eşini düşünmesi stres etkeni oluşturabilmektedir. Çünkü sosyal destek sisteminin yetersizliği kaygı ve depresyon artışına neden olabilmektedir (Karaçam ve Ançel 2009, Yeşiltepe Oskay, 2001; Yeşiltepe Oskay, 2004). Pamuk ve Arslan'ın (2009) çalışmasında gebelerin hastanede kaldıkları süre içinde en çok eşlerin destek verdiğini belirlemiştir. Şen ve Şirin'in (2013) çalışmasında preterm eylem tanılı gebelerin sosyal destek düzeyinin orta seviyede ve BDÖ puanlarının da yüksek olduğu bulunmuştur. Tunç ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında aile desteği görmeyenlerin anksiyete puanlarının klinik seviyenin üzerinde olduğu bulunmuştur. Hediye ve Korkmaz (2005) yüksek riskli gebelerle yaptığı çalışmada en

çok gerilime neden olan stresörlerin, bebeğin sağlığını düşünme, aileden uzak olma, evdeki çocukların bakımı, ne kadar hastane kalacağını bilmeme, doğumu düşünme, üzüntülü hissetme ve durumu hakkında yeterince bilgi verilmemesi olduğunu saptamıştır. Gebeler, ilk hastaneye yattıkları zaman iletişime geçtikleri kişiler sağlık profesyonelleri olduğu için iletişim önemlidir. Gebeler hastanede öncelikle hemşireler ve sonra da oda arkadaşları ile daha çok iletişime geçtiklerini belirtmişlerdir (Pamuk ve Arslan, 2009). Ancak bazı çalışmalarda, en çok oda arkadaşları ile iletişim kurdukları ve sağlık profesyonelleri ile iletişimin yeterince sağlanamadı belirtilmektedir (Hediye ve Korkmaz, 2005; Maloni ve Kutil, 2000; Yeşiltepe Oskay, 2001). Hastane ortamında, sağlık profesyonellerinin birbirinden farklı düşünceleri, yapılan işlemler hakkında bilgi verilmemesi, tıbbi terimlerin kullanılması, ekibin aceleci olması, tanımadığı sağlık personeline gebe hakkında bilgi verilmesi ve testlerle ilgili açıklamaları anlamaya çalışma gibi stresörler yer almaktadır (Coşkun, 1996; Maloni ve Kutil, 2000; Yeşiltepe Oskay, 2001).

Gebelerin taburculuk sırasında BDÖ puanları arttıkça DSKE, duygusal durum ve aile durumu puanlarının, DKE puanları arttıkça SKE ve aile durumu puanlarının, SKE puanları arttıkça duygusal durum puanlarının da arttığı saptanmıştır. Gebelerin taburculukları sırasında ayrılık puanları arttıkça benlik algısı ve aile durumu puanlarının da arttığı bulunmuştur. Taburculuk sırasında çevre puanları arttıkça sağlık durumu puanlarının, sağlık durumu puanları arttıkça benlik algısı, duygusal durum ve aile durumu puanlarının da arttığı da saptanmıştır. Taburculuk sırasında araştırmada benlik algısı puanları arttıkça duygusal durum ve aile durumu puanları, duygusal durum puanları arttıkça aile durumu puanları da artmaktadır (Tablo 4.20). Gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanı sıra önemli biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler ile kaygı, stres gibi ruhsal sorunların da yaşanabileceği bir dönemdir (Ehsanpour ve ark. 2012; Maraloğlu ve Şahsivar, 2008; Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011). Kaplan, Bahar ve Sertbaş'ın (2007) çalışmalarında doğum öncesi kaygının, doğum sonrası kaygıdan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmada doğum öncesi bilgi almama, sosyal destek sisteminin yetersizliği, gelir durumu, gebeliğin istenmesi kaygı durumu ile anlamlı olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmalarımızdaki gebelerin riskli gebelik grubunda olmasının durumu alevlendirdiği düşünülmektedir. Dağlar ve Nur'un (2014) çalışmalarında riskli gebelerin sağlıklı gebelere göre anksiyetelerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğunu belirlemiştir. Okanlı, Tortumluoğlu ve Kırpınar'ın (2003) çalışmalarında ise eşin eğitim durumu, perinatal bakım almama ve sosyal destek sisteminin eksikliği gibi nedenlerle gebelerde problem çözme becerilerinin düşük olduğu bulunmuştur. Çelik, Nadirgil Köken ve Yılmaz (2013) gebelikte doğumla ilgili kaygı ve endişe yaşayan gebelerin

%57.3'ünde ve gebelikte komplikasyon yaşayan gebelerin %74.1'inde depresyon semptomlarının görüldüğünü bulmuşlardır. Bu çalışmalar bize gebelerin aynı zamanda benlik algısının düşük olduğunu da göstermektedir (Çelik, Nadirgil Köken ve Yılmaz, 2013; Dağlar ve Nur, 2014; Okanlı, Tortumoğlu ve Kırpınar, 2003). Şen ve Şirin'in (2013) çalışmalarında preterm eylem tanımlı gebelerin BDÖ puan ortalamalarını orta düzeyde, DKE-SKE'nin puan ortalamalarını yüksek düzeyde belirlemiştir. Yapılan bu çalışmalar BDÖ ve DKE-SKE'nin AHSÖ'nin alt boyutlarından olan benlik algısı, duygusal, aile, ayrılık, çevre, sağlık ve sağlık profesyonelleriyle iletişim alt boyutlarının birbiri ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Çelik, Nadirgil Köken ve Yılmaz, 2013; Dağlar ve Nur, 2014; Hediye ve Korkmaz, 2005; Kaplan, Bahar ve Sertbaş, 2007; Maloni ve Kutil, 2000; Maraloğlu ve Şahsıvar, 2008; Okanlı, Tortumluoğlu ve Kırpınar, 2003; Şen ve Şirin, 2013; Yeşilçiçek ve Aktaş, 2011; Yeşiltepe Oskay, 2001). Ayrıca literatürdeki çalışmalar gebelerin sağlık profesyonellerinden az bilgi ve destek aldıklarını da göstermektedir (Coşkun, 1996; Hediye ve Korkmaz, 2005; Maloni ve Kutil, 2000; Yeşiltepe Oskay, 2001).

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Preterm eylem tanısı ile hastanede yatan gebelerin depresyon ve kaygı düzeylerinin hastane stresörleri ile ilişkisinin belirlenmesi amacı ile yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Gebelerin yaş ortalamasının 25.52 ± 5.98 , %58.5'inin 16-25 yaş grubunda, %99.3'ünün çalışmadığı, %53.1'inin ilköğretim mezunu, %55.1'inin çekirdek ailede yaşadığı, %67.3'ünün evliliğinin akraba evliliği olduğu ve %53.1'inin 1-5 yıldır evli olduğu saptanmıştır. Gebelerin %51.7'sinin gelirinin giderinden az olduğu, %67.3'ünün sosyal gevencesinin olmadığı, %80.3'ünün hiç sigara içmediği, %85'inin ailesinde destek olacak kişilerin olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1).
- Gebelerin eşlerinin %89.8'inin herhangi bir işte çalıştığı, %66'sının ilköğretim mezunu olduğu, %61.9'unun sigara içtiği ve %76.2'sinin eşi ile iletişimini iyi düzeyde algıladığı belirlenmiştir (Tablo 4.2).
- Gebelerin gebelik sayısı ortalaması 3.30 ± 2.14 'dür. Araştırmada gebelerin %90.5'inin 25-27. gebelik haftasında olduğu, %72.8'inin iki ve daha fazla gebelik geçirdiği, %65.3'ünün gebeliğinin planlı ve istendik olduğu, %97.3'ünün gebeliğinin spontan olarak gerçekleştiği, %72.1'inin gebelikte ilaç kullandığı, %73.5'inin gebelikte tanı almış fiziksel bir hastalığının olduğu, %77.6'sının doğumunun normal doğum olarak planlandığı, %63.3'ünün kontrollerine düzenli olarak gittiği, %46.3'ünün bebeğinin cinsiyetinin erkek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).
- Gebelerin %64.6'sının gebeliği sırasında daha önce hastanede yatmadığı, %64.6'sının hastanede yatarken ziyaretçisinin geldiği, %66.7'sinin hastane yerine evde yatmayı tercih ettiği, %77.6'sının ise hastanede yatış süresinin 1-3 gün arasında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).
- Gebelerin %87.1'inin daha önce ruhsal bir hastalığının bulunmadığı, %86.4'ünün daha önce ruhsal hastalığına yönelik herhangi bir yardım almadığı, %77.6'sının ruhsal durumunun bebeğine zarar verebileceğini düşünmediği ve %64.6'sının gebeliğinde ruhsal yönden yardım almayı istediği saptanmıştır (Tablo 4.5).
- BDÖ puan ortalaması birinci ve ikinci izlem için sırasıyla 17.59 ± 9.84 , 17.98 ± 10.43 'dür. Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalaması birinci ve ikinci izlem için sırasıyla 51.91 ± 11.86 , 33.17 ± 11.73 'dür. SKE puan ortalaması birinci ve ikinci izlem için ise sırasıyla 44.46 ± 13.72 , 44.23 ± 14.82 'dir. AHÖ alt gruplarından ayrılık puan ortalaması birinci ve ikinci izlem için sırasıyla 1.81 ± 0.67 , 1.93 ± 0.64 ; çevresel durum 1.53 ± 0.69 , 1.90 ± 0.69 ; sağlık durumu

1.72±0.46, 1.32±0.49; sağlık profesyonelleriyle iletişim 1.42±0.48; 0.86±0.30; benlik algısı 1.54±0.50, 1.43±0.47; duygusal durum 2.24±0.82, 1.37±0.87; aile durumu 2.82±0.76, 2.34±0.79'dur (Tablo 4.6).

- Eşi ilköğretim mezunu olan gebelerin ve geliri giderinden az olan gebelerin birinci izlemde BDÖ puan ortalaması/ortancasının diğer bireylerin puan ortalaması/ortancasına göre daha yüksek olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.7),
- Gebelik sayısı iki ve üstü olan, düzenli kontrole gitmeyen, bebeğin cinsiyetini bilmeyen gebelerin birinci izlemde BDÖ puan ortalamaları/ortancalarının daha yüksek olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.8),
- Tanı almış ruhsal bir hastalığı olan, yatak istirahatını evde yapmayı istemeyen, eşiyile iletişimi orta düzeyde olan gebelerin birinci izlemde BDÖ puan ortalamaları/ortancalarının daha yüksek olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.9) saptanmıştır.
- Eşi ilköğretim mezunu olan gebelerin DSKE, eşi çalışan gebelerin DKE, geliri giderinden az olan gebelerin SKE puan ortalamaları/ortancalarının birinci izlemde diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.10),
- Gebelik sayısı iki ve üstü olan gebelerin sürekli kaygı, düzenli kontrole gitmeyen, bebeğin cinsiyetini bilmeyen gebelerin DSKE puan ortalamaları/ortancalarının daha yüksek olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.11),
- Tanı almış ruhsal hastalığı olan gebelerin DSKE, hastanede ziyaretçisi gelmeyen, yatak istirahatını evde yapmayı istemeyen ve eşi ile iletişimini orta düzeyde algılayan gebelerin SKE ortalamaları/ortancalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.12).
- Yaşı 26-35 arasında olan gebelerin AHSÖ alt boyutlarından duygusal durum, lise ve üzeri eğitimi olan gebelerin çevre alt boyutu, ilköğretim mezunu gebelerin ise sağlık durumu alt boyutu puan ortalaması/ortancalarının diğer gruplardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Eşi lise ve üzeri eğitim grubunda olan gebelerin duygusal durum, çekirdek aile yapısına sahip olan gebelerin ayrılık alt boyutu puan ortalaması/ortancasının diğer gruplardan düşük olduğu, eşi çalışan gebelerin AHSÖ sağlık profesyonelleri ile iletişim ve duygusal durum alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması/ortancalarının eşi çalışmayan kadınlardan yüksek olduğu, gelirinin giderden fazla olduğunu belirten kadınların çevre alt boyutu puan ortalaması/ortancalarının diğer gruplardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Geliri giderinden az olan kadınların benlik algısı alt boyutundan aldıkları puan ortalaması/ortancalarının diğer gruplardan düşük olduğu, geliri giderinden fazla olan grupta olan gebelerin ise duygusal durum alt boyutu puan ortalaması/ortancalarının diğer gruplardan düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.13).

- İsteyerek gebe kalan gebelerin AHSÖ sağlık durumu alt boyutu puan ortalama/ortancasının diğer gruptaki gebelerden yüksek olduğu ($p<0.05$) (Tablo 4.14).
 - Tanı almış ruhsal hastalığı olan gebelerin AHSÖ duygusal durum, yatak istirahatini evde yapmak istemeyen gebelerin aile durumu, daha önce ruhsal yönden yardım alan ve ruhsal yönden yardım almayı isteyen gebelerin duygusal durum alt boyutu puan ortancalarının diğer gruptaki gebelerden yüksek olduğu, ruhsal durumunun bebeğine zarar vermeyeceğini düşünen gebelerin sağlık profesyonelleri ile iletişim ve duygusal durum puan ortalamalarının diğer gruptaki gebelerden düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.15).
 - Gebelerin DKE birinci ve ikinci izlemdeki puan ortalama/ortancaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), ikinci izlem puanlarının birinci izleme göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.17).
 - Gebelerin AHSÖ ayrılık, çevre, sağlık durumu, sağlık profesyonelleriyle iletişim, duygusal durum ve aile durumu alt boyutlarının birinci ve ikinci izlem puan ortalama/ortancaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), ayrılık ve çevre alt boyutlarından alınan puanlar birinci izlemde daha düşük olarak bulunurken, sağlık durumu, sağlık profesyonelleriyle iletişim, duygusal durum ve aile durumu alt boyutlarından alınan puanlar ikinci izlemde daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.18).
- Yapılan araştırmada birinci izlemde;
- Gebelerin BDÖ ile DKE'nden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r_s=0.520$; $p=0.000$); SKE'nden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ($r_s=0.767$; $p=0.000$); duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r_s=0.562$; $p=0.000$); aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.301$; $p=0.013$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, BDÖ puanları arttıkça durumluk-kaygı, duygusal durum ve aile durumu puanlarının arttığı saptanmıştır (Tablo 4.19).
 - Gebelerin DKE ile SKE'nden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r_s=0.631$; $p=0.000$), ayrılık alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde ($r_s=0.188$; $p=0.043$), sağlık durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında ($r_s=0.273$; $p=0.005$) ve sağlık profesyonelleri ile iletişim alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.397$; $p=0.018$), duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r_s=0.689$; $p=0.000$) ve aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.487$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, DKE puanları arttıkça SKE, ayrılık, sağlık durumu, sağlık profesyonelleri ile iletişim, duygusal durum ve aile durumu puanlarının artış gösterdiği,

- SKE ile sağlık durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.238$; $p=0.015$) ve duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r_s=0.544$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, SKE puanları arttıkça sağlık durumu ve duygusal durum puanlarının arttığı,
- Ayrılık alt boyut puanları ile sağlık durumu ($r_s=0.285$; $p=0.008$) ve benlik algısı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.440$; $p=0.003$), aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r_s=0.573$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, ayrılık puanları arttıkça, sağlık durumu, benlik algısı ve aile durumu puanlarının da arttığı,
- Gebelerin çevre alt boyut puanları ile sağlık durumu ($r_s=0.229$; $p=0.030$) ve duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.266$; $p=0.011$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, çevre puanları arttıkça sağlık durumu ve duygusal durum puanlarının da arttığı,
- Sağlık durumu alt boyut puanları ile benlik algısı ($r_s=0.425$; $p=0.007$), duygusal durum ($r_s=0.355$; $p=0.000$) ve aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.286$; $p=0.038$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, sağlık durumu puanları arttıkça benlik algısı, duygusal durum ve aile durumu puanlarının da artış gösterdiği,
- Sağlık profesyonelleri ile iletişim alt boyut puanları ile duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r_s=0.541$; $p=0.001$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, sağlık profesyonelleri ile iletişim puanları arttıkça duygusal durum puanlarının da arttığı,
- Benlik algısı alt boyut puanları ile duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.365$; $p=0.010$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, benlik algısı puanları arttıkça duygusal durum puanlarının da arttığı,
- Duygusal durum alt boyut puanları ile aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.439$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, duygusal durum puanları arttıkça aile durumu puanlarının da artış gösterdiği saptanmıştır (Tablo 4.19).

Araştırmada ikinci izlemde;

- Gebelerin BDÖ ile DKE puanları arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ($r_s=0.728$; $p=0.000$), SKE puanları arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ($r_s=0.808$; $p=0.000$), duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r_s=0.588$; $p=0.000$) ve aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.319$;

p=0.008) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, BDÖ puanları arttıkça DSKE, duygusal durum ve aile durumu puanlarının da artış gösterdiği saptanmıştır.

- DKE ile SKE puanları arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ($r_s=0.748$; $p=0.000$), sağlık durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde ($r_s=0.198$; $p=0.033$) ve aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r_s=0.506$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, DKE puanları arttıkça SKE ve aile durumu puanlarının da arttığı bulunmuştur.
- SKE ile duygusal durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r_s=0.621$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, SKE puanları arttıkça duygusal durum puanlarının da arttığı,
- Ayrılık alt boyut puanları ile benlik algısı alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.366$; $p=0.000$) ve aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r_s=0.604$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, ayrılık puanları arttıkça benlik algısı ve aile durumu puanlarının da arttığı,
- Çevre alt boyut puanları ile sağlık durum alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde ($r_s=0.216$; $p=0.020$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, çevre puanları arttıkça sağlık durumu puanlarının arttığı,
- Sağlık durumu alt boyut puanları ile benlik algısı ($r_s=0.324$; $p=0.002$), duygusal durum ($r_s=0.327$; $p=0.000$) ve aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.439$; $p=0.001$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, sağlık durumu puanları arttıkça benlik algısı, duygusal durum ve aile durumu puanlarının arttığı,
- Benlik algısı puanları ile duygusal durum ($r_s=0.422$; $p=0.000$) ve aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ($r_s=0.477$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, benlik algısı puanları arttıkça duygusal durum ve aile durumu puanlarının da artış gösterdiği,
- Duygusal durumu alt boyut puanları ile aile durumu alt boyutundan aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde ($r_s=0.602$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, duygusal durumu puanları arttıkça aile durumu puanlarının da arttığı saptanmıştır (Tablo 4.20).

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Gebelerde duygusal problemlerinin ve yaşadıkları hastane stresörlerinin önlenmesi ve en aza indirilmesinde ayrıntılı ebelik bakımı, eğitim ve danışmanlık yapılması

- Ebelik bakımının yaygınlaştırılması, psikolojik şikayetlerin ve hastane stresörlerinin azaltılması için gebelere yazılı materyal, broşür vb. sağlanması
- Zorunlu olmadıkça yatak istirahatinin önerilmemesi
- Gebelere yeterli perinatal bakım verilerek, oluşabilecek sorunların önlenmesi ve erken dönemde tedavilerin başlanması
- Gebelere prenatal dönemde ruhsal sorunlarına yönelik bakım verilerek, doğum sonu ruhsal sorunların oluşmasının önlenilmesi
- Yatak istirahatinde olan gebelerin hastane stresörlerin azaltılmasına yönelik bakımın planlanması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

- Akbaş, E., Vırıt, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, A.H., Sertbaş, G. (2008). Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 85-91.
- Aktaş, S., Yeşilçiçek Çalık, K., Dinçkol, M., Kara, H., Budak, S., Güney, S. (2009). Gebelikte Depresyon, Depresyona Etki Eden Faktörler ve Gebelik Depresyonu ile Sosyal Destek Arasında ilişki. 9. *Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kıtş Kongresi Kongre Özet Kitabı*, 459-460.
- Altınay, S. (1999). Gebelikte Depresyon Prevelansı, Sosyodemografik Özellikler, Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Destek ile İlişkisi. *Uzmanlık Tezi*. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi Aile Hekimliği, Ankara.
- Anderson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Aström, M., Bixo, M. (2003). Neonatal Outcome Following Maternal Antenatal Depression and Anxiety: A Population – based Study. *American Journal of Epidemiology*, 159(9):872-880.
- Arch, JJ. (2013). Pregnancy-Specific anxiety: Which Women are Highest and What are The Alcohol-Related Risks. *Compr Psychiatry*, 54(3):217-28.
- Arslan, B., Arlan, A., Kara, S., Öngel, K. ve Mungan, M.T. (2011). Gebelik Anksiyete ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 21(2):79-84.
- Arslan, E. (1992). Benlik Kavramı ve Bireyin Yaşamındaki Etkileri. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 4:7-14.
- Arslan, F., Turgut, R. (2013). Premature Bebek Annelerinin Evdeki Bakım Gereksinimlerini ve Bakım Verme Yeterliliklerini Algılama Durumları. *DEUHYO ED*, 6(3): 119-124.
- Aydemir, Ö., Köroğlu, E. (2009). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. *Hekimler Yayın Birliği*, 147-151, 221-231.
- Aydın, B. (1996). Benlik Kavramı ve Ben şemaları. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 8:41-47.
- Ayvaz, S., Hocaoğlu, Ç., Tiryaki, A., Ak, İ. (2006). Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4):243-251.
- Başer, N., Eskiocak, M. (2013). Yaşama Erken Başlayanlar: Preterm Doğum Küresel Eylem Raporu. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 22(5):192.
- Beksaç, M.S., Demir, N., Koç, A., Yüksel, A. (2001). Obstetrik Maternal-Fetal Tıp & Perinotoloji. *MN Medikal ve Nobel Kitabevi*, 1149-1155.

- Bernal, A.L. (2007). Overview. Preterm Labour: Mechanisms and Management. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7(2), doi:10.1186/1471-2393-7-S1-S2.
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., Koren, G., (2004). Perinatal Risks of Untreated Depression During Pregnancy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(11):726-735.
- Bödecs, T., Horváth, B., Kovács, L., Diffellné Németh, M., & Sándor, J. (2009). Prevalence of Depression and Anxiety in Early Pregnancy on a Population Based Hungarian Sample. *Orvosi Hetilap*, 150(41):1888-1893.
- Bream, E.N.A., Leppellerel, C.R., Cooper, M.E., Dagle, J.M., Merrill, D.C., Christensen, K., Simhan, H.N., Fong, C., Hallman, M., Muglia, L.J., Marazita, M.L., Murray, J.C. (2013). *Pediatr Res.*,73(2): 135–141. doi:10.1038/pr.2012.166
- Carvalho, A.E.V., Linhares, B.M., Padovani, F.H.P. ve Martinez, F.E. (2009). Anxiety and Depression in Neonatal ICU. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1):161-170.
- Cebeci, S.A., Aydemir, Ç., Göka, E. (2002). Puerperal Dönemde Depresyon Sıklığı ve Prevelansı:Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek İle İlişkisi. *Kriz Dergisi*, 10(1): 11-18.
- Clausson,B.,Lichtenstein, P.,Cnattingius, S. (2000). Genetic İnfluence on Birthweight and Gestational Length Determined By Studies in Offspring of Twins. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(3):375-381.
- Coşkun A. (1996). Perinatal Hemşirelik Yaklaşımı ve Ekip Çalışmasının Önemi. *Perinatoloji Dergisi*, 4(3):181-184.
- Çapık, A., Ejder Apay, S., Sakar, T. (2015). Geberde Distres Düzeyinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(3):196-203.
- Çelik, F., Nadirgil Köken, G. ve Yılmaz, M. (2013). Gebelikte Depresyon Semptomlarının Sıklığı ve Depresyon Gelişimini Etkileyen Faktörler. *Anatol J Clin Investig*, 7(2):110-117.
- Çetin, O., Çetin, İ., Şen, C., Uludağ, S., Aydoğa, B., Tüten, A. (2012). Preterm Erken Membran Ruptürü Olan Gebelerin Perinatal Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Perinotoloji Dergisi*, 20(2):49-54.
- Dağlar, G., Nur, N. (2014). Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyi İle İlişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36(4):429-441.
- Danacı, A.E, Dinç, G., Deveci, A., Seyfe Şen, F., İçelli, İ. (2000). Manisa İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Yaygınlığı ve Etkileyen Etmenler. *Türk Psiyatri Dergisi*, 11(3):204-211.

- Dayan, J., Creveuil, C., Herlicoviez, M., Herbel, C., Baranger, E., Savoye, C., Thouin, A. (2002). Role of Anxiety and Depression in the Onset of Spontaneous Preterm Labor. *American Journal of Epidemiology*, 155(4):293-300.
- Demirbaş, H., Kadioğlu, H. (2014). Perinatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(4):200-206.
- Deniz, A. (2007). Erken Memran Ruptürü Tanısında PAMG-1, NİTRAZİN VE IGFBP-1 Testlerinin Karşılaştırılması. *Uzmanlık Tezi*. Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul, 60.
- Derbent, A., Turhan, N.Ö. (2009). Erken Doğum Riski ve Tahmini. *Yeni Tıp Dergisi*, 26:139-144.
- Dereli Yılmaz, S., Kızılkaya Beji, N. (2010). Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenetal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 20(3):99-108.
- Dolan, S. (2010). Genetic and Environmental Contributions to Racial Disparities in Preterm Birth. *Mount Sinai School of Medicine*, 77:160-165.
- Dülgerler, Ş., Engin, E. Ertem, G. (2009). Gebelerin Ruhsal Belirti Dağılımlarının İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(1):115-126.
- Ege, E., Akın, B., Altuntuğ, K., Arıöz, A., Koçoğlu, D. (2009). Spontan Preterm Doğum Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 6(3):197-205.
- Ehsanpour, S., Shabangiz, A., Bahadoran, P. ve Kheirabadi, G.R. (2012). The Association of Depression and Preterm Labor. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(4): 275-278.
- Erdem, Ö., Bucaktepe Erten, P.G., Özen Ş., Kara İ. (2010). Prepartum ve Postpartum Dönemde Annelerin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Düzce Tıp Dergisi*, 12(3): 24-31.
- Eren T.İ. (2007). Pospartum Depresyon Prevalansı ve Sosyodemografik Risk Faktörleri. *Uzmanlık Tezi*. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul, 64.
- Erer Türkan, M., Akan, N. (2008). Gebelerin Preeklampsi ve Bakımı ile İlgili Bilgi Düzeylerinin Durumluk Anksiyete Üzerine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 11(3): 51-58.
- Erken Doğum Tehditi. (2007). *Uludağ Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Hasta ve Yakını Yazılı Eğitim Materyalleri*. FR-HYE-04-312-03.

- Ertekin Pınar, Ş., Tel, H. (2012). Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2):86-91.
- Ertürk, H. (2001). Erken Doğum Tehditi ve Erken Doğum. *GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Hasta Kütüphanesi*.
- Eskici, L., Demir Akça, A.S., Atasoy, N., Arıkan, İ., Harman, M. (2012). Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğunun Obstetrik Sonuçları ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. *Anatol J Clin Investig*, 6(1):10-16.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Salman, F., Schanberg., Kuhn, C., Yanho, R. (2002). Prenatal anger effects on the fetus and neonate. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22(3):260-266.
- Gennaro, S. ve Hennessy, M.D. (2003). Psychological and Physiological Stress: Impact on Preterm Birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 32(5): 668-674.
- Gibb, W. (1998). The Role of Prostaglandins İn Human Parturition. *Ann Med*, 30(3): 235-41.
- Goutlet, C., Gevry, H., Lemay, M., Gauthier, RJ., Lepage, L., Fraser, W., Polomeno, VA. (2001). Randomized Clinicaltrial of Care for Women With Preterm Labour: Home Management Versus Hospital Management. *Canadian Medical Association Journal*, 164(7):985-991.
- Gökalp, A.A., Gülmez, A. (2013). Prematüre Bebek Doğumlarının Nedenleri. *Klinik Tıp Dergisi*, 5(3).
- Gözüyeşil, E.Y., Şirin, A., Çetinkaya, Ş. (2008). Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3:40-66.
- Gültekin, T. (2008). Erken Doğum Yönünden Yüksek Riskli Gebelerde Profilaksi Amacıyla Progesteron Kullanımının Gebelik Süresine Etkisi. *Uzmanlık Tezi*. T.C. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, 85.
- Gümüş Babacan, A., Çevik, N., Hataf Hyusni, S., Biçen, Ş., Keskin, G., Tuna Malak, A. (2011). Gebelikte Benlik Saygısı ve Beden İmajı İle İlişkili Özellikler. *Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi*, 5(1):7-14.
- Gümüştaş, M., Ejder Alpay, S., Özorhan, E.Y. (2014). Riskli Olan ve Olmayan Gebelerin Psiko-Sosyal Sağlıklarının Karşılaştırılması. *HSP*, 1(2): 32-42.
- Halbreich, U. (2005) The Association Between Pregnancy Processes, Preterm Delivery, Low Birth Weight and Postpartum Depressions-The Need For Interdisciplinary Integration. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(4):1312-1322.

- Heaman, M., Gupton, A. (1998). Perceptions of Bed Rest By Women With High-Risk Pregnancies: A Comparison Between Home and Hospital Birth. *Birth*, 25(4):252-258.
- Hediye, A., Korkmaz N. (2005). Kısmi Yatak İstirahati ile Hastanede Yatan Yüksek Riskli Gebelerin Yaşaladığı Fiziksel ve Psikolojik Sorunlar. *Perinatoloji Dergisi*, 13(2):1-11.
- Hisli Şahin, N., Durak Batıgün, A., Uzun, C. (2011). Anksiyete Bozukluğu: Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı ve Öfke Açısından Bir Değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12: 107-113.
- Hoffman, S., Hatch, M.C. (2000). Depressive Symptomatology During Pregnancy Evidence for an Association with Decreased Fetal Growth in Pregnancies of Lower Social Class Women. *Healthy Psychol*, 19:535-543.
- Kaplan, S., Bahar, A., Sertbaş, G. (2007). Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1):113-121.
- Karaçam, Z., Ançel, G . (2009). Depression, Anxiety and Influencing Factors in Pregnancy: A Study in a Turkish Population. *Midwifery*, 25:344-356.
- Karaçam, Z., Şen, E. (2012). Yüksek Riskli Gebelerin Evde Bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 80-91.
- Kılıçarslan, S. (2008). Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimestir Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı*, Edirne, 85.
- Kısa, C., Yıldırım, S.G. (2004) Gebelik Postpartum Dönem ve Ruhsal Bozukluklar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 12(4).
- Koyun, A., Taşkın, L., Terzioğlu, F. (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1):67-99.
- Kurki, .T, Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H., Ylikorkala, O. (2000). Depression and Anxiety in Early Pregnancy and Risk for Preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*, 95(4):487-490.
- Küçüköğlü, S., Çelebioğlu, A., Coşkun, D. (2014). Yenidoğan Kliniğinde Bebeği Yatan Annelerin Postpartum Depresyon Belirtileri ve Emzirme Özyeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3):921-929.
- Latendresse, G. (2009). The Interaction Between Chronic Stress and Pregnancy: Preterm Birth from a Biobehavioral Prespective. *J Midwifery Womens Health*, 54(1):7-8.

- Lau, Y., Keung D.W. (2007). Correlates of Depressive Symptomatology During the Second Trimester of Pregnancy Among Hong Kong Chinese. *Soc Sci Med*, 64(9):1802-1811.
- Leigh, B., Milgrom, J. (2008). Risk Factors for Antenatal Depression, Postnatal Depression and Parenting Stres. *BMC Psychiatry*, 8:24.
- Lembed, A. (2002). Premeturenin Sonuçları ve Epidemiyolojisi. *Perinatoloji Dergisi*, 10(2):81-87.
- Li, D., Liu, L., Odouli, R. (2009). Presence of Depressive Symptoms During Early Pregnancy and the Risk of Preterm Delivery: A Prospective Cohort Study. *Human Reproduction*, 24(1):146-153.
- Maki, P., Veijola, J., Rasanen, P., Joukamaa, M., Valonen, P., Jokelainen, J. (2003). Criminality in The Offspring of Antenatally Depressed Mothers: A 33 Year Followup of The Northern Finland 1966 Birth Cohort. *J Affect Disord*, 74:273-278.
- Maloni, J.A., Park, S., Anthony, M.K., Musil, C.M. (2005). Measurement of Antepartum Depressive Symptoms During High-Risk Pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 28:16-26.
- Maloni, J.A., Kutil, R.M. (2000). Antepartum Support Group For Women Hospitalized on Bedrest. *The American Journal Of Maternal Child Nursing*, 25: 204-214.
- Maraloğlu, K., Şahsivar, M. (2008). Gebelikte Depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28:525-532.
- McCain, GC., Deatrick, JA. (1994). The Experience of High-Risk Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 23(5): 421-427.
- Mercer, R. (2006). Nursing Support of The Process of Becoming a Mother. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35(5):649-651.
- Misund, A., Per, N., Braten, S., Diseth, T. (2013). Long-Term Risk of Mental Health Problems in Women Experiencing Preterm Birth: A Longitudinal Study of 29 Mothers. *Annals of General Psychiatry*, 12(1):33.
- Moster, D. (2008). Long-Term Medical and Social Consequences of Preterm Birth. *The New England Journal of Medicine*, 359(3):262-273.
- Nasreen, H., Kabir, Z., Forsell, Y., Edinborg, M. (2010). Low Birth Weight in Offspring of Women with Depressive and Anxiety Symptoms During Pregnancy: Result From a Population Based Study in Bangladesh. *BMC Public Health*, 10(10):1471-2458.
- Okanlı, A., Tortumluoğlu, G., Kırpınar, İ. (2003). Gebe Kadınların Ailelerinden Aldıkları Sosyal Destek İle Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(2): 2003.

- O'Keane, V., Marsh, M.S. (2007). Depression During Pregnancy. *British Medical Journal*, 334(4):1003-1005.
- Orr, S.T., James, S.A., Blackmore, C. (2002). Maternal Prenatal Depressive Symptoms and Spontaneous Preterm Births Among African-American Women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol*, 156(9):797-802.
- Ortaarık, E., Tekgöz, İ., Ak, M., Kaya, E. (2012). İkinci Trimestir Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1):16-20.
- Ölçer, Z., Oskay, Ü. (2015). Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler ve Stresle Başetme Yöntemleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(2):85-92.
- Öner, N., Lecompte, A. (1983). Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. *Boğaziçi Üniversitesi Yayınları*, 2. Baskı, İstanbul.
- Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H., Muhcu, M. (2014). Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(2):7-71.
- Özkan, İ. (1994). Benlik Saygısını Etkileyen Etmenler. *Düşünen Adam*, 7(3):4-9.
- Özkesici, B. (2006). Erken Doğum Tehtidi Olan Gebelerde Maternal Magnezyum ve Kalsiyum Seviyelerinin Değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi*. T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, 94.
- Padovani, F.H.P., Linhares, M.B.M., Carvalho, A.E.V., Duarte, ve Martinez, F.E. (2004). Anxiety and Depression Symptoms Assessment in Pre-term Neonates' Mothers During and After Hospitalization in Neonatal Intensive Care Unit. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(4): 251-254.
- Padovani, F.H.P., Carvalho, A.E.V., Duakte, G., Martiez, F.E., Linhares, M.B.M., (2009). Anxiety, Dysphoria and Depression Symptoms im Mothers of Preterm Infants. *Psychological Reports*, 104(2): 667.
- Pamuk, S., Arslan, H. (2009). Hastanede Yatan Riskli Gebelerde Hastane Stresörlerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2(2): 23-32.
- Peltier, M. (2003). Reproductive Biology and Endocrinology. *Biomed Central the Open Access Publisher*, 122(1):1-11.
- Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. (2014). Ankara.
- Sağlık Bakanlığı Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi. (2014). Ankara.
- Savrun, M. (2008). Gebelik ve Depresyon. *Klinik Gelişim Dergisi*, 21(1):164-166.

- Serçekuş, P., Okumuş, H. (2004). Yüksek Riskli Gebelerde Uzun Süre Hastanede Yatmanın Etkileri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(3):107-111.
- Sevindik, F. (2005). Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. *Yüksek Lisans Tezi*. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ, 106.
- Sunal, N., Demiryay. A. (2009). Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 12(4):99-110.
- Sunderam, S., Kissin, D., Flowers, L., Anderson, J., Folger, S., Jamieson, D., Barfield, W. (2012). Assisted Reproductive Technology Surveillance-United States. *Surveillance Summaries*, 61(SS7):1-23.
- Şahsıvar, M.Ş. (2007). Riskli Gebelerde Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi*. T.C. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim, Konya, 104.
- Şen, E., Şirin, A. (2013). Preterm Eylem Tanısı Alan Gebelerin Kaygı, Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 19(3):159-163.
- Şentürk, V. (2008). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. *Kriz Dergisi*, 16:25-34.
- Tekgöz, İ., Sunay, D., Çaylan, A., Kısa, C. (2009). Gebeliğin Son 3 Ayında Anksiyete Bozukluğu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 13(3):132-136.
- Tezel, A., Gözüm, S. (2005). Postpartum Dönemde Kadınlarda Görülebilen Depresif Belirtiler ve Hemşirelik Bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 62-68.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). (2013). Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü. 132-139
- Tunç, S., Yenicesu, O., Çakar, E., Özcan, H., Pekçetin, S., Danışman, N. (2012). Antenatal Dönemde Anksiyete ve Depresyonun Görülme Sıklığı ve İlişkili Faktörler. *The Journal of Gynecology- Obstetrics and Neonatology*, 35(9):1431-1435.
- Turan, T., Ceylan, S.S., Teyikçi, S. (2008). Annelerin Düzenli Perinatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9):157-172.
- Türkoğlu, N., Yalçınöz Baysal, H., Küçüköğlü, S. (2014). Sağlıklı ve Hasta Bebeğe Sahip Annelerin Doğum Sonu Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(1):1-8.
- Yeşilçiçek, K., Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: Sıklık, Risk faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3:142-162.

- Yeşilççek Çalık, K., Aktaş, Ş. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Pisikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3:142-162.
- Yeşiltepe Oskay, Ü. (2001). Hastanede Yatak İstirahatındaki Yüksek Riskli Gebelerde Ortaya Çıkan Sorunların Giderilmesinde Hemşirenin Rolünün Belirlenmesi. *Doktora Tezi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 144.
- Yeşiltepe Oskay, Ü. (2004). Yüksek Riskli Gebelerde Hemşirelik Yaklaşımı. *Perinotoloji Dergisi*, 12(1): 11-16.
- Yeşiltepe Oskay, ü. (2004). Yüksek Riskli Gebeliklerde Önerilen Yatak İstirahatinin Olumsuz Etkileri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 53(13): 115-125.
- Yıldız, H. (2011). Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 4(1):63-73.
- Yılmaz, Y. (2010). Maternal ve Fetal Stokin Genotiplerinin Term ve Preterm Doğumlarla İlişkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. T.C. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, Ankara, 75.
- White, M., Ritchie, J. (1984). Psychological Stressor in Antepartum Hospitalization: Report from pregnant women. *Maternal-Child Nursing Journal*, 13(1):47-56.
- World Health Organization. (2015). Preterm Birth. Fact Sheet N° 363.
- The National Depressive and Manic Depressive Association Consensus Statement on The Undertreatment of Depression. (1997). *The Journal of The American Medical Association*, 277(4):333-340.

EKLER

Ek 1-Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşı:
2. Mesleği:
3. Eğitim durumu:
4. Evlilik Durumu: 1) Evli ve resmi nikahlı 2) Evli ve resmi nikahı yok 3) Eşinden ayrı
5. Evlilik yılı:
6. Sağlık güvencesi: 1) Var 2) Yok
7. Eşinin mesleği:
8. Eşinin eğitim durumu:.....
9. Aile tipi: 1) Çekirdek aile 2) Geniş aile 3) Diğer.....
10. Gelir giderini algılama durumu:
1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3)Gelir giderden fazla
11. Sigara içme durumu:
1) Evet (günde.....tane) 2) Ara sıra 3) Hiç içmedim
12. Eşinin sigara içme durumu:
1) Evet (günde.....tane) 2) Ara sıra 3)Hiç içmiyor
13. Ailede destek olan kişilerin varlığı 1) Var..... 2) Yok
14. Akraba evliliği: 1) Var 2) Yok
15. G: P: Y: A: D&C:
16. Gebelik haftası:
17. İsteyerek mi gebe kaldınız? 1) Evet 2) Hayır
18. Planlı bir gebelik mi? 1) Evet 2) Hayır
19. Gebeliğiniz doğal yolla mı yoksa tıbbi yardım ile mi oldu? 1) Doğal yolla 2) Tıbbi yardım
20. Gebeliğiniz ile ilgili herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?
1) Evet 2)Hayır
21. Tanısı konmuş fiziksel bir hastalığınız var mı?
1) Evet 2) Hayır
22. Tanısı konmuş ruhsal bir hastalığınız var mı?
1) Evet 2) Hayır

23. Düzenli kontrollere gitme durumu: 1) Evet 2) Hayır
24. Planlanan doğum şekli: 1) Vajinal doğum 2) Sezeryan doğum
25. Bebeğin cinsiyeti: 1) Kız 2) Erkek
26. Bu gebelik nedeniyle daha önce hastanede yattınız mı? 1) Evet 2) Hayır
27. Eşinizle iletişiminizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
1) İyi 2) Orta 3) Kötü 4) Çok kötü
28. Yakınlarınız ziyaretinize geliyor mu? 1) Evet 2) Hayır
29. Yatak istirahatinizi evde yapmak ister misiniz? 1) Evet 2) Hayır

Neden:.....

30. Evde başka çocuklarınız var mı? 1) İlk gebeliği 2) Evet

Varsa şu anda onlara kim bakıyor?

- 1) Eş 2) Aile büyükleri 3) Diğer.....

31. Daha önce ruhsal sıkıntılarınızı belirlemeye yönelik benzer bir araştırmaya katıldınız mı?

- 1) Evet..... 2) Hayır

32. Daha önce ruhsal sıkıntılarınıza yönelik herhangi bir yardım aldınız mı?

- 1) Evet..... 2) Hayır

33. Ruhsal sıkıntılarınız için yardım almak ister isiniz?

- 1) Evet 2) Hayır

34. Ruhsal sıkıntılarınızın size ve/veya bebeğinize zararlı olabileceğini düşünüyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

Hastanede yattığı gün sayısı (Taburcu olurken değerlendirilecek):

.....

Ek 2-Beck Depresyon Ölçeği

AÇIKLAMA: Sayın katılımcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

A- 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.
B- 0. Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim. 1. Gelecek hakkında karamsarım. 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum. 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum. 2. Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum. 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. 3. Her şeyden sıkılıyorum.
E- 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.
F- 0. Kendimden memnunum. 1. Kendi kendimden pek memnun değilim. 2. Kendime çok kızıyorum. 3. Kendimden nefret ediyorum.
G- 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.
H- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor, fakat yapmıyorum. 2. Kendimi öldürmek isterdim. 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
İ- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor. 1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. 2. Çoğu zaman ağlıyorum. 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
J- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim. 1. Eskisine kıyasla kolay kızıyor ya da sinirleniyorum. 2. Şimdi hep sinirliyim. 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

K-	0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim. 1. Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum. 2. Başkaları ile konuşma, görüşme isteğimi kaybettim. 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
L-	0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum. 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum. 3. Artık hiç karar veremiyorum.
M-	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.
N-	0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum. 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor. 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor. 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
O-	0. Her zamanki gibi uyuyabiliyorum. 1. Eskiden olduğu gibi uyuyamıyorum. 2. Her zamankinden 1–2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum. 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
P-	0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum. 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum. 2. Yaptığım her şey beni yoruyor. 3. Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
R-	0. İştahım her zamanki gibi. 1. İştahım eskisi kadar iyi değil. 2. İştahım çok azaldı. 3. Artık hiç iştahım yok.
S-	0. Son zamanlarda kilo vermedim. 1. İki kilodan fazla kilo verdim. 2. Dört kilodan fazla kilo verdim. 3. Altı kilodan fazla kilo verdim.
----- Daha az yiyerek kilo vermeye çalışıyorum Evet () Hayır ()	
T-	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.
U-	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.
V-	0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor. 1. Cezalandırılabileceğimi seziyorum. 2. Cezalandırılmayı bekliyorum. 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

Ek 3-Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi güvende hissedirim	(1)	2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	2)	(3)	(4)

Ek 4. Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeği

Gebe olan ve hastanede yatan kadınların birçok yeni şeyle başa çıkmaları gerekmektedir. Bu şeyler moral bozucu veya stresli olabilir. Stres olarak tanımlanan sıkıntılı durumlar gevşememizi yani rahat olmamızı engelleyen şeylerdir. Aşağıda, hastanede yatmak zorunda kalan gebelerin stresli bulabileceği şeylerin listesi verilmiştir. Lütfen her bir olayın sizi nasıl etkilediğini gösteren seçenekler arasından size en uygun olanı seçerek işaretleyiniz. Anlamadığınız bir şey varsa lütfen sorunuz.

1. Her zamankinden daha az hareketli olma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
2. Bebeğe hazırlık yapmak için evde olmama	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
3. İlaç alma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
4. Sağlığım hakkında endişelenme	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
5. Yapılan testlerle ilgili açıklamaları anlamaya çalışma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
6. Yalnız başına uyuma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
7. İşimden uzak olma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
8. Anne olma konusunda endişelenme	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil

9. Testleri yaptırma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
10. Evden uzak olma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
11. Diğer hastalar ve ziyaretçileri tarafından sorgulanma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
12. Tıbbi terimleri anlamaya çalışma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
13. Durumum hakkında çok fazla bilgi verilmesi	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
14. Bebeğimin sağlığını düşünme	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
15. Üzüntülü hissetme	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
16. Yabancı bir yatakta uyuma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
17. Başkalarına bağlı olma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
18. Benim işlerimi yapmayı üstlenen eşimi düşünme	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
19. Eşimden uzak kalma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil

20.Mahremiyetin olmaması	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
21.Korku duyma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
22.Alıştığım işlerden uzak kalma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
23.Evdeki çocuklarımın bakımı hakkında endişelenme	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
24.Sıkıntılı hissetme	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
25.Boş durmaktan sıkılma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
26.Hastane yemeklerini yeme	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
27.Daha ne kadar hastanede kalacağımı merak etme	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
28.Monitörden kalp atışlarını duyma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
29.Doğuma hazırlık kurslarına gidememe	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
30.Öfke hissetme	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil

31.Sürekli pijama/gecelik giyme	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
32.Arkadaşlarımdan uzak olma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
33.Durumum hakkında çok az bilgi verilmesi	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
34.Hastane masrafları konusunda endişelenme	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
35.Hastane çalışanlarının gürültüsünü duyma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
36.Diğer hastaların sağlığı için endişelenme	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
37.Hemşirelerin bebeğimin kalp seslerini kontrol etmesi	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
38.Odanın temizliği için personele bağımlı olma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
39.Hastane gürültülerini duyma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
40.Odayı başka bir hasta ile paylaşma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
41.Bakımı veren ekibin aceleci davranması	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil

42.Doğumu düşünme	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
43.Özel bir diyet gereksinim duyulması	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
44.Test sonuçlarını düşünme	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
45.Tanmadığım sağlık personeline hakkımda bir şeyler söyleme	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
46.Yalnızlık hissi	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
47.Ailemden uzak kalma	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
48.Yatmaktan bıkmama	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil
49.Sağlık personelinin birbirinden farklı ve değişen görüşleri	Hiç	Çok az	Biraz	Çok	Çok fazla	Bana uygun değil

Ek 5-C. Ü. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Olur Formu



Sayın Katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Preterm Eylem Tanısı ile Hastanede Yatan Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Hastane Stresörleri ile ilişkisi” dir.

Bu araştırmanın amacı, Preterm Eylem Tanısı ile Hastanede Yatan Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Hastane Stresörleri ile ilişkisinin değerlendirilmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada yer almanız için, erken doğum için hastaneye başvurmanız, bebeğinizde herhangi riskli bir durum olmaması, gebelik haftasının 20-37. haftada olması yeterlidir. Araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 141’dir. Çalışma ortalama altı ay sürecektir.

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

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Ebe Nefise UÇAR tarafından anketteki soruları sorup, cevaplarını kaydedecektir. Yine izniniz doğrultusunda bu çalışmayı yapabilmek için size bazı formlar uygulanacaktır. Bunlar 34 soruyu içeren sizin bilgilerinizin olduğu Kişisel Bilgi Formu, 21 maddeyi içeren depresyon düzeyinizi belirleyecek olan Beck Depresyon Ölçeği, 40 maddeyi içeren kaygı durumunuzu belirleyecek olan Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve 49 maddeyi içeren hastanedeki streslerinizi belirleyecek olan Antepartum Hastane Stresörleri Ölçeğidir. Bu soruların cevaplanması ortalama 15-20 dakika sürecektir. Formlar sizlere iki kez uygulanacaktır. Birincisi hastaneye yattığınız gün, ikincisi ise hastaneden taburcu olduğunuz gündür.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 5346376354 numaralı telefonda araştırmacı Ebe Nefise UÇAR’a başvurabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma kapsamında sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırmadan kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununuzun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahale sizden ücret talep edilmeden ve sosyal güvenceniz kullanılmadan sağlanacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

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

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:Nefise UÇAR

Görevi:Ebe

Adresi: Ağrı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

Tel.-Faks:5346376354

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

* Bu örnek form araştırmacılara fikir vermek için formda bulunması gereken asgari bilgiler verilerek hazırlanmıştır, gerektiğinde eklemeler yapılmalıdır. Bu form gerekli düzenlemeler yapılmak suretiyle kullanılabilir (ör. bu paragraf, metindeki noktalı kısımlar ve parantezler çıkarılmalı ve uygun şekilde düzenlenmelidir). Gönüllünün beyan ve imzası, bilgilendirme metninin devamı şeklinde olmalıdır; **kesinlikle ayrı sayfalarda olmamalıdır.**

İZİNLER

EK 6. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı Kurul Kararı

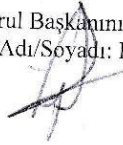
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Preterm Eylem Tanısı ile Hastanede Yatan Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Hastane Stresörleri ile İlişkisi
-----------------------	---

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başhekimlik Girişi Kampüsü, TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 258 00 25
	FAKS	0 346 258 00 24
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Şükran Ertekin Pınar / Yüksek lisans öğrencisi Nefise Uçar			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİL CİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Zeynep Sümer
İmza:



GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Preterm Eylem Tanısı ile Hastanede Yatan Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Hastane Stresörleri ile İlişkisi
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	ILAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2014-09/10	Tarih: 29.09.2014		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmamın/çalışmamın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmamın/çalışmamın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

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

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Zeynep Sümer	Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şahande Elagöz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Naim Nur	Halk Sağlığı	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Diğdem Eren	Dış Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Dış Hekimliği	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hatice Ulusoy	Sağlık Yönetimi	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sulhattin Arslan	Göğüs Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gulay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Pakize Cantürk Kılıçkaya	Eczacılık Farmasötik Biyoteknoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

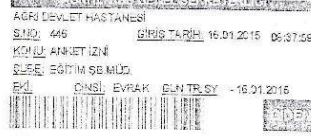
*: Toplantıda bulunma

Etik Kurulu Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Zeynep Sümer
İmza:

Ek 7. Ağrı Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği İzin Belgesi

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

ŞUBE : 68917221/804-01-718
KONU: Anket İzni



AĞRI DEVLET HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Nefise UÇAR'IN 20 Ocak - 30 Temmuz tarihleri arasında Ağrı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapmak istediği anket çalışması tarafımızca uygun görülmüş olup, gerekli hassasiyetin gösterilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

16.01.2015/186

Uz.Dr.Murat HICLE
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Sağlık Güven Hizmetleri Müd.
Op. Dr. NURMEY DENİZLİ
Ağrı Kamu Hastaneleri Kurumu
Ağrı Devlet Hastanesi
Hastane Yöneticisi

Hürriyet Mah. Vali Konağı Cad.04100 AĞRI
Verilecek Cevaplara Şube ve Sayısının Bildirilmesi

Tel: 04722159008-09
Fax:04722155112

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı	Nefise UÇAR
Doğum Yeri ve Tarihi	ADANA-04.12.1988
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Keles Entegre İlçe Hastanesi/BURSA
E-posta Adresi	nefiseucar@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Adana Danişment Gazi Anadolu Lisesi, 2007
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2012

İş Tecrübesi

Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Ebe, 2.7.2012-31.12.2012
Özel Sivas Anadolu Hastanesi	Ebe, 15.01.2013-17.06.2013
Özel Medline Hastanesi	Ebe 12.7.2013-9.12.2013
Hamur Toplum Sağlığı Merkezi	Ebe, 6.01.2014-9.9.2015
Ağrı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	Ebe, 21.7.2014-31.12.12014
Keles Entegre İlçe Hastanesi/Bursa	Ebe, 28.9.2015-