



**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBELİK SÜRECİNDE RUHSAL DURUM VE BENLİK
SAYGISI: BİR İZLEM ÇALIŞMASI**

ÖZGE KISAOĞLU

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

SİVAS-2017

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELİK SÜRECİNDE RUHSAL DURUM VE BENLİK
SAYGISI: BİR İZLEM ÇALIŞMASI**

ÖZGE KİSAOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. HAVVA TEL

SİVAS - 2017

“Gebelik Sürecinde Ruhsal Durum ve Benlik Saygısı: Bir İzlem Çalışması ” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof.Dr.Havva TEL_____

Üye

Doç.Dr.Meral KELLEÇİ_____

Üye

Yrd.Doç.Dr.Medine KOÇ_____

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.

ÖZET

GEBELİK SÜRECİNDE RUHSAL DURUM VE BENLİK SAYGISI: BİR İZLEM ÇALIŞMASI

Özge KISAOĞLU

Yüksek Lisans Tezi

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Havva TEL

2017, 105 sayfa

Bu çalışma, gebelikte ruhsal durum ve benlik saygısını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Sivas Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirilen araştırmanın örneklemini, araştırmaya alınabilme kriterlerini taşıyan 15-49 yaş grubu 107 gebe oluşturmuştur. Çalışmada veriler Kişisel Bilgi Formu, Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Gebeliğin her üç trimesterinde veri toplama araçları tekrarlı olarak uygulanmıştır. Verilerin analizinde F testi, Friedman F testi, bağımsız örneklem t testi, Mann Whitney U testi ve Sperman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmada gebelik trimesterlerinde gebelerde KSE alt ölçeklerinden; anksiyete, olumsuz benlik saygısı, somatizasyon ve hostilite puan ortalamaları 1.trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmıştır. Depresyon puan ortalaması ise 1.trimestere göre 2. ve 3. trimesterde artmıştır. Gebelerin eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, eşin eğitimi, eşin çalışma durumu, ekonomik durum, gebelik sayısı, gebeliği isteme durumu, planlanan doğum şekli, beklenen bebek cinsiyeti, cinsiyeti öğrendiklerinde hissettikleri, fiziksel ve sağlık sorunu yaşama durumu, fiziksel ve ruhsal sağlık bakım yardımı alma durumu değişkenlerine göre trimesterlerde gebelerin KSE alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Trimesterlerde gebelerin KSE alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gebelerin KSE alt ölçeği anksiyete puanı arttıkça depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanları da artmıştır. Depresyon puanı arttıkça somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite puanları da artmıştır ($p<0.05$).

Gebelerin 1. trimesterde benlik saygısının düşük, 2. ve 3. trimesterde benlik saygısının yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebelerin eğitim durumu, gebeliği isteme durumu, fiziksel sağlık bakım yardımını alma durumu, ruhsal sağlık sorunu yaşama durumu ve ruhsal sağlık bakım yardımını alma durumu değişkenlerine göre trimestirlerde gebelerin benlik saygısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir. Gebelerin trimesterlerde KSE alt ölçek puanları ile benlik saygısı puanları arasında istatistiksel olarak negatif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gebelerin anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite puanı arttıkça benlik saygısı azalmıştır.

Anahtar Kelimeler: gebelik, ruh sağlığı, benlik saygısı, hemşirelik



ABSTRACT

MENTAL HEALTH AND SELF-ESTEEM DURING PREGNANCY:A FOLLOW UP STUDY

Özge KISAOĞLU

Master Thesis, Department of Psychiatric Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Havva TEL

2017, 105 pages

The aim of this descriptive study is to evaluate the PSYCHOLOGICAL STATE AND SELF ESTEEM DURING PREGNANCY. The study has been carried out in Sivas Divriği Sadık Özgür State Hospital and the sample group is consist of 107 pregnant, between the age of 15 and 49. The necessary data is collected via personal infomation form, the Brief Symptom Inventory and Rosenberg Self Esteem Scale. The data collection tools are applied repetitively in each three trimester. In the data analysis F test, Friedman F test, unpaired t test, Mann Whitney U test and Sperman correlational analysis are used.

In this study in trimester periods, the pregnant's anxiety, negative sense of self, hostility, somatization averages which are from the subscales of BSI, decrease in the 2nd trimester when they are compared with the 1st trimester, also the averages increase in the 3rd trimester. It has been detected that there is a meaningful statistical difference in trimesters between the pregnant's averages of the subscales of BSI according to these variables: pregnant's educational and employment status, the types of family, partners' educational and employment status, economic conditions, number of pregnancy, willingness of pregnancy, planned delivery method, the expected gender, feelings when the gender of the baby is determined, physical health problems, the use of physical health care, mental health problems, the use of mental health care ($p<0.05$). It has also been statistically detected that in trimesters there is a positive meaningful correlation between the pregnant's averages of the subscales of BSI ($p<0.05$). When the averages of anxiety increase, the averages of depression, negative sense of self, hostility, somatization averages increase. When the pregnant's averages of depression increase, the averages of negative sense of self, hostility, somatization increase.

In pregnancy trimesters it has been found that the pregnant have lower self esteem in the 1st trimester meanwhile it is higher in the 2nd and 3rd trimesters. It has been detected that there is no significant difference between the self esteem averages in trimesters according to the variables of the pregnant's educational status, willingness of pregnancy, the use of

physical health care, the use of mental health care ($p>0.05$). It has also been found that in pregnancy trimesters there is a negative meaningful correlation between the pregnant's averages of the subscales of BSI ($p<0.05$). when the pregnant's averages of anxiety, depression, negative sense of self, hostility, somatization increase; self esteem decreases.

Key Words:pregnancy, mental health, self-esteem, nursing



TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim süresince büyük destek aldığım; bilgi, deneyim ve tecrübelerini hiçbir zaman esirgemeyen, mesleki gelişim sürecimde büyük rol sahibi olan, hakkı ödenemeyecek Danışmanım Değerli Hocam Sayın Prof. Dr.Havva TEL'e,

Verilerin istatistiksel analizinde yol gösterici olan Yrd.Doç.Dr.Ziyet ÇINAR'a,

Veri toplama aşamasında büyük desteği olan, eğitim hayatım boyunca beni her zaman destekleyen,fedakar eşim Dr.Mehmet KISAĞLU'na,

Eğitimime devam etmemde her zaman yardımcı olan Acil Servis çalışma arkadaşlarıma ve hastanemiz Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürümüz Fatih GÜMÜŞAY'a,

Manevi desteğini esirgemeyen aileme,

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gebelere

Sonsuz teşekkür ediyorum.

Bu çalışma, Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (CÜBAP) tarafından SBF-040 proje numarası ile desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
YÖNERGE	iii
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
TEŞEKKÜR	ix
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
1.GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI	1
2.GENEL BİLGİLER	9
2.1.Gebelikte Fiziksel Değişiklikler.....	10
2.2.Gebelikte Ruhsal Değişiklikler	11
2.3.Gebelik Trimesterlerinde Yaşanan Değişiklikler	13
2.4.Gebelik Döneminde Görülen Ruhsal Bozukluklar.....	17
2.4.1.Gebelikte Anksiyete Bozukluğu	17
2.4.2.Gebelikte Panik Bozukluk	19
2.4.3.Gebelikte Obsesif Kompulsif Bozukluk	20
2.4.5.Gebelikte Depresyon.....	20
2.4.6.Gebelikte Yeme Bozuklukları	24
2.4.7.Gebelikte Psikoz.....	24
2.5.Benlik Saygısı	25
2.5.1.Gebelikte Benlik Saygısı ve Ruhsal Hastalık	25
2.6.Gebelik ve Hemşirelik.....	26
3.ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ	28
3.1.Araştırmanın Şekli	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	28
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4.Veri Toplama Yöntemi.....	28
3.5.Veri Toplama Araçları.....	29
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.7.Araştırmanın Etik Boyutu	31
4.BULGULAR	31

5.TARTIŞMA	59
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	69
7.KAYNAKLAR	68
EKLER	76
EK 1. Kişisel Bilgi Formu.....	79
EK 2. Kısa Semptom Envanteri.....	82
EK 3.Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	84
EK 4. Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	85
İZİNLER	87
EK 5. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı.....	87
EK 6. Sivas Kamu Hastaneleri Kurumu İzin Belgesi.....	90
ÖZGEÇMİŞ	93

TABLULAR

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri	33
Tablo 2. Gebelerin Gebelik Sürecine İlişkin Bulguları.....	34
Tablo 3. Gebelerin Trimesterlere Göre Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları.....	35
Tablo 4. Gebelerin Eğitim Durumuna Göre Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları	36
Tablo 5. Gebelerin Çalışma Durumuna Göre Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları	38
Tablo 6. Aile Tipine Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları	39
Tablo 7. Eşlerinin Eğitim Durumuna Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları.....	40
Tablo 8. Eşlerinin Çalışma Durumuna Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları.....	42
Tablo 9. Aile Ekonomik Durumuna Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları.....	43
Tablo 10. Gebelik Sayısına Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları	45
Tablo 11. Gebeliği İsteme Durumuna Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları.....	46
Tablo 12. Gebelerin Planlanan Doğum Şekline Göre Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları.....	48
Tablo 13. Beklenen Bebek Cinsiyetlerine Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları.....	49
Tablo 14. Bebek Cinsiyetini Öğrendiklerinde Hissettiklerine Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları	50
Tablo 15. Fiziksel Sağlık Sorunu Yaşama Durumuna Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları.....	52
Tablo 16. Fiziksel Sağlık Bakım Yardımı Alma Durumlarına Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları.....	53
Tablo 17. Ruhsal Sağlık Sorunu Yaşama Durumlarına Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları.....	54
Tablo 18. Ruhsal Sağlık Bakım Yardımı Alma Durumlarına Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları	55

Tablo 19. Birinci Trimester Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	56
Tablo 20. İkinci Trimester Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	57
Tablo 21. Üçüncü Trimester Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	58



KISALTMALAR/SİMGELER

KSE: Kısa Semptom Envanteri

RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

RSI: Rosenberg Self-esteem Inventory

BSI: Brief Symptom Inventory

TSH: Tiroid Stimüle Edici Hormon



1.GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI

Aile toplumun vazgeçilmez, geleneksel ve sosyal bir kurumdur. İnsan soyunun devamının sağlanması, toplumun beklentilerine uygun bireylerin yetiştirilmesi ve kültürün kuşaktan kuşağa aktarılmasında ailenin evrensel bir görev ve sorumluluğu bulunmaktadır. Bu evrensel rol, doğurganlık fonksiyonu ile yerine getirilmektedir (Akkaş,2014). Aile ve toplum arasındaki köprü görevini üstlenen kadın sosyal hayatta önemli bir yere sahiptir (Ertem,2015). Kadının doğurganlık fonksiyonunun gerçekleştiği süreç olan gebelik, hem kadının yaşamında hem de insan neslinin sürmesinde ve aile bütünlüğünün oluşmasında önemli bir yere sahiptir (Karataylı,2007). Günümüzde dünya nüfusunun yaklaşık beşte birini üreme çağındaki kadınlar oluşturmaktadır. Ülkemiz nüfusunun da yaklaşık %23'ünü 15- 49 yaş grubu kadınlar oluşturduğu, bu kadınların %70'inin evli ve anne olduğu belirtilmektedir (Gözüyeşil ve ark.,2003).

Gebelik, genel olarak bedensel ve ruhsal olgunluğa ulaşmış karşı cinslerin üreme iç güdüsü ile yaşadıkları cinsellik sonrasında gerçekleşir (Uludağ,2009). Kadın üreme hücresi olan yumurta ile erkek üreme hücresi olan spermin kadın üreme sistemindeki kanallarda karşılaşarak, spermin yumurtayı döllemesi sonucu yeni bir canlının oluşmasıdır. Normal gebelik fertilizasyondan doğuma kadar herhangi bir rahatsızlık veya antenatal komplikasyon olmadan canlı bir fetüsün doğumuyla sonuçlanan fizyolojik bir olaydır. Gebeliğin süresi son mensturasyonun ilk gününden itibaren 280 gün veya 40 haftadır. Gebelik süreci üçer aylık periyotlara bölünerek ilk üç aylık dönem (0-12 haftalar arası) "1. trimester", 2. üç aylık dönem (13-25 haftalar arası) "2. trimester", 3. Üç aylık dönem (26-40 haftalar arası) ise "3. trimester" olarak adlandırılır. Gelişimin en kritik evreleri, embriyonal ve erken fetal gelişmenin yaşandığı birinci üç ayda (12 hafta) meydana gelir (Ayan,2013).

Gebelik, doğal bir olay olmasına rağmen, anne organizmasında önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olur. Fertilizasyondan hemen sonra başlayan ve gebelik boyunca devam eden bu değişiklikler; hem annenin hem de fetüsün sağlığını en iyi şekilde sürdürmek, metabolik ihtiyaçlarını karşılamak ve doğum eylemi için gerekli anatomik değişiklikleri sağlamak amacıyla oluşur. Gebeler, bu değişikliklere bağlı olarak gebelikleri süresince bazı fiziksel rahatsızlıklar yaşayabilmektedir. Gebelikte oluşan fiziksel rahatsızlıkların bazılarının sebebi bilinmezken çoğunun, hormonal değişikliklere ve genişleyen uterusu bağlı olarak oluştuğu kabul edilmektedir. Gebelikte görülen bu

rahatsızlıklar, gebeden gebeye farklılık gösterebildiği gibi aynı kadının farklı gebeliklerinde de değişiklik gösterebilir (Nazik,2005).

Gebelikte vücut kitlesinde artma, uterus, overler, vajina, vulva ve perinede değişimler ile kalp-damar, solunum, boşaltım, sindirim, iskelet ve kas sistemi, sinir sistemleri gibi birçok sistemde oluşan değişiklikler gibi gebenin vücut yapısı ve üreme organları ile ilgili fizyolojik ve anatomik değişimler görülür (Demiryay,2006;Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,2014). Gebelik fiziksel değişikliklerin yanında sosyal ve psikolojik olarak da birçok değişikliği beraberinde getirmektedir (Anderson ve Pruitt,2002). Kadınlık ve annelik rolleri arasında yaşanan çatışmalar gebe kadının ruhsal sıkıntısını artırır. Kadın feminen yapısından elde ettiği doyumun kaybolduğu bunun yerini annelik doyumunun aldığı bir döneme girdiği için adaptasyon sorunu yaşayabilir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,2014).

Gebelik ve doğum kadının yaşam süresinde gebe ve ailesi için ciddi uyum gerektiren önemli bir yaşam dönemidir. Gebelik aynı zamanda, kadının biyopsikososyal dengesin bozarak, aile ve işyerindeki rollerinin değiştiği, bebek ve anne arasında ebeveynlik ilişkisinin kurulduğu yaşamsal bir kriz yaşantısıdır (Pehlivan,2004). Gebelik sanılanın aksine kadının emosyonel açıdan çok iyi olduğu bir dönem değil, aksine psikiyatrik hastalıkların ortaya çıktığı ya da alevlendiği hormonal ve psikolojik değişikliklerle karakterize bir süreçtir (Kuğu ve Akyüz,2001). Çocuk sahibi olma içgüdüğü farklı bir psikodinamiktir; kadın sevdiği bir partnerden bir şey yaratmak, yeni bir yaşam kurmak, kendine ait bir arkadaş ister (Kılıçarslan,2008). Gebelik ve çocuk doğurma, anne adayı için derin duygusal anlamlar taşır. Çocuk sahibi olmanın bedeli anne için artan sorumluluk ve bağımsızlığın büyük bir bölümünün yitirilmesi anlamına gelmektedir. Gebelik bir kadının hayatındaki önemli bir dönüm noktasıdır. Bazılarına göre içgüdü, bazılarına göre öğrenilmiş bir davranış olarak kabul edilse de her iki durumda da soyun devamına hizmet eden bir olgudur. Bu nedenle gebelik yalnızca anne adayının fizyolojik bir parçası olmayıp toplumsal bir anlam da taşımaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,2014).

Gebelik ve doğum fizyolojik bir süreç olmasına karşın, bu dönemdeki değişiklikler kadın için yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanamayacak bir yük ve stres kaynağıdır. Kadın yaşanan bu değişimlere uyum sağlamada güçlük çekebilmektedir (Ayhan ve ark.,2008). Kadınların stres verici yaşam olaylarıyla karşılaşma durumlarını araştıran bir çalışmada, gebeliğin %53.5 oranla 1. sırada, evliliğin %49.6 oranla 2. sırada ve aileye yeni birinin

katılmasının (doğum, evlat edinme) ise %36.5 oranla 4. sırada strese neden olan yaşam olayı olduğu bulunmuştur (Bıyık ve ark.,2006). Gebelik fizyolojik ve çoğunlukla sevinçle karşılanan bir süreç olmakla birlikte bu süreç her zaman mutlu sona ulaşmamaktadır. Her gebelik ve doğum bir miktar riski de içermektedir. Gebelerin yaklaşık %15'inde yaşamı tehdit eden ve müdahale gerektiren bir komplikasyon gelişmektedir (WHO,2000).

Kadın, aile ve toplum içindeki statüsünü gebelik ve doğum ile değiştirmekte, yeni sorumlulukları üstlenmekte ve yeni rolleri yerine getirmek zorunda kalmaktadır. Yerine getirilmesi gereken bu zorunlu rol ve sorumluluklar, bazı bireylerde uyum problemlerini ortaya çıkartabilmektedir. Ayrıca, gebelik önemli psikososyal ve gelişimsel geçiş ve adaptasyon zamanıdır. Gebeliğe ve getirdiği değişikliklere uyum, her kadın ve aile tarafından farklı algılanmakta ve bu nedenle uyuma yönelik farklı tepkiler ve sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Akkaş,2014). Fizyolojik, hormonal, psikolojik ve sosyal rol değişiklikleri, gebeliği çeşitli rahatsızlıklar için potansiyel bir güvenlik açığı dönemi haline getirir (Sagayedaven ve ark.,2015). Her gebelik sağlıklı kadınlar için bile risk yaratır. Temel gelişimsel ve psikolojik zorluklar gebeliğin evrelerine göre değişiklik gösterebilir (Özkan,1993). Gebelik ilerledikçe doğum, bebeğin sağlığı ve anneliğe ilişkin kaygılar ortaya çıkar. Bebeğin zarar görmesi ve ölümüne ilişkin ya da kendi sağlığına ilişkin korkular yaşanan fiziksel huzursuzluğu daha arttırır. Huzursuzluk, uykusuzluk, sabırsızlık, kaygılı bekleyiş, doğumla bebekten ayrılmayı daha da güçleştirir. Gebe kadın genel olarak biraz çocuklaşır, duyarlı hale gelir ve derinliklerdeki ruhsal yaşantılar ve çatışmalar su yüzüne çıkar. Tüm bunlar daha sonraki anneliğe uyumu etkiler. Hamilelikte diğer önemli faktör, kadının içsel duygu durumunu doğrudan etkileyen eşin tutumu ve içinde yaşadığı psikososyal çevredir (Dülgerler ve ark.,2005).

Gebelik dönemi birçok insan için özel bir dönem olarak kabul edilmekle birlikte, yenidoğan çocuğunu kucağına alma beklentisi içinde olan anne için aynı zamanda ruhsal bozuklukların gelişimi için riskli bir dönem olmaktadır. Gebelikte görülen fizyolojik değişiklikler, hızlı hormonal değişimler bu dönemde duygu durum ve diğer psikiyatrik sendromların ortaya çıkmasının bir nedeni olmaktadır (Kısa ve Yıldırım,2004). Bu nedenle gebeliğin her trimesterine özgü psikolojik uyum süreci yaşanmaktadır (Özkan,1994).

Birinci trimester gebeliğe uyum dönemi olup bu dönem ilk üç ay devam etmektedir (Demiryay,2006). Bu trimesterde kadın genellikle yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine

uyumla ilgilenir (Ayhan ve ark.,2008). Gebe kadın özellikle bu trimesterde bir dizi ruhsal ve duygusal süreçleri yaşar. Bu dönemde yorgunluk, bulantı ve kusma gibi fizyolojik belirti ve bulgulara paralel olarak oral döneme gerileme özellikleri ortaya çıkar. Sıklıkla hafif düzeyde de depresif ruh hali ortaya çıkar. Ancak bu durum ikinci ve üçüncü trimesterlere kadar devam etmez. Gebenin kendi vücudunda taşıdığı bebekle olan ilişkisi, geçmişte kendi annesi ile ve ailesiyle yaşadığı duyguları ortaya çıkarır (Özkan,1994).

İkinci trimester, kadının gebeliğin fiziksel değişikliklerine uyum sağladığı dönemdir (Ejder,2012). Bu trimester ebeveynler için genellikle mutlu bir dönemdir (Kılıçarslan,2008). İkinci trimesterde; gebenin fetüsü hissetmesiyle beraber, uterusun büyümesi, beden imajında olumlu etkilere, kadın ve eşinin gurur yaşamasına sebep olmaktadır. Yorgunluk, bulantı-kusma azalır ve pelvik konjesyon artar. Anne adayları artık gebe olduğu gerçeğini ve hayatına getireceği değişiklikleri benimser. İkinci trimesterde meydana gelen diğer değişimler; “gebeliğin fiziksel olarak doğrulanması, primer odak olarak fetüs, narsisizm ve içe dönme, beden imajı, cinsel yaşamdaki değişimler” sayılabilir (Özorhan ve ark.,2014).

Üçüncü trimester bitkinlik dönemidir (Koyun ve ark.,2011). Fetüsün gelişip büyümesi ve buna bağlı artan uterus hacmi, yorgunluğa ve ağrıya neden olabilir (Demiryay,2006). Beden imajındaki değişiklikler kadının gebeliğe ve cinselliğe karşı tutumunu olumsuz etkiler (Koyun ve ark.,2011). Artık gebelikten bıkmaya başlamıştır ve aynı zamanda doğum hakkında endişeleri vardır. Fiziksel rahatsızlık, gebeliğin artan yükü ve sorumluluğu gebe kadının psikolojik olarak doğuma hazırlanması gereksinimini ortaya koyar. Bu dönemde kadın daha duyarlı hale gelir. Bebeğini kaybedebileceği ya da ona zarar verebileceği duygusu yaşar. Bu nedenle de kendine çok dikkat eder. Son ayda anne, ilk trimesterde yaşadığı ambivalans duyguları yeniden yaşamaya başlar. Gebelikten nefret eder, bebeği ister fakat doğumdan korkar (Demiryay ve Sunal.,2009). Gebelikte doğum korkusu, çok şiddetli boyutlara ulaşırsa "tokophobia" olarak adlandırılmaktadır. Bu korku, hamilelikten önce oluşmakta, gebeliğin üçüncü trimestrinde daha da artmakta ve obstetrik komplikasyonların gelişmesine sebep olabilmektedir (Özorhan ve ark.,2014).

Kadın; yaşam döngüsü çerçevesinde anne rahminden başlayarak, çocukluk, ergenlik, erişkinlik, yaşlılık gibi farklı dönemlerden geçmekte ve bu dönemlerden her birinde bir takım farklılıklar yaşamaktadır. Yaşanılan bu farklılıklar, bir yandan kadınların üretkenliklerini ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilerken, diğer yandan da onları psikiyatrik hastalıklara

daha yatkın hale getirmektedir. Bu yüzden kadınlarda psikolojik sorunlar daha yaygındır ve daha uzun sürmektedir (Koyun ve ark.,2011). Kadınlarda psikiyatrik bozukluklar sıklıkla 18-45 yaşlarında ortaya çıkar. Bu yaşlar çocuk doğurma yaşlarıdır ve birçok kadında psikiyatrik bozuklukların başlangıcı gebelik sırasında olur. Uzun yıllar gebeliğin dingin bir dönem olduğu ve ruhsal hastalıklara karşı kadını koruduğuna inanılmıştır. Ancak literatürdeki veriler gebeliğin depresyon ve psikiyatrik bozuklukların oluşumunda koruyucu rol oynamadığını göstermektedir (Özkan ve ark.,2004). Kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı, erkeklerin yaklaşık 1.7-2.7 katıdır (Akdeniz ve Gönül,2004). Bu sonuca katkısı olan en önemli üç faktörden birisi; kadınların üreme sağlığıyla ilgili sorunları yaşama olasılıkları erkeklerden daha yüksek olması ve üreme sağlığı sorunları kadınlarda daha çok stres ve anksiyete yaratmasıdır (Koyun ve ark.,2011).

Gebelikte depresyon ve anksiyete, gebelikle ilgili fizyolojik değişiklikler ve somatik yakınmalardan ayırt edilemeyebilir, çünkü gebelik döneminde kadınlar genellikle halsizlik ve enerji kaybından yakınır (Yücel ve ark.,2013). Gebelikte hormonlar, genetik, stres ve çevresel faktörler duygu durumu etkilemektedir (Çalık ve Aktaş.,2011). Gebelerde kaygı düzeyinde artış, duygusal dalgalanmalar, ağlama eğilimi, daha hassas ve etkilere açık olma gibi ruhsal belirtiler gözlenebilir. Tüm bu sayılanlar, hafif derecelerde ve kısa süreli olarak birçok gebe kadında görülebilir. Ancak önemli olan bu duyguların ve hastalıkların ısrarlı, yoğun ve kadının yaşamını engelleyecek düzeyde olmamasıdır (Özorhan ve ark.,2014). Bir düzeye kadar normal olan bu duygu durum değişikliği, bir noktadan sonra kişinin yaşam aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz yönde etkiler. Annelerin birçoğu gebelik ve doğumla ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlayabilirken, bir bölümünde ise hastaneye yatırılmayı gerektirecek kadar ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir (Ortaarık ve ark.,2012).

Gebelikte ruh sağlığının iyi olması anne ve fetus sağlığı için önemlidir. Gebenin ruhsal durum ve yaşantısı, gebeliğin gidişini etkilediği gibi gebeliğin kendisi de ruhsal-duygusal yaşantıyı etkilemektedir (Kuğu ve Akyüz,2001). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sık rastlanan ruhsal bozukluklar depresyon, anksiyete, panik bozukluklardır ve bedensel yakınmalarla karakterizedir. Ruhsal sorunlar gebelikte ve doğum sonrasında birkaç ay içinde görülür (Şentürk,2008). Gebelerin bir kısmında da hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik sorunlar gelişebilmektedir (Erdem ve ark.,2010). Gebelik döneminde yaşanan ruhsal bozukluk alanındaki çalışmalarda daha çok depresyon ve anksiyete bulguları üzerine

odaklanmıştır. Yapılan çalışmalarda psikiyatrik hastalıkların yaygınlığı %15-29 arasında bulunmuştur (Vesga-Lo'pez ve ark.,2008). Correia ve Linhares (2007) gebelik anksiyetesi ile ilgili 1998–2003 yılları arasındaki bilimsel çalışmaları taradıkları bir çalışmada gebelik dönemindeki anksiyetenin oldukça yüksek düzeyde olduğunu saptamışlardır. Gebelik döneminde majör depresif bozukluk kriterlerini karşılama oranları çeşitli çalışmalarda %5-%13 arasında bulunmuştur (O'Hara ve ark. 1999, Evans ve ark. 2001, Gaynes ve ark. 2005). Gavin ve ark. (2005) tarafından yapılan bir çalışmada perinatal depresyonun tahmini prevalansı %6.5 ile %12.9 olarak bildirilmiştir. Antenatal dönemde depresyon ve anksiyete oranlarının incelendiği bir çalışmada; anksiyetenin her trimesterde depresyondan daha yaygın olduğu; her ikisinin de birinci ve üçüncü trimesterde daha şiddetli olduğu belirtilmektedir (Lee ve ark.,2007). Ayrıca doğum öncesi anksiyete, bebekte fiziksel bir kusur oluşumuna, düşük doğum ağırlığına, bilişsel ve nörogelişimde geriliği de neden olmaktadır (Sagayedevan ve ark.,2015). Depresyon ve anksiyetenin yanı sıra panik bozukluk, bipolar bozukluk ve diğer psikiyatrik semptomların hamilelik sırasında ortaya çıkabileceği ve gebe bir hastanın sağlığını değerlendirirken bunların da göz önüne alınması gerektiği bildirilmiştir (Carter,2005).

Gebelik döneminde depresyon görülme oranı; önceden depresyon öyküsünün olması, özellikle de daha önceki gebeliğe ait depresyon öyküsünün varlığı ve yarıda bırakılan tedavinin varlığı ile artmaktadır. Düşük yapma, ölü doğum öyküsü, yetersiz sosyal destek, istenmeyen gebelik halleri, uyumsuz evlilik, ailede depresyon öyküsü, doğacak çocuk hakkındaki endişe, madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı (alkol ve sigara dahil), hamilelik öncesinde iki veya daha fazla kronik hastalık öyküsünün bulunması gibi durumlarda risk giderek artmaktadır. Gebelikte depresyon; preterm eylem, preeklampsi, gestasyonel diyabet ve düşük doğum ağırlığı açısından hazırlayıcı faktördür (Ertem,2015). Gebelik, doğum ve bebek bakımı fiziksel ve duygusal olarak streslidir ve söz konusu streste depresyon varlığı ile şiddet artışı görülebilir. Bazı kadınlar için, gebelikte ve erken postnatal dönemde depresyon, tekrarlayan ve sürekli olan mental rahatsızlığın ve artan intihar riskinin habercisi olarak değerlendirilmektedir (Semerci,2008). Depresyonun tedavi edilmemesi, gebenin yetersiz kilo alımı, alkol ve madde kullanımı, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, preeklampsi, yetersiz anne-bebek bağlanması gibi problemlere yol açabilir. Bunun yanında bu gebelerde psikotik belirtiler de artar (Kıvrak ve ark.,2011).

Gebelik ve doğum kadın yaşamındaki önemli dönüm noktalarındandır. Bedendeki fiziksel değişimler, bilinmeyen bekleme, özellikle doğum süreci ile ilgili bir miktar kaygı ve heyecan olması normaldir. Ancak bazı gebelerde bu durum uyumu bozacak boyutlara ulaşabilir; bu da gebenin ruh sağlığının bozulmasına ve beraberinde psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına neden olur (Ayhan ve ark.,2008). Ayrıca gebelik süresince yaşanan fizyolojik, psikolojik ve duygusal değişimler sonucu gebelerin beden algıları ve beraberinde benlik saygıları da etkilenmektedir (Özcan,1996).

Benlik kavramı iyi, kötü ya da ortaya çıkabilen gerçekçi bir değerlendirmeye dayanarak, kişilik içinde bir bütünlük duygusu yaratmaktadır. Benlik kavramının beğenilip beğenilmemesi benlik saygısını oluşturur (Kumcağız,2012). Benlik saygısı, kişinin kendini gururlu, değerli, gayretli, etkin ve başarılı hissetmesidir. Bireyin karmaşık olarak kendini yargılama ve değerlendirmesi sonucu ortaya çıkan bir histir. Kişinin kendini değerlendirmesiyle vardığı kendiliğini kabullenmesi sonucunda ortaya çıkan beğenmedir (Özkan,1986). Başka bir tanıma göre benlik saygısı, bireyin kendini beğenme, kendi yaşam biçimini algılama ve geçirdiği yaşantıları sonucunda kendisine yüklediği değerler olarak tanımlanmaktadır (Cüceloğlu,2005). Gerçek benlik, insanların gerçekte kendilerini nasıl algıladıkları, ideal benlik ise insanların nasıl olmak istedikleridir. Kişinin benlik kavramı ile ideal benliği arasında geniş bir uyumsuzluk varsa düşük benlik saygısından, tersi durumda ise yüksek benlik saygısından bahsedilir. Benlik saygısı düşük olduğu zaman sevme duygusu yitirilmiştir ve kişi başkalarından uzak durur. Benlik saygısı, kişinin kendi dünyası ile ilgili kişisel kararları ve ideal benliğe göre yapılan iyi davranışlara dayanır. Yüksek benlik saygısı hatalara, yanlışlara ve başarısızlıklara rağmen şartsız benliğin kabul edilmiştir. Bu aynı zamanda kişinin kendi yaşamı hakkındaki sorumlulukları kabullenme anlamına gelir. Başarısız olduklarında, başa çıkma yollarını yeniden değerlendirir ve bir başka yöntem seçerler. Başarısızlığı, tümüyle bir hata olarak değil, kendilerini geliştirmek için bir olanak olarak değerlendirirler (Dinçer,2008). Yüksek benlik saygısı gebe kadınların strese karşı korunmasına ve daha iyi baş etme mekanizmaları kullanmalarına yol açmaktadır. Olumlu benlik saygısı, gebe kadınların gebelik süresince yaşamlarını olumlu yönde etkilemektedir. Gebenin olumsuz beden algısı, benlik saygısını da olumsuz yönde etkilemektedir. Gebenin gebeliği süresince sağlıklı bir ruh halinde olabilmesi ve yaşam kalitesinin artması için benlik saygısının geliştirilmesine gereken önem verilmelidir (Kumcağız,2012).

Benlik saygısı ve ruh sağlığı arasında yakın bir ilişki vardır. Çuhadaroğlu(1986), düşük benlik saygısının, yalnızca rahatsız edici bir duygu olmadığını, anksiyeteden psikoza kadar değişik patolojik durumların görölmesinde önemli rolü olduğunu belirtmektedir. Benlik saygısındaki iniş-ıkışlar benlikte zedeleyici değişikliklere ve anksiyeteye neden olmaktadır. Düşük benlik saygısının durumsal anksiyeteye neden olduğu ve bunun da mantık dışı reddedilme korkularına, başarısızlığa ve eleştirilme kaygılarına, sosyal ve kişilerarası olaylarda felaket beklentisine yol açtığı, benlik saygısı ile en fazla ilişkili olan psikopatolojik durumun depresyon olduğu belirtilmektedir (Karaaslan,1993).

Kadın sağlığı, doğrudan kendisi için önemli olduğu kadar ocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önem taşımaktadır (Demiryay,2006). Bunun yanı sıra gebelik sürecinin ocuk, aile ve buna paralel olarak toplum sağlığını da doğrudan etkilediği düşünüldüğünde, bu dönemle ilgili olarak yaşanan psikososyal sorunların sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi, bu sorunlara yönelik koruyucu girişimlerin planlanması ve gerektiğinde uygun yaklaşımlarda bulunulması son derece önemlidir (Koyun ve ark.,2011).

Sağlık verileri gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında, Türkiye'de sağlık gereksinimlerinin karşılanmasının en yetersiz olduğu kesimin, üreme çağındaki (15-49 yaş) kadınlar ile 0-5 yaş arası çocuklar olduğu ortaya çıkmaktadır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993). Hamile kadınları ve çocukları, özellikle ilk yaşta olanları, yakın izlem gerektiren riskli gruplar olarak nitelendirebiliriz (Cebeci ve ark.,2010). Sağlık kavramında beden ve ruh sağlığı birlikte ele alınmasına rağmen; beden sağlığının somut ve gözle görülebilir niteliklerinin bulunması, ruh sağlığının ise soyut konuları kapsamaması nedeniyle uygulamada ruh sağlığı hizmetlerine gereken önem verilmemektedir. Halbuki ruh sağlığı hizmetlerinin "koruyucu ruh sağlığı" ilkeleri çerçevesinde geliştirilmesi ve yaşam kalitesini artırıcı bir bakış açısı ile ele alınması gerekmektedir (Koyun ve ark.,2011). Gebelik izleminde, ilgili sağlık personeli genellikle gebeliğin biyolojik ve fizyolojik değişimlerine odaklanmakta; gebeliğin ruhsal yönü belirgin bir ruhsal bozukluk gelişmediği sürece ilgi ve izlem alanının dışında kalmaktadır (Pehlivan,2004). Bu sonuçta sağlık personelinin gebeliğin ruhsal yönü hakkında eğitim ve bilgi eksikliğinin olması etkili olmaktadır. Gebelik psikolojisi ve gebelikle ilişkili ruhsal sorunlar ve bozuklukların bilinmesi, sağlık personelinin konuyla ilgili farkındalığını artıracadığı gibi kadın doğum ve psikiyatri alanları arasındaki işbirliğinin gelişmesini de sağlayacaktır. Diğer önemli bir konu gebelerin ruhsal yönden bilgilendirilmesidir. Bu bilgilendirme, ancak konu hakkında eğitimi ve bilgisi olan sağlık personeli ile sağlanabilir. Böylece gebelerin,

gebelikle ilgili korku ve kaygıları azaltılabilir ve gebeliğe ruhsal uyum kolaylaşabilir. Ayrıca gebelerde ve sağlık personelinde süreçle ilgili ruhsal farkındalığın artması, gebelikte ortaya çıkabilecek birçok ruhsal sorunun erken tanınması, önlenmesi, erken müdahale edilmesi ve tedavisine olanak sağlayacaktır (Kuğu ve Akyüz.,2001). Hastalarla tanı, tedavi ve rehabilitasyon aşamalarında en fazla zaman geçiren sağlık personelinin hemşireler olduğu dikkate alınır, kadının ruh sağlığını etkileyen sorunlara müdahalede hemşirenin rolünün çok önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Gebelikteki fizyolojik reaksiyonlar kadar psikososyal reaksiyonların da tanınması ve önlenmesi, anne ve çocuk sağlığına etkilerinin azaltılması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Yapılan literatür taramaları sonucunda gebelikte kadının ruh sağlığını ele alan yeterli sayıda çalışma yapılmadığı belirlenmiştir. Kadının ruhsal yönden ele alınmadığı daha çok bebek ve gebeliğin fiziksel, anatomik etkilerinin kadın üzerinde etkilerinin ele alındığı görülmektedir. Aynı şekilde gebelikte benlik saygısının önemi ve ruh sağlığı üzerine etkisi konusunda da yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada gebeliğin her trimesterinde tekrarlı izlemler yapılarak kadının trimesterlere göre ruh sağlığını ve benlik saygısının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Böylece gelişecek olan ruhsal sorunların önceden bilinerek önlem alınması konusunda bir rehber olması planlanmaktadır. Mevcut problemlerin erken tanısı ve tedavisi ile anne ve bebek sağlığı açısından risk oluşturabilecek komplikasyonların önüne geçilebileceği düşünülmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

Gebelik, kadının birçok psikolojik, fizyolojik ve duygusal değişimler yaşadığı bir dönem olmakla birlikte bazen kadın ve ailesi için bir kriz dönemi de olabilmektedir (Beydağ,2007).

Gebelik, kadın hayatını etkileyen son derece değişik bir süreçtir. Özellikle ilk gebelik, kadın yaşamının en önemli krizlerinden biridir; bir fiziksel durumdan diğerine, bir çiftten bir aile olmaya geçiştir (Efe,2006). Gebelik doğal bir olay olmasına rağmen, kadında önemli anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olur (Sertbaş,1998).

Gebelik sırasında anne organizmasında çok sayıda anatomik ve fizyolojik değişimler meydana gelmektedir. Bu değişimlerin amacı; fetüsün gelişmesini ve besin ihtiyaçlarını karşılamak, genital yollarda doğum için gerekli değişimleri hazırlamak ve doğum sonu bebeğin bir süre daha beslenmesini sağlamaktır. Gebeliğin fizyolojik değişimleri, annenin vücudunu lokal ve genel olarak etkilemektedir. Bu tür değişimler normal, kaçınılmaz olarak değerlendirilmekte, her kadında farklı derecelerde oluşmakta ve doğumdan sonraki ilk 6-8 hafta içinde normale dönmektedir (Lazoğlu,2014).

2.1.Gebelikte Fiziksel Değişiklikler

Gebeliğin ilerlemesi ile vücut kitlesi artar ve farklılaşmış habitus görülür. Gebenin besin gereksiniminin artması ile iştah artar ve hatta aşırı yeme isteği olabilir. Uterus gebelik boyunca rahim kaslarının, damarlaşmanın ve salgının artması ile birlikte büyür. Normal gebelerde kilo artışı birinci trimestirde daha yavaş olmak üzere gebelik yaşının ilerlemesine paralel olarak giderek artar. Ortalama kilo artışı normalde haftada 0.5 kg., ayda 1-2 kg, tüm gebelik boyunca ise 12.5 kg'dır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,2014;Ayan,2013).

Gebelikte overlerde ovulasyon gerçekleşmez ve yeni folikül gelişimi bir süreliğine durur (Kılıçarslan,2008). Gebelik süresince vajinadan zaman zaman akıntı gelebilir. Gebeliğin sonlarına doğru bu akıntı iyice artar. Vajinal akıntı koyu kıvamlı ve beyaz/sarı renktedir. Kendine özgü bir kokusu vardır. Vulva ve perinede gebelikte damarlaşmanın artması ve gelişen rahim baskısı ile varislere eğilim artar. Derideki renk koyuluğu artması ile dış üreme organları daha koyu renk alır, doğumdan bir süre sonra yine eski normal rengine döner (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,2014). Karında orta hat üzerinde gebeliğin başından itibaren pigment artışı olur. Pigment artışı sonucu orta hatta kahverengi-siyahımsı gibi görünen bir çizgi oluşur ve bu çizgiye "linea nigra" adı verilmektedir (Ayan,2013; Uludağ, 2009). Sıklıkla boyunda, yanaklarda, alında, burunda ve çenede görülen düzensiz sarıkahverengi simetrik lekelenmeler oluşmaktadır ve bunlar "gebelik maskesi" olarak adlandırılır. Doğumdan sonra kaybolur veya çok belirgin şekilde azalır. Spider anjiyoma olarak adlandırılan anjiyomalar cilt üzerinde çok ince, kırmızı kabarıklıklardır, özellikle yüz, göğüs

üzeri, boyunda ve kollarda olmaktadır. Aynı şekilde vazodilatasyona bağlı olarak el içlerinde ‘‘palmar eritema’’ gelişir. Bu yüzden gebelerin el içleri sıcak, terli olup pembe renklidir. Çoğu kadında doğumdan sonra kaybolurlar (Ayan,2013).

Gebelikte kalp ve damar sisteminde bebeğin ve annenin artan ihtiyaçlarını karşılamak için vücuttaki kan miktarı ve bu kanı vücuda gönderecek kalbin çalışması artar. Kalp normalde dakikada 60-100 arasında atarken, gebelik süresince bu sayı 10-15 atım artar. Kanamayı önlemek için pıhtılaşma mekanizmaları da hızlanır. Solunum Sistemi’nde vücudun artan oksijen ihtiyacını karşılamak için progesteron hormonu sayesinde solunum sayısı artar. Boşaltım Sistemi’nde gebelikte vücuttaki kan miktarı ve atılacak madde miktarı arttığı için böbrekler fazla çalışır. Ayrıca büyüyen rahmin idrar torbasına baskı yapması sonucunda sık sık idrara çıkma ihtiyacı duyulur. Sindirim Sistemi’nde östrojen ve progesteron hormonlarının etkisi ile gebenin dış etlerinde şişme, kanama görülebilir. Mide kasları gevşer, hareketleri yavaşlar. Bebek mideye baskı yapar. Bunun sonucunda hareketleri yavaşlayan midenin asidi artar, mide üst kapağı da gevşediği için mide asidi yemek borusuna kaçabilir ve boğazda yanma hissedilebilir. Bu duruma gebelik reflüsü denir. Progesteron hormonunun artışı ve bebeğin bağırsaklara baskısı nedeniyle bağırsakların çalışması yavaşlar, bunun sonucunda kabızlık ve gaz sorunları yaşanabilir. İskelet Sistemi’nde hormonların etkisi ile eklem ve kaslar gevşer. Bu duruma rahim ve bebeğin ağırlığı nedeni ile vücut ağırlık merkezinin değişmesi de eklenince bel ve sırt ağrıları yaşanabilir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,2014; Taşkın,2012; Demiryay,2006).

2.2.Gebelikte Ruhsal Değişiklikler

Gebelik genellikle kadın hayatında bir ruhsal iyilik hali ve mutluluk dönemi olarak bilinmekle birlikte kadınlar gebeliği neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olarak algıladığı gibi; stres, endişe, kaygılı bekleyiş, aşırı yüklenme gibi olumsuz ruhsal duygulanımların yaşanabileceği bir dönem olarak da görebilmektedir. Bu nedenlerden dolayı gebelik, kadınların yaşamında stresli bir dönemdir (Özorhan ve ark.,2014). Gebeliğin stres verici 43 yaşam olayı içerisinde 12. sırada olduğu (Akbaş ve ark.,2008), gebeliğin kadında psikolojik değişikliklere neden olduğu belirtilmektedir. (Pehlivan,2004).

Gebeliğe psikolojik ve sosyal değişiklikler de eşlik eder. Genellikle eşler arasındaki sevgiyi artıran, evlilik temellerini kuvvetlendiren gebelik; vücutta görülen hormonal değişikliklerin gebede büyük ruhsal değişiklikler yaptığı bilinmektedir. Gebe kadının bu

dönemdeki reaksiyonları mutluluk, iğrenme, öfke, kaygı, korku ve depresyon olarak sıralanabilir (Henshaw ve ark.,2009).

Bazı gebeler bulantı kusma, yorgunluk, halsizlik, uykulu hissetmesinden dolayı bebeği suçlarken bir yandan da böyle düşündüğü için kendini suçlar. Gebeler ruhsal çatışmalar yaşar, duygusal olarak her şeye aşırı hassastır, çabuk kırılır ve sinirlenir bazen de çabuk mutlu olma gibi kararsız psikolojik tepkiler verebilir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,2014). Gebelik döneminde kadınlar olumsuz olayları daha fazla rahatsız edici olarak algırlar. Gerginlik, öfke ve karışıklık gibi duygularda artma gözlemlenir (Di pietro ve ark.,2005).

Gebelik sürecinde gebelerin psikolojik tepkileri trimestirlere göre değişiklik gösterir. Gebeliğin ilk trimesterinde kadın yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyum sağlamaya çalışırken, ikinci trimesterde gebeliğe uyum sağlar ve gebeliği benimser ve dışa dönüktür. Üçüncü trimesterde fizyolojik olarak hareketler kısıtlı olmasına rağmen gelişen annelik duygularının etkisiyle; annelerin doğacak çocuklarına karşı korumacı davrandıkları ve kaygı yaşadıkları görülür (Lazoğlu,2014). Gebeler son trimesterde gebelikten bıkmaya başlar, bir an önce sonlanmasını ister, diğer taraftan doğum hakkında endişeler yaşar. Evden yalnız çıkmaya korkabilir, kızgınlığı ve saldırganlığı artabilir, kendini beğenmez. Kadın feminen yapısından elde ettiği doyumun kaybolduğu, bunun yerini annelik doyumunun aldığı bir döneme girdiği için adaptasyon sorunu yaşayabilir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,2014;Lazoğlu,2014). Gebeliği ve anneliği normal olarak algılayan kadınların sürece uyumu daha iyidir. Daha önceki gebeliklerinde zorluklar yaşamış, gebelik ve doğum hakkında bilgisi olmayan, ailede huzursuzluk bulunan, aile tarafından tepkiyle karşılanan ve istenmeyen, ekonomik yönden geçim sıkıntısı çeken, ailedeki fazla çocuk sayısı ve planlanmamış gebelikler annenin daha endişeli ve tedirgin olmasına yol açar. Gebeliğe karşı olumsuz duygular taşıyan kadınlarda baş ağrısı, bulantı, emosyonel gerilim gibi semptomlar daha sık ortaya çıkmaktadır (Ayan,2013).

Gebelik kadına kendini gerçekleştirme yanında, yaşamda değer yargılarını, sistemlerini geliştirme, aktarma duygusu vermekle birlikte, kadının kendi yaşam özgeçmişinde anne baba ve ailesi ile ilgili yaşadıkları duygular, tutumlar ya da örselenmeler; gebeliğe ilişkin tutumlarda etkili olmaktadır (Özkan,1994). Gebelik ve doğum kadının yaşam süresinde gebe ve ailesi için ciddi uyum gerektiren önemli bir yaşam dönemidir. Gebeliğin fiziksel yönünün yanı sıra kadın bebeğin belirli fiziksel ve entelektüel niteliklere sahip olduğunu hayal ettiği bir

psikolojik hamileliği de yaşar (Henshaw ve ark.,2009). Bazı gebelerde daha önceki yaşamlarına ilişkin nörotik belirti ve kaygılar azalırken bazı gebeler bu dönemde bağımlılık gereksinimlerini, çevreden ilgi, destek ve yardım beklentilerini daha kolay ortaya koyabilir. Bazı gebeler ise panik ve korku yaşar, doğumda sakat kalacakları veya ölecekleri endişesine kapılırlar. Annenin bu ruhsal reaksiyonları, çocuğuna ilişkin endişeleri, sakat kalma gibi korkuları gebelik komplikasyonlarının seyrini etkiler (Özkan,1994).

Gebelikte ortaya çıkan her komplikasyon ve gebeliği riskli hale getiren her tıbbi sorun, ciddi zorlanmalar ve psikiyatrik semptomlara yol açma potansiyelindedir. Preeklampsi, hipertansiyon, diabet gibi tıbbi sorunları olan hamile kadınlarda, bu tür komplikasyonları olmayan hamile kadınlara göre daha fazla psikopatoloji saptanmıştır. Tıbbi hastalıkları psikodinamik etiyojilerle açıklamanın yaygın olduğu dönemde gebelikteki psikolojik komplikasyonlar, tıbbi sorunların nedeni olarak yorumlanmıştır. Ancak genellikle psikiyatrik tablolar, gebeliğin tıbbi komplikasyonlarının sebebi değil, sorun ve onları harekete geçiren durumlardır. Daha önceden mevcut ya da yeni olarak ortaya çıkan her türden major psikiyatrik bozukluk gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırır. Gebenin kendine bakımı, doğumun gerektirdiği uyum ve tedbirleri yürütmek güçleşir (Özkan,1994). Gebelik sanılanın aksine kadının ruhsal açıdan çok iyi olduğu bir dönem değil, aksine psikiyatrik hastalıkların ortaya çıktığı ya da alevlendiği hormonal ve psikolojik değişikliklerle karakterize bir süreçtir (Kuğu ve Akyüz,2001). Gebelikte meydana gelen; endokrin hormonal değişiklikler, vücut biçimi değişiklikleri ve bunların algılanması, gebelik ile ilgili bilinçli ya da farkına varılamayan düşünce, duygu, tutum, beklenti ve çatışmalar ile anne olmaya ilişkin ruhsal yapı ve kişilik organizasyonları birbirini etkilediğinden bunların hepsi birlikte ele alınmalıdır (Özkan,1994).

2.3.Gebelik Trimesterlerinde Yaşanan Değişiklikler

Gebelikte görülen ruhsal sorunların çoğu, fizyolojik ve anatomik değişimlerin bir sonucudur. Kadın gebeliğin her trimesterine özgü psikolojik uyum süreci yaşamaktadır (Özkan,1997). Birinci trimester gebeliğe uyum dönemi olup bu dönem ilk üç ay devam etmektedir (Demiryay,2006). Bu trimesterde kadın genellikle yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyumla ilgilenir. Kadının aile durumu, iş durumu, eşle ilişkisi gebelik durumunun yaratacağı yeni güçlükler ve gereksinimler bu gerçeğe geliştirilen tutumda etkilidir. Bu dönemde gastrik distres, bulantı-kusma, yorgunluk, uykuya yönelim ve genel fiziksel rahatsızlık libidonun

azalmasına yol açan başlıca faktörlerdir (Ayhan ve ark.,2008). Bu dönemde gebeyi rahatsız eden en önemli fiziksel rahatsızlık bulantı-kusmadır (Demiryay,2006). Bitkinlik ve bulantı-kusmanın aşırı olması gebelik hakkında ambivalansı temsil eden psikolojik kökenli bir durum olarak düşünülür (Özkan,1997).

Annenin duyguları gebeliği kabul edip etmemesine göre değişmekle birlikte, gebeliğin ilk haftalarında belirsizlik ve ambivalans duygular ortaya çıkmaktadır (Ejder,2012). Fetusa psikolojik bağlanma uterus içinde başlar ve ikinci trimesterin başlangıcına kadar kadınların çoğunda bebeğin zihinsel bir resmi oluşur. Doğmadan önce bile fetus ayrı olarak hissedilir ve doğum öncesi bir kişilikle donatılır. Annelerin çoğu, doğmamış çocuklarıyla konuşurlar. Fetusa emosyonel konuşma, yalnızca erken anne-bebek bağlanmasını değil, aynı zamanda sigara içme ve kafeini bırakma gibi annenin sağlıklı gebelikle ilgili çabalarını da gösterir. Psikanalitik teorisyenlere göre, çocuk annenin umutlarını ve korkularını yansıtan boş bir ekran gibidir. Gebeliğin başlangıcında görülebilen bitkinlik ve bulantı-kusmaların aşırı olması gebelik hakkında ambivalansı temsil eden psikolojik kökenli bir durum olarak kabul edilir (Kuğu ve Akyüz,2001). Bu dönemin kadını hem korku hem de umut duygularıyla aynı anda etkilediği görülür. Bu süre boyunca kadın, duygularını anlamakta zorluk çekebilir. Bir yandan yaşadığı fiziksel rahatsızlıklar diğer yandan çelişkili duyguları gebeyi psikolojik anlamda zorlayabilir. Bu dönem gebenin bebekle ilgili çok az sevinç duyduğu bir devredir.

Anne adayı birinci trimesterde daha içe dönük ve pasiftir. Daha önceki aktiviteleriyle daha az ilgilenebilir ve yalnız kalma gereksinimi artabilir. Duygusal dalgalanmalar bu dönemde sık görülür (Demiryay,2006). Bu dönemde kadının başarması gereken gelişimsel görev gebeliğin kabul edilmesidir. Yani kadın “Ben gebeyim” cümlesini rahatlıkla ifade edebilmelidir. Kadının yaşadığı duygusal ve davranışsal değişimler ise şunlardır; ilk haftalarda kadın “belirsizlik” duygusu yaşar. Gebe olup olmadığını anlamak ve doğrulamak için çaba harcar. Gebelik olasılığı ile ilgili ailesiyle konuşur. Belirsizlik duygusuna karşı tepkisi bireyseldir. Kadın ya gebelik belirtilerini doğrulamak için istekli ya da bu olasılıktan dolayı endişelidir. İlk trimester boyunca kadının ilgisi kendi üzerindedir. Fiziksel değişimler ve hormon seviyesi duygusal dalgalanmalara neden olabilir (Uçar,2014). Kadının gebeliği kabullendiğini gösteren belirtiler: gebelikten hoşlanma ve mutluluk duyma, fiziksel rahatsızlıkları iyi tolere etme, kendisi ve ailesinin gebelik ve doğumla baş edebilmesi, özgüven ve umut duygusunu içerir. Üzüntü ve mutsuzluk, gebeliğe bağlı oluşan değişimler tarafından bunaltılmış olma duygusu, gebelikten dolayı dünyasının daha kötüleşeceği

düşüncesi ve gebe olma ile ilgili sürekli bir pişmanlık ifadesi ise kadının gebeliği kabullenmediğini ya da bu konuda bir zorluğun olduğunu gösteren belirtilerdir (Özorhan ve ark.,2014). İkinci trimester, kadının gebeliğin fiziksel değişikliklerine uyum sağladığı dönemdir. Bu dönemde gebede yorgunluk, bulantı-kusma azalır ve pelvik konjesyon artar. Gebe fetus ile olan biyolojik bağı daha derin ve yakın hisseder (Ejder,2012). Bu sembiyotik ilişki ve bağ yanında, yeni canlı ayrı bir varlık olarak hissedilir (Özkan,1994). Anne adayı artık gebe olduğu gerçeğini ve hayatına getireceği değişiklikleri benimser (Koyun ve ark.,2011). İkinci trimester ebeveynler için genellikle mutlu bir dönemdir. Gebe kadın fetusun durumuna odaklanır ve bebeği kabul etme düşünceleri ön plandadır (Kılıçarslan,2008). Gebenin fetüsü hissetmesiyle beraber, uterusun büyümesi, beden imajında olumlu etkilere neden olur (Demiryay,2006). Bu dönemde gebeler duygusal olarak her şeye aşırı hassas, çabuk kırılan, bazen çabuk sinirlenme bazen de çabuk mutlu olma gibi kararsız psikolojik tepkiler verebilirler (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,2014). Bu dönemde kadının başarması gereken gelişimsel görev, bir önceki dönemde onun için gerçek olmayan fetüsü ayrı bir varlık olarak algılayıp kabul etmektir. Bu “Bir bebek sahibi olacağım.” ifadesiyle özetlenebilir (Özorhan ve ark.,2014). Kusmanın şiddetli ya da ikinci trimesterde de devam ettiği olgularda tıbbi faktörlerin yanında, psikik faktörlerin de şiddeti etkilediği bildirilmiştir. Bu kadınlarda immatür, histrionik kişilik özelliklerinin ve eşleri ile yaş ve kültür farklılıklarının sık olduğu bildirilmiştir (Özkan,1994). İkinci trimesterde kadınlar fetüsü koruma yetenekleri hakkında endişelenir. Çevresel olayların fetüsü etkileyip etkilemediğini değerlendirir. Bundan dolayı bazı kadınlar işlerine ve çevredeki diğer bireylere, daha az ilgi gösterirler (Demiryay,2006).

Üçüncü trimester bitkinlik dönemidir. Bu dönemde uterusun büyümesine paralel olarak fiziksel şikâyetler farklı bir şekilde tekrar ortaya çıkabilir (Koyun ve ark.,2011). Fetüsün gelişip büyümesi ve buna bağlı artan uterus hacmi, yorgunluğa ve ağrıya neden olabilir (Demiryay,2006). Beden imajındaki değişiklikler kadının gebeliğe ve cinselliğe karşı tutumunu olumsuz etkiler. Bu trimesterde gebe daha duyarlı hale gelir, duygusal bağımlılık ve destek arayışları artar (Koyun ve ark.,2011). Kadının bu dönemdeki gelişimsel görevleri, annelik rolünü algılamaya başlaması ve “bir anne olacağım” diyebilmesidir. Annelik rolünü kazanma doğumdan sonra da devam eden bir süreçtir. Gebeliğin son aylarında kadın fiziksel ve duygusal destek için başkalarına özellikle eşine “bağımlı” olmaya başlar. Bağımlılık belirtileri kişiden kişiye değişebilir. Kadınların çoğunun doğum zamanını belirleyememe,

hastaneye yetişememe ve doğum sürecinde geçireceği yaşantılara ilişkin “doğum korkuları” vardır. İlk gebeliği olanlarda bilinmeyen korkusu vardır. Bir ve daha fazla çocuğu olanlar ise bir şeylerin yanlış gideceğinden korkarlar. Ayrıca doğum ağrılarında, doğum esnasında bebeğin ve kendisinin yaşamının sonlanmasından ya da duygusal ve fiziksel olarak kontrol kaybı yaşamaktan korkabilirler (Uçar,2014). Doğum korkusunun yetersizlik, kendini kontrol edememe, bedene ve duygusal denetim endişesi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Özkan,1994). Kitapçıoğlu ve arkadaşları (2008) antenatal korkuların, sezaryen ve uzamış doğum eylemine neden olabileceğine dikkat çekmektedir. Kadınlar en çok malformasyonlu bebeğe sahip olmaktan, operasyonlu doğumdan, yabancı ortamda yalnız kalmaktan, herhangi bir şeyi yanlış yapmaktan korkmaktadırlar (Koyun ve ark.,2011).

Üçüncü trimesterde, fetus annenin bütün sistemlerini etkilemiştir. Doğum yaklaştıkça, doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar. Bunun yanında doğumu takiben çocuğun bakımı, annelik rol ve işlevlerini yeterince yürütüp yürütemeyeceği endişeleri dikkat çeker. Bu dönemde kadının bilgilendirilmesi, açıklamalarla yönlendirilmesi yararlıdır. Eş desteği çok önemlidir. Gebelerin, hamilelik, doğum, postpartum dönem konusunda bilgilendirilmesi, eşinin kadının yanına katılımı, gevşeme egzersizleri ile doğum kolaylaştırılması gibi uygulamalarla hamile kadının, korku ve kaygısının endişeli bekleyişinin azaltılması, kendi durumu üzerinde denetimi sağlayabileceği duygusunun gelişmesi açısından yararlıdır (Özkan,1994).

Üçüncü trimesterde gebenin doğum ve bebek için hazırlıkları artmıştır. Gebe bütün eksikliklerini tamamlamaya çalışır. İkinci trimesterde başlayan içe dönüklük bu dönemde de sürer. Duygusal dalgalanmalar olur. Fiziksel görünümü daha büyümüş ve hantallaşmıştır. Artık gebelikten bıkmaya başlamıştır ve aynı zamanda doğum hakkında endişeleri vardır. Fiziksel rahatsızlık, gebeliğin artan yükü ve sorumluluğu gebe kadının psikolojik olarak doğuma hazırlanması gereksinimini ortaya koyar. Anne adayları gebeliğin son aylarında fiziksel ve ruhsal destek için başkalarına özellikle eşine bağımlı olmaya başlar. Bu dönemde kadın daha duyarlı hale gelir. Bebeğini kaybedebileceği ya da ona zarar verebileceği duygusu yaşar. Bu nedenle de kendine çok dikkat eder. Son ayda anne, ilk trimesterde yaşadığı ambivalan duyguları yeniden yaşamaya başlar (Demiryay,2006). Gebe kadın bir an önce doğum yapıp, sağlıklı bir duruma bebeği ile birlikte kavuşmak ister (Kılıçarslan,2008).

2.4.Gebelik Döneminde Görülen Ruhsal Bozukluklar

Gebelik ve doğum kadın yaşamındaki önemli dönüm noktalarındandır. Bedendeki fiziksel değişimler, bilinmeyeni bekleme, özellikle doğum süreci ile ilgili bir miktar kaygı ve heyecan olması normaldir. Ancak bazı gebelerde bu durum uyumu bozacak boyutlara ulaşabilir; bu da gebenin ruh sağlığının bozulmasına ve beraberinde psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına neden olur (Ayhan ve ark.,2008). Kadınlarda psikiyatrik bozukluklar sıklıkla 18-45 yaşlarında ortaya çıkar. Bu yaşlar çocuk doğurma yaşlarıdır ve birçok kadında psikiyatrik bozuklukların başlangıcı gebelik sırasında olur. Uzun yıllar gebeliğin dingin bir dönem olduğu ve ruhsal hastalıklara karşı kadını koruduğuna inanılmıştır. Ancak literatürdeki veriler gebeliğin depresyon ve psikiyatrik bozuklukların oluşumunda koruyucu rol oynamadığını göstermektedir (Özkan ve ark.,2004). Gebenin ruhsal durum ve yaşantısı, gebeliğin gidişini etkilediği gibi gebeliğin kendisi de ruhsal-duygusal yaşantıyı etkilemektedir (Kuğu ve Akyüz,2001). Ruhsal sorunlar gebelikte ve doğum sonrasında birkaç ay içinde sıklıkla depresyon, anksiyete, panik bozukluk olarak görülmektedir (Şentürk,2008).

2.4.1.Gebelikte Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete çoğu zaman bilinç dışı çatışmaya bağlı, nesnesi belli olmayan ve birey tarafından tanınamayan içsel tehdit ya da tehlikeye karşı yaşanan bunaltıdır. Anksiyeteli bir kişi belirsizlik duygusuna eşlik eden belli olmayan bir gelecek korkusu ya da endişe duygusu yaşar. Anksiyete yaşayan bireyde belirsizlik bir tehlike olarak algılanabilir. Böylece, belirsizlik durumu anksiyeteyi, anksiyete düzeyinin yüksek olması da belirsizliği arttırabilir (Öztürk ve Uluşahin,2011). Anksiyete, tehlike durumunda aktif hale geçen biyolojik uyum düzeneğiyle oluşturulur ve bu uyum sağlayıcı (adaptif) özellikleri nedeniyle insan yaşamının sürdürülebilmesi için varolması gerekli bir duygudur. Ancak bir yere kadar sağlıklı olan ve olumsuz durumlarla başa çıkabilmek amacıyla ortaya çıkan bu duygunun şiddetli ve uzun süre yaşanması, bir noktadan sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal yaşamını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkilemeye başlamaktadır. Bu çizgiden sonra anksiyete, artık kişide ruhsal sorunlar yaratan bir duygu olarak karşımıza çıkmaktadır (Arslan,2010).

Gebelik bir kadın için başlı başına bir anksiyete kaynağıdır (Kuğu ve Akyüz,2001). Önemli olan anksiyete bozukluğu ile normal anksiyetenin ayırt edilmesidir. Gebelikte görülen fizyolojik duyuların çoğu anksiyete semptomlarına çok benzer, bu nedenle anksiyete bozukluklarının gebe kadında ayırt edilmesi önemlidir (Özorhan ve ark.,2014). Başlangıç yaşı

tipik olarak doğurganlık çağı ya da daha öncesidir. Bu nedenle, anksiyete bozukluğu tanısı bulunan çok sayıda kadın, hastalıklarının seyri boyunca gebeliği tecrübe etmektedir (Özdamar ve ark.,2014). Gebelikte anksiyete bozukluklarıyla ilgili trimesterlere dayandırılmış çalışmalar bulunmamakla birlikte yapılan çalışmalarda; Andersson ve arkadaşları (2006) gebeliğin ikinci trimesterinde gebelerin %18.4'ünde anksiyete bozukluğu olduğunu, Ryan ve arkadaşları (2005) gebelik döneminde yaşanan tüm psikiyatrik tanıların yaygınlığı %19.2 olduğunu ve bunların %14.8'inin anksiyetesi ve depresyonunun oluşturduğunu saptamıştır.

Doğurganlık dönemindeki kadın, gebelik ve doğumla birlikte önemli organik ve psikolojik değişiklikler yaşadığından, gebelik ve doğum anksiyeteye yol açmaktadır (Correia ve Linhares,2007). Yapılan çalışmalarda gebelik dönemindeki anksiyetenin yüksek düzeyde olduğu, özellikle üçüncü trimesterde yüksek olduğu belirlenmiştir (Karataylı,2007; Figuerido ve Conde,2011). Gebelikte yaşanan anksiyetenin nedeni ise kadının kendisinden çok fetusa odaklı olmasına bağlanmakta; malformasyonlu bir bebeğe sahip olmak, operasyonlu doğum, yabancı bir ortamda yalnız kalıp herhangi bir şeyi yanlış yapmak ya da doğumun nasıl olacağı gibi, bebeğin sağlık durumu ve doğumda ortaya çıkabilecek bir takım risklerin bebeğe zarar verme düşünceleridir (Özkan ve Bozkurt,1999; Dağlar ve ark.,2015). Gebede meydana gelen fizyolojik değişimler, psikososyal değişimler, komplikasyonlar anne adayında anksiyeteye yol açabilir. Doğumda meydana gelebilecek aksilikler, bebeğini doğumda kaybetme ihtimali hemen hemen bütün kadınlarda anksiyeteyi arttırmaktadır (Akdeniz ve Gönül,2007). Düşük eğitim düzeyi, evlilikten tatmin olamama, perinatal stressörler, çocuk için gerekli tıbbi koşulların bulunmaması, hayat koşullarındaki değişiklikler, kendi aileleriyle ilgili sıkıntılı anılar gebelik boyunca anksiyete bozukluklarının ortaya çıkma riskini artırır (Şentürk,2008).

Gebelik döneminde anksiyete bozukluklarının etkileri şu şekilde sıralanabilir; annelik rolüne uyum sorunları, doğum sonrası depresyon olasılığında artış, bebeklerde huysuzluk ve gelişimsel gecikmeler, zayıf nörolojik ve davranışsal sonuçlar,anne-bebek ilişkisi için postnatal olarak negatif etki, çocukların sosyal, duygusal ve davranışsal gelişimine olumsuz etkisi ile sonuçlanmaktadır (Austin,2003;Grant ve ark.,2008). Gebelik boyunca tedavi edilmemiş anksiyete;değişken APGAR skorları; fetal hemodinami ve hareket bozukluklarına neden olabilir; preeklampsi riski 3 kat artar; erken membran rüptürü, servikal diskinezi ve sezaryen ile sonuçlanabilir (Şentürk,2008).

Gebelik anksiyetesinde erken teşhis kilit unsurdur. Ölçekler kullanılarak rutin taramalar yapılmalıdır. Gebeliğe karşı tutum, mevcut destek ve ilişki durumunu

değerlendirmek için eş ile de görüşülmelidir (Austin, 2003; Grant ve ark.,2008; Buist,2006). Orta şiddette anksiyetesi olan hastalara farmakolojik olmayan psikolojik yaklaşımlar (dinamik psikoterapi, destekleyici psikoterapi ve bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımları) uygulanabilirken anksiyetesi günlük yaşamını etkileyen hastalarda psikolojik yaklaşımların yanı sıra medikal tedavide tercih edilebilmektedir (Dağlar ve ark.,2015). Psikiyatrik ilaçlar plasentadan fetüse ve anne sütünden bebeğe geçebilirler. Gebelik ve laktasyon döneminde ilaç kullanımı söz konusu olduğunda anneye sağlayacağı yararlarla beraber fetüs ya da bebekte oluşabilecek olası olumsuz etkileri tartışmalıdır (Çetin,2011).

2.4.2.Gebelikte Panik Bozukluk

Panik bozukluk; şiddetli korku, ani başlangıçlı nefes darlığı, kalp atışında artış ve baş dönmesi gibi semptomlarla meydana gelir. Panik atağın bazı belirtileri gebelikle ilişkili fizyolojik değişikliklere benzer. Ara sıra taşikardi, terleme, baş dönmesi, nefes darlığı yaşanabilir. Panik bozukluğu olan kadınlar sıklıkla bu normal fizyolojik hisleri yanlış yorumlayabilir ve önemli bir tıbbi olay yaşadıklarına (örneğin; kalp krizi veya zihinsel kriz "Deliriyorum") inanırlar. Panik atak öyküsü olanlar için, perinatal dönem riskli bir dönem olabilir. Bir çalışmada gebelikte panik bozukluğu için %2'lik bir yaygınlık oranını bildirilmiştir (Abramowitz ve ark.,2008). Gebelik döneminde panik bozukluğun seyri değişkendir ve belirsizliğini korumaktadır. Bazı çalışmalar önceden var olan panik bozukluğun gebelik döneminde semptomlarda azalma olduğunu ileri sürerken, bazı önemli çalışmalar önceden var olan panik bozukluk belirtilerinde azalma olmadığını öne sürmektedir. Bunlara ek olarak bir grup kadında da panik bozukluğun gebelik döneminde başladığı bildirilmiştir (Carter,2005). Gebelik panik bozukluk için koruyucu değildir. Panik bozukluk gelişmesine neden olup olmadığı hakkındaki çalışmalar çelişkilidir. Hafif semptomları iyileştirse de; ağır durumlarda hastalığın alevlenmesine neden olur. Panik ataklar plasental beslenmede azalma, fetal distress ve ablasyo placentae ile sonuçlanabilir (Kocabaşoğlu ve Başer,2008).

Anksiyete ve panik bozukluğu gebelikteki muhtemel etkileri, seyri ve fetus üzerindeki etkileri tam olarak anlaşılamamıştır. Bir çalışmada artan anksiyete ve artmış intrauterin kan akımı arasında ilişki bulunmuştur. Annedeki kortizol plazma düzeyinin fetusun beyin gelişiminde etkisi olabilir (Carter,2005). Panik ataklarının gebelik sırasında azaldığı ve doğum sonrası dönemde arttığına ilişkin veriler olduğu bildirilmektedir (Kuğu ve

Akyüz,2001). Gebelikte panik bozukluğun varlığı, preterm eylem ve düşük doğum ağırlıklı bebeğin doğmasına sebep olabilmektedir. Gebelik döneminde rastlanan panik bozukluk bulgularına psikososyal etkenler, hormonal sistemdeki değişiklikler ve biyolojik etkenler neden olabilmektedir (Ertem,2015). Gebelikte panik bozukluk tedavisinde psikofarmakolojik tedaviler, bilişsel davranışsal terapi, destekleyici psikoterapi, gevşeme teknikleri ve diyet düzenlenmesi kullanılabilir (Carter,2005).

2.4.3.Gebelikte Obsesif Kompulsif Bozukluk

Gebelikte obsesif kompulsif bozukluk için risk artar. Obsesif-kompulsif bozukluğu olan kadınların önemli bir yüzdesinin ilk semptomları gebelik sırasında ortaya çıkmaktadır. Var olan obsesif kompulsif bozukluk ise hem gebelikte, hem de postpartum dönemde kötüleşmektedir (Sevindik,2005). Carter (2005) gebelik boyunca başlayan obsesif-kompulsif bozukluğu %39 olduğunu saptamıştır. Gebelik sırasında başlayan obsesif-kompulsif bozuklukta bulaşma obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları daha sık görülürken, postpartum dönemde gelişen obsesif-kompulsif bozuklukta ise çocuğuna zarar geleceği düşünceleri ve fobik kaçınmaların daha ön planda olduğu bildirilmiştir (Daloğlu,2012). Gebelik obsesif kompulsif bozukluk dönemi tedavisinde bilişsel davranışsal terapi ve farmakolojik tedaviler kullanılır (Carter,2005).

2.4.5.Gebelikte Depresyon

Depresyon, insanın yaşamdan zevk alamadığı, kendisini derin bir keder içerisinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerin yaşandığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek ile ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır (Arslan ve ark,2011). Depresyon hafif mizaç bozukluğundan huzursuzluk, motor retardasyon, erken uyanma, kilo kaybı ve iştahsızlık gibi belirtilerle ve kendini kınama, apati, umutsuzluk, değersizlik hissi, intihar düşüncesi ve girişimi gibi öznel belirtilerle karakterize olan, şiddetli bir hastalığa kadar uzanabilen geniş bir yelpazeyi içerir (Marakoğlu ve Şahsuvar 2008). Dünya Sağlık Örgütü'nün geleceğe yönelik öngörülerine göre; 2020'de depresyon, kadınlarda ve gelişmekte olan toplumlarda başta gelen yeti yitimine yol açan hastalık olacağı belirtilmiştir (Einarson ve Kalra,2008).

Depresyon gebelik sırasında görülen en yaygın ruhsal bozukluktur ve gebelikte görülme oranı %10 dolayındadır. (Kuğu ve Akyüz,2001). Depresyon tüm dünyada en sık görülen duygu durum bozukluğu olup, gebelerin mutluluğunu, işlevselliğini ve yaşam kalitesini bozan, işgücü kayıplarına yol açan ciddi bir hastalıktır. Uluslararası çalışmalar depresyonun büyük çoğunluğunun gebelik, doğum, lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan 18-44 yaş aralığındaki kadınlarda görüldüğünü belirtmektedir. Bir Cochrane Veri Tabanı incelemesinde ise antenatal depresyonun ortalama prevalansının %10.7 olduğu bildirilmiştir. Yapılan bir sistematik derlemede antenatal depresyon sıklığının %6 ila %12 arasında olduğu belirtilse de diğer araştırmacılar insidansın %30'lara kadar vardığını bildirmişlerdir (Çelik ve ark.,2013). Bir sistematik derlemede gebelikte trimesterlere göre depresyon yaygınlığı; birinci (%7.4), ikinci (%12.8) ve üçüncü trimester de (%12) olduğu bildirilmiştir (Bennet ve ark.,2004). Bazı araştırmalarda ikinci trimestere göre ilk ve üçüncü trimesterlerde depresyon ve kaygı sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur (Kuğu ve Akyüz,2001). Gebeliğin ilk üç ayında depresyonun yaklaşık % 7.4 olduğu ,ikinci trimesterde hastalık prevalansının % 12.8'e kadar yükseldiği ve üçüncü trimesterde neredeyse değişmeden% 12 olarak kaldığı bulunmuştur (Kendler,1996). Gebelikte depresyon için tekrarlanan ölçümleri kullanan bir araştırma, gebelik boyunca depresyon semptomlarının azaldığına işaret etmektedir. Depresyonda 1. ila 2.trimester arasında ve 2. ila 3.trimester arasında belirgin azalma görülmektedir (Teixeira ve ark.,2009). Türkiye'de bu konuda sınırlı sayıda çalışma mevcut olmakla birlikte, Beck Depresyon Ölçeğinin kullanıldığı çalışmalar da gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Altınay (1999) %27.9, Sevindik (2005) %36.3, Karaçam ve Ançel (2009) %27.3 olarak bulmuşlardır. Dennis ve ark.(2007) yaptığı bir Cochrane Veri Tabanı incelemesinde doğum öncesi depresyonun ortalama prevalansının %10.7 olduğu bildirilmiştir.

Gebelik depresyonun fetus üzerindeki etkileri farklı şekillerde kendini gösterebilmektedir. Gebelikte depresyon durumu norepinefrin ve kortizol düzeylerini yükseltmekte, bu durum uterusu olan kan akımını azaltarak hem gebe, hem de fetus üzerinde çok ciddi obstetrik ve neonatal sonuçlar doğurmaktadır (Çalık ve Aktaş,2011). Yine gebelik döneminde iştahın azalması, yetersiz ve dengesiz beslenme, öz bakımının bozulması, sigara ve alkol kullanımında artış fetus gelişimini olumsuz etkilemekte, gebelik ve doğum komplikasyonlarında artışa yol açabilmektedir (Dağlar ve ark.,2015). Gebelik boyunca, uyku, iştah ve enerjide depresyon semptomları gibi değişimler olur ve genellikle normal gebelik

belirtilerinden ayırt etmek zordur. %70 üzerinde gebe olumsuz duygudurum semptomlarından yakınmaktadır (Carter,2005). Gebelikte görülen somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete belirtileri hekimlerce genellikle gebelikle ilgili hormonal ve fiziksel değişikliklere bağlanmakta ve sıklıkla daha az teşhis edilebilmekte ve buna bağlı olarak da tedavileri aksamaktadır (Ertem,2015). Çeşitli risk faktörleri ve psikososyal ilişkiler gebelikte depresyona katkıda bulunur.

Genetik Faktörler; Genetik faktörle ilgili bilgiler tam açıklığa kavuşmamıştır. Bununla birlikte gebelik / lohusalık depresyonunun yaklaşık %40-50'sinin genetik faktörlerle ilişkisinin olduğu ileri sürülmektedir. Literatürde genetik faktörle çevresel faktörlerin iç içe olduğu ve araştırılırken bu iki faktörün birlikte ele alınması gerektiği belirtilmektedir (Çalık ve Aktaş,2001).

Psikolojik Faktörler; Gebenin depresyon veya anksiyete yaşıyor olması, geçmişinde depresyon hikayesinin olması, gebeliğine yönelik zıt duygular, geçmişinde psikiyatrik hastalıkların varlığı gibi nedenler gebelik depresyonunu etkileyen psikolojik faktörlerdendir. Psikolojik ve sosyal faktörler gebelik depresyonunu en çok etkileyen unsurlardır (Çalık ve Aktaş,2001). En yüksek risk faktörü önceki depresyon hikayesi, depresyon öyküsü olan kadının ilaçlarını kesmesi veya bırakması, ailede depresyon öyküsü ve daha önceden postpartum depresyon geçirmiş olmasıdır (Carter,2005).

Psikososyal risk faktörleri; Gebeliğe karşı olumsuz tutum, sosyal destek eksikliği, negatif yaşam olayları ile ilişkili maternal stres, eş yada aile üyelerin gebeliğe karşı olumsuz tutumlarıdır (Carter,2005).

Çevresel Faktörler; Stres, fiziksel, duygusal ve mental travma, viral enfeksiyonlar, kronik hastalıklar, oral kontraseptif kullanma, bazı sedatif ilaçlar gebelik depresyonuna zemin hazırlayan çevresel faktörlerdendir. Çevresel faktörler gebelik depresyonun oluşmasında tek faktör olmayıp, genetik eğilimle birlikte depresyon riskini arttırmaktadır (Çalık ve Aktaş,2001).

Sosyal Faktörler; Partner yokluğu, evlilik sorunları, yalnız yaşama, boşanma, ekonomik düzeyin düşüklüğü, sosyal destek azlığı veya yokluğu, sosyal izolasyon, aile içi şiddet yaşama, geçmişinde fiziksel, duygusal ve cinsel şiddet öyküsünün bulunması, yaşamdaki

majör olaylar, sigara tüketimi, alkol ve yabancı madde kullanımı gebelik depresyonuna etki eden sosyal faktörlerdendir (Çalık ve Aktaş,2001).

Hormonal Faktörler; Gebelik ve doğum östrojen ve progesteron seviyelerinde dramatik değişimlerle birlikte hipotalamo-pituiter-adrenal ekseninde belirgin baskılanmaya sebep olur, bu da depresyona yatkınlıkta artışa neden olur (Özorhan ve ark.,2014). Gebelikte; östrojen, progesteron, prolaktin, trodi stimüle eden hormon (TSH), triodothronine / thyoxine hormon düzeylerinde ciddi değişiklikler görülür. Gebelikte östrojen ve progesteron düzeyindeki artışla maternal depresyon arasında ilişki bulunmadığı ancak yükselmiş TSH hormonu ile gebelik depresyonu arasında güçlü bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir (Çalık ve Aktaş,2001).

Depresyondaki gebe, artmış kalp atış hızı, iştah kaybı, mide ağrısı, baş ağrısı ve cinsel işlev bozukluğundan yakınır. Ancak tedavi edilmeyen depresyon, somatik belirtilerin ötesine geçer, bebek ve anne için risk yaratan sonuçlar ortaya çıkar. Gebe fonksiyonel bozukluk yaşar. Yetersiz beslenme sonucu intrauterin gelişme geriliği ve düşük neonatal doğum ağırlıklı bebek dünyaya gelme riski artar (Kalra ve Einarson,2008). Gebelik döneminde depresyon tedavi edilmezse, prenatal bakım almama veya önerilere uymama, beslenme eksikliği, özbakım eksikliği, alkol ve madde kullanımı, intihar düşünceleri, fetuse zarar verme düşünceleri ve postpartum depresyon gelişme riski gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkar. Bunlara ek olarak, maternal depresyonun psikolojik etkileri fetusu de etkileyebilir. 1123 anne ve infant ile yapılan çalışmada, gebelik döneminde depresyon geçiren kadınların çocukların daha nadir olumlu yüz ifadesine sahip olduklarını ve bu çocukların daha zor avunduklarını saptanmıştır (Carter,2005). Depresyon yaşayan gebeden doğan bebeklerin aşırı ağlama, düşük oryantasyon puanı, heyecanda azlık ve doğumdan kısa bir süre sonra uyarılara daha az ilgi göstermesi gibi özellikler göstermiştir (Kalra ve Einarson,2008). Leigh ve arkadaşları(2008) özsaygısı düşük olan, anksiyete yaşayan, sosyal desteği az ya da hiç olmayan, sürekli olumsuz yönde düşünme eğilimi olan, yaşamında büyük bir travma yaşamış, geçmişinde şiddet gören kadınlarda gebelik depresyonu riskinin yüksek olduğunu, ilk ebeveyn olma stresi ile gebelik depresyonu arasında da anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır.

Gebelikte depresyonun tedavisi genel olarak depresyon tedavileri ile aynıdır. Bunlara ek olarak fetusun güvenliğini sağlanmasını içerir. Bilişsel davranışsal terapi ve kişilerarası psikoterapi kullanılır. Psikofarmakolojik tedaviler de kullanılabilir. Ancak antidepresan

ilaçların fayda ve zararları tartışılmalıdır (Carter,2005). Psikotrop ilaçlar hem gebelik komplikasyonları, fetal ve neonatal risklerin ortaya çıkmasında kolaylaştırıcı etki yapabilirler, hem de gebelikte görülen bulantı-kusma, kabızlık ve aşırı kilo alma gibi belirtileri daha da kötüleştirebilirler. Gebelik sırasında görülen inatçı kusmaların prematür doğum ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Çetin,2011). Üçüncü trimesterde anneye antidepresan verilmesi halinde doğumdan sonra bebekte çekilme sendromu gelişebilir. Bu bebeklerde sık ağlama ve uyumama şeklinde ajitasyon, iritabilite belirtileri ve nöbetler ortaya çıkabilir. Elektrokonzulziv terapi ise hem anne hem de bebek için zararsız bir tedavi seçeneği olarak görülmektedir (Kocabaşoğlu ve Başer,2008). Gebelikte kontrol altına alınmamış bir depresyon postpartum depresyon riskini üçe katlar (Karataylı,2007).

2.4.6.Gebelikte Yeme Bozuklukları

Ergenlik ve genç erişkinlik döneminde ortaya çıkan yeme bozuklukları, gebe kadınlarda tahmin edilenden daha sık görülmektedir. Yeme bozukluklarında temel sorunun, şişmanlamaktan aşırı şekilde korkmanın yanı sıra, dış görünümün ve kilo almanın doğrudan kendilik değeri ile ilişkili olduğu inancını taşıma olduğu düşünüldüğünde, gebe kadının gebelik süresince kilo alması bu tip hastalar için çok daha önemlidir (Özdamar ve ark.,2014).

. Gebelik döneminde yeme bozukluklarının sıklığı %4.9'dur. Yeme bozuklukları anne ve yenidoğan için olumsuz sonuçları beraberinde getirir. Gebelik sırasında yeme bozukluğu belirtilerinin şiddetinin azaldığı gibi yeme bozukluğu abortus, düşük APGAR puanı, hiperemezis, erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek riski gibi anne ve fetus üzerinde pek çok olumsuz etkileri bulunmaktadır (Carter,2005; Özdamar ve ark.,2014). Çoğu bulimik ve anorektik kadın gebelik sırasında kilo almayı çok zor kabul eder. Bir çalışmada aktif yeme bozukluğu olan gebe kadınların sezaryen ile doğum ve postpartum depresyon için artmış risk taşıdıkları bildirilmiştir (Özorhan ve ark.,2014).

2.4.7.Gebelikte Psikoz

İlk psikotik atağın gebelik döneminde görülme ihtimali oldukça nadirdir ancak psikoz tanısı olan kadınlarda gebelikte psikotik atak geçirme oranları artmaktadır (Copoğlu ve ark.,2015). Gebelikte şizofreninin başladığına ilişkin bir yayına rastlanmadığı ve çoğu şizofrenik hastanın gebelik sırasında bir iyilik hali gösterdiği bildirilmektedir. (Özorhan ve ark.,2014).

2.5.Benlik Saygısı

Benlik bireyin kendi içinde gelişen bir yapıdır. Bu yapı ilgi, yetenek ve amaçlar çerçevesinde gelişmektedir. Benlik, kişiliği yönlendiren unsurdur. Bireyin kendi kişiliği hakkındaki görüşlerinden oluşmaktadır. Benlik, kişiliğin altyapısı konumundadır (Taşpınar,2015). Bireyin kendisiyle ilgili tutum ve inançlarını içeren benlik, kişinin ne olduğu konusundaki görüşlerinin yanı sıra, ne olması gerektiği ve ne olmak istediği konusundaki görüşlerini de kapsar. Benlik, psikoloji merkezli olup davranışların açıklanmasına yardım eder, karar alma süreci için görüş birliği oluşturur, gelecekte beklenenleri şekillendirir ve yaşam anlamı için köprü oluşturur. Benlik saygısı, kişinin kendini gururlu, değerli, gayretli, etkin ve başarılı hissetmesidir. Kişinin kendini değerlendirmesiyle vardığı kendiliğini kabullenmesi sonucunda ortaya çıkan beğenmedir (Özkan,1994). Benlik saygısı insanın kendini değerlendirme veya kendini olumlu değerlendirme ihtiyacı üzerinde odaklanmaktadır. Bunun anlamı kendini süper, mükemmel yeterli hissetmek değildir, kendini kabul etme, kimlik oluşturma ve başkaları tarafından kabul edilmedir (Uyanık Balat ve Akman,2004). Benlik saygısı kişinin kendisine saygı duymasının yanı sıra güven duymasını, kendini benimseyip değer vermesini de içermektedir (Dinçer,2008). Benlik saygısı yüksek olan bireylerin kendilerini değerli olarak algıladıklarını, benlik saygısı düşük olan bireylerin ise, kendilerini reddettikleri, küçük gördükleri ve kendilerinden memnun olmadıklarını belirtmişlerdir (Altıok ve ark.,2010).

2.5.1.Gebelikte Benlik Saygısı ve Ruhsal Hastalık

Gebelik süresince yaşanan fizyolojik, psikolojik ve duygusal değişimler sonucu gebelerin beden algıları ve beraberinde benlik saygıları da etkilenmektedir (Özcan,1996). Benlik saygısı ve ruh sağlığı arasında yakın bir ilişki vardır. Çuhadaroğlu(1986), düşük benlik saygısının, yalnızca rahatsız edici bir duygu olmadığını, anksiyeteden psikoza kadar değişik patolojik durumların görülmesinde önemli rolü olduğunu belirtmektedir. Benlik saygısındaki iniş-çıkışlar benlikte zedeleyici değişikliklere ve anksiyeteye neden olmaktadır. Düşük benlik saygısının durumsal anksiyeteye neden olduğu ve bunun da mantık dışı reddedilme korkularına, başarısızlığa ve eleştirilme kaygılarına, sosyal ve kişilerarası olaylarda felaket beklentisine yol açtığını belirtmektedir. Benlik saygısı ile en fazla ilişkili olan psikopatolojik durumun depresyon olduğu belirtilmektedir (Karaaslan,1993).

Gebelikte dış görünüşte değişiklikler; kilo alımı ve cilt değişiklikleri gebelik boyunca tüm vücuda yayılır. Benlik saygısı seviyesi, kadınların kendilerini şişman ve daha az

çekici hissettiklerinde düşük bir hale gelebilir. Beden imajı ve benlik saygısının karşılaştırıldığı bir çalışmada, benlik saygısı trimesterlere göre; birinci trimester grubunda ikinci ve üçüncü trimester gruplarına göre nispeten daha yüksek bir düzeyde tespit edilmiştir (İnanır ve ark.,2015). Gebeliğe uyum süreci her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre farklılık gösterir. Bu süreçte kadının daha önce anneliğe hazırlayıcı olarak oynadığı roller, çevresinde bulunan olumlu ve olumsuz rol modelleri, gebeliğin planlanmış olması, gebelik ve doğum konusunda yeterli ve doğru bilgiye sahip olması, korku ve endişelerin makul sınırlarda olması, sahip olduğu sosyoekonomik koşullar ve benlik kavramı gebeliği kabullenmeyi etkileyen faktörlerden bazılarıdır. Babacan Gümüş ve arkadaşları(2008) Çanakkale ilinde 150 gebe üzerinde benlik saygısı ve beden imajının incelediği bir çalışmada, eğitim durumunun ve mesleğin gebelerin benlik saygısı üzerinde etkili olduğu ve eğitim düzeyi düşük, bir işte çalışmayan, evde oturan gebelerde benlik saygısının düştüğünü belirlemiştir. Geniş ailede yaşayan, evlenme yaşı küçük olan, akraba evliliği bulunan, eşiyle ilişkilerini kötü olarak tanımlayan gebelerin benlik saygıları düşüktür (Babacan ve ark.,2011). Kumcağız (2009) 126 gebe üzerinde yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça benlik saygısının arttığını ve hamile kalmayı isteyen kadınların daha yüksek benlik saygısına sahip olduklarını bulmuştur.

2.6.Gebelik ve Hemşirelik

Aile sağlığı, aile üyelerinin fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayabilmesine, sosyal yaşama katılabilmesine ve aile üyelerinin rollerini, kendisi ve ailesi için sorumluluklarını yerine getirebilmesine bağlıdır. Aile içindeki bu etkileşim ve bağ nedeniyle aile üyelerinden birinin sağlığındaki bozulma, aile içindeki dengeyi bozar, sağlığı bozulan kişi özellikle anne olduğunda bu denge daha da etkilenir (Demiryay,2008). Gebelik süreci çocuk, aile ve toplum sağlığını da doğrudan etkilediğinden bu dönemle ilgili olarak yaşanan psikososyal sorunların sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi, bu sorunlara yönelik koruyucu girişimlerin planlanması ve gerektiğinde uygun yaklaşımlarda bulunulması son derece önemlidir (Koyun ve ark.,2011).

Gebelik ve doğumlar çoğunlukla sorunsuz geçse de, tüm gebelikler risk altında olabilir. Gebelik tanısı koyulan tüm gebeler düşük riskli gebedir. Tüm gebe kadınların %15 kadarı profesyonel bakım gerektiren, potansiyel olarak hayatı tehdit eden bir komplikasyon geliştirirler ve bazıları yaşamak için majör obstetrik bir girişime gerek duyacaklardır. Gebelik, doğum eylemi ve lohusalık sırasındaki komplikasyonlar gelişmekte olan ülkelerde üreme

yaşındaki kadınlar arasında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenidir (Aydemir ve Uyar Hazar,2014).

Doğum öncesi bakım; anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunarak, bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir. Böylece annelerin daha sağlıklı bir gebelik geçirmeleri ve daha sağlıklı bebeklere sahip olmaları sağlanmış olur (Kılıçarslan,2008).

Gebelik izleminde, ilgili sağlık personeli genellikle gebeliğin biyolojik ve fizyolojik değişimlerine odaklanmakta; gebeliğin ruhsal yönü belirgin bir ruhsal bozukluk gelişmediği sürece ilgi ve izlem alanının dışında kalmaktadır (Pehlivan,2004). Bu durumun nedeni sağlık personelinde gebeliğin ruhsal yönü hakkında eğitim ve bilgi eksikliğinin olmasıdır. Gebelik psikolojisi ve gebelikle ilişkili ruhsal sorunlar ve bozuklukların bilinmesi, sağlık personelinin konuyla ilgili farkındalığını artıracak, ayrıca kadın doğum ve psikiyatri alanları arasındaki işbirliğinin gelişmesini sağlayacaktır. Diğer önemli bir konu gebelerin ruhsal yönden bilgilendirilmesidir. Bu bilgilendirme, ancak konu hakkında eğitim ve bilgi sahibi sağlık personeli ile sağlanabilir. Böylece gebelerin, gebelikle ilgili korku ve kaygıları azaltılabilir ve gebeliğe ruhsal uyum kolaylaşabilir. Ayrıca gebelerde ve sağlık personelinde süreçle ilgili ruhsal farkındalığın artması, gebelikte ortaya çıkabilecek birçok ruhsal sorunun erken tanınması, önlenmesi, erken müdahale edilmesi ve tedavisine olanak sağlayacaktır (Kuğu ve Akyüz 2001).

Gebelik sürecinde hemşire, gebe kadın ve ailesinin gebeliğe sağlıklı bir şekilde uyum yapmalarını ve gebeliğin sağlıklı sonlanmasını sağlamalıdır. Gebelik döneminde hemşire; aile içi süreçlerde değişim, anksiyete, bilgi eksikliği, vücut imajında bozulma gibi hemşirelik tanılarına yönelik hemşirelik sürecini uygulamalı ve gebelik izlemlerini düzenli bir şekilde yapmalıdır. Anne adayında ortaya çıkabilecek fiziksel ve duygusal sorunlara karşı önlem almalıdır (Koyun ve ark.,2011). Gebelikte görülen olağan rahatsızlıkların giderilmesi için yapılan hatalı uygulamaların belirlenmesinde ve doğru uygulamaların öğretilmesinde hemşireler etkin rol üstlenebilirler. Antenatal bakım hizmeti sunan hemşireler, gebelerin sağlık durumunu ve yaşadıkları fiziksel rahatsızlıkları dikkatli bir şekilde değerlendirmeli ve nasıl başa çıkabilecekleri hakkında bilgi vermelidir (Ayan,2013). Doğum sonrasında da anne ve bebek için uygun ortamlar yaratılarak, annenin yeni duruma uyumu ve bebeğin bakımı sağlanmalıdır.

3.ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ

3.1.Araştırmanın Şekli

Bu araştırma gebelik sürecinde ruh sağlığı ve benlik saygısını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Sivas Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesi ve Divriği Aile Sağlığı Merkezine Ocak 2016 – Eylül 2016 tarihleri arasında başvuran gebeler üzerinde yapılmıştır. Divriği Sivas iline bağlı ve toplam nüfusu 16.128 nüfuslu bir ilçedir. Nüfusun 7855'ini kadın nüfusu oluşturmaktadır. Bu nüfusun da 2865'i doğurganlık çağındaki 15-49 yaş arasındaki kadınlardan oluşmaktadır. Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesi ilçedeki tek hastanedir ve ilçe genelinde gebelik tanısının konulduğu ve muayenelerin yapıldığı merkezdir. Divriği Aile Sağlığı Merkezi çocuk ve gebe izlemlerinin yapıldığı kurumdur.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ocak 2016 – Eylül 2016 tarihleri arasında Sivas Kamu Hastaneleri Birliği Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği ve Divriği Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran, 15-49 yaş grubu 141 gebe oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini Ocak 2016 – Eylül 2016 tarihleri arasında Sivas Kamu Hastaneleri Birliği Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği ve Divriği Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran, 15-49 yaş grubu 107 gebe oluşturmuştur. 1.trimesterde olan, iletişim kurmak için herhangi bir engeli olmayan, daha önce tanı konulmuş herhangi bir ruhsal ve fiziksel hastalığı olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 10, daha önce ruhsal ve fiziksel bir hastalık tanısı konmuş 5, bir izlem çalışması olması nedeniyle izlemler boyunca çalışmadan ayrılan 8 gebe ve gebeliğin sonlanması sonucu 11 gebe çalışmaya alınamamıştır.

3.4.Veri Toplama Yöntemi

Çalışmada veri toplamak için Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Kısa Semptom Envanteri (Ek-2) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek-3) kullanılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden

gebelere Ocak 2016-Eylül 2016 tarihleri arasında poliklinik muayene ve işlemleri tamamlandıktan sonra görüşme için belirlenmiş odada yüzyüze görüşme yoluyla veri toplama formları uygulanmıştır. Formlar uygulanmadan önce gebelere araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Görüşmeler her bir gebede Kişisel Bilgi Formu için ortalama 5 dakika, ölçekler için ortalama 15 dakika olmak üzere, yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Gebelerin her üç trimesterde de benlik saygısı ve ruhsal durumu değerlendirilmiştir. Bir gebe ile toplam 3 kez değerlendirme yapılmıştır. Gebelere ilk trimesterde (0-12.hafta) 5-8. haftalar arası, ikinci trimesterde (13-24.hafta) 17-20. haftalar arası ve 3.trimesterde (25-40.hafta) 30-33. haftalar arası veri toplama araçları uygulanmıştır. Uygulama aşamasında ruh sağlığı ve benlik saygısı yönünden yüksek riskli grup içerisinde olduğu saptanan 7 gebe yardım almak amacıyla sağlık kuruluşlarına yönlendirilmiştir.

3.5.Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplamak için Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Kısa Semptom Envanteri (Ek-2) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek-3) kullanılmıştır.

3.5.1.Kişisel Bilgi Formu(Ek-1): Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Bu form gebelerin demografik ile obstetrik özelliklerini belirleyebilecek özellikteki toplam 41 (kapalı ve açık uçlu) sorulardan oluşmaktadır. Yaş, eğitim durumu, sosyoekonomik düzey, gebelik özellikleri, daha önce aldığı hastalık tanıları, trimesterler boyunca yaşadığı fiziksel ve ruhsal sorunlar, sağlık personelinde beklentileri gibi maddelerden oluşmaktadır.

3.5.2.Kısa Semptom Envanteri(KSE)(Ek-2) Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş 53 maddelik kendini değerlendirme türü bir envanterdir. KSE, SCL-90 olarak bilinen 90 maddelik Semptom Belirleme Listesi'nin kısaltılmış, yaklaşık olarak 5-10 dakika içinde doldurulabilen bir formudur. Ruhsal belirtileri tarayan, anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilete olmak üzere beş alt boyuttan ve 53 maddeden oluşan Likert tipi ölçektir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Nesrin Hisli Şahin ve Ayşegül Durak (1994) tarafından gerçekleştirilmiştir (Şahin ve ark.,2002).

Ölçeğin "Anksiyete", "Depresyon", "Olumsuz Benlik", "Somatizasyon" ve "Hostilite" olmak üzere beş alt grubu bulunmaktadır. Ölçekte; anksiyete "12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47 ve 49." maddeleri, depresyon "9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37 ve 39."

maddeleri, olumsuz benlik "15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 50, 51, 52 ve 53." maddeleri, somatizasyon "2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30 ve 33." maddeleri, hostilite "1, 3, 4, 6, 10, 40 ve 41." maddeleri ile ifade edilmiştir. Ölçek maddeleri "hiç yok" ve "çok fazla var" ifadelerine karşılık gelen 0- 4 değerleri arasında derecelendirilmiştir. Her alt ölçek için belirlenen toplam, o alt ölçekteki madde sayısına bölüldüğünde o boyut için bir puan elde edilmektedir. Her bir alt ölçek puanı ve genel belirti puanının yükselmesi psikolojik belirti düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Savaşır ve Şahin, 1997). Şahin ve Durak (1994) yapılan çalışmalarda KSE'nin güvenilirliği kontrol edilmiştir. Ölçeğin üç ayrı çalışmada iç tutarlılığı toplam puanından elde edilen Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları .96 ve .95; alt ölçekler için elde edilen katsayılar ise .55 ile .86 arasında değişmektedir. Derogatis (1992) tarafından yapılan araştırmalarda bu değerlerin .71 ve .85 arasında olduğunu belirtmiştir (Savaşır ve Şahin, 1997).

3.5.3.Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği(Ek-3):M.Rosenberg (1965) tarafından geliştirilen ölçek Füsun Çuhadaroğlu(1986) tarafından ülkemize uyarlanmıştır. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin 11 alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar: "benlik saygısı, kendilik kavramı sürekliliği, eleştiriye duyarlılık, tartışmalara katılma, kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme, insanlara güven duyma, depresif duygulanım, hayalperestlik, ana-baba ilgisi, psişik izolasyon ve psikosomatik belirtiler" göstermedir (Çuhadaroğlu,1986). Ölçeğin ilk 10 maddesi benlik saygısını ölçmektedir. Bu nedenle araştırmada ölçeğin benlik saygısını ölçen ilk 10 maddesinde yer alan benlik saygısı alt ölçeği kullanılmıştır. Rosenberg Benlik Saygısı alt testinden yanıtlar 0-6 puan ile değerlendirilir. Puanların yorumlanmasında; 0-1 puan alanların benlik saygısı yüksek; 2-4 puan alanların orta, 5-6 puan alanların ise düşük benlik saygısına sahip oldukları kabul edilir (Uyanık Balat ve Akman.,2004).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde normal dağılım varsayımında F testi, normal olmayan dağılım varsayımında ise Friedman F testi uygulanmıştır. Demografik verilerdeki iki kategorili seçenekler için normal dağılım varsayımı sağlanıyorsa bağımsız örneklem t testi, dağılımın normal olmaması durumunda ise Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Ölçek alt ölçek ortalamalarının normal dağılıma uyup uymaması ise Kolmogorov Smirnov Z testi ile ortaya konmuştur. Çalışmada yer alan analizlerin hepsi %95 güven düzeyinde incelenmiştir.

3.7.Araştırmanın Etik Boyutu

Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Etik Kurulu'ndan 25.12.2015 tarih ve 2015-12/06 no'lu kararla yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmayı yapabilmek için Sivas Kamu Hastaneleri Birliği'nden ekte yer alan gerekli izinler alınmıştır (EK- 5-6-7). Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayandığından gebelere çalışma hakkında bilgi verilmiş ve gerekli izinler alınmıştır.



4.BULGULAR

Tablo 1. Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	3	2.8

Okur yazar	3	2.8
İlkokul	4	3.7
Ortaokul	12	11.2
Lise	42	39.3
Üniversite	43	40.2
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	49	45.8
Çalışmıyor	58	54.2
Aile Tipi		
Çekirdek aile	88	82.2
Geniş aile	19	17.8
Eşin Eğitim Durumu		
Okur yazar	5	4.7
İlkokul	6	5.6
Ortaokul	4	3.7
Lise	41	38.3
Üniversite	51	47.7
Eşin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	104	97.2
Çalışmıyor	3	2.8
Aile Ekonomik Düzeyi		
Gelir giderden az	23	21.5
Gelir giderden fazla	25	23.4
Gelir gidere denk	59	55.1

Tablo 1’de gebelerin tanıtıcı özellikleri görülmektedir. Gebelerin çoğunlukla lise (%39.3) ve üniversite (%40.2) eğitilmiş olduğu, %54.2’sinin çalışmadığı, %82.2’sinin çekirdek ailede yaşadığı, gebelerin eşlerinin %47.7’sinin üniversite eğitilmiş olduğu, %97.2’sinin çalıştığı, %55.1’inde ailedeki gelirin gidere denk olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Gebelerin Gebelik Sürecine İlişkin Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Gebelik		
İlk gebelik	61	57.0
2 ve daha fazla gebelik	46	43.0
Gebeliği İsteme Durumu		
İstenen gebelik	77	72.0

Plansız gebelik	26	24.3
İstenmeyen gebelik	4	3.7
Planlanan Doğum Şekli		
Normal	88	82.2
Sezaryen	19	17.8
Bebek Durumu	Cinsiyetini	Öğrenme
Evet	106	99.1
Hayır	1	0.9
Bebek Cinsiyeti (n:106)		
Kız	56	52.8
Erkek	50	47.2
Cinsiyeti Öğrenince Ne Hissettiniz		
Sevindim	90	84.1
Şaşırdım	10	9.3

*Başka cinsiyette bir bebek bekliyordum, hiçbirşey hissetmedim..vb

Tablo 2’de gebelerin gebelik sürecine ilişkin bulguları görülmektedir. Gebelerin %57.0’sinin ilk gebeliği, %72.0’sinin istenen gebelik olduğu, %82.2’sinin normal doğum planladığı, tamamına yakının bebeğin cinsiyetini öğrendiği (%99.1), beklenen bebek cinsiyetinin %53.3’ünün kız olduğu, gebelerin %60.7’sinin cinsiyeti öğrendiğinde sevindiğini ifade ettiği belirlenmiştir.

Tablo 3. Gebelerin Trimesterlere Göre Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları

Kısa Semptom Envanteri	1. Trimester		2. Trimester		3. Trimester	
	Min-Max	X±SD	Min-Max	X±SD	Min-Max	X±SD
Ansiyete	1-3.54	1.60 ±.54	1-3.54	1.54±.52	1-3.77	1.77±.61
Depresyon	1-4.33	1.75±.65	1-4.08	1.79±.61	1-3.92	2.11±.69

Olumsuz Benlik	1-4.08	1.42±.54	1-2.50	1.34±.39	1-3.25	1.46±.57
Somatizasyon	1-3.67	1.94±.49	1-3.33	1.86±.50	1-3.67	2.31±.67
Hostilite	1-3.71	1.51±.49	1-3.71	1.48±.48	1-3.71	1.67±.66
Benlik Saygısı	1.60-2.80	2.06±.29	1-2.90	1.78±.49	1-2.80	1.75±.48

Tablo 3’de gebelerin her trimester için Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puan ortalamaları görülmektedir. Gebelerin kısa semptom envanterinin alt grubu olan anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilete puan ortalamalarının 1. trimestere göre 2. trimesterde azaldığı 3. trimesterde arttığı saptanmıştır. Benlik saygısı ölçeğinin puanı düştükçe benlik saygısı arttığı için gebelerin 1. trimestere göre 2. trimester ve 3. trimesterde benlik saygısının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4. Gebelerin Eğitim Durumuna Göre Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları

KSE alt ölçek	Eğitim durumu	1.trimester	2.trimester	3.trimester	p*
Anksiyete	Okur yazar değil	1.33±0.31	1.49±0.32	1.69±0.20	0.082
	Okur yazar	1.59±0.76	1.59±0.63	1.82±0.90	0.717
	İlkokul	1.48±0.35	1.65±0.62	1.60±0.59	0.420
	Ortaokul	1.92±0.57	1.72±0.51	1.94±0.52	0.154
	Lise	1.40±0.32	1.35±0.29	1.60±0.54	<0.001
	Üniversite	1.75±0.66	1.68±0.64	1.91±0.69	<0.001
Depresyon	Okur yazar değil	1.42±0.17	1.56±0.39	1.83±0.51	0.061

	Okur yazar	1.75±0.68	1.94±0.51	2.14±0.82	0.148
	İlkokul	1.79±0.64	2.0±0.70	1.92±0.82	0.807
	Ortaokul	2.26±1.01	2.03±0.59	2.44±0.71	0.086
	Lise	1.64±0.64	1.73±0.65	2.03±0.70	<0.001
	Üniversite	1.72±0.48	1.77±0.6	2.14±0.68	<0.001
Olumsuz Benlik	Okur yazar değil	1.17±0.14	1.06±0.1	1.17±0.17	0.273
	Okur yazar	1.47±0.67	1.56±0.69	1.50±0.79	0.913
	İlkokul	1.40±0.52	1.35±0.60	1.31±0.52	0.607
	Ortaokul	1.69±0.9	1.49±0.37	1.53±0.46	0.590
	Lise	1.30±0.41	1.23±0.31	1.35±0.56	0.318
	Üniversite	1.49±0.51	1.42±0.44	1.59±0.63	0.117
Somatizasyon	Okur yazar değil	2.0±0.99	2.19±0.45	3.11±0.22	0.097
	Okur yazar	2.04±0.28	2.37±0.78	2.85±0.36	0.148
	İlkokul	1.72±0.26	1.56±0.55	2.22±0.87	0.168
	Ortaokul	2.31±0.68	1.92±0.39	2.39±0.61	0.120
	Lise	1.83±0.42	1.81±0.55	2.22±0.72	<0.001
	Üniversite	1.96±0.47	1.87±0.47	2.29±0.63	<0.001
Hostilite	Okur yazar değil	1.33±0.30	1.29±0.14	1.48±0.36	0.368
	Okur yazar	1.43±0.43	1.48±0.44	1.67±0.92	0.867
	İlkokul	1.64±0.49	1.43±0.37	1.75±0.61	0.060
	Ortaokul	1.86±0.73	1.64±0.4	1.99±0.58	0.386
	Lise	1.35±0.35	1.38±0.41	1.54±0.65	0.057
	Üniversite	1.57±0.52	1.55±0.59	1.72±0.70	0.095
Benlik Saygısı	Okur yazar değil	0.83±0.38	1.03±0.18	0.83±0.51	0.670
	Okur yazar	1.78±0.38	1.25±0.85	1.50±0.67	0.913
	İlkokul	1.19±0.31	1.17±0.51	1.67±0.36	0.760
	Ortaokul	1.56±0.92	1.47±1.02	1.28±0.67	0.513
	Lise	1.44±0.71	1.50±0.54	1.40±0.61	0.164
	Üniversite	1.48±0.66	1.52±0.53	1.37±0.52	0.590
Kruskal Wallis H Testi	Anksiyete	0.017	0.056	0.227	
	Depresyon	0.089	0.646	0.533	
	Olumsuz Benlik	0.253	0.113	0.441	
	Somatizasyon	0.083	0.285	0.209	
	Hostilite	0.037	0.463	0.445	
	Benlik Saygısı	0.647	0.392	0.360	

*** Fridman F Testi**

Tablo 4'te gebelerin eğitim durumuna göre trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı puan ortalamaları görülmektedir. Eğitim durumuna göre gebelerin trimesterlerde KSE'nin anksiyete, depresyon ve somatizasyon alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Lise ve üniversite eğitimi gebelerin anksiyete, depresyon ve somatizasyon puanları 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmıştır. Eğitim durumuna göre gebelerin trimesterlerde benlik saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.001$).



Tablo 5. Gebelerin Çalışma Durumuna Göre Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları

KSE alt ölçek	Çalışma durumu	1.Trimester	2.Trimester	3.Trimester	p*
Anksiyete	Çalışıyor	1.78±0.61	1.73±0.63	1.94±0.67	<0.001
	Çalışmıyor	1.46±0.45	1.39±0.35	1.63±0.53	<0.001
Depresyon	Çalışıyor	1.81±0.55	1.91±0.62	2.27±0.69	<0.001
	Çalışmıyor	1.69±0.72	1.70±0.59	1.98±0.67	<0.001
Olumsuzluk Benlik	Çalışıyor	1.53±0.51	1.47±0.45	1.62±0.64	0.106
	Çalışmıyor	1.33±0.54	1.24±0.32	1.33±0.49	0.213
Somatizasyon	Çalışıyor	1.96±0.44	1.89±0.44	2.36±0.63	<0.001
	Çalışmıyor	1.92±0.54	1.83±0.56	2.27±0.71	<0.001
Hostilite	Çalışıyor	1.62±0.48	1.59±0.56	1.81±0.69	0.015

	Çalışmıyor	1.42±0.49	1.38±0.41	1.56±0.62	0.035
Benlik Saygısı	Çalışıyor	1.49±0.68	1.53±0.54	1.37±0.53	0.037
	Çalışmıyor	1.42±0.77	1.42±0.66	1.37±0.62	0.222
Mann Whitney U Testi	Anksiyete	0.003	0.003	0.009	
	Depresyon	0.048	0.056	0.023	
	Olumsuz Benlik	0.011	0.004	0.014	
	Somatizasyon	0.257	0.363	0.533	
	Hostilite	0.011	0.045	0.031	
	Benlik Saygısı	0.414	0.221	0.646	

*** Fridman F Testi**

Tablo 5'de gebelerin çalışma durumuna göre trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı puan ortalamaları görülmektedir. Çalışma durumuna göre gebelerin trimesterlerde KSE'nin anksiyete, depresyon, somatizasyon, hostilite alt ölçek puanı ile benlik saygısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışan ve çalışmayan tüm gebelerin 1. trimestere göre 2. trimesterde anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite puanları azalmış ve 3. trimesterde artmıştır. Bununla birlikte çalışan annelerin her trimesterde anksiyete, depresyon ve somatizasyon puanının çalışmayan annelerin puanından daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışan gebelerin benlik saygısının 1. trimestere göre 2. trimesterde azaldığı 3. trimesterde tekrar arttığı görülmüştür.

Tablo 6. Aile Tipine Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları

KSE alt ölçek	Aile Tipi	1.Trimester	2.Trimester	3.Trimester	p*
Anksiyete	Çekirdek aile	1.65±0.58	1.58±0.54	1.82±0.65	<0.001
	Geniş aile	1.40±0.33	1.43±0.40	1.57±0.42	0.086
Depresyon	Çekirdek aile	1.76±0.65	1.82±0.63	2.13±0.69	<0.001
	Geniş aile	1.57±0.49	1.70±0.52	1.96±0.66	0.003
Olumsuz Benlik	Çekirdek aile	1.42±0.56	1.36±0.41	1.48±0.59	0.061
	Geniş aile	1.38±0.39	1.28±0.37	1.35±0.55	0.066
Somatizasyon	Çekirdek aile	1.93±0.5	1.88±0.51	2.31±0.67	<0.001

	Geniş aile	1.94±0.42	1.76±0.52	2.35±0.74	0.001
Hostilite	Çekirdek aile	1.53±0.53	1.51±0.51	1.70±0.69	0.003
	Geniş aile	1.41±0.32	1.36±0.36	1.54±0.55	0.276
Benlik Saygısı	Çekirdek aile	1.44±0.69	1.47±0.59	1.37±0.55	0.030
	Geniş aile	1.47±0.88	1.51±0.67	1.41±0.71	0.368
Kruskal Wallis H Testi	Anksiyete	0.107	0.351	0.385	
	Depresyon	0.135	0.810	0.203	
	Olumsuz Benlik	0.281	0.653	0.303	
	Somatizasyon	0.264	0.279	0.784	
	Hostilite	0.520	0.636	0.459	
	Benlik Saygısı	0.194	0.018	0.087	

*** Fridman F Testi**

Tablo 6’da aile tipine göre gebelerin trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı puan ortalamaları görülmektedir. Aile tipine göre gebelerin trimesterler arasında KSE'nin anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite alt ölçek puanı ile benlik saygısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Çekirdek ailede yaşayan gebelerin anksiyete, somatizasyon ve hostilite puanı 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmış, depresyon puanı 1. trimestere göre 2. trimesterde ve 3. trimesterde artmış, benlik saygısı da 3. trimesterde artmıştır.

Tablo 7. Eşlerinin Eğitim Durumuna Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları

KSE alt ölçek	Eğitim durumu	1.Trimester	2.Trimester	3.Trimester	p*
Anksiyete	Okur yazar	1.54±0.56	1.62±0.46	1.82±0.64	0.249
	İlkokul	1.82±0.68	1.78±0.64	1.85±0.47	1.000
	Ortaokul	2.0±0.55	1.73±0.73	2.19±0.91	0.424
	Lise	1.46±0.37	1.41±0.30	1.63±0.45	0.001
	Üniversite	1.67±0.63	1.60±0.62	1.84±0.71	<0.001
Depresyon	Okur yazar	1.67±0.49	1.8±0.5	2.05±0.68	0.035
	İlkokul	2.32±1.11	2.29±0.54	2.25±0.63	0.873

	Ortaokul	2.79±0.95	2.19±0.75	2.94±0.93	0.189
	Lise	1.64±0.55	1.76±0.57	2.05±0.66	< 0.001
	Üniversite	1.69±0.55	1.73±0.63	2.08±0.68	< 0.001
Olumsuz Benlik	Okur yazar	1.37±0.51	1.3±0.58	1.4±0.58	0.120
	İlkokul	1.89±1.14	1.57±0.5	1.44±0.51	0.099
	Ortaokul	2.02±0.47	1.38±0.22	1.96±0.73	0.189
	Lise	1.29±0.42	1.26±0.31	1.32±0.46	0.619
	Üniversite	1.43±0.49	1.38±0.44	1.55±0.64	0.024
Somatizasyon	Okur yazar	2.07±0.71	2.42±0.51	3.09±0.16	0.021
	İlkokul	2.20±0.76	1.69±0.42	2.5±0.59	0.065
	Ortaokul	2.00±0.74	2.17±0.56	2.25±0.71	0.420
	Lise	1.88±0.47	1.80±0.50	2.27±0.68	< 0.001
	Üniversite	1.94±0.45	1.85±0.5	2.25±0.68	< 0.001
Hostilite	Okur yazar	1.46±0.31	1.46±0.27	1.69±0.63	0.526
	İlkokul	1.88±0.57	1.64±0.44	1.88±0.55	0.128
	Ortaokul	1.82±0.18	1.89±0.49	2.32±0.95	0.627
	Lise	1.43±0.5	1.42±0.41	1.6±0.66	0.298
	Üniversite	1.51±0.5	1.48±0.56	1.65±0.65	0.005
Benlik Saygısı	Okur yazar	0.87±0.40	0.93±0.27	0.97±0.47	0.801
	İlkokul	1.33±1.10	1.22±0.76	1.53±0.56	0.280
	Ortaokul	1.31±1.10	1.22±0.76	0.84±0.31	0.247
	Lise	1.42±0.71	1.47±0.61	1.37±0.61	0.170
	Üniversite	1.56±0.71	1.59±0.58	1.44±0.55	0.049
Kruskal Wallis H Testi	Anksiyete	0.266	0.680	0.590	
	Depresyon	0.091	0.124	0.412	
	Olumsuz Benlik	0.063	0.323	0.293	
	Somatizasyon	0.805	0.096	0.090	
	Hostilite	0.094	0.268	0.280	
	Benlik Saygısı	0.194	0.018	0.087	

*** Fridman F Testi**

Tablo 7'de eşlerinin eğitim durumuna göre gebelerin trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı puan ortalamaları görülmektedir. Eşlerin eğitim durumuna göre gebelerin trimesterler arasında KSE'nin anksiyete, depresyon, somatizasyon alt ölçek puanları ile benlik saygısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Eşi lise ve üniversite eğitimi olan gebelerde anksiyete ve somatizasyon puanı 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmış, depresyon puanı ise 1. trimestere göre 2 ve 3. trimesterde giderek artmıştır. Eşi üniversite eğitimi olan gebelerin 3. trimesterde benlik saygısı artmıştır.



Tablo 8. Eşlerinin Çalışma Durumuna Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları

KSE alt ölçek	Çalışma durumu	1.Trimester	2.Trimester	3.Trimester	p*
Anksiyete	Çalışıyor	1.60±0.54	1.54±0.5	1.77±0.61	<0.001
	Çalışmıyor	2.05±0.65	1.85±1.07	1.92±0.87	1.000
Depresyon	Çalışıyor	1.73±0.63	1.78±0.6	2.09±0.67	<0.001
	Çalışmıyor	2.28±1.17	2.33±0.94	2.89±1.06	1.000
Olumsuzluk Benlik	Çalışıyor	1.41±0.53	1.34±0.39	1.45±0.57	0.082
	Çalışmıyor	1.78±0.69	1.53±0.84	1.86±0.8	0.607
Somatizasyon	Çalışıyor	1.94±0.49	1.85±0.51	2.30±0.68	<0.001

	Çalışmıyor	1.89±0.97	2.37±0.06	2.59±0.63	0.707
Hostilite	Çalışıyor	1.50±0.49	1.46±0.44	1.66±0.64	<0.001
	Çalışmıyor	1.86±0.57	2.05±1.45	2.19±1.21	1.000
Benlik Saygısı	Çalışıyor	1.45±0.73	1.47±0.61	1.38±0.58	0.016
	Çalışmıyor	1.58±0.72	1.36±0.54	1.44±0.46	0.717
Mann Whitney U Testi	Anksiyete	0.168	0.880	0.769	
	Depresyon	0.398	0.236	0.141	
	Olumsuz Benlik	0.430	0.965	0.475	
	Somatizasyon	0.559	0.119	0.464	
	Hostilite	0.207	0.597	0.464	
	Benlik Saygısı	0.710	0.781	0.453	

*** Fridman F Testi**

Tablo 8'de eşlerin çalışma durumuna göre gebelerin trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı puan ortalamaları görülmektedir. Eşlerin çalışma durumuna göre trimesterler arasında KSE'nin anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite alt ölçek puanları ile benlik saygısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Eşi çalışan gebelerde; anksiyete, somatizasyon ve hostilite puanı 1. trimestere göre. 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmıştır. Depresyon puanı ise 1. trimestere göre 2.ve 3. trimesterde giderek artmıştır. Eşi çalışan gebelerin benlik saygısının 3. trimesterde artmıştır ($p=0.016$).

Tablo 9. Aile Ekonomik Durumuna Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları

KSE alt ölçek	Ekonomik durum	1.Trimester	2.Trimester	3.Trimester	p*
Anksiyete	Gelir giderden az	1.63±0.64	1.53±0.58	1.74±0.69	0.049
	Gelir giderden fazla	1.51±0.42	1.48±0.47	1.76±0.57	<0.001
	Gelir gidere denk	1.64±0.56	1.58±0.53	1.79±0.61	<0.001
Depresyon	Gelir giderden az	1.82±0.81	1.79±0.66	2.21±0.86	<0.001
	Gelir giderden fazla	1.58±0.49	1.65±0.55	1.92±0.62	<0.001

	Gelir gidere denk	1.79±0.63	1.86±0.62	2.16±0.64	< 0.001
Olumsuz Benlik	Gelir giderden az	1.49±0.54	1.41±0.46	1.48±0.59	0.595
	Gelir giderden fazla	1.27±0.36	1.29±0.36	1.44±0.56	0.021
	Gelir gidere denk	1.46±0.59	1.34±0.38	1.47±0.59	0.070
Somatizasyon	Gelir giderden az	2±0.6	1.87±0.49	2.37±0.65	0.008
	Gelir giderden fazla	1.84±0.46	1.7±0.48	2.06±0.72	0.009
	Gelir gidere denk	1.96±0.47	1.92±0.5	2.39±0.65	< 0.001
Hostilite	Gelir giderden az	1.55±0.62	1.48±0.61	1.72±0.75	0.062
	Gelir giderden fazla	1.4±0.42	1.41±0.42	1.56±0.53	0.145
	Gelir gidere denk	1.54±0.47	1.51±0.47	1.7±0.68	0.027
Benlik Saygısı	Gelir giderden az	1.44±0.89	1.37±0.64	1.42±0.66	0.717
	Gelir giderden fazla	1.42±0.59	1.34±0.44	1.32±0.47	0.722
	Gelir gidere denk	1.47±0.72	1.56±0.64	1.37±0.58	0.002
Kruskal Wallis H Testi	Anksiyete	0.763	0.490	0.725	
	Depresyon	0.456	0.292	0.438	
	Olumsuz Benlik	0.220	0.907	0.921	
	Somatizasyon	0.630	0.260	0.105	
	Hostilite	0.434	0.579	0.762	
	Benlik Saygısı	0.811	0.224	0.874	

*** Fridman F Testi**

Tablo 9'da ekonomik duruma göre gebelerin trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı puan ortalamaları görülmektedir. Ekonomik duruma göre gebelerin trimesterler arasında KSE'nin anksiyete, depresyon, somatizasyon, hostilite ve olumsuz benlik alt ölçek puanları ile benlik saygısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Anksiyete puanı geliri gidere denk olan ve geliri giderden fazla olan gebelerde 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmıştır. Depresyon puanı; geliri giderden az olanlarda 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmış, geliri gidere denk olan ve geliri giderden fazla olan gebelerde ise 1. trimestere göre 2. ve 3. trimesterde artmıştır. Olumsuz benlik puanı; geliri giderden fazla olan gebelerde 1. trimestere göre 2. ve 3. trimesterde artmıştır. Somatizasyon ve hostilite puanı geliri gidere denk olanlarda 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmıştır. Geliri giderine denk olan gebelerin 3. trimesterde benlik saygısı artmıştır.

Tablo 10. Gebelik Sayısına Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları

KSE alt ölçek	Gebelik sayısı	1.Trimester	2.Trimester	3.Trimester	p*
Anksiyete	İlk	1.62±0.59	1.59±0.59	1.79±0.66	<0.001
	2 ve daha fazla	1.60±0.50	1.49±0.40	1.74±0.57	<0.001
Depresyon	İlk	1.69±0.55	1.85±0.67	2.12±0.71	<0.001
	2 ve daha fazla	1.82±0.75	1.72±0.52	2.1±0.67	<0.001
Olumsuzluk Benlik	İlk	1.39±0.48	1.38±0.42	1.50±0.60	0.062
	2 ve daha fazla	1.47±0.61	1.29±0.37	1.41±0.56	0.077
Somatizasyon	İlk	1.88±0.43	1.85±0.47	2.32±0.67	<0.001
	2 ve daha fazla	2.02±0.57	1.87±0.56	2.30±0.69	<0.001
Hostilite	İlk	1.51±0.49	1.51±0.55	1.72±0.68	0.002

	2 ve daha fazla	1.52±0.51	1.44±0.41	1.61±0.64	0.150
Benlik Saygısı	İlk	1.47±0.69	1.51±0.58	1.38±0.59	0.027
	2 ve daha fazla	1.43±0.78	1.42±0.63	1.36±0.56	0.438
Mann Whitney U Testi	Anksiyete	0.881	0.731	0.870	
	Depresyon	0.636	0.531	0.985	
	Olumsuz Benlik	0.351	0.349	0.443	
	Somatizasyon	0.320	0.907	0.717	
	Hostilite	0.916	0.743	0.426	
	Benlik Saygısı	0.727	0.554	0.937	

***Fridman F Testi**

Tablo 10'da gebelik sayısına göre gebelerin trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı puan ortalamaları görülmektedir. Gebelik sayısına göre gebelerin trimesterlerde KSE'nin anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite alt ölçek puanları ile benlik saygısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Anksiyete ve somatizasyon puanları ilk gebelikte de 2 ve daha fazla gebelikte de 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmıştır. Depresyon puanı; ilk gebelikte 1. trimestere göre 2. ve 3. trimesterde artmış, 2 ve daha fazla gebelikte ise 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmıştır. Hostilite puanı; ilk gebelikte 1. ve 2. trimesterde aynı kalmış 3. trimesterde artmıştır. Gebelik sayısına göre gebelerin trimesterler arasında benlik saygısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İlk gebeliğini yaşayanlarda 3. trimesterde benlik saygısı artmıştır.

Tablo 11. Gebeliği İsteme Durumuna Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları

KSE alt ölçek	Gruplar	1.Trimester	2.Trimester	3.Trimester	p*
Anksiyete	İstenen gebelik	1.61±0.56	1.52±0.52	1.78±0.63	<0.001
	Plansız gebelik	1.56±0.46	1.55±0.51	1.72±0.56	0.004
	İstenmeyen gebelik	2.00±0.78	2.00±0.61	2.04±0.69	0.936
Depresyon	İsteneden gebelik	1.71±0.58	1.74±0.59	2.08±0.72	<0.001
	Plansız gebelik	1.76±0.67	1.90±0.66	2.15±0.63	<0.001
	İstenmeyen gebelik	2.31±1.36	2.21±0.55	2.44±0.57	0.472
Olumsuz Benlik	İsteneden gebelik	1.38±0.49	1.33±0.4	1.48±0.61	0.043

	Plansız gebelik	1.44±0.44	1.35±0.4	1.40±0.50	0.250
	İstenmeyen gebelik	2.04±1.38	1.52±0.49	1.65±0.52	0.232
Somatizasyon	İstenecek gebelik	1.90±0.48	1.84±0.53	2.22±0.69	<0.001
	Plansız gebelik	1.97±0.45	1.86±0.44	2.45±0.57	<0.001
	İstenmeyen gebelik	2.53±0.77	2.19±0.53	3.08±0.19	0.174
Hostilite	İstenecek gebelik	1.47±0.45	1.47±0.52	1.67±0.66	0.001
	Plansız gebelik	1.54±0.58	1.43±0.38	1.62±0.67	0.280
	İstenmeyen gebelik	2.04±0.58	1.93±0.43	2.07±0.70	0.819
Benlik Saygısı	İstenecek gebelik	1.51±0.70	1.51±0.57	1.39±0.58	0.064
	Plansız gebelik	1.36±0.80	1.41±0.69	1.39±0.17	0.368
	İstenmeyen gebelik	0.94±0.38	1.00±0.51	0.92±0.17	0.472
Kruskal Wallis H Testi	Anksiyete	0.457	0.209	0.587	
	Depresyon	0.617	0.123	0.425	
	Olumsuz Benlik	0.146	0.602	0.555	
	Somatizasyon	0.161	0.392	0.021	
	Hostilite	0.138	0.136	0.357	
	Benlik Saygısı	0.129	0.180	0.147	

*** Fridman F Testi**

Tablo 11'de gebeliği isteme durumuna göre gebelerin trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı puan ortalamaları görülmektedir. Gebeliği isteme durumuna göre gebelerin trimesterlerde KSE'nin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Anksiyete puanı; istenen gebelikte 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmıştır. Depresyon puanı; istenen gebelikte ve plansız gebelikte 1. trimestere göre 2. ve 3. trimesterde artmıştır. Olumsuz benlik puanı; istenen gebelikte 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmıştır. Somatizasyon puanı; istenen gebelik ve plansız gebelikte 1. trimestere göre 2. ve 3. trimesterde artmıştır. Hostilite puanı istenen gebelikte 1. ve 2. trimesterde aynı düzeyde devam etmiş 3. trimesterde artmıştır. Gebeliği isteme durumuna göre gebelerin trimesterler arasında benlik saygısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 12. Gebelerin Planlanan Doğum Şekline Göre Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları

KSE alt ölçek	Doğum şekli	1.Trimester	2.Trimester	3.Trimester	p*
Anksiyete	Normal	1.62±0.56	1.55±0.53	1.76±0.61	<0.001
	Sezaryen	1.55±0.51	1.51±0.51	1.85±0.65	<0.001
Depresyon	Normal	1.73±0.63	1.80±0.60	2.11±0.67	<0.001
	Sezaryen	1.80±0.73	1.78±0.67	2.14±0.81	0.003
Olumsuzluk Benlik	Normal	1.42±0.54	1.34±0.39	1.46±0.56	0.038
	Sezaryen	1.45±0.53	1.37±0.46	1.47±0.67	0.882
Somatizasyon	Normal	1.94±0.48	1.86±0.49	2.35±0.68	<0.001
	Sezaryen	1.95±0.60	1.85±0.60	2.12±0.62	0.065
Hostilite	Normal	1.50±0.45	1.46±0.45	1.68±0.64	<0.001
	Sezaryen	1.59±0.67	1.56±0.65	1.66±0.79	0.882
Benlik Saygısı	Normal	1.43±0.74	1.44±0.60	1.35±0.59	0.028

	Sezaryen	1.54±0.63	1.62±0.60	1.46±0.50	0.444
Mann Whitney U Testi	Anksiyete	0.612	0.800	0.567	
	Depresyon	0.886	0.753	0.838	
	Olumsuz Benlik	0.543	0.820	0.855	
	Somatizasyon	0.809	0.743	0.157	
	Hostilite	0.837	0.738	0.525	
	Benlik Saygısı	0.368	0.271	0.347	

*** Fridman F Testi**

Tablo 12'de planlanan doğum şekline göre gebelerin trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı puan ortalamaları görülmektedir. Doğum şekline göre gebelerin trimesterlerde KSE'nin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt ölçek puanları ile benlik saygısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Anksiyete puanı; normal doğum planlananlarda 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmış; sezaryen ile doğum planlananlarda 1. ve 2. trimester aynı kalmış 3. trimesterde artmıştır. Depresyon puanı; normal doğum planlanan gebelerde 1. trimestere göre 2. ve 3. trimesterde artmış; sezaryen doğum planlanan gebelerde 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmıştır. Olumsuz benlik puanı normal doğum planlanan gebelerde 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmıştır. Somatizasyon ve hostilite puanı; normal doğum planlanan gebelerde 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmıştır. Normal doğum planlanan gebelerde benlik saygısı 3. trimesterde artmıştır.

Tablo 13. Beklenen Bebek Cinsiyetlerine Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları

KSE alt ölçek	Beklenen cinsiyet	1.Trimester	2.Trimester	3.Trimester	p*
Anksiyete	Kız	1.68±0.62	1.57±0.58	1.77±0.66	<0.001
	Erkek	1.53±0.45	1.52±0.45	1.77±0.57	<0.001
Depresyon	Kız	1.75±0.62	1.78±0.60	2.12±0.76	<0.001
	Erkek	1.74±0.67	1.81±0.63	2.10±0.61	<0.001
Olumsuzluk Benlik	Kız	1.46±0.53	1.36±0.40	1.49±0.60	0.107
	Erkek	1.37±0.55	1.32±0.40	1.44±0.56	0.247
Somatizasyon	Kız	1.88±0.48	1.82±0.50	2.27±0.67	<0.001
	Erkek	2.01±0.52	1.9±0.52	2.35±0.68	0.001
Hostilite	Kız	1.49±0.47	1.49±0.53	1.71±0.74	0.001
	Erkek	1.53±0.52	1.47±0.44	1.63±0.56	0.162

Benlik Saygısı	Kız	1.44±0.75	1.44±0.53	1.37±0.61	0.109
	Erkek	1.47±0.70	1.51±0.68	1.38±0.54	0.126
Mann Whitney U Testi	Anksiyete	0.318	0.871	0.703	
	Depresyon	0.918	0.819	0.819	
	Olumsuz Benlik	0.445	0.388	0.942	
	Somatizasyon	0.196	0.456	0.646	
	Hostilite	0.686	0.803	1.000	
	Benlik Saygısı	0.698	0.822	0.853	

*** Fridman F Testi**

Tablo 13'te beklenen bebek cinsiyetine göre gebelerin trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı puan ortalamaları görülmektedir. Beklenen bebek cinsiyetine göre gebelerin trimesterlerdeki KSE'nin anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0.05$). Anksiyete puanı; kız bebek bekleyen gebelerde 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmıştır. Erkek bebek bekleyen gebelerde ise 1. ve 2. trimester aynı kalmış 3. trimesterde artmıştır. Her iki cinsiyetteki bebekte gebelerin depresyon puanının 1. trimestere göre 2. ve 3. trimesterde artmıştır. Kız bebek bekleyen gebelerde somatizasyon puanının; 1. trimestere göre 2. trimesterde azaldığı ve 3. trimesterde arttığı görülmüştür. Hostilite puanı; kız bebek bekleyen gebelerde 1. ve 2. trimesterde aynı kalmış 3. trimesterde artmıştır. Beklenen bebek cinsiyetine göre gebelerin trimesterlerdeki benlik saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 14. Bebek Cinsiyetini Öğrendiklerinde Hissettiklerine Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları

KSE alt ölçek	Hissedilenler	1.Trimester	2.Trimester	3.Trimester	p**
Anksiyete	Sevindim	1.52±0.48	1.45±0.42	1.66±0.55	<0.001
	Sürpriz oldu	1.72±0.90	1.6±0.84	1.72±0.89	0.519
	Bu cinsiyeti istiyordum	1.66±0.42	1.64±0.5	1.94±0.59	<0.001
	Diğer*	2.12±0.68	2.04±0.66	2.29±0.62	0.368
Depresyon	Sevindim	1.61±0.56	1.65±0.53	1.96±0.66	<0.001
	Sürpriz oldu	1.83±1.00	1.76±0.71	1.87±0.61	0.347
	Bu cinsiyeti istiyordum	1.92±0.65	2.17±0.71	2.45±0.66	<0.001
	Diğer*	2.26±0.42	1.86±0.28	2.68±0.57	0.034
Olumsuz Benlik	Sevindim	1.30±0.41	1.26±0.34	1.34±0.48	0.490
	Sürpriz oldu	1.62±0.94	1.43±0.48	1.43±0.53	0.607

	Bu cinsiyeti istiyordum	1.51±0.45	1.45±0.49	1.61±0.65	0.130
	Diğer*	1.94±0.74	1.61±0.33	2.11±0.81	0.311
Somatizasyon	Sevindim	1.88±0.48	1.84±0.50	2.17±0.64	<0.001
	Sürpriz oldu	1.90±0.72	1.61±0.48	2.01±0.54	0.034
	Bu cinsiyeti istiyordum	2.02±0.42	2.00±0.55	2.67±0.64	<0.001
	Diğer*	2.25±0.49	1.94±0.43	2.73±0.69	0.007
Hostilite	Sevindim	1.42±0.48	1.38±0.44	1.53±0.54	0.007
	Sürpriz oldu	1.61±0.67	1.54±0.56	1.77±0.74	0.174
	Bu cinsiyeti istiyordum	1.57±0.38	1.61±0.53	1.80±0.69	0.615
	Diğer *	2.04±0.38	1.86±0.5	2.43±0.97	0.276
Benlik Saygısı	Sevindim	1.55±0.77	1.55±0.59	1.44±0.60	0.143
	Sürpriz oldu	1.56±0.79	1.32±0.80	1.55±0.69	0.135
	Bu cinsiyeti istiyordum	1.31±0.56	1.43±0.58	1.24±0.44	0.028
	Diğer *	0.89±0.33	1.12±0.42	1.00±0.44	0.016
Kruskal Wallis H Testi	Anksiyete	0.041	0.022	0.013	
	Depresyon	0.005	0.005	0.001	
	Olumsuz Benlik	0.029	0.031	0.052	
	Somatizasyon	0.091	0.278	0.003	
	Hostilite	0.004	0.012	0.056	
	Benlik Saygısı	0.061	0.237	0.089	

*Diğer: Başka cinsiyette bir bebek bekliyordum, hiçbirşey hissetmedim..vb

** Fridman F Testi

Tablo 14'te bebek cinsiyetini öğrendiklerinde hissettiklerine göre gebelerin trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı puan ortalamaları görülmektedir. Bebek cinsiyetini öğrendiklerinde hissettiklerine göre gebelerin trimesterlerde KSE'nin anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite alt ölçek puanları ile benlik saygısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Bebek cinsiyetini öğrendiğinde sevindiğini ve bu cinsiyeti istediğini söyleyen gebelerde; anksiyete, somatizasyon, sevindim diyenlerde hostilite puanı 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış 3. trimesterde tekrar artmış, depresyon puanı 1. trimestere göre 2. ve 3. trimesterde artmıştır. Bu cinsiyeti istediğini söyleyen gebelerde 3.trimesterde benlik saygısı yüksektir.

Tablo 15. Fiziksel Sağlık Sorunu Yaşama Durumuna Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları

KSE alt ölçek	Fiziksel sağlık sorunu yaşama	1.Trimester	2.Trimester	3.Trimester	p*
Anksiyete	Evet	1.67±0.56	1.59±0.51	1.76±0.62	<0.001
	Hayır	1.32±0.43	1.46±0.55	1.88±0.59	0.016
Depresyon	Evet	1.80±0.65	1.89±0.64	2.11±0.69	<0.001
	Hayır	1.47±0.58	1.60±0.51	2.11±0.82	0.197
Olumsuzluk Benlik	Evet	1.46±0.56	1.39±0.39	1.47±0.59	0.026
	Hayır	1.22±0.31	1.25±0.40	1.42±0.39	0.479
Somatizasyon	Evet	2.03±0.47	1.93±0.48	2.33±0.68	<0.001
	Hayır	1.51±0.38	1.71±0.54	2.10±0.65	0.004
Hostilite	Evet	1.55±0.50	1.51±0.51	1.64±0.66	<0.001
	Hayır	1.34±0.46	1.42±0.44	2.16±0.57	0.388
Benlik Saygısı	Evet	1.40±0.70	1.42±0.59	1.37±0.58	0.010
	Hayır	1.70±0.81	1.58±0.63	1.34±0.54	0.549

Mann Whitney U Testi	Anksiyete	0.003	0.105	0.453
	Depresyon	0.011	0.032	0.752
	Olumsuz Benlik	0.100	0.009	0.645
	Somatizasyon	0.000	0.040	0.438
	Hostilite	0.050	0.341	0.021
	Benlik Saygısı	0.144	0.173	0.869

*** Fridman F Testi**

Tablo 15'de fiziksel sağlık sorunu yaşama durumuna göre gebelerin trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı puan ortalamaları görülmektedir. Fiziksel sağlık sorunu yaşama durumuna göre gebelerin trimesterlerde KSE'nin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt ölçek puanları ile benlik saygısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Fiziksel hastalığı olan gebelerde anksiyete, olumsuz benlik ve somatizasyon puanının 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış 3. trimesterde artmış, depresyon puanı 1. trimestere göre 2. ve 3. trimesterde artmış, hostilite puanı 1. trimestere göre 3. trimesterde artmış, benlik saygısı 3. trimesterde en yüksektir. Fiziksel hastalığı olmayan gebelerde ise; anksiyete, depresyon ve somatizasyon puanı 1. trimestere göre 2. ve 3. trimesterde artmıştır.

Tablo 16. Fiziksel Sağlık Bakım Yardımı Alma Durumlarına Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları

KSE alt Ölçek	Fiziksel Sağlık Bakım Yardımı Alma	Trim1	Trim2	Trim3	p*
Anksiyete	Evet	1.63±0.56	1.51±0.44	1.82±0.56	<0.001
	Hayır	1.59±0.54	1.56±0.55	1.72±0.67	<0.001
Depresyon	Evet	1.73±0.67	1.81±0.58	2.21±0.61	<0.001
	Hayır	1.76±0.63	1.79±0.63	2.01±0.76	<0.001
Olumsuzluk Benlik	Evet	1.42±0.59	1.32±0.33	1.43±0.52	0.499
	Hayır	1.42±0.50	1.35±0.43	1.50±0.64	0.008
Somatizasyon	Evet	2.01±0.53	2.00±0.49	2.51±0.65	<0.001
	Hayır	1.89±0.47	1.80±0.51	2.09±0.64	<0.001
Hostilite	Evet	1.52±0.50	1.42±0.41	1.62±0.60	<0.001
	Hayır	1.51±0.50	1.51±0.52	1.73±0.73	0.147
Benlik Saygısı	Evet	1.48±0.72	1.20±0.49	1.33±0.58	0.208
	Hayır	1.43±0.74	1.49±0.61	1.42±0.58	0.050
Mann Whitney U Testi	Anksiyete	0.661	0.951	0.127	
	Depresyon	0.769	0.667	0.032	
	Olumsuz Benlik	0.519	0.878	0.662	
	Somatizasyon	0.305	0.046	0.001	
	Hostilite	0.944	0.651	0.723	
	Benlik Algısı	0.641	0.623	0.234	

* Fridman F Testi

Tablo 16'da fiziksel sağlık bakım yardımı alma durumuna göre gebelerin trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı puan ortalamaları görülmektedir. Fiziksel sağlık bakım yardımı alma durumlarına göre gebelerin trimesterler arasında anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Fiziksel sağlık bakım yardımı alan gebelerde anksiyete ve hostilite puanı 1. trimestire göre 2. trimestirde azalmış ve 3. trimestirde artmış, depresyon puanı 1. trimestire göre 2. ve 3. trimestirde artmış, somatizasyon puanı 1. trimestire göre 3. trimestirde artmıştır. Fiziksel sağlık bakım yardımı almayan gebelerde anksiyete ve depresyon puanı 1. trimestire göre 3. trimestirde artmış, olumsuz benlik ve somatizasyon puanı 1. trimestire göre 2. trimestirde azalmış ve 3. trimestirde artmıştır. Fiziksel sağlık bakım yardımı alma durumlarına göre gebelerin trimesterlerde benlik saygısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 17. Ruhsal Sağlık Sorunu Yaşama Durumuna Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları

KSE alt ölçek	Ruhsal sağlık sorunu yaşama	1.Trimester	2.Trimester	3.Trimester	p*
Anksiyete	Evet	1.73±0.54	1.67±0.57	1.82±0.56	<0.001
	Hayır	1.37±0.5	1.43±0.44	1.72±0.67	<0.001
Depresyon	Evet	1.89±0.68	1.96±0.63	2.21±0.61	<0.001
	Hayır	1.47±0.46	1.63±0.56	2.01±0.76	<0.001
Olumsuzluk Benlik	Evet	1.53±0.58	1.43±0.43	1.43±0.52	0.007
	Hayır	1.22±0.37	1.26±0.35	1.50±0.64	0.848
Somatizasyon	Evet	2.05±0.49	1.91±0.42	2.51±0.65	<0.001
	Hayır	1.73±0.44	1.81±0.58	2.09±0.64	<0.001
Hostilite	Evet	1.61±0.51	1.60±0.54	1.62±0.63	0.100
	Hayır	1.33±0.45	1.36±0.4	1.73±0.73	0.455
Benlik saygısı	Evet	1.34±0.72	1.33±0.57	1.33±0.58	0.452
	Hayır	1.66±0.69	1.61±0.61	1.42±0.58	0.809
Mann Whitney U Testi	Anksiyete	0.000	0.012	0.127	
	Depresyon	0.001	0.005	0.032	
	Olumsuz Benlik	0.001	0.007	0.662	
	Somatizasyon	0.001	0.271	0.001	
	Hostilite	0.001	0.008	0.723	
	Benlik Saygısı	0.012	0.044	0.234	

* **Fridman F Testi**

Tablo 17'de ruhsal sağlık sorunu yaşama durumuna göre gebelerin trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı puan ortalamaları görülmektedir. Ruhsal sağlık sorunu yaşama durumuna göre gebelerin trimesterler arasında KSE'nin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ruhsal sağlık sorunu yaşayan gebelerde anksiyete ve somatizasyon puanı 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış 3. trimesterde artmış, olumsuz benlik puanı 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde aynı kalmış, depresyon puanı 1. trimestere göre 2. ve 3.trimesterde artmıştır. Ruhsal sağlık sorunu yaşamayan gebelerin anksiyete, depresyon ve somatizasyon puanı 1.trimestere göre 2. ve 3. trimesterde artmıştır. Ruhsal sağlık sorunu yaşama durumuna göre gebelerin trimesterlerdeki benlik saygısı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 18. Ruhsal Sağlık Bakım Yardımı Alma Durumlarına Göre Gebelerin Trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları

KSE alt ölçek	Ruhsal Sağlık Bakım yardımı	1.Trimester	2.Trimester	3.Trimester	p*
Anksiyete	Evet	1.87±0.69	1.72±0.48	1.97±0.65	0.227
	Hayır	1.58±0.53	1.54±0.52	1.71±0.60	<0.001
Depresyon	Evet	2.31±0.99	1.97±0.58	2.40±0.68	0.469
	Hayır	1.69±0.59	1.78±0.61	2.03±0.68	<0.001
Olumsuzluk Benlik	Evet	1.81±0.94	1.42±0.45	1.64±0.68	0.100
	Hayır	1.39±0.48	1.34±0.40	1.41±0.54	0.156
Somatizasyon	Evet	2.15±0.66	1.91±0.28	2.54±0.74	0.032
	Hayır	1.92±0.48	1.86±0.52	2.24±0.64	<0.001
Hostilite	Evet	1.92±0.46	1.52±0.43	1.76±0.64	0.104
	Hayır	1.47±0.48	1.48±0.50	1.65±0.67	0.002
Benlik Saygısı	Evet	1.10±0.63	1.20±0.49	1.18±0.54	0.918
	Hayır	1.49±0.73	1.49±0.61	1.43±0.58	0.909
Mann Whitney U Testi	Anksiyete	0.209	0.181	0.056	
	Depresyon	0.033	0.382	0.006	
	Olumsuz Benlik	0.082	0.665	0.327	
	Somatizasyon	0.417	0.760	0.048	
	Hostilite	0.005	0.641	0.339	
	Benlik saygısı	0.103	0.332	0.94	

***Fridman F Testi**

Tablo 18'de ruhsal sağlık bakım yardımı alma durumuna göre gebelerin trimesterlerdeki Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı puan ortalamaları görülmektedir. Ruhsal sağlık bakım yardımı alma durumlarına göre gebelerin trimesterler arasında anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilite alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ruhsal sağlık bakım yardımı alan gebelerin somatizasyon puanı 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış 3. trimesterde artmıştır. Ruhsal sağlık bakım yardımı almayan gebelerin anksiyete, depresyon ve hostilite puanı 1. trimestere göre 3.trimesterde artmış, somatizasyon puanı ise 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış 3. trimesterde artmıştır. Ruhsal sağlık bakım yardımı alma durumlarına göre gebelerin trimesterlerde benlik saygısı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 19. Birinci Trimester Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

KSE	Alt	Anksiyete	Depresyon	Olumsuz	Somatizasyon	Hostilite	RBSÖ
------------	------------	------------------	------------------	----------------	---------------------	------------------	-------------

Ölçekler			Benlik			Benlik Saygısı
Anksiyete		r=.813 p=.000	r=.702 p=.000	r=.551 p=.000	r=.734 p=.000	r=-.325 p=.000
Depresyon			r=.732 p=.000	r=.478 p=.000	r=.794 p=.000	r=-.333 p=.000
Olumsuz Benlik				r=.293 p=.001	r=.750 p=.000	r=-.407 p=.000
Somatizasyon					r=.451 p=.000	r=-.170 p=.040
Hostilite						r=-.423 p=.000

Tablo 19’da birinci trimester Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir. Gebelerin KSE alt ölçeklerinde; anksiyete ile depresyon olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanları arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelerin anksiyete puanı arttıkça depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanları da artmıştır. Gebelerin depresyon puanı ile olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanları arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelerin depresyon puanı arttıkça somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite puanları da artmıştır. Gebelerin olumsuz benlik puanı ile somatizasyon ve hostilite puanları arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelerin olumsuz benlik puanı arttıkça somatizasyon ve hostilite puanları da artmıştır. Gebelerin KSE alt ölçek puanları ile benlik saygısı puanı arasında istatistiksel olarak negatif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelerin anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite puanı arttıkça benlik saygısı azalmaktadır.

Tablo 20. İkinci Trimester Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

KSE Alt Ölçekler	Anksiyete	Depresyon	Olumsuz Benlik	Somatizasyon	Hostilite	RBSÖ Benlik Saygısı
Anksiyete		r=.844 p=.000	r=.632 p=.000	r=.514 p=.000	r=.675 p=.000	r=-.280 p=.002
Depresyon			r=.647 p=.000	r=.485 p=.000	r=.701 p=.000	r=-.269 p=.003
Olumsuz Benlik				r=.273 p=.002	r=.694 p=.000	r=-.346 p=.000
Somatizasyon					r=.379 p=.000	r=-.417 p=.020
Hostilite						r=-.366 p=.000

Tablo 20’de ikinci trimester Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir. Gebelerin KSE alt ölçeklerinden; anksiyete ile depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanları arasında, depresyon puanı ile olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanları arasında, olumsuz benlik puanı ile somatizasyon ve hostilite puanları arasında, somatizasyon puanı ile hostilite puanları istatistiksel olarak pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelerin anksiyete puanı arttıkça depresyon, olumsuz benlik somatizasyon ve hostilite puanları da artmış, depresyon puanı arttıkça olumsuz benlik ve hostilite puanları artmış, olumsuz benlik puanı arttıkça somatizasyon ve hostilite puanları da artmış, somatizasyon puanı arttıkça hostilite puanı da artmıştır. Gebelerin KSE alt ölçek puanları ile benlik saygısı puanı arasında istatistiksel olarak negatif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelerin anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite puanı arttıkça benlik saygısı azalmaktadır.



Tablo 21. Üçüncü Trimester Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

KSE Ölçekler	Alt	Anksiyete	Depresyon	Olumsuz Benlik	Somatizasyon	Hostilite	RBSÖ Benlik Saygısı

Anksiyete		r=.765 p=.000	r=.743 p=.000	r=.559 p=.000	r=.684 p=.000	r=-.327 p=.000
Depresyon			r=.679 p=.000	r=.643 p=.000	r=.666 p=.000	r=-.413 p=.000
Olumsuz Benlik				r=.371 p=.000	r=.808 p=.000	r=-.379 p=.000
Somatizasyon					r=.356 p=.000	r=-.248 p=.005
Hostilite						r=-.335 p=.000

Tablo 21’de üçüncü trimesterde Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği alt ölçekleri puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir. Gebelerin KSE alt ölçek puanlarından; anksiyete ile depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanları arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelerin anksiyete puanı arttıkça depresyon, olumsuz benlik ve hostilite puanları da artmıştır. Gebelerin depresyon puanı ile olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puanları arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelerin depresyon puanı arttıkça olumsuz benlik ve hostilite puanları da artmıştır. Gebelerin olumsuz benlik puanı ile somatizasyon ve hostilite puanları arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelerin olumsuz benlik puanı arttıkça somatizasyon ve hostilite puanları da artmıştır. Gebelerin KSE alt ölçek puanları ile benlik saygısı puanı arasında istatistiksel olarak negatif anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelerin anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite puanı arttıkça benlik saygısı azalmaktadır.

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada 107 gebenin ruhsal durum ve benlik saygıları her bir trimesterde Kısa Semptom Envanteri ve Rosenberg Benlik Saygısı ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Gebelik ve doğum fizyolojik bir süreç olmasına karşın, bu dönemdeki değişiklikler kadın için

yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanamayacak bir yük ve stres kaynağıdır. Gebeliğin, bir araştırmada 43 stres verici yaşam olayı içerisinde 12. ve diğer bir araştırmada ise 116 olay içerisinde 15. sırada olduğu bildirilmiştir (Bostancı ve ark.,2015). Çalışmada gebelik trimesterlerinde gebelerde KSE alt ölçeklerinden; anksiyete, olumsuz benlik saygısı, somatizasyon ve hostilite puan ortalamaları 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmıştır. Depresyon puan ortalaması ise 1.trimestere göre 2. ve 3. trimesterde artmıştır. Gebelik döneminde psikiyatrik hastalıkların yaygınlığının %15-29 arasında olduğu belirtilmektedir (Vesga-Lo'pez ve ark.,2008). Bir diğer çalışmada, gebelik döneminde yaşanan tüm psikiyatrik tanılarının yaygınlığı %19.2 olarak tespit edilmiş ve bunların %14.8'ini gebelik anksiyetesi ve depresyonunun oluşturduğu görülmüştür (Ryan ve ark.,2005). Bu bilgiler her 3-6 kadının birisinde psikiyatrik hastalık sıklıkla anksiyete veya depresyon görüldüğünü ortaya koymaktadır. Bu nedenle gebelik döneminde ruhsal hastalık belirtilerin erken dönemde belirlenmesi hastalığın önlenmesinde büyük önem taşıyacaktır. Correia ve Linhares (2007) gebelik anksiyetesi ile ilgili 1998–2003 yılları arasındaki bilimsel çalışmaları taradıkları bir çalışmada gebelik dönemdeki anksiyetenin oldukça yüksek düzeyde olduğunu saptamışlardır. Yapılan çalışmalarda; gebelik dönemindeki anksiyetenin oldukça yüksek düzeyde olduğu (Correia ve Linhares,2007) özellikle üçüncü trimesterde daha yüksek olduğunu bildirmektedir (Karataylı,2007; Figuerido ve Conde,2011). Gebelikte yaşanan anksiyetenin kadının kendisinden çok fetus odaklı olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (Özkan ve Bozkurt,1999).

Gebelikte meydana gelen anksiyete bozukluğunun yaygınlığı üzerine yapılan çalışmalarda oldukça farklı çalışmalar mevcuttur. Goebert ve ark.'nın 2007 yılında 84 gebe kadının dahil edildiği çalışmalarında örneklemin %61'inde en az bir ruhsal rahatsızlık bulunduğu, %13'ünde ise olası bir anksiyete bozukluğunun olduğu bildirilmiştir (Daloğlu,2012). Gebelikte anksiyete bozukluklarıyla ilgili trimesterlere dayandırılmış çalışma yoktur. Andersson ve arkadaşları tarafından (2006) antenatal ve postpartum depresyon ile anksiyete bozukluğunun ilişkisini araştırmak amacıyla PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) ölçeği ile yaptıkları 2006'da yayınlanan çalışmalarında ikinci trimester gebeler için bildirdikleri anksiyete bozukluğu oranının %18.4, aynı yazar grubunun 2003'te aynı ölçekle yaptıkları ve ikinci trimester gebelerde anksiyete bozukluğu için bildirdikleri nokta prevalans %12.1 olduğu belirtilmiştir.

Gebelikte depresyon görülmesine ilişkin sonuçlar farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalarda; depresyonun gebelik sırasında görülen en yaygın ruhsal bozukluk olduğu ve gebelikte depresyon görülme oranının %10 olduğu (Uçar,2014), bir Cochrane Veri Tabanı incelemesinde ise antenatal depresyonun ortalama prevalansının %10,7 olduğu, bir sistematik derlemede ise antenatal depresyon sıklığının %6-12 arasında olduğu, insidansın %30'lara kadar ulaşabildiği (Çelik ve ark.,2013) belirtilmiştir. Bennet ve arkadaşları (2004) bir sistematik derlemede gebelikte trimesterlere göre depresyon yaygınlığını; birinci trimesterde %7.4, ikinci trimesterde %12.8 ve üçüncü trimesterde %12 olarak bildirmiştir. Çalışma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir. Bazı araştırmalarda gebelerde ikinci trimestere göre ilk ve üçüncü trimesterlerde depresyon ve kaygı sıklığının daha fazla olduğu bulunmuştur (Kuğu ve Akyüz,2001). Türkiye'de bu konuda sınırlı sayıda çalışma mevcut olmakla birlikte, Beck Depresyon Ölçeği'ne (BDÖ) göre yapılan çalışmalar da gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Karaçam ve Ançel (2009) %27.3, Altınay (1999) %27.9, Sevindik (2005) %36.3 olarak bulmuşlardır. Bir gebenin depresyon kriterleri ile karşılaşma oranı 32. haftada %13.6, 35-36. haftalarda %17 oranında görülmüştür. Depresyon oranları gebelik boyunca değişim gösterir. Birçok çalışma 1. ve 3. trimesterlerde belirtilerin zirveye ulaştığı 2. trimester boyunca gelişme gösterdiğini belirtmektedir (Carter,2005). Karataylı (2007) tarafından; depresyon oranları 1.trimester gebelerde %22, 2. trimester gebelerde %32, 3. trimester gebelerde %36 olarak bulunmuştur. Tüm trimesterlerde kontrol grubuna göre somatik belirtiler, anksiyete ve depresif belirtiler anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Gebeliğin tüm trimesterlerinde, özellikle de 3. trimesterde depresyon ve anksiyete düzeylerinin arttığını belirtmiştir.

Çalışmada Kısa Semptom Envanterinin tüm alt ölçeklerde en yüksek puan ortalaması 3. trimesterde saptanmıştır. Genel olarak ruhsal belirtiler ikinci trimesterde azalma üçüncü trimesterde tekrar yükselme eğilimindedir. En yüksek puan ortalamaları sırasıyla üçüncü trimesterde somatizasyon, depresyon ve anksiyete puanlarıdır. Andersson ve arkadaşları(2006) çalışmalarında psikiyatrik tanı alan hastalarda somatik yakınmaların arttığını bildirmişlerdir. Bu nedenle depresyon ve anksiyete puanları artmış gebelerde somatik yakınmaların arttığı yönündeki bulgularımız literatür bilgileriyle uyumludur. Karataylı (2007) gebelerde KSE'nin ayrıntılı formu olan gebelerde trimesterler boyunca SCL-90-R'i kullanarak yaptığı çalışmada gebelerde tüm trimesterlerde depresif belirtiler, anksiyete belirtileri ve somatik belirtiler alt ölçek puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sonuçlar

bu çalışma bulguları ile örtüşmektedir. Bu çalışma dışında taramada trimesterlerde gebelerin ruhsal durumunu ele alan bir çalışmaya rastlanamamıştır. Antenatal dönemde depresyon ve anksiyete oranlarının incelendiği bir çalışmada; anksiyetenin her trimesterde depresyondan daha yaygın olduğu; her ikisinin de birinci ve üçüncü trimesterde daha şiddetli olduğu belirtilmektedir (Lee ve ark.,2007). Görüldüğü gibi çalışmalarda daha çok anksiyete ve depresyon düzeylerine yer verilmiştir. Sonuçlar çalışma bulguları ile örtüşmektedir.

Gebelikte görülen ruhsal sorunların çoğu, fizyolojik ve anatomik değişimlerin bir sonucudur. Kadın gebeliğin her trimesterine özgü psikolojik uyum süreci yaşamaktadır (Özkan,1997). Birinci trimesterde kadın genellikle fiziksel rahatsızlıklarla ve gebe olduğunu kabul etme gerçeğine uyumla ilgilenir. İkinci trimester ebeveynler için genellikle mutlu bir dönemdir. Sıkıntılar azalmıştır. Üçüncü trimester daha çok fizyolojik olayın gerçekleştiği gebenin sıkıntılarının arttığı bir bitkinlik dönemidir. Fiziksel değişimler daha hızlı olmakta, doğum korkusu, malformasyonlu bir bebeğe sahip olma düşüncesi, doğumda bebeğini kaybetme veya kendine bir şey olacağı düşüncesi, bebek bakımı hakkındaki düşünce ve endişeler anneyi zorlamaktadır. Genel olarak ruhsal belirtilerin ikinci trimesterde azalma üçüncü trimesterde tekrar yükselme eğiliminde olması trimesterler sürecindeki bu değişimlerden kaynaklanıyor olabilir.

Eğitim durumuna göre ortaokul ve üniversite eğitilmiş gebelerin anksiyete, depresyon ve somatizasyon puanları diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Lise ve Üniversite eğitilmiş gebelerin anksiyete, depresyon ve somatizasyon puanları trimesterler boyunca anlamlı değişim göstermiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin stresleri ve yaşama algılama biçimleri değişmektedir. Eğitim durumu yükseldikçe çalışma oranı da artmaktadır ve çevresel stresörler, iş hayatının gebelik üzerindeki zorlukları, çalışması nedeniyle bebeğine bakım kaygıları gibi nedenler gebelerde bu durumu etkilemiş olabilir.

Gebelikte trimesterlerde benlik saygısı düzeyi değişmemektedir. Gebelik döneminde benlik saygısının izlendiği bir çalışmada; kadınların yaş grubunun benlik saygısının belirlenmesinde anlamlı olmadığı, eğitim düzeyi arttıkça benlik saygısının arttığı belirtilmiştir (Maçola ve ark.,2009). Taşpınar'ın(2015) çalışmasında gebelerin eğitim düzeyi ile vücut algısı ve benlik saygısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışan ve çalışmayan tüm gebelerin 1. trimestere göre 2. trimesterde anksiyete, depresyon, somatizasyon, ve hostilete puanları azalmış ve 3. trimesterde artmıştır. Çalışan annelerin her trimesterde anksiyete, depresyon ve somatizasyon puanının çalışmayan annelerin puanından daha yüksek olduğu görülmüştür. Bir işe sahip olma durumu önemli ölçüde benlik saygısı puanlarını etkilememiştir. Gözüyeşil ve arkadaşlarının(2003)'te yaptığı çalışmada çalışma durumu ile depresyon arasında istatistiksel bir ilişki olmadığını saptamıştır. Araştırma sonuçları sunulan çalışma bulgularıyla benzerlik göstermemektedir. Çalışan annelerin iş yaşamında daha fazla stresörle karşılaşması ve gebeliğin iş hayatına yansıyan olumsuz özellikleri olabileceği düşüncesinin bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Çekirdek ailede yaşayan gebelerin anksiyete, depresyon, somatizasyon ve hostilete puanları geniş ailede yaşayan gebelerin puanlarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çekirdek ailede yaşayan gebelerin benlik saygısı düzeyi geniş ailede yaşayanlara göre daha yüksektir. Uçar (2014) çalışmasında çekirdek aile yapısına sahip gebelerin psikososyal sağlık durumları puan ortalamasının, geniş aile tipine sahip olan gebelere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Çekirdek aile tipine sahip gebelerin ruhsal belirti puanlarının yüksek olmasında, bebek bakımının getireceği zorluklar ve bebek bakımı hakkında yaşadıkları bilgi eksikliği olabilir. Benlik saygılarının yüksek olmasında gebelerin bağımsız karar vermelerinin etkili olduğu söylenebilir.

Eşi ortaokul, ilkokul eğitim durumunda olan gebelerde anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilete puan ortalamalarının tüm trimesterler boyunca daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça lise ve üniversite eğitimi olan gebelerde puan ortalamaları daha düşüktür. Eğitim düzeyi arttıkça benlik saygısı düzeyi de artmıştır. Gözüyeşil ve arkadaşlarının (2008) yapmış olduğu çalışmada gebelerin eş ve evlilik özelliklerine göre benlik saygısı ve vücut algısı değerlendirildiğinde; eşinin eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin benlik saygılarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Eşin eğitim durumu arttıkça gebelik sürecinde eşine desteğinin artması, gebelik sürecini daha iyi anlayabilmesi ve duyarlı olması eğitim durumu arttıkça ruhsal belirtilerin azalmasında etkili olabilmektedir.

Eşi çalışan gebelerde; anksiyete, somatizasyon ve hostilete puanı 1. trimestere göre 2. trimesterde azalmış ve 3. trimesterde artmıştır. Depresyon puanı ise 1. trimestere göre 2 ve 3. trimesterde giderek artmıştır. Eşi çalışmayan gebelerin ruhsal belirti puanları çalışan gebelere göre daha yüksektir. Benlik saygısı düzeyi eşin çalışmasına bağlı olarak

artmıştır. Bu durumun ekonomik olarak daha rahat bir yaşam sürme, daha az yaşam zorluğu ile karşılaşma sonucu olduğu düşünülmektedir.

Geliri giderden az, geliri gidere denk ve geliri giderden fazla olan gebelerde anksiyete ve depresyon puan ortalaması trimesterler arasında anlamlı değişimler göstermiştir. Genel olarak 2. trimesterde puan ortalamaları düşmüşken, 3. trimesterde tekrar yükselme eğiliminde olmuştur. Tüm ruhsal belirti puan ortalamalarının geliri giderinden az ve geliri giderine denk olan grupta daha yüksek olduğu saptanmıştır. Geliri giderinden fazla olan gebelerin benlik saygıları daha yüksek bulunmuştur. Bostancı ve arkadaşları(2012) Kars ilinde gebelerin ev ziyaretleri ile ruhsal durumlarının belirlendiği bir çalışmada ev hanımlarının, sosyal güvencesi olmayanların, doğum sayısı fazla olanların, eşiyle ilişkisi kötü olanların, kronik hastalığı olanların, özgeçmişinde depresyonu olanların, isteyerek gebe kalmayanların depresyon düzeylerinin daha yüksek ve eğitim düzeyi yüksek olanların, evlilik süresi daha uzun olanların, kronik hastalığı olanların, özgeçmişinde depresyonu olanların kaygı düzeyleri daha yüksek görülmüştür. Gebelerin %16.0'ı depresyon açısından riskli bulunmuştur. Uçar (2014) gebelerin gelir durumunun psikososyal sağlık durumları üzerinde etkili olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Sequin ve ark.(1995)'nin yapmış olduğu bir çalışmada, gebelik sırasında, özellikle düşük sosyo-ekonomik koşullara sahip kadınlarda depresif belirtilerin daha yaygın olduğu ve bu belirtilerin çoğunlukla çevresel faktörlerle bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Günümüzde yaşam koşullarındaki değişikliklere uyum sağlama, bebeğin bakımı, geleceği için gelir durumu göz ardı edilemeyecek bir gerçektir. Araştırma sonuçları çalışma sonuçları ile uyum göstermektedir

Toplam gebelik sayısı arttıkça gebelerin anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite puan ortalamalarının da artmış olduğu saptanmıştır. Benlik saygısı toplam 2 ve üzeri gebelik sayısına sahip gebelerde daha yüksek bulunmuştur. İlk gebeliğini yaşayan gebelerde 3. trimesterde benlik saygısı diğer trimesterlere göre daha yüksektir. Gebelik sayısının artması ile daha çok çocuğa bakmak zorunda kalınması, çocuk bakımının getirdiği zorluklar, çocuklara iyi bir gelecek hazırlama düşüncesi ve ekonomik zorlanmalar bu sonuçta etkili olabilmektedir.

İstenmeyen bir gebelik yaşayan gebelerde tüm ruhsal belirti puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon

ve hostilete puanları 1. trimestere göre 2. trimesterde azalma 3. trimesterde tekrar yükselme eğiliminde olmuştur. Depresyon puanı ise istenen, istenmeyen ve plansız gebeliklerin tümünde trimesterler boyunca artış göstermiştir. Benlik saygısı istenen, istenmeyen ve plansız gebeliklerde benzer düzeyde görülmüştür. Yapılan çalışmalarda; plansız gebeliklerde benlik saygısı puanının düşük olduğu (Maçola ve ark.,2009), gebelerin, gebeliği isteme durumuna göre puan ortalamasının karşılaştırıldığında; gebeliği isteyen ve planlayanların puan ortalaması ile ne şimdi ne de ileri bir zamanda gebe kalmayı istemeyenlerin puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (Uçar 2014) bulunmuştur. Sequin ve arkadaşlarının(1995) gebelik boyunca stresörleri incelediği çalışmada, gebeliğin istenmeden uygun olmayan zamanda olmasının gebenin depresyonuna neden olduğunu saptamışlardır. Bu sonuçlar araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Gebelik kadın yaşamındaki önemli stresörlerden biridir. Gebelik istenmeyen bir durum sonucu oluştuğunda kadında daha fazla strese sebep olacağından bu durum gebede depresyon ve anksiyete gibi ruhsal belirtileri artmasında etkili olacaktır.

Normal doğum planlanan gebelerde anksiyete düzeyi, sezaryen doğum planlanana oranla daha yüksek olup 3. trimesterde en yüksek düzeyine ulaşmıştır. Bu doğum korkusundan kaynaklanıyor olabilir. Sezaryen doğum planlanan gebelerin depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilete puanlarının normal doğum planlanan gebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sezaryen doğum genellikle daha önceden sezaryen yapılan ya da herhangi bir nedenle normal doğumun yapılamayacağı gebelerde yapılmaktadır. Bebeğin doğum kilosunun fazla olması, annede bazı hastalıkların olması gibi birçok gebelik dönemindeki sıkıntı sonucunda da sezaryen doğum yapılabilmektedir. Bu durumlar annede sıkıntı ve stres yaratabilir ve ruhsal belirtilerde artış gösterebilir. Benlik saygısının normal doğum planlanan gebelerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Herhangi bir endikasyon olmasa bile bazı kadınlar doğum korkusu sebebiyle sezaryen doğum tercih edebilmektedir. Normal doğum planlanan gebelerin kendilerine güvenleri ve benlik saygılarının daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Kız bebek bekleyen gebelerde anksiyete, depresyon, olumsuz benlik ve hostilete puan ortalamalarının erkek bebek bekleyenlere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benlik saygısı düzeyleri tüm trimesterlerde birbirine yakın olup; kız ve erkek bebek bekleme durumuna göre değişmemiştir. Erkek bebeğin bazı toplumlarda ve yörelerde kız bebeğe

oranla daha çok istendiği ve toplum baskısı nedeniyle bu durumun ortaya çıktığı düşünölmektedir.

Bebek cinsiyetini öğrendiklerinde hissettikleri duygulara göre gebelerin diğer grubunda (başka cinsiyette bir bebek bekliyordum, hiç birşey hissetmedim..vb) ruhsal belirti puan ortalamalarının genel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumda annenin istemediği bir bebeğe sahip olacağı durumun etkili olduğu düşünölmektedir.

Gebeliğinde herhangi bir fiziksel sağlık sorunu yaşayan gebelerin tüm ruhsal belirti puan ortalamaları genel olarak daha yüksektir. Fiziksel sağlık sorunu yaşama durumu arttika ruhsal belirti puan ortalamaları da doğru orantılı olarak artmıştır. Gebelerin fiziksel sağlık sorunu yaşayan ya da yaşamayan tüm gebelerin benlik saygıları 3.trimesterde en yüksek düzeyindedir. Bu sonuç fiziksel sağlık sorunu gebelik sürecini, gebelik süreci de fiziksel sağlık sorununu etkileyebilmesi ile ilgili olabilir.

Yaşadığı fiziksel rahatsızlıklar nedeniyle sağlık bakım yardımı alan gebelerde ruhsal belirti puan ortalamalarının genel olarak daha yüksek, 2. ve 3.trimesterde ise benlik saygısının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınmalarını gittiği sağlık kuruluşu, gebelik sayısı, gebelik haftası, doğumu tanımlama ve gebeliği isteme durumunun etkilediği, sadece sağlık ocağına başvuran, 5 ve üzeri gebeliğe sahip olan, doğum olayını korku verici olarak tanımlayan ve gebeliği istemeyen gebelerin puan ortalaması yüksek olduğu saptanmıştır (Sunal ve Demiryay,2009).

Gebeliğinde herhangi bir ruhsal sağlık sorunu yaşayan gebelerin tüm ruhsal belirti puan ortalamaları genel olarak daha yüksektir. Ruhsal sağlık sorunu yaşayan gebelerin benlik saygıları ruhsal sağlık sorunu yaşamayanlara göre daha yüksektir. Yaşadığı ruhsal rahatsızlıklar nedeniyle sağlık bakım yardımı alan gebelerde ruhsal belirti puan ortalamalarının genel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benlik saygısı ruhsal sağlık bakım yardımı alan gebelerde yaşadığı ruhsal sıkıntı nedeniyle herhangi bir sağlık bakım yardımı almayan gebelere göre daha yüksektir. Gebelik döneminde gebelerde psikiyatrik hastalıkların yaygınlığı artmakta ve mevcut ruhsal hastalık belirtilerinin de arttığı belirtilmektedir (Vesga-Lo'pez ve ark.,2008). Ruhsal sağlık bakım yardımı almak gebelerin kendini değerli ve güvende hissetmesini sağlamasının gebelerde benlik saygısının daha yüksek olmasında etkili olduğu düşünölmektedir.

Gebelerin anksiyete puanı arttıkça depresyon, olumsuz benlik ve hostilite puanları da artmıştır. Gebelerin depresyon puanı arttıkça olumsuz benlik ve hostilite puanları da artmıştır. Gebelerin olumsuz benlik puanı arttıkça somatizasyon ve hostilite puanları da artmıştır. Anksiyete ruhsal sorunların hem nedeni hem de temel bir belirtisi olduğundan KSE'nin diğer alt grup ölçek puanları da artmıştır. Depresyon olumsuz benlik ve hostilite ile yakından ilişkilidir. Gebelik sürecinde endokrin ve hormonal faktörler bu sonuçta etkili olabilmektedir (Kısa ve Yıldırım,2004.)

Çalışmada gebelerin KSE alt ölçekleri; anksiyete, depresyon, somatizasyon, olumsuz benlik ve hostilite puanı arttıkça benlik saygısı azalmıştır. Benlik saygısının düşük olması ruhsal sorunların ortaya çıkmasında etkili olduğu gibi ruhsal sorunlar da benlik saygısının düşmesine neden olmaktadır (Karaaslan,1993). Gebenin ruhsal durum ve yaşantısı, gebeliğin gidişini etkilediği gibi gebeliğin kendisi de ruhsal-duygusal yaşantıyı etkilemektedir (Kuğu ve Akyüz,2001).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Gebelik sürecinde gebelerin her bir trimesterdeki ruhsal durum ve benlik saygısını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan bu izlem çalışmasında; gebelerin ruhsal durum

değerlendirme belirleyicileri olan anksiyete, olumsuz benlik saygısı, somatizasyon ve hostilete puan ortalamalarının 1. trimestire göre 2. trimesterde azaldığı ve 3. trimesterde arttığı, 3. trimesterde ise benlik saygısını arttığı belirlenmiştir. Trimesterlerde gebelerin anksiyete, olumsuz benlik saygısı, somatizasyon ve hostilete puanları ile benlik saygısı puanı arasında olarak anlamlı negatif bir ilişki olduğu ($p<0.05$), anksiyete, olumsuz benlik saygısı, somatizasyon ve hostilete puanları artıca benlik saygısının azaldığı saptanmıştır.

Lise ve üniversite eğitilmiş, çekirdek ailede yaşayan, eşi lise ve üniversite eğitilmiş olan, eşi çalışan, istenen gebelikte, normal doğum planlayan gebelerde, fiziksel sağlık sorunu olan, ruhsal sağlık sorunu olan gebelerde anksiyete puanının 1. trimestere göre 2. trimesterde azaldığı, 3. trimesterde arttığı saptanmıştır. Gebelerin depresyon puanının genellikle 2.ve 3. trimesterde artarak devam ettiği belirlenmiştir. Çalışan, çekirdek ailede yaşayan, eşi üniversite eğitilmiş olan, eşi çalışan, İlk gebeliği olan gebelerin benlik saygısı 3. trimesterde artmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aile sağlığı merkezleri ile kadın doğum poliklinik ve servislerinde çalışan sağlık personeline yönelik olarak aşağıdaki öneriler getirilmiştir:

-Doğurganlık çağında evli kadınların planlı ve istedik gebelik gerçekleştirmesinin desteklemesi,

-Doğurganlık çağında evli kadınlara gebelik süreci ve annelik rol ve sorumlulukları konusunda bilgi ve danışmanlık verilmesi,

-Gebelik süresinde gebelerin fiziksel ve ruhsal sağlığının düzenli ve sürekli olarak izlenmesi,

-Gebelik süresince gebenin eşi ve aile üyeleri ile etkin iletişimi sağlanarak sosyal destek kaynaklarının kullanımının sağlanması,

-Gebelik süresinde gebeyi depresyon belirtileri yönünden izleyerek, profesyonel ve sosyal destek sağlanması,

-Fiziksel sağlık sorunu olan gebelerin gebelik izlemi ile birlikte fiziksel soruna yönelik bakım ve tedavisinin sürdürülmesi,

-Ruhsal sağlık sorunu olan gebelerin gebelik izlemi ile birlikte ruhsal soruna yönelik bakım ve tedavisinin sürdürülmesi,

-Gebenin sağlık personeli ile s¼rekli iletişim ve etkileşiminin sağlanması,

- Gebeler ile çalışan sağlık personelinin hizmet içi eğitim diğer mesleki ve bilimsel toplantılar aracılığı ile gebelik s¼recinin her bir trimesterinde g¼r¼len fiziksel ve ruhsal sorunlara y¼nelik farkındalığının sağlanması,

-Gebe izleminin kadın doğum, psikiyatri, aile hekimi ile işbirliği içinde multidispliner çalışma ile s¼rd¼r¼lmesi ¼nerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Abramowitz ,J.S. (2008). Scrupulosity Clinical handbook of obsessive compulsive disorder and related problems, Baltimore: Johns Hopkins University Press, s.156-172.
2. Akbaş, E., Vırt, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, A.H., Sertbaş, G. (2008). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon d¼zeyleriyle ilişkisi, N¼ropsikiyatri Arşivi;45(1):85-91.

3. Akdeniz, F., Gönül, A.S. (2004). Kadınlarda Üreme Olayları ile Depresyon İlişkisi, Klinik Psikiyatri Dergisi, Ek 2:70-74.
4. Akkaş, Ç.S. (2014). Gebelik Döneminde Eşler Arası Uyum, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
5. Altınay, S. (1999). Gebelikte depresyon prevalansı, sosyodemografik özellikler, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi, Ankara Üniversitesi, Uzmanlık tezi, Ankara.
6. Altıok, H.Ö., Ek, N., Koruklu, N. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Benlik Saygı Düzeyi ile İlişkili Bazı Değişkenlerin İncelenmesi, Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi,1(1):99-120.
7. Anderson, C., G., & Pruitt, A. (2002). Prenatal depression, violence, substance us, and perception of support in pregnant middle-class women, Journal of Perinatal Education, 11, 14-21.
8. Andersson, L., Sundering-Poroma, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K., LaStrom, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study, Am. J. Obstet. Gynecol., 189 148–154.
9. Arslan,B. (2010). Gebelerde Anksiyete ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler. Süleyman Demirel Üniversitesi, Uzmanlık Tezi.
10. Arslan, B., Arslan, A., Kara, S., Öngel, K., Mungan, M.T. (2011).Gebelik Anksiyete ve Depresyonunda Risk Faktörleri:452 Olguda Değerlendirme, Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi, 21(2):79-84.
11. Austin, M.P., Lumley, J. (2003). Antenatal screening for postnatal depression: A systematic review, Acta Psychiatrica Scandinavica, 107, 10-17.
12. Ayan, R. (2013). Gebelerin Olağan Şikayetleriyle Başa Çıkma Yolları ve Etkileyen Faktörler, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
13. Aydemir, H., Hazar, U.H. (2014). Düşük riskli,riskli,yüksek riskli gebelik ve ebenin rolü, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2), 815-833.
14. Ayhan, A., Durukan, T., Günalp, S., Gürkan, T., Önderoğlu, S., Yaralı, H.,Yüce, H. (2008). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Tıp Kitabevi, 2.Baskı, 67.
15. Babacan, A., Çevik, N., Hataf, S., Biçen, Ş., Keskin, G., Tuna A. (2011). Gebelikte Benlik Saygısı ve Beden İmajı ile İlişkili Özellikler, Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi, 5(1), 7-14.
16. Bennett, H.A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., Einarson, T.R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review, 103, 698-709.
17. Beydağ, K.D. (2007). Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6), 479-484.

18. Bıyık, A., Altuğ Ö.S., Ardahan, M.,Özkahraman, Ş.,Başalan, İ.F (2006). Kadınların Stres Verici Yaşam Olayları İle Karşılaşma Durumları, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(2).
19. Bostancı, N., Deniz, N., Şahin, B. (2015). Kars'ta Gebelerin Ev Ziyareti İle Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 6(2), 71-78.
20. Buist, A. (2006). Perinatal depression--assessment and management,Australian Family Physician, 35(9), 670-673.
21. Carter, D., Kostaras, X. (2005). Psychiatric disorders in pregnancy, British Columbia Medical Journal, 47:96-99.
22. Cebeci, S.A., Aydemir, Ç., Göka, E. (2002). Pueperal dönemde depresyon semptom prevelansı:Obstetrik risk faktörleri,kaygı düzeyi vesosyal destek ile ilişkisi, Kriz Dergisi, 10(1), 11-18.
23. Copoglu, Ü.S., Kokacya, M.H., Demircan, C. (2015). Gebelik ve laktasyon döneminde ruhsal bozukluklar ve tedavisi, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 6(24): 43-53.
24. Correia, LL., Linhares, MB. (2007). Maternal anxiety in the pre- and postnatal period: a literature review, Rev Latino Am Enfermagem, 15: 677-83.
25. Cüceloğlu, D., (2005). İnsan ve davranışı, İstanbul, Remzi Kitabevi, 14.Basım, 373-375.
26. Çalık, K., Aktaş, S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık,Risk Faktörleri ve Tedavisi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(1), 142-162.
27. Çelik, F., Köken, N. G., Yılmaz, M. (2013). Gebelikte depresyon semptomlarının sıklığı ve depresyon gelişimini etkileyen faktörler, Anatol J Clin Investig, 7(2), 110-117.
28. Çetin, M. (2011). Gebelikte Psikotrop İlaç Kullanımı: Bir Güncelleme, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 21(2), 161-173.
29. Çuhadaroğlu, F. (1986). Adölesanlarda Benlik Saygısı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara.
30. Dağlar, G., Nur, N., Bilgiç, D., Kadioğlu, M. (2015). Gebelikte Duygulanım Bozukluğu, KASHED, 2(1), 27-40.
31. Daloğlu, A.G. (2012). Gebelik ve Depresyonun Bilişsel İşlevler Üzerine Olan Etkisinin Karşılaştırılması, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Erzurum.
32. Dinçer, F. (2008). Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Benlik Saygısı ve Atılganlık Düzeyleri, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana.
33. Demiryay, A. (2006). Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Afyon.

34. Demiryay, A., Sunal, N. (2009). Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*,4(12),99-110.
35. Dennis, C.L., Ros, L.E., Grigoriadis, S. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression, *Cochrane Database Syst Rev*, 3.
36. DiPietroa, J.A., Costiganb, A.K., Gurewitsch, D.E. (2005). Maternal psychophysiological change during the second half of gestation, *Biological Psychology*, 69:23–38.
37. Dülgerler, Ş., Engin, E., Ertem, G. (2005). Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(1) : 115-126.
38. Efe, H. (2006).Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerine Etkileri, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul.
39. Einarson, A., Kalra, S. (2008). *Psychiatric Disorders in Prepregnancy and Postpartum: Principles and Treatment*,13-41.
40. Ejder Apay, S. (2012). Yaşamın Özel Dönemlerinde Kadın ve Ruh Sağlığı:Gebelikte Kadın Ruh Sağlığı, 5.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 22-24 Eylül 2011, İstanbul.
41. Ertem, G. (2015).Yaşam Boyu Kadın Ruh Sağlığı, *Türkiye Klinikleri Dergisi* ,25-31.
42. Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth, *BMJ*, 323:257-260.
43. Fiquerido, B., Conde, A., (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum, *Arch Womens Mental Health*, 14(3):247-55.
44. Gavin, N.I., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence, *Obstet Gynecol*, 106:1071–83.
45. Gaynes, B.N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K.N., Swinson, T., Gartlehner, G. et al. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes, *Evid Rep Technol Assess*, 119:1-8.
46. Goebert, D., Morland, L., Frattarelli, L., Onoye, J., Matsu, C. (2007). Mental Health During Pregnancy: A Study Comparing Asian, Caucasian and Native Hawaiian Women, *Maternal and Child Health Journal*, 11 (3):249–255.
47. Gözüyeşil, E.Y., Şirin, A., Çetinkaya, Ş. (2003). Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9):39-66.
48. Grant, K.A., McMahon, C., Austin, M. P. (2008). Maternal Anxiety during the transition to parenthood: a prospective study, *J. Affect. Disord.*, 108 101–111.
49. Henshaw, C., Cox, J., Barton, J.(2009).Modern Managemant of Perinatal Psychiatric Disorder, *The Royal Collage of Psychiatrist*,124-130.

50. Inanir, S., Cakmak, B., Nacar, M.C., Guler ,A.E., Inanir, A. (2015). Body Image Perception and Self-esteem During Pregnancy, *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 3(4):196–200.
51. Karaaslan, A. (1993). Benlik-saygısı:Genel Bir Gözden Geçirme, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9:3.
52. Karaçam, Z., Ançel, G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population, *Midwifery*, 25:344-356.
53. Karataylı, S. (2007). Gebelerde trimesterler arası depresyon, anksiyete, diğer ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi düzeyleri, *Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya*.
54. Kendler, K. S. (1996). Parenting: a genetic-epidemiologic perspective, *Am. J.Psychiatry*, 153, 11–20.
55. Kılıçarslan, S. (2008).Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin, Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Edirne*.
56. Kısa, C., Yıldırım, S.G. (2004). Gebelik; postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. *3P Dergisi*, ek 4, 30.
57. Kıvrak, Y., Ülker, K., Gündüz, S., Arı, M. (2011). Gebelikte Elektrokonvülsif Tedavi, *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(3):133–138.
58. Kitapçıoğlu, G., Yanikkerem, E., Sevil, Ü., Yüksel, D. (2008). Gebelerde Doğum Ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir Ölçek Geliştirme Ve Validasyon Çalışması, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 9:1, 47 – 54.
59. Kocabaşoğlu, N., Başer, S.Z. (2008). Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar, *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62*, 349-354.
60. Koyun, A., Taşkın, L., Terzioğlu, F. (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevlerHemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1):67-99.
61. Kuğu, N., Akyüz, G. (2001). Gebelikte ruhsal durum. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 23, 61-64.
62. Kumcağız, H. (2012). Gebe Kadınlarda Beden Algısı ve Benlik Saygısının Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi, *International Journal of Human Sciences*, 9(3), 691-703.
63. Lazoğlu, M. (2014). Doğum Korkusunun Derecesine Göre Gebelerin Öz-Yeterlilik Algısının Karşılaştırılması, *Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum*.
64. Lee ,A.M., Lam, S.K., Sze Mun Lau, S.M., Chong, C.S., Y Chui, H.W., Fong DYT. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics and Gynecology*, 110(5), 1102–1112.

65. Leigh, B., Milgrom, J. (2008). Risk Factors for Antenatal Depression, Postnatal Depression and Parenting Stress, *BMC Psychiatry*, 8:24.
66. Maçola, L., Vale, İ.N., Carmona, E.V. (2009). Assessment of self-esteem in pregnant women using Rosenberg's Self-Esteem Scale, *Rev Esc Enferm USP*, 44(3):569-76.
67. Marakoğlu, K., Şahsivar, Ş. (2008). Gebelikte depresyon, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science*, 28:525-532.
68. Nazik, E. (2005). Gebelikte Görülen Olağan Rahatsızlıklar ve Gebelerin Uyguladıkları Başetme Yöntemleri, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.*
69. O'Hara, M.W., Zekoski, E.M., Philipps, L.H., Wright, E.J. (1999). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: comparison of childbearing and nonchildbearing women, *J Abnorm Psychol.*, 99:3-15.
70. Oriana, Vesga-Lo'pez., Carlos, Blanco., Katherine, Keyes., Mark, Olfson., Bridget, F., Grant, Deborah, S. Hasin. (2008). Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States, *American Medical Association*, 65(7), 805-815.
71. Ortaarık, E., Tekgöz, İ., Ak, M., Kaya, E. (2012). İkinci Trimestir Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1: 16-20.
72. Oskay Yeşiltepe, Ü. (2004). Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı, *Perinatoloji Dergisi*, 12(1), 11-16.
73. Özcan, A. (1996). Kadının Ruh Sağlığı Sorunları, *Yelken Aylık Kültür Sanat Dergisi*.
74. Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H.H., Muhcu, M. (2014). Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(2):71-77.
75. Özkan, İ. (1994). Benlik Saygısını Etkileyen Etkenler, *Düşünen Adam Dergisi*, 7 (3), 4-9.
76. Özkan, M., Kaçmaz, N., Anuk, D., İbrahimoglu, L. (2004). Yüksek Riskli Gebelerde Psikiyatrik Morbidite, *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, 67:4.
77. Özkan, S. (1993). *Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*, Roche, İstanbul.
78. Özkan, S. (1994). *Psikiyatrik tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*, tanımı, kavramları, hizmet alanı, eğitim ve araştırma objektifleri ile dünyada gelişimi ve bir bilim dalı ve uzmanlık alanı olarak kuramsallaşması, *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi* Editör: Sedat Özkan, Pfizer, İstanbul.
79. Özkan, S. (1997). *Psikiyatrik tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 2(1): 11-18.

80. Özorhan, E.Y., Ejder Apay, S., Şahin Altun, Ö. (2014).Gebelikte Ruh Sağlığı, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi, 2(3):33-42.
81. Özkan, S., Bozkurt, O. (1999). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Mezuniyet Sonrası Genel Hastane Psikiyatrisi Eğitim Kursu, Kadın Doğum ve Ruh Sağlığı Sorunları (konferans)
82. Öztürk, O., Uluşahin, A. (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Nobel Tıp Kitabevi.
83. Pehlivan, K. (2004). Kadın Psikiyatrik Hastalarının Cinsel Yaşam, Evlilik, Aile Planlaması ve Kontrasepsiyon, Gebelik ve Çocuk Sahibi Olması, AIDS, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Açısından Riskli Davranışlarının Genel Popülasyonla Karşılaştırılmalı Çalışması, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
84. Ryan, D., Milis, L., Misri, N. (2005). Depression During Preagnancy, Can. Family Physician, 51(8).
85. Sagayadevan, V., Lee, S.P., Abdin, E., Vaingankar, J., Chen, H., Chong, A.S., Subramaniam, M. (2015). Retrospective observation of mental disorders during postpartum period: Results from the Singapore mental health Study, BMC Women's Health, 15:119-128.
86. Savaşır, I., Şahin, N.H. (1997). Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
87. Sequin, L., Potvin, L., St Denis, M., Loisele, J. (1995) Chronic stressors, social support and depression during pregnancy, Obstet-Gynecol., 1995;85:583-589.
88. Sertbaş, G. (1998). Gebelerde doğum öncesi-sonrası durumluluk-süreklilik kaygı düzeylerinin incelenmesi, Yayınlanmamış doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
89. Semerci, A. (2008). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Gebe Kadınların Prenetal Depresyon Açısından Sorgulanması, Semptomlarının Şiddetinin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
90. Sevindik, F. (2005). Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ.
91. Şahin, N.H., Durak, A., Uğurtaş, S. (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı, Türk Psikiyatri Dergisi; 13(2):125-135.
92. Şentürk, V. (2008). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar, Kriz Dergisi, 16 (1), 25-34.
93. Taşkın, L. (2012). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 9.Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 413-427.
94. Taşpınar, A. (2015). Gebelikte Benlik Saygısı ve Beden İmajı ile İlişkili Özellikler, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

95. Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men, *J Affect Disord.*, 119(1-3):142-8.
96. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2014). Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı, Ankara.
97. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (1993). Ankara.
98. Uludağ, S. (2009). Kadın Hastalıkları ve Doğum Ders Kitabı. İstanbul Üniversitesi Yayın No: 4897, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayın No: 274, İstanbul.
99. Uçar, H. (2014). Gebelerin psiko-sosyal sağlık durumları ile annelik rolü arasındaki ilişki, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
100. World Health Organization (2000). Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors.
101. Uyanık Balat, G., Akman, B., (2004). Farklı Sosyoekonomik Düzeydeki Lise Öğrencilerinin Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(2), 175-183.
102. Yücel, P., Çayır, Y., Yücel, M. (2013). Birinci Trimester Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 16:7-17.

EKLER

EK-1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız?

2. Kaç yıllık evlisiniz?

3. Eğitim durumunuz nedir?

a-Okur yazar değil b-Okur-yazar c- İlkokul d-Ortaokul e-Lise f-
Yüksekokul/Üniversite

4. Çalışma durumunuz

a-Çalışıyorum b-Çalışmıyorum

5. Eşinizin eğitim durumu

a-Okur yazar değil b-Okur yazar c-İlkokul d-Ortaokul e-Lise f-
Yüksekokul/Üniversite

6. Eş Çalışma durumu

a-Çalışıyor b-Çalışmıyor

7. Ailenizin ekonomik düzeyini değerlendiriniz?

a-Gelir giderden az b-Gelir giderden fazla c-Gelir gidere denk

8. Aile tipiniz?

a-Çekirdek aile b-Geniş aile c-Parçalanmış aile d-Diğer

9. Kaçınıcı gebeliğiniz?

10. Düşük veya ölü doğum öykünüz varsa sayısını belirtiniz.

a-Düşük..... b-Ölü doğum.....

11. Gebeliği isteme durumunuz

a-İstenen gebelik b-Plansız gebelik c-İstenmeyen gebelik

12. Gebeliğinizin kaçınıcı haftası?

13. Kronik bir fiziksel hastalığınız ya da daha önceden geçirdiğiniz veya devam eden psikiyatrik hastalığınız var mı? Belirtiniz.

1. Trimester

14.Gebeliğinizin bu döneminde yaşadığınız fiziksel bir sağlık sorunuz var mı ?(bulantı-kusma,yorgunluk,halsizlik,uykuya yönelim,genel fiziksel rahatsızlık,sık idrara çıkma,hafif kanama.....)

a-Evet b- Hayır

15.Cevabınız evet ise ne tür sorun/sorunlar yaşıyorsunuz?

16.Bu sorunu gidermek için herhangi bir sağlık bakım yardımı aldınız mı ?

a-Evet b-Hayır

17.Bu sorunu gidermek için sağlık personelinde beklentiniz nedir?

18.Gebeliğinizin bu döneminde yaşadığınız ruhsal bir sağlık sorunuz var mı ?(uyku düzensizliği, libidonun azalması,stres,kaygı,huy değişiklikleri.....)

a-Evet b-Hayır

19.Cevabınız evet ise ne tür bir sorun yaşıyorsunuz?

20.Bu sorunu gidermek için herhangi bir sağlık bakım yardımı aldınız mı ?

a-Evet b-Hayır

21.Bu sorunu gidermek için sağlık personelinde beklentiniz nedir?

2.Trimester

22.Bebeğinizin cinsiyetini öğrendiniz mi?

a-Evet b-Hayır

23.Beklediğimiz bebek cinsiyeti

a-Kız b-Erkek

24.Bebeğinizin cinsiyetini öğrendiğinizde ne hissettiniz?

a-Sevindim b-Sürpriz oldu c-Bu cinsiyeti istiyordum d-Diğer

25.Gebeliğinizin bu döneminde yaşadığınız fiziksel bir sağlık sorunuz var mı ?(ağrı,cilt değişiklikleri,kabızlık,bacak krampları,vajinal akıntı,.....)

a-Evet b- Hayır

26.Cevabınız evet ise ne tür bir sorun yaşıyorsunuz?

27.Bu sorunu gidermek için herhangi bir sağlık bakım yardımı aldınız mı ?

a-Evet b-Hayır

28.Bu sorunu gidermek için sağlık personelinde beklentiniz nedir?

29.Gebeliğinizin bu döneminde yaşadığınız ruhsal bir sağlık sorunuz var mı ?(stres,anksiyete,kaygı....)

a-Evet b-Hayır

30.Cevabınız evet ise ne tür bir sorun yaşıyorsunuz?

31.Bu sorunu gidermek için herhangi bir sağlık bakım yardımı aldınız mı ?

a-Evet b-Hayır

32.Bu sorunu gidermek için sağlık personelinden beklentiniz nedir?

3.Trimester

33.Planlanan doğum şekliniz

a-Normal doğum b-Sezaryen

34..Gebeliğinizin bu döneminde yaşadığınız fiziksel bir sağlık sorunuz var mı ?(çarpıntı,nefes darlığı,mide yanması,sık idarara çıkma ve idrar kaçırma,el ve ayak parmak uçlarında uyuşma,varis,ödem.....)

a-Evet b- Hayır

35.Cevabınız evet ise ne tür bir sorun yaşıyorsunuz?

36.Bu sorunu gidermek için herhangi bir sağlık bakım yardımı aldınız mı ?

a-Evet b-Hayır

37.Bu sorunu gidermek için sağlık personelinden beklentiniz nedir?

38.Gebeliğinizin bu döneminde yaşadığınız ruhsal bir sağlık sorunuz var mı ?(cinsel istekte azalma,doğuma ilişkin korkular,bebek hakkında kaygı ve endişe duyma,uyku problemleri,gerginlik....)

a-Evet b-Hayır

39.Cevabınız evet ise ne tür bir sorun yaşıyorsunuz?

40.Bu sorunu gidermek için herhangi bir sağlık bakım yardımı aldınız mı ?

a-Evet b-Hayır

41.Bu sorunu gidermek için sağlık personelinden beklentiniz nedir?

EK-2

KISA SEMPTOM ENVANTERİ

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyunuz. Daha sonra, o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAR OLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yere işaretleyiniz. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyiniz. Eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı siliniz.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

0. Hiç yok 3. Epey var

1. Biraz var 4. Çok fazla var

2. Orta derecede var

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali	0	1	2	3	4
2.Baygınlık,baş dönmesi	0	1	2	3	4
3.Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri	0	1	2	3	4
4.Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu	0	1	2	3	4
5.Olayları hatırlamada güçlük	0	1	2	3	4
6.Çok kolayca kızıp öfkelenme	0	1	2	3	4
7.Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar	0	1	2	3	4
8.Meydanlık (açık) yerlerden korkma duygusu	0	1	2	3	4
9.Yaşamınıza son verme düşünceleri	0	1	2	3	4
10.İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi	0	1	2		
11.İştahta bozukluklar	0	1	2	3	4

12.Hiç bir nedeni olmayan ani korkular	0	1	2	3	4
13.Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları	0	1	2	3	4
14.Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
15.İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek	0	1	2	3	4
16.Yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
17.Hüzünlü,kederli hissetmek	0	1	2	3	4
18.Hiçbir şeye ilgi duymamak	0	1	2	3	4
19.Ağlamaklı hissetmek	0	1	2	3	4
20.Kolayca incinebilme,kırılmak	0	1	2	3	4
21.İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak	0	1	2	3	4
22.Kendini diğerlerinden daha aşağı görme	0	1	2	3	4
23.Mide bozukluğu,bulantı	0	1	2	3	4
24.Diğerlerinin sizi gözlediği yada hakkınızda konuştuğu	0	1	2	3	4
25.Uykuya dalmada güçlük	0	1	2	3	4
26.Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek	0	1	2	3	4
27.Karar vermede güçlükler	0	1	2	3	4
28.Otobüs,tren,metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden	0	1	2	3	4
29.Nefes darlığı,nefessiz kalmak	0	1	2	3	4
30.Sıcak soğuk basmaları	0	1	2	3	4
31.Sizi korkuttuğu için bazı eşya,yer yada etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak	0	1	2	3	4
32.Kafanızın bomboş kalması	0	1	2	3	4
33.Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar,karınalanmalar	0	1	2	3	4
34.Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği	0	1	2	3	4
35.Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları	0	1	2	3	4
36.Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak	0	1	2	3	4
37.Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık,güçsüzlük hissi	0	1	2	3	4
38.Kendini gergin ve tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
39.Ölme ve ölüm üzerine düşünceler	0	1	2	3	4
40.Birini dövme,ona zarar verme,yaralama isteği	0	1	2	3	4
41.Birşeyleri kırma,dökme isteği	0	1	2	3	4
42.Diğerlerinin yanındayken yanlış birşeyler yapmamaya çalışmak	0	1	2	3	4
43.Kalabalıklarda rahatsızlık duymak	0	1	2	3	4
44.Bir başka insana hiç yakınlık duymamak	0	1	2	3	4
45.Dehşet ve panik nöbetleri	0	1	2	3	4
46.Sık sık tartışmaya girmek	0	1	2	3	4
47.Yalnız bırakıldığında / kalındığında yalnızlık hissetmek	0	1	2	3	4
48.Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek	0	1	2	3	4
49.Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek	0	1	2	3	4
50.Kendini değersiz görmek / değersizlik duyguları	0	1	2	3	4
51.Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu	0	1	2	3	4
52.Suçluluk duyguları	0	1	2	3	4
53.Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri	0	1	2	3	4

EK-3 ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış

2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış

3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış

MADDE 2

4. Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.

a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış

5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.

a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış

MADDE 3

6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış

MADDE 4

7. Genel olarak kendimden memnunum.

a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış

MADDE 5

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış

MADDE 6

9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış

10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.

a. Çok Doğru b. Doğru c. Yanlış d. Çok Yanlış



EK-4 CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın ...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Gebelik Sürecinde Ruhsal Durum ve Benlik Saygısı: Bir İzlem Çalışması”dır.

Bu araştırmanın amacı, gebelik sürecinde vücut yapısında meydana gelen fiziksel değişimler, ruhsal ve sosyal değişimlerin gebelerin ruhsal durum ve benlik saygıları üzerine yaptığı etkilerin 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 size 1 adet bilgi formu, 2 adet ölçek uygulanacaktır. Veriler araştırmacı eşliğinde doldurulacaktır. Bu veri araçları kullanılarak sizin gebelik süresince ruhsal durumunuz ve benlik saygınızdaki değişimler değerlendirilecektir. Kişisel Bilgi Formu, araştırmacı tarafından önceden bu konu ile ilgili yapılan araştırmaların incelenmesi doğrultusunda hazırlanmıştır. Bu form toplam 41 (kapalı ve açık uçlu) sorudan oluşmaktadır. Yaş, eğitim durumu, ekonomik düzey, gebelik özellikleri, daha önce aldığı hastalık tanıları gibi maddelerden oluşmaktadır. Kişisel Bilgi Formu yaklaşık 10 dakika, ölçekler yaklaşık 20 dakika sürmektedir. Amaç gebelikte değişen ruhsal durum ve benlik saygısına dikkat çekmektir. Bu araştırmada sizin için söz konusu olabilecek fiziksel ve ruhsal bir risk yoktur. Bu araştırmada yer almanız için gebeliğinizin her trimesterinde (her 3 aylık dönem) belirlenen zaman dilimlerinde bir kez araştırmacıyla görüşmeniz yeterli olacaktır. Araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 40'dır. Bu araştırmada yer almanız için bir defa izin vermeniz yeterli olup araştırmanın bitimine kadar değerlendirilme devam edecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırıcının sorularına uygun ve doğru cevap vermek ve görüşmelere olabildiğince araştırmacı tarafından belirlenen zamanlarda katılmanızdır.

Bu araştırmada sizin/yakınınız için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Bu çalışmada gebelikte daha çok üzerinde durulan fiziksel ve yapısal değişimlerin yanında gebelikte ruhsal durumunuzda ve benlik saygınızda meydana gelen değişimlerin de önemli olduğunu vurgulamak istiyoruz. Gebelik toplum tarafından ruhsal yönden kadının çok mutlu olduğu ve ruhsal hastalıklara karşı korunduğu bir dönem olarak düşünölmektedir. Bu alışma ile bu konuda bir değerlendirme yapmak istiyoruz.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Hemş. Özge KISAÖĞLU tarafından size bazı ölçekler uygulanacak ve bulgular kaydedilecektir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir değişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için numaralı telefondan araştırmacı Hemşire Özge KISAÖĞLU'na başvurabilirsiniz.

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 amayacaktır. Araştırıcı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan çalışma şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya çalışmanın etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

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

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları 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: Özge KISAOĞLU

Görevi:Hemşire

Adresi:Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesi Lojmanları

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

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

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK-5: İZİN BELGELERİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelik Sürecinde Ruhsal Durum ve Benlik Saygısı: Bir İzlem Çalışması
-----------------------	---

DİĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ GLUR 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"/>
DİĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2015-12/06	Tarih: 23.12.2015		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda 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, Cerrahiyet 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 İlgili	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. Şahane Elagöz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Naim Nar	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. Dilem Eren	Diğ Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diğ 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"/>	
Doc. Dr. Sulhain Arslan	Üçüncü Hastalıklar	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. Gülşay 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 Kaşıkaya	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 type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	

* Toplantıda bulunmuş

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

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebelik Sürecinde Ruhsal Durum ve Benlik Saygısı: Bir İzlem Çalışması
-----------------------	---

ETİK KURUL 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	Prof. Dr. Havva Tel			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

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



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

SIVAS İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - SIVAS İLİ KURUM İDARI HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
143072318 1711 25723911 000 8 3354
0000055792

Sayı : 75723911/044
Konu : Araştırma Komisyon Kararı -
Özge GÜMÜŞAY

Divriği S.Ö DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : a) Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğünün 02/03/2016 tarihli ve
301823/6/539/940 sayılı yazısı

b) TKHK Kamu hastane birlik daire başkanlığının 19.06.2013 tarih ve
95796091-010.07 sayılı yazısı.

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek
Lisans öğrencisi Özge GÜMÜŞAY'ın "Gebelik Süresince Ruhsal Durum ve Benlik Saygısı:
Bir İzlem Çalışması" isimli çalışma başvurusu Tıbbi Hizmetler Başkanlığındaki inceleme
komisyonu tarafından değerlendirilmiştir.

İlgi (a) tarihli yazıda belirtilen çalışmanın ilgi (b) yazı gereği, çalışmaların Sağlık
Tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların
gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen
gösterilmesi, sonucun Bakanlığımıza bilgisi dışında ilan edilmemesi hususları dikkate alınarak
Genel Sekreterliğimize bağlı Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesinde yapması uygun
görölmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

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

EKLER
1- Komisyon Kararı (1 Sayfa)

Dağıtım:
Gereği:
Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü

Bilgi:
Sivas Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesi

Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadıburhanettin Mahallesi Demiryolları Caddesi No:7
Kat:3 (Eski Demiryolu Hastanesi) 58040 Sivas
Hıtal ÖZBEK Tel: 0 (346) 225 80 80 Dahili:309

bu belge 5070 sayılı Kanun gereğince
e-İmza ile imzalandığı tasdik olunur.
75-03-2016
Elektronik Kayıt Yekini
MME9684

Dünya elektronik imzalı suretine <http://s-belge.saglik.gov.tr> adresinden 014762fi-aad0-42d0-8b20-721754d5f0b6 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

CHERISHABLE HASTINGS
1955
TAM: 12.05.10
No: 335
Gereq:

1955
12.05.10



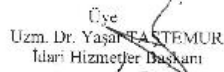
İZİN BAŞVURU TALEBİ İNCELEME KOMİSYON TUTANAĞI

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Özge GÜMÜŞAY'ın "Gebelik Süresince Ruhsal Durum ve Benlik Saygısı: Bir İzlem Çalışması" konulu anket çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesinde yürütmek üzere ön izin formu ile başvuruda bulunmuştur.

Yapılan başvuru, Tıbbi Hizmetler Başkanlığındaki inceleme Komisyonumuz tarafından Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesinin de görüşü alınarak, değerlendirilmiş ve yapılan çalışma programı dahilinde kişisel bilgilerin gizliliği ilkesi göz önünde bulundurularak belirtilen çalışmanın Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesinde yapılması uygun görülmüştür.

İş bu tutanak komisyonumuz tarafından imza altına alınmıştır.


Başkan
Uzm. Dr. Ahmet Kemal Filiz
Tıbbi Hizmetler Başkanı


Üye
Uzm. Dr. Yaşar KASTEMUR
İdari Hizmetler Başkanı


Üye
Fırat ÇELİK
Mali Hizmetler Başkanı


Üye
Op. Dr. İzzet ÖZGÜRLÜK
Sivas Numune Hastanesi Yöneticisi


Üye
Op. Dr. Ermin Ertan TEMİZÖZ
Sivas Numune Hastanesi Başhekim Yrd.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı Özge KISAOĞLU
Doğum Yeri ve Tarihi Sivas-1991
Medeni Hali Evli
Yabancı Dil İngilizce
İletişim Adresi Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesi 58300
Sivas/Divriği
E-posta Adresi gumusayozge@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise Sivas Şehit Muhammed Onur Demir Anadolu Lisesi-2009
Lisans Amasya Üniversitesi-2013
Yüksek Lisans Cumhuriyet Üniversitesi-2013 Devam ediyor
Ünvan Hemşire

İş Tecrübesi

Sivas Divriği Sadık Özgür Devlet Hastanesi Hemşire,2013,Halen devam ediyor